



HAL
open science

Entre cadres de santé : vers le leadership partagé

Guillaume Delanoy

► **To cite this version:**

Guillaume Delanoy. Entre cadres de santé : vers le leadership partagé. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03771419

HAL Id: dumas-03771419

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03771419>

Submitted on 7 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bretagne Occidentale



Formation continue
& alternance

Master Mention Administration Économique et Sociale

Parcours Management et Formation de Santé

Diplôme cadre de santé

Entre cadres de santé : vers le leadership partagé

DELANOY Guillaume

IFCS promotion 2021 / 2022

Sous la direction et la guidance de :

Mme NOURRY Myriam, Maître de conférences en économie

et

Mme BOUAZIZ Stéphanie, Cadre supérieure de santé du pôle organes des sens,

Missions transversales Direction des soins, CHU Brest

Rédaction : Juin 2022

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements à Madame Nourry Myriam, Directrice de mémoire et Mme Bouaziz Stéphanie, Référente mémoire, pour leurs conseils avisés, leur encouragement, leur accompagnement et leur bienveillance tout au long de cette initiation à la recherche.

Je remercie tous les professionnels ayant répondu à l'enquête exploratoire mais aussi toutes les personnes interviewées pour leur disponibilité et leur contribution au mémoire.

Je tiens également à remercier toute l'équipe pédagogique de l'IFCS et de l'UBO pour leur encouragement et leur soutien durant ces quelques mois de formation.

Je souhaite remercier mon établissement pour l'accompagnement et le soutien contribuant à la réalisation de mon projet professionnel.

Enfin, à ma famille et mon entourage pour leur soutien. À Marion et mes enfants Lou et Tom qui m'ont permis de réaliser mon projet professionnel, qui est devenu un projet familial grâce à leur soutien et leur encouragement quotidien.

GLOSSAIRE

BLOC : Service bloc opératoire

CDS : Cadre De Santé

CHIR : Service de chirurgie

CSS : Cadre Supérieur de Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes

EVASAN : ÉVAcuation SANitaire

GASTRO : Service d'hépto-gastro-entérologie

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

IFCS : Institut de formation des cadres de santé

ONCO : Service d'oncologie

MED : Service de médecine

NEURO : Service de Neurologie

PAQQS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

PED : Service de pédiatrie

PNEUMO : Service de Pneumologie

PSY : Service de psychiatrie

REA : Service de réanimation

RH : Ressource Humaines

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SAUV : Service d'Accueil d'Urgence Vitale

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UF : Unité de Fonctionnement

UHTCD : Unité d'Hospitalisation à Très Courte Durée

USIC : Unité de Soins Intensifs en Cardiologie

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1 APPROCHE CONTEXTUELLE	2
1.1 Présentation du service	2
1.2 Présentation de la situation de départ	4
1.3 Mon questionnement de départ	12
2 APPROCHE CONCEPTUELLE	12
2.1 Dynamique du binôme et du trinôme	13
2.1.1 Binôme	13
2.1.2 Trinôme	20
2.2 Continuum de la collaboration	25
2.2.1 Le réseautage.....	26
2.2.2 La coordination	28
2.2.3 La coopération.....	30
2.2.4 La collaboration.....	32
2.2.5 Différents niveaux de collaboration.....	34
2.3 Le leadership partagé	36
2.3.1 De la définition.....	36
2.3.2 A son socle : la confiance.....	37
2.3.3 Vers l'intelligence collective.....	39
3 METHODOLOGIE DE RECHERCHE	43
3.1 Problématique et hypothèses de recherche	43
3.2 Choix de la démarche	43
3.3 Choix de la population enquêtée	44
3.4 Choix des outils et déroulement des entretiens	47

4	L'ANALYSE DES ENTRETIENS	48
4.1	L'organisation du binôme/trinôme.....	48
4.1.1	Une organisation s'appuyant sur l'autonomie des membres du binôme/trinôme	48
4.1.2	Une communication nécessaire pour la gestion et le partage de l'information	52
4.1.3	Des outils collaboratifs pour optimiser la continuité et le partage de l'information.....	55
4.2	Créer et maintenir la dynamique du binôme/trinôme.....	57
4.2.1	Une volonté de partager et de travailler ensemble	57
4.2.2	Une confiance nécessaire pour collaborer.....	61
4.2.3	Les limites de la dynamique individuelle dans le collectif	66
4.3	Discussion.....	69
4.3.1	Les hypothèses face au terrain	69
4.3.2	Synthèse de la discussion	71
5	PROJECTION PROFESSIONNELLE.....	73
	CONCLUSION.....	86
	RÉFÉRENCES.....	88
	LISTE DES TABLEAUX	93
	LISTE DES ILLUSTRATIONS	94
	LISTE DES ANNEXES	95
	Annexe 1 : Questionnaire de recensement.....	I
	Annexe 2 : Résultats recensement	IV
	Annexe 3 : Tableau récapitulatif des différents niveaux d'interactions professionnelles	VIII
	Annexe 4 : Guide d'entretien cadre de santé.....	X
	Annexe 5 : Guide d'entretien cadre de santé supérieure	XIII
	Annexe 6 : Retranscription cadre de santé B3	XVI

INTRODUCTION

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. »

Henry Ford.

Si la réussite est de travailler ensemble, que rester ensemble est un progrès et que se réunir est un début, l'expérience montre que cette progression vers la collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement est de toute évidence complexe. Devant l'évolution et les perpétuels changements dans un milieu sans cesse en mouvement, plusieurs défis se posent aux organisations et aux cadres de santé de demain. Des organisations qui s'adaptent et se regroupent par fonction selon des secteurs d'activité, mais aussi par service nécessitant ainsi une collaboration plurielle. Dans ce contexte et cette spécificité, la collaboration entre cadres de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement implique une organisation, des interactions professionnelles qui induisent une dynamique avec un équilibre et des conditions de réussite qui m'interroge. Grâce à cette initiation à la recherche menée en tant qu'étudiant à l'Institut de Formation des Cadres de santé de Brest en vue de l'obtention du diplôme d'état cadre de santé, d'un master 2 en Mention Administration Économique et Sociale, parcours management et formation en santé, que j'aborde cette réflexion par le partage.

De l'approche contextuelle d'une situation vécue en passant par l'approche conceptuelle vers la question de recherche, je me demande : « Quelles sont les conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement ? ». J'ai émis l'hypothèse que les conditions de réussite reposent sur l'organisation et la bonne définition des missions, l'instauration et le développement d'un climat de confiance mais aussi la nécessité de partager et de disposer d'une communication adaptée afin de développer une action collective. Des hypothèses qui seront explorées sur le terrain avec la rencontre de plusieurs équipes managériales dont des trinômes et des binômes tous coresponsables.

Dans un premier temps, je partage dans ce travail la situation de départ avec le contexte qui me permet par un questionnement professionnel d'inscrire la problématique de départ dans l'objet d'étude. Cette dernière dégage plusieurs concepts, que j'aborde dans un deuxième temps où je décontextualise la situation de départ par la conceptualisation des idées de plusieurs auteurs afin d'apprendre et de préciser la

question de recherche. En troisième temps, j'expose la méthodologie de recherche employée qui sera suivie d'une analyse et d'une confrontation des hypothèses énoncées ci-dessus en quatrième partie. Enfin, en dernier lieu, je conclus mon travail de recherche en exposant ma projection professionnelle et sur la construction de mon identité professionnelle.

1 APPROCHE CONTEXTUELLE

La situation débute en 2019 et évolue jusqu'à mon départ à l'Institut de Formation des Cadres de Santé en 2021. J'occupe à ce moment-là un poste de faisant fonction cadre dans le service des urgences adultes et pédiatriques. Pour préciser le contexte de la situation, je présente dans un premier temps le service ainsi que son fonctionnement et dans un second temps l'évolution progressive de la situation qui m'a questionné.

1.1 Présentation du service

Le service des urgences adultes et pédiatriques, s'étendant sur plus de 4000 m², regroupe plusieurs unités de fonctionnement au sein du service hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie dont un site isolé, l'unité de soins carcéraux situés au cœur du centre pénitentiaire. S'y trouvent le SAMU¹ et le SMUR² pour les prises en charges intra et extra hospitalière mais aussi le SAU³ et la SAUV⁴. Le service des urgences dispose d'un service d'hospitalisation dit « service porte » qu'on nomme UHTCD⁵ qui comprend 10 chambres dont 6 scopés⁶ avec 2 chambres carcérales en plus. À cela se rajoute l'unité de fonctionnement du caisson hyperbare, le CESU⁷, la médecine Catastrophe et le service des urgences pédiatriques.

Le service des urgences adultes et pédiatriques se compose d'une équipe paramédicale et d'une équipe médicale. L'encadrement de l'équipe paramédicale est assuré par un trinôme de cadre de santé sous la responsabilité d'une cadre supérieure de santé et de la directrice des soins. Pour l'équipe médicale, chaque unité de fonctionnement dispose d'un médecin responsable, le tout coordonné par un chef de service élu par ses pairs pour un mandat de 4 ans sous la responsabilité directe du directeur de l'hôpital. L'encadrement de l'équipe

¹ SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

² SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

³ SAU : Service d'Accueil d'Urgence

⁴ SAUV : Service d'Accueil d'Urgence vitale

⁵ UHTCD : Unité d'Hospitalisation à Très Courte Durée

⁶ Scopés : Chambre disposant d'un monitoring de surveillance de paramètres vitaux

⁷ CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

paramédicale et l'équipe médicale travaillent en étroite collaboration pour conduire le projet de service, afin de décliner les organisations et assurer le fonctionnement de toutes les unités afin de garantir la continuité et la qualité des soins.

L'ensemble de l'équipe paramédicale est composé de 125 agents : infirmières, aides-soignants, agents de service hospitalier, assistants de régulation médicale, secrétaires médicales et ambulanciers contre 33 médecins urgentistes pour l'équipe médicale. Ces équipes permettent d'assurer la permanence quotidienne des soins pour les patients dans le service des urgences adultes et pédiatriques. Le dimensionnement de l'effectif médical et paramédical est calculé grâce au référentiel du SAMU-Urgences de France mais aussi adapté par le directeur de l'établissement qui tient compte de l'activité et des missions du service ainsi que les spécificités territoriales.

En matière d'activité, le SAU adulte présente une file active d'environ 150 passages quotidiens contre 50 pour l'activité du SAU pédiatrique. À cela se rajoute une activité extrahospitalière d'environ 10 déclenchements SMUR par jour régulé par le SAMU. L'activité extrahospitalière reste essentiellement du primaire correspondant aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients (domicile, voie publique) jusqu'à l'établissement de santé. Celle-ci est assurée par les vecteurs aériens mais aussi terrestres avec les fourgons SMUR. Ces moyens peuvent être aussi mobilisés dans le cadre d'un transfert médicalisé inter établissement communément appelé « secondaire ». Le service des urgences est le seul à disposer d'une équipe SMUR sur le territoire ayant un périmètre d'action de plus de 400 km. Cela permet d'effectuer des EVASAN⁸ des postes de soins les plus isolés grâce aux vecteurs aériens (hélicoptère, avion).

En ce qui concerne l'activité dans l'unité de soins en milieu carcéral, cela représente environ 20 passages à l'infirmerie avec la coordination d'une moyenne de 5 extractions par jour pour des examens spécialisés avec le centre pénitentiaire. À cela se rajoute la surveillance de plus de 200 détenus sous traitements journaliers avec le suivi d'une population carcérale pouvant atteindre plus de 600 détenus.

L'ensemble des missions des urgences adultes et pédiatriques est riche et diversifié. La gestion et l'organisation de l'activité ne se limitent pas à l'établissement. La responsabilité et le périmètre d'encadrement de l'équipe paramédicale est étendue avec les prises en charges extrahospitalières et la gestion de l'unité de soins carcérale. Le trinôme assure donc un

⁸ EVASAN : ÉVAcuation SANitaire

fonctionnement spécifique afin d'organiser la prise en charge, la continuité et la qualité des soins. La situation que je vais décrire et qui me questionne concerne la description de l'évolution du fonctionnement de l'encadrement paramédical du service des urgences adultes et pédiatriques et des actions mises en place pour garantir ce fonctionnement afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

1.2 Présentation de la situation de départ

Affecté en tant que faisant fonction de cadre de santé aux urgences adultes et pédiatriques en mai 2019, mon collègue cadre de santé et moi-même formons un binôme transitoire. Nous sommes dans l'attente du recrutement du troisième cadre, le territoire étant en pénurie de cadre de santé à ce moment-là. Naturellement, nous décidons de nous répartir la gestion RH⁹ mais assurons une gestion commune des différentes unités de fonctionnement. La gestion RH correspond aux suivis administratifs des agents en contrat à durée déterminée, des agents en stage probatoire et des titulaires. C'est donc planifier les entretiens annuels d'évaluation, assurer la gestion et le développement des compétences avec des formations et un accompagnement personnalisé. Nous assurons aussi le lien avec le service des ressources humaines pour la transmission des justificatifs pour pouvoir organiser, planifier (demande de congés exceptionnels, arrêts maladies, planification des congés annuels, demandes diverses). Cette répartition est faite selon les catégories professionnelles du tableau 1 ci-dessous :

	Cadre de santé N°1	Cadre de santé N° 2
Répartition des unités de fonctionnement		
SMUR / SAMU	X	X
SAU / SAUV Adulte	X	X
SAU / SAUV Pédiatrique	X	X
Centre pénitencier	X	X
CESU	X	X
Médecine catastrophe	X	X
Répartition ressources humaines		
IDE		X
IDE SAU Pédiatrique		X
AS		X
AMA	X	
AMBULANCIER	X	
ASH	X	
PARM	X	

Tableau 1 : Répartition des responsabilités en binôme

⁹ RH : Ressources humaines

Cette répartition facilite le traitement et le suivi des demandes des agents pour l'élaboration du planning par le cadre de santé. En l'absence d'un des cadres, la continuité est assurée par le binôme grâce à l'outil de gestion commune.

Le suivi et la gestion commune des différentes unités de fonctionnement sont assurés par l'utilisation d'un outil de gestion partagé sur le réseau interne de l'hôpital. Cet outil créé en binôme est un tableau de transmissions dynamiques qui reprend les données de l'objet (demande, problème), les actions qui en découlent et l'état d'avancement avec les résultats. L'utilisation d'un code couleur commun permet de prioriser les actions mais surtout de visualiser d'un simple regard l'état d'avancement du suivi des demandes et / ou des problèmes. Cet outil commun est utilisé au quotidien comme support de transmissions. Celui-ci a aussi permis de partager et de référencer les problèmes rencontrés individuellement dans la gestion du quotidien et d'y corréler les actions afin de faciliter notre cogestion et notre autonomie pendant l'absence d'un des cadres. L'utilisation de cet outil collaboratif permet ainsi de répondre à nos objectifs communs qui est de garantir la continuité des soins par la gestion de l'information, des moyens et des ressources afin d'assurer la coordination des organisations de soins. En effet cela nous a permis de piloter de manière efficiente, garantir un fonctionnement et une traçabilité, évitant la perte d'information dans notre binôme qui peut avoir un impact sur la continuité ou la qualité des soins.

Cette organisation fonctionnelle en binôme et cette répartition des tâches avec les rôles de chacun au sein du service sont supervisées par l'encadrement supérieur, correspondant aux attentes de l'institution. Il est important de noter que nous sommes tous deux anciens collègues de réanimation. Nous partageons des valeurs communes commençant par le sens du service public, par la reconnaissance de l'importance des différents acteurs dans le parcours de soins (professionnels, patients mais aussi les familles) et par nos valeurs professionnelles en accompagnant et en œuvrant pour la qualité des soins dans notre établissement tout en ayant une confiance mutuelle. Ainsi, travailler ensemble est une évidence. Nous avons l'impression d'avoir une cogestion efficiente. Cependant, le service des urgences fonctionne normalement en trinôme. Étant donc seulement deux, nous traitons l'urgence qui se traduit par la gestion quotidienne des aléas, des ressources humaines (absence) mais aussi la coordination des moyens avec le service technique (panne d'un fourgon SMUR sur la voie publique par exemple). Nous élaborons et apportons des modifications sur les plannings prévisionnels mais aussi sur les plannings en cours pour garantir la continuité des soins. Nous

commençons tout juste à travailler sur les projets de service à l'arrivée du troisième cadre en octobre 2019. Nous sommes donc devenus un trinôme cinq mois après ma prise poste.

Au moment de la constitution du trinôme, nous établissons une nouvelle répartition de la gestion RH et prenons aussi la décision de répartir la gestion des UF en définissant un responsable par UF comme l'organisation de l'équipe médicale visible sur le tableau 2 ci-dessous :

	Cadre de santé N°1	Cadre de santé N° 2	Cadre de santé N° 3
Répartition des unités de fonctionnement			
SMUR / SAMU	X		
SAU / SAUV Adulte		X	
SAU / SAUV Pédiatrique			X
Centre pénitencier		X	
CESU	X		
Médecine catastrophe	X		
Répartition ressources humaines			
IDE		X	
IDE SAU Pédiatrique			X
AS			X
AMA	X		
AMBULANCIER	X		
ASH			X
PARM	X		

Tableau 2 : Répartition N°1 des responsabilités en trinôme

Cette adaptation d'organisation du trinôme est définie conjointement et validée par l'encadrement supérieur. Pour l'encadrement paramédical, il est judicieux devant le service en pleine effervescence (projets, demande de toutes sortes, avec une gestion RH compliquée) de préciser ainsi que de partager notre répartition des tâches et de nos rôles auprès des équipes paramédicales mais aussi médicales pour gagner en efficacité. Nous avons effectué une réunion de service à cet effet pour informer l'ensemble du personnel.

L'outil initialement utilisé notamment pour la gestion de l'information et des tâches en binôme n'est plus approprié et donc plus transposable dans un trinôme. D'une part par la non-adhésion commune de son utilisation et d'autre part par sa complexité d'utilisation à trois. En effet, cet outil nécessite l'utilisation exclusive de l'ordinateur avec des prérequis nécessaires à l'utilisation du logiciel Excel¹⁰ constituant ainsi un frein d'utilisation pour notre collègue tout juste arrivé. L'encadrement paramédical juge aussi son utilisation chronophage et non transposable dans la gestion du partage de l'information en trinôme. En divisant les UF entre

¹⁰ Excel : Logiciel tableur de la suite bureautique Microsoft Office

cadres, nous n'avons plus la nécessité de transmettre une information ou d'assurer la continuité l'action et le suivi reviennent au rédacteur sauf en cas d'absence de ce dernier. L'outil ne semblait plus approprié quotidiennement prônant ainsi l'inefficience. Toutefois nous accordons un temps formel de transmissions pour la gestion du quotidien et hebdomadaire. Cela permet de faire un point des informations et des évènements importants des UF lors du Staff de service avec la cadre supérieure. Nous utilisons un fichier commun de partage sur le réseau interne avec la même structuration de référencement pour le stockage, pour la traçabilité de la gestion RH et des dossiers par UF. Nous avons cependant perdu un outil visuel de pilotage commun qui centralise les informations et assure une traçabilité. Ce dernier a aussi pour vocation de contribuer à la constitution d'une base de données de référencement des problèmes rencontrés. Un référencement à notre initiative qui se révèle intéressant lors de l'absence d'un cadre dans le trinôme mais aussi pour les cadres de garde la nuit et le week-end perçu comme une aide de gestion. En effet compte tenu de la spécificité de l'activité et des missions étendue hors établissement, il peut s'avérer utile.

En ayant fonctionné de cette façon, inconsciemment nous avons cloisonné notre possibilité d'actions sur le champ du périmètre d'encadrement de chacun. En respectant cette répartition, nous avons ainsi territorialisé les tâches, les rôles et par analogie la responsabilité. Cette organisation fonctionnelle s'apparente à une structure en silos ou chacun travaille sur ses responsabilités. Par conséquent, la continuité et le bon fonctionnement du service repose sur la complémentarité et le partage d'informations de chaque membre. La gestion quotidienne se retrouve perturbée en l'absence d'un des cadres. Elle se traduit par une difficulté de gestion quotidienne et d'information constituant un frein au bon fonctionnement.

Au quotidien, nous n'avons pas connaissance des demandes ultérieures faites au cadre absent et l'état d'avancement d'un dossier précis. Certaines demandes, comme effectuer un changement sur le planning prévisionnel ou la planification de CA peuvent bien entendu attendre le retour du cadre absent. Cependant pour d'autres comme l'état d'une demande d'un agent pour une formation ou le suivi d'un dossier précis, nous ne pouvons pas y répondre n'ayant pas toutes les informations. Bien entendu pour une demande urgente ne pouvant pas attendre le retour du cadre absent, nous invitons l'agent à nous retransmettre la demande pour un traitement immédiat. Nous avons aussi fait face à certains agacements des médecins devant le défaut de gestion de certains dossiers tels que les projets. Nous avons connaissance de l'état d'avancement global mais pas suffisamment pour répondre de manière précise (tâche à réaliser, en cours, fait, non fait) pour que les médecins puissent prendre le relais.

Cependant malgré des transmissions au sein du trinôme, nous nous sommes retrouvés devant une problématique constituant un risque pour la continuité des soins (révision d'un fourgon SMUR). Ce dernier était attendu à l'atelier à 8 h, l'équipe SMUR nous informe que la compagnie d'ambulance prévue habituellement pour assurer le remplacement du fourgon n'était pas prévu. Ainsi, nous faisons face à des dysfonctionnements réguliers et perdons en crédibilité face aux équipes. Comment être sûr que le travail est réalisé ? La cohérence de la coordination de la révision et la coopération avec le service technique révèlent par cet exemple, des dysfonctionnements pouvant être majeure. En effet, le fourgon peut partir en révision par le technicien en pensant que l'ambulance de remplacement arrive. Si un déclenchement a lieu à ce moment-là par le SAMU, l'équipe SMUR doit prendre le fourgon N°2 en procédure dégradé en urgence sans avoir le temps d'effectuer la vérification de ce vecteur. Cela peut engendrer des risques et des conséquences sur la prise en charge de l'utilisateur de soins et un défaut de continuité de l'offre de soins de l'établissement. Une gestion de dernière minute pour lequel nous assumons l'erreur avec les désagréments face aux équipes et à l'encadrement supérieure.

De ce fait, nous avons le sentiment qu'il est possible d'être plus efficient, nous remettons en question notre répartition, notre organisation en trinôme dès décembre 2019. Nous exposons donc à notre hiérarchie nos difficultés concernant la gestion et le suivi d'information. Cette réflexion autour de notre fonctionnement entraîne des questionnements sur les modalités de prise de décision par un cadre sur un autre périmètre d'encadrement que le sien en cas d'absence du référent. Une décision qui peut parfois être non partagée par le référent lui-même. Néanmoins, nous nous interrogeons aussi sur la posture à adopter entre nous car selon nos valeurs respectives, la décision peut être différente. On observe alors un clivage au sein du trinôme notamment concernant la gestion des équipes, l'élaboration et la modification des plannings, par les différentes décisions données aux équipes dans des contextes similaires. Cela se traduit par la demande d'un agent auprès d'un cadre qui n'est pas son référent, qui apporte la réponse d'attendre le retour du cadre pour traiter sa demande. Et d'un autre côté, la même demande pour un autre cadre sera traitée immédiatement sans devoir attendre son retour. D'un côté le premier cadre qui demande d'attendre le retour respecte le périmètre de gestion de son collègue et de l'autre le deuxième cadre souhaite aider le premier cadre en répondant à la demande sans intention irrespectueuse. Cela s'inscrit dans une démarche de continuité d'encadrement pour les équipes. En effet pour ces dernières, cela manque de cohérence et de communication au sein du trinôme.

En partant de ce constat, nous décidons en accord avec l'encadrement supérieur de se répartir les UF en binôme pour une durée d'un an afin de garantir la continuité de l'encadrement lors de l'absence d'un des cadres (cf. tableau 3). Nous partageons les informations à l'occasion des staffs ou des réunions informelles entre référents afin d'optimiser la collaboration en faveur d'une gestion performante du service. En effet, notre évaluation de notre fonctionnement met en exergue des axes d'améliorations sur des dysfonctionnements rencontrés. Par la gestion des risques et dans une démarche qualité, notre trinôme décide de transformer la répartition des responsabilités individuelles en collective afin d'assurer la continuité et garantir la qualité des soins. Cela fait écho à nos étonnements, nos difficultés rencontrés au quotidien et aux risques que cela peut engendrer pour l'usager de soins.

	Cadre de santé N°1	Cadre de santé N° 2	Cadre de santé N° 3
Répartition des unités de fonctionnement			
SMUR / SAMU	X	X	
SAU / SAUV Adulte		X	X
SAU / SAUV Pédiatrique	X		X
Centre pénitencier		X	X
CESU	X	X	
Médecine catastrophe	X	X	
Répartition ressources humaines			
IDE		X	X
IDE SAU Pédiatrique	X		X
AS	X		X
AMA	X		X
AMBULANCIER	X	X	
ASH			X
PARM	X	X	

Tableau 3 : Répartition N°2 des responsabilités en trinôme

À la suite de cette initiative, nous avons constaté une nette amélioration. Cette nouvelle organisation du trinôme permet d'assurer la continuité de l'encadrement paramédical mais aussi d'enrichir les interactions interprofessionnelles entre binômes, au sein du trinôme, par le travail en collaboration et le partage. Par ailleurs, toujours en quête de perfectionnement, nous voulons plus de transparence sur l'information pour mieux manager et davantage communiquer. Contre toute attente, nous nous sommes retrouvés avec un excès d'information en assistant à une pollution numérique de par la copie de tous les mails, les appels itératifs entre collègues pour diffuser l'information. De plus, cette augmentation significative des informations en tous genres entraîne des réponses différentes de l'encadrement au même interlocuteur. Pour illustrer, un matin, nous recevons mes collègues

et moi-même, un mail d'agent sur nos boîtes respectives pour une demande particulière. J'ai donc transmis aussitôt ma réponse à l'agent avec en copie mes collègues en validant la demande. À la prise de poste d'un de mes collègues l'après-midi, il apporte une réponse toute autre. L'agent concerné décide alors de prendre contact avec nous pour savoir la conduite à tenir. Il s'avère que mon collègue est mon binôme sur la gestion de cette catégorie professionnelle, il traite ses mails par antériorité et dispose d'un affichage non facilitant pour la gestion des mails. Après avoir échangé avec ce dernier en rappelant certaines informations, nous étions d'accord sur la validation. Cet exemple est un exemple parmi tant d'autres, il met en lumière les limites de la gestion de l'information et la réponse qu'on peut apporter et manquer de cohérence dans la collaboration.

Nous avons donc subi tous les trois un afflux massif d'informations au quotidien se traduisant par des interruptions de tâches. Par conséquent cette situation accentue la charge de travail pour le trinôme. Ces interruptions à répétition se sont imposées comme une difficulté majeure pour mon ancien collègue de réanimation qui ferme donc les portes à toute communication de proximité. Il souhaite privilégier la communication numérique pour être sûr de traiter toutes les informations et ne pas prendre de retard sur ses tâches individuelles mais aussi co-attribuées. Par ailleurs, il répond aussi très peu au téléphone. De plus, son bureau est situé dans le bâtiment du SAMU où il est nécessaire de traverser la route pour venir le voir, contrairement au bureau de ma collègue se situant dans le même bâtiment que le mien. Nous sommes en effet à quelques mètres l'un de l'autre. Évidemment, il est plus facile d'échanger grâce à cette proximité. Pour notre collègue au bâtiment SAMU, nous devons systématiquement aller le voir pour une gestion commune car il est souvent difficile de le joindre par téléphone, de savoir ce qu'il fait et où il se trouve afin de travailler ou de déjeuner ensemble. À cela se rajoute sa difficulté pour planifier du temps nécessaire sur des sujets en commun, ou encore accorder un moment de partage entre trinômes, hormis le staff de secteur. Malgré nos tentatives de soutien mutuel et de récupération des tâches co-attribuées, notre fonctionnement en trinôme semble en perte de vue.

Nous avons donc récupéré d'un consensus commun et par solidarité la gestion RH de notre collègue afin de répartir à nouveau entre deux cadres (cf. tableau 4). Le choix de répartir de nouveau les ressources humaines par cadre de santé impacte la gestion du quotidien et donc nos organisations de travail. Nous avons fait ce choix pour permettre de recentrer notre collègue sur les unités de fonctionnement. Néanmoins, nous avons pu reprendre une collaboration avec lui mais à deux. Les équipes sont conscientes des difficultés et se montrent

aidantes à son égard en le soutenant mais aussi en soutenant le trinôme. La cadre supérieure de santé lui a suggéré de déplacer son bureau temporairement dans le bâtiment principal mais il n'a pas souhaité le faire.

	Cadre de santé N°1	Cadre de santé N° 2	Cadre de santé N° 3
Répartition des unités de fonctionnement			
SMUR / SAMU	X	X	X
SAU / SAUV Adulte		X	X
SAU / SAUV Pédiatrique	X		X
Centre pénitencier		X	X
CESU	X	X	
Médecine catastrophe	X	X	
Répartition ressources humaines			
IDE		X	
IDE SAU Pédiatrique			X
AS			X
AMA			X
AMBULANCIER	X	X	
ASH			X
PARM		X	

Tableau 4 : Répartition N°3 des responsabilités en trinôme

Pour autant l'encadrement supérieur soutient l'équipe d'encadrement dans son unicité en tant que trinôme et accompagne chaque cadre pour que la dynamique revienne à l'équilibre. Un accompagnement personnalisé est mis en place pour notre collègue en difficulté avec des objectifs. Je n'ai malheureusement pas le détail de l'historique des organisations de l'équipe d'encadrements antérieurs pour effectuer une comparaison objective. Devant l'évolution de l'équipe d'encadrement face aux difficultés rencontrées, nous nous sommes mis dans une quête d'amélioration continue en voulant chercher ensemble une cohérence de fonctionnement afin d'atteindre un équilibre en trinôme. Je remarque devant les dysfonctionnements que les équipes sont aussi à la recherche d'un équilibre et de cohérence. Toutefois lorsque la difficulté est partagée au sein de l'équipe, c'est le soutien du trinôme tout entier que nous recevons des équipes. Malgré une entente parfaite au sein du trinôme, avec des caractères et des compétences complémentaires, nous n'avons pas réussi à établir une organisation homogène pour un fonctionnement harmonieux. En finalité au sein du trinôme, nous observons principalement une interaction entre un binôme plus un cadre et non pas une relation tripartite. La réflexion qui émane de cette situation vécue, interroge les bases du travail en trinôme organisationnel qui me permet d'alimenter mon questionnement initial de départ.

1.3 Mon questionnement de départ

Cette situation m'amène à me poser plusieurs questions :

- Qu'est-ce qu'une collaboration réussie entre cadres de santé coresponsables du même service ?
- Quels sont les leviers favorisant cette collaboration entre cadres de santé ?
- Quels sont les enjeux et les limites du travail en collaboration ?
- Quel type de leadership pour être plus efficace, mobilisateur et avoir plus d'impact ? sur qui ?
- Comment développer et préserver une culture de collaboration et d'innovation dans un trinôme de cadre ?

Suite à ses différentes interrogations, j'oriente ma question de départ ainsi :

Quelles sont les conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement ?

Cette première question de départ me permet d'étudier les trois concepts suivants :

- La dynamique du binôme et du trinôme
- La Collaboration
- Le Leadership partagé

2 APPROCHE CONCEPTUELLE

Pour engager mon sujet de recherche sur les conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsables du même service, je vais définir le binôme et le trinôme afin d'établir leurs caractéristiques. Cette définition sera complétée avec une première étude empirique exploratoire basée sur l'analyse de questionnaires (cf. annexe 1 et 2). J'ai créé ce sondage afin d'effectuer un recensement des binômes et des trinômes sur le terrain dans la région du Finistère et en territoire d'outre-mer en Nouvelle-Calédonie. Ce recensement relève des éléments quantitatifs et qualitatifs, qui permettront de caractériser l'objet d'étude et cibler la démarche de recherche pour les entretiens. Le questionnaire a été diffusé le 6 décembre 2021 dans un premier temps par le directeur de l'IFCS de Brest vers les directeurs des soins

de l'ensemble du **Groupement Hospitalier Territorial de Bretagne Occidental**, et dans un deuxième temps par la directrice des soins du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie vers les différents établissements du territoire. Cependant, il faut tenir compte de son champ d'analyse dans la limite du recensement exploratoire des binômes et des trinômes cadres de santé. Ce dernier s'applique uniquement dans le département du Finistère et la Nouvelle-Calédonie.

Ce concept commencera donc par une approche de psychologie sociale afin d'analyser et développer la dynamique des interactions du binôme et du trinôme, pour ensuite tendre vers une approche de psychologie du travail et des organisations autour du management. L'approche conceptuelle sera appuyée par des illustrations types sociogrammes¹¹ qui permettront d'imager et d'analyser la dynamique du binôme et du trinôme.

2.1 Dynamique du binôme et du trinôme

2.1.1 Binôme

2.1.1.1 Définition

Le binôme est défini comme une équipe de deux personnes selon le dictionnaire le LeRobert (2022). Selon les auteurs Savoie & Brunet (2012), l'équipe est un « *ensemble formel bien identifié, de deux individus ou plus, interdépendants dans l'accomplissement d'une tâche dont ils partagent collectivement la responsabilité envers l'organisation* » (p.178). Je peux donc définir le binôme cadre de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement comme une équipe formelle permanente avec des caractéristiques qui lui sont propres « même fonction, même niveau hiérarchique, même périmètre d'encadrement ».

Dans le milieu hospitalier, j'identifie plusieurs binômes. Je pense en premier lieu au binôme infirmier et aide-soignant, au binôme médecin anesthésiste et infirmier anesthésiste diplômé d'état, au binôme chirurgien et infirmier de bloc opératoire diplômé d'état mais aussi au binôme cadre de santé et médecin. Ces derniers présentent tous un lien hiérarchique ou fonctionnel avec un niveau de responsabilité différent car ils appartiennent à deux catégories professionnelles. La dynamique se révèle alors différente d'un binôme cadre de santé avec le même niveau de responsabilité et de même catégorie professionnelle. Ceci s'explique d'une part par la similitude du niveau hiérarchique et d'autre part par la fonction identique

¹¹ Sociogrammes : Les figures 1 à 4 représentant un sociogramme sont adaptés de Devillard (2017)

correspondant à leurs qualifications. La dynamique s'exprime surtout par l'exercice des fonctions identiques sur le même périmètre d'encadrement au quotidien.

Le nombre restreint (équipe de deux) impose une dynamique unique au binôme. Pour Devillard (2017), le binôme se retrouve dans une dynamique bipolaire représentée sur la figure 1 ci-dessous :

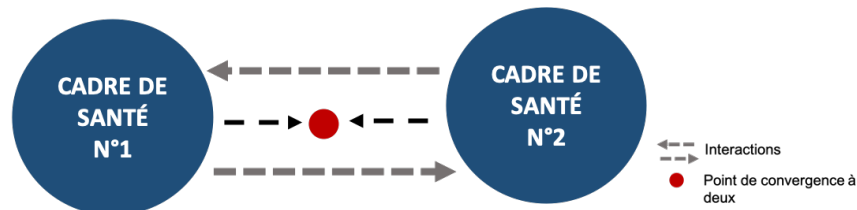


Figure 1 : Dynamique d'un binôme cadre de santé

Cette dynamique bipolaire se traduit par des interactions réciproques visibles entre le cadre de santé n°1 et le cadre de santé n°2 mais aussi dans le sens inverse soit deux interactions possibles. Ces derniers représentent des canaux de communication. Pour Edmond & Picard (2002), les interactions ont la propriété d'être verbale ou non verbale représentant « *une séquence de messages échangés par des individus en relation réciproque* » (p.29). Ces interactions sont ni plus ni moins le produit individuel en réponse à un stimulus (une action et sa réaction, une attitude et un rôle). Il y a donc un rapport d'influence mutuelle, de dualité dans un binôme. Selon Nobre (2021), l'expression de la dualité dans la dynamique d'un binôme peut s'apparenter à celle d'un couple, c'est admettre que la dynamique du binôme repose sur des interactions émotionnelles et affectives. Ce sont des interactions spécifiques au binôme que Mucchielli (2019) décrit :

« Les équipes de deux qui veulent durer risquent de rencontrer finalement les mêmes problèmes qu'un couple conjugal, [...]La coexistence professionnelle continue d'une équipe de deux finit par engendrer des tensions, des éclats, des ruptures, même si, au début, il y a eu cooptation par sympathie réciproque » (p.47).

Dans le cadre de la situation de départ, le fonctionnement en binôme était transitoire, environ 4 mois. Le travail ensemble n'a pas suscité des tensions ni des éclats. La situation de départ ne permet pas d'avoir une représentation des difficultés d'une coexistence professionnelle sur du long terme. Effectivement, il y a eu cooptation par sympathie réciproque parce qu'on partage a partagé des souvenirs lorsque nous étions collègues en service de réanimation. En effet cela facilite ainsi notre entente sur cette prise de poste

commune. Le bon fonctionnement du binôme de la situation de départ a été favorisé par cette bonne entente et par le partage d'expérience avec certaines valeurs professionnelles communes qu'on a développé mutuellement mais aussi individuellement lors de notre expérience en réanimation. (Le travail et l'esprit d'équipe, le partage, l'échange, la communication et la rigueur). Un socle de valeurs communes qui devient affectif et facilitant pour la gestion du service des urgences adultes et pédiatriques. Au-delà du formalisme de l'organisation défini entre nous, ce socle commun de partage facilite les interactions et la cohésion du binôme contribuant ainsi à la réussite de la dynamique d'équipe rapidement.

Néanmoins, il semble important de préciser la définition du binôme coresponsable afin de le situer dans le monde hospitalier en effectuant un retour sur l'étude empirique.

2.1.1.2 Retour sur l'étude empirique

La définition du binôme cadre de santé de l'objet d'étude présente donc une dynamique spécifique qui exclut une des réponses obtenues au questionnaire de l'étude exploratoire. En effet cette dernière apporte une précision qui permet d'ajouter des critères de différenciation supplémentaire, la temporalité et le rôle. Le binôme cadre de santé coresponsable du même service est perçu dans l'étude exploratoire comme un binôme informel et / ou organisationnel entre deux cadres de différents services. Celui-ci s'organise afin de prendre le relais en l'absence d'un des cadres, qui étend ainsi son périmètre d'encadrement de façon temporaire avec un rôle limité durant ce remplacement. En effet, les missions principales du cadre de santé sont de garantir la continuité des soins par la gestion des moyens et des ressources durant le remplacement avec une responsabilité individuelle temporaire. Ce premier retour du terrain permet d'étendre le champ d'étude de recherche sur l'approche organisationnelle et de fonctionnement de ce binôme de service. En effet dans la situation de départ, nous avons défini une gestion et des responsabilités commune en binôme pour laquelle nous n'avons présenté aucune difficulté, hormis le fait que nous avons une charge de travail conséquente car nous sommes que deux pour un poste à trois cadres de santé.

Le questionnaire diffusé pour l'étude exploratoire met en exergue sur 19 réponses obtenues à partir de 31 retours de questionnaire, que les unités fonctionnant en binôme sont essentiellement des services d'urgence avec 9 réponses, de réanimation adulte et néonatale avec 6 réponses, 3 réponses pour les services de pédiatrie, de laboratoire et d'imagerie, d'unité de soins intensifs cardiologiques et 2 réponses pour les unités de soins de suite et de

réadaptation, du service de gynéco obstétrique mais aussi les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (cf. annexe 2). Pour Barreau (2021), l'existence de ces binômes dans la structure organisationnelle des établissements peut s'expliquer par les besoins managériaux afin d'assurer la gestion des ressources et des moyens pour le bon fonctionnement opérationnel du service, en réponse à un besoin stratégique de pilotage du service identifié par l'établissement. L'auteur Barreau (2021) considère qu'il faut intégrer le binôme comme une stratégie managériale par une nécessité de collaboration afin de servir les projets globaux de l'institution. En effet, les unités concernées font preuves d'une gestion d'activité spécifique nécessitant une coordination et une collaboration importante. Elles présentent une gestion et un suivi nombreuses de prises en charge de patients pour lesquelles le nombre de soignant peut être légiféré. C'est le cas par exemple pour la réanimation adulte, pédiatrique et néonatale, l'unité de soins intensifs cardiologiques qui engendre de ce fait une gestion plus lourde. Ces dispositions sont reprises selon le décret du 26 avril 2022 du Code de la santé publique relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.

Selon l'article D6124-28-4 du Code de la santé publique :

*« L'équipe non médicale de l'unité de réanimation comprend au moins :
-deux infirmiers pour cinq lits ouverts ;
-un aide-soignant pour quatre lits ouverts ;»*

Mais aussi selon l'article D6124-33-3 du Code de la santé publique :

*« L'équipe non médicale d'une unité de réanimation pédiatrique de recours comprends au moins :
-deux infirmiers dont au moins un diplômé d'État de puéricultrice pour quatre lits ouverts ;
-un aide-soignant ou auxiliaire de puériculture pour quatre lits ouverts ;»*

Ou encore selon l'article D.6124-28-5 du Code de la santé publique :

*« L'équipe non médicale d'une unité de soins intensifs, polyvalente ou de spécialité... comprend au moins :
1°Un infirmier pour quatre lits ouverts ;
2°De jour, un aide-soignant pour quatre lits ouverts et, de nuit, un aide-soignant pour huit lits ouverts ;»*

Cependant, il n'existe à ce jour aucun texte réglementaire imposant un nombre de cadres de santé précis dans un service. En effet, Lautard (2021) explique que l'effectif minimum de soignants dans un établissement de santé est une notion juridique qui reste encore assez floue. Toutefois, pour les structures de médecine d'urgence, il existe des obligations généralistes comme l'article D6124-2 du 22 mai 2006 du Code de la santé publique qui stipule que : « *L'effectif de la structure de médecine d'urgence est fixé de façon à ce que cette structure puisse assurer ses missions* ». En effet, il existe un référentiel élaboré par l'association de SAMU-Urgences de France en 2011 qui s'appuie sur cet article pour proposer des recommandations. Ces dernières précisent l'effectif nécessaire pour l'encadrement d'une structure d'urgence en fonction de l'activité afin d'assurer ses missions.

Ainsi, la structuration organisationnelle en binôme est un besoin managérial identifié et mesuré. Elle répond à l'engagement pris par l'hôpital pour assurer ses missions afin de garantir une prise en charge de qualité aux usagers de soins selon l'article L.1142-1 l. du Code de la santé publique. Ce dernier pose le principe de la responsabilité à défaut des missions de l'hôpital. Si le lien de causalité entre un préjudice et / ou un dommage envers un patient est relié à un défaut de soins par un défaut d'organisation, lié à un manque de moyens, la responsabilité administrative de l'hôpital est engagée.

Les enjeux ainsi que le besoin du binôme dans une organisation et sa dynamique bipolaire exposent une complexité qui doit être explorée afin de déterminer des conditions opérationnelles optimales.

2.1.1.3 Conditions de réussite

Relevant d'une stratégie managériale, les bénéfices attendus du binôme selon Boussuge (2021) sont de gagner en efficacité opérationnelle par la réflexivité. C'est penser et agir plus juste. En effet, les interactions s'imposent dans le binôme comme un face à face. Pour Boussuge (2021), c'est « *Mettre en rapport de travail deux pensées, articuler deux sensibilités et deux modalités de travail, en dégager une cohérence, ne se produit pas sans effort* » (p.32).

Travailler en binôme ne va pas de soi. Cela se construit individuellement pour un intérêt commun. Dans la dynamique bipolaire, chaque cadre de santé est inéluctablement interdépendant pour sa contribution. En effet, Devillard (2017) indique :

« *dans la structure duelle, il existe un choix binaire dont chacun est en partie maître : être en relation avec l'autre ou non. En cas de non-communication, les deux*

partenaires sont dans une situation similaire. Si l'un se retire, il se retrouve isolé, mais l'autre aussi » (p.183).

Cela met en exergue que la communication constitue le socle de fonctionnement du binôme et que l'harmonie de la dynamique de ce dernier proposé par Mucchielli (2019) « *exige une véritable compatibilité à la fois caractérogique, affective, professionnelle et idéologique.* » (p.47). La dynamique entre des individus avec des similitudes ou des différences repose sur une compatibilité mutuelle.

Une compatibilité qui peut être évaluée en effectuant un test de personnalité MBTI¹², cet outil a été développé par Isabel Briggs Myers et Katherine Cook Briggs sur les travaux du psychologue Carl Gustav Jung sur les types psychologiques. Pour Brunel (2008), il en ressort une grille avec seize types de personnalités reposant sur des préférences cognitives en fonction des situations vécues. Cette classification est établie à partir du postulat d'une préférence acquise et cite un extrait de formation MBTI :

« Depuis notre enfance, nous en avons privilégié une pour nous développer, de même qu'on choisit entre la main gauche et la main droite. Elle devient notre préférence, notre zone de confort, et son opposé, que nous avons moins développé, est pour nous une zone d'effort » (p.81).

Selon le même auteur, ces typologies de personnalités « *sont reliées à des techniques de communication, de management et de motivation, destinées à « mieux comprendre les autres » et « mieux interagir avec eux » (p.82).* Enfin pour ce dernier, ce modèle d'évaluation permet d'identifier la personnalité de son interlocuteur et d'adapter son mode de communication au besoin psychologique de son interlocuteur.

En outre, le travail en binôme nécessite de comprendre son collègue afin de mieux travailler ensemble en effectuant un travail sur sa zone d'effort. La dynamique en binôme, c'est donc travailler sur une compatibilité mutuelle. Dans la situation de départ, nous n'avons pas eu recours à un test MBTI. Cependant une formation et l'utilisation de l'outil peuvent être transposable au sein d'un binôme ou d'un trinôme mais aussi un outil de développement collectif de cohésion pour la dynamique d'équipe pour la cadre supérieure de santé.

De plus Devillard (2017) explique que les conditions de réussite d'un binôme reposent sur l'aptitude relationnelle de chaque individu et sur la bonne distance des interactions. C'est aussi la capacité de reconnaître et d'accepter son binôme dans son individualité afin d'entretenir une dynamique de réciprocité, toujours dans une démarche de recherche du

¹² MBTI :Myers-Briggs Type Indicator

fonctionnement harmonieux à deux. Qui plus est une alternance des rôles est nécessaire selon Barreau (2021) qui peut se traduire pour Devillard (2017) comme le partage encadré des rôles permettant de développer les compétences et l'autonomie du binôme.

« L'autonomie des protagonistes soit suffisante pour accepter une forme d'interdépendance car cette dernière découle d'un choix fait par une personne autonome qui accepte les règles du fonctionnement pluriel » (p.179).

Cette interdépendance illustrée dans la figure 2 donne lieu à la notion de confiance. Boussuge (2021) l'identifie d'essentiel au bon fonctionnement du binôme. Pour l'auteur elle se construit avec le temps pour instaurer un véritable climat de confiance facilitant ainsi l'organisation du binôme.

Dans la situation de départ, la confiance mutuelle est déjà présente, par l'expérience commune et par la connaissance de l'autre. Nous travaillons ensemble en équipe avec cohérence en utilisant des règles de fonctionnement communes sans oublier de l'inscrire dans une démarche d'amélioration continue. Ces règles définissent cette zone d'interdépendance. Elle est le lien fonctionnel du binôme, source de cohésion et d'objectif commun. Cette zone d'interdépendance est considérée comme le point de convergence à deux représenté sur la figure 1 (p.14) pour la réussite à deux. Elle se traduit sur le terrain par la gestion partagée qui implique une responsabilité commune entre le cadre de santé n°1 et le cadre de santé n°2. Cela correspond à la répartition des unités de fonctionnement en binôme du tableau n°1(p.4). Les zones en bleu correspondent à la responsabilité individuelle et l'autonomie du cadre correspondant à la répartition des ressources humaines en binôme du tableau n°1(p.4).



Figure 2 : L'interdépendance d'un binôme cadre de santé

Si cette zone d'interdépendance constitue le liant fonctionnel dans un binôme mais aussi l'équilibre d'un travail partagé, à quoi correspondrait cette zone d'équilibre de fonctionnement dans un trinôme cadre de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement ? Quelle définition peut-on lui donner ?

2.1.2 Trinôme

2.1.2.1 Définition

Le trinôme est défini selon le dictionnaire LeRobert (2022) comme une équipe de trois personnes. Or, un trinôme cadre de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement n'est pas très fréquent dans le milieu hospitalier. Une fréquence qui est expliquée par le besoin réel selon Mucchielli (2019), mais l'auteur mentionne qu'il existe peu de situations où l'intérêt d'existence des équipes de trois est justifié face au besoin. Ainsi il existe des critères situationnels avec des besoins dits opérationnels pour l'établissement de santé afin de définir la constitution d'un trinôme.

Depuis la création en pôles d'activités des établissements hospitaliers par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, l'apparition du trinôme est nécessaire devant la réorganisation managériale par pôle d'activité. Ce trinôme composé d'un médecin-chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé de pôle et d'un cadre administratif de pôle constitue ainsi l'équipe managériale du pôle. Le trinôme est identifié de nouveau comme un besoin stratégique de pilotage devant une réforme. Mais ce dernier est constitué entre catégories professionnelle différente où le chef de pôle dispose d'une autorité fonctionnelle comme précise l'article L.6146-1 du Code de la santé publique.

« Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, [...]. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. »

La responsabilité est donc individuelle car elle est du ressort du chef de pôle. Le trinôme de pôle ne reprend donc pas la dynamique du trinôme de la situation de départ.

Je reprends donc la définition du binôme du chapitre (2.1.1.1) pour définir le trinôme cadre de santé comme « une équipe formelle permanente avec des caractéristiques qui leur sont propres « Même fonction, même niveau hiérarchique, même périmètre d'encadrement ». Son existence est définie par l'organisation pour un besoin managérial opérationnel et organisationnel.

Pour Devillard (2017), le trinôme se retrouve dans une dynamique tripolaire. Le passage de binôme au trinôme implique des changements importants dans les interactions dont chaque cadre de santé doit tenir compte. Il n'y a plus le rapport de dualité, de face à face

dans un binôme où chaque personne a une participation immédiate au processus relationnel exclusif, qui se traduit par le passage de 2 canaux de communications possibles à 6 dans le trinôme avec le doublement des interactions possibles par cadre de santé en passant de 2 à 4 visibles sur la figure 3 ci-dessous.

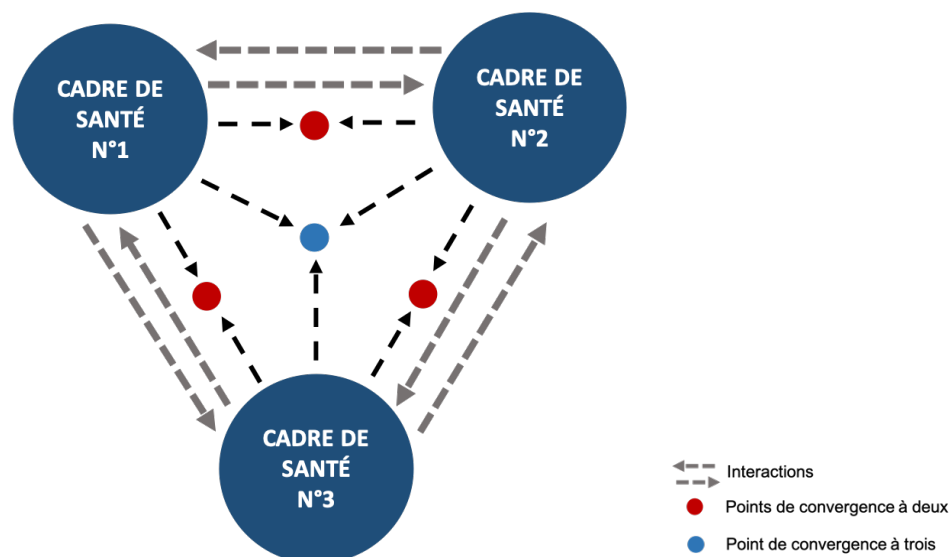


Figure 3 : Dynamique d'un trinôme de cadre de santé

En analysant les interactions possibles par cadre de santé, il existe toujours un point de convergence entre deux cadres de santé, soit trois binômes interactionnels possibles dans une équipe de trois, mais un seul point de convergence à trois cadres de santé (cf. Figure 3). Chaque binôme dispose d'un point de convergence entre eux et le troisième cadre devient alors témoin de cette relation. Dans un trinôme, chaque membre a donc deux relations à deux qui n'est désormais plus exclusif avec en plus la présence d'un témoin et une relation à trois.

Mucchielli (2019) souligne que les équipes à trois ont « *dans certaines situations l'avantage d'éviter les tensions d'intimité des équipes de deux, de réussir la même qualité de dialogue créateur et de disposer de plus de potentiel d'action* » (p.48). La dynamique relationnelle du trinôme se veut moins intense que dans un binôme cadre de santé par la disparition du rapport de dualité exclusive. Par contre, elle se montre beaucoup plus complexe avec la multiplication des interactions possibles. Cela se traduit par la diversification et le développement des jeux d'alliances simplement par compatibilité, et induite indirectement un sentiment d'exclusion. Ce ressenti par le cadre de santé témoin émerge parce qu'il échappe à la proximité des deux autres cadres de santé pouvant selon Devillard (2017) « *susciter incertitudes ou soupçons sur des connivences et des non-dits* » Dans la situation de départ, ce sentiment d'exclusion n'est pas exprimé. Cependant, nous ressentons que notre collègue nous

échappe. Cette perte de proximité s'est traduite par l'absence de réponse par téléphone, la difficulté de se réunir en trinôme et même la difficulté de pouvoir déjeuner ensemble préférant rattraper son travail. Le soutien et le dialogue étaient présent, nous avons pu redéfinir une répartition des tâches afin de collaborer de nouveau sans l'expression de sa part d'incertitudes sur notre fonctionnement.

De plus d'après Anzieu et Martin cité par Mucchielli (2019), les équipes de trois sont « *les plus efficaces pour la résolution de problèmes précis comportant une bonne solution, et donc pour la réalisation de tâches à leurs mesures* » (p.47). Par ailleurs, il apparaît important de préciser la définition du trinôme coresponsable afin de le situer dans le monde hospitalier en effectuant un retour sur l'étude empirique.

Le questionnaire de l'étude exploratoire met en évidence que l'unité concernée par un trinôme est principalement le service d'urgence. Parmi les 31 retours de questionnaire et les 10 réponses obtenues sur la question, 7 cadres de santé sur 10 évoquent le service des urgences comme unité concerné par les trinômes. Le service médicotechnique est cité sur 2 réponses et la psychiatrie avec la gynéco obstétrique obtient une réponse sur 10. Le service d'urgence est le seul service qui dispose d'un référentiel de recommandation de calcul d'effectif en regard à l'activité, qui sert de référence à la direction pour garantir les missions de la structure d'urgence. (SAMU-Urgences de France). De plus le trinôme dans le modèle managérial présente une mauvaise réputation selon Girard (2006). Pour autant, un triumvirat à la tête d'entreprise comme celui de Google met en exergue qu'il existe des conditions de réussite pour que cela fonctionne.

2.1.2.2 Conditions de réussite

Devillard (2017) ajoute que le trinôme implique une dynamique tripolaire typique car chaque cadre de santé vit le trinôme par une extériorité en étant témoin. La confiance en autrui est un facteur essentiel pour cette dynamique, c'est d'accepter la relation du binôme dans le trinôme en tant que spectateur sans que cela invalide la relation que l'on a avec chacun d'eux. C'est accepter de ne pas être dans toutes les interactions sans pour autant nourrir ce sentiment exclusion, ou de se sentir « le seul » dans ce trinôme. Ce risque d'exclusion est nourri par les possibles jeux d'alliances et par un manque de confiance qui pousse l'individu à se retirer de la dynamique, ce qui amplifie davantage le fonctionnement bipolaire et fait émerger le rapport de forces « deux contre un ». En effet, dans le trinôme, par la multiplicité des interactions possibles par pôle et des points de convergences bipolaires, la tentation de

faire alliance existe. Elle se traduit par un simple rapprochement individuel qui s'explique par une compatibilité professionnelle et /ou affective qui entraîne obligatoirement l'existence de ce risque d'exclusion.

Dans la situation de départ, il n'y avait pas ce rapport de forces ou de jeux d'alliances. Le seul rapprochement qui est observable entre deux collègues, c'est la collaboration autour d'une tâche commune par une gestion partagée (cf. tableau 3 p.9). Par la définition d'une répartition et d'une organisation des tâches en binôme dans le trinôme, indirectement cela exclut de l'organisation et de la gestion le troisième cadre. Mais cela ne l'exclut pas du suivi pour information. Effectivement on vit l'action en étant témoin qui traduit cette notion d'extériorité. Ce sentiment d'éloignement est ressenti dans la situation mais posé dans une organisation de travail. Il n'existe pas de rapport de forces « deux contre un », mais plutôt une bonne entente avec une dynamique du trinôme qui ressemble plus après une analyse systémique à « deux plus un ». Dans cette situation, le terme le plus approprié est l'éloignement mais seule la perception de l'intéressé peut reprendre le terme exclusion. Cette perception sans explication évidente démontre la complexité du trinôme.

D'autre part, Devillard (2017) mentionne ce risque d'exclusion comme un indicateur de suivi de réussite de la dynamique d'une équipe de trois. Il faut pouvoir agir sur l'organisation du trinôme afin de préserver l'équilibre de la dynamique d'équipe. Dans la situation de départ, nous nous sommes inscrits dans cette démarche d'amélioration continue en évaluant afin d'apporter des mesures immédiates sous couvert de la voie hiérarchique pour préserver notre équilibre. Devant l'optimisation de la répartition des rôles et des tâches, nous avons agi sur l'organisation en trinôme mais nous n'avons pas mesuré le risque d'exclusion. Pour Devillard (2017), la dynamique tripolaire nécessite que chacun passe par une construction personnelle sur la confiance en autrui et que chacun sache fonctionner à la fois de façon autonome et interdépendante. En d'autres termes, il explique que la dynamique tripolaire nécessite la volonté de vouloir travailler ensemble, par l'interdépendance et la confiance mais qui nécessite aussi une part d'autonomie des membres du trinôme.

Mucchielli (2019) ajoute que la dynamique d'une équipe de trois est le début d'une nécessité d'un leader et d'une organisation « *il y a un rôle à tenir d'organisation de la coopération* » (p.48). Cela met en évidence que la dynamique d'équipe d'un trinôme nécessite que les actions, les rôles soient organisés afin de travailler ensemble.

En effet, si je reprends l'évolution de la situation de départ, nous formons un binôme pour lequel nous avons défini une organisation spécifique (gestion commune des unités, répartition de tâches identiques en fonction des catégories professionnelles), l'utilisation d'un outil de communication et des temps d'échanges organisés. Par contre, lorsque le trinôme a été constitué, toute l'organisation précédente est remise en question et le système de communication aussi. Nous avons donc défini une nouvelle organisation du trinôme à ce moment précis. En effet, il ne peut être le même si on tient compte de l'expansion des interactions avec la dynamique d'équipe qui caractérise un trinôme (passage de deux à 6 canaux de communication avec 4 interactions possibles par cadre). Comme précise Devillard (2017) « *un tiers, lorsqu'il arrive dans un système duel, peut être celui qui bouscule, interroge, remet en question mais aussi celui qui peut relier, faciliter, arbitrer* » (p.181).

L'auteur développe davantage cette notion du rôle du tiers dans le binôme par la comparaison et la relativité. Le modèle tripolaire induit à chacun de se comparer entre eux ou de comparer une relation qu'il peut avoir avec l'un avec la relation qu'il peut avoir avec l'autre, ce qui favorise la reconnaissance de l'individualité de chacun dans l'équipe. La comparaison sur la réalisation de tâche devient une dynamique nécessaire qui permet de développer une réflexivité individuelle puis collective par l'échange et le partage avec des perceptions différentes.

Cette zone d'interdépendance est le lien fonctionnel du trinôme, source de cohésion et d'objectif commun. Il est considéré comme le point de convergence à trois représenté en rouge sur la figure 4 pour la réussite en trinôme.

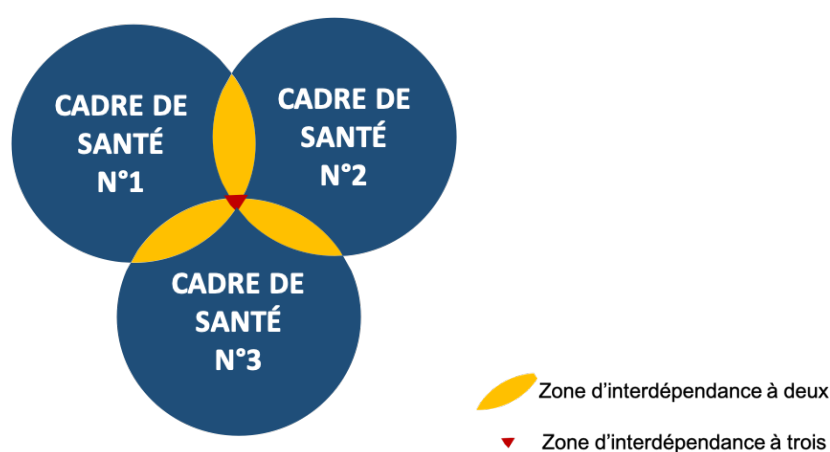


Figure 4 L'interdépendance d'un trinôme cadre de santé

Ce point est plus complexe à atteindre par le niveau d'interactions et de communication afin d'instaurer un véritable climat de confiance. Elle se traduit sur le terrain par la gestion partagée qui induit une responsabilité commune entre le cadre de santé N°1, N°2 et N°3. Cela

devrait correspondre à la répartition des unités de fonctionnement en trinôme du tableau N°3 (p.9), or nous n'avons défini aucune répartition à trois. De ce fait, dans la gestion nous n'avons pas de zone d'interdépendance défini à trois mais à deux visibles en orange sur la figure 4 ci-dessous. Cette zone d'interdépendance orange correspond à la répartition des unités de fonctionnement et des ressources humaines pour une responsabilité partagée et les zones en bleu correspondent à la responsabilité individuelle et à l'autonomie de chaque cadre de santé. Seule la cadre de santé N°3 sur la répartition des responsabilités en trinôme sur le tableau N°3 (p.9) a une responsabilité et une gestion individuelle des ASH.

En effet, mon questionnement sur la dynamique du binôme et du trinôme m'amène à développer dans le concept suivant les différents niveaux d'interactions professionnelles afin d'identifier l'organisation des rôles et des tâches entre cadres coresponsables du même périmètre d'encadrement dans le but d'un fonctionnement équilibré de l'équipe.

2.2 Continuum de la collaboration

Pour définir les différents niveaux d'interactions professionnelles de la collaboration, je m'appuie sur l'approche d'Arthur Turov Himmelman (2002) ayant mis au point un continuum de collaboration en plusieurs niveaux grâce à ses recherches sur les stratégies du changement organisationnel applicable aux interactions, et aux relations de travail (cf. figure 5). L'auteur précise que les différents niveaux qu'il définit de stratégie sont mobilisés en fonction de la situation et des interactions nécessaires pour le travail à accomplir. Chaque niveau comprend des caractéristiques spécifiques croissants (Temps requis, niveau de confiance, niveau de partage) avec comme socle commun l'échange en commençant par le réseautage.

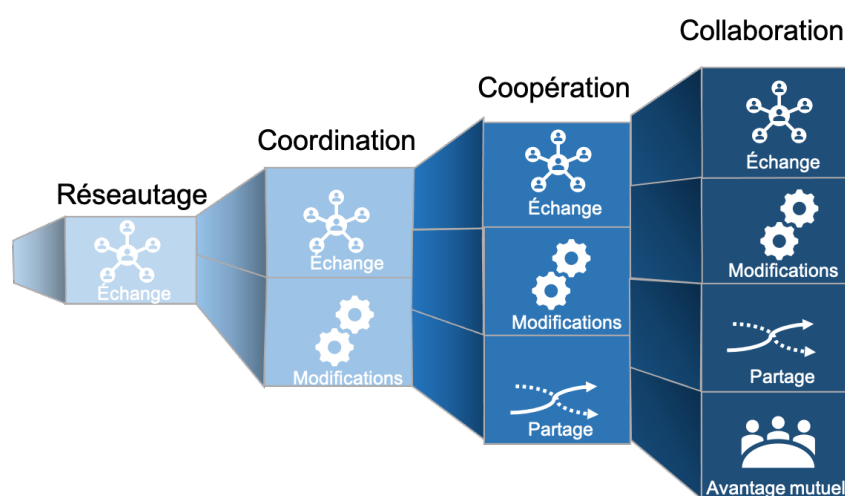


Figure 5 : Continuum de la collaboration ¹³

¹³ Figure 9 – Continuum de la collaboration.

2.2.1 Le réseautage

Celui-ci est défini comme « l'échange d'informations pour le bénéfice mutuel ». Cela introduit donc la notion de communication par l'échange réciproque pour le bénéfice mutuel. En effet, on ne parle pas d'interactions professionnelles sans communication et sans l'intention de le faire. Selon Saint-Arnaud (2003), « dans une interaction, toute action est intentionnelle » ce qui signifie que « toute action résulte d'une attente de l'acteur face à son interlocuteur. Dans toute interaction, l'acteur cherche à influencer son interlocuteur en produisant chez lui un effet observable. Cet effet visé définit concrètement l'attente de l'acteur » donc du bénéfice mutuel par l'information. Faire fonctionner son réseau est donc le premier niveau d'interactions professionnelles, qui s'applique entre individus dans l'établissement ou inter-établissement. Mobiliser ce réseau peut aussi s'inscrire pour un bénéfice individuel mais aussi mutuel profitant ainsi aux différentes personnes impliquées dans l'interaction. Dans le cadre du trinôme de l'objet d'étude, rentrer en interaction avec un des cadres de l'équipe pour obtenir une information, demander du soutien est une forme de réseau par l'échange. Cela participe activement à développer et entretenir des relations internes. Cela peut se traduire par les interactions « un échange d'informations » sur les schémas ci-dessous. (Cf. figure 6 et 7).

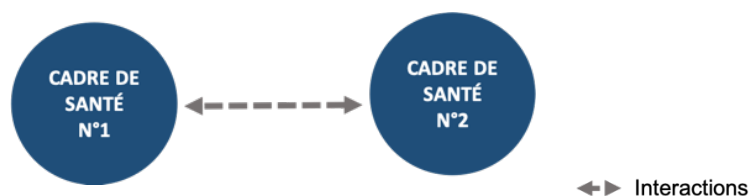


Figure 6 : Représentation du Réseautage en binôme

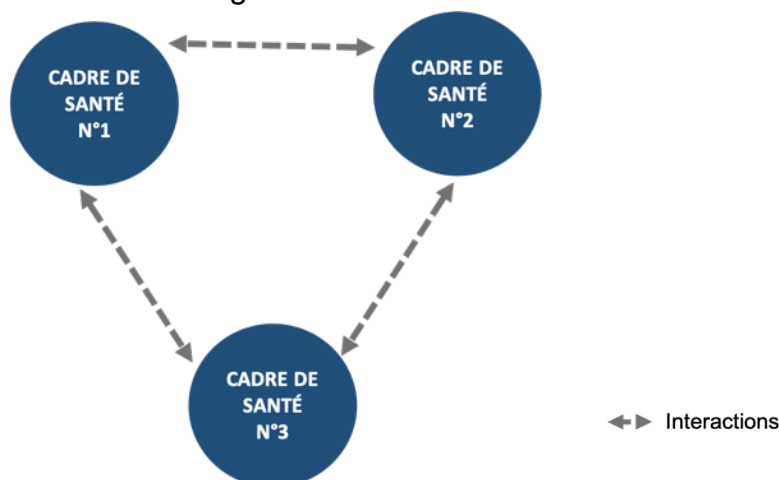


Figure 7 : Représentation du Réseautage en trinôme

Le réseau peut être étendu pour chaque individu vers l'extérieur et peut-être représenté par la figure 8.

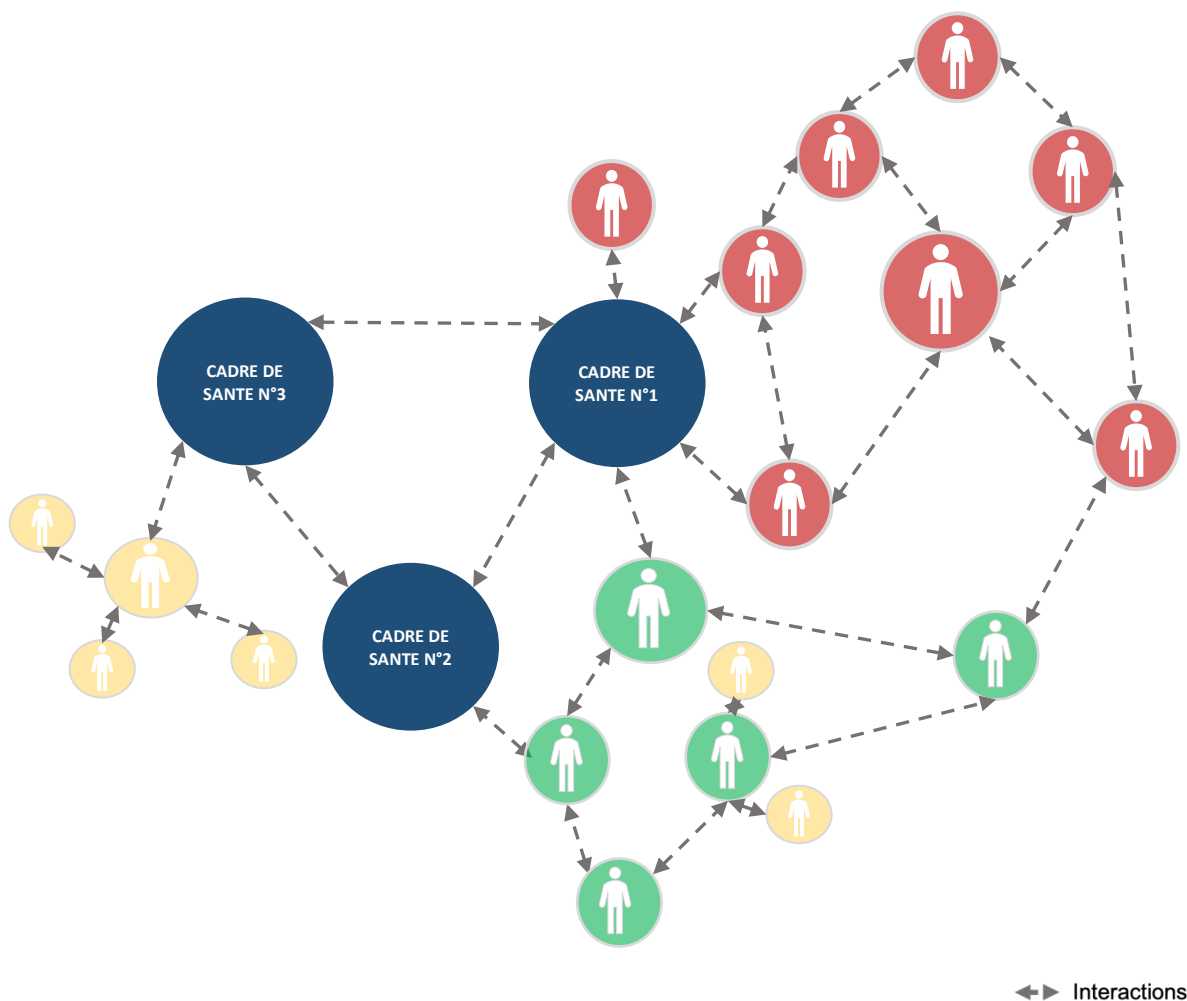


Figure 8 : Représentation du réseautage extérieur du trinôme

Selon l'approche de Turovh Himmelman (2002), l'objectif n'est donc pas commun au binôme ou au trinôme en stade de réseau. Le réseautage est une première étape de la mise en relation des individus pour un objectif individuel, qui se traduit par des interactions (échange d'informations) entre individus. Le réseautage permet de créer, de développer des points de connexions entre individus. C'est une forme de reconnaissance mutuelle dans l'équipe ou dans le réseau. Le niveau de la dynamique de l'équipe est donc mesurable par le niveau de communication.

2.2.2 La coordination

Le deuxième niveau est la coordination qui reprend l'échange d'informations pour un travail à réaliser constituant ainsi l'objectif commun. Pour Mintzberg (2007), la coordination se décline en 6 mécanismes différents dont on retiendra deux mécanismes essentiels « la supervision directe » (p.189) qui s'applique à la figure 9 et « l'ajustement mutuel » (p.189) (cf. figure 10).

Pour la supervision directe, ces informations ou interactions professionnelles sont assurées par un coordonnateur (cadre / cadre supérieure) entraînant une modification de la tâche individuelle attribuée, nécessaire pour le travail collectif (équipe soignante / cadre). Pour atteindre le résultat escompté du travail, le rôle des parties prenantes (équipe soignante / cadre) est donc dirigé par les interactions du coordonnateur afin d'effectuer l'ensemble des tâches nécessaires à la réalisation du travail.

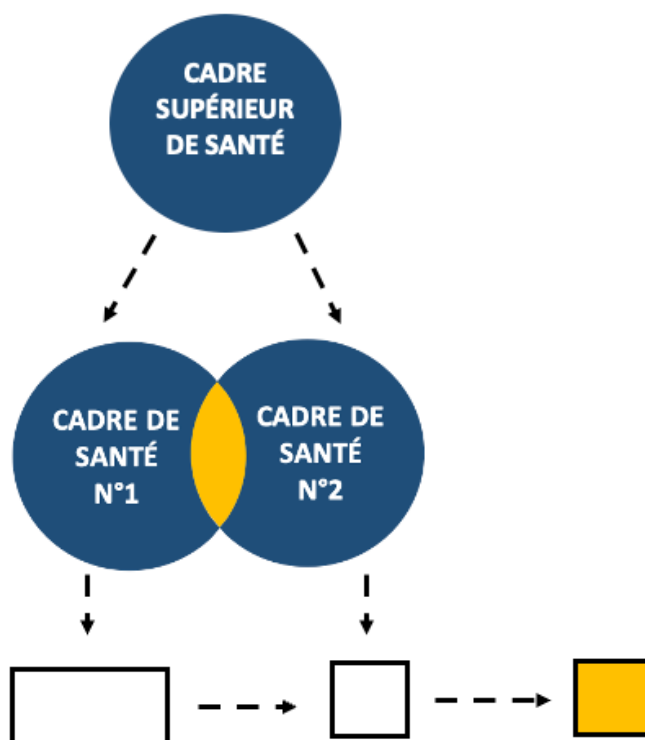


Figure 9 : Coordination « Supervision directe »

← Interactions
 ● Zone d'interdépendance

Dans l'exemple ci-dessus, le cadre de santé N°1 et le cadre de santé N°2 ont tous les deux un but commun représenté par le rectangle orange, correspondant au travail à réaliser. Les deux cadres de santé ont une tâche différente qui constitue un objectif individuel représenté par un rectangle et un carré blanc. L'ensemble des actions sont coordonnées par le cadre supérieur de santé. Il n'y a pas de régulation entre le cadre de santé N°1 et le N° 2, le cadre supérieur de

santé devient alors coordonnateur. Il impulse et intervient donc dans la dynamique d'équipe par le rapport au travail et aux missions à réaliser.

Néanmoins, Mintzberg (2007) ajoute le principe de régulation dans le mécanisme de coordination. L'auteur traduit cette interaction entre deux cadres de santé par un ajustement mutuel qui consiste à « *la coordination du travail par le simple processus de la communication informelle (comme par exemple entre deux employés du centre opérationnel)* » (p.189). Cette interaction est représentée dans la figure 10 ci-dessous :

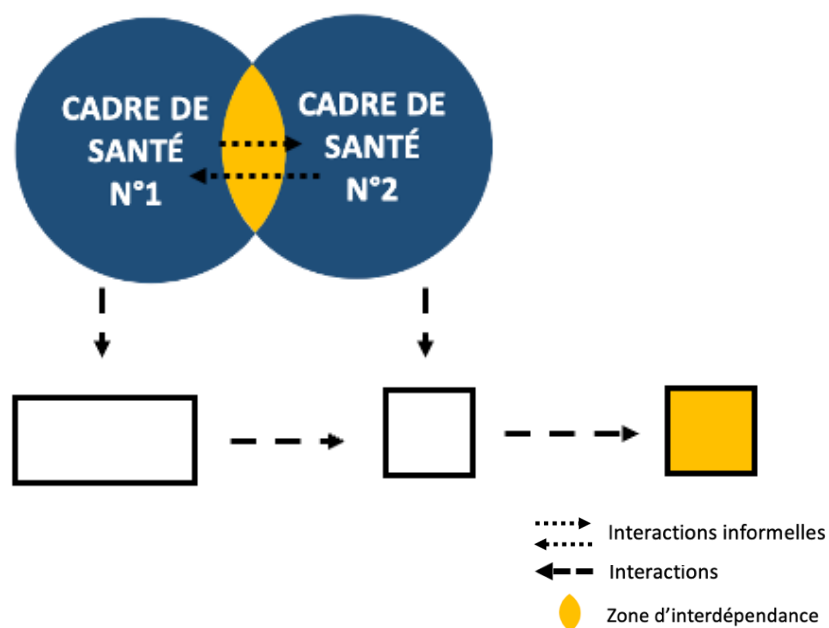


Figure 10 : Coordination « Ajustement mutuel »

Dans l'exemple ci-dessus, le cadre de santé N°1 et le cadre de santé N°2 ont tous les deux un but commun représenté par le rectangle orange correspondant au travail à réaliser. Les deux cadres de santé ont une tâche différente qui constitue un objectif individuel représenté par un rectangle et un carré blanc. Cependant, sans coordonnateur pour le travail à réaliser, les deux cadres de santé s'autorégulent par un ajustement mutuel. Ce qui souligne ainsi l'interdépendance des tâches et l'influence multilatérale entre le cadre de santé N°1 et N°2 qui apporte des modifications sur la tâche afin d'atteindre le but commun ensemble.

Cette coordination introduit la notion de management par ce rapport d'influence. En effet selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l'étymologie du management est définie comme « *l'action de conduire, de diriger, d'entraîner* » qui fait écho à l'action de coordonner mais aussi de coopérer, troisième niveau du continuum.

2.2.3 La coopération

Adam (2012) définit la coopération comme une action collective avec un objectif commun. Pour la réalisation du travail, l'action est divisée et organisée. Chaque acteur s'engage à la contribution individuelle afin de réaliser le travail collectif. La responsabilité est donc individuelle. On peut donc noter que la différence entre la coordination et la coopération repose sur la division de l'action et c'est la somme des actions qui contribue à la réalisation du travail. Alors que la coordination est la réalisation d'un travail individuel et c'est la somme des travaux qui représente le travail réalisé. La contribution collective à l'aboutissement du travail à réaliser n'est pas liée par le même niveau interactionnel.

En effet ce rapport à la contribution collective dans la coopération introduit les notions d'interdépendance et d'engagement mutuel. En effet, le résultat repose sur la somme des réalisations des tâches individuelles nécessaire à la réalisation du travail final, les acteurs se retrouvent ainsi liés ensemble par la tâche. Si un des acteurs ne réalise pas sa contribution, l'objectif commun (la réalisation du travail final) ne sera pas atteint mais seule la responsabilité de l'acteur concerné sera engagée car elle est individuelle et propre à la tâche à réaliser. Elle n'incombe pas à l'autre acteur. Une tâche individuelle qui peut lier et séparer à la fois. Lorsque le travail n'aboutit pas par un défaut de réalisation d'une tâche individuelle, cela peut entraîner des conflits avec les autres acteurs impliqués ayant réalisé leurs tâches contribuant à la réalisation du travail final. Donc la tâche à réaliser peut avoir un impact dans la dynamique d'équipe. De plus, l'organisation de la coopération a toute son importance pour l'équilibre de la dynamique d'équipe selon Mucchielli (2019). Ce qui met en exergue que les conditions de réussite d'une coopération reposent sur son organisation, et à la réalisation de la tâche définie collectivement.

Ce niveau d'interaction professionnelle est mobilisable en binôme et en trinôme centré sur la tâche à réaliser visible sur la figure 11 et 12.

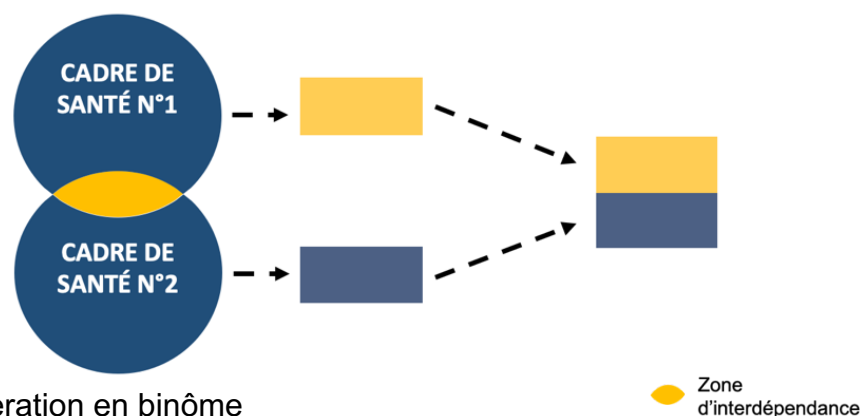


Figure 11 : Coopération en binôme

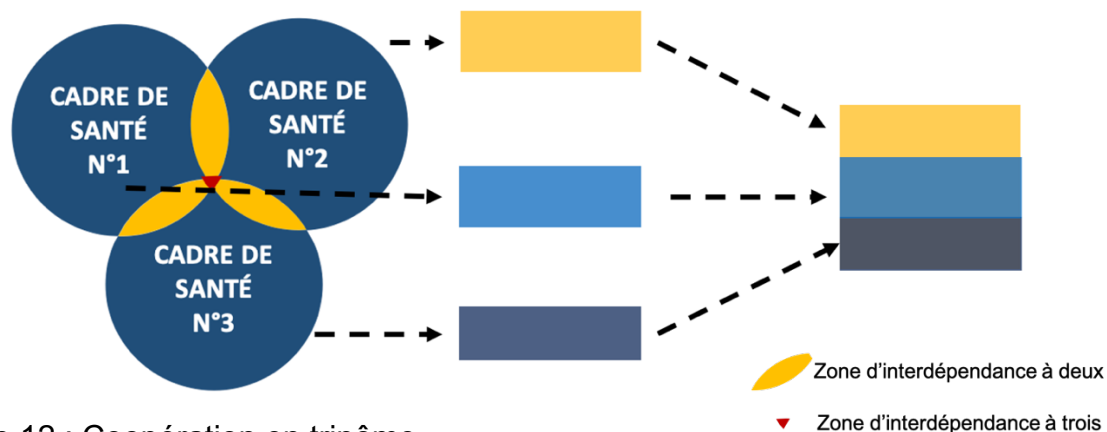


Figure 12 : Coopération en trinôme

Dans l'exemple ci-dessus, le cadre de santé N°1, le cadre de santé N°2 et le cadre de santé N°3 ont tous un but commun représenté par un carré bicolore ou tricolore correspondant au travail à réaliser. La coopération est une division du travail à réaliser en tâches organisées (objectif individuel) répartie entre les cadres agissant de façon autonome en respectant une coordination précise. Chaque cadre sait ce qu'il doit faire dans la réalisation de la tâche individuelle. Il n'existe aucun ajustement entre les parties prenantes, la division du travail est réalisée au préalable. Cependant, la réussite de la réalisation du travail à réaliser repose sur l'interdépendance de la réalisation des tâches distribuées.

La notion d'interdépendance fait écho à la situation de départ dans l'organisation du trinôme n°1 (cf. tableau 2 p.6). Par la répartition de la gestion des ressources humaines et des unités de fonctionnement, nous avons fonctionné en mode coopératif en divisant le travail pour un but commun. Cependant, lorsqu'un des cadres du trinôme est absent, nous devons reprendre la responsabilité et la tâche attribuée, ce qui induit une modification de la charge de travail des deux autres cadres. La responsabilité individuelle du cadre absent devient alors partagée de façon temporaire aux cadres assurant la continuité. On parle alors de trinôme organisationnel.

Dans la situation de départ, ce mode d'organisation n'est pas approprié. Il favorise le cloisonnement et l'interdépendance entre trinômes. Pour cela, nous avons défini une nouvelle organisation du trinôme N°2 (cf. tableau 3 p.9). Nous avons de ce fait créé des binômes de travail au sein du trinôme et introduit la notion de coresponsabilité dans le but d'optimiser notre organisation et indirectement nos compétences. Lors de l'absence d'un des cadres, la tâche, maintenant partagée, permet d'assurer la continuité sans difficulté. Avec cette nouvelle organisation, par la responsabilité partagée nous avons fait un premier pas vers la collaboration représentée sur la figure 13.

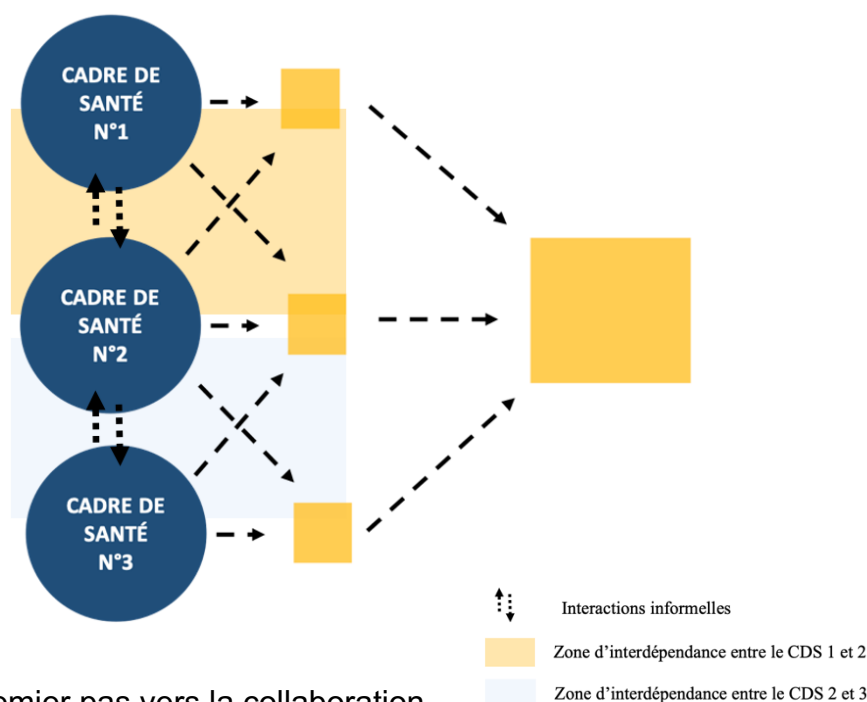


Figure 13 : Un premier pas vers la collaboration

Sur la figure 13, la zone d'interdépendance n'est pas représentée entre le CDS N°1 et N°3 afin de faciliter la compréhension par le visuel. Cependant la zone orange et bleu représente la coresponsabilité entre deux cadres. Cela correspond à la répartition des unités de fonctionnement et des ressources humaines de l'organisation du trinôme N°2 de la situation de départ (cf. tableau 3 p.9). Il s'agit du périmètre d'encadrement commun où la coopération des actions est partagée et coordonnée par le binôme coresponsable. On parle alors de collaboration.

2.2.4 La collaboration

Selon Piquet (2009), la collaboration se distingue de la coopération par la tâche attribuée pour un travail à réaliser, la responsabilité qui en découle. Le travail collaboratif n'est pas une division du travail ou encore une répartition des rôles. Le travail en collaboration est une action collective où les tâches, les rôles sont identiques. Il s'agit de mettre à contribution les actions individuelles dans la tâche collective pour un objectif commun. Cette distinction entre la coopération et la collaboration est définie par Cole (1993) cité par France & Karin (2001) : « la coopération entend le partage dans le sens de la division, alors que dans le cadre d'une collaboration, il signifie participer » (p.32)

Levan (2009) définit la collaboration comme la suite de trois processus interdépendants essentiels : communication, coopération, coordination ce qui fait écho à l'approche du continuum de la collaboration de Turovh Himmelman (2002). Selon Levan (2009), la

collaboration commence par l'interaction entre les acteurs dans une équipe qui se traduit par la communication. Il est suivi par la coopération signifiant la mutualisation des ressources pour la coaction rendue possible par la communication. Le troisième processus de coordination permet la synchronisation des acteurs et des actions en interdépendance, dans le cadre d'un travail à réaliser reposant sur un objectif commun.

Pour Piquet (2009), la collaboration va bien au-delà de l'action individuelle en s'inscrivant dans une véritable dynamique d'action collective dans une équipe organisée. Cela se traduit par des interactions réciproques vers un objectif commun. Ces dernières ne sont pas la simple somme des interactions pour aboutir à un résultat mais donnent du sens à la collaboration par le fait de les intégrer à toutes les autres. Cette dynamique est de ce fait source d'engagement mutuel, car il s'agit d'un effort de travail coordonné au sein de l'équipe pour effectuer une même tâche ou résoudre ensemble un même problème. Une représentation de la dynamique collaborative est visible sur la figure 14.

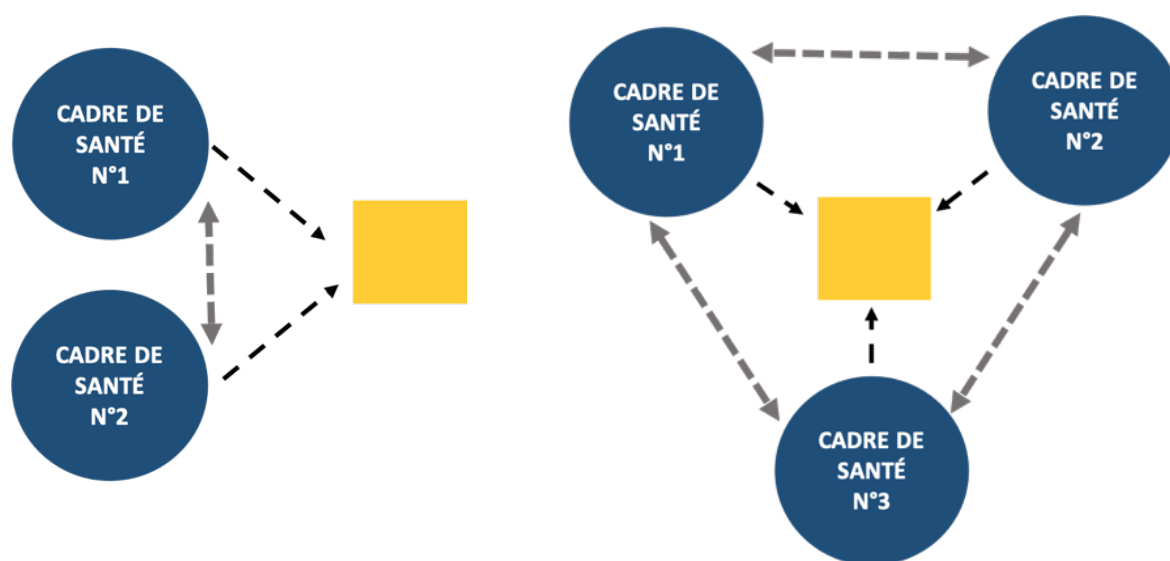


Figure 14 : Collaboration en binôme et en trinôme

Seule l'organisation en binôme de la situation de départ semble répondre aux critères de la collaboration. Par la gestion commune des unités de fonctionnement, nous avons un rôle, une fonction et une tâche commune. Ainsi, nous avons défini une responsabilité partagée. Par l'utilisation d'un outil de communication adapté avec des temps d'échange définis, nous avons coordonné nos actions et mis en place un moyen d'amplifier nos interactions professionnelles autour des objectifs partagés de gestion. Nous avons ainsi créé une dynamique d'équipe organisée. Cependant, pour les organisations un et deux du trinôme de la situation de départ, la première exclut le partage de responsabilité. Chaque cadre de santé était

responsable d'une unité de fonctionnement. Nous avons défini ainsi une responsabilité individuelle en divisant la gestion. Avec la deuxième organisation, nous avons fait un premier pas vers la collaboration mais en binôme dans le trinôme. En définissant une gestion commune d'unité de fonctionnement en binôme, nous avons défini les mêmes rôles, les mêmes fonctions et les mêmes tâches mais dans notre fonctionnement, on a donc exclu de fait le point de convergence à trois. Ce dernier correspond à la zone de fonctionnement où des règles d'organisations communes sont définies. Notre organisation de fonctionnement n'aurait-elle pas amplifiée le risque d'exclusion énoncé par Mucchielli (2019), un risque à prendre en compte dans la dynamique tripolaire.

De plus, nous n'avons pas élaboré une troisième organisation en trinôme où la collaboration est commune aux trois acteurs. C'est définir une gestion commune des unités de fonctionnement, même rôle, même fonction, même périmètre d'encadrement comme la définition de l'objet d'étude.

Les conditions de réussite d'une collaboration de cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement sont multifactorielles. D'une part, la complexité de la dynamique d'une équipe constituée en binôme ou en trinôme repose sur les interactions relationnelles mais aussi d'autre part sur le niveau d'interactions professionnelles. En effet la définition et l'organisation des rôles contribuent aussi à modification de la dynamique d'équipe. Pour Levan (2009), le premier processus de collaboration est la communication. Sans communication, cela induit des problèmes de coordination internes, de cohérence envers les équipes. Par analogie, on peut admettre que les interactions relationnelles et professionnelles reposent sur un échange et une communication adaptée. Mon questionnement m'amène à considérer ces éléments pour étayer l'équilibre du trinôme que je nomme « L'harmonie du trinôme collaboratif ».

2.2.5 Différents niveaux de collaboration

Pour définir l'harmonie collaborative, je m'appuie sur l'approche neuroscientifique de Karaki samah (2021). En effet, l'auteur conçoit l'efficacité du travail en équipe comme juste un équilibre relationnel et affectif. L'auteur perçoit l'équipe comme un exemple d'organisation qui nécessite de créer des relations entre les individus. Il est plus facile de collaborer en partageant des convictions où la communication est transparente afin de construire un lien de confiance. Ces relations induisent des interactions internes dans l'équipe

donnant réponse à des changements (attitudes / comportements / normes / valeurs). C'est pourquoi l'auteur définit la collaboration en plusieurs niveaux en tenant compte de l'aspect relationnel et affectif autour du travail. Ces derniers représentent le niveau de la qualité de l'empathie et des interactions entre individus qui composent l'équipe.

	Interactions	Objectifs
Collaboration tactique	Collaboration jugée essentielle devant un problème important. Temporalité court terme.	Gestion de crise Efficacité
Collaboration stratégique	Réflexion sur du long terme de l'équilibre du travailler ensemble	Pérennité de la collaboration
Collaboration transformationnelle	Interactions réciproque entre individus (Intelligence collective)	Organisation apprenante Compétence individuelle Compétence Collective

Tableau 5 : Différents niveaux de collaboration humaine¹⁴

Si l'équilibre d'une collaboration repose sur le partage de convictions avec un équilibre affectif et relationnel, je peux ainsi apporter que la bonne entente et le partage de valeurs communes au sein du trinôme de la situation de départ ont participé à l'équilibre et à l'efficacité de fonctionnement. Qui plus est Karaki (2021) cite « *l'ensemble des liens structurels et fonctionnels qui unissent les membres d'une équipe donne lieu à des dynamiques de fonctionnement qui permettent l'émergence de cet état d'harmonie et d'interdépendance coopérative* » (p.50). Cela vient ajouter que les conditions de réussite d'une collaboration reposent aussi sur la création de relations entre les individus. Les auteurs Muller et Minnaert (2004) expliquent que des individus ayant un objectif commun interagissant entre eux supposent l'existence d'une relation de pouvoir, c'est agir sur autrui. En effet, cet état s'explique par l'échange mutuel avec des individus engagés de fait, par l'objectif commun. Cela vient reconsidérer la collaboration dans la zone d'interdépendance comme l'existence d'interactions de pouvoir et de partage à prendre en compte pour un travail à réaliser. La question s'oriente sur le type de management qui prend en considération ce rapport d'influence dans une collaboration entre cadres de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement : le leadership partagé.

¹⁴ Tableau 5 : Adapté de Karaki Samah (2021), Le travail en équipe (p.18)

2.3 Le leadership partagé

2.3.1 De la définition

Pour cibler le sens du leadership partagé, il est intéressant d'aborder la définition en commençant par analyser les deux mots « leadership » dans un premier temps puis « partage » dans un deuxième temps. Le mot leadership, d'origine anglaise, est défini selon le dictionnaire Larousse comme « *la fonction de leader, une position dominante* ». Pour le centre national de ressources textuelles et lexicales, le leader est « *une personne qui jouit d'une grande autorité, notamment au sein d'un groupe restreint, parce qu'elle est populaire et exerce un ascendant réel* ». En d'autres termes, le leader peut être associé au cadre de santé. Par son positionnement et sa nomination par son institution, il a une autorité légitime reconnue par ses équipes. Il exerce un ascendant réel sur les rôles et les fonctions. Toutefois, la notion de position dominante ou de grande autorité n'est pas reprise par Richard L. Daft (2010). Pour cet auteur, le leadership est « *la capacité d'influencer les gens vers la réalisation des objectifs* ». (L. Daft, 2010, p.410). Cette approche explique que l'atteinte d'un but nécessite que le leader implique d'autres personnes en s'appuyant sur sa capacité à influencer.

Avant de poursuivre, il est important de définir le sens donné au mot partage dans le leadership partagé. Au sens propre, c'est l'action de répartir, de distribuer alors qu'au sens plus figuré, partager ses idées, c'est faire part, d'échanger. Ce dernier est le sens donné dans le leadership partagé. Des auteurs se rapprochent de la définition du leadership partagé en rajoutant « *le leadership est réciproque et se produit entre les gens* » (Kouzes & Posner, 1990, cité par L. Daft, 2010, p.410). La notion de réciprocité d'influence entre les individus permet d'introduire le mot partage.

Ainsi, selon Luc (2019) :

« Le leadership partagé rend compte du processus collectif d'influence au sein d'un groupe ; les membres mettant à contribution leurs leaderships respectifs et entiers en vue d'atteindre un but commun. L'influence est multilatérale, dynamique et réciproque. Le but est le véritable leader du groupe. » (p.14)

Par cette définition, j'identifie la mesure collective du leadership partagé par un processus collectif d'influence multilatérale et réciproque en mettant à contribution leur leadership respectif pour un but commun. Ce dernier est clairement identifié lors de la situation de départ dans la répartition des tâches et des rôles définis dans l'organisation du trinôme n°2. (Cf. tableau 3 p.9). La gestion en binôme dans le trinôme par unité de fonctionnement

nécessite une appropriation commune par le partage afin d'harmoniser les pratiques pour un travail en collaboration. Dans cette configuration, on peut parler de leadership partagé en binôme dans le trinôme car en effet l'influence est multilatérale pour atteindre le but commun : « une cogestion selon des règles communes ». Cependant la première organisation en trinôme (cf. tableau 2 p.6) ne reflète pas une approche commune dans la gestion des tâches. Un effet de cloisonnement avec l'apparition de frontières entre chaque cadre est induit par la formalisation de cette première organisation. Aucune coresponsabilité ou de fonctionnement commun dans la gestion. Aucune organisation n'est définie en trinôme non plus.

Or le leadership partagé commence par l'appropriation d'une vision commune et du processus d'influence multilatérale pour atteindre un but commun. Luc (2019) définit « *le processus d'influence entre le groupe est comme partagé, allant de la discussion à la recherche conjointe de solutions, à la prise de décision jusqu'à l'exécution et à la responsabilité conjointe devant les résultats* » (p.14). Les cadres de l'équipe managériale sont donc solidairement responsables des résultats, tournés vers la mission commune, facilitant ainsi la compréhension des enjeux des uns et des autres, pour d'autres perspectives toujours dans une démarche qualité.

En effet au-delà de la collaboration au sein du trinôme, avec une organisation structurée par une répartition des tâches et des rôles précis. Le leadership partagé s'apparente à une dynamique d'équipe spécifique autour d'un but commun. L'équipe managériale se retrouve au point de convergence du fonctionnement. La dynamique et la volonté de partager une idée et une action dans le but d'une appropriation commune impliquent une responsabilité partagée reposant sur la confiance.

2.3.2 A son socle : la confiance

Les auteurs mettent en exergue que la confiance est un état psychologique complexe multidimensionnel. En effet, la confiance est définie par (Rousseau et al.,1995) comme « *un état psychologique dont l'intention est d'accepter la vulnérabilité en se fondant sur une attente positive de l'intention ou du comportement de l'autre* » (p.395). Pour faire confiance, il faut donc accepter une situation de vulnérabilité et croire subjectivement que l'autre est bien intentionné. Et pourtant « *avoir confiance en quelqu'un, c'est donc faire taire la petite voix qui nous rappelle qu'il y a quand même de fortes chances que cette personne pense davantage à elle-même qu'à nous-mêmes* » (Truong et al, 2020, p.16). C'est ainsi mesurer l'individualisme probable de l'autre dans une relation. Van Belleghem (2013) précise que « *la*

confiance est à la fois savoir et non savoir, connaissance et ignorance, rationalité et croyance » p.2 ce qui souligne cet état complexe.

Brulant (2020) ajoute que « *la confiance constitue ce socle primordial sur lequel nos sociétés humaines se sont bâties. Sans confiance, pas d'échange ni de collaboration* ». Cette confiance réciproque marque une forme d'engagement et c'est autour de celle-ci que la relation se structure. Certains auteurs rappellent que « *la confiance n'est pas donnée d'avance, elle est un construit* » (Davezies, 1993, cité par Van Belleghem, 2013, p.2). La confiance est donc un travail personnel. L'auteur complète ainsi : « *la confiance est un construit pour agir ensemble selon des finalités partagées* » (Van Belleghem, 2013, p.2). La phrase ci-dessus met en exergue que la confiance est un des leviers fondamentaux du travail collaboratif et du leadership partagé. La confiance n'est pas innée, elle se construit grâce à l'expérience et sera le moteur des échanges collaboratifs qui permettront d'atteindre un but commun. En effet dans la situation de départ en binôme, la confiance mutuelle facilite le travail en collaboration. Cette expérience commune en réanimation contribue à la continuité et à la construction d'un autre niveau de confiance en tant que manager avec un socle commun expliquant ainsi le travail ensemble. Cependant, une expérience démontre

Par Luc (2009), le leadership partagé implique de savoir inspirer confiance, avoir confiance en soi et faire confiance pour que le processus d'influence soit multilatéral. L'objectif est de créer un climat de confiance, de sécurité propice au partage, à l'échange et l'expression des traits individuels vers un collectif pour ne faire qu'un. Selon Brulant benoît (2020) « *l'essentiel est de faire de la capacité à travailler ensemble un vecteur de confiance* ». Comment développer cette confiance et initier ce liant individuel et collectif ?

Pour Leibovitz (2019), avoir confiance en soi serait le socle du climat de confiance et se définit comme :

« Un processus qui demande de l'introspection en : identifiant ses propres mécanismes de fonctionnement, découvrant ses pensées limitantes, faisant le point sur ses valeurs, connaissant les messages inhibants qui nous empêchent de progresser, prenant conscience de son potentiel, de ses ressources » (p.10).

Avoir confiance en soi est donc un travail individuel qui passe par la connaissance de soi et ensuite permet d'accepter le critère de vulnérabilité de faire confiance. Pour Laurent (2012), la confiance en soi « *c'est se regarder avec justesse comme capable de* » et s'enrichit « *de l'expérience de la vie et des rencontres* ». Cela renforce le fait que la confiance en soi est un travail individuel enrichi des expériences collectives. Paul Ricoeur (1997) définit le

soubassement de la confiance par la capacité et la croyance en notre pouvoir-faire et affirme « *Croire que je peux, c'est déjà être capable* » (Ricoeur, 1997, cité par Laure, 2016, p166).

C'est pourquoi par analogie, Laurent (2012) définit aussi la confiance sous le même prisme capacitaire :

- Avoir confiance en soi, c'est se regarder avec justesse comme capable de
- Faire confiance à l'autre c'est croire avec raison ou à priori qu'il est capable de
- Inspirer confiance, c'est susciter la confiance dans l'esprit de l'autre, c'est le rendre capable de nous faire volontairement confiance.

Dans le leadership partagé, le rapport d'influence multilatéral est complexe et nécessite donc un haut niveau de confiance mutuelle entre chaque collaborateur. Mais n'est-ce pas ce rapport adhésion et ce niveau de confiance élevé qui permettrait de dire que le leadership partagé facilite l'émergence de l'intelligence collective ?

2.3.3 Vers l'intelligence collective

La littérature met en évidence la complexité de la dimension pluridisciplinaire de l'intelligence collective. Cette dernière est reprise par Gréselle-Zaïbet (2007) qui lui permet de définir l'intelligence collective dans le cadre d'une relation de travail comme un :

« Ensemble des capacités de compréhension, de réflexion, de décision et d'action d'un collectif de travail restreint issu de l'interaction entre ses membres et mis en œuvre pour faire face à une situation donnée présente ou à venir complexe » (p.47)

L'auteur ajoute que l'intelligence collective est comme l'intelligence d'une vision commune pour mieux s'adapter et agir. Cette dernière se décline en trois dimensions : cognitive, relationnelle et systémique. Je vais donc définir les dimensions de l'intelligence collective selon Gréselle-Zaïbet (2007).

La première dimension cognitive permet de donner un sens à l'action collective et passe par 3 étapes collectives : la compréhension, la réflexion et la décision. En effet l'auteur Leplat (1990) cité par Gréselle-Zaïbet (2007) explique que :

« L'activité collective qui exige la coordination des activités individuelles nécessite elle aussi, l'élaboration d'une représentation de référence dite souvent référentiel commun ... on parle aussi de référentiel opératif commun, de vue partagée, d'environnement cognitif mutuel, d'espace d'information commune, de modèle mental partagé » (p.47).

Cette définition met en évidence l'importance d'élaborer une organisation commune afin d'avoir une représentation et une compréhension partagée des actions, pour l'action collective. En effet, l'auteur explique que l'organisation des actions constitue le lien entre l'intelligence individuelle et l'intelligence collective. Concernant la réflexion collective, sur les travaux de Schön « Knowledge for action », Gréselle-Zaïbet (2007) cite : « *c'est la réflexion sur ses actions, sur ses savoirs d'expérience, que le praticien (le sujet engagé dans l'action) peut mieux prendre conscience des stratégies d'actions qu'il a élaboré, et donc pourra les améliorer* » (p.48). Donc c'est cette capacité de questionnement sur l'action que soulève l'auteur Zara (2021) comme un des fondements de la notion d'intelligence collective. Qui plus est la décision collective résulte de la mobilisation de l'intelligence collective et de la connaissance de chacun à travers l'action de réflexion et de collaborer ensemble.

Par ailleurs la deuxième dimension de l'intelligence collective est relationnelle, elle permet de développer des interactions, des liens au sein de l'équipe autour de l'action collective. La coaction implique l'interdépendance entre les membres mais aussi une coordination de l'action collective. La cohésion du collectif s'exprime dans l'action comme une seule et même unité. C'est ainsi que la dynamique collective managériale se crée explique Gréselle-Zaïbet (2007) par l'expression dans l'action. Toutefois, elle ajoute que l'autonomie doit être présente au niveau de l'équipe mais aussi des individus au sein de l'équipe. Elle illustre ainsi : « *une équipe peut avoir une grande marge de liberté pour mener la mission qui lui est donnée, mais les membres de l'équipe peuvent très bien n'avoir aucune liberté quant à leurs tâches au sein de l'équipe* » (p.49). Elle explique aussi que la synergie et l'antagonisme des individus potentialisent l'intelligence et la créativité, cela s'applique par contre pour des groupes ayant un but commun uniquement. Il faut aussi prendre en compte le niveau de confiance et d'entente entre les membres de l'équipe. En effet la confiance est le véritable ciment de la relation sociale, elle est considérée comme le socle d'une relation d'intelligence collective. Le même auteur illustre :

« en effet, c'est par le partage de moments vécus dans les organisations que les individus construisent une relation sociale de nature à favoriser l'intelligence collective. De même, c'est dans l'histoire commune que se noue la confiance » (p.50).

Ce sont des conditions présentes dans la situation de départ qui explique la confiance mutuelle et l'évidence de travailler ensemble. La confiance est définie comme un actif relationnel selon Gréselle-Zaïbet (2007).

La troisième dimension de l'intelligence collective est systémique regroupant ainsi la dimension cognitive et relationnelle. Ce système est décliné en deux sous-systèmes, le système pensant et décidant et le système d'action. Le système d'action agit sur l'environnement en réalisant l'objectif partagé pour atteindre le but commun. Le système pensant et décidant est placé dans une dynamique d'efficacité et d'efficience en rapport à l'action collective. Ci-dessous le tableau représentatif des dimensions de l'intelligence collective

		Dimension	Sous -Dimension	Composante	
Systemique	Pensant et décidant	Cognitive	Compréhension collective	Intercompréhension	
				Représentation partagée	
				Langage en commun	
				Élaboration en commun	
	Action	Relationnelle	Réflexion collective	Mémoire collective	Savoirs théoriques
					Savoirs actionnés
					Savoirs actionnables
			Décision collective	Objectif commun	
			Action collective	Collaboration	Interdépendance
					Co-activité
Interaction					
		Cohésion d'équipe Comportement			
		Conflits /Autonomie/Confiance			

Tableau 6 : Les dimensions opérationnelles de l'intelligence collective ¹⁵

Par la représentation systémique des dimensions opérationnelles de l'intelligence collective, il est mis en évidence que l'action collective repose ainsi sur une dimension relationnelle ce qui rejoint l'auteur Karaki (2021) dans les différents niveaux de collaboration. A partir de la représentation du continuum de la collaboration selon Turovkh Himmelman (2002), nous pouvons apporter des modifications sur le continuum de la collaboration en incluant l'intelligence collective et proposer la figure 15 ci-après :

¹⁵ Tableau inspiré selon Gréselle-Zaïbet (2007)

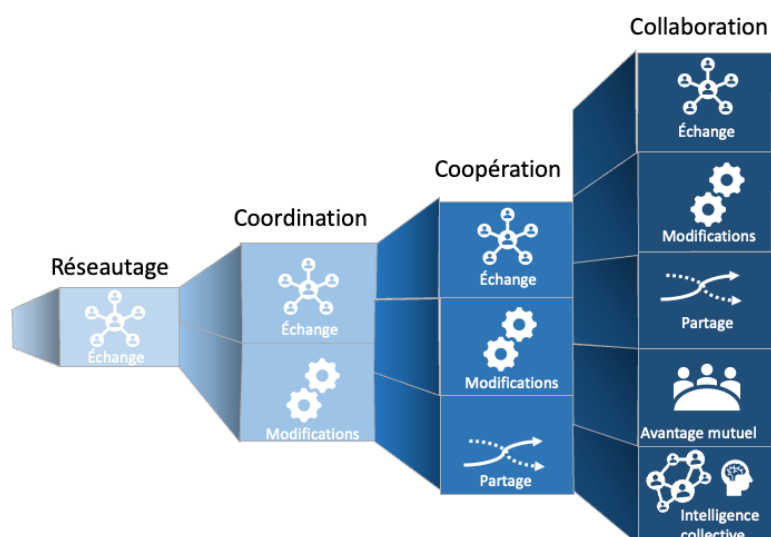


Figure 15 : Continuum de la collaboration v2 ¹⁶

Pour rappel, chaque niveau comprend des caractéristiques spécifiques croissant (Temps requis, niveau de confiance, niveau de partage) avec comme socle commun des niveaux différents d'interactions professionnelles : les échanges. On peut ainsi représenter l'intelligence collective dans la collaboration qui s'exprime dans une action commune où la responsabilité de la tâche à réaliser est partagée. Par analogie, nous pouvons le transposer au leadership partagé. En annexe 3, un tableau récapitulatif des différents niveaux d'interactions professionnelles s'appuyant sur les différents auteurs du cadre conceptuel et selon le continuum de la collaboration. Ce tableau met en exergue les différences de niveau par le rapport au travail, par la responsabilité face au but et à la tâche à réaliser en binôme et en trinôme.

Après avoir défini et développer les enjeux de la dynamique des interactions du binôme et du trinôme par une approche de psychologie sociale, avec les illustrations types sociogrammes, cela permet de faire le lien avec les différents niveaux d'interactions professionnelles ce qui permet d'identifier les conditions de réussite d'une action collective entre cadres de santé sur le même périmètre d'encadrement. Afin de confronter le cadre conceptuel avec une étude empirique, je vais vous présenter ma méthodologie de recherche.

¹⁶ Figure 15 – Continuum de la collaboration.

Adapté de « Structures de Collaboration », selon Turovh Himmelman (2002) par Toolkit2Collaborate (2022)

3 METHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1 Problématique et hypothèses de recherche

La première partie des recherches effectuées dans le cadre conceptuel me permettent, maintenant, de conserver ma question de départ en problématique de recherche. En effet, elle semble tout à fait pertinente dans la continuité du travail de conceptualisation et d'apprentissage en confrontant les hypothèses au terrain.

Quelles sont les conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement ?

À partir de cette problématique de recherche et afin de vérifier mon cadre conceptuel avec les données empiriques, je définis les trois hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : L'organisation et la bonne définition des missions favorisent le développement d'une collaboration réussie entre cadres de santé.

Hypothèse 2 : L'instauration et le développement d'un climat de confiance est nécessaire à la réussite de la collaboration.

Hypothèse 3 : Une collaboration réussie implique un partage d'information et une communication adaptée pour développer une action collective.

3.2 Choix de la démarche

Afin de confronter les hypothèses avec le terrain, j'ai décliné la méthodologie de recherche en deux étapes :

Une première étape en effectuant une étude empirique exploratoire pour laquelle j'ai employé un questionnaire en ligne (cf. annexe 1). Ce dernier me permettra d'identifier des cadres de santé volontaires afin de conduire des entretiens lors de ce recensement. Cette méthode fut motivée pour recontextualiser la situation de départ avec mon réseau professionnel et d'autre part enrichir les données recueillis sur l'ensemble du GHT afin d'objectiver l'approche conceptuelle par une analyse empirique et d'être pertinent dans la construction, le choix de la population et le déroulement des entretiens par un premier contact.

La deuxième étape est le choix de l'entretien comme méthode de recherche et plus précisément l'entretien semi-directif. Ce dernier me permet de sécuriser le déroulement à l'aide d'un guide spécifique pour les cadres de santé et un deuxième pour les cadres supérieures de santé (cf. annexe 4 et 5) afin de mener un entretien avec des questions principales qui ne sont ni entièrement ouvertes ou ni entièrement fermées. Par sa dimension relationnelle par l'échange, ce type d'entretien offre davantage de liberté d'expression de la singularité de l'enquêté, ce qui me permet de collecter davantage de données afin de les mettre en relief pour l'analyse croisée. Les questions de relances permettent de recentrer l'entretien sur la question principale de manière plus spécifique ce qui contribue à la collecte de données autour du thème abordé. J'ai ainsi structuré chaque guide d'entretien en trois parties. Après avoir présenté mon parcours professionnel pour introduire l'entretien, j'aborde une première partie en recueillant le parcours de la personne interrogée dans le but de créer un climat de confiance propice par la confidentialité des échanges ce qui participe au bon déroulement de l'entretien et de renseigner par la suite le talon sociologique. Ensuite dans la deuxième partie de la grille, j'ai décliné en trois sous-parties les thèmes en corrélation aux hypothèses. Dans un premier temps, j'aborde l'organisation du binôme ou du trinôme, suivi de la collaboration et je termine sur la confiance. En troisième partie, je finis par une question d'ouverture ciblée sur la problématique de recherche afin que la personne interrogée puisse partager des éléments non abordés ou préciser un sujet traité pour enfin conclure l'entretien.

3.3 Choix de la population enquêtée

Après sélection et autorisation des établissements, j'ai donc pris le parti initialement d'interroger 10 cadres de santé travaillant en équipe (binôme ou trinôme fonctionnel)¹⁷ avec deux cadres supérieurs de santé. J'ai fait le choix d'interroger une équipe managériale supplémentaire (un trinôme complet avec sa cadre supérieure de santé) dans le cadre de l'étude dans le but d'objectiver l'analyse selon les caractéristiques suivantes :

- Cadre de santé en binôme et en trinôme :
 - Un binôme entier (CDS B.1.1 et CDS B.1.2)
 - Un trinôme entier (CDS T.1.1, CDS T.1.2, CDS T.1.3)
 - Un trinôme entier (CDS T.2.1, CDS T.2.2, CDS T.2.3)
 - 2 CDS appartenant chacun à un binôme différent (CDS B.3, CDS B.4)

¹⁷ Un des trinômes interrogés est le trinôme de la situation de départ. Deux cadres sur trois sont connus. Un cadre et la cadre supérieure sont nouvellement arrivés, donc cela constitue une nouvelle équipe managériale.

- Cadre supérieure de santé :
 - Un CSS du binôme (CDS B.1.1 et CDS B.1.2), noté CSS B.1
 - Un CSS du trinôme (CDS T.2.1, CDS T.2.2, CDS T.2.3), noté CSS T1
 - Un CSS du trinôme (CDS T.3.1, CDS T.3.2, CDS T.3.3), noté CSS T2

J'ai donc interrogé 10 cadres de santé sur 5 structures différentes avec trois cadres supérieures de santé dans 3 structures différentes. Ci-dessous se trouve le tableau récapitulatif du talon sociologique des cadres de santé interrogés suivi d'une analyse synthétique :



Population	Parcours professionnel					Condition d'entretien		
	Sexe / Âge	Formation initiale	Expérience (ans)			Secteur d'activités	Type ¹⁹	Durée (min)
			IDE / CDS	CSS	 ¹⁸		Lieu ²⁰	
CDS B.1.1	F / 43	IDE	19 / 3		3	BLOC / CHIR / EHPAD / SAU / PSY	P / B	38
CDS B.1.2	F / 34	IDE	9 / 1		3	CHIR / EHPAD / MED / SAU	P / B	54
CSS B.1	F / 40	IDE	12 / 8	3	2	CHIR / PED / NEONAT / REA / SAU	P / B	48
CDS T.1.1	H / 37	IDE	9 / 3		3	REA	V / D	55
CDS T.1.2	F / 45	IDE	16 / 7		3	CHIR / NEURO / USIC / SAU	V / D	51
CDS T.1.3	F / 32	IDE	6 / 2		1	CHIR / EHPAD / NEURO / USIC	V / D	38
CSS T.1	F / 44	IDE	10 / 8	8	1	GASTO / ONCO / PNEUMO / NEURO / SAU	V / B	55
CDS B.3	F / 43	IDE	12 / 7		3	MED / NEURO / PNEUMO / REA / SOINS PALLIATIFS / USIC	V / D	39
CDS B.4	H / 47	IDE	12 / 8		2	EHPAD / SAU / REA	P / B	45
CDS T.2.1	H / 47	IDE	17 / 13		3	CHIR / REA / SAU	V / B	45
CDS T.2.2	F / 45	IDE	22 / 2		5	REA / SAU	V / B	35
CDS T.2.3	F / 50	IDE	15 / 10		1	PED / SAU / REA	V / B	30
CSS T.2	F / 59	IDE	20 / 18	14	5	CHIR / MED	V / B	20

Tableau 7 : Tableau récapitulatif du talon sociologique de l'enquête

¹⁸  : Ancienneté dans le binôme ou trinôme pour les cadres de santé, dans l'équipe managériale pour les CSS.

¹⁹ P : Présentiel / V : Visio,

²⁰ B : Bureau / D : Domicile

Tous les professionnels interrogés sont tous de formation infirmière en formation initiale. Le talon sociologique est composé par 77 % de femmes ce qui représente 10 femmes interrogées sur 13. Parmi ces femmes, 3 sont cadre supérieure de santé. Il y a donc 3 hommes représentant 23 % du talon sociologique. La moyenne d'âge est de 43,5 ans avec une différence de 27 ans entre la valeur minimale de 32 ans et la valeur maximale de 59 ans. La moyenne d'expérience en tant qu'infirmière et infirmier est de 13,8 ans avec une différence de 16 ans entre la valeur minimale de 6 ans et la valeur maximale de 22 ans. La moyenne d'expérience en tant que cadre de santé est de 6,9 ans avec une différence de 17 ans entre la valeur minimale de 1 an et la valeur maximale de 18 ans. Près de 69 % des entretiens se sont déroulés en visio contre 31 % en présentiel qui s'explique par la distance des établissements d'appartenance des personnes interrogées. La durée moyenne des entretiens est de 42,5 minutes pour une valeur minimale de 20 minutes contre 55 minutes pour la valeur maximale. Le talon sociologique professionnel par expérience de secteur d'activité est représenté sur la figure 16 ci-dessous :

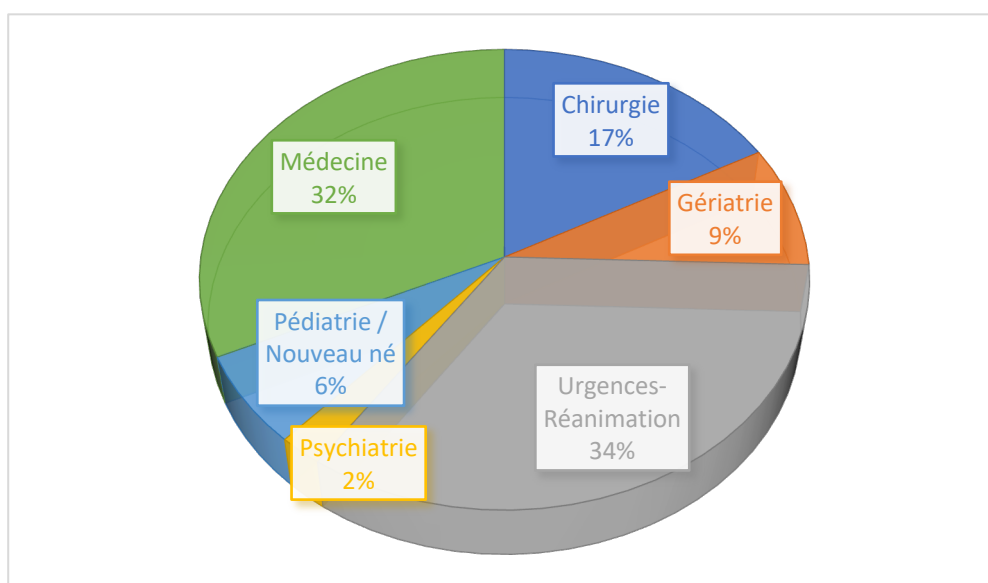


Figure 16 : Représentation du talon sociologique par expérience de secteur d'activité

Le talon sociologique est donc prédominant dans le secteur des urgences et de réanimation avec 34 %, en médecine avec 32 % contre 17 % pour la chirurgie. On remarque aussi une minorité d'exercice en secteur de gériatrie et en pédiatrie dans le talon sociologique en dessous de 10 % avec 2% en secteur de psychiatrie. On peut ainsi noter l'hétérogénéité du talon sociologique par la richesse de l'expérience des personnes interrogées mais aussi par la diversité de leurs établissements d'appartenance ce qui permettra d'avoir une analyse empirique riche et variée.

3.4 Choix des outils et déroulement des entretiens

Afin de réunir les conditions propices pour le bon déroulement de l'entretien, je me suis adapté selon la disponibilité et le souhait des professionnels interrogés, en effet ces derniers sont conscients des interruptions de tâches possibles sur le lieu d'exercice et de l'importance d'être disponible pour la qualité et le bon déroulement de l'entretien. Les entretiens se sont déroulés dans le bureau des cadres et au domicile par visio TEAMS²¹ pour certains cadres de santé. Cela s'explique par l'impossibilité de réunir les conditions nécessaires pour le bon déroulement de l'entretien mais aussi la distance à parcourir pour une réalisation en présentiel.

Pour chaque entretien, j'utilise mon guide d'entretien comme support sur lequel je prends des notes supplémentaires. Cela me permet d'annoter la progression de l'entretien et ainsi utiliser les questions de relances pour orienter l'entretien. J'utilise aussi mon téléphone ou le dictaphone de mon ordinateur pour enregistrer l'entretien.

Après avoir introduit le début de l'entretien par la présentation de mon parcours, je demande l'autorisation d'enregistrer les échanges afin de faciliter la retranscription qui restera anonyme. Je respecte la structuration de mon guide et je ne le perds pas de vue afin de garantir le bon déroulement en n'hésitant pas à utiliser les questions de relances pour recentrer et enrichir l'entretien. Je finis par une question ouverte avec un petit temps de réflexion sur l'échange qui vient d'avoir lieu autour du sujet d'étude, ce qui permet d'ouvrir, d'obtenir des données complémentaires enrichissantes. À ce moment-là, je coupe l'enregistrement en les remerciant.

Pour le partage de mes recherches et l'explication de mon objet d'étude, je reprends synthétiquement ma situation de départ, ma réflexion vers la problématique, mon approche conceptuelle amenant à ma question de recherche et mes hypothèses. Je partage les éléments marquants, les organisations découvertes avec les entretiens précédents en promouvant le partage et l'échange dans cette démarche.

²¹ Outil collaboratif de la suite bureautique Microsoft avec possibilité d'effectuer une Visio

4 L'ANALYSE DES ENTRETIENS

Pour l'analyse qualitative, je choisis de retranscrire chaque réponse à l'aide de ma prise de notes et de la réécoute des enregistrements dans un tableau où figurent les questions de la grille d'entretien. Ensuite j'ai identifié avec une couleur différente et pour chaque entretien les verbatims associés à un thème. J'ai ensuite reporté tous les verbatims appartenant au même thème dans tableau distinct qui me servira comme grille d'analyse. Je procède ensuite à une analyse quantitative et une analyse croisée entre les personnes interrogées ce qui me permet d'établir un plan d'analyse. Ce dernier me permettra de guider mon interprétation et l'analyse globale des données des entretiens.

Dans un premier temps j'aborderai l'organisation du binôme et du trinôme où seront exposés les résultats en trois parties. En première partie s'en dégagera l'organisation en lien avec l'autonomie des membres du binôme ou en trinôme, en deuxième partie la nécessité d'une communication pour la gestion et le partage de l'information et en dernière partie l'optimisation de l'organisation avec des outils collaboratifs. Ensuite dans un deuxième temps, j'aborderai la création et le maintien de la dynamique du binôme et du trinôme. Pour cela j'exposerai en première partie la place de la volonté individuelle de partager et de travailler ensemble, en deuxième partie j'évoquerai la confiance vue comme une pierre angulaire essentielle au travail en collaboration et en dernière partie je partagerai l'expérience des limites de la dynamique individuelle dans le collectif.

4.1 L'organisation du binôme/trinôme

4.1.1 Une organisation s'appuyant sur l'autonomie des membres du binôme/trinôme

Définition de l'organisation

Tous les cadres de santé interrogés expliquent que la définition de l'organisation initiale du binôme ou du trinôme s'effectue d'une part en fonction des appétences de chacun et d'autre part en fonction des décisions communes. Ils définissent ensemble une répartition des rôles, des tâches et des responsabilités dont les ressources humaines en fonction des missions et des activités propres à leur service. Ce que l'auteur Mucchielli (2019) mentionne dans le cadre conceptuel, c'est qu'il y a un rôle à tenir d'organisation dans la coopération et dans les conditions de réussite. Pour le binôme 1, il décline leur organisation autour de deux fiches de tâches appelées mission et coordination avec une répartition RH et thématique qu'ils

ont réalisés ensemble. La CDS B.1.2 précise qu'ils avaient « *un peu carte blanche sur l'organisation et sur les modalités de mise en place* » et explique : « *on s'organise du coup sur deux fiches de tâches qui sont différenciées avec une cadre qui est positionnée sur tout ce qui est coordination ou gestion du quotidien* » et une deuxième sur le poste de « *mission, concerne tout ce qui est suivi de la qualité des audits et participations à des réunions* ». De plus, la CDS B.1.1 apporte des éléments complémentaires sur les modalités de l'organisation en évoquant : « *Maintenant, nous, dans notre fonctionnement ici, il n'y a pas une qui fait de la mission et l'autre qui fait de la coordination. Les deux font à la fois des missions et de la coordination... c'est-à-dire qu'on fait les deux fonctions à chaque fois* ».

J'observe ainsi une alternance des rôles que souligne Barreau (2021) dans les conditions de réussite. Qui plus est Devillard (2017) explique que les partages encadrés des rôles permettent de développer les compétences et l'autonomie du binôme. En effet, pour leur cadre supérieure de santé B.1 : « *c'était un souhait de cadres supérieurs antérieurs avec le médecin chef de service ... je l'ai exposé aux cadres alors ils sont organisés autour de deux fonctions* ». Une organisation qui repose sur l'autonomie souligne la CSS partagé également par la CDS B.1.2 :

« Elle nous a toujours laissé beaucoup d'autonomie pour organiser notre travail et nous demandait juste de nous expliquer comment on avait fonctionné. Qu'est-ce qui marchait ou pas ? Et qu'est-ce qu'on avait régulé ? Qu'est-ce qui nous manquait comme matériel ? De quoi on avait besoin comme appui hiérarchique pour avoir accès à certains logiciels ou certaines données ? ».

Ainsi, la cadre supérieure de santé n'intervient pas dans l'organisation explique la CDS B.1.2 :

« en tout cas, ce n'est pas lui qui va dire. Vous devez faire comme si, comme ça sur l'organisation, il doit juste formuler clairement ses attentes et dire voilà ce que j'attends de vous. Sur cette mission, sur votre travail et à vous maintenant de le répartir, de répondre à la commande, tout simplement ».

Cela met en évidence la définition commune des organisations de manière autonome qui est également reprise par la CDS B.3 qui explique : « *la répartition était déjà en place à mon arrivée...tout était remis à plat pour travailler ensemble* », une définition commune évoquée également par la CDS B.4 « *on l'a défini entre nous en fonction de nos souhaits* ».

De manière semblable, le trinôme 1 comme le trinôme 2 ont défini leurs organisations ensemble. En autonomie pour le trinôme 1 explique le CDS T.2.2 : « *autonome sur notre*

fonctionnement à trois ... entre nous en fonction de nos affinités » mais aussi pour le trinôme 2 *« réparti entre nous en fonction des appétences »* (CDS T.2.3). En outre, la définition de l'organisation des deux trinômes et sa répartition sont similaires. Pour le trinôme 1, la répartition est faite par une *« division RH selon le volume de gestion et des responsabilités UF avec les différents dossiers (qualité, tutorat) »* (CDS T.1.1). Pour le trinôme 2, le CDS T.2.2 indique : *« on s'est réparti entre nous en fonction des envies, des plannings, des dossiers, des secteurs et des rôles »*. À cela s'ajoute une organisation quotidienne comme pour le binôme 1. En effet, pour la CDS T.2.3, l'organisation des cadres repose aussi sur *« une répartition sur la journée, un fait le matin, on parle d'ouverture, un autre fait la fermeture en étant du soir et la dernière journée qui est en transversale »*. Une organisation similaire pour le trinôme 2, sauf qu'un cadre de santé est défini sur une mission quotidienne, ce qu'explique la CDS T.2.1 : *« Il y en a un de nous qui est que sur le quotidien des urgences »* et à tour de rôle *« mes collègues, c'est deux jours par semaine. Moi, c'est un jour par semaine »*. Une alternance des rôles est ainsi effective dans les deux trinômes, mais avec un découpage de la gestion du quotidien pour le trinôme 1 (Ouverture / fermeture).

Ce qui a été aidant pour fonctionner en trinôme selon le CDS T.2.1, c'est l'autonomie de fonctionnement. Pour le CDS T.2.1 :

« L'organisation du trinôme a toujours été à l'appréciation du trinôme en poste. C'est le trinôme qui décide de son organisation ... Si on nous imposait quelque chose à travers une fiche de poste, ça serait un peu nous voler de notre autonomie dans ce métier, cette liberté nous a permis de nous adapter. Pour les cadres, on est notre formation, nous apprend à le faire, à nous organiser, à définir nos priorités et à tenir compte un peu des aléas des uns des autres et de s'adapter. Donc, ça serait dommage de nous enlever ça ».

Ces propos illustrent l'auteur Devillard (2017) sur l'acceptation du fonctionnement pluriel, sur le libre choix d'une personne autonome dans les conditions de réussite d'un binôme.

Toutes les cadres supérieures de santé exposent également l'autonomie d'organisation du binôme et du trinôme. En effet, la CSS T.1 explique : *« je les ai laissés en autonomie, pour voir comment ils voulaient se répartir »*. Par ailleurs, elle précise : *« je n'ai pas défini mais j'ai un peu orienté les répartitions des tâches dans ceux qui s'occupent de telles catégories professionnelles »*. Ce qu'indique également la CSS T.2 *« j'ai essayé que les cadres proposent une organisation ... et pour moi, ils ont une certaine latitude »*. Effectivement, si je reprends ma situation de départ, nous avons défini ensemble une répartition des rôles et des

tâches de manière autonome. Cette organisation a été transmise par la suite à l'encadrement supérieur puis à l'équipe médicale et paramédicale. Je retrouve ainsi cette organisation déléguée aux cadres de santé dans les différents entretiens, une organisation qui justement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue.

Une organisation évolutive

Au quotidien, six cadres sur treize interrogés accordent une importance dans l'ajustement de l'organisation initiale. En effet pour la CDS B.1.1, elle explique qu'il est nécessaire « *dans le fait que ça ne soit pas figé* » en parlant de l'organisation du binôme. Qui plus est, la CDS T.2.2 ajoute : « *dans notre pratique, on ne reste pas enfermé dans un système* ». Ce qui est partagé également par le CDS B.4 « *pour ce qui concerne le quotidien, nous ne restons pas figés sur une organisation, nous voyons entre nous... j'ai trouvé vraiment mon compte en termes de management et de qualité de vie avec l'autonomie entre nous* ». Une autonomie qui accorde une certaine souplesse dans le planning et la qualité de vie au travail ajoute la CDS T.2.3.

De plus, l'organisation au quotidien devient une priorité explique le CDS T.2.1 : « *il faut aussi être clair avec soi-même et entre nous, on ne peut pas tout faire, on doit assurer le quotidien* ». En effet, huit cadres sur dix évoquent qu'ils définissent ensemble une organisation lorsqu'un cadre est absent. Pour le binôme 1, il priorise le quotidien en privilégiant le poste de coordination sur le poste de mission. Ce que la CSS B.1 précise : « *s'il y avait des vacances ou quoi que ce soit, le poste de mission, forcément, disparaît. Et c'était le poste de coordination qui prend le pas* ». De même pour la CDS B.4 : « *Sur une absence courte, j'effectue essentiellement le quotidien. Sur une absence plus longue, même chose mais le travail de fond est reporté selon la priorité pour garder un certain équilibre sur la charge de travail pour durer* ». Par contre, la CDS B.3 ne reprend pas la durée d'absence dans sa priorisation mais s'assure de la continuité de toutes les missions. En effet, elle explique : « *je récupérais les missions de l'autre, en fait. Donc je m'occupais de tout* ». Pour les trinômes, l'organisation est faite de façon à assurer la continuité avec une répartition des tâches : « *On essaye d'avoir un minimum de connaissances sur ce qu'on ne traite pas au quotidien pour pouvoir prendre le relais* » (CDS T.2.1), ce que son collègue confirme également : « *celui qui est absent est dispatché dans les deux qui restent présents... au feeling surtout en fonction de la durée de l'absence car c'est pas du tout pareil que quand c'est une absence de trois semaines* » (CDS T.2.2). De plus, le cadre CDS T.2.3 précise sur les absences : « *lorsqu'on sait qu'on va être absent et qu'on va devoir aller à une réunion ou quelque chose donc. Et ben*

c'est celui qui voilà qui a le plus d'appétence sur le sujet qui s'en saisit ». Effectivement, pour la CSS T.1, lorsqu'un cadre s'absente, il se départage entre eux instinctivement. Ils s'organisent entre eux précise également la CSS T.2 en cas d'absence. Cela met en évidence que la continuité de l'encadrement est assurée sur tous les rôles et les tâches. C'est en ajustant en autonomie la répartition et l'organisation initiale en trinôme que la continuité de l'encadrement est assurée. Ce n'est pas le cas pour le binôme 1 qui priorise le quotidien, une priorisation également effectuée par le CDS 4 sur une absence de courte durée uniquement. Enfin pour le CDS T.2.1, l'organisation est unique et propre à l'équipe d'encadrement :

« sur des missions qui sont différentes, les organisations sont différentes. Par contre, on retrouve certaines minorités, par exemple le partage entre les corps de métier par les encadrants. Donc les organisations sont différentes en fonction du trinôme parce que les missions sont différentes. Forcément, l'organisation sera différente ».

La définition du binôme et du trinôme s'appuie sur l'autonomie des membres qui le compose. Cela permet de définir des organisations différentes mais aussi évolutives selon le contexte ou le service, avec des similitudes de fonctionnement et de répartition évidente qui font de chaque équipe d'encadrement une équipe unique. Enfin, l'ensemble des cadres de santé s'accordent pour dire que la communication est essentielle pour le fonctionnement en binôme et en trinôme.

4.1.2 Une communication nécessaire pour la gestion et le partage de l'information

Un prérequis pour le partage de l'information à tous les niveaux

La communication est vue comme un prérequis nécessaire pour tous les CSS et les CDS. En effet pour la CDS B.1.1 « *c'est important qu'il y ait un vrai échange et qu'il y ait un vrai partage des ressources, des informations, une vraie communication* » et d'être « *capable de communiquer ses idées ... qu'on puisse bien communiquer, se dire les choses aussi* » et « *qu'on puisse au moins en discuter* ». Au-delà du partage d'information, la communication est vue comme une compétence pour la CDS B.1.2 : « *Il faut avoir de bonnes compétences en termes de communication ... faire preuve de franchise et savoir communiquer* », ce que la CDS T.2.3 appuie en expliquant que pour travailler en trinôme : « *il faut une bonne communication* » car le défaut de partage d'information peut être une complication du fonctionnement à ses yeux. C'est ce qu'explique le CDS T.2.1 : « *les gens ont tendance à vouloir s'engouffrer dans l'intrigue, sur le partage de l'information. Quand on va transmettre*

une information, il suffit que celle-ci, un collègue, la passe en restant sur la version antérieure et pour le coup on n'est pas très cohérent et donc c'est la crédibilité ». Cela montre l'importance de la gestion et la veille de l'information dans le fonctionnement. Une cohérence que soulève Levan (2009) dans le cadre conceptuel sur l'absence de communication qui induit des problèmes de coordination internes. De plus, pour la CDS T.3.2 : *« c'est la base des relations humaines, c'est la communication »*. Par ailleurs, la CDS B.4 indique que la collaboration repose sur la communication mais aussi sur le partage *« c'est travailler ensemble avec un partage, un partage à la fois d'information j'insiste sur ce versant-là »*. Qui plus est la CSS T.2 ajoute qu'il faut absolument que *« les cadres puissent se parler entre eux, échanger pour que l'équipe d'encadrement soit suffisamment cohérente et solide. »* Une cohérence de collaboration qui émane d'une communication adaptée avec une gestion et un partage de l'information nécessaire.

Néanmoins, la CDS B.3 apporte un point de vigilance sur le partage d'information avec sa cadre supérieure de santé. Elle explique que le partage signifie aussi de : *« bien s'adresser aussi aux deux cadres lorsqu'ils souhaitent faire passer des informations importantes, ne pas prioriser un des cadres par rapport à l'autre... c'est aussi faire attention dans sa communication, de bien communiquer les mêmes infos aux deux cadres »* (CDS B.3). Un partage d'information qui peut s'avérer compliqué pour la CSS T1 : *« que les cadres n'aient pas tous l'information »*. D'ailleurs la CDS B.3 accorde aussi une importance à ce sujet au sein de son binôme face à son équipe, la nécessité d'avoir *« un discours commun tous les deux »*.

En effet, dans la situation de départ, j'évoque que nous n'avons pas connaissance de certaines demandes ultérieures ou l'état d'avancement d'un dossier précis qui est à l'origine des difficultés et d'incohérence de gestion quotidienne mis en évidence par les professionnels interrogés. Et pourtant nous assurons des temps de transmissions quotidiens, des temps d'échange au sein de l'équipe managériale afin de partager l'information et d'avoir un discours commun avec le même niveau d'information.

Des temps d'échanges au sein de l'équipe managériale

L'ensemble des cadres de santé définissent un temps d'échange quotidien qui peut être formel comme informel. Le premier dit formel correspondant au temps de transmission à la prise de poste, un temps important pour la CDS B.3. Pour la CDS B.1.2, ce temps d'échange est : *« très rapide. C'est dix, quinze minutes à peu près, juste des points d'étapes pour dire un*

peu où on en était ». Cependant, pour la CDS B.4, les temps d'échanges qui sont formalisés c'est uniquement pour les temps de transmission. Cela est plus complexe pour le trinôme 1. En effet, le CDS T.2.1 expose : « *on effectue des transmissions à celui qui arrive donc en deuxième, puis en troisième. Donc, il y a des temps d'échanges qui sont de courte durée entre 10 et 20 minutes, grand maximum une demi-heure quand il y a des grandes problématiques ... on n'a pas un temps d'échange à 3 dédié* ». Par ailleurs, le CDS B.4 accorde de l'importance au temps de transmission sur la gestion de l'information et explique : « *on serait parfois tenté de ne pas faire les temps de transmission ... Mais c'est comme ça qu'on risque de perdre une ou deux infos* ». Ce temps d'échange est identifié par le CDS B.4 comme nécessaire, non facultatif et insiste : « *c'est de faire en sorte que les temps de transmission formalisés soient bien maintenus, bien gardés. Et puis, de ne pas voir comme des temps facultatifs les temps d'échange* ». Cela appuie l'importance d'avoir un niveau d'information identique afin d'assurer la gestion du service.

Cependant pour le trinôme 2, le temps d'échange est exclusivement informel lié à l'organisation mise en place. L'ensemble des cadres du trinôme 2 confirme l'absence de temps de transmission formalisée. Effectivement, le CDS T.2.1 explique : « *il y en a un de nous qui est que sur le quotidien des urgences, pas de transmissions mais beaucoup d'échanges au fil de la journée* », ce que confirme sa collègue CDS T.2.3 « *on a beaucoup de temps, d'échanges, de transmission. Après, ce n'est pas formalisé* ». Il y a donc des temps d'échanges formels qui font partie intégrante de l'organisation et du fonctionnement, cela concerne le temps de transmissions. Mais il existe aussi des temps informels qui ne sont pas définis dans l'organisation. Ces derniers font partie intégrante exclusive du fonctionnement du trinôme 2. On peut donc identifier le rôle prépondérant de la communication dans la collaboration. Sa nature formelle ou informelle et son importance repose sur l'organisation mise en place par le binôme ou le trinôme.

Concernant l'organisation des temps d'échanges avec les cadres supérieures, tous ont un point d'échange hebdomadaire formalisé, sauf pour le trinôme 2. La CDS B.1.2 indique : « *avec l'encadrement supérieur, on a l'occasion de faire le point toutes les semaines* » comme le CDS T.2.1 qui ajoute : « *avec la cadre supérieure on a un staff de secteur par semaine* ». Cependant la CDS T.2.3 explique qu'il n'y a pas de temps dédié : « *avec la cadre sup elle passe, ce n'est pas formalisé* ». En effet, la CSS T.2 l'explique : « *je considère que c'est ma façon de faire, que les cadres ne sont pas mes agents, mais ce sont mes collègues je passe tout*

simplement, je suis là en soutien pour moi ... si j'ai besoin de faire passer une information je le fait par mail ».

L'analyse des entretiens met en exergue la somme des échanges informels et l'importance de son existence au sein de l'équipe managériale. Cela concerne aussi bien les binômes comme les trinômes : « *la plupart du temps de manière informelle autour d'un café, d'un repas* » (CDS B.4) ou « *chaque matin à la pause-café* » (CDS B.3). La CDS B1.1 explique : « *se prendre une pause ensemble deux fois par semaine avec un petit café afin d'échanger simplement, de transmettre déjà des informations, mais aussi parler* ».

De plus pour le trinôme 1, la proximité du bureau facilite l'échange : « *tout le temps avec ma collègue, on a le bureau juste à côté, l'un à côté de l'autre, donc on ne rate pas une miette de ce qui se passe à côté* » (CDS T.1.2). Un temps d'échange qui est identifié d'aidant pour travailler en collaboration pour le CDS B.4 par la proximité des bureaux : « *le fait d'avoir deux bureaux bien distincts à proximité* ». Ce qui est également partagé par la CDS T.2.3 d'avoir un « *bureau côte à côte beaucoup plus d'échange* ». En effet, cette proximité est énoncée dans la situation de départ. Cela a mis en évidence des difficultés de travail en trinôme lorsqu'elle s'efface dans une collaboration. Elle s'est traduite par une difficulté d'échange avec un des membres de l'équipe. Une difficulté exacerbée par la délocalisation de son bureau dans un autre bâtiment. Ce qui explique l'impact dans la dynamique d'équipe, les situations incohérentes par un dysfonctionnement dans la gestion et le partage de l'information commune.

On observe sur le terrain que des temps de communication d'échanges définis ou informels et l'utilisation d'outils communs devient une aide pour la gestion et le partage de l'information en complément du verbal.

4.1.3 Des outils collaboratifs pour optimiser la continuité et le partage de l'information

L'ensemble des cadres de santé dispose d'un dossier commun partagé sur le réseau. Une structuration et une organisation du réseau partagé sont définies au sein de l'équipe d'encadrement. L'institution met à disposition des outils communs pour la gestion des plannings, des tableaux d'absentéismes ou des plateformes collaboratives, de partage de fichiers ou de conduite de projet commun avec les cadres supérieurs de santé. Dans la situation de départ, nous disposons aussi d'un réseau partagé qui nous permet d'utiliser un tableau de transmissions dynamiques nous servant de support de transmissions mais aussi de

gestion. En effet dans les entretiens, seul le binôme 1 utilise un support commun « *elle m'a laissé une feuille de transmission, on a un support* » explique la CDS B.1.1. Qui plus est le support d'information peut prendre d'autres formes explique le CDS T.2.1 :

« Mais en général, c'est vrai qu'on se laisse des post-it. Voilà pour quelque chose qu'on n'a pas eu le temps de traiter. Il faut continuer et on va se laisser des post-it qui sont très précis sur le sujet. Qu'est-ce qu'il y a à faire et voilà. Pour pouvoir prendre le relais pour les transmissions ».

De plus, la CDS B.3 évoque que devant un problème de partage d'information, de communication, elle a essayé de mettre en place un cahier de transmission. Malheureusement, sans succès. Cela démontre que dans une volonté d'amélioration, cela nécessite une adhésion commune de l'utilisation de l'outil. Cette problématique d'adhésion est rencontrée dans la situation de départ avec l'impossibilité de transposer le tableau dynamique dans un fonctionnement à trois à cause d'une adhésion partielle.

Pour la continuité, le binôme 1 dispose d'une boîte commune, la CDS B.1.1 explique :

« Si je pars, la personne qui, après moi, aura aussi accès à cette messagerie avec l'historique ... je communique beaucoup cette adresse-là parce que je sais que je me disais que quelle que soit la personne qui sera avec moi ou mon futur collègue, même si moi je pars dans quelque temps, la personne qui arrivera aura les informations »

Ce système d'échanges participe à la gestion de l'information pour les cadres ce qui contribue à assurer la continuité, le partage de l'information d'une part mais participe aussi d'autre part à la traçabilité pour les pairs. La CDS B.1.2 complète : « *On avait des dossiers partagés et beaucoup de dossiers partagés avec une boîte mail commune et aussi personnelle* ». La combinaison de dossiers partagés avec une boîte mail commune semble être un prérequis pour travailler ensemble. Une boîte commune que nous ne disposons pas dans la situation de départ.

Dans les entretiens, je découvre que le trinôme 2 et le binôme 1 disposent d'un téléphone dédié pour la gestion du quotidien, mais aussi pour le binôme 1, de l'existence de deux bureaux distincts. En effet, la CDS T.2.3 partage : « *nous avons un téléphone commun pour la gestion quotidienne* ». Qui plus est la CDS T.2.2 précise :

« je ne sais pas si on peut le considérer comme un outil, mais le téléphone dédié pour la gestion quotidienne nous facilite le travail et la qualité de vie au travail. On n'est plus

appelé pour la gestion des lits par exemple lorsqu'on travaille sur un sujet de fond. Il existe un numéro, tout le monde passe par ce numéro ».

De plus, la CDS B.1.1 ajoute : « *lorsque je suis en coordination, je suis dans tel bureau, je suis en mission, je suis dans l'autre bureau ... chacune a un téléphone selon son poste. Mais celle qui va être d'abord interrompue, c'est celle qui est en coordination* ».

Ces échanges mettent en évidence qu'au-delà d'une utilisation d'un support commun et d'un dossier partagé qui vise à promouvoir la communication des informations, son utilisation nécessite une adhésion commune. L'utilisation d'outils comme d'un téléphone dédié améliore la qualité de vie au travail en limitant les interruptions de tâche. Son utilisation intègre une organisation comme un bureau dédié pour un rôle défini. Enfin, l'utilisation d'une boîte mail commune facilite la collaboration en plaçant son utilisation dans la gestion du même périmètre d'encadrement. Une zone d'interdépendance co-définie par des règles régissant ainsi la dynamique du binôme ou du trinôme.

4.2 Créer et maintenir la dynamique du binôme/trinôme

4.2.1 Une volonté de partager et de travailler ensemble

De l'acceptation individuelle

Tous les professionnels expliquent que la dynamique du binôme ou du trinôme repose essentiellement sur la volonté individuelle de partager et de travailler ensemble. Neuf professionnels interrogés sur treize exposent que cela commence d'abord par une acceptation individuelle du fonctionnement à plusieurs. Les cadres B 1.1 et B 1.2 évoquent l'importance d'accepter de partager et de montrer le travail, qu'elles qualifient comme le prérequis essentiel pour travailler en binôme. Une acceptation individuelle qui est aussi partagée par le trinôme 2, le CDS T.2.2 explique : « *il faut accepter d'être à trois, qu'il va falloir qu'on partage, qu'on échange ensemble, il faut accepter ça* ». Une idée reprise par sa collègue « *à partir du moment où on décide de travailler en binôme ou en trinôme, il faut accepter de partager* » (CDS T.2.3). De plus, la CSS T.2 ajoute : « *si le cadre n'accepte pas, s'il n'a pas la volonté de travailler ensemble, ça ne fonctionnera pas* ». Par ailleurs, la CSS B.1 expose dans le maintien d'une dynamique « *ce qui fait que le binôme fonctionne bien, c'est le fait que chacun accepte de partager le poste, d'en devenir coresponsable* ». Une notion coresponsabilité abordée par la CDS T.2.3 qui explique : « *le leadership, il faut accepter le partage du pouvoir aussi, il faut à la fois être au clair avec ça* » et accepter « *dans la prise de*

décision, qu'il le gère d'une certaine façon il peut y avoir l'avis contraire, donc il faut aussi accepter qu'on ne soit pas d'accord forcément tous les trois » (CDS T 2.2). Ce que souligne l'auteur Boussuge (2021) sur la difficulté de travailler ensemble, cela ne se produit pas sans effort. En effet, c'est accepter de lâcher prise dans la prise de décision selon le CDS T.2.2 et c'est justement ce qui peut paraître compliqué dans le fonctionnement pour la CDS B3 « *qu'il faut faire des consensus* ». La dynamique du binôme ou du trinôme repose sur l'acceptation individuelle des règles de fonctionnement, des caractéristiques mais aussi cette volonté individuelle de vouloir travailler ensemble.

De plus, concernant le trinôme 1 et la CSS T.1, ils n'évoquent pas le critère d'acceptation individuelle dans la création et le maintien d'une dynamique d'équipe d'encadrement lors des entretiens. Cependant pour cette équipe managériale et pour tous les professionnels interrogés, la dynamique repose également sur l'aptitude de l'individu à respecter et faciliter le fonctionnement par le partage afin de travailler ensemble.

A la capacité individuelle

Douze cadres sur treize interrogés exposent qu'il faut être capable de fonctionner en collectif mais aussi d'avoir la capacité de se construire autour d'un sens collectif et non individuel pour le maintien de la dynamique. Pour le CDS T1.1 et la CDS T1.2, cela fait partie des prérequis de travail en binôme ou en trinôme d'avoir une personnalité qui soit collective. La CSS B.1 expose : « *il y a certainement des profils pour travailler en binôme* ». Qui plus est « *le travail en binôme ne correspondra peut-être pas à toutes les personnalités* » (CDS B.1.1). Cette approche met en exergue le critère de compatibilité caractérologique et professionnelle énoncé par Mucchielli (2019). Une compatibilité identifiée comme requise dans le fonctionnement en binôme pour la CDS B 1.1 « *il faut aussi que les personnalités s'accordent ...qui soient en phase et d'accord de travailler en collectif* ». Cela appuie davantage l'approche de compatibilité de l'auteur Mucchielli (2019) pour le maintien de la dynamique d'équipe. Il ne suffit pas d'accepter de travailler en collectif vu précédemment, il faut aussi : « *réussir à se caler les uns avec les autres sur du long terme* » (CDS T.2.1). Pour ce cadre, il l'identifie comme une complication de fonctionnement car il faut pouvoir s'adapter et faire avec les différences de personnalités pour un sens commun. Le CDS T 1.1 illustre cette différence et reconnaît l'individu ainsi : « *un trinôme est construit avec des individualités, avec des personnalités qui peuvent être individualistes...donc forcément pas un sens du collectif* ». Par ailleurs, la CDS B4 explique : « *C'est aussi la capacité de savoir*

travailler avec l'autre ». Au-delà des critères de compatibilité des personnalités, l'approche capacitaire de l'individu à fonctionner en collectif constitue une clef pour le fonctionnement en binôme ou en trinôme.

De plus, sept cadres interrogés sur treize exposent qu'il faut une ouverture d'esprit afin de partager et de travailler ensemble. En effet, la CSS T 2 explique : « *Il faut être en capacité d'entendre la critique, d'entendre quelqu'un de manière constructive* » ce qui est aussi partagé par le CDS T 2.1 « *il faut pouvoir accepter aussi certaines façons de faire, certaines remarques, certaines pour pouvoir progresser* ». Cette ouverture d'esprit requiert une capacité d'écoute et de tolérance afin de partager et travailler ensemble tout en maintenant une dynamique d'équipe positive. Néanmoins pour la CSS B.1 « *il faut savoir être compliant* » qualifiant ainsi la faculté d'adaptation nécessaire pour le maintien de la dynamique d'équipe de l'encadrement.

Ce qui renforce la cohésion et la dynamique du trinôme, c'est : « *la capacité relationnelle à être avec l'autre, de reconnaître l'autre, c'est le respect de l'autre* » expose la CSS T.1. Pour le CDS B1.2, la reconnaissance passe aussi par « *le respect aussi du travail de l'un et de l'autre, même si c'est un travail commun, c'est savoir reconnaître à l'autre aussi le travail qu'il investit* ». De plus, sept cadres sur treize évoquent l'importance de la capacité d'accepter et de reconnaître son collègue dans son individualité. En effet, ce qui renforce la dynamique pour le CDS T.2.3 « *c'est d'être capable d'accepter l'autre* ». Également partagé par le CDS B3 « *il faut savoir accepter l'autre* ». Qui plus est le cadre B4 précise : « *On n'est pas tous parfaits. Il faut accepter l'autre avec ses failles* ». En effet, pour le CDS T1.1, la bonne connaissance des uns des autres permet d'accepter l'autre et mentionne : « *quand on se connaît, on sait ce qu'on peut attendre ou ne pas attendre. Et du coup, ça, c'est plus fluide* ». Par conséquent, la capacité de reconnaître et de connaître ses pairs influence la dynamique d'équipe. C'est effectivement ce que souligne l'auteur Devillard (2017) sur l'aptitude relationnelle de chaque individu à disposer pour le bon fonctionnement, mais aussi la capacité de reconnaître et d'accepter son collègue dans son individualité pour une dynamique de réciprocité.

Par ailleurs, la CSS T2 expose : « *il faut être aussi être en capacité de pouvoir dire les choses de façon bienveillante* ». Une question de savoir-être qualifie la CDS B3, elle l'identifie dans les prérequis pour le travail en binôme et l'expose aussi par une capacité de communiquer « *c'est d'exprimer les choses. ... Il faut savoir être authentique, échanger, communiquer* ». De plus, ce qui peut être aidant dans le fonctionnement pour la CSS T1,

c'est : *« la transparence et l'honnêteté doivent être de mise, la loyauté. C'est pouvoir aussi dire les choses de façon respectueuse et de pouvoir échanger posément »*. La notion d'honnêteté est partagée également par la CDS B1.2 *« d'être au clair et d'être très honnête avec nos difficultés et nos capacités »*. C'est d'être capable de partager ses forces et ses faiblesses comme explique le CDS T.2.1. Qui plus est, ce partage est vu comme une complémentarité positive dans le management pour neuf cadres sur treize interrogés. En effet, pour la CDS B1.2 et la CDS T.2.2, c'est la capacité individuelle de partager le succès comme les erreurs qui permet de maintenir une dynamique d'équipe.

Vers un esprit d'équipe

L'ensemble des cadres interrogés définit le binôme et le trinôme comme une équipe, ce qui rejoint le cadre conceptuel. Il le justifie au moment des entretiens par l'existence d'un sens commun, d'objectifs partagés et d'un but commun. Ce qui permet d'illustrer et d'expliquer le rapport de l'esprit d'équipe et sa dynamique par la cohésion et la solidarité. L'esprit d'équipe ne va pas de soi pour le CDS B.1.2, elle explique : *« il faut réussir à accepter, avoir un esprit d'équipe »*. Cela fait écho au paragraphe sur l'acceptation individuelle ou la dynamique repose sur l'adhésion du fonctionnement d'un binôme où d'un trinôme. Le CDS T.1.1 précise que pour l'esprit d'équipe, il y a un sens mais aussi un sens à lui donner : *« le sens collectif et non pas individuel »*. Ce sens collectif, c'est ce qui anime la dynamique d'équipe précise le CDS B.1.2 : *« On est vraiment une équipe, une entité parce qu'on va dans le même but... on ne laissera pas l'un sur le côté, Il ne va pas se mettre en avant par rapport à l'autre. On va avancer ensemble »*. Une notion de solidarité abordé également dans la situation de départ. Ainsi, l'esprit d'équipe est donc synonyme de cohésion et de solidarité, c'est constituer un ensemble, une entité, une équipe. Ce qui rejoint la cohésion collective par l'expression dans l'action de Gréselle-Zaïbet (2007) afin de former une seule et même unité. Cette image renforce le sentiment d'appartenance et de cohésion de chaque cadre de santé du binôme ou du trinôme. Pour le CDS T.2.1, la cohésion est nécessaire pour atteindre l'objectif commun. Pour ce dernier, c'est comme faire une alliance et cela passe aussi par la solidarité entre nous explique le CDS T.2.3. De plus, le CDS T1.1 parle de dévouement au binôme ou au trinôme, lorsqu'il parle d'esprit d'équipe et de dynamique, c'est être soucieux des uns et des autres, c'est faire preuve d'altruisme qui est une valeur importante à ses yeux. Par ailleurs, six cadres sur treize interrogés évoquent que les valeurs communes renforcent la cohésion et la dynamique du binôme ou du trinôme. Effectivement, pour la CDS B1.2 *« on a besoin d'avoir le même ancrage professionnel. On n'est pas obligé*

de venir de la même filière quand on a besoin de se retrouver autour des valeurs communes lorsqu'on veut déployer dans le service des axes managériaux ». En effet, ce sont les valeurs communes qui renforcent la cohésion et la dynamique du trinôme expliquent la CDS T.2.2 et T.2.1. De plus, la CDS B3 précise que la dynamique d'équipe repose aussi sur la compatibilité de ces valeurs lorsqu'elle raconte une expérience professionnelle qui fut plus complexe. Une expérience antérieure et une perception aussi partagée par la CDS T.1.2. Ce qui revient à illustrer le critère de compatibilité de l'auteur Mucchielli (2019) « *exige une véritable compatibilité ... professionnelle et idéologique.* » (p.47) pour la dynamique d'équipe.

Par ailleurs, j'observe que neuf cadres interrogés sur treize apportent une attention particulière au sens. Le CDS T.1.2 évoque : « *on va tous les trois dans le même sens, tous les trois dans le même but* ». Le CDS T 2.1 illustre le sens par : « *un interlocuteur qui parle d'une même voix... une seule et même personne dans le boulot* », ce que partage aussi sa collègue « *on forme une unité, on parle d'une seule voix* » (CDS T.2.3). Le trinôme 2 exprime qu'il faut mettre du sens commun et collectif dans la prise de décision. Il ne faut pas revenir sur une décision prise par une ou un collègue devant les équipes pendant son absence. C'est une question de cohérence face aux équipes explique le CDS T2.2 et une preuve de solidarité, de loyauté envers son collègue apporte la CSS T1. La cadre supérieure du trinôme 1 explique : « *il y a une vraie équipe quand les décisions sont partagées, quand les projets sont partagés. C'est une équipe qui chemine. Il y a des objectifs et des objectifs partagés et des actions partagées* ». Qui plus est le CDS T1.1 ajoute : « *il faut aussi du sens, et que ce sens soit partagé avec les cadres supérieurs* ». Tous les professionnels interrogés exposent qu'ils ont tous un but commun avec des objectifs partagés, développer un esprit d'équipe permet de créer un lien fonctionnel et de cohésion au sein du binôme ou du trinôme. Les professionnels mettent en évidence que le sens collectif est l'objectif rationnel commun qui anime et maintient la dynamique du binôme ou du trinôme en tant qu'équipe. Ce lien permet de créer les conditions propices au développement d'un climat de confiance dans l'équipe managériale afin de collaborer.

4.2.2 Une confiance nécessaire pour collaborer

Se connaître et connaître les autres

Tous les professionnels interrogés expriment le fait qu'ils travaillent en confiance au sein de leur binôme ou trinôme actuel mais aussi au sein de l'équipe managériale. Trois

cadres interrogés sur treize expriment ne pas avoir eu confiance au sein de leur binôme sur des expériences antérieures avec un bilan négatif du fonctionnement. Pour la CDS 2.2, elle explique ce manque de confiance lors de l'entretien par la différence qu'elle a pu observer avec une expérience positive et précise : « *on se faisait énormément confiance et on faisait tout à deux, donc ça changé tout* ». Elle identifie l'importance d'avoir une confiance mutuelle et de travailler ensemble dans les conditions de réussite du binôme qu'elle explique aussi du trinôme actuel. Tous les professionnels interrogés évoquent : « Travailler ensemble » dans la définition de la collaboration. En effet, pour le CDS T2.1 « *la collaboration, ça va être de participer à plusieurs pour parvenir à un but* » qui fait écho à la distinction entre la coopération et la collaboration définie par Cole (1993) où la collaboration signifie de participer. La CSS T2 définit la collaboration : « *on élabore ensemble, on va construire quelque chose ensemble. Collaborer, il y a pour moi, il y a vraiment de la notion d'une construction commune* ». Par ailleurs la collaboration, c'est aussi avoir un objectif commun pour dix cadres sur treize. Collaborer, c'est donc construire ensemble autour d'un objectif commun. Une définition qui rejoint les auteurs du cadre conceptuel.

Cependant, l'auteur Brulant benoît (2020) explique que cette construction commune ne peut exister sans échange et sans confiance. En effet, l'ensemble des cadres exposent que la confiance se construit, elle n'est pas innée. Il s'agit d'un temps d'adaptation pour la CDS B1.2 mais aussi une construction mutuelle sur le temps pour le trinôme 1 et 2. De plus, certains auteurs rappellent que : « *la confiance n'est pas donnée d'avance, elle est un construit* » (Davezies, 1993, cité par Van Belleghem, 2013, p.2). Effectivement pour le CDS T.1.1, elle s'est construite au fur à mesure. Il accorde une importance de bien se connaître les uns des autres pour collaborer. C'est ce qui est identifié d'aidant pour travailler en collaboration explique la CDS T2.2 et ajoute : « *qu'on se connaissent très bien et qu'on sache comment se parler et qu'on connaisse nos faiblesses et nos atouts de chacun* ». De plus pour le trinôme 2, la connaissance de l'autre est identifiée dans ce qui renforce la cohésion et la dynamique du trinôme. Par ailleurs, la CDS T2.2 complète : « *on se connaît chacun, nous voyons nos domaines de compétence, nos expériences, on connaît nos qualités aussi. Et du coup, avec ces informations, c'est ça qui nous forge notre identité cadre. Et c'est ce qu'on laisse transparaître auprès de nos collègues* ». Cela illustre l'introspection personnelle nécessaire évoquée par Leibovitz (2019) pour le développement d'un climat de confiance au sein du binôme ou du trinôme. Qui plus est pour l'auteur Le Boterf (2002) : « *en connaissant ses propres ressources, le professionnel règle la confiance qu'il a en lui-même et peut mieux*

apprécier ce qu'il est capable de faire et de ne pas faire » (p.22). Cela appuie la définition de la confiance sous un prisme capacitaire de Philippe (2012).

Néanmoins, le travail en collaboration en binôme ou en trinôme implique une confiance mutuelle. Pour sa construction il est nécessaire d'avoir une connaissance de soi pour avoir confiance en soi. C'est ce qui permet d'identifier ses propres limites afin d'aller vers l'autre en toute confiance. C'est le début d'une reconnaissance de l'individu dans le binôme ou dans le trinôme.

Reconnaître ses compétences et celles des autres

Huit professionnels sur treize associent la confiance à la compétence individuelle dans la collaboration. Pour la CDS B1.1 *« j'ai toute confiance parce que c'est quelqu'un d'expérience. C'est quelqu'un de sensé, ... qui sait qui connaît ses limites aussi, son périmètre d'intervention et qui sait aussi venir me chercher quand elle est en difficulté »*. Elle met en exergue que sa collègue inspire confiance grâce à son expérience, à sa capacité de connaître ses propres limites, son champ d'action mais surtout sa capacité décisionnelle en plaçant le but commun en priorité. En effet, la CDS B 1.1 illustre le fait que sa collègue devant une difficulté, elle n'hésitera pas à venir la voir pour dire qu'elle n'est pas en capacité d'y répondre. Cela illustre Le Boterf (2002) sur la dimension collective que comporte la compétence individuelle qui sont indissociables. C'est sur ce modèle de la compétence de Le Boterf que la confiance s'inscrit ainsi dans la collaboration par la capacité de *« savoir agir et interagir avec autrui »* qu'illustre très bien la CDS B.1.1. Par ailleurs, la CDS T.1.3 raconte : *« j'ai entièrement confiance dans les plus anciens »*, la confiance est de fait lié à l'expérience de ses pairs qui s'explique par son expérience d'un an en tant que CDS dans le service. Pour autant la CDS T.2.2 qui n'a que deux ans d'expérience en tant que cadre de santé explique : *« la confiance, ça se travaille aussi, j'ai dû faire mes preuves auprès d'eux en arrivant ... j'ai dû aussi apprendre à leur faire confiance »*. Il est évident que le positionnement entre la CDS T.1.3 et la CDS T.2.2 ne peuvent être comparé de manière objective. En effet, cela fait 24 ans que la CDS T.2.2 exerce dans le paramédical contre 8 ans pour la CDS T.1.3. Toutefois, la CDS T.2.2 met en exergue de nouveau que la confiance se construit et qu'elle a dû prouver ses compétences en faisant ses preuves pour être reconnu par ses pairs malgré son expérience. Cela met en évidence que la confiance se co-construit au sein du binôme et du trinôme au bénéfice de la collaboration et qu'elle nécessite d'être reconnu par ses pairs. Cependant, cette reconnaissance dans la collaboration repose sur la capacité d'échanger et de partager au sein du binôme ou du trinôme.

Vers l'échange et le partage

Collaborer, c'est le partage et l'échange sous plusieurs aspects pour les professionnels interrogés. Tous se considèrent être dans un processus de collaboration qui fait partie intégrante du quotidien des cadres. Sa mobilisation devient beaucoup plus importante lors de la résolution de situations complexes. Pour la CDS B4, la collaboration c'est aussi : « *travailler ensemble avec un partage, un partage à la fois d'information* ». Ce qu'explique Levan (2009), la collaboration commence par l'interaction entre les acteurs dans une équipe, qui se traduit par la communication. Par ailleurs, je peux distinguer qu'il y a deux niveaux d'échange et de partage. Le premier s'adresse à l'échange d'informations sur des données, des pratiques ou encore du ressenti en le partageant à ses pairs sans que cela mène à une action. Et le deuxième, c'est l'échange, le partage pour une réflexion collective autour d'une action commune.

En effet, c'est ce qui a été aidant pour travailler en collaboration pour la CDS B4 : « *c'est d'avoir des vrais temps d'échange sur une harmonisation du management, et puis, des fois, des échanges aussi sur le ressenti et de l'adaptation* ». C'est aussi ce qu'exprime la CDS B 1.1 d'aidant dans le fonctionnement « *on en arrive à s'accorder sur des points importants et essentiels, notamment des projets pour le service pour que les choses puissent avancer* ». J'observe que l'échange et la partage jouent un rôle prépondérant dans la collaboration et dans la dynamique du binôme et du trinôme. Une véritable dynamique d'action collective selon Piquet (2009).

Cependant, la CDS B1.2 définit l'échange et le partage dans la confiance comme la capacité de : « *faire preuve de franchise et de savoir communiquer* ». Pour cette dernière, cela permet de ne pas laisser les choses, des non-dits, en faisant preuve d'authenticité avec sa collègue. En effet, la CSS T2 précise l'authenticité des échanges dans la confiance :

« C'est la transparence, c'est la vérité, c'est l'être, c'est travailler, c'est l'authenticité mais c'est vrai. Cela devrait être vrai dans ce qu'on est, dans ce qu'on dit, dans ce qu'on fait, je dis ce que je fais, je fais ce que je dis ici et là. On peut travailler en confiance, je peux me planter, je gère, je ne vais pas mentir, tu ne vas pas dissimuler »

Cela met en exergue l'importance de l'authenticité dans la communication, dans les échanges et dans la collaboration ce qui facilite d'autant plus l'instauration d'un climat de confiance. Par ailleurs, la confiance est identifiée d'aidant pour échanger et travailler en collaboration pour sept cadres sur treize interrogés. En effet pour la CDS T2.3, collaborer en confiance, c'est la possibilité de pouvoir s'exprimer, de dire les choses pour avancer ensemble. Pour les

auteurs (Bourgeois & Verrier, 2020), devant un travail qui mobilise de plus en plus d'interactions professionnelles, la confiance est interdépendante avec sa réussite et il est vu comme un catalyseur. La CSS B1 explique : « *en toute confiance, chacun va pouvoir apporter quelque chose et de ce fait, la collaboration sera d'autant plus riche* ». Le niveau d'échange et de partage dans la collaboration est donc étroitement lié à la confiance.

Par ailleurs, j'observe aussi que l'échange et le partage sont exprimés par neuf cadres sur treize interrogés sous le prisme de complémentarité entre ses pairs et l'intelligence collective. La différence est perçue comme une force dans la collaboration pour le CDS T.2.2. La CDS B.4 explique que cela renforce la cohésion et la dynamique du binôme. En effet, il évoque : « *c'est le partage, le partage des expériences, le fait de pouvoir se poser pour face à des situations complexes, décider d'un management commun ou d'une démarche commune* » (CDS B.4). Un ressenti également partagé par le trinôme 1. En effet, le CDS T1.1 exprime :

« L'intelligence collective, c'est quelque chose qui est très important dans la collaboration. Justement, ça va pouvoir se manifester face à une situation complexe où un seul cadre de santé ne va pas forcément réussir à gérer une situation complexe alors qu'à plusieurs, avec différents prismes, on est plusieurs et chacun a son propre prisme. On va pouvoir apprécier une situation et mettre en valeur certaines choses ».

Cela met en évidence une des dimensions relationnelles de l'intelligence collective citée par l'auteur Gréselle-Zaïbet (2007) dans le cadre conceptuel. En effet, l'intelligence collective passe par les interactions, des liens autour d'une action collective. Elle favorise l'échange par une réflexion collective afin de prendre une décision commune sur le même périmètre d'encadrement. La réussite de la collaboration repose donc sur l'échange et le partage pour les professionnels interrogés.

Par ailleurs, la CSS T1 explique que son rôle dans la collaboration est d'apporter une vision plus large de son pôle, d'avoir la vision du terrain grâce à l'équipe d'encadrement afin d'échanger, d'accompagner l'encadrement pour atteindre un objectif réfléchi ensemble. Ainsi, l'intelligence collective s'applique aussi dans l'équipe managériale. Pour la CSS T2, elle prend la place de facilitateur dans les échanges pour créer du lien dans une réflexion commune.

Au-delà de l'acceptation et la volonté de travailler ensemble, de la confiance nécessaire pour collaborer et d'une définition d'une organisation commune, les personnes interrogées évoquent par leurs expériences professionnelles qu'il existe des limites dans le

maintien d'une dynamique d'équipe. Le besoin individuel d'autonomie et sa place dans le collectif.

4.2.3 Les limites de la dynamique individuelle dans le collectif

Du besoin d'autonomie à l'entente

Les entretiens mettent en évidence que le travail en binôme ou en trinôme ne correspond pas toujours aux attentes de tous les cadres de santé. Dans la partie de l'analyse 4.2.1, j'ai exprimé que la dynamique collective repose sur la volonté individuelle de travailler ensemble avec l'acceptation du fonctionnement et le partage. J'ai aussi retranscrit la nécessité de l'individu d'être en capacité de fonctionner en binôme ou en trinôme en développant un esprit d'équipe pour un sens collectif. Cependant la CDS B4 explique :

« sur le fond, je disais donc qu'il y a des profils de cadres qui ne collent pas du tout avec tout le monde, avec ce fonctionnement-là, non pas que ce soit des mauvais cadres ou quoi que ce soit, mais simplement parce qu'ils ont un fort besoin d'autonomie ».

Ce besoin en autonomie est identifié comme une complication pour la CDS B4. Elle expose aussi que cela correspond à un prérequis pour travailler en binôme ou en trinôme, et que l'harmonie de la dynamique d'équipe repose sur cette capacité d'identifier ensemble le juste milieu. Il s'agit d'identifier son périmètre d'action individuel et la zone d'interdépendance du travail ensemble. Par ailleurs, elle l'illustre par un :

« juste équilibre, il y a vraiment des endroits où on a aussi cette autonomie-là et cette possibilité de pas tout non plus rediscuter de tout prendre à deux en termes de décision. Donc, il faut trouver le juste milieu entre tout ce qu'il doit partager, tout ce qui se doit se collaborer. Et puis à la fois cette envie, puisque si on a fait cadre, c'est aussi parce qu'on a envie de cette autonomie-là dans les projets, dans notre travail aussi. Donc, il faut réussir justement à la fois à faire du collectif tout en gardant une part d'autonomie qui est l'autonomie du cadre ».

Cette limite fait écho au cadre conceptuel, à l'importance du partage encadré des rôles permettant de développer les compétences et l'autonomie du binôme selon l'auteur Devillard (2017). Cela vient appuyer le fait que l'autonomie doit être suffisante pour les cadres afin d'accepter ce partage en binôme ou en trinôme qui s'illustre et correspond à la zone d'interdépendance. La CSS B1 explique : « *qu'il faut trouver le bon équilibre, qu'elle exprime plus facile à dire qu'à faire car on il faut tenir compte du facteur humain, il faut aussi pouvoir se mettre sur la même longueur d'onde* ».

En effet sept cadres sur treize interrogés expliquent que la bonne entente favorise la cohésion et la dynamique du binôme et du trinôme. Pour la CDS B3, la bonne entente contribue au travail en collaboration ce que partage le trinôme 1 et le trinôme 2. Pour le CDS T.2.1, il explique que la bonne entente renforce les liens au sein du trinôme. La CSS T2 explique que la cohésion et la dynamique est d'autant plus forte lorsque l'entente cordiale est bonne au sein du trinôme. En effet, cela rejoint l'auteur Karaki Samah (2021) sur l'efficacité du travail en équipe reposant sur un équilibre relationnel et affectif. C'est créer des relations entre les individus.

Dans la situation de départ, il y avait effectivement une bonne entente dans le binôme mais aussi dans le trinôme ce qui a également favorisé le fonctionnement et la dynamique de ces derniers. Par ailleurs, l'entente au sein du binôme peut aussi se percevoir ainsi : « *c'est comme dans un couple, on ne peut pas s'entendre avec tout le monde* » (CDS B3). Cette perception illustre les auteurs Nobre (2021) et Mucchielli (2019) qui décrivent la dynamique d'un binôme reposant sur des interactions émotionnelles et affectives d'un couple. Toutefois, la dynamique d'équipe peut présenter des difficultés face à un comportement sans le sens du collectif.

Contre l'existence problématique d'un ego et d'un jeu de pouvoir

En effet, lors des entretiens, plusieurs cadres de santé partagent des expériences du travail en binôme pour lesquelles il y a eu des complications ayant eu un impact sur la dynamique d'équipe. Deux cadres de santé sur dix interrogés évoquent des difficultés liées à l'ego du binôme. Les cadres supérieurs de santé n'évoquent pas cette problématique. Cependant deux cadres supérieurs de santé exposent l'existence des jeux de pouvoirs au cœur de la dynamique des binômes. De plus, cinq cadres de santé sur dix interrogés évoquent cette même problématique dans les interactions professionnelles au sein du binôme mais alertent sur le fonctionnement en trinôme. Pour la CDS B3, elle explique : « *c'est des consensus de travailler avec ses pairs. Parfois, ça peut être compliqué par rapport à une question d'ego* ». Elle illustre cette problématique par : « *les gens qui veulent briller* » et exprime que c'est ce qu'elle a le moins aimé en travail en binôme « *Je n'ai pas aimé l'ego, je n'ai pas aimé écraser l'autre, je n'ai pas aimé déstabiliser l'autre* ». Par ailleurs, lors d'une expérience antérieure pour le CDS T2.1, il expose aussi qu'il n'a pas aimé en binôme l'ego et avertit aussi pour le trinôme : « *il ne faut pas avoir trop d'ego surdimensionné quand on travaille à trois* ». Les expériences partagées mettent en évidence ce rapport de dualité dans le binôme avec une

dynamique bipolaire qui repose sur des interactions émotionnelles et affectives forte comme précise l'auteur Nobre (2021).

Par ailleurs, la CSS B.1 expose dans les prérequis du travail en binôme qu'il est nécessaire de pouvoir échanger et de ne pas avoir de lutte de pouvoir au sein de l'équipe. Une perception qui est également partagée par la CDS 2.3 qui avertit : « *les conflits de pouvoir. Le leadership, c'est clair, il faut à la fois être claire avec ça.* ». De plus, la CDS T1.2 et B3 exposent n'avoir pas apprécié le travail en binôme avec des conflits de pouvoirs sur des expériences antérieures. En effet, la CDS T 1.2 illustre la quête du pouvoir par une rétention d'information par son binôme et une volonté de tout contrôler avec une difficulté à lui laisser sa place. Les auteurs (Muller & Minnaert, 2004) mettent en évidence la rétention de l'information comme une des formes de pouvoir dans le management hospitalier. Ils ajoutent que le partage du pouvoir peut être considéré comme une contrainte insurmontable et que certains acteurs se procurent du pouvoir à la réalisation d'une mission et détournent une partie à leur avantage personnel. C'est ce qu'exprime la CDS T1.2 : « *tirer la couverture à soi* » ou la volonté de briller ajoute la CDS B3. Le pouvoir a une connotation négative de nos jours, cependant (Muller & Minnaert, 2004) expliquent que l'harmonie de l'exercice du pouvoir n'est pas naturelle du fait que les institutions de santé moderne se sont organisées autour de l'interdépendance des individus et des structures.

Par ailleurs, face aux organisations, la cadre supérieure de santé a une place prépondérante dans le maintien de la dynamique de l'équipe d'encadrement explique la CSS B1. Elle explique qu'elle est vigilante sur sa communication à la diffusion de l'information « *je m'adresse toujours au binôme...pas un plus que l'autre* » qui correspond aux attentes de la CDS B1.2 « *qu'il n'y ait pas de différence, s'adresse aux binômes et pas à une personne du binôme, ne pas favoriser l'individu, mais vraiment l'unité et l'unité du binôme* ». D'ailleurs, la CDS B3 explique : « *doit traiter d'une façon équitable les deux cadres et pas de préférence* ». La CSS B1 ajoute qu'elle a un rôle de soutien et d'accompagnement pour les cadres. En effet tous les cadres de santé ont une certaine attente venant de l'encadrement supérieur par rapport au fonctionnement du binôme et du trinôme comme le soutien, de l'accompagnement mais aussi une définition claire des objectifs et des missions qui leur incombent. Enfin pour la CSS T1 et CSS T2, il faut pouvoir respecter, échanger, partager, reconnaître et valoriser chacun afin de s'appréhender pour mieux comprendre certaines réactions, certains enjeux afin de pouvoir travailler ensemble.

4.3 Discussion

4.3.1 Les hypothèses face au terrain

À l'issue de l'analyse des entretiens, je vais confronter les hypothèses avec la vision du terrain. Le but est d'essayer d'apporter une réponse à ma question de recherche en confirmant ou infirmant les hypothèses. Pour rappel ma question de recherche est la suivante :

Quelles sont les conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement ?

Afin d'y répondre, je pose trois hypothèses déterminées par le cadre conceptuel et la première est la suivante :

Hypothèse 1 : L'organisation et la bonne définition des missions favorisent le développement d'une collaboration réussie entre cadres de santé.

Tous les professionnels rencontrés dans le cadre de l'étude sont unanimes sur la définition de l'organisation et des missions de chacun. L'organisation du binôme ou du trinôme est comme un organisme vivant, il naît, il se construit, il vit et disparaît pour se recréer. Ainsi va le cycle du binôme ou du trinôme. L'organisation est la carte d'identité de l'équipe d'encadrement, elle lui appartient, elle est unique car elle tient compte des individualités de chacun dans sa définition. Les cadres de santé expliquent que c'est une étape incontournable de co-décliner ensemble l'organisation du binôme ou du trinôme avec les missions du service. Cette étape repose sur une première décision commune par l'attribution des missions en fonction des appétences de chacun, ou encore un partage de missions pour une gestion commune. Cela se fait de manière consensuelle. C'est ce que définit Devillard (2017) par le partage encadré des rôles et cette forme d'interdépendance où il faut accepter les règles du fonctionnement pluriel. Cela rejoint aussi le rôle à tenir d'organisation de la coopération que Mucchielli (2019) définit dans les conditions de réussite d'une dynamique d'équipe. Cette organisation est partagée mais pas forcément écrite auprès des équipes, de l'équipe managériale et dans une fiche de tâche. Elle s'explique sur le terrain par le fait qu'elle ne doit pas être figée ou contrainte ce qui contribue à une certaine autonomie d'ajustement et d'une collaboration harmonieuse. Tous les professionnels sont unanimes sur le positionnement de la cadre supérieure de santé qui n'intervient pas directement dans la

définition de l'organisation mais partage le fonctionnement pour faciliter la collaboration au sein de l'équipe managériale. L'encadrement supérieur vise et se porte garant de l'organisation défini, le soutien et l'accompagne pour répondre aux missions afin de maintenir une collaboration. En effet l'organisation vit, se modifie toujours dans une quête de démarche qualité que l'équipe managériale porte afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins aux usagers.

Les professionnels et les auteurs du cadre conceptuel sont du même avis au sujet de l'organisation. La bonne définition des missions est la première étape dans la réussite d'une collaboration entre cadres de santé ce qui me permet de valider cette hypothèse.

La deuxième hypothèse ci-dessous vient soulever l'implication de la confiance dans la collaboration d'une équipe à sa réussite :

Hypothèse 2 : L'instauration et le développement d'un climat de confiance est nécessaire à la réussite de la collaboration.

Tous les professionnels mettent en exergue qu'il ne peut y avoir de collaboration sans confiance. Le partage des expériences antérieures illustre que la collaboration entre cadres de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement présente des difficultés de fonctionnement sans confiance. Brulant benoît (2020) le partage et le définit dans le cadre conceptuel en précisant qu'il ne peut y avoir de collaboration, ni d'échange sans confiance. L'instauration d'un climat de confiance s'inscrit dans le temps, il n'est pas inné. Les cadres de santé exposent que la confiance passe par la connaissance de soi et de l'autre, qu'il faut du temps. Mais la confiance peut aussi s'accorder légitimement par l'expérience et la compétence de ses pairs. Cela rejoint la définition de la confiance de Laurent (2012) sous le prisme capacitaire. Qui plus est avoir confiance en soi, c'est aussi être capable de. L'instauration d'un climat de confiance commence par une introspection personnelle. Le climat de confiance se développe grâce aux échanges, à la transparence et à l'authenticité entre les pairs contribuant ainsi à la réussite de la collaboration. Ce qui permet ainsi d'inhiber la défiance et favoriser la volonté de travailler ensemble par l'échange et le partage.

La réussite de la collaboration est étroitement liée à l'instauration et au développement d'un climat de confiance au sein de l'équipe d'encadrement. Partagé par les auteurs et les professionnels de terrain, cela me permet de valider cette hypothèse.

La troisième hypothèse ci-dessous vient interroger les enjeux de la communication dans une collaboration de cadre :

Hypothèse 3 : Une collaboration réussie implique un partage d'information et une communication adaptée pour développer une action collective.

Tous les professionnels de santé mettent en avant que le partage d'information fait partie intégrante de leur quotidien afin de collaborer ensemble. Ils accordent une importance aux transmissions quotidiennes, aux échanges informels mais aussi aux écrits en utilisant différents supports. D'autres moyens sont utilisés pour optimiser la gestion et le partage de l'information, ils utilisent tous un réseau partagé avec des dossiers communs ou une boîte mail pour la diffusion. Le choix d'utilisation d'un mode et d'un moyen de communication est défini en binôme et en trinôme afin de faciliter le partage d'information. De plus, le partage d'expérience antérieure des cadres interrogés appuie la nécessité du partage d'information dans la réussite d'une collaboration. En effet, une absence ou une différence de niveau d'information dans un binôme ou un trinôme engendre des tensions ou des difficultés pour coordonner l'action en cours. Les échanges sont aussi utilisés afin de promouvoir la démarche qualité sur une action collective mais aussi individuelle. Il est comme le liant qui impulse la dynamique de réciprocité dans l'équipe. Qui plus est le partage d'information est le socle commun des différents niveaux d'interactions professionnels que Turovh Himmelman (2002) défini dans le continuum de collaboration. De plus les sociogrammes dans le cadre conceptuel illustrent la place qu'occupent les interactions au sein d'une collaboration afin de développer une action collective, une importance que partage aussi l'auteur Levan (2022).

Les professionnels et les auteurs du cadre conceptuel partagent que l'action collective qui est la résultante d'une collaboration réussie, repose sur le partage d'information et d'une communication adaptée au sein du binôme ou du trinôme. Ainsi, cela me permet de valider l'hypothèse 3.

4.3.2 Synthèse de la discussion

L'analyse des résultats de la recherche empirique et sa confrontation aux hypothèses émises permettent d'apporter des réponses vérifiées afin de répondre aux conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement.

En effet, les recherches mettent en évidence que la collaboration dans un binôme ou un trinôme fonctionnel implique une organisation initiale avec un partage encadré des rôles et des missions de chacun. Cela permet d'identifier les zones d'interdépendance de fonctionnement où collaborer ensemble nécessite de partager des règles afin de définir une organisation commune. Par ailleurs, cela permet aussi d'identifier les zones de responsabilités individuelles pour lesquelles une organisation est aussi déclinée afin d'assurer la continuité des rôles et des missions. Ainsi, ces dernières deviennent partagées pendant toute la durée de l'absence du cadre. Par conséquent, les conditions d'un développement d'une collaboration réussie entre cadres de santé nécessitent que le binôme ou le trinôme déclinent ensemble une organisation en fonction du contexte d'exercice afin d'y définir distinctement les missions. L'intérêt est de circonscrire ensemble une organisation avec des actions sur un périmètre identifié qu'il soit individuel ou partagé. Cela met aussi en évidence l'autonomie et la capacité d'adaptation de la dynamique d'équipe que doit requérir le binôme ou le trinôme.

Néanmoins la réussite d'une collaboration repose aussi sur les interactions professionnelles au sein du binôme ou du trinôme. La discussion montre qu'il faut porter une attention particulière sur le partage d'information, sur le choix d'un outil adapté afin de pouvoir coordonner ensemble une action collective dans le même périmètre d'encadrement. Il est mis en évidence, que ce choix doit être commun afin de promouvoir le partage par une communication adaptée au sein de l'équipe. Cela implique aussi un échange et des transmissions du périmètre d'encadrement non partagé, celui défini par l'organisation initiale afin d'assurer la continuité des soins pour la réussite de la collaboration en toutes circonstances et d'apporter une cohérence de fonctionnement.

Cependant, il est mis en évidence dans la discussion que partager le même périmètre d'encadrement implique d'être authentique avec soi-même et avec les autres. En effet, l'instauration et le développement d'un climat de confiance entre cadres coresponsables du même périmètre d'encadrement reposent sur cette capacité d'introspection personnelle mais aussi le rapport à l'autre par l'authenticité. Se connaître et savoir reconnaître l'individualité de l'autre est le socle d'une réussite. Le climat de confiance est comme un ciment de la relation sociale ce que précise l'auteur Gréselle-Zaïbet (2007).

Enfin, les questionnements énoncés dans la situation de départ et la réflexion autour de la dynamique d'équipe et l'action collective dans le même périmètre d'encadrement, m'amène à inclure ce travail de recherche dans ma projection professionnelle.

5 PROJECTION PROFESSIONNELLE

Ce travail de recherche sur la collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement m'a permis de faire un véritable pas de côté depuis mon expérience en tant que faisant fonction cadre de santé et durant mes études à l'IFCS. J'ai ainsi pu aborder la complexité d'une dynamique d'équipe d'encadrement avec les enjeux institutionnels à sa réussite, pour les usagers de soins mais aussi pour les équipes. L'approche conceptuelle m'a permis de décontextualiser la situation de départ pour ensuite conceptualiser avec le terrain. Cela m'a permis d'apprendre et d'étendre mon approche afin d'avoir une vision la plus complète possible de la collaboration entre cadres de santé avant ma future prise de poste.

Je n'ai pas à ma connaissance ma future affectation pour le moment. Quoiqu'il en soit, ma projection professionnelle sera identique qu'il s'agisse d'un binôme fonctionnel ou organisationnel ou encore d'un trinôme fonctionnel. Seule la priorisation des actions changera dans le plan de projection pour le binôme organisationnel. Je vais donc décliner mon projet professionnel sur du court, moyen et long terme sur un binôme ou trinôme fonctionnel afin de donner une perspective mesurable à ma prise de poste. Je ferai une projection des actions transférables sur un binôme organisationnel pour enfin réaliser un plan d'action qui synthétisera ma projection professionnelle.

1) Affectation dans un binôme ou trinôme fonctionnel

A) Court Terme : Intégrer une organisation déjà existante

a) L'accueil

Avant ma prise de poste, je vais être reçu pour un entretien avec ma directrice des soins infirmiers pour connaître mon affectation. Ce moment privilégié de partage me permettra aussi de faire un premier retour d'expérience sur la formation, les stages mais aussi sur mon mémoire où je pourrai exposer mon sujet d'initiation de recherche et mon projet professionnel. La DDSI me demandera de faire un bilan d'étonnement à un mois de ma prise de poste et de présenter mon sujet de recherche dans 6 mois au collectif cadre lors de la réunion biannuelle. Le bilan d'étonnement s'inscrit dans une démarche qualité et d'amélioration continue de l'établissement. Ceci permet aussi d'exposer un état des lieux avec une perception nouvelle, promouvoir l'existant ou encore apporter des suggestions avec des axes d'améliorations et ainsi proposer un plan d'action avec des indicateurs et des objectifs qui donneront un premier sens à ma prise de poste. Qui plus est, il me permet aussi par un

management par la qualité de mettre en application l'apprentissage et les expériences professionnelles afin d'effectuer le travail à réaliser avec un transfert de compétences sur ma prise de poste.

Je récupérerai le nouveau projet d'établissement pour en prendre connaissance rapidement afin d'identifier sa nouvelle politique, ses lignes directrices et ses projets. Cela me permettra aussi d'avoir une vision globale des axes principaux de l'offre de soins de mon institution en interne mais aussi sur le plan territorial, ce qui me permettra d'identifier la place du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique.

La cadre supérieure de santé du service d'affectation sera aussi présente à l'entretien. Elle me recevra à son tour dans son bureau pour présenter son secteur, ses équipes et le projet de service. Je serai présenté à mon futur binôme qui assurera la continuité de la visite du service par la suite. J'aurai une semaine d'intégration après l'entretien avec la directrice des soins et la cadre supérieure. Cette semaine consiste à rencontrer les différents interlocuteurs du service des ressources humaines, service support, service logistique et un cadre de chaque pôle de soins. Cette étape permet de créer son réseau institutionnel et surtout favoriser des conditions propices à ma prise de poste. La planification est assurée par la cadre supérieure de santé qui se chargera aussi de prendre rendez-vous avec le chef de service et du pôle pour finaliser les présentations et l'accueil.

Si j'aborde l'accueil en première partie de manière descriptive, ma volonté est de montrer son importance afin d'intégrer une organisation de service. En effet, l'accueil du nouvel arrivant facilite et contribue l'identification que l'organisation occupe au niveau institutionnel. À mon sens, il est important, à ma prise de poste, de prendre connaissance des différentes évolutions, des axes institutionnels avec les évolutions d'organisations de l'offre de soins car notre binôme sera garant de la conception et de la coordination des organisations de soins du service. Avoir une vision institutionnelle du service facilite la réflexivité sur l'organisation interne à mettre en place, ce qui me permet d'apporter un regard d'un prisme extérieur. Cette approche permet de placer « l'intégration dans une organisation d'un binôme et d'un service » dans une organisation institutionnelle. Ce regard est déjà porté par la cadre supérieure de santé ou cadre de pôle qui pilote et coordonne l'activité d'organisation pour un ensemble de secteurs et soutien l'équipe d'encadrement à sa mise en place. À mon sens, identifier la place de l'organisation du service sur un plan institutionnel permet de mettre en exergue les zones d'interdépendances de fonctionnements pour une activité ou une filière de soins et d'y comprendre les enjeux pour l'utilisateur de soins. Ce qui facilite d'autant plus le

travail en collaboration avec ses pairs au sein du binôme ou trinôme mais aussi avec le collectif cadre par l'identification de ses derniers dans les organisations. Cela met aussi en évidence les interactions avec la cadre supérieure de santé ou cadre de pôle dans les équipes managériales. Cette première approche est pour moi nécessaire afin de comprendre, de faire les liens avec l'organisation déjà existante pour faciliter d'une part ma prise de poste en intégrant l'organisation et ainsi agir avec cohérence face aux équipes, à mon institution et mon binôme pour le patient.

b) De l'accueil à l'intégration

L'accueil se prolonge avec l'organisation de cette semaine d'intégration, je privilégierai au maximum des temps d'échanges avant ma prise de poste avec le binôme selon l'emploi du temps défini par ma cadre supérieure de santé. Je pense que c'est un moment privilégié afin d'initier et créer du lien en échangeant. En effet cela nous permettra durant ces temps d'échanges d'apprendre à se connaître, de prendre connaissance de l'organisation et des outils déjà en place et commencer à récupérer des informations essentielles à ma prise de poste. En effet, cela permet d'obtenir une première cartographie du service perçu par mon binôme. Qui plus est sera une perspective complémentaire et nécessaire à l'état des lieux. Cependant, il me semble important au préalable de partir de l'existant et de récupérer la fiche de poste institutionnel du cadre et celle du cadre du service. Cela me permet dans un premier temps d'apprécier les attendus et la dernière mise à jour de l'établissement. De plus, cette démarche me permet d'apprécier la place et le rôle du cadre dans le service. Il me semble important de pouvoir récupérer si possible le rapport d'activité, le tableau des emplois avec le PAQQS auprès de la cadre supérieure de santé ou de mon binôme. Cela me permettra d'enrichir les documents déjà récupérés mais surtout d'identifier la place et les axes du service dans l'établissement par son activité, ses projets en cours ou réalisés avec la gestion des risques. En effet, la culture qualité est l'affaire de tous et j'ai un rôle prépondérant dans toutes les actions que je vais mettre en place avec mon binôme. Afin de donner du sens, une valeur ajoutée à la culture qualité, je viendrai appuyer l'éthique de la démarche par sa proximité afin de développer et d'accompagner les équipes vers la culture du signalement. La communication auprès des équipes est importante afin de promouvoir la culture positive de la démarche qualité et elle devient essentielle dans l'évaluation afin de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue des organisations avec mon binôme.

Toutefois à ma prise de poste, j'accorderai une importance à l'organisation et la définition des missions avec mon binôme. Faut-il partir de l'existant et intégrer une organisation déjà en place, en récupérant les missions du dernier binôme ? Ou souhaite-t-il définir une nouvelle organisation et des missions suite à mon affectation ? Je n'hésiterai pas à échanger à ce sujet-là et lui faire part des thématiques qui me demandent plus de temps avec transparence et partager sur les domaines pour lesquels j'ai plus d'appétence. Il est important de pouvoir échanger à ce sujet afin d'orienter le choix sur une définition commune des missions, qu'elle soit individuelle ou partagée avec l'organisation. Je pense que d'avoir conscience des difficultés de son binôme permet d'alerter et d'initier cet esprit d'équipe et de solidarité. Cela permet aussi de pouvoir monter en compétence sur du moyen et long terme en se soutenant mutuellement mais surtout d'impulser une dynamique d'équipe managériale. Lorsque la répartition des rôles et des tâches avec l'organisation est définie, nous la communiquerons auprès de la cadre supérieure de santé et nous informerons le chef de service et l'équipe.

J'accorderai aussi de l'importance sur les outils collaboratifs et les modes de communication déjà existant afin d'intégrer son utilisation dans mon organisation. Cela peut se traduire par un temps de transmission quotidien préétabli en binôme, un temps hebdomadaire défini par l'encadrement supérieur ou l'utilisation d'un support de transmissions. Je m'attacherai à la gestion et à la communication de l'information afin d'intégrer le fonctionnement déjà établi et promouvoir le partage et la circulation au sein du binôme. Cela me demandera probablement un temps d'adaptation en fonction des supports mais qui sera nécessaire à ma prise de poste afin d'initier une collaboration efficiente.

Pendant la définition de l'organisation et des missions, j'initierai mon sujet de recherche afin de partager mes résultats, échanger autour des cinq organisations que j'ai découvert et analyser avec les modes de communication. Si les conditions d'échanges sont propices, cela mettra éventuellement en exergue des éléments qui pourront être transférables ensemble sur l'organisation existante ou promouvoir un fonctionnement déjà en place. Cela s'applique aussi sur les modalités et les outils de communication qui pourraient éveiller une curiosité d'application par le partage. En expliquant les avantages identifiés de l'étude, cela donnera des éléments de motivation pour contribuer à initier une conduite au changement ou promouvoir l'organisation déjà en place. La cadre supérieure de santé sera informée de l'organisation qui sera mise en place.

c) D'un état des lieux à définition commune

Après avoir défini où intégrer une organisation commune avec une bonne définition des missions en binôme, et après avoir averti conjointement l'encadrement supérieur et le chef de service de cette organisation, il me semble important en tant que cadre de santé d'effectuer un état des lieux qui me m'aidera par la suite à la rédaction de mon bilan d'étonnement. Cela passe par une étape d'observation en corrélation avec tous les documents initialement récupérés qui serviront d'indicateur ou de référence. De plus, intégrer une organisation signifie aussi en comprendre le sens, effectuer une analyse des pratiques, des organisations en place afin de s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration des soins. Identifier les risques et les difficultés permettent de proposer aux équipes un management par la qualité afin d'apporter du sens dans nos actions que j'estime essentiel dans le rôle du cadre. En effet, cette approche d'observation au cœur des organisations du service me permettra d'échanger avec les équipes médicales et paramédicales afin de recueillir un prisme supplémentaire pour mon bilan d'étonnement. De plus, il me semble important de partager avec mon binôme ces échanges et de lui faire part de mon étonnement. En effet, être cadre de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement implique de partager sa perception, son ressenti, ses observations afin de pouvoir prendre une décision commune pour apporter des améliorations ou promouvoir l'existant. Qui plus est partager son bilan d'étonnement individuel avant la transmission par voie hiérarchique permet aussi d'impliquer son binôme dans une réflexion collective mais aussi faciliter la co-construction d'un plan d'action commun. C'est aussi reconnaître et respecter son binôme en valorisant l'existant et favorisant ainsi le développement d'un climat de confiance. D'une intégration dans une organisation déjà existante à une définition commune initiale, le partage et l'échange de l'état des lieux permet de mettre en perspective certains éléments qui peuvent aboutir à une redéfinition des rôles ou des tâches. On pourra alors parler d'une définition d'organisation commune, qui constitue un premier pas vers le travailler ensemble, vers la collaboration.

B) Moyen terme : Développer et maintenir une collaboration

a) Soigner la communication au sein du binôme / trinôme

La communication est essentielle dans un travail d'équipe, il est moteur de la dynamique d'équipe par l'interaction que je vais avoir avec mon binôme, ma cadre supérieure mais aussi avec le collectif cadre. En effet, on peut parler d'action collective dans une équipe organisée. Et cela passe par la communication ce qui facilite la coordination du quotidien, le travail en coopération avec les autres services mais aussi la collaboration dans le binôme et

avec l'encadrement supérieur. Je porterai une attention particulière à ma façon de communiquer et la gestion de l'information. En effet, cela peut être en omettant de mettre en copie mon binôme dans un échange de mail portant sur un sujet d'une gestion commune. Ceci peut être parfois source de conflit par le fait de ne pas avoir le même niveau d'information dans le binôme, et perdre en cohérence sur le terrain. Cette situation pourrait être perçue de l'extérieur comme un problème de partage et d'absence de communication au sein du binôme mais aussi une incompréhension pour ce dernier. Je ferai en sorte de toujours le mettre en copie quand il s'agit d'une cogestion et de transférer un mail dont j'étais le seul destinataire à mon binôme. Je serai aussi vigilant sur ma façon de communiquer avec les autres binômes de mon établissement en m'adressant à l'équipe d'encadrement. Je proposerai la mise en place d'une boîte mail commune pour remédier à cette problématique mais aussi pour d'autres raisons. D'abord, garantir une traçabilité commune et ensuite optimiser la gestion de l'information et de la collaboration, ce qui offre une visibilité des réponses déjà apportées par son binôme en le partageant. L'utilisation d'une boîte mail commune est une première étape d'utilisation d'outils collaboratifs pour travailler ensemble.

b) Aux outils collaboratifs pour le partage

J'accorderai de l'importance à l'utilisation des outils collaboratifs mis en place et au développement de ces derniers. Pour moi, le partage prend tout son sens dans la collaboration. En effet un outil collaboratif sert à faciliter le partage et la transmission de données, de documents facilitant ainsi la collaboration. Je partirai de l'existant et accompagnerai mon binôme sur des échanges et l'utilisation d'outils collaboratifs. Nous utilisons déjà le logiciel Teams de Microsoft au sein de notre établissement, son utilisation est effective depuis deux ans. Je porterai une attention particulière sur son degré d'utilisation au sein de mon binôme car il constitue un levier de partage et de collaboration. J'ai eu l'opportunité au sein de l'IFCS de bénéficier de la même suite bureautique et d'exploiter au maximum ce logiciel durant ma formation. Son utilisation cette année a mis en évidence son utilité dans un travail de groupe et d'équipe. Nous avons pu partager, communiquer et coordonner nos actions pour des travaux mais aussi par la conduite de projet. Nous avons participé, nous avons collaboré.

De plus, l'utilisation et le partage d'un agenda numérique individuel dans le binôme est une solution intéressante à transférer sur ma future prise de poste. En effet, on peut combiner plusieurs agendas pour trouver une disponibilité rapidement, ce qui permet de planifier une réunion en associant un document de travail commun sur lequel nous pouvons tous travailler ensemble en amont. De plus, cela contribue surtout à rendre lisible ma

disponibilité pour mon collègue et ma cadre supérieure afin de faciliter la collaboration. Si je décris l'importance de l'utilisation d'un logiciel collaboratif, c'est que nous sommes face à un besoin grandissant de maîtrise et de gestion de l'information dans les organisations actuelles et de demain où nous devons repenser nos organisations pour une gestion efficace.

Pour ce qui concerne les responsabilités individuelles dans le binôme, je partagerai régulièrement en faisant un point et j'effectuerai des transmissions sur un support lors de mes absences prolongées. Cela permettra d'assurer la continuité et garantir un niveau de compréhension et d'information pour la gestion et le suivi par mon collègue. Je mettrai à disposition sur le réseau partagé toute la traçabilité dans un dossier et je le communiquerai à mon collègue. En tant que cadre de santé, nous sommes garants de l'organisation, c'est pourquoi il me semble important de pouvoir partager et échanger sur tous nos domaines de responsabilité dans notre binôme. Cela se traduit par une déclinaison d'une organisation commune pour le partage et la gestion de l'information mais aussi une organisation en cas d'absence d'un des deux binômes. Je serai aussi attentif et à l'écoute de mon collègue, de ses besoins, si les moyens mis en œuvre n'ont pas suffi.

À la demande de la directrice de soins et dans une démarche de partage au collectif cadre, nous avons l'opportunité de présenter les travaux que nous avons effectués durant notre année à l'IFCS mais aussi notre travail d'initiation à la recherche. Pour ma part, ce sera l'occasion de présenter les résultats sur la collaboration entre cadres de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement, de partager les freins, les limites et les leviers d'une collaboration. J'échangerai au sujet des organisations, des outils qui peuvent être transposés dans un binôme organisationnel afin d'amener une réflexion commune. C'est l'occasion également d'échanger ouvertement sur un sujet dans des conditions propices au partage sur l'initiative de l'institution. Un sujet qui a été le fil conducteur de mon année avec l'évolution de ma réflexion et la construction de mon identité professionnelle.

En effet mon travail d'initiation de recherche et mon année à l'IFCS m'ont permis de porter une attention particulière à la communication dans la collaboration. Elle peut être formelle mais aussi informelle, verbale ou non verbale, écrite ou non écrite mais l'essentiel c'est de pouvoir l'exprimer et de la partager en communiquant. Mais pour l'échange, le climat de partage doit être propice grâce à la confiance.

C) Long terme : Instaurer un climat de confiance pour un leadership de partage

a) De la confiance au climat de confiance

Pour ma part, au premier abord la confiance sera légitime à l'égard de mon binôme. À ma prise de poste, je vais intégrer une organisation déjà en place. J'estime que la confiance se construit par la connaissance de l'autre mais surtout par ce que j'inspire ou renvoi auprès de mon binôme. Cela peut se traduire par les dits et les non-dits, par les faits et les non faits et ce sont ces derniers qui seront perçus et interprétés par mon binôme. C'est pourquoi la confiance se construit par le savoir-être dans le temps, elle peut être facilitée par le savoir-faire au début et se construire au fur à mesure. J'attache une attention particulière à être authentique, être vrai avec mon binôme et d'échanger au quotidien quand le besoin se fait ressentir. J'accorde une importance à savoir agir et interagir. Je n'hésiterai pas à exprimer certaines difficultés et de venir en soutien, de faire preuve de solidarité et solliciter mon binôme si besoin. Je n'hésiterai pas à prioriser mes actions pour venir en soutien. Il est primordial de me remettre en question sur ma pratique et d'avoir une réflexion partagée. Il est également indispensable de faciliter l'échange par la reformulation sur une perception, un ressenti. Ainsi, il faut accepter les règles de fonctionnement du travail ensemble en faisant preuve de loyauté et d'esprit d'équipe ce qui favorisera la dynamique d'équipe par la confiance. Cela ne relève pas d'un calcul, mais simplement l'acceptation et la libre expression de l'individualité dans un esprit collectif qui s'autorégule à la recherche d'un fonctionnement harmonieux pour ne faire qu'un. Et cela passe par la connaissance de soi et de l'autre favorisant le développement d'un climat de confiance. Des conditions qui s'appliquent aussi pour les équipes. En effet, un climat de confiance est à mon sens nécessaire pour une qualité de vie de travail. Avoir confiance envers l'équipe d'encadrement et envers les équipes, c'est garantir l'échange et le partage quotidien pour la gestion des équipes, un soutien et une confiance mutuelle nécessaire pour s'inscrire dans une démarche qualité.

À mon sens, être cadre coresponsable du même périmètre d'encadrement est aussi une source d'engagement mutuel. En ayant des responsabilités communes, nous sommes implicitement liés ensemble pour la réalisation d'un but commun. Il existe une cohésion fonctionnelle qui se développera par le partage, par la confiance pour tendre vers une cohésion d'équipe managériale indispensable pour la réussite d'une collaboration vers le leadership partagé.

b) Au leadership partagé

Mon travail de recherche m'a permis de mettre en évidence cette zone d'interdépendance au cœur des organisations, du fonctionnement en binôme ou en trinôme mais aussi avec la cadre supérieure de santé. En effet, entre cadres de santé, il me semble

important de pouvoir construire cette dynamique autour du partage. Par une compréhension collective des enjeux et des missions, nous pouvons mener une réflexion et une décision collective afin d'atteindre l'objectif commun par une action commune. Par le partage, nous mobilisons nos compétences individuelles mais aussi collectives. Ceci permet de tendre vers une cohérence de fonctionnement et d'efficacité pour les usagers de soins mais aussi pour les équipes. En effet, comprendre les enjeux d'un même périmètre d'encadrement permet d'amener une réflexion sur le leadership partagé. Celui-ci n'est pas une division ou un partage du pouvoir au sens littéral. Ce n'est pas non plus une perte d'autonomie ou de responsabilités du cadre de santé. Ce n'est pas une organisation qui remplace une organisation pyramidale. Le leadership partagé s'associe et devient une dynamique d'équipe donnant du sens à la construction d'une organisation réussie sur le même périmètre d'encadrement. C'est la volonté de travailler ensemble.

De plus, afin de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue, j'effectuerai une veille documentaire sur les évolutions des organisations et sur les innovations des outils. Je solliciterai aussi le service de formation afin d'effectuer des formations continues sur le management et le management des organisations. Par ailleurs, je serai intéressé, si l'établissement initie un groupe de travail sur les organisations et sur le développement d'outils, de réaliser un service pilote. Je proposerai donc ma candidature à ma direction. Je souhaite aussi m'inscrire dans une démarche d'accompagnement des faisant fonctions cadre de santé afin de partager les résultats du travail d'initiation de recherche réalisé. Toutefois, il me semble aussi intéressant de soumettre cet objet d'étude à la revue SOINS CADRES. En effet, ce serait un exercice de rédaction en continuité du mémoire afin de partager les conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement.

Je n'hésiterai pas à échanger, être authentique durant tout le temps du travail en collaboration avec mon binôme, d'évaluer nos actions, partager nos succès comme nos erreurs à promouvoir le sens collectif et transmettre ces valeurs aux équipes que je co-managerai avec mon binôme. De plus cela s'inscrit dans une quête d'amélioration continue des organisations afin d'assurer une continuité d'encadrement de qualité, de suivi des équipes pour les usagers de soins.

Enfin, devant la diversité des postes du cadre de santé et la possibilité d'être affecté dans un binôme organisationnel, il me semble important d'exposer et de se projeter avec le travail de recherche réalisé.

2) Affectation dans un binôme organisationnel

Lorsqu'on évoque un binôme organisationnel, nous parlons de responsabilité partagée temporaire. Il s'agit d'une organisation établie afin d'assurer la continuité de fonctionnement du service en absence d'un des cadres. Les missions, les rôles, les tâches sont différentes et relèvent d'une responsabilité individuelle. Certaines missions deviennent partagées de façon transitoire mais toujours avec une responsabilité individuelle.

Toutefois, il me semble aussi important avant de réfléchir à la zone d'interdépendance de partir de l'organisation déjà existante du service. Identifier sa place institutionnelle, son activité avec le projet d'établissement, de service et le projet de soins. Il est important de récupérer la fiche de poste et d'effectuer un état des lieux afin de le partager avec son binôme son étonnement. Il me semble judicieux d'échanger sur l'organisation existante, en corrélation avec les objectifs et les missions définis par la cadre supérieure de santé de l'organisation en binôme. Ces objectifs sont ainsi partagés et permettent d'avoir une compréhension commune afin de conforter l'organisation déjà en place ou revoir certains axes pour y répondre ensemble. Ce sera un moment privilégié à ma prise de poste afin de solliciter mon binôme sur son fonctionnement, ses attentes en regard aux objectifs afin d'intégrer une organisation existante.

Je proposerai un fichier commun sur les réseaux si nécessaire à l'organisation mis en place afin de promouvoir le partage et l'échange d'information. J'intégrerai les outils de transmissions déjà en place, je m'attacherai à être authentique et n'hésiterai pas à solliciter si je suis face à une incompréhension ou un malentendu. J'exposerai ma volonté de partager avec mon binôme et ma cadre supérieure dans l'intérêt de l'utilisateur, des équipes et de l'organisation. Cette volonté favorise les interactions professionnelles au sein du binôme afin d'instaurer un climat de confiance et de partage.

Devant l'évolution des organisations, des besoins des équipes et des usagers de soins, il me semble intéressant de penser aux organisations partagées sur un périmètre d'encadrement étendu dans un binôme organisationnel. En effet, la mise en place d'un poste mission et de coordination, découvert lors de l'enquête terrain, met en exergue les bien fondées pour le binôme et la satisfaction des équipes avec les usagers de soins. Cela permet de garantir une continuité d'encadrement, une disponibilité et de définir une organisation des missions au sein du service. Ceci est une première piste d'échange. Néanmoins, partager des rôles dans un binôme organisationnel donne aussi la possibilité de gagner en proximité auprès

des équipes ou sur d'autres missions, cela permet de mobiliser l'intelligence collective en favorisant une collaboration avec un objectif commun. C'est donc affronter la solitude du cadre sur certains sujets en partageant les responsabilités, c'est offrir un management partagé aux équipes et aux usagers de soins dans une optique de démarche qualité.

Enfin, partager mon sujet de recherche lors de la réunion biannuelle, permettra peut-être d'amener une réflexion sur un groupe de travail ou un service pilote. En effet, inscrire les organisations dans une démarche d'amélioration continue permet d'avoir une posture réflexive sur nos pratiques, d'évaluation et d'innovation afin de répondre aux évolutions continues en s'adaptant. A mon sens, cette capacité de réflexion sur nos actions est indispensable en intégrant toutes les composantes dans nos organisations (efficience, qualité des soins, qualité de vie de travail, les enjeux institutionnels avec ceux des différents acteurs et des services) afin de trouver le point de convergence qui est le sens que je souhaite donner à mon travail en tant que cadre de santé.

3) Plan d'action

Ci-dessous la rédaction d'un plan d'action de ma projection professionnelle appuyé avec les 10 rôles du cadre selon Mintzberg (2021).

Objectifs principaux	Actions	Objectifs	Ressources	Temps
Intégrer une organisation	-Rencontrer et échanger avec la DSSI, CSS, le chef de service, le binôme ou trinôme lors de la prise de poste.	-Être capable d'identifier la place du service, la place de l'organisation du binôme dans l'organisation institutionnel. -Découvrir son environnement, son unité (Rôle d'observateur) externe	-CSS -Binôme / trinôme -Établissement -Médical -Service	Court Terme
	-Récupérer le projet d'établissement, le PAQOS, le rapport d'activité, la fiche de poste, la fiche d'activités, le tableau des emplois.	-Être capable d'identifier la place du service, par son activité, ses projets en cours en regard à la politique d'établissement et l'offre de soins mais aussi un plan territorial. -Avoir une perspective d'ensemble et de gestion RH (Rôle d'observateur) externe	-DSSI -CSS -Binôme -RH -Service qualité -DASS ²²	
	-Effectuer la semaine d'intégration d'accueil.	-Développer et mettre à jour son réseau, les organisations (RH / service support / cadre de différents pôles) avant sa prise de poste. (Rôle d'observateur) externe (Rôle d'agent de liaison)	-CSS -RH -Service support -Collectif cadre	
	-Effectuer un état des lieux, un bilan d'étonnement -Rencontrer les équipes, se présenter, échanger afin de se connaître	-être capable de faire une analyse objective du service par une observation active. (Rôle d'observateur) externe et interne. -être capable d'échanger et de proposer un plan d'action sur des éléments identifiés. -Mettre en place des indicateurs de suivis et d'évaluation. -Créer des conditions propices au partage, un moment d'échange privilégié avec les agents Rôle d'agent de liaison, rôle de porte-parole et de diffuseur, stratège.	-Équipe paramédical / médical -Procédures institutionnels -Binôme / trinôme -CSS -DSSI	
Définir une organisation commune	-Partager : état des lieux, le bilan d'étonnement, le sujet de recherche -échanger binôme ou trinôme	-être capable de promouvoir l'existant et de définir une organisation et un plan d'action partagé. -Informé la CSS	-Binôme / trinôme -CSS -Équipe	

²² DASS : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales met en œuvre, évalue et contrôle les politiques de santé en Nouvelle-Calédonie. Elle est également la tutelle des établissements hospitaliers.

Objectifs principaux	Actions	Objectifs	Ressources	Temps
Développer une collaboration	-Communiquer, partager les informations en soignant sa communication.	-Garantir son rôle à l'information -Être capable de recevoir et transmettre les informations à son binôme ou trinôme. -Avoir le même niveau d'information -Avoir une cohérence d'action collective Rôle d'observateur, rôle de porte-parole, rôle de diffuseur.	-Binôme / Trinôme -CSS -Équipe paramédical / médical	Moyen Terme
	-Utiliser les outils collaboratifs existants -Créer, développer	-Être capable d'utiliser les outils existants -Proposer l'utilisation de certaines fonctionnalités de TEAMS, des tableaux dynamiques commun avec des indicateurs définis ensemble. -Garantir un partage et une gestion commune par une circulation des informations. -Assurer une traçabilité, une action efficiente -Promouvoir l'utilisation et la création d'outils collaboratifs	-Binôme / Trinôme -CSS	
	-Collaborer -Accompagner	-Être capable de définir des organisations communes, décliner de nouvelle organisation ensemble -Être capable de mener une réflexion pour une décision et une action collective -Évaluer les organisations -Plan d'action selon indicateurs communs Rôle d'entrepreneur, rôle de régulateur, rôle de répartiteur de ressources et de négociateur.	Binôme / Trinôme -CSS -Collectif cadre	
Partager les travaux, les recherches	-Présentation des travaux réalisés à l'IFCS et l'objet d'étude à la réunion biannuelle cadre de santé.	-Partager les résultats -initier une réflexion commune sur les organisations dans l'équipe managériale et au collectif cadre -participer aux différents travaux	-Binôme / Trinôme -CSS -Collectif cadre	

Objectifs principaux	Actions	Objectifs	Ressources	Temps
Instaurer un climat de confiance	-Partager, échanger, s'exprimer,	-Instaurer et développer un climat de confiance dans l'équipe managériale et les équipes -Être capable d'exprimer sa volonté de partage et d'échange pour un bénéfice mutuel -Créer des conditions propices au partage par l'authenticité (Rôle d'agent de liaison)	-Binôme / Trinôme -CSS -Équipe paramédical / médical	Long Terme
Évaluation	-Évaluer les actions, les organisations mises en place	-S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue -Définir de nouveaux indicateurs ou objectifs	-Binôme / Trinôme -CSS -Équipe paramédical / médical	
Effectuer une veille documentaire et de recherche	-Suivre l'actualité, s'inscrire aux différentes revues de presses. -Continuer la démarche de recherche	-S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue -Accéder aux dernières innovations, aux dernières recommandations. -Accompagner les équipes dans cette dynamique	-Établissement -Service formation	
Formation continue	-Effectuer du E-Learning et des MOOC ²³ -Consulter le catalogue des formations, s'inscrire aux formations	-Développer mes compétences -Approfondir mes connaissances -Partager les formations pour tendre vers une compétence collective	-Binôme / Trinôme -Service formation -IFAP ²⁴	

CONCLUSION

Cette conclusion marque l'aboutissement du mémoire au terme de cette année à l'IFCS de Brest. La soutenance qui aura lieu en juin me permettra de partager ce travail de recherche et la construction de mon positionnement professionnel. Ce travail de recherche initié à partir de la problématique des conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement émane d'une situation vécue. La conceptualisation s'est faite autour d'une approche de psychologie sociale avec l'étude des dynamiques du binôme et du trinôme complétée par des sociogrammes afin d'illustrer les

²³ MOOC : **M**assive **O**pen **O**nline **C**ourse, formation en ligne.

²⁴ IFAP : Institut de **F**ormation à l'**A**dministration **P**ublique, centre de formation continue des agents de la fonction publique de Nouvelle-Calédonie.

interactions qui s'y exercent. L'approche de psychologie du travail et des organisations des interactions professionnelles a permis d'approfondir ces sujets pour tendre vers un équilibre de fonctionnement : le leadership partagé.

Les hypothèses de recherche partent du postulat conceptuel qu'une collaboration réussie entre cadres de santé repose sur l'organisation et la bonne définition des missions, l'instauration et le développement d'un climat de confiance mais aussi la nécessité de partage et d'une communication adaptée pour développer une action collective. La discussion du terrain avec les auteurs étudiés dans le cadre du mémoire permet de valider les trois hypothèses.

De plus l'ensemble des professionnels partagent que l'organisation du binôme et du trinôme s'appuie sur l'autonomie des cadres sur sa définition commune. Ceci implique l'utilisation d'outils et d'espaces collaboratifs, des temps d'échanges avec une volonté individuelle d'accepter de partager et de travailler ensemble afin de créer et maintenir une dynamique d'équipe en binôme et en trinôme. Une collaboration réussie réside aussi dans la nécessité de se connaître soi et de s'intéresser à l'autre, un travail individuel de développement personnel qui permet d'harmoniser et de former une unité. Ceci passe par l'instauration d'un climat de confiance dans l'équipe managériale afin de pouvoir partager et travailler ensemble en toute authenticité pour tendre vers un leadership de partage.

Enfin, ce travail de recherche m'a permis sur le plan professionnel de faire un véritable pas de côté sur les conditions de réussite d'une collaboration de cadres fonctionnels et sa dynamique dans le management des organisations. En effet devant un monde hospitalier en constante évolution, cela m'a fait comprendre que s'inscrire dans une démarche de recherche et de veille documentaire permet de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue et de qualité pour les usagers de soins mais aussi pour nos équipes. Cela m'a permis d'évoquer une projection possible de l'organisation d'un binôme fonctionnel pour un leadership de partage vers un binôme organisationnel. Un sujet et une réorganisation qui pourront répondre à la solitude du cadre de demain, à l'amélioration de la qualité de vie au travail, à l'objectivité décisionnelle et de gagner en efficacité par l'intelligence collective et être ainsi moteur pour l'équipe managériale.

« Je crois que le moment est venu de penser à nos organisations et à nos sociétés comme des communautés de coopération. Ainsi, le leadership ne disparaît pas. Il reprend sa place et nous reprenons la nôtre »

Henry Mintzberg

RÉFÉRENCES

-Adam, M. (2012). Les valeurs coopératives face à la crise abyssale de nos sociétés. De boeck supérieur.

-Article L6146-1 du code de la santé publique modifié par l'article 4 de l'ordonnance N°2021-291 du 17 mars 2021 aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043632445

-Article D6124-28-4 du Code de la santé publique

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/26/2022-694/jo/texte>

-Article D6124-33-3 du Code de la santé publique

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/26/2022-694/jo/texte>

-Article D6124-28-5 du Code de la santé publique

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/26/2022-694/jo/texte>

-Assayag, L. (2016). Penser la confiance avec Paul Ricoeur. Études ricœuriennes. vol 7, No 2. pp. 164-186. Repéré à <https://ricoeur.pitt.edu/ojs/index.php/ricoeur>

-Barreau, P. (2021, Juin 15). Psychologie du travail en binôme , un nouvel espace conjugal au travail?. Soins cadres. pp. 26-27.

-Brulant, B. (2020, février 26). Humanperf software. Innovation : Comment mettre en place un "contrat de confiance" avec les collaborateurs?. Repéré à <https://www.humanperf.com/fr/blog/innovation/articles/contrat-confiance-innovation-collaborative>

-Boussuge, B. (2021, juin 15). Le comanagement, un pas vers la gouvernance partagée. Soins cadres, pp. 31-34.

-Brunel, V. (2008). Les managers de l'âme : Le développement personnel en entreprise, nouvelle pratique de pouvoir ?. La Découverte.

-Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2022, Janvier 7). Repéré à

<https://www.cnrtl.fr/definition/leader>

<https://www.cnrtl.fr/etymologie/management>

-Décret N° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques (J.O 27 avril 2022)

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/26/2022-694/jo/texte>

-Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) (J.O 23 mai 2006)

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/26/2022-694/jo/texte>

-Devillard. (2017). La dynamique des équipes et l'intelligence collective. Eyrolles.

-Dictionnaire Larousse (2022, Janvier 7). Repéré à

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/leadership/46519>

-Edmond, M., & Picard, D. (2002). L'école de palo alto , un nouveau regard sur les relations humaines . RETZ.

-France, H., & Karin, L.-C. (2001). Apprentissage collaboratif à distance : Pour comprendre et concevoir les environnements d'apprentissage virtuel. Presses de l'université de Québec.

- Girard, B. (2006). Une révolution du management : le modèle google. MM2 éditions.

- Gréselle-Zaïbet, O. (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas. Management & Avenir, (14), p.41-59. <https://doi.org/10.3917/mav.014.0041>

- Karaki, S. (2021). Le travail en équipe : un peu de neurosciences pour les pros qui veulent collaborer autrement. Dunod.

- Laurent, P. (2012, septembre 11). L'express. From Un leader doit avant tout inspirer confiance. Repéré à https://www.lexpress.fr/emploi/gestion-carriere/un-leader-doit-avant-tout-inspirer-confiance_1159064.html

- Lautard, V. (2021, septembre 6). [Vos droits] Sous effectif en service de soins: que dit la loi? quelle responsabilité en cas de dommage ? Actusoins toute l'actualité infirmière. Repéré à <https://www.actusoins.com/352457/vos-droits-sous-effectif-en-service-de-soins-que-dit-la-loi-quelle-responsabilite-en-cas-de-dommage.html>

- Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin. Soins cadres, (41), pp. 20-22

- L. Daft, R. (2010), Management. Ninth

- Leibovitz, A. (2019). La boîte à outils de la confiance en soi. Paris : Dunod.

- LeRobert. (2022, Janvier 7). Repéré à <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/binome>

- LeRobert. (2022, Janvier 7). Repéré à <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/trinome>

- Levan, S. (2009). Le travail collaboratif en ligne selon main consultants. Ce que le travail collaboratif veut dire repéré à https://travailcollaboratif.typepad.com/methode_main/

-Luc, E. (2019). Le secret des grandes équipes ,huits compétences pour un leadership partagé. Paramètres.

-Luc, E. (2010). Le leadership partagé. Paramètres.

-Mintzberg, H. (2007). Le management : Voyage au centre des organisations. Eyrolles.

-Mintzberg, H. (2021). Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre. Eyrolles.

-Mucchielli, R. (2019). Le travail en équipe. Paris: ESF Sciences humaines.

- Minnaert, M.-F & Muller, J.-L (2004). Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir. Masson.

-Nobre, t. (2021, juin 15). Les binômes à l'hôpital , vers quel management partagé?. Soins cadres, pp. 14-16.

-Ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 (JO 3 mai 2005) simplifiant le régime juridique des établissements de santé Ratifié par la l'article 138 l de la loi N° 2009-526 du 12 mai 2009

-Article 7 abrogé par l'ordonnance N°2010-177 du 23 février 2010 -art 27

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000606537/>

-Ordonnance N°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO 25 février 2010)

-Article 27

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000021869974/2010-02-26/>

-Piquet, A. (2009, août). Guide pratique du travail collaboratif : Théories, méthodes et outils au service de la collaboration.

Repéré à https://www.a-brest.net/IMG/pdf/Guide_pratique_du_travail_collaboratif.pdf

- Rousseau, D. et al. (1998). Not so different after all, a Cross-discipline View of trust. *Academy of Management review*. Vol 23, N3. p.395.
- Saint-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle : Efficacité et coopération*. Presses de l'université de Montréal: Paramètres. Récupéré sur <https://books.openedition.org/pum/10800> (pp14-33)
- Savoie, A. & Brunet, L. (2012). *L'équipe de travail et l'intervention psychologique systémique*. Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.berna.2012.01.0175>"
- SUDF,(2011,Novembre).Référentiel Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (SAMU, SMUR , Service des Urgences, UHCD)).Repéré à <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr> https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf
- Turovh Himmelman, A. (2002). *Collaboration for a change*.
Repéré à <http://tennessee.edu/wp-content/uploads/2019/07/Himmelman-Collaboration-for-a-Change.pdf>
- Truong, o. & Chavanne, P. (2020). *Le management par la confiance*. Eyrolles. P16
- Van Belleghem, L. (2013). Réciprocité des enjeux de confiance au travail - Le cas des coursiers et de leur dispatcheur. Dans L. Karsenty (coord.), *La confiance au travail*. Toulouse, Octarès. p.2.
- Verrier, G. & Bourgeois, N. (2020). *Les RH en 2030 : 30 pistes concrètes pour réinventer l'entreprise*. Paris : Dunod.
- Zara, O. (2021). *Le management de l'intelligence collective : vers une nouvelle gouvernance*. Axiopole.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des responsabilités en binôme	4
Tableau 2 : Répartition N°1 des responsabilités en trinôme	6
Tableau 3 : Répartition N°2 des responsabilités en trinôme	9
Tableau 4 : Répartition N°3 des responsabilités en trinôme	11
Tableau 5 : Différents niveaux de collaboration humaine	35
Tableau 6 : Les dimensions opérationnelles de l'intelligence collective	41

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Dynamique d'un binôme cadre de santé.....	14
Figure 2 : L'interdépendance d'un binôme cadre de santé	19
Figure 3 : Dynamique d'un trinôme de cadre de santé.....	21
Figure 4 L'interdépendance d'un trinôme cadre de santé	24
Figure 5 : Continuum de la collaboration	25
Figure 6 : Représentation du Réseautage en binôme	26
Figure 7 : Représentation du Réseautage en trinôme.....	26
Figure 8 : Représentation du réseautage extérieur du trinôme.....	27
Figure 9 : Coordination « Supervision directe »	28
Figure 10 : Coordination « Ajustement mutuel ».....	29
Figure 11 : Coopération en binôme.....	30
Figure 12 : Coopération en trinôme	31
Figure 13 : Un premier pas vers la collaboration	32
Figure 14 : Collaboration en binôme et en trinôme.....	33
Figure 15 : Continuum de la collaboration v2	42
Figure 16 : Représentation du talon sociologique par expérience de secteur d'activité	46

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de recensement	I
Annexe 2 : Résultats recensement.....	IV
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des différents niveaux d'interactions professionnelles	VIII
Annexe 4 : Guide d'entretien cadre de santé.....	X
Annexe 5 : Guide d'entretien cadre de santé supérieure	XIII
Annexe 6 : Retranscription cadre de santé B3	XVI

Annexe 1 : Questionnaire de recensement

Le questionnaire de recensement fut réalisé avec Google Forms. Ci-dessous les captures d'écran du questionnaire de recensement diffusé le 6 décembre 2021.

Recensement des binômes et trinômes Cadres de santé

Étudiant cadre de santé à l'Institut de Formation des Professions de Santé de Brest, je vous sollicite dans le cadre de mes recherches pour mon mémoire de fin d'étude.
Pour ce travail, j'ai besoin d'effectuer un recensement des binômes et trinômes cadres de santé existants dans les différents établissements de santé.
Merci de votre participation à ce court questionnaire.

***Obligatoire**

Quel est le nom de votre établissement ? *

Votre réponse

Dans quel département se situe-t-il ? *

Votre réponse

Binôme Cadre de santé

Votre organisation institutionnelle compte-t-elle des binômes de cadres de santé coresponsables d'une même unité ? *

Oui

Non

Ne sait pas

Ne souhaite pas répondre

Si oui , combien?

Votre réponse _____

Quelles sont les unités concernées?

Votre réponse _____

Trinôme Cadre de santé

Votre organisation institutionnelle compte-t-elle des trinômes de cadres de santé coresponsables d'une même unité ? *

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Si oui , combien?

Votre réponse _____

Quelles sont les unités concernées?

Votre réponse _____

Prochaine étape du Mémoire

Après la phase d'étude quantitative, je souhaite m'entretenir avec des CS travaillant en binômes et trinômes pour récolter des informations qualitatives. Des entretiens auprès des CSS et DSSI sont également prévus.

Si vous êtes intéressé pour participer à ces entretiens, merci de me laisser votre contact email ou téléphonique :

Votre réponse _____

Connaissez-vous des personnes qui répondent à mes critères d'études ? *

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

Si oui, pouvez-vous me transmettre leurs contacts mail?

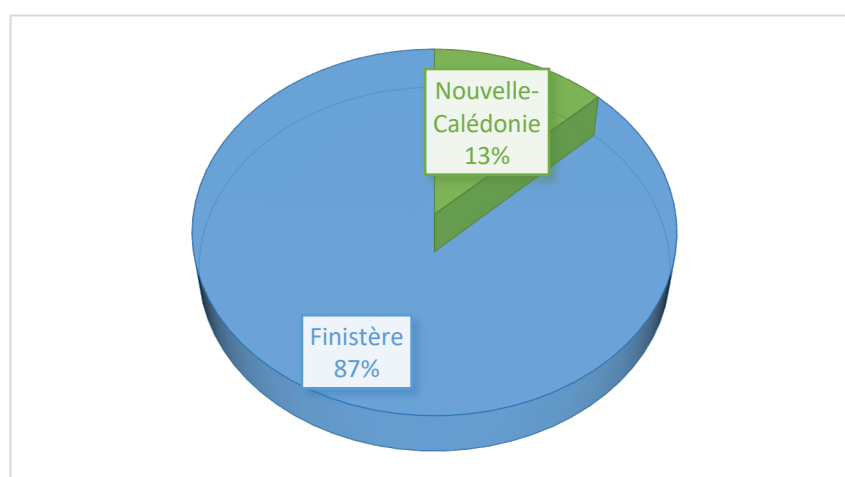
Votre réponse _____

Annexe 2 : Résultats recensement

Afin de respecter la confidentialité des données et le taux de participation des établissements, les résultats du recensement ci-dessous sont anonymisés. Néanmoins, le nombre de réponses et la retranscription des résultats permettent d'apprécier le retour des 31 questionnaires exploratoires qui servent de référence au cadre conceptuel.

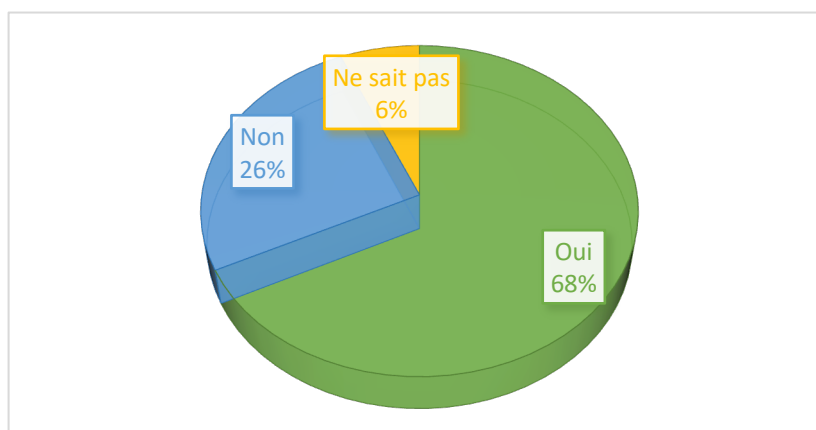
-Quel est le nom de votre établissement ? (31 réponses)

-Dans quel département se situe -t-t-il ? (31 réponses)

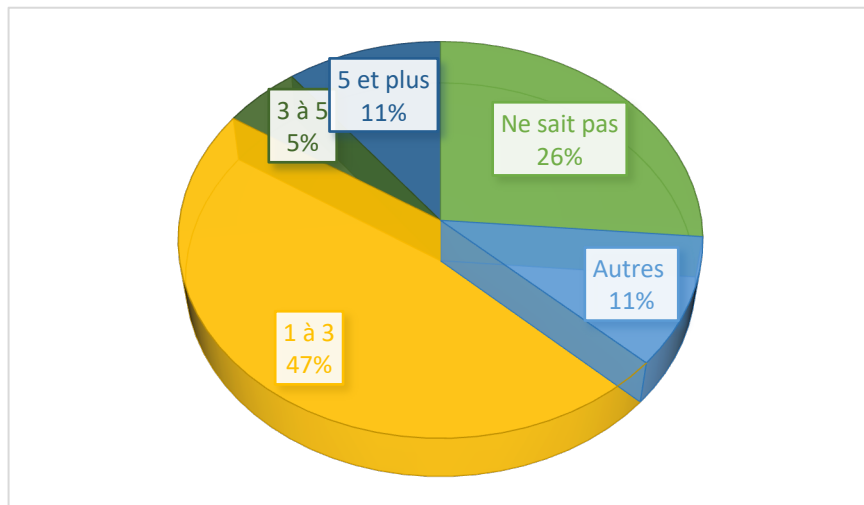


Binôme cadre de santé

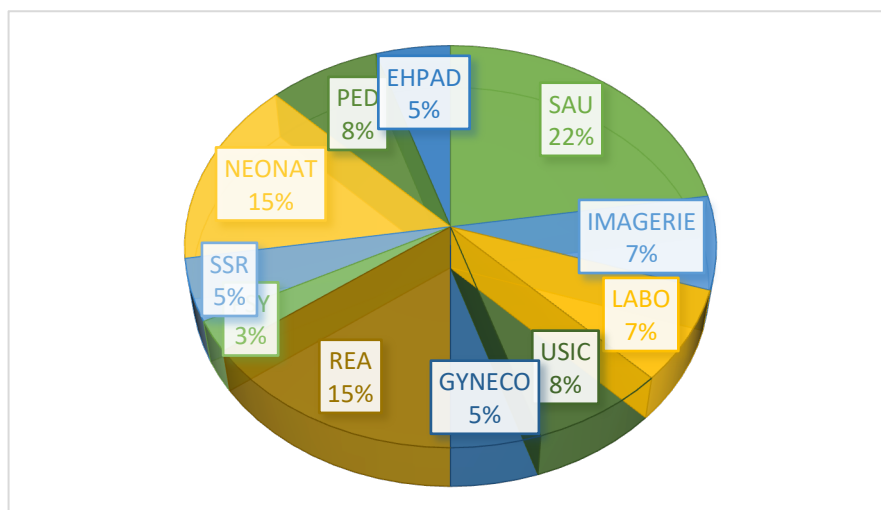
-Votre organisation institutionnelle compte-t-elle des binômes de cadres de santé coresponsables d'une même unité ? (31 réponses)



-Si oui combien ? (19 réponses)

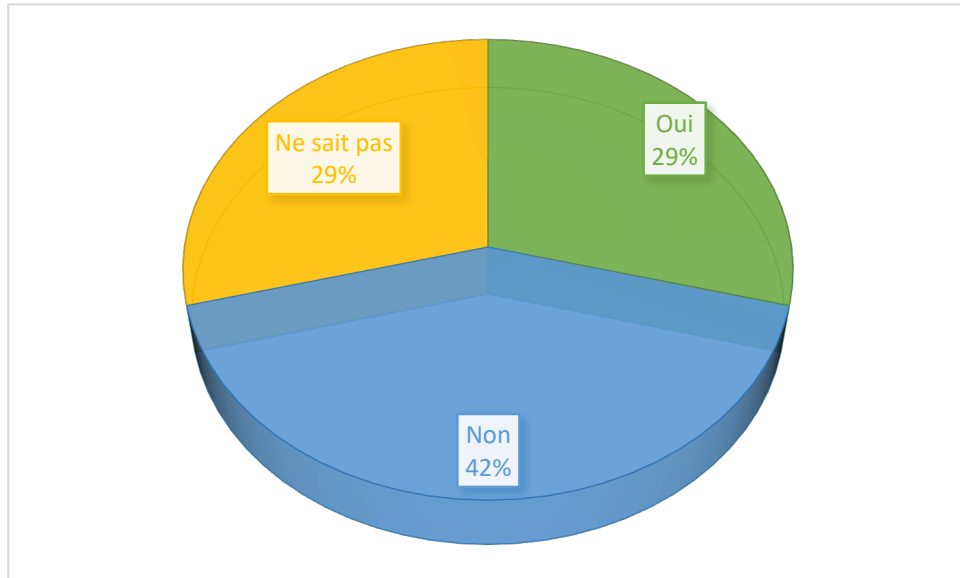


-Quelles sont les unités concernées ? (19 réponses)

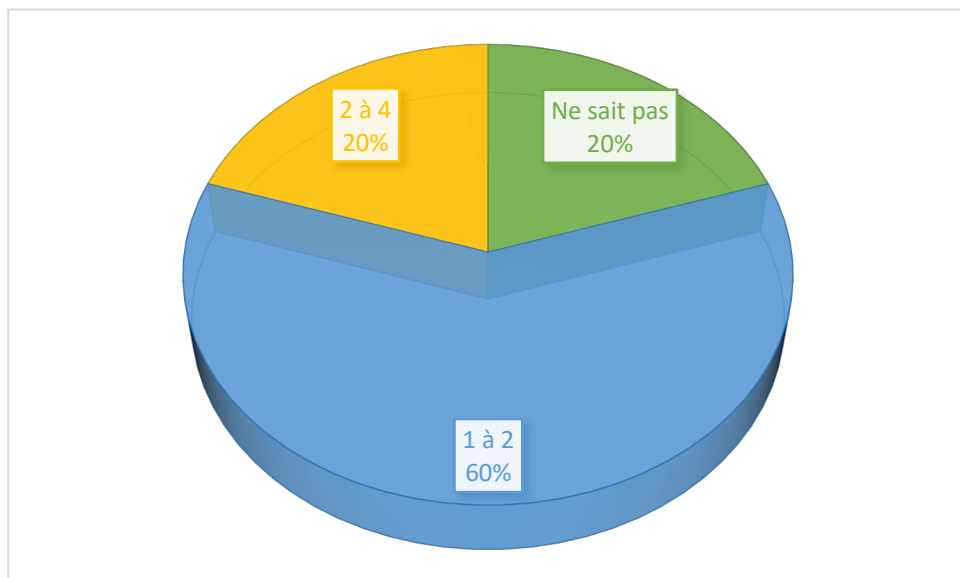


Trinôme cadre de santé

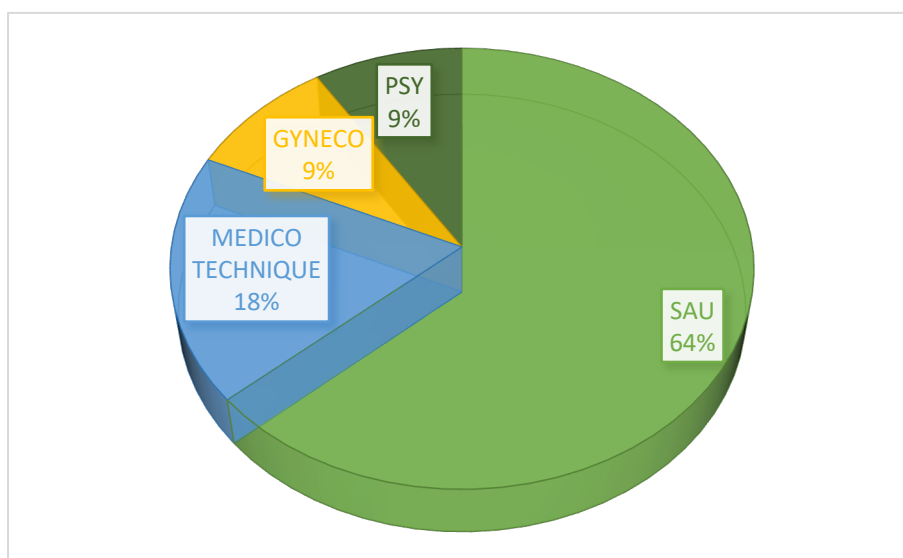
-Votre organisation institutionnelle compte-t-elle des trinômes de cadres de santé coresponsables d'une même unité ? (31 réponses)



-Si oui combien ? (10 réponses)



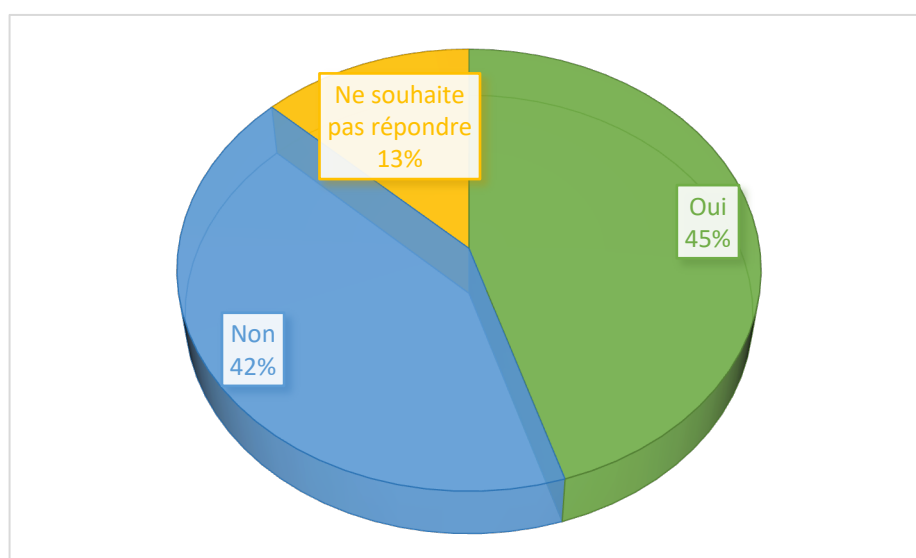
-Quelles sont les unités concernées ? (10 réponses)



Prochaine étape du mémoire

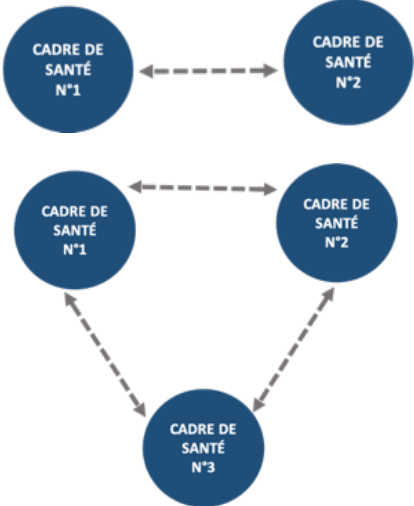
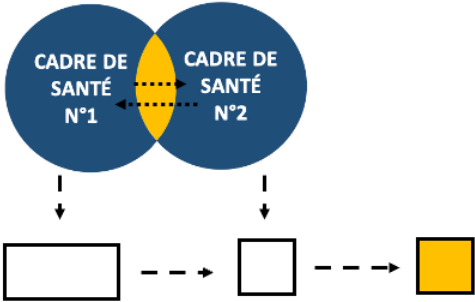
-Si vous êtes intéressé pour participer à ces entretiens, merci de me laisser votre contact email ou téléphonique : (14 réponses)

-Connaissez-vous des personnes qui répondent à mes critères d'études ? (31 réponses)



-Si oui, pouvez-vous me transmettre leurs contacts mails ? (13 réponses)

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des différents niveaux d'interactions professionnelles

<p>Réseautage</p> 	<p><u>Objectif</u> : individuel <u>But</u> : individuel <u>Interactions</u> : -Échange d'informations pour un bénéfice mutuel -Pas de rapport à la tâche, pas de responsabilité</p>
<p>Coordination</p> 	<p><u>Objectif</u> : individuel <u>But</u> : commun <u>Tâche différente</u> : Interdépendante <u>Responsabilité but</u> : individuelle <u>Responsabilité tâche</u> : individuelle <u>Interactions</u> : -Ajustement mutuel sans modification sur la tâche -Harmonie des tâches pour le fonctionnement pour atteindre l'objectif</p>

<p>Coopération</p>	<p>Objectif : individuel But : commun Tâche <u>différente</u> : Division du travail Responsabilité <u>but</u> : Partagé Responsabilité <u>tâche</u> : Individuelle Interactions : -Coordination défini au préalable -Aucune interaction entre les parties prenantes</p>
<p>Collaboration</p>	<p>Objectif : commun But : commun Tâche <u>identique</u> : participation Responsabilité <u>but</u> : Partagé Responsabilité <u>tâche</u> : Partagé Interactions : -Ajustement mutuel informel -Influence réciproque avec modification sur la tâche -Appropriation commune du travail à réaliser (Intelligence collective) -Compréhension, réflexion et décision collective pour une action collective</p>
<p>Leadership partagé</p>	<p>Objectif : commun But : commun Tâche <u>identique</u> : participation Responsabilité <u>but</u> : partagé Responsabilité <u>tâche</u> : partagé Interactions : -Ajustement mutuel informel -Influence réciproque multilatérale avec modification sur la tâche plus importante, intense. -Appropriation commune du travail à réaliser (Intelligence collective) -Compréhension, réflexion et décision collective pour une action collective</p>

Annexe 4 : Guide d'entretien cadre de santé

Dans le cadre de mon travail de recherche, je travaille sur la collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement.

Afin de faciliter le déroulement de l'entretien et sa retranscription, me permettez-vous d'enregistrer ce dernier ? Le traitement des informations sera anonyme et confidentiel.

Dans un premier temps, nous aborderons votre parcours professionnel suivi de votre expérience de travail en binôme et/ou trinôme CDS. (Binôme fonctionnel)

Talon sociologique :

	QUESTION PRINCIPALE	RELANCES
1	En quelques mots, pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?	<p>Filière de formation ? nombre d'années d'expérience ?</p> <p>Dans quels secteurs d'activités ?</p> <p>Depuis combien de temps exercer vous en tant que CDS ?</p> <p>Dans quels secteurs d'activités ? Quels types établissements ?</p> <p>Avez-vous effectué d'autres formations ? diplômes, (DU / Master) ?</p> <p>Serait-il possible d'avoir votre âge pour l'analyse de l'enquête ?</p>
2	Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce binôme / trinôme ?	- Connaissez-vous le binôme / les autres membres du trinôme avant ce travail ensemble ?

	QUESTION PRINCIPALE	RELANCES
1	Pouvez-vous me raconter comment s'organise votre travail en binôme / trinôme ?	<p>- Avez-vous défini une répartition des rôles et des tâches ? a-t-elle évolué ?</p> <p>-Qui a participé ou défini cette répartition ?</p> <p>-Est-elle communiqué auprès des équipes ? Comment ?</p> <p>-Avez-vous des temps d'échanges en binôme / trinôme ? avec l'encadrement supérieur ?</p> <p>-Qui définit ces temps d'échanges ?</p> <p>-Utilisez-vous des outils communs ? lesquels ?</p>

	<p>-Comment s'organise votre travail en l'absence du binôme ? un du trinôme ?</p> <p>-Qui a défini cette organisation en l'absence d'un CDS ?</p>
<p>2 A ce jour, quel bilan faites-vous de ce travail en binôme/trinôme ?</p>	<p>-Qu'est-ce qui vous plaît dans le travail en binôme/trinôme ?</p> <p>-Selon vous, qu'aimez-vous le moins dans le travail en binôme/trinôme ?</p>
<p>3 Selon vous, y a-t-il des prérequis pour travailler en binôme / trinôme ?</p>	<p>-Qu'est ce qui a été aidant pour fonctionner en binôme/trinôme ?</p> <p>-Qu'est ce qui a été compliqué pour fonctionner en binôme/trinôme ?</p> <p>-Les objectifs du binôme / trinôme sont-ils énoncés dans une fiche de poste ou de tâches ?</p> <p>-Figure-t-il une organisation, une répartition des tâches, des rôles ?</p> <p>- Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'encadrement supérieur du fonctionnement du binôme et du trinôme ?</p> <p>-Selon vous qu'est ce qui renforce la cohésion et la dynamique du binôme / trinôme ? (<i>Confiance</i>) (<i>encadrement</i>)</p> <p>-Peut-on définir le binôme / trinôme comme une équipe ?</p> <p>Si oui / non pourquoi ? (<i>but commun</i>)</p>
<p>4 Avez-vous eu une autre expérience en binôme/trinôme ? (<i>A poser uniquement si l'information n'est pas obtenue lors de la question 1</i>) Si négatif, poser directement la question de relance suivante : Préférez-vous être seul ou à plusieurs pour un poste de CDS ?</p>	<p><u>Si Oui</u> :</p> <p>-Le fonctionnement, l'organisation était-elle similaire ?</p> <p>-Existe -il des différences ?</p> <p>- Bilan de cette autre expérience ?</p> <p>-Préférez-vous être seul ou à plusieurs pour un poste de CDS ?</p> <p><u>Si Non</u> :</p> <p>-Préférez-vous être seul ou à plusieurs pour un poste de CDS ?</p>

5	Comment définissez-vous la collaboration ?	
6	A ce jour, considérez-vous que vous êtes dans un processus de collaboration ?	<p><u>Si Oui</u> :</p> <p>Avec Qui ? (Avec votre collègue ? avec vos deux collègues ? avec l'encadrement supérieur de santé ?)</p> <p>-Face à quelle situation la collaboration est-elle importante ?</p> <p>(Pour quoi faire ? une prise de décision ? partage d'expérience ? résolution d'un problème complexe ?)</p> <p>Avec quels outils ? savoir-faire ? savoir être ?)</p> <p>-Qu'est ce qui a été aidant pour travailler en collaboration ?</p> <p>-Qu'est ce qui a été compliqué pour fonctionner en collaboration ?</p> <p><u>Si Non</u> :</p> <p>Pourquoi ? Que vous manque-t-il pour arriver à collaborer ?</p>
7	Selon vous, quelle place et rôle a eu l'encadrement supérieur dans le binôme / trinôme ?	<p>-Dans la collaboration ? dans la répartition des tâches ? des unités ? Dans le choix des outils ?</p> <p>-Impulse t'il la dynamique ?</p>
8	Travaillez-vous en confiance au sein de votre binôme/trinôme ? Cssi ?	<p><u>Si oui</u> :</p> <p>-Que signifie pour vous travailler en confiance ?</p> <p><u>Si non</u> :</p> <p>-Qu'est ce qui manque pour travailler en confiance ?</p>
9	Avant de conclure, avez-vous des éléments que vous souhaitez partager au sujet de votre collaboration entre cadres ? avec votre cadre supérieure de santé ?	

Annexe 5 : Guide d'entretien cadre de santé supérieure

Dans le cadre de mon travail de recherche, je travaille sur la collaboration entre cadres de santé coresponsables du même périmètre d'encadrement.

Afin de faciliter le déroulement de l'entretien et sa retranscription, me permettez-vous d'enregistrer ce dernier ? Le traitement des informations sera anonyme et confidentiel.

Dans un premier temps, nous aborderons votre parcours professionnel suivi de votre expérience de travail d'encadrement de CDS travaillant en binôme et/ou trinôme.

Talon sociologique :

	QUESTION PRINCIPALE	RELANCES
1	En quelques mots, pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?	Filière de formation ? nombre d'années d'expérience ? Dans quels secteurs d'activités ? Dans quels établissements ? Depuis combien de temps exercer vous en tant que CDS ? Dans quels secteurs d'activités ? Dans quels établissements ? Avez-vous effectué d'autres formations ? diplômes, (DU / Master)? Serait-il possible d'avoir votre âge pour l'analyse de l'enquête ?
2	Depuis combien de temps travaillez-vous en tant que cadre supérieure de santé ?	Dans quels secteurs d'activités ? Dans quels établissements ?
3	Combien de cadres de santé sont sous votre responsabilité ?	
4	Combien de binômes / trinômes cadres sont sous votre responsabilité ?	-Quels sont les services sous votre responsabilité ?

	QUESTION PRINCIPALE	RELANCES
1	Pouvez-vous me raconter comment s'organise le travail d'un binôme / d'un trinôme que vous encadrez ?	-Comment (et par qui) a été définie la répartition des rôles et des tâches ? A-t-elle évolué ? (<i>Charge de travail</i>) - <u>Si répartition faite par CSS :</u>

		<p>-Comment évaluez-vous la charge de travail pour définir cette répartition ? indicateurs ?</p> <p>-Est-elle communiqué auprès des équipes ? Comment ? par qui ?</p> <p>-Avez-vous des temps d'échanges avec le binôme / trinôme ? Comment ? Qui définit ces temps d'échanges ?</p> <p>-Utilisez-vous des outils communs ?</p> <p>-Comment s'organise le travail en l'absence d'un binôme ? d'un membre du trinôme ?</p> <p>-Qui a défini cette organisation ?</p> <p>-Qu'est-ce qui a fonctionné ? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ? Est-ce pour vous une réussite ? Si oui ou non pourquoi ?</p>
2	<p>Quel bilan faites-vous de ce travail en binôme/trinôme CDS ?</p>	<p><i>-Si bilan positif :</i></p> <p>Avez-vous un exemple de travail en binôme/trinôme qui a moins bien fonctionné ? Selon vous, pourquoi ?</p> <p><i>-Si bilan négatif :</i></p> <p>Avez-vous un exemple de travail en binôme/trinôme qui a mieux fonctionné ? Selon vous, pourquoi ?</p> <p>-Quelle analyse faites-vous de ces bilans différents ?</p> <p>-Votre management a-t-il joué sur ces résultats ?</p>
3	<p>Selon vous, y a-t-il des prérequis pour travailler en binôme / trinôme ?</p>	<p>-Qu'est ce qui peut être aidant pour fonctionner en binôme/trinôme ?</p> <p>-Qu'est ce qui peut être compliqué pour fonctionner en binôme/trinôme ?</p> <p>Les objectifs du binôme / trinôme sont-ils énoncés dans une fiche de poste ou de tâches ?</p> <p>-Figure-t-il une organisation, une répartition des tâches, des rôles ?</p> <p>-Selon vous qu'est ce qui renforce la cohésion et la dynamique du binôme / trinôme ? (<i>Confiance</i>) (<i>personnalités</i>)</p>

		-Peux t'on définir le binôme / trinôme comme une équipe ? Si oui / non pourquoi ? (<i>but commun</i>)
4	Comment définissez-vous la collaboration ? dans l'équipe cadre binôme-trinôme ?	
5	Comment interagissez-vous avec le binôme / trinôme ?	<p>Vous arrive-t-il à faire de la régulation ? Pourquoi ?</p> <p>Si oui, pourquoi ? une prise de décision ? partage d'expérience ? résolution d'un problème complexe ?</p> <p>Comment ?</p> <p>-Utilisez-vous des outils de collaboration ?</p> <p>Comment adaptez-vous votre management à chaque membre du binôme / trinôme ? Pourquoi ? (Afin que chacun se sente à sa place ? reconnu ? valorisé ?)</p>
6	Selon vous, quelle est votre place et votre rôle en tant que cadre supérieure de santé dans le binôme / trinôme ?	<p>Quelles sont les attentes du fonctionnement en binôme/trinôme du cadre supérieure ?</p> <p>-Quels sont les leviers que vous identifiez pour que chaque personne trouve sa place dans le binôme/trinôme ? dans l'équipe managériale ?</p>
7	Diriez-vous que vous avez une relation de confiance avec le binôme-trinôme ?	<p><u>Si oui</u> :</p> <p>-Qu'est-ce pour vous une relation de confiance ?</p> <p><u>Si non</u> :</p> <p>Que vous manque t'-il pour avoir cette relation de confiance ?</p>
8	Avant de conclure, avez-vous des éléments que vous souhaitez partager au sujet de votre collaboration avec les binômes et les trinômes cadres de santé ?	

Annexe 6 : Retranscription cadre de santé B3

ECDS :

Dans un premier temps, on va aborder rapidement ton parcours professionnel suivi de ton expérience de travail en binôme ou trinôme. En quelques mots, est-ce que tu peux me présenter ton parcours professionnel ?

CDS B3 :

Depuis que je suis cadre, ou plutôt depuis que je suis soignante ?

ECDS :

Depuis que tu es soignante.

CDS B3 :

Alors, je suis infirmière diplômée depuis 2003, j'ai commencé dans des services de médecine. Quand tu es embauchée à l'hôpital, tu vas de petits contrats en petits contrats. Donc, je vais te citer tous les services que j'ai fait. C'est ça que tu veux ?

ECDS :

Oui

CDS B3 :

J'ai commencé par de l'onco-soins palliatifs. C'est en début de carrière. Après, j'ai fait de la pneumologie. Ensuite, j'ai fait de l'USIC, de la cardio soins intensifs et après je suis partie dans un service de médecine polyvalente avec une spécificité : la prise en charge des patients adultes mucoviscidose. Donc cela a duré pendant 6 ans à peu près. Ensuite, j'ai suivi mon conjoint à Tahiti où là j'ai été infirmière dans un pool de remplacement. J'étais affecté que dans les services de médecine, j'ai fait de la neuro diabéto. J'arrivais comme le SICS en fait et on me donnait mon affectation au jour le jour. Donc je n'ai fait que de la médecine à Tahiti. Après 18 mois sur Tahiti, je suis revenu en France, donc ça devait être en 2010. C'était en 2010 à peu près et je suis revenu dans mon hôpital d'origine et là, j'ai été intégré dans un service d'hématologie où je suis resté six mois, huit mois. J'ai eu une affectation donc en réanimation en tant qu'infirmière. Donc, j'ai été infirmière en réanimation jusqu'en 2015 et j'ai eu un premier enfant, j'étais très fatigué par le rythme de vie de l'infirmière à l'hôpital. Donc j'ai démissionné et je suis partie en santé au travail dans une grosse sidérurgie à Dunkerque, où il y avait plus de 5 000 salariés. Voilà, c'était une sidérurgie de métallurgie. Là, j'ai préparé mon concours de cadre où j'étais en CDD et donc du coup,

j'ai eu mon concours de cadre et du coup, je suis devenu cadre. A partir de 2015, je suis arrivé en Nouvelle-Calédonie. D'abord, j'ai fait du SICS de nuit donc encadrement de nuit pendant six mois et j'ai intégré le service des urgences en trinôme. En début 2016, donc là j'étais en trinôme. En novembre 2017, vu la pénurie de cadres, j'ai été réaffecté sur le service de réanimation en binôme jusqu'à aujourd'hui.

ECDS :

As-tu effectué d'autres formations, DU ?

CDS B3 :

Alors, j'ai eu un DU d'éthique. Alors ça, c'était en quelle année ? C'était pendant que j'étais infirmière, parce que quand on était infirmière, dans ma première expérience, on pouvait avoir accès à des DU. Et là, je pense que je l'ai eu en 2008 mon DU. J'ai aussi une licence en sciences de l'éducation par rapport à mon diplôme de cadre. Et j'ai un master également, un master professionnel sur l'ingénierie de la pédagogie, ingénierie de la santé et spécialité pédagogie des professionnels de santé.

ECDS :

Ok

CDS B3 :

Pendant que j'étais infirmière en réanimation, j'étais formatrice AFGSU également. C'était plusieurs niveaux et moi je pouvais donner des cours à l'école d'infirmière pour faire les premières sessions en fait. Donc je faisais ça en même temps. Donc j'étais détaché de mon poste d'infirmière de Réa pour être formatrice à l'école d'infirmières, mais que sur des missions très ponctuelles en fait.

ECDS :

Pour l'analyse du talon sociologique ? Est-il possible d'avoir ton âge

CDS B3 :

Oui, alors j'ai 43 ans.

ECDS :

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce binôme / trinôme ?

CDS B3 :

3-4 ans il me semble, 3 ans en fait.

ECDS :

Connaissiez-vous le binôme / les autres membres du trinôme avant ce travail ensemble ?

CDS B3 :

Oui au tout début. Et pas spécialement après.

ECDS :

Donc, par rapport à ce que tu peux me raconter, comment s'organiser ? Ton travail en binôme, en réanimation ?

CDS B3 :

Alors, en fait, en réanimation, on était essentiellement sur la gestion spécifique de catégories socio-professionnelles et donc, c'est-à-dire qu'il y avait une cadre qui était responsable des infirmiers et une cadre qui était responsable des aides-soignantes et des ASH. Donc ça, c'est plutôt le côté gestion de personnel. Pour le recrutement, on était sur des collaborations mais aussi sur des projets de service, des axes d'amélioration et des projets communs au service. Donc, ce n'était pas qu'une seule personne qui s'occupait d'un projet, mais on devait collaborer pour échanger nos idées et créer également ce projet en fait dans le but justement d'améliorer les pratiques et puis les conditions de travail des agents du travail.

ECDS :

Qui a défini cette répartition ?

CDS B3 :

Alors, en fait, c'est une histoire un peu historique, c'est parce que l'ancien encadrement a été sur un mode de fonctionnement comme ça. Un s'occupe des infirmiers, un s'occupe des aides-soignants. Il y avait une cadre qui s'occupait des soins continue et il y en avait une qui s'occupait de la réanimation. Quand ils sont arrivés au nouvel hôpital, ils n'arrivaient plus à fonctionner comme ça puisque ce n'était qu'une seule grande équipe. Ils ont différencié parce qu'une des cadres s'occupait des soins continues à un moment. Mais elle avait son personnel soignant, son personnel infirmier et son personnel aides-soignants. Donc elle avait sa petite unité à gérer. Alors qu'au nouvel hôpital, tout était remis à plat et on devait travailler tous ensemble. Il y avait plus de USC et de REA, il y avait qu'une seule grosse équipe de réanimation polyvalente.

ECDS :

Est-ce que tu avais des temps d'échanges définis en binôme ?

CDS B3 :

Oui, ce qui était essentiel en fait, ce qui est important, c'est que chaque matin, il y avait forcément soi-disant la pause-café qui servait également de transmission des

événements, qui était arrivé. On a eu une qui arrivée plus tôt, l'autre arrivait plus tard. Donc il y avait ce temps d'échanges tous les matins, de savoir ce qui s'était passé. Un temps de transmission sur le quotidien. Après, c'était vraiment des moments informels, mais il n'y avait jamais de réunion de temps posée officiellement sur mon planning pour échanger sur nos projets. Ce que je regrette ? Je ne sais pas si je peux l'ajouter la, mais moi, si je devais, j'aurais bien aimé travailler en collaboration avec, avec mon binôme de réanimation dans un open space en fait. J'aurais voulu, je pense que ça aurait pu améliorer la collaboration parce qu'on était dans deux bureaux différents, donc forcément, il fallait aller chercher l'autre pour pouvoir échanger. Mais ça c'est peut-être que je ne devrais pas le rajouter.

ECDS :

Et il y avait des temps défini avec l'encadrement supérieur. Est-ce que c'était toujours ?

CDS B3 :

Alors il y avait des temps. Alors il y avait les staffs de secteur voilà, mais qui n'étaient pas spécifiquement pour la réanimation. Mais de temps en temps, l'encadrement supérieur nous convoquait et était dispo à telle heure. On se fait un point, donc il y avait quand même une pause de rendez-vous pour échanger sur chaque heure sur chaque service. On avait des temps informels également. Beaucoup de temps informels, mais ça fonctionnait comme ça beaucoup, comme ça.

ECDS :

Avez-vous des outils en commun ?

CDS B3 :

Oui, alors en fait, oui, on avait des outils en commun. Notamment, tous nos fichiers étaient partagés sur un même dossier où chacun pouvait avoir accès. Donc moi, quand j'écrivais quelque chose, elle pouvait le voir. Alors les outils qu'on a dans le commun est par exemple, la gestion des contrats avec tout ce qui était traçabilité de tout, en fait, mais pas d'outils spécifiques pour nos transmissions. On avait essayé de mettre à jour un cahier en place parce qu'on avait un problème de communication avec l'un de mes binômes. Et puis, c'est quelque chose qui n'a pas marché. Le cahier de transmission, ça ne marche pas.

ECDS :

Comment t'organises-tu en l'absence d'un binôme ?

CDS B3 :

Je récupérais les missions de l'autre, en fait. Donc je m'occupais de tout. On s'occupe de tout, avec alors quand elle partait en vacances ou en arrêt, et ben du coup comme elle avait accès à mes dossiers à des logiciels communs et RH forcément. Elle pouvait assurer la continuité.

ECDS :

À ce jour quel bilan fais-tu sur ton travail en binôme.

CDS B3 :

C'est des consensus. Je vais dire quelque chose, peut-être qui va paraître négatif, mais moi j'ai eu des binômes qui je pense de travailler avec ses pairs. Parfois, ça peut être compliqué par rapport à une question d'égo en fait, il y a certaines cadres parce qu'ils sont cadres et ils ont ce statut de chef d'avoir quelqu'un qui a le même statut à côté. Des fois, c'est un peu compliqué parce qu'il faut faire des consensus. Et puis, ce n'est pas toujours dans le même sens. Concrètement, moi, je n'ai pas aimé travailler en binôme et en trinôme et j'ai beaucoup apprécié de travailler seul dans en tant que responsable d'un seul service en fait. Ensuite, peut être que je ne devais pas prendre l'avis des autres. Je faisais comme moi il me semblait et je n'avais pas besoin d'essayer de me mettre en avant par rapport à mon binôme ou trinôme. J'ai toujours senti un jeu de pouvoir entre les binômes et les trinômes. Voilà, ça résume un peu ce que je pense, mais j'ai eu un binôme avec qui cela a très bien fonctionné et mais du coup, elle n'avait pas le même profil que les autres binômes avec qui je travaille. En fait, ça, c'était Mme X, en fait, et avec qui j'aimais ses valeurs, en fait. Et donc, du coup, elle avait des valeurs de partage. Et puis, il y a eu de l'accompagnement que je n'ai pas retrouvé chez les autres binômes. Je pense que j'ai une personnalité où les gens me remarque un peu parce que je suis gentil, je suis rigolote, je fais des blagues. J'étais authentique, tu vois. Et donc je n'avais pas. Je n'avais pas besoin de me mettre en avant.

ECDS :

Et si on devait résumer, tu préfères travailler seul ? Mais si tu veux dire qu'est ce qui te plaisait à travailler à deux ? Qu'est-ce que tu pourrais ? Qu'est ce qui te plait le plus quand tu étais à deux ?

CDS B3 :

Quand on travaillait à deux, ce que j'ai apprécié, c'est quand il y avait une vision des choses, l'autre cadre avait une autre vision des choses. Et quand on imbriquait tout ça,

ça a donné quelque chose euh , puisque on était tous de profils différents. C'était forcément très riche quoi. Et donc, du coup, les informations de plusieurs cerveaux de cadres ensemble, forcément, ça donnait forcément quelque chose de beau et d'intelligent et pensé, donc d'associer des cerveaux qui fonctionnent, ça ne peut que donner du bon travail, en fait. Et c'est ça, en fait, c'est ce qu'on peut apporter avec son profil, son histoire dans la construction d'un projet, en fait. On est tous différents, mais il faut savoir entendre l'autre et pas le dévaloriser parce que t'es plus nul. Et voilà, c'est ça.

ECDS :

Qu'est-ce que tu as moins aimé ?

CDS B3 :

Je n'ai pas aimé les jeux de pouvoir. Je n'ai pas aimé l'ego. Je n'ai pas aimé écraser l'autre. Je n'ai pas aimé déstabiliser l'autre. En fait, si je n'ai pas aimé, en fait, j'ai une très mauvaise expérience avec ce binôme, une bonne cadre mais le travail d'équipe ça ne fonctionnait pas. Et voilà que je pense.

ECDS :

Et là, selon toi, est ce que tu penses que des prérequis à travailler en binôme ou trinôme ?

CDS B3 :

Non, je ne pense pas qu'il y a de pré requis. Je ne pense pas qu'il y ait de pré requis. En fait, je pense que c'est juste une question de savoir être et de savoir travailler en équipe. Moi, je pense que comme soignants, à la base, on sait travailler en équipe. Donc, pour moi, c'est quelque chose d'inné de savoir travailler avec l'autre. Le problème, c'est que c'est comme dans un couple, on ne peut pas s'entendre avec tout le monde. En fait, on a des visions différentes des choses et des fois, ça ne match pas, en fait.

ECDS :

À ton avis, quelles sont vos attentes ? Enfin, du binôme vis à vis du positionnement de l'encadrement supérieur.

CDS B3 :

Alors déjà, je pense que le cadre supérieur, c'est lui qui est patron des cadres d'accord. C'est vrai que le cadre est autonome, mais je pense que le cadre SUP doit déjà donner le rôle de chacun par des missions claires et pas de l'approximation. OK, on est autonome, mais quand ça pose problème, je pense que le cas SUP doit être là pour

réguler les actions. Donc, le cadre sup doit traiter d'une façon équitable les deux cadres et pas de préférence. Voilà, elle ne doit pas s'adresser à quelqu'un qui ne regarde pas qu'une seule personne. Mais il travaille avec les deux personnes en fait faire de la différence entre ces cadres. En tant que cadre sup, ça peut créer des gros malaises et des gros conflits. On sait que l'un cadre donne une information à un cadre, l'un des binômes, et qu'il ne donne pas à l'autre. C'est déjà un problème.

ECDS :

Oui.

CDS B3 :

Voilà donc le positionnement du cadre sup je pense qu'il donner des missions et il doit également ne pas faire de préférence entre ces cadres en fait.

ECDS :

Et selon toi, qu'est ce qui pourrait ? C'est ce qui renforce ou qui pourrait renforcer la cohésion de la dynamique du binôme.

CDS B3 :

Eh bien, je pense que c'est vrai que ces temps posés. Peut-être une heure par jour obligatoirement, peut-être pas une fois par semaine. Peut-être que poser un temps, ça permet aussi d'avoir que ça soit obligé de faire une heure par semaine. On n'est qu'à 2 dans le bureau et on n'est pas dérangé. Je pense que c'est, peut-être quelque chose qui peut aider au fonctionnement du binôme. Déjà, je pense qu'il faut des gens compatibles au niveau. Il faut des gens qui s'entendent bien déjà, mais l'entente avec son binôme, je pense qu'il fait qu'il fait tout je pense.

ECDS :

Et à ton avis, le binôme, tu penses qu'on peut le considérer comme une équipe ?

CDS B3 :

Ouai. Je pense que le binôme de cadre fait partie de l'équipe soignante, en fait, le binôme moi avec mes binômes, j'ai été l'équipe d'encadrement en fait. Parce que du coup, comme nous ne sommes que deux dans le binômes, forcément, et qu'on a des responsabilités d'encadrement, il y a forcément un partage de tâches, comme dans une équipe où chacun doit avoir aussi son rôle.

ECDS :

Justement, on va parler de la collaboration. Comment définis-tu la collaboration ?

CDS B3 :

La collaboration, pour moi, c'est travailler ensemble et travailler sur des axes communs. Voilà, c'est la collaboration, pour moi aussi, c'est de l'entraide. C'est aussi de l'échange, la collaboration, c'est aussi accepter l'autre et la collaboration, c'est aussi se dire les choses. Mais voilà, la collaboration on a un axe commun, c'est la gestion d'un service pour que ça fonctionne bien sur différents critères le ménage, les aides-soignantes, la qualité des soins, l'accueil de la famille, les procédures. Voilà, on est tous. Cette équipe d'encadrement travaille sur ces critères en fait. La collaboration, c'est ça, c'est travailler ensemble et s'enrichir des deux en fait.

ECDS :

A ce jour, considérez-vous que vous êtes dans un processus de collaboration ?

CDS B3 :

Pas forcément avec tous, mais je vais dire oui, on est dans quelque chose d'un échange de travailler ensemble avec les mêmes objectifs.

ECDS :

Et la cadre supérieure ?

CDS B3 :

La cadre sup euh Oui, ça, c'est inévitable. Forcément, on travaille en collaboration avec la cadre sup elle nous donne aussi des lignes directives et on peut aussi lui suggérer des choses. Mais la collaboration avec la cadre sup elle est aussi. Si ça ne fonctionne pas avec la cadre sup, je pense que. On ne peut pas faire grand-chose, en fait, mais aussi c'est à la cadre sup de nous donner des directives claires aussi, si elle veut qu'on réponde à quelque chose, qu'elle nous donne des instructions clairement par rapport aux attentes. Mais oui, on travaille en collaboration avec la cadre sup.

ECDS :

Quelle situation la collaboration te semble-t-il importante ?

CDS B3 :

La collaboration me semble importante pour qu'on ait un discours tous les deux et qu'on soit d'accord sur ce qu'on veut de la collaboration. C'était la gestion du personnel

et la gestion des compétences. C'était la problématique majeure. C'est ça, et surtout pour moi, niveau infirmière.

ECDS :

Pour toi, qu'est ce qui a été aidant pour travailler en collaboration ?

CDS B3 :

Eh bien, ce qui est aidant en fait, c'est que la cadre sup peut être également le lien entre le binôme en recevant son binôme. La cadre sup peut également faire du lien. Je pense que ça. La collaboration avec le binôme, c'est aussi avoir le même objectif commun établi par la cadre sup. Et puis, je pense qu'il faut une bonne entente. En fait, il faut savoir accepter l'autre.

ECDS :

Et qu'est ce qui est compliqué dans la collaboration ?

CDS B3 :

Ah ben, je pense que je l'ai dit, mais je pense que c'est l'égo. Une perte d'information, des informations qui ne sont pas transmises. Alors, à quel but ? Par oubli ou par stratégie ? Je ne sais pas.

ECDS :

Selon toi la cadre sup impulse une dynamique dans le binôme ?

CDS B3 :

Complètement. Ah ouais ! Je peux argumenter là-dessus, mais oui, la cadre sup, c'est comme nous quand on est encadrement de service classique. Si on doit aider, on est aussi des coachs, des managers. Tu vois la cadre sup c'est pareil elle doit faire la même chose avec ses cadres et elle en a moins en plus, elle doit créer du lien. Elle doit tout mettre en œuvre pour elle et elle doit faire attention à ce qu'elle fait parce qu'elle peut très bien faire des actes manqués. Qui peut se retourner que, du coup, le binôme explose ? Elle donne une information à l'une et l'autre ne transmet pas. C'est quelque chose qui peut, qui peut faire éclater un binôme et du coup, celle qui n'a pas eu l'information peut en vouloir à sa cadre sup. Pourquoi elle lui a dit à elle et pas moi ? Pourquoi mon binôme va boire un café chez la cadre sup ? Et moi, je ne suis pas invité ou quand on les voit à la fin du couloir ah ben on se voit après. Pourquoi vous êtes à deux et pourquoi moi je ne peux pas venir ?

ECDS :

Je vois. Et donc là, l'avant dernière question est ce que ce que tu travailles en confiance au sein de ton binôme ?

CDS B3 :

Alors avec mon expérience, je suis complètement en confiance avec mon binôme et complètement en confiance parce que je sais qu'elle ne va pas me décréditer devant les équipes et devant les médecins. Et puis il y a une continuité et elle faisait voilà, ça roule voilà alors que pour les autres, c'est toujours cette question du comportement. Les gens qui veulent briller, donc comment briller, c'est salir les autres aussi pendant l'absence. Donc, il n'y avait plus de confiance parce qu'il y avait eu des faits rapportés en plus. Et voilà, et pas par les cadres, c'est ça le pire, c'est que c'est l'équipe qui me l'a répété. C'est bof.

ECDS :

Et pour toi, que signifie de travailler en confiance ?

CDS B3 :

Pour moi, travailler en confiance, c'est pouvoir. Eh bien, laisser, par exemple, une tâche à faire et qu'elle soit faite. Travailler en confiance, c'est que. J'ai confiance en ma binôme quand je sais que je pars en vacances et que quand je reviendrai et je ne vais pas avoir toutes les emmerdes, en fait. Peut-être qu'elle n'aura pas eu le temps de tout faire, mais ce n'est pas très grave, mais enfin, l'essentiel au niveau de l'encadrement sera fait en tout cas. Après, je pense qu'on peut accepter des fois l'autre sur des difficultés. Et ça aussi, c'est travailler en confiance. C'est que et ben là, j'ai fait une connerie, ce n'est pas grave et ce n'est pas parce que t'as fait une connerie que je n'ai pas confiance en toi. L'objectif, ce n'est pas de le cacher, c'est de le dire, c'est d'exprimer les choses. On n'est pas tous parfaits. Il faut accepter l'autre avec ses failles. On n'est pas tous. On n'est pas des robots, quoi. Il faut savoir être authentique, échanger, communiquer.

ECDS :

Et avant de conclure Est ce que tu as des éléments que tu souhaites partager au sujet de ton expérience de collaboration entre cadres ou avec ta cadre sup, un élément qu'on n'a pas énoncé par rapport à l'entretien ? Quelque chose qui te vient ?

CDS B3 :

Non, il me semble avoir tout dit.

ECDS :

Je te remercie pour le temps que tu m'as consacré.

CDS B3 :

De rien, c'était avec plaisir. Bonne journée

ECDS :

Merci toi aussi, à bientôt encore merci.

Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest
&
Université de Bretagne Occidentale

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme cadre de santé et du Master 2 Mention
Administration Économique et Sociale Parcours Management et Formation en santé

Abstract

Juin 2022

Titre du mémoire : Entre cadre de santé : vers le leadership partagé

Auteur : DELANOY Guillaume

Directrice de mémoire : Mme NOURRY Myriam

Référente mémoire : Mme BOUAZIZ Stéphanie

Nombre de pages : 87

Travailler en binôme, en trinôme et être cadre de santé coresponsable du même périmètre d'encadrement ne va pas de soi. Si la complexité de travailler ensemble est un enjeu pour nos organisations de demain. Alors quelles en sont les conditions de réussite d'une collaboration entre cadres de santé coresponsable ? Quels en sont les leviers et les limites ? Comment la maintenir et quel type de leadership ? Afin de répondre à ces questions, la méthodologie de recherche commence par une approche conceptuelle où je définis la dynamique d'un binôme et d'un trinôme pour identifier les premiers leviers interactionnels. Ensuite j'approfondis les interactions professionnelles sur le rapport à la tâche par le continuum de la collaboration pour enfin trouver un management où l'équilibre repose sur la confiance, le partage : le leadership partagé. Pour confronter mes hypothèses, j'ai mené un premier état des lieux par une enquête exploratoire afin d'orienter et conduire les entretiens avec des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé. La conclusion de ce travail de recherche met en évidence qu'une collaboration réussie entre cadres de santé repose sur l'organisation et la bonne définition des missions, l'instauration et le développement d'un climat de confiance mais aussi la nécessité de partager et d'une communication adaptée pour développer une action collective.

Mots clés : Collaboration – Leadership partagé – Binôme – Trinôme - Coresponsabilité