UNIVERSITÉ DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

ÉCOLE DOCTORALE DU PACIFIQUE
ED 469

LABORATOIRE du GDI

THÈSE
présentée et soutenue publiquement par
Baptiste Leroy

le 2 décembre 2025

en vue de l'obtention du titre de
Docteur de l'Université de la Polynésie française en
Département : **Droit Économie Gestion**
Discipline : **6 Sciences de gestion et du management**
Spécialité : **Gestion des Ressources Humaines**

Le renouvellement de la vigilance collective. Une approche ethnographique du cas du Centre hospitalier de la Polynésie française.

JURY

Directeurs de thèse :
Damien Mourey,
Professeur des Universités, GDI, Université de la Polynésie française
Nathalie Raulet-Croset,
Professeure des Universités, IAE Paris Sorbonne, Université Paris I – Sorbonne

Rapporteurs :
Sylvie Chevrier,
Professeure des Universités, CFR/IRG, IAE Paris Est, Université Gustave Eiffel
Benoît Grasser,
Professeur des Universités, CEREFIGE, IAE Nancy, Université de Lorraine

Examinateurs :
Rodica Ailincai,
Professeure des Universités, EASTCO, Université de la Polynésie française
Hervé Kohler,
Maître de conférences, GDI, Université de la Polynésie française
Marie-Ève Laporte,
Maîtresse de conférences, HDR, CPJ, RITM, Université Paris-Saclay

L'université n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

Le renouvellement de la vigilance collective. Une approche ethnographique du cas du Centre hospitalier de la Polynésie française.

Renewing collective mindfulness: An ethnographic study of French Polynesia Hospital Center.

Jury :

Rapporteurs :

Sylvie CHEVRIER, Professeure des Universités, CFR/IRG, IAE Paris Est, Université Gustave Eiffel

Benoît GRASSER, Professeur des Universités, CEREFIGE, IAE Nancy, Université de Lorraine

Examinateurs :

Rodica AILINCAI, Professeure des Universités, EASTCO, Université de la Polynésie française

Hervé KOHLER, Maître de conférences, GDI, Université de la Polynésie française

Marie-Ève LAPORTE, Maîtresse de conférences, HDR, CPJ, RITM, Université Paris-Saclay

Directeurs de recherche :

Damien MOUREY, Professeur des Universités, GDI, Université de la Polynésie française

Nathalie RAULET-CROSET, Professeure des Universités, IAE Paris Sorbonne, Université Paris I – Sorbonne

« I ni’a i te Va’a tau’ati
Ua fāno te nūna’a mā’ohi
I ni’a i te moana
Te miti, tō rātou ′āi’a
Te pū o te ora

Te mau feti’a ia te ′āvei’a
Te ′ite, tō rātou ia pūai »

Eto, *Tō’u Mau Tupuna*

Remerciements

Rien ne me prédestinait à m'engager dans une telle démarche de recherche. J'ai découvert l'univers académique sur le tard et ma génération d'infirmiers n'a pas été acculturée à cet univers qui élargit aujourd'hui le champ des possibles. Cette aventure entreprise il y a maintenant quatre ans, a été jalonnée d'épreuves professionnelles et personnelles. Ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans le soutien indéfectible de celles et ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à sa réalisation.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mes directeurs de thèse Damien Mourey et Nathalie Raulet-Croset, qui ont cru en ce projet dès le départ. Leurs conseils avisés et leurs orientations complémentaires m'ont été essentiels, chacun apportant un accompagnement précieux et singulier. À plusieurs reprises, ils ont su me déstabiliser pour faire émerger de nouvelles réflexions, tout en m'apportant un précieux soutien lorsque le doute s'installait. Leur confiance, associée à leur exigence, a joué un rôle déterminant dans l'aboutissement de ce travail.

Je remercie également les rapporteurs, qui ont accepté de prendre part à la soutenance de cette thèse. Leurs analyses critiques, leurs remarques constructives et leurs encouragements ont contribué à élargir la portée de cette recherche et à en renforcer la qualité.

Je tiens à remercier la Direction du Centre hospitalier de la Polynésie française qui, il y a quatre ans, m'a permis de mener des recherches au sein de ses services et auprès de ses équipes soignantes. Ce soutien institutionnel a constitué un appui décisif dans la concrétisation de ce projet.

Ma gratitude va également aux collègues cadres de santé, aux supérieurs hiérarchiques, ainsi qu'aux membres des équipes de soins qui ont contribué à faire de ce travail ce qu'il est devenu. Ce sont vos mots, vos idées, vos ressentis qui l'ont façonné. Merci pour vos conseils, vos propositions, votre participation active ou discrète. Une pensée particulière pour l'équipe de CHO/CHA, sans qui l'idée même de ce projet n'aurait jamais vu le jour. Cette équipe que j'ai eue la chance de manager, qui m'a vu grandir en tant que cadre de santé, c'est avec elle que j'ai appris mon métier et forgé ma pratique. Vous nommer un par un serait trop long, mais chacun de vous a laissé une empreinte indélébile. À vous, qui avez fait face aux épreuves avec un courage exemplaire, j'exprime ma plus sincère reconnaissance.

À mes amies Magali et Teuri, merci d'avoir ravivé mon espoir et ma motivation dans les moments de découragement. Vous avez cru en moi quand je doutais, su mesurer vos paroles, m'offrir le recul nécessaire et m'accompagner jusqu'au terme de cette aventure. Promis, après ça, j'arrête !

À toi, mon mari, mon compagnon de vie, merci pour ton soutien constant, ta patience infinie et ton encouragement au quotidien durant toutes ces années. Ton appui, silencieux et infaillible, dans ce non-verbal polynésien qui te caractérise si bien, m'a été indispensable.

Enfin, *māuruuru roa te fenua*, qui m'a offert des opportunités que je n'aurais jamais pu imaginer.

Résumé

Le Centre hospitalier de la Polynésie française se caractérise par une instabilité chronique de ses équipes de soins, marquée par un turnover structurel influencé par la réglementation statutaire du Pays et par l'insularité. Dans ce contexte, les équipes de soins sont fragilisées, ce qui impacte la qualité, la sécurité des soins et la continuité organisationnelle. Pourtant, elles parviennent à maintenir une forme de résilience. Ces collectifs de travail semblent faire preuve de vigilance collective, prolongeant une compétence collective comme ressource d'adaptation. Ce constat soulève trois interrogations centrales : la manière dont les équipes de soins s'ajustent, le rôle du cadre de santé et l'influence du contexte polynésien sur ces dynamiques.

Inscrite dans une posture constructiviste, cette thèse s'appuie sur une approche ethnographique centrée sur une étude de cas, menée au sein du principal établissement hospitalier du territoire. L'étude repose sur un corpus constitué d'observations participantes, de périodes de *shadowing* et d'entretiens semi-directifs. La démarche méthodologique suit une logique abductive visant à identifier les éléments influençant la vigilance collective, les ajustements collectifs et les logiques de régulation émergentes dans ce contexte.

Les résultats montrent que la vigilance collective s'inscrit dans l'ordinaire du travail, au croisement de trois types d'éléments (individuels, organisationnels et contextuels). Elle se manifeste selon des degrés d'intensité variables et dans des configurations que nous appelons constellations. Deux éléments transversaux se révèlent déterminants : la qualité des interactions entre professionnels et l'existence d'espaces informels, que nous proposons de conceptualiser comme des espaces de vigilance. Ces espaces jouent un rôle important dans la circulation des savoirs tacites, la transmission de la mémoire collective et le soutien des ajustements situés. Le rôle du cadre de santé apparaît comme un levier majeur pour renouveler cette vigilance collective, grâce à sa position intermédiaire, à ses connaissances contextuelles et à sa capacité à jouer un rôle de traducteur à la fois interculturel et organisationnel.

La thèse propose quatre contributions théoriques principales. Elle clarifie la notion de vigilance collective située, en montrant son ancrage dans un contexte instable et interculturel. Elle introduit le concept d'espaces de vigilance, croisant la dimension informelle et les modalités de transmission des informations. Elle met en évidence l'existence de constellations

prédominantes, c'est-à-dire de configurations spécifiques d'éléments influençant la forme de vigilance collective. Enfin, elle souligne le rôle stratégique du cadre de santé dans la structuration de ces dynamiques. Ces apports invitent à repenser les conditions de fiabilité organisationnelle en contexte, au croisement des configurations humaines, des régulations situées et de l'ancrage territorial.

Abstract

The French Polynesia Hospital Center is characterized by chronic instability in its healthcare teams, marked by structural turnover influenced by the country's statutory regulations and its insularity. In this context, healthcare teams are weakened, which impacts the quality and safety of care and organizational continuity. However, they manage to maintain a form of resilience. These work groups seem to demonstrate collective mindfulness, extending collective competence as a resource for adaptation. This observation raises three central questions: how healthcare teams adjust, the role of healthcare managers, and the influence of the Polynesian context on these dynamics.

Taking a constructivist stance, this thesis is based on an ethnographic approach centered on a case study conducted within the territory's main hospital. The study is based on a corpus consisting of participant observations, shadowing periods, and semi-structured interviews. The methodological approach follows an abductive logic aimed at identifying the elements influencing collective mindfulness, collective adjustments, and emerging regulatory logics in this context.

The results show that collective mindfulness is part of everyday work, at the intersection of three types of elements (individual, organizational, and contextual). It manifests itself in varying degrees of intensity and in configurations that we call constellations. Two cross-cutting elements prove to be decisive: the quality of interactions between professionals and the existence of informal spaces, which we propose to conceptualize as heedfullness space. These spaces play an important role in the circulation of tacit knowledge, the transmission of collective memory, and the support of situated adjustments. The role of the healthcare manager appears to be a major lever for renewing this collective mindfulness, thanks to their intermediate position, their contextual knowledge, and their ability to act as both an intercultural and organizational translator.

The thesis offers four main theoretical contributions. It clarifies the concept of situated collective mindfulness, showing how it is rooted in an unstable and intercultural context. It introduces the concept of heedfulness space, combining the informal dimension with the methods of information transmission. It highlights the existence of predominant constellations,

i.e., specific configurations of elements influencing the form of collective vigilance. Finally, it emphasizes the strategic role of the healthcare setting in structuring these dynamics. These contributions invite us to rethink the conditions of organizational reliability in context, at the intersection of human configurations, situated regulations, and territorial anchoring.

Table des matières

Remerciements 5

Résumé 7

Abstract 9

Glossaire 16

INTRODUCTION GÉNÉRALE 18

PARTIE 1 : LE CONTEXTE DU TERRAIN DE RECHERCHE 29

Introduction 30

Chapitre 1 Notre parcours 33

1.1 Une envie de tout quitter 33

1.1.1 La décision de quitter la métropole 33

1.1.2 L'installation à Tahiti 33

1.2 Notre expérience professionnelle infirmier 34

1.3 Devenir cadre de santé 37

1.4 Comprendre notre quotidien 38

Chapitre 2 Le système de santé de la Polynésie française 40

2.1 Le système de santé polynésien 40

2.1.1 Le ministère de la santé 42

2.1.2 La caisse de prévoyance sociale 48

2.1.3 L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) 49

2.1.4 Les structures publiques 50

2.1.5 Les structures privées 54

2.1.6 Le secteur libéral 56

2.1.7 Entre héritage institutionnel et modernisation : repenser la gouvernance du système de santé polynésien 57

2.2 Les problématiques de santé publique 58

2.3 Le besoin en main d'œuvre qualifiée 60

2.3.1 La fonction publique territoriale 60

2.3.2 L'offre de formation en santé 64

2.4 Le centre hospitalier de la Polynésie française 66

2.4.1 Une réglementation et une organisation obsolètes 68

2.4.2 Les défis de l'établissement pour demain 85

Chapitre 3 Turnover, instabilité des équipes et rôle du cadre de santé au CHPf 87

3.1 Comprendre les causes du turnover au CHPf 88

3.1.1 Une pénurie de main-d'œuvre qualifiée 88

3.1.2 Le cadre réglementaire et statutaire du recours aux ANT 88
3.1.3 Une réglementation peu adaptée au contexte local 91
3.1.4 Profils et mobilités des agents non titulaires 92
3.2 Faire équipe malgré l'instabilité : effets du turnover sur les dynamiques collectives 100
3.2.1 La surcharge invisible des agents pérennes 100
3.2.2 La difficulté à stabiliser les compétences 102
3.2.3 Les représentations croisées : pérennes et « sac-à-dos » 104
3.2.4 Le collectif au prisme de l'incertitude 109
3.3 Posture managériale et réflexivité dans un collectif en recomposition 112
3.3.1 Du statut de surveillante à la professionnalisation managériale 112
3.3.2 Cadre de santé au CHPf : entre reconnaissance institutionnelle et contraintes structurelle 115
3.3.3 Le travail invisible du cadre de santé : entre régulation, médiation et maintien du lien 117
3.4 Conclusion 120

Chapitre 4 Soigner en Polynésie française 123
4.1 L'influence des croyances ancestrales 125
4.1.1 Le sacré polynésien 125
4.1.2 La temporalité polynésienne 128
4.1.3 La parole entre oralité, symbolique et réticence à l'écrit 130
4.2 Vivre la maladie : entre représentations culturelles et ancrage spirituel 133
4.2.1 La conception de la maladie et de la mort en Polynésie française 134
4.2.2 Endurer, taire, nommer : la douleur comme expérience culturelle située 137
4.2.3 Les soins polynésiens et leurs praticiens 141
4.3 L'influence de la culture et des croyances dans les prises en soins des patients 143
4.4 Conclusion 150

Conclusion 152

PARTIE 2 : LA REVUE DE LITTÉRATURE 154

Introduction 155

Chapitre 5 La compétence collective comme socle d'analyse du travail en équipe 157
5.1 Genèse et définitions de la compétence collective, un savoir-agir partagé en contexte 157
5.2 Comprendre ce qui fait la compétence collective, une lecture par dimensions constitutives 160
5.2.1 Ce qui permet l'émergence : leviers individuels, managériaux et organisationnels 163
5.2.2 Ce qui fragilise : tensions, rigidités et désajustements 166
5.3 Agir ensemble de manière performante : vers une compétence collective située 170
5.4 Intégration, déstabilisation et renouvellement : l'enjeu stratégique du turnover 171
5.5 Conclusion 175

Chapitre 6 La vigilance collective comme réponse attentionnelle aux limites de la compétence collective 177
6.1 Dans la lignée de Karl E. Weick 178

6.1.1 La fiabilité organisationnelle 178
6.1.2 La conscience collective ou la vigilance collective 181
6.1.3 Les interrelations vigilantes 182
6.1.4 La résilience organisationnelle 185
6.2 Les facteurs d'émergence de la vigilance collective 188
6.3 L'arrivée d'un nouveau membre comme facteur de réactivation de la vigilance collective 193
6.4 Similitudes, tensions et dynamiques d'articulation entre compétence collective et vigilance collective 197
6.4.1 Des similitudes conceptuelles 197
6.4.2 Un processus de renouvellement face à l'imprévu, de la compétence à la vigilance collective 203

La question de recherche 205

PARTIE 3 : L'ÉTUDE EMPIRIQUE 208

Introduction 209

Chapitre 7 Posture épistémologique et méthodologie de la recherche 212
7.1 La posture épistémologique 213
7.2 Méthodologie de la recherche 216
7.2.1 Le choix de l'étude de cas et de l'approche ethnographique 217
7.2.2 Les méthodes de recueil des données 222
7.2.3 L'analyse des données 230
7.3 Évolution posturale, évolution professionnelle 237

Chapitre 8 La vigilance collective au Centre hospitalier de la Polynésie française 241
8.1 L'adaptation aux nouveaux arrivants dans des situations de vigilances ordinaires 242
8.1.1 Le cas de X 243
8.1.2 Le cas de I 248
8.2 Composer avec l'imprévu dans une vigilance collective ordinaire 254
8.2.1 Une erreur d'annonce de décès 255
8.2.2 La gestion des stupéfiants 263
8.3 Une vigilance collective réparatrice 271
8.3.1 Une erreur médicamenteuse au bloc opératoire 271
8.3.2 Le cas Reao 290
8.4 Travailler ensemble en temps de crise 298
8.5 Conclusion 306

Chapitre 9 Vers une compréhension située de la vigilance collective 308
9.1 Une approche par niveaux d'éléments 309
9.1.1 Le niveau des éléments individuels et interactionnels 309
9.1.2 Le niveau des éléments organisationnels 318
9.1.3 Le niveau des éléments contextuels, territoriaux, culturels et institutionnels 332

9.1.4 Les bases situées de la vigilance collective entre acteurs, organisations et contexte 339
9.2 Des éléments transversaux, leviers de la vigilance collective 340
9.2.1 Les formes de communication 341
9.2.2 La qualité des interactions, une matière vivante de la vigilance collective 343
9.2.3 Les espaces informels 345
9.3 Des constellations révélatrices de dynamiques de vigilance collective 348
9.3.1 Les trois constellations relatives aux types de vigilance collective 349
9.3.2 Le rôle du cadre de santé 354

Conclusion 357

PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS 359

Introduction 360

Chapitre 10 Discussion théorique 363
10.1 L'importance des interactions de qualité en contexte polynésien 364
10.2 Les espaces informels comme matrice de la vigilance collective 368
10.3 La vigilance collective située en contexte polynésien 371
10.3.1 La vigilance collective à bas bruit 372
10.3.2 La vigilance collective pragmatique 373
10.3.3 La vigilance collective adaptative 373
10.3.4 La vigilance collective fragmentée 374
10.3.5 La vigilance collective réparatrice 375
10.3.6 Des formes situées de la vigilance collective 376
10.4 Le cadre de santé, au cœur du management hybride en contexte polynésien 378
10.4.1 Le rôle du cadre de santé dans le renouvellement de la vigilance collective 378
10.4.2 Les représentations du chef en Polynésie française, entre tradition et modernité organisationnelle 380
10.4.3 Une autorité relationnelle et vigilante pour un management au quotidien 382
10.4.4 Une hybridation managériale nécessaire en contexte polynésien 383
10.5 Répondre à la question de recherche 385

Chapitre 11 Contributions managériales 387
11.1 Adopter une politique d'accueil et d'intégration adaptée au contexte 387
11.2 Composer des équipes de soins au service du renouvellement de la vigilance collective située . 390
11.3 Adopter une posture managériale hybride en contexte interculturel pour manager la vigilance collective située 392
11.4 Reconnaître la valeur de tous les registres de communication 395
11.5 Manager les espaces de vigilance 397
11.6 Conclusion 398

La fin du voyage 402

CONCLUSION GÉNÉRALE *405*

Bibliographie *409*

Table des images *420*

Table des tableaux *421*

Tables des figures *423*

Tables des photos *424*

ANNEXES *425*

Annexe I **426**

Annexe II **431**

Annexe III **437**

Annexe IV **438**

Annexe V **440**

Glossaire

ANFA : Agent Non-Fonctionnaire de l'Administration

ANT : Agent Non Titulaire

ARASS : Agence de Régulation des Actions Sanitaires et Sociales

AS : Aide-soignant ou Auxiliaire de Soin

ASH : Agent de Service Hospitalier

BOC : Bloc Opératoire Central

CAR : Cardiologie

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CDS : Cadre de Santé

CEAPF : Corps de l'État pour la Polynésie Française

CEP : Centre d'Expérimentation du Pacifique

CHO/CHA : Chirurgie orthopédique et traumatologique/Chirurgie septique

CHPf : Centre Hospitalier de la Polynésie Française

CHV : Chirurgie Viscérale

CME : Commission Médicale d'Établissement

CPS : Caisse de Prévoyance Sociale

CPC : Commission Paritaire Consultative

CTOM : Collectivité Territoriale d'Outre-mer

CTP-CHSCT : Commission Technique Paritaire – Comité d'Hygiène, de la Sécurité et des Condition de Travail

CTT : Centre Te Tiare

DCOS : Direction de la Coordination de l'Offre de Soins

DQR : Direction de la Qualité et de la Maîtrise des Risques

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSP ou DS : Direction de la Santé Publique

DTI : Direction des Talents et de l'Innovation

EPA : Établissement Public Administratif

EPS : Établissement Public de Santé

EVASAN : Évacuation Sanitaire

FPT : Fonction (fonctionnaire) Publique Territoriale

GTT : Guide du Temps de Travail

HAS : Haute Autorité de Santé

HEM : Hémodialyse

HTO : Hématologie

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IBO : Infirmier de Bloc Opératoire

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFPS : Institut de Formation des Professionnels de Santé

MDI : Médecine interne

MOOC : *Massive Open Online Course*

NPH : Néphrologie

OHF : Organisation Hautement Fiable

PED : Pédiatrie

PSG : Protection Sociale Généralisée

RAA : Rhumatisme Articulaire Aigüe

RGS : Régime Général des Salariés

RH : Ressources Humaines

RNS : Régime des Non Salariés

RST : Régime de Solidarité Territoriale

RTT : Récupération du Temps de Travail

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le Centre hospitalier de la Polynésie française se caractérise par une instabilité chronique de ses équipes de soins, marquée par un turnover structurel, un environnement insulaire et un contexte culturel polynésien. Dans ce contexte, les dispositifs classiques de coordination apparaissent insuffisants pour garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Dans un environnement marqué par l'instabilité des collectifs et les limites des dispositifs formels de coordination, la vigilance collective semble suppléer partiellement à la compétence collective comme ressource d'adaptation. Ce basculement soulève trois interrogations centrales portant sur les dynamiques d'ajustement des équipes, le rôle du cadre de santé et l'influence du contexte polynésien sur ces processus.

Inscrite dans une posture constructiviste, cette thèse mobilise une approche ethnographique centrée sur une étude de cas unique, conduite au sein du principal établissement hospitalier du territoire. L'enquête repose sur un corpus composé d'observations participantes, de sessions de *shadowing* et d'entretiens semi-directifs. La démarche méthodologique suit une logique abductive visant à identifier les formes d'organisation situées, les ajustements collectifs et les logiques de régulation émergentes dans ce milieu instable.

Les résultats montrent que la vigilance collective s'ancre dans l'ordinaire du travail, au croisement de trois types d'éléments (individuels, organisationnels et contextuels). Elle se manifeste selon des degrés d'intensité variables, selon des configurations que nous appelons constellations. Deux éléments transversaux apparaissent comme déterminants : la qualité des interactions entre professionnels et l'existence d'espaces informels, que nous proposons de conceptualiser comme des espaces de vigilance. Ces espaces jouent un rôle central dans la circulation des savoirs tacites, la transmission de la mémoire collective et le soutien des ajustements situés. Le rôle du cadre de santé s'affirme comme un levier majeur dans le maintien et le renouvellement de cette vigilance distribuée, par sa position intermédiaire, ses arbitrages contextuels et sa capacité à assumer un rôle de traducteur interculturel et organisationnel.

La thèse propose quatre contributions principales. Elle clarifie la notion de vigilance collective située, en montrant son ancrage dans des contextes instables et interculturels. Elle introduit le

concept d'espaces de vigilance, croisant informalité et transmission implicite. Elle met en évidence l'existence de constellations prédominantes, c'est-à-dire des configurations spécifiques de conditions favorables à la vigilance collective. Enfin, elle souligne le rôle stratégique du cadre de santé dans la structuration de ces dynamiques. Ces apports invitent à repenser les conditions de fiabilité organisationnelle en contexte, au croisement des configurations humaines, des régulations situées et de l'ancrage territorial.

Avant d'aller plus loin, il est essentiel que le lecteur saisisse combien ce travail de recherche est profondément ancré dans notre[1] parcours personnel et professionnel. Installé à Tahiti depuis quinze ans, arrivé initialement en tant qu'infirmier, notre parcours vers le métier de cadre de santé a été marqué par ces observations récurrentes. Ce travail de recherche s'inscrit dans un voyage à la fois intellectuel et expérientiel, celui d'un apprenti chercheur immergé sur son propre terrain d'étude. Cette aventure est aussi un attachement, une reconnaissance envers un territoire devenu une terre d'adoption. Mais comme le rappelle Saura (2021), nous restons perçus comme des *rātere*[2], des *popa'ā*[3], toujours en transition entre ancrage et mobilité. Si nous ne pouvons pas nous enraciner comme un cocotier, nous tentons néanmoins de rester posé, de contribuer à la science et à la gestion, mais surtout d'apporter une réflexion utile à la communauté managériale et soignante du bout du monde.

Nous avons toujours connu ce phénomène. Nous avons nous-mêmes été un « sac-à-dos » avant de nous pérenniser. Nous avons vu défiler ces soignants de passage, ces collègues éphémères dont les visages et les noms finissent par s'effacer de notre mémoire tant leur succession est rapide. Une fois devenu cadre de santé, c'est-à-dire responsable du management des équipes paramédicales, nous avons observé les mêmes dynamiques. Le turnover fragilise la cohésion d'équipe, complexifie la structuration du collectif de travail et génère une fatigue organisationnelle considérable. Il serait tentant de penser que l'intégration des nouveaux arrivants pourrait être régulée par une stricte procédure d'accompagnement, comme on l'entend souvent : *« Il suffit de mettre en place des protocoles, tout le monde applique et c'est bon ! »* Mais la réalité est bien plus nuancée. Au-delà de l'environnement géographique et statutaire, la

[1] Dans ce travail, nous employons le « nous de modestie » en lieu et place du « je », bien qu'il désigne une seule et même personne, l'auteur. Par conséquent, les verbes sont conjugués au pluriel, tandis que les adjectifs et les participes passés restent au singulier, conformément aux règles grammaticales associées à cet usage.
[2] Touriste, voyageur, visiteur en *reo ma'ohi*
[3] Blanc en *reo ma'ohi*

Polynésie française est avant tout un contexte culturel spécifique, où l'approche du soin et de la maladie repose sur des représentations qui ne peuvent être réduites à des procédures et à des protocoles standardisés. Face à ces interrogations, nous avons commencé à compiler des situations marquantes, à consigner dans un carnet de notes les phénomènes observés, à interroger nos propres ressentis. Rapidement, une question centrale a émergé : pourquoi malgré le contexte de turnover important et régulier dans les équipes de soins du CHPf, l'organisation ne s'effondre-t-elle pas et pourquoi n'y a-t-il pas d'incidents majeurs dans la prise en soins des patients ?

Pour illustrer ces questionnements managériaux, une situation observée durant la crise COVID-19 se révèle particulièrement significative. Dans un service de soins, un médecin venu en renfort, initialement en vacances sur le territoire, et un infirmier nouvellement arrivé préparent la sortie d'un patient nécessitant une oxygénothérapie à domicile. L'infirmier remet l'ordonnance, et le patient s'apprête à quitter le service. C'est alors qu'une aide-soignante tahitienne, témoin de la scène depuis le couloir, intervient et arrête le patient. Elle donne immédiatement l'alerte : cet homme n'a pas d'électricité chez lui, il vit dans une vallée reculée. Ne parlant pas français, il n'a pas compris les instructions du médecin et de l'infirmier, et n'a pas osé le dire. Sans cette interpellation, le patient aurait été renvoyé chez lui sans oxygénothérapie fonctionnelle, condamné à une issue fatale. Ici, toutes les procédures avaient été respectées. Pourtant, la méconnaissance des réalités socioéconomiques et culturelles du territoire aurait pu conduire à un incident majeur. Ces situations sont fréquentes au CHPf.

Ce constat nous a conduit à explorer un cadre théorique pertinent pour appréhender ces dynamiques. Dans un premier temps, nos investigations se sont orientées vers le concept de compétence collective, défini par Retour et Krohmer (2006, p. 152) comme *« un savoir-faire opérationnel propre à un groupe »*. Cette notion, précisée par Dupuich (2011, p. 111), repose sur une forme d'*« intelligence situationnelle, une capacité à acquérir dans et hors du champ de travail l'appréhension d'une situation ou d'un problème »*. Autrement dit, la compétence collective se manifeste dans la capacité d'un groupe à mobiliser des ressources, des savoirs et son adaptabilité pour faire face à des situations complexes ou inattendues. Cette approche met en évidence l'existence de mécanismes de régulation collective, nourris à la fois par des facteurs individuels et organisationnels. Dans cette perspective, notre champ d'exploration s'est élargi aux travaux de Weick sur la fiabilité organisationnelle, notamment à travers le cadre des

organisations hautement fiables (*High Reliability Organizations*). Ce cadre théorique, largement utilisé pour analyser les dynamiques organisationnelles en contexte incertain, regroupe un ensemble de sous-concepts. Parmi ceux-ci, la vigilance collective a retenu notre attention. Le terme *heedfulness*, de Weick et ses collègues (1999), renvoie à une dynamique cognitive collective où l'attention partagée permet d'identifier les erreurs et les menaces afin d'ajuster l'action du groupe. Comme le précise Roux-Dufort (2003), cette vigilance s'appuie sur un panel de conduites que les membres sont en mesure d'envisager et de mobiliser en situation. Cette vigilance se construit à partir d'interrelations vigilantes, c'est-à-dire sur la capacité des membres d'un collectif à maintenir une attention collective aux signaux faibles, à partager des informations critiques et à réagir de manière appropriée. À l'instar de la compétence collective, elle ne peut se développer que dans un environnement favorable, où s'articulent des facteurs organisationnels et individuels. Les deux concepts présentent ainsi des similitudes majeures, en particulier leur dépendance vis-à-vis du contexte organisationnel et des dynamiques d'interactions dans les collectifs de travail. À ce titre, la vigilance collective peut être appréhendée comme une expression spécifique de l'intelligence collective, qui se traduit par la mise en réseau des compétences, des expériences et des perceptions individuelles pour faire face aux imprévus. Notre revue de littérature s'appuie donc sur une articulation entre ces deux concepts, en interrogeant leur interaction dans un contexte managérial singulier, celui du CHPf. Si la vigilance collective est généralement analysée à travers des facteurs universels, peu d'études explorent son adaptation à des environnements marqués par des spécificités culturelles et territoriales fortes. C'est dans cette perspective que nous abordons la question du renouvellement organisationnel et managérial en Polynésie française.

Réfléchir sur le renouvellement de la vigilance collective au CHPf suppose de prendre en compte les dynamiques culturelles qui influencent les interactions professionnelles et les pratiques du soin. Travailler et vivre en Polynésie française, c'est évoluer dans un contexte où le rapport au temps, à l'espace et aux relations sociales diffèrent des normes occidentales. Comme l'exprime Rigo (1997, p. 59), le polynésien « *tourne le dos au futur »,* son regard restant ancré dans un passé vivant et porteur de sens, inscrit dans les mémoires et les lieux. Cette perception du temps influence la manière dont les décisions sont prises et dont les soins sont prodigués. De même, la culture de l'oralité joue un rôle fondamental dans la transmission des savoirs et la structuration des dynamiques professionnelles. Comme l'affirme Racine (1997, p. 66) en Polynésie, *« nommer revient à créer* ». La parole ne se limite pas à un simple vecteur

de communication : elle confère une légitimité à l'action. Le silence, tout comme la communication non-verbale, constitue également un langage en soi, porteur de messages qui peuvent échapper aux soignants non acculturés. Dans cette perspective, l'acte de soigner ne se limite pas à une expertise technique ; il s'inscrit dans un cadre plus large, où la maladie est souvent perçue comme une manifestation du sacré, nécessitant une approche spécifique et parfois une médiation culturelle. Aujourd'hui, il reste nécessaire de connaître et de prendre en considération la population polynésienne pour bien la prendre en soins, surtout lorsque les patients viennent des îles éloignées ou du milieu rural. C'est un délicat équilibre pour faire adhérer le patient à une prise en soins occidentale, qu'il ne comprend pas et qui est éloignée de ses croyances. Ainsi, la méconnaissance du contexte culturel induit une tension supplémentaire dans les collectifs de soins, parce que le turnover ne permet pas aux agents de passage de s'acculturer et de mesurer le poids de ces savoirs tacites.

Ce contexte contraignant, considéré au regard des tensions, des observations de terrain et de l'exploration littéraire, nous offrent des premiers éléments de réponse et un fil rouge pour poursuivre notre voyage réflexif autour de notre problématique de recherche qui s'articule autour de trois questions :

1. **Comment les équipes de soins s'adaptent-elles au contexte par le biais d'un renouvellement de la vigilance collective ?**
2. **En quoi le management des cadres de santé du CHPf participe-t-il au renouvellement de la vigilance collective ? Comment le manager/cadre de santé soutient-il le renouvellement de la vigilance collective ?**
3. **Comment les spécificités du contexte polynésien impactent-elles le renouvellement de la vigilance collective ?**

L'enjeu est donc de comprendre comment se renouvelle en permanence une dynamique collective, garante de la sécurité et de la fluidité des soins, dans un environnement marqué par des ruptures récurrentes liées au turnover. Plus encore, il s'agit de saisir le rôle central du cadre de santé dans ce processus, ainsi que l'impact du contexte culturel sur la structuration des interactions et des pratiques organisationnelles. À travers cette étude, nous cherchons à mettre en lumière les éléments qui permettent aux équipes de soins de fonctionner malgré les contraintes contextuelles et les reconfigurations permanentes. La contribution proposée ne se

limite pas à une visée académique : elle se veut pragmatique, puisqu'elle vise avant tout à fournir des outils aux managers hospitaliers pour mieux accompagner ces transitions, donner du sens, et valoriser leurs actions au service de la prise en soins des patients, tout en tenant compte des réalités locales.

En tant qu'apprenti-chercheur immergé sur notre terrain de recherche, nous adoptons une posture singulière qui articule expérience managériale et observation scientifique. Nous ne sommes pas un simple observateur extérieur ; au contraire, nous agissons comme acteur de l'organisation étudiée, occupant des fonctions managériales qui nous placent au cœur des dynamiques analysées. Bien que complexe, cette double posture constitue un levier heuristique précieux pour comprendre les phénomènes sociaux à l'œuvre et formuler des recommandations managériales pertinentes pour nos pairs. C'est dans ce sens que nous avons choisi d'adopter une posture épistémologique constructiviste à dominante interprétativiste. Inscrite dans la phénoménologie, cette approche met l'accent sur l'expérience vécue des acteurs et sur la manière dont ils donnent du sens à leur environnement. Elle nous permet ainsi d'analyser les significations subjectives qui structurent les pratiques managériales et organisationnelles, tout en intégrant les spécificités culturelles propres au contexte polynésien.

En cohérence avec cette posture épistémologique, la méthodologie retenue est celle de l'étude de cas. Ce choix s'impose pour plusieurs raisons. Le contexte hospitalier polynésien demeure largement absent de la littérature scientifique, créant ainsi un vide que nous cherchons à combler. Ensuite, les théories managériales généralistes et les approches culturalistes ne permettent pas d'appréhender entièrement notre problématique, tant les spécificités du terrain rendent nécessaire une approche inductive. Enfin, cette méthodologie nous autorise à élaborer une théorisation généralisable à partir de l'analyse approfondie d'une situation organisationnelle singulière, dans une démarche à la fois exploratoire et compréhensive. Le cas étudié s'appuie sur une approche ethnographique, reposant sur une immersion prolongée dans l'environnement observé. Elle impose au chercheur une double exigence : s'intégrer pleinement au terrain pour en saisir les subtilités, tout en maintenant une distance critique. Il s'agit ainsi d'éviter le double écueil d'une assimilation totale à l'environnement ou, à l'inverse, d'une distanciation excessive qui nuirait à la compréhension des dynamiques observées. Selon Van Maanen (2006, 2011), le travail ethnographique s'articule autour de trois activités principales et entrelacées :

- Le travail de terrain *(« fieldwork »),* qui consiste en une observation participante, combinant des interactions avec les acteurs et la collecte de données empiriques.
- Le travail de théorisation *(« headwork »)*, qui mobilise les concepts et cadres analytiques pour interpréter les phénomènes observés.
- Le travail d'écriture *(« textwork »),* qui consiste à restituer, avec rigueur et fidélité, la complexité organisationnelle et culturelle du contexte étudié.

Une immersion prolongée dans un milieu social implique nécessairement une influence réciproque entre le chercheur et le terrain. L'expérience vécue enrichit la compréhension des phénomènes observés, et, en retour, les interactions transforment la posture du chercheur, l'amenant à questionner ses propres perceptions et à ajuster son analyse. Cette méthode entre expérience empirique et réflexion théorique constitue l'essence même de la démarche ethnographique. Notre posture ethnographique nous a conduit à recenser cent soixante-huit (168) situations emblématiques, mettant en lumière l'opérationnalité de la vigilance collective dans le contexte hospitalier polynésien. À l'issue d'une première analyse approfondie, quinze (15) situations ont été sélectionnées pour une exploration plus détaillée, avant que sept (7) situations emblématiques ne soient finalement retenues pour structurer le cas. Ce processus itératif de sélection et d'exploration a permis de dégager les éléments les plus significatifs et de construire un cas représentatif des dynamiques organisationnelles observées.

Au-delà de l'apport empirique, ce travail a été une véritable transformation de notre posture, à la fois en tant qu'apprenti-chercheur et jeune manager. L'évolution de nos notes en témoigne : d'abord marquées par une forme de naïveté et par une logique hypothético-déductive héritée de nos expériences antérieures, elles ont progressivement pris la forme d'une écriture plus réflexive, analytique et ancrée dans une démarche inductive. Ce glissement n'a pas été linéaire. Les raisonnements circulaires, le retour instinctif aux cadres familiers et difficulté à rompre avec des schémas causaux préétablis ont constitué des résistances constantes. C'est grâce aux échanges avec nos pairs, aux discussions avec des professionnels extérieurs à la recherche et à l'intérêt exprimé par les acteurs de terrain que nous avons pu dépasser ces blocages et ouvrir de nouvelles perspectives. Ce cheminement a été profondément déstabilisant, autant sur le plan méthodologique qu'intellectuel. La remise en question permanente de notre posture, les allers-retours entre immersion et distanciation, et la déconstruction de représentations établies ont mis à l'épreuve notre légitimité. Trouver sa place comme chercheur, tout en restant impliqué professionnellement suppose une oscillation constante entre engagement et recul critique. Dans

ce contexte, l'accompagnement de nos directeurs de thèse a été décisif : leurs questionnements, leurs remises en cause et leurs exigences méthodologiques nous ont amené à renforcer notre démarche réflexive. Finalement, c'est dans la réécriture, la déstabilisation assumée et le doute méthodologique que nous avons intégré l'exigence scientifique de la démarche. Nous avons compris que la rigueur d'une recherche ne se réduit pas à la seule maîtrise des concepts et d'outils, mais réside dans la capacité à se laisser interroger par le terrain, à en restituer fidèlement la complexité et à produire un savoir enraciné dans la réalité observée. De la quête initiale de validation académique, nous avons glissé vers une certitude : cette recherche est légitime, elle s'inscrit dans une démarche scientifique et elle contribue à la construction des connaissances en management et en organisation des soins. Elle apporte un éclairage sur les dynamiques collectives en milieu hospitalier polynésien et, plus largement, sur la manière dont les collectifs se réinventent dans des environnements marqués par l'instabilité, l'obsolescence et l'altérité culturelle.

Le cas est le fruit de quatre années d'observation. Quant à la démarche ethnographique qui l'accompagne, elle nous a amené à analyser plusieurs résultats déterminants pour la compréhension du phénomène observé. Sur la base de la littérature existante, nous avons mis en lumière des éléments qui influencent le renouvellement de la vigilance collective. S'agissant de cette dynamique, nous avons tenté de la catégoriser non pas pour la figer, mais pour en rendre la lecture possible, compte tenu de son caractère mouvant, interdépendant et situé. Cette « pseudo-catégorisation » comporte trois niveaux :

- Un niveau d'éléments individuels et interactionnels en lien avec la présence de comportements porteurs d'attention, les formes et les modalités des interactions entre les agents et les connaissances individuelles.
- Un niveau d'éléments organisationnels comprenant l'état des collectifs de soins, le niveau de coordination, le rôle des espaces et celui du cadre de santé.
- Enfin, un niveau d'éléments contextuels qui influencent le renouvellement de la vigilance collective, reprenant les contraintes structurelles territoriales, les effets de structure du CHPf et les tensions culturelles.

De cette première analyse, découle la mise en avant de trois éléments transversaux présents tout au long du cas, qui influencent le renouvellement de la vigilance collective. Il s'agit des formes de communication en lien avec le contexte culturel polynésien ce qui se traduit par une préférence pour l'oralité et le non-verbal. La qualité des interactions en lien avec les modes de

communication, qui permet aux agents de faire preuve d'attention. Enfin, le rôle indispensable des espaces informels où se joue le renouvellement soutenu par les interactions. Grâce à cela, nous avons pu déduire des configurations-types que nous appelons constellations en lien avec des typologies de vigilance collective identifiées sur le terrain, constituées de quatre éléments majeurs qui conduisent à trois constellations : de stabilité relationnelle, d'adaptation collective et de fragilité critique. Enfin, nous mettons en lumière le cadre de santé dont les interventions et le rôle sont corrélés à la situation, à la typologie de la vigilance. Il agit autant sur les éléments individuels et interactionnels que sur les éléments organisationnels. Son rôle est transversal à la fois en dehors de la vigilance collective et *in situ*.

Dans la continuité de notre travail de recherche, nous avons soumis nos résultats à la discussion avec notre état de l'art, en élargissant aussi les thématiques pour donner du sens à des résultats, compléter et préciser notre réponse à la problématique de recherche. Ainsi, quatre apports majeurs contribuent à l'enrichissement du champ théorique existant. Nous mettons en avant la nécessité de la qualité des interactions, influencée par les codes relationnels polynésiens comme levier pour le renouvellement de la vigilance collective. Dans une perspective similaire, les espaces informels soutiennent ce renouvellement, compte tenu de leurs caractéristiques, de leurs usages ; nous faisons le choix de leur donner une dénomination particulière en lien avec le terrain ; les espaces de vigilance. Grâce à ces éléments ancrés dans l'environnement organisationnel et contextuel polynésien, nous avançons l'idée que la vigilance collective n'est pas seulement cognitive, mais située. Elle prolonge la compétence collective, en regard des éléments mobilisés intimement liés aux dynamiques qui fondent le référentiel commun, la mémoire collective et le langage partagé. La vigilance collective peut ainsi être à bas bruit, pragmatique, adaptative, fragmentée et réparatrice. Enfin, nous mettons en avant le rôle déterminant du cadre de santé. Manager à la croisée des logiques, il adopte une posture hybride afin de se positionner en traducteur, médiateur entre les logiques institutionnelles héritées des modèles métropolitains et les logiques culturelles du soin et relationnelles polynésiennes, en tentant de maintenir des collectifs de soins aux profils professionnels, ethniques, statutaires, générationnels hétéroclites.

Nous l'avons écrit au début de cette introduction, notre but est de fournir des recommandations managériales pour aider nos pairs confrontés à une problématique similaire. Bien que notre

sujet puisse être débattu et approfondi sur une temporalité plus étendue, nous avons fait le choix d'en produire cinq en lien avec les contributions théoriques. Elles se déclinent en sous-propositions sur le court, moyen et long terme, tel un plan d'action pour répondre à un diagnostic managérial. Nous proposons d'adapter la politique d'intégration et d'accueil des nouveaux arrivants en la contextualisant. Nous proposons au manager de porter une attention rigoureuse à la composition des équipes de soins dont il a la responsabilité pour donner des sécurités qui permettent le renouvellement de la vigilance collective. Dans cette dynamique, nous encourageons l'adoption d'une posture managériale hybride pour tenter de concilier les logiques managériales standardisées et le contexte polynésien. Enfin, nous proposons de reconnaître la valeur de tous les modes de communication nécessaires et liés au contexte, tout en manageant les espaces de vigilance ; pour ainsi reconnaître le renouvellement de la vigilance collective comme un véritable levier de la fiabilité organisationnelle dans cet environnement polynésien.

À l'image des explorateurs, guidés par les étoiles et venus du Sud-Est asiatique qui ont colonisé le Pacifique pour devenir le peuple polynésien, et comme les voyageurs européens à la conquête du monde et à la recherche de nouvelles richesses, nous avons mené cette thèse comme un voyage exploratoire. Nous invitons ainsi le lecteur/voyageur à embarquer sur notre *va'a*[4] pour explorer le grand *Moana Patitifa*[5] à la recherche de réponses à notre problématique. Pour ce faire, le lecteur/voyageur a besoin d'une carte pour se repérer dans l'immensité de la tâche. D'abord, il convient au lecteur de comprendre d'où nous partons ; la première partie contextualise le terrain de la recherche. La deuxième partie commence le voyage en mer avec l'exploration littéraire afin de trouver le bon cap, soit la question de recherche. La troisième partie est l'étude empirique, soit le voyage au milieu du terrain, l'observation, la compréhension, les changements de cap, etc. Enfin, la quatrième partie : l'arrivée sur une nouvelle île, la théorisation, la réponse à nos questions ; la fin de ce voyage, mais les bases pour de nouveaux.

À vous lecteur/voyageur, *a fano ra ! Ia maitai to oe tere !*[6]

[4] Pirogue en *reo ma'ohi*
[5] Océan Pacifique en *reo ma'ohi*
[6] Bon voyage en *reo ma'ohi*

PARTIE 1 : LE CONTEXTE DU TERRAIN DE RECHERCHE

Chapitre 1
Notre parcours

Chapitre 2
Le système de santé de la Polynésie française

Chapitre 3
Turnover, instabilité des équipes et rôle du cadre de santé au CHPf

Chapitre 4
Soigner en Polynésie française

PARTIE 2 : LA REVUE DE LITTÉRATURE

Chapitre 5
La compétence collective comme socle d'analyse du travail en équipe

Chapitre 6
La vigilance collective comme réponse attentionnelle aux limites de la compétence collective

La question de recherche

PARTIE 3 : L'ÉTUDE EMPIRIQUE

Chapitre 7
Posture épistémologique et méthodologie de la recherche

Chapitre 8
La vigilance collective au Centre hospitalier de la Polynésie française

Chapitre 9
Vers une compréhension située de la vigilance collective

PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS

Chapitre 10
Discussion théorique

Chapitre 11
Contributions managériales

PARTIE 1 : LE CONTEXTE DU TERRAIN DE RECHERCHE

Introduction

Nous présentons ici les jalons du cadre contextuel de la santé en Polynésie française. Cette immersion contextuelle permettra au lecteur/voyageur d'acquérir une compréhension à la fois holistique et approfondie de l'environnement dans lequel cette recherche se déploie. Ainsi, il sera préparé à appréhender la problématique de recherche et à suivre les frontières de notre exploration académique.

Le début d'un long voyage en mer passe par une phase de préparation minutieuse. Aucun navigateur chevronné ne s'y engage sans avoir anticipé les aléas et les avaries possibles, posé ses repères et équilibré ses ressources. Ce principe, qui paraît évident, prend une dimension particulière lorsque l'on évoque la figure du navigateur polynésien guidant son *va'a*[7] à travers l'immensité du *Moana Patitifa*[8]. Pas de boussole, pas de GPS : seulement la mémoire du ciel, les étoiles, le souffle du vent et la lecture des courants. Ces voyages, porteurs de migrations, de récits et de mythes, ont façonné l'histoire d'un peuple pour qui naviguer signifiait exister. Cette métaphore, bien plus qu'une illustration poétique, constitue ici un fil conducteur, car toute recherche est un voyage. Comme tout voyage, elle implique un point de départ, une cartographie préalable et un cap (même si celui-ci est remis en cause par les vents contraires ou les îles imprévues). Dans ce manuscrit, nous proposons au lecteur d'endosser le rôle de voyageur et de monter à bord de la pirogue. Il est invité à nous accompagner dans un itinéraire réflexif où les certitudes se construisent à mesure que l'on avance, où la rigueur méthodologique se conjugue à la fragilité des expériences humaines et où le terrain, loin d'être une simple matière à observer, est un espace de rencontre, de doute et d'interprétation.

Cette première partie constitue donc la phase de préparation et pose les fondements sur lesquels le reste de notre travail s'édifiera. Le cheminement s'ouvre par un récit assumé de notre expérience personnelle. Nous revenons sur notre trajectoire, sur les étapes qui nous ont conduit à explorer les dynamiques collectives des équipes de soins en Polynésie française. Ce récit introductif correspond à un choix épistémologique : toute recherche située doit rendre visibles ses conditions de possibilité, ses angles morts et les tensions qui la traversent. Le deuxième chapitre propose une lecture du système de santé polynésien. Ses spécificités géographiques,

[7] Pirogue en *reo ma'ohi*
[8] Océan Pacifique en *reo ma'ohi*

statutaires et organisationnelles en révèlent les singularités : un territoire insulaire où l'offre de soins reste partiellement dépendante de la métropole et où les établissements de santé sont soumis à de fortes pressions. Les troisième et quatrième chapitres ramènent l'analyse au cœur du terrain du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPf). Le troisième examine le turnover des équipes de soins, envisagé comme un phénomène social révélateur d'un déséquilibre institutionnel et organisationnel plus profond. Ses effets se traduisent par une fragilité des collectifs de travail, une mise à mal de la continuité des soins et de l'organisation, et une remise en cause des pratiques managériales. Le quatrième prolonge cette réflexion en portant l'attention sur la relation de soin elle-même : composer un collectif n'est pas suffisant, il faut aussi comprendre à qui les soins sont destinés. Dans un territoire marqué par l'éloignement, l'éclatement géographique et une pluralité culturelle forte, la qualité et la sécurité des soins ne peuvent être pensées sans prendre en compte les représentations de la maladie et de la relation thérapeutique propres à la culture polynésienne.

PARTIE 1 : LE CONTEXTE DU TERRAIN DE RECHERCHE

Chapitre 1
Notre parcours

Chapitre 2
Le système de santé de la Polynésie française

Chapitre 3
Turnover, instabilité des équipes et rôle du cadre de santé au CHPf

Chapitre 4
Soigner en Polynésie française

PARTIE 2 : LA REVUE DE LITTÉRATURE

Chapitre 5
La compétence collective comme socle d'analyse du travail en équipe

Chapitre 6
La vigilance collective comme réponse attentionnelle aux limites de la compétence collective

La question de recherche

PARTIE 3 : L'ÉTUDE EMPIRIQUE

Chapitre 7
Posture épistémologique et méthodologie de la recherche

Chapitre 8
La vigilance collective au Centre hospitalier de la Polynésie française

Chapitre 9
Vers une compréhension située de la vigilance collective

PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS

Chapitre 10
Discussion théorique

Chapitre 11
Contributions managériales

Chapitre 1 Notre parcours

1.1 Une envie de tout quitter

1.1.1 La décision de quitter la métropole.

Originaire de France métropolitaine, nous y avons grandi et suivi notre formation d'infirmier diplômé d'État et obtenu le diplôme en 2007. Nos premières années d'exercice se déroulèrent en service de psychiatrie adulte dans un centre hospitalier de taille modeste. Rarement avions-nous l'opportunité de voyager, mais un appel intérieur se faisait de plus en plus pressant : celui de l'ailleurs, de l'inconnu. Ce désir d'évasion a abouti à une décision impulsive mais réfléchie : partir vivre en outre-mer. Deux destinations se démarquaient : la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française. Ces deux territoires nous attiraient, sans vraiment savoir pourquoi. Nous étions nourri par des reportages télévisés et des récits fantasmés d'espaces de paix où la vie est tranquille, de paysages magnifiques à découvrir et d'une vie éloignée des tumultes de la métropole. Pour concrétiser cette idée, des recherches s'imposèrent. Internet devint un précieux allié et les échanges sur les forums spécialisés nous confirmèrent l'existence d'un réel besoin en personnel soignant. Encouragé par ces retours, notre choix fut fait : ce serait la Polynésie française et plus précisément Tahiti. Ce choix, guidé à la fois par une envie de changement et les contraintes financières de l'époque, s'accordait avec notre aspiration de découverte et d'aventure. À cette époque, nous étions célibataire, titulaire de la fonction publique hospitalière depuis trois ans, et sans attache particulière dans notre région d'origine. Nous avons pris la décision de poser une disponibilité, car nous savions qu'il n'était pas possible de muter en Polynésie française. Qu'importe, la détermination était là : ce départ prévu pour une durée initiale de deux ans, marquerait un tournant. En quelques semaines, nous avons mis fin à notre bail locatif, vendu notre voiture, stocké nos effets personnels, réservé un billet d'avion aller/retour et quitté la métropole le 13 novembre 2010.

1.1.2 L'installation à Tahiti

Dès notre arrivée, un objectif s'imposa clairement : trouver un travail. Nous étions informé de l'ouverture imminente du nouveau Centre hospitalier de la Polynésie française et avons rapidement déposé notre candidature. En parallèle, nous nous attelions aux démarches nécessaires pour notre installation : ouverture d'un compte bancaire, recherche d'un logement

et acquisition d'un véhicule. Cinq jours après notre arrivée, nous avons été invité pour un entretien de recrutement au service de psychiatrie du Centre hospitalier de la Polynésie française. Lors de cet entretien, le cadre supérieur de santé nous expliqua que les profils d'infirmiers ayant une expérience en psychiatrie étaient rares sur le territoire, une réalité qui plaçait notre candidature comme une opportunité précieuse. L'encadrement nous proposa un contrat d'un an renouvelable. Dès le 5 décembre 2010, nous avons intégré ce service, marquant le début d'un parcours professionnel et personnel ancré dans la vie polynésienne.

1.2 Notre expérience professionnelle infirmier

À notre arrivée dans le service, l'accueil fut marqué par une bienveillance de la part d'une partie de l'équipe. Les collègues curieux posaient de nombreuses questions sur notre parcours, nos motivations et la temporalité à Tahiti. Pourtant, une autre partie de l'équipe adopta une attitude plus réservée, se contentant d'observer avec une certaine distance. Ces échanges, parfois chaleureux, furent aussi marqués par des réflexions déstabilisantes : *« encore un sac-à-dos ! », « ils nous envahissent ! », « encore un qui va nous expliquer qu'on travaille moins bien qu'en France ! ».* Ces propos nous plongèrent dans une perplexité nouvelle. Nous avons pris alors conscience que, bien que Tahiti soit un territoire de la République française, nous n'étions pas pour autant en France, dans le sens métropolitain du terme. Avec le temps, nous avons commencé à tisser des liens d'amitiés. Les rencontres entre « expats » étaient faciles. En revanche, les relations avec les résidents polynésiens se construisaient plus lentement. Elles demandaient un effort d'adaptation et une véritable volonté de comprendre les spécificités locales.

Vignette informative

La Polynésie française est un vaste territoire situé dans le Pacifique sud, s'étendant sur 5 500 000 de km2 (soit une superficie aussi vaste que l'Europe) et composé de 121 îles, dont 75 sont habitées. Située à 17 100 kilomètres de Paris, elle est accessible après un voyage d'environ 22h jusqu'à Tahiti.

En 2021, la population de la Polynésie française était estimée à 279 554 habitants, la majorité résidant sur l'île de Tahiti. Le territoire est constitué de cinq grands archipels, chacun possédant sa propre population, sa langue et son histoire : les îles de la Société, les Tuamotu, les Gambiers, les Australes et les îles Marquises.

La capitale, Pape'ete, située sur l'île de Tahiti, est le centre économique et administratif du territoire.



Image 1: Carte de la Polynésie française[9]

[9] https://www.facebook.com/groups/tahitietsesiles/posts/1115072635348331

Dans notre pratique quotidienne, nous découvrions peu à peu les spécificités de l'organisation du service et des prises en soins psychiatriques. Ces dernières, bien différentes de celles que nous avions connues dans notre précédent établissement, mêlaient les dimensions sanitaires et sociales. Rapidement, nous avons été confronté aux particularités du système polynésien et aux spécificités culturelles des patients, des familles et des collègues. Ces éléments nouveaux représentaient autant de défis que d'opportunités d'apprentissage. Cette découverte du système local nous mettait parfois en difficulté, surtout lorsque nous travaillions majoritairement entre collègues *« expat »*. Dans ces moments, nous nous reposions sur les résidents, en particulier sur les collègues tahitiens, qui nous guidaient volontiers dans la compréhension des représentations culturelles de la maladie mentale, des besoins des patients et des réalités organisationnelles. Leur transmission, généreuse et pédagogique, fut primordiale à notre intégration. Au fil des années, cette immersion s'est approfondie, surtout lorsque nous avons décidé de nous installer à long terme sur Tahiti et d'intégrer la fonction publique territoriale pour obtenir un contrat à durée indéterminée. Ce choix marqua un tournant dans notre parcours professionnel : il nous ancrait davantage dans le système polynésien et dans ses spécificités.

Tout au long de notre carrière d'infirmier, quels que soient les services dans lesquels nous avons travaillé, nous avons été témoin des flux constants de collègues venus de métropole pour des séjours plus ou moins longs. Ces vagues de passage, indispensables pour maintenir les effectifs, modifiaient les dynamiques d'équipe. Avec le temps, nous avons remarqué que nos liens se renforçaient avec les collègues pérennes, tandis que nos relations avec les collègues de passage étaient de moins en moins investies. Ce changement reflétait une réalité émotionnelle et professionnelle : l'ancrage dans une équipe demande du temps, une ressource que la dynamique du turnover ne permet pas toujours. Nous-même, au fil des années, avons adopté certaines représentations des pérennes, notamment une réticence à accueillir des nouveaux arrivants de passage, bien que tempérée par la conscience de leur nécessité pour maintenir les effectifs. Certains collègues de passage nous laissèrent des souvenirs positifs par leurs qualités humaines et professionnelles ; d'autres marquèrent négativement par leur attitude. Pour beaucoup, leur souvenir s'effaça avec le temps…

Avec le temps et l'expérience, nous avons acquis une connaissance approfondie du système polynésien et des éléments culturels qui le structurent. En tant que pérenne, nous avons observé, vécu et accompagné les évolutions du système, devenant transmetteur de ces savoirs aux nouveaux arrivants. En 2015, après plusieurs années marquées par des concours d'intégration

à la fonction publique territoriale, sporadiques, nous avons eu l'opportunité de devenir fonctionnaire ; nous ancrant à long terme en Polynésie française.

1.3 Devenir cadre de santé

Les missions que nous avons progressivement embrassées nous ont orienté, presque naturellement, vers des fonctions managériales en tant que cadre de santé. Lors de notre premier poste en tant que « faisant-fonction », très vite, nous avons été confronté à la même problématique : un turnover important et une difficulté à pérenniser les agents. Ce phénomène, nous l'observions déjà en tant qu'infirmier, mais son ampleur et ses impacts se révélèrent pleinement dans nos fonctions managériales. Les conséquences du turnover sont importantes sur le collectif de travail et sur la réalisation des objectifs institutionnels. On entendait dans les équipes des verbatims négatifs de la part des agents pérennes. Les agents « sac-à-dos » suscitent parfois une certaine méfiance parmi les pérennes, qui perçoivent leur engagement comme temporaire et opportuniste. L'idée qu'ils viennent davantage pour profiter du cadre de vie que pour s'impliquer durablement dans le service alimente des frustrations, certains estimant que l'équipe fonctionne sans eux et continuera de le faire après leur départ. Face à ces constats, une question nous interpellait : serait-ce un phénomène général sur l'ensemble de l'établissement ? En prenant de la hauteur, il était évident que ce turnover avait une double dimension, organisationnelle et relationnelle, qui impactait la dynamique collective et la performance des équipes de soin.

Ensuite, nous sommes parti en formation diplômante, obtenant le titre de cadre de santé et un master en gestion : management et administration. Cette année de formation fut une véritable opportunité pour initier une réflexion méthodologique sur nos pratiques. Nous avons découvert la démarche de recherche et nous avons choisi d'investiguer un sujet qui nous semblait crucial : le turnover des soignants « sac-à-dos » et le maintien du bien-être au travail au sein du collectif, dans le contexte du Centre hospitalier de la Polynésie française. Au terme de cette formation, lorsque nous avons réintégré notre service d'origine, l'équipe avait changé et la problématique restait entière. Fort des apprentissages théoriques et pratiques, nous avons élaboré un plan d'action destiné à favoriser le développement les comportements de citoyenneté organisationnelle. Si ce levier se révélait prometteur, il ne suffisait pas pour répondre à toutes nos interrogations. Les situations problématiques ressurgissaient régulièrement, nous frôlions

les incidents majeurs dans les prises en soin avec certaines configurations d'équipe tandis qu'elles étaient inexistantes sur d'autres. L'ambiance et l'investissement étaient différents selon les équipes : sur certaines, on se parlait, on échangeait, on riait ; sur d'autres : on se disputait, on s'ignorait, on ne s'intéressait pas. Surtout, on ne percevait ou n'identifiait pas les risques d'erreur dans les prises en soin des patients, au détriment de leur sécurité.

1.4 Comprendre notre quotidien

Notre pratique quotidienne nous a confronté à des comportements d'équipe qui suscitaient de nombreuses interrogations. En tant que manager, nous avons été marqué par la vigilance de certains membres de l'équipe, capables d'anticiper les dysfonctionnements, même les plus minimes et d'éviter, parfois *in extremis*, de véritables incidents. Cette capacité à « sauver les meubles » ou « éteindre les incendies » a soulevé des questions :

- Pourquoi certaines équipes parviennent-elle à éviter les erreurs alors que d'autres y échouent ?
- Pourquoi la présence majoritaire d'agents « sac-à-dos » semble-t-telle épuiser et irriter les agents pérennes ?
- Comment l'organisation fait-elle pour continuer à fonctionner ?
- Pourquoi malgré le turnover et le manque de process et de procédures, l'organisation ne s'effondre-t-elle pas ?

Ces questions inscrites dans notre quotidien managérial, nous ont amené à approfondir nos réflexions et à envisager une démarche de recherche plus aboutie. Intéressé par les mécanismes sous-jacents à ces phénomènes et à trouver des réponses à nos interrogations, nous avons décidé de poursuivre notre investigation dans le cadre d'un doctorat. Nous avons pris contact avec un professeur de l'Université de Polynésie française, qui a accepté de nous accompagner dans cette aventure. Ce fut le point de départ de notre parcours de thésard : ça y est ! nous sommes doctorant en sciences de gestion et du management !

Cette première étape s'achève avec l'identification d'une problématique générale et opérationnelle qui, sous cette première formulation guidera notre lecteur/voyageur dans les premiers temps de ce voyage : **Comment le cadre de santé prend-il en compte le phénomène récurrent du turnover pour manager les équipes de soins du Centre hospitalier de la Polynésie française ?**

Toutefois, avant de nous plonger dans cette question, il est essentiel pour le lecteur/voyageur de comprendre le contexte spécifique du système de santé en Polynésie française. Cette compréhension permettra de saisir l'importance et la singularité de l'entreprise d'un tel voyage.

Chapitre 2 Le système de santé de la Polynésie française

Notre parcours est marqué par une immersion professionnelle progressive et une implication managériale croissante. Il nous semble désormais indispensable de situer notre recherche dans le contexte plus large du système de santé polynésien. Comprendre les dynamiques institutionnelles, les spécificités réglementaires mais aussi les tensions invisibles qui traversent ce système est important pour appréhender les enjeux qui nous ont conduit à formuler notre problématique (une problématique qui, comme nous le verrons, s'ancre profondément dans les singularités de ce territoire).

Avant d'entrer dans le cœur de notre réflexion, nous proposons au lecteur une étape d'acculturation (ou plus exactement, un effort de compréhension contextualisée), afin de l'inviter à explorer les spécificités de la société polynésienne et les formes que prend en son sein l'organisation des soins. Bien que la Polynésie française soit administrativement rattachée à la République française, elle constitue un territoire à part entière, marqué par ses particularités historiques, culturelles et sociales. Appréhender la portée et la pertinence de notre recherche suppose alors un détour par ce contexte territorial, pour en saisir les particularités, sans les caricaturer.

Ce chapitre vise ainsi à éclairer le fonctionnement du système de santé en Polynésie française, non dans une logique de description exhaustive mais dans l'intention de plonger le lecteur au cœur des réalités vécues. Il s'agit de rendre visibles les dynamiques en jeu, les tensions sous-jacentes, les lignes de faille comme les ressources insoupçonnées. Nous écrivons ici depuis une position située (à la fois résident, professionnel de santé, manager et apprenti chercheur) et c'est dans cette diversité de postures que nous proposons cette mise en contexte, première boussole avant d'aborder les contours plus précis de notre terrain.

2.1 Le système de santé polynésien

Pour appréhender entièrement le fonctionnement du système de santé polynésien, le lecteur doit, en premier lieu, saisir le cadre législatif qui découle du statut de la Polynésie française. Ce statut, fruit d'une évolution historique marquée par des revendications d'autonomie croissante,

constitue le fondement des compétences exercées aujourd'hui par la Polynésie française dans des domaines comme la santé et la protection sociale.

Vignette informative

Le système de santé polynésien a été créé par les médecins de la marine en service colonial. C'est à cette période qu'est créée l'infirmerie militaire, qui devient en 1884 le premier hôpital de Pape'ete, appelé Vaiami. Aujourd'hui fermé, cet édifice demeure l'un des plus anciens de la capitale.

La loi organique du 27 février 2004 définit la Polynésie française comme une collectivité d'outre-mer bénéficiant d'un statut d'autonomie, inscrite à l'article 74 de la Constitution. Elle stipule que la Polynésie française constitue un *« Pays d'outre-mer au sein de la République »*[10] tout en précisant que *« l'État et la Polynésie française veillent au développement de ce pays d'outre-mer. Ils apportent leurs concours aux communes pour l'exercice des compétences que leur sont dévolues »*[11]. Cette répartition des responsabilités attribue :

- À l'État : les missions régaliennes (nationalité, libertés publiques, défense, immigration, sécurité intérieure, monnaie, etc.),
- Aux communes (police municipale, enseignement du 1er degré, gestion de l'eau potable, etc.),
- Au pays : il gère ce qui ne relève pas de la compétence de l'État, notamment, la santé, la protection sociale et il dispose de sa propre fonction publique territoriale.

L'autonomie conférée par la loi organique de 2004 s'inscrit dans une évolution statutaire amorcée bien avant. Deux étapes législatives majeures ont structuré cette évolution. La loi PONS promulguée en 1984 accorde à la Polynésie française le statut de collectivité territoriale d'outre-mer (CTOM). Ce statut introduit une plus grande autonomie dite « interne », élargissant les compétences locales à des domaines comme l'économie, l'enseignement et la protection sociale… La loi organique de 1996 confère une reconnaissance juridique à la Polynésie française en tant que collectivité dotée d'une « personnalité propre ». Cette loi élargit encore

[10] Loi organique du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, art 1
[11] Loi organique du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, art 2

ses compétences, notamment en matière de santé, de protection environnementale et de tourisme. Elle prévoit la création d'un Sénat local chargé d'élaborer les textes législatifs locaux.

Cette évolution statutaire a conduit à la structuration administrative du pays, par la création de la fonction publique territoriale (délibération n°95-215 du 14 décembre 1996). En sus, de nouveaux organismes naissent pour répondre aux besoins de gestion dans des domaines stratégiques, posant les bases du système de santé actuel.

Vignette informative

La Polynésie française dispose de quatre grandes institutions pour se gouverner :

- Le président, élu par les représentants de l'Assemblée de la Polynésie française pour un mandat de cinq ans, est chargé de l'exécution des lois de pays et des délibérations. Il dirige également l'administration.
- Le gouvernement, qui prépare les projets de loi du pays, les délibérations et les mesures d'application à soumettre à l'assemblée.
- L'Assemblée, composée de 57 représentants élus au suffrage universel direct pour cinq ans, vote le budget, contrôle les comptes et vote les lois, les délibérations, etc. Elle exerce aussi un rôle de contrôle sur les actions du président et du gouvernement.
- Le Conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC), organisme consultatif, émet des avis et des recommandations sur les projets de loi de pays avant leur adoption.

La Polynésie française est également représentée en métropole, par trois députés à l'Assemblée nationale et deux élus au Sénat. La délégation de la Polynésie française à Paris facilite les échanges entre les autorités nationales et le gouvernement polynésien, promeut l'image de la Polynésie et soutient la communauté polynésienne en métropole.

2.1.1 Le ministère de la santé

Grâce à son évolution statutaire, la Polynésie française a hérité de la gestion de son système de santé en tant que compétence territoriale. Cette responsabilité s'exerce à travers la création d'un

ministère de la santé, qui joue un rôle central en tant qu'organisme de tutelle dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé, de prévention et de protection sociale du pays. Le ministère de la santé, dirigé par un ministre nommé par le président de la Polynésie française, s'inscrit dans la structure gouvernementale locale. Le ministre de la Santé définit les grandes orientations en matière de santé publique et présente à l'assemblée territoriale des textes législatifs sous forme de lois de pays ou de délibérations. Ces textes sont débattus, soumis au vote des représentants, puis, une fois adoptées, sont rendues exécutoires. L'autonomie statutaire confère ainsi à la Polynésie française une gouvernance en santé propre, distincte de celle de la métropole. Elle se traduit par des différences notables dans l'organisation, les choix stratégiques et la gestion des politiques de santé. Ces divergences s'expliquent à la fois par les contraintes géographiques et culturelles spécifiques au pays, et par son histoire qui a façonné son statut actuel.

À titre d'illustration, le tableau 1 présente une synthèse des principales différences d'évolution entre le système polynésien et celui de la métropole. Il convient de rappeler que les réformes hospitalières et les directives nationales de santé publique élaborées en métropole ne s'appliquent pas automatiquement en Polynésie française, en raison de son autonomie législative et réglementaire. Cette distinction structurelle invite à une analyse spécifique du système polynésien, qui ne peut être pleinement appréhendé à travers le prisme des réformes nationales métropolitaines.



Image 2: ministère de la Santé de Polynésie française[12]

[12] https://www.presidence.pf/la-polynesie-francaise-en-phase-2-de-lepidemie-de-covid-19

	France métropolitaine	Polynésie française
Statut des hôpitaux publics	• Établissement Public de Santé (EPS). • Article L. 6141-1 du Code de la santé publique.	• Établissement Public Administratif (EPA). • Délibération n°83-181 du 4 novembre 1983 relative à la création d'un établissement public dénommé Centre hospitalier territorial de la Polynésie française.
Fonction publique	Fonction publique hospitalière.	Fonction publique territoriale polynésienne
Financement	T2A : Tarification à l'acte.	Dotation annuelle.
Gouvernances de la santé	• Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. • Loi KOUCHNER n°2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier. • Plan Hôpital 2007. • Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. • Loi Hôpital Patients Santé Territoires 2009 = loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. • Plan Hôpital 2012. • Loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 = création GHT.	• Arrêté n°999 CM du 12 septembre 1988 relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux règles financières, budgétaires et comptable du Centre hospitalier territorial de la Polynésie française. • Délibération n°92-96 AT du 1er juin 1992 portant réforme du système hospitalier. • Délibération n°92-97 AT du 1er juin 1992 définissant les missions du service territorial de la santé publique dénommé « Direction de la Santé ». • Délibération n°2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021. • Arrêté n°1822 CM du 12 octobre 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS). • Loi du Pays n°2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française. • Arrêté n°1771 CM du 26 août 2021 portant organisation de la Direction de la Santé.

	France métropolitaine	Polynésie française
Organismes de contrôle	• Haute Autorité de santé. • Processus de certification et d'accréditation des établissements sanitaires.	• Cour Territorial des Comptes.
Temps de travail	• 35h/semaine. • Annualisation du temps de travail.	• 39h/semaine. • Temps de travail hebdomadaire.

Tableau 1: Comparatif entre le système métropolitain et polynésien (Auteur)

La comparaison entre le système hospitalier de la métropole et celui de la Polynésie française met en évidence des écarts notables, révélateurs d'une autonomie de gestion propre au territoire. En métropole, les hôpitaux publics ont le statut d'Établissement Public de Santé (EPS). En Polynésie française, ils relèvent des Établissements Publics Administratifs (EPA). Cette distinction traduit une indépendance réglementaire qui s'étend aussi à la fonction publique. En effet, tandis que les personnels hospitaliers métropolitains appartiennent à la fonction publique hospitalière nationale, les soignants polynésiens sont rattachés à la fonction publique territoriale. Cette spécificité donne une marge de manœuvre locale plus large, mais confère en retour une responsabilité accrue dans la gestion des ressources humaines.

Le financement des hôpitaux illustre une autre divergence majeure. En métropole, la Tarification à l'Acte (T2A) lie directement les ressources des hôpitaux à leur volume d'activité, introduisant une logique de performance et de rentabilité. À l'inverse en Polynésie française, le budget repose sur une dotation annuelle globale. Cette formule assure une stabilité financière, mais limite les incitations à optimiser les parcours de soins.

La gouvernance sanitaire suit aussi des trajectoires distinctes. Les grandes réformes hospitalières métropolitaines (loi Kouchner de 2002, plans Hôpital de 2007 et 2012, loi de modernisation de 2016 instaurant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)) ont profondément redessiné le paysage hospitalier. En Polynésie française, la structuration est assurée par des arrêtés et des délibérations locales, comme la réforme du système hospitalier de 1992 ou la loi de pays de 2020 qui redéfinit l'organisation sanitaire. Cette autonomie réglementaire permet d'adapter les choix aux réalités du territoire, mais oblige le pays à porter seul la responsabilité de ses orientations. Enfin, le contrôle diffère lui aussi. En métropole, la Haute Autorité de Santé (HAS) encadre la certification et l'accréditation des établissements de santé. En Polynésie française, ce dispositif ne s'applique pas. Seul la Cour Territoriale des Comptes assure le suivi, sur un prisme plus budgétaire que qualitatif.

Dans son ensemble, ce comparatif montre l'émancipation progressive du système de santé polynésien vis-à-vis du modèle métropolitain. Ce cadre local offre stabilité et souplesse, mais suppose une gouvernance renforcée, une gestion autonome des ressources humaines et une capacité propre à anticiper les besoins sanitaires. Cet équilibre, adapté aux réalités locales, représente en même temps un défi face aux contraintes financières et aux évolutions rapides de la demande de soins.

2.1.2 La caisse de prévoyance sociale

Dans le prolongement de son autonomie statutaire, la Polynésie française s'est dotée de son propre régime de protection sociale, appelé la Protection Sociale Généralisée (PSG). Ce régime garantit une couverture sociale étendue aux résidents en prenant en charge divers aspects de la vie quotidienne, tels que la santé, la maternité, la famille, le logement, la retraite.
L'organisme chargé de la gestion de ce régime est la caisse de prévoyance sociale (CPS), créée le 28 septembre 1956 par l'arrêté n°1336 IT, portant sur l'organisation et le fonctionnement de la compensation des prestations familiales du territoire des Établissements français de l'Océanie. Aujourd'hui, la CPS est définie comme une *« personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public et dotée de l'autonomie financière. »*[13]. Elle relève de la tutelle du gouvernement de Polynésie française et son champ de compétence couvre l'ensemble du pays.

La CPS exerce plusieurs missions importantes dans le cadre de la mise en œuvre de la protection sociale généralisée :

- La gestion des prestations sociales : la CPS administre les politiques de prestations sociales, incluant la santé, les allocations familiales et les retraites.
- La coordination avec d'autres régimes : elle coopère avec des régimes externes comme la sécurité sociale.
- La collecte des cotisations des régimes contributifs : régime général des salariés (RGS), régime des non-salariés (RNS).
- La gestion des évacuations sanitaires (EVASAN) : un activité importante compte-tenu de l'insularité du territoire polynésien.

La PSG repose sur plusieurs régimes, adaptés aux catégories socioprofessionnelles :

- Le régime général des salariés (RGS) : financé par les cotisations patronales et salariales.
- Le régime des non-salariés (RNS) : destiné aux professions libérales et aux travailleurs indépendants, financé par les cotisations et par une participation du pays.
- Le régime de solidarité territoriale (RST) : couvrant les populations les plus démunies, financé par des taxes et par la contribution de solidarité territoriale (CST).

[13] https://www.cps.pf/pages/presentation

- Le régime de protection sociale en milieu rural (RPSMR) : adapté aux travailleurs des zones rurales.
- Les accords de coordination avec les autres régimes de la République : permettant la prise en charge des résidents polynésiens dans le cadre des politiques nationales de sécurité sociale.

La CPS est administrée par un conseil d'administration chargé de délibérer sur des enjeux stratégiques tels que le budget annuel, la réglementation, et la gestion de son patrimoine immobilier et financier. Ce conseil est composé de 15 membres, désignés pour un mandat de cinq ans. Il réunit des représentants des salariés, du patronat et du gouvernement, garant d'une approche participative et équilibrée dans les prises de décision.

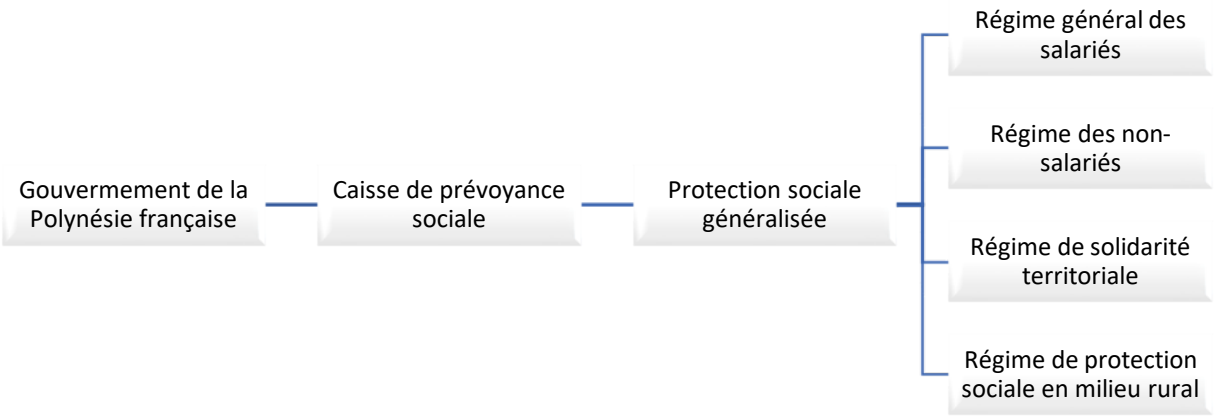


Figure 1: Synthèse de la Caisse de Prévoyance Sociale (Auteur)

2.1.3 L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS)

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale est un organisme placé sous la tutelle du ministère de la santé polynésien, créé récemment par l'arrêté n°1822 CM du 12 octobre 2017. Sa création marque une avancée majeure dans l'organisation du système de santé polynésien. Elle vise à structurer et à optimiser les politiques publiques dans les domaines de la santé, de la famille, de la solidarité, de l'action médico-sociale et de la protection sociale.

L'ARASS occupe une place centrale dans la définition des politiques publiques de santé et de leur financement. Sa mission principale consiste à tracer les grandes orientations du système de santé, en fédérant l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs. Pour cela, elle élabore le Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS), document stratégique d'une durée de cinq ans. Ce schéma fixe les priorités et sert de cadre de référence aux établissements publics comme privés, qui y trouvent les lignes directrices pour décliner leurs actions. Il favorise ainsi la cohérence, la complémentarité et la coordination des offres de soins sur l'ensemble du territoire.

Avant sa création, la Polynésie française ne disposait d'aucun schéma directeur en matière de santé. Cette carence se traduisait par une organisation morcelée, marquée par une faible articulation entre le secteur public et le secteur privé. Tandis que ce dernier concentrait son activité sur les spécialités les plus rentables, le secteur public devait assumer les prises en soins isolées, lourdes et peu rentables, accentuant les déséquilibres. La création de l'ARASS avait pour objectif de répondre à ces dysfonctionnements en instaurant une régulation plus globale, destinée à mieux coordonner les acteurs et à réduire les inefficiences passées.

L'ARASS se présente donc comme un outil de gouvernance moderne, essentiel pour un territoire marqué par des défis sanitaires et sociaux spécifiques. Elle permet d'aligner les efforts des acteurs publics et privés tout en garantissant une gestion rationnelle des ressources disponibles. Cependant, la réussite de ses missions repose sur l'adhésion des acteurs en santé et sur leur capacité à travailler ensemble sur des actions concrètes et efficaces.

2.1.4 Les structures publiques

Les structures sanitaires publiques polynésiennes sont regroupées sous deux entités principales : la Direction de la Santé Publique (DSP ou DS) et le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPf). Pour préserver la cohérence et la profondeur de ce travail, nous dédierons un sous-chapitre spécifique au CHPf, puisque celui-ci constitue notre terrain de recherche.

La Direction de la Santé Publique (DSP) est instaurée par la délibération n°92-97 AT du 1er juin 1992, laquelle définit ses missions en tant que service territorial de la santé publique. Son organisation a ensuite été consolidée par l'arrêté n°1771 CM du 26 août 2021, pour répondre aux besoins évolutifs du système de santé polynésien. La DSP joue un rôle essentiel dans la

structuration et la mise en œuvre des politiques de santé publique. Ses principales missions sont la promotion de la santé, l'assurance d'une offre de soins de proximité, la formation professionnelle et la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé publique. Pour assurer une offre de soins de proximité, la DSP administre plusieurs types de structures sanitaires :

- Les postes de soins isolés. Ils sont implantés dans les îles les plus isolées et difficilement accessibles. Un adjoint de soins y est présent en permanence (24h/24 et 7jours/7). Il est souvent natif de l'île ou de l'archipel.
- Les dispensaires. Ils sont dotés d'un ou plusieurs infirmiers. Ils reçoivent la visite régulière d'un médecin. La gestion quotidienne et la résolution des problématiques sont assurées par les IDE, qui assument un rôle élargi en l'absence de médecins résidents.
- Les centres médicaux. Ces structures disposent d'une équipe médicale et paramédicale en permanence, permettant une prise en soins plus complète.
- Les hôpitaux périphériques. Quatre établissements sont situés à Taravao (presqu'île de Tahiti), Moorea, Uturoa (Raiatea) et Nuku-Hiva (archipel des Marquises). Ces hôpitaux permettent des hospitalisations ponctuelles, mais leurs capacités sont limitées en termes de plateau technique (réanimation, bloc opératoire, imagerie…).

Vignette informative

Les auxiliaires de soins (ou adjoints de soins) territoriaux avaient pour mission d'exercer en poste isolé dans les dispensaires des îles pour répondre aux besoins en soins des populations les plus reculées. La formation, d'une durée de deux ans, permettait d'acquérir les compétences nécessaires à cet exercice.

Aujourd'hui, cette formation n'existe plus. Les politiques locales ont fait le choix de professionnaliser et d'améliorer la performance des dispensaires en privilégiant le recrutement d'IDE sur ces postes. Ainsi, les derniers auxiliaires de soins partent progressivement à la retraite. Ceux encore en exercice sont affectés sur des postes isolés ou au département de psychiatrie du CHPf.

Les hôpitaux périphériques, par leur taille moderne et leurs infrastructures limitées, n'accueillent que certaines spécialités et peuvent hospitaliser une vingtaine de patients en moyenne. En cas de prise en soins complexe ou nécessitant une technicité avancée, les patients

des iles sont orientés par EVASAN vers le CHPf. Une fois leur état stabilisé ou la prise en soins allégée, les patients peuvent être renvoyés vers les hôpitaux périphériques pour la continuité des soins au plus près de leur famille. Outre les structures de soins de proximité, la DSP gère plusieurs centres spécialisés pour répondre à des besoins spécifiques de santé publique : le centre d'assistance médico-sociale précoce, le centre de lutte contre le Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA), le centre des maladies infectieuses et tropicales (en réponse aux pathologies spécifiques aux climats tropicaux), le centre de prévention et de soins des addictions, le centre de protection maternelle et infantile et le centre de santé dentaire et le centre de santé scolaire.



Image 3: Direction de la Santé[14]



Image 4: Le Centre hospitalier de la Polynésie française[15]

[14] https://www.tahiti-infos.com/La-Direction-de-la-sante-saturee_a195913.html
[15] https://www.tahiti-infos.com/Le-CHPF-passe-dans-le-vert-grace-aux-millions-du-Pays_a231204.html



Image 5: Localisation des hôpitaux de la Direction de la Santé sur le territoire polynésien[16]

[16] https://www.voyage-lunedemiel.com/voyage-noces/asie-et-polynesie/91/1/polynesie.html

Vignette informative

Les évacuations sanitaires, dites « EVASAN », sont un dispositif de transfert médical permettant d'orienter les patients vers des structures adaptées à la prise en soins de pathologies aiguës ou chroniques. En Polynésie française, il existe deux types d'EVASAN :

- Les EVASAN internationales : destinées aux patients dont la pathologie ne peut être traitée sur le territoire. Elles sont réalisées vers des hôpitaux métropolitains ou néo-zélandais ; via des vols commerciaux internationaux.
- Les EVASAN internes.

La géographie de la Polynésie française étant particulièrement éclatée, ce système est indispensable pour l'accès aux soins de la population.

Les EVASAN internes s'appliquent à plusieurs situations. Tout d'abord, elles concernent les habitants des îles éloignées qui doivent consulter un spécialiste ou subir une intervention chirurgicale programmée. Dans ce cas, ils sont adressés par les dispensaires et voyagent via des vols domestiques commerciaux. Elles interviennent également en cas d'urgence médicale. Lorsqu'elle est jugée non-vitale, le patient est transporté par un vol domestique commercial. En revanche, si l'urgence est vitale, le centre 15 du pays coordonne une évacuation spécifique, mobilisant un avion spécial, un hélicoptère ou un bateau de la marine, en fonction de la situation et des contraintes géographiques. Enfin, les EVASAN concernent aussi le retour des patients vers leur île d'origine après leur prise en soins. Une fois leur état stabilisé et leur hospitalisation terminée, ils sont rapatriés par avion ou par bateau, sur les lignes régulières. Selon l'appréciation de la CPS, un accompagnant familial ou médical peut être autorisé à voyager avec eux. Les EVASAN sont entièrement financés par la protection sociale généralisée de la CPS selon des critères préétablis.

2.1.5 Les structures privées

L'offre de soins en Polynésie s'appuie sur une complémentarité entre le secteur public et le secteur privé. Ce dernier, bien que concentré principalement sur l'île de Tahiti, permet une diversification des services et renforce les capacités du système de santé.

Les cliniques Paofai et Cardella représentent les deux établissements privés historiques de Tahiti. Ces structures se spécialisent principalement dans l'activité chirurgicale (interventions programmées comme activité majoritaire), la maternité et les consultations spécialisées. Ces cliniques répondent majoritairement à une demande en hospitalisation programmée, les urgences et les soins non programmés sont alors orientés vers les structures publiques. Un projet de fusion de ces deux cliniques en un grand pôle de santé privé est en discussion depuis plusieurs années. Bien que ce projet soit inscrit dans le schéma d'organisation sanitaire depuis 2016, sa mise en œuvre reste à ce jour inachevée, illustrant les défis de coordination et de financement auxquels fait face le secteur privé.

Le centre privé Te Tiare (CTT) constitue une offre unique sur le territoire polynésien en matière de rééducation fonctionnelle. Il est dédié à la prise en soins post-hospitalisation des patients nécessitant une rééducation à la suite de maladie neurologique ou une rééducation post interventionnelle orthopédique et traumatologique. Cependant, la capacité limitée d'accueil du CTT génère une saturation rapide, ce qui entrave les flux patients du CHPf, particulièrement pour les hospitalisations longues. Ce déficit en rééducation souligne un besoin impératif de renforcement des infrastructures dédiées à ce type de prise en soins. En complément, l'offre de rééducation intègre un centre d'accueil de jour appelé Ora Ora, situé dans l'agglomération de Pape'ete. Ce centre propose une prise en soins adaptée sur le modèle d'un hôpital de jour, avec des spécialités telles que : la rééducation pulmonaire et cardiaque, la rééducation orthopédique et la rééducation alimentaire, particulièrement dans le cadre de la lutte contre l'obésité (problématique de santé publique majeure en Polynésie française).

Au cours des dix dernières années, des structures de prises en soins à domicile se sont multipliées en réponse aux besoins croissants de la population et à la volonté de développer des alternatives à l'hospitalisation. Ces structures, qui pour la plupart sont des associations ou des entités privées à but non lucratif, proposent de la location de matériel spécialisé (oxygénothérapie, dialyse péritonéale et nursing), des services de soins à domicile. Ces services sont principalement concentrés sur Tahiti, mettant en exergue une disparité et une inégalité persistante dans l'accès aux soins. Depuis quelques années, l'offre de soins privée connaît une dynamique de développement et de diversification. Cette évolution reflète la nécessité de répondre aux lacunes identifiées dans l'offre publique, que ce soit en termes de capacités, de spécialisation ou de rapidité d'accès aux soins. Le secteur privé joue un rôle complémentaire, voire supplétif pour pallier les insuffisances structurelles du secteur public. Le développement

du secteur de santé privé en Polynésie française montre l'adaptation du système de santé face aux besoins en augmentation de population. Toutefois, ce développement soulève des interrogations stratégiques sur la complémentarité entre secteurs public et privé, les inégalités d'accès aux soins, et la soutenabilité financière et organisationnelle des projets en cours. Une analyse approfondie des relations entre les deux secteurs serait une opportunité pour mieux comprendre les dynamiques en jeu et optimiser les ressources pour répondre aux défis sanitaires de la Polynésie française.

2.1.6 Le secteur libéral

Outre les secteurs privés et publics, le secteur libéral constitue un pilier de l'offre de soins en Polynésie française. Ce secteur est principalement développé dans l'archipel de la Société (Tahiti et ses îles) au point qu'un numérus clausus soit instauré pour certaines professions pour limiter les installations. L'installation se fait par le rachat d'une convention. Le secteur libéral regroupe divers professionnels de santé comme les médecins généralistes et spécialisés, les sage-femmes, les masseurs kinésithérapeutes, les psychologues et les infirmiers. Ces professionnels se constituent en syndicats représentatifs, jouant un rôle d'interlocuteurs privilégiés auprès de la CPS, organisme de tutelle en matière de protection sociale et de remboursement des actes.

Parmi les professions du secteur libéral, la situation des infirmiers libéraux illustre les tensions structurelles qui marquent ce secteur. À Tahiti, leur installation est soumise à un numerus clausus : pour s'exercer, le candidat doit racheter une convention à un pair déjà installé. Contrairement à la métropole, où des associations ou des collaborations sont fréquentes, le modèle polynésien repose sur le remplacement : le « conventionné » peut recourir à un « remplaçant » pour assurer la continuité des soins durant ses absences. La CPS fixe un quota annuel d'actes rémunérés pour chaque infirmier libéral. Au-delà de ce seuil, les actes supplémentaires ne sont plus rémunérés. Cette situation survient de manière récurrente, obligeant les infirmiers libéraux à refuser de nouveaux patients. Cette situation entraîne une désorganisation des parcours de soins et accentue la pression sur les structures publiques (CHPf, hôpitaux et dispensaires). Pour répondre à cette difficulté, la CPS a lancé en 2023 des appels à candidature afin d'ouvrir de nouvelles conventions, dans le but d'augmenter le nombre d'infirmiers libéraux et de limiter les ruptures thérapeutiques.

Le secteur libéral constitue un pilier de l'offre de soins polynésienne. Néanmoins, il appelle une réforme structurelle portant sur la régulation des conventions, les modalités de financement et la coordination avec les autres acteurs, afin d'assurer une prise en soins cohérente et accessible à l'échelle du territoire.

2.1.7 Entre héritage institutionnel et modernisation : repenser la gouvernance du système de santé polynésien

Le système de santé polynésien s'inscrit dans une dynamique d'adaptation continue, portée par les spécificités historiques, géographiques et institutionnelles du territoire. La Protection Sociale Généralisée (PSG), instaurée en 1995, représente l'un des fondements de ce modèle. Elle vise à garantir une couverture santé universelle à l'ensemble de la population. Elle traduit la volonté d'implanter localement des principes de solidarité et d'équité. Ce dispositif, s'inscrit dans un paysage institutionnel qui montre aujourd'hui certaines limites en matière de gouvernance et de pilotage stratégique.

L'un des grands chantiers engagés par le gouvernement polynésien élu en 2023 concerne la gouvernance hospitalière. Le statut du Centre hospitalier de la Polynésien française, fixé par un arrêté de 1984, apparaît désormais inadapté aux réalités actuelles du secteur. Cette obsolescence statutaire institutionnelle réduit la capacité des structures publiques de santé à répondre aux enjeux contemporains : complexification des besoins en santé, innovations technologiques et contraintes budgétaires.

Dans cette perspective de modernisation, la création d'un Groupement Hospitalier Territorial (GHT) figure parmi les réformes envisagées. Inspiré du modèle métropolitain, ce dispositif créerait un statut d'établissement public de santé et favoriserait une coopération renforcée entre établissements grâce à la mutualisation des moyens et des compétences. L'objectif est de dépasser l'éclatement du système actuel, tout en tenant compte de la dispersion géographique des îles, qui constitue un défi majeur pour l'accessibilité et la continuité des soins.

Le schéma ci-dessous propose une synthèse de l'organisation actuelle du système de santé en Polynésie française. Placé sous l'autorité du Président de la Polynésie française, le ministre de la Santé, de la prévention et de la prévoyance sociale pilote l'ensemble en coordonnant l'Agence de Régulation des Actions Sanitaires et Sociales (ARASS) et la Caisse de Prévoyance

Sociale (gestion des prestations sociales et du financement). Ces structurent collaborent avec des acteurs clés tels que la Direction de la Santé Publique (DSP), le Centre hospitalier de la Polynésie française, ainsi que les secteurs privé et libéral. L'ensemble forme une architecture institutionnelle qui nécessite aujourd'hui des ajustements structurels pour répondre aux exigences d'un système de santé moderne et durable.

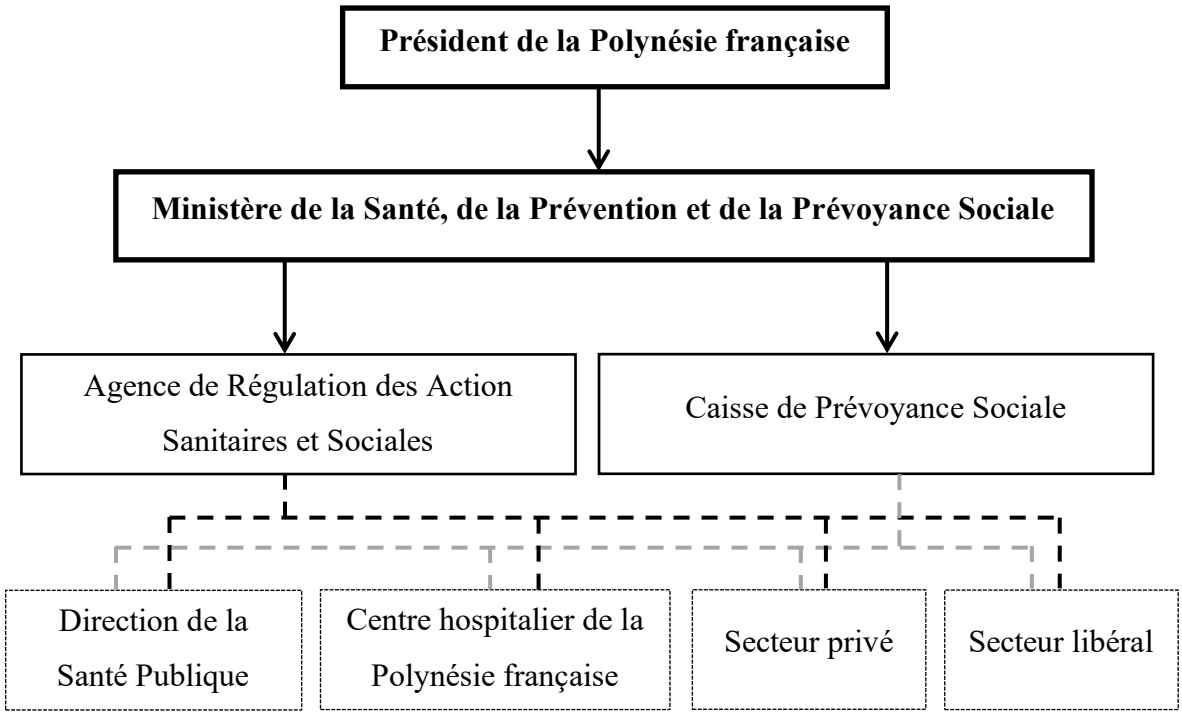


Figure 2: Organigramme du système de santé polynésien (Auteur)

2.2 Les problématiques de santé publique

La Polynésie française est confrontée à des défis sanitaires de grande envergure, inscrits dans un contexte socio-culturel et géographique spécifique. Parmi ces enjeux, l'obésité et le surpoids constituent des priorités critiques. Les statistiques de la Direction de la Santé Publique montrent que 70% de la population adulte de Polynésie française est en surpoids, dont 40% en situation d'obésité. Ces éléments alarmants trouvent un écho chez les enfants : 36% des enfants âgés de 7 à 9 ans sont en surpoids et 16%[17] sont obèses. Face à cette problématique, la Polynésie française a placé la lutte contre l'obésité et la prévention des maladies non-transmissibles au cœur de sa stratégique de santé publique. Cette approche s'articule autour de plusieurs axes :

[17] https://www.service-public.pf/dsp/surpoids-obesite/

- La prévention de l'obésité, du diabète et des maladies cardiovasculaires,
- La promotion d'un mode de vie sain, misant sur des actions autour de l'alimentation équilibrée à partir de produits locaux et sur l'importance de l'activité physique.

Ces efforts visent à réduire les dépenses induites par les maladies non-transmissibles exercées sur la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS). D'autres enjeux majeurs viennent compléter ce tableau :

- La protection maternelle et infantile, l'accès aux soins prénataux et la promotion de l'allaitement, la vaccination et la prise en charge des maladies infantiles.
- La prévention des maladies infectieuses : leptospirose, dengue, lèpre, tuberculose, RAA. Ces maladies, souvent exacerbées par les conditions climatiques et environnementales locales, sont sous constante surveillance.
- La prévention des maladies mentales liées à la consommation de substances : alcool, *pakalolo*[18], ice.
- L'accès équitable aux soins de qualité, en particulier pour les populations des îles éloignées.

L'insularité et l'éclatement géographique posent des défis pour l'accès aux soins. Alors que l'île de Tahiti concentre l'essentiel des structures et des ressources sanitaires, les populations des îles éloignées souffrent d'un accès limité aux soins. Le déploiement de professionnels qualifiés dans les îles éloignées impose une exigence d'adaptabilité élevée. Loin du plateau technique (bloc opératoire, réanimation/soins intensifs, radiologie, laboratoire) de Tahiti, ces agents doivent assurer des prises en soins globales, en contexte d'isolement, avec des moyens limités et sans renfort immédiat. Le recrutement et surtout le maintien de ces professionnels constituent un défi majeur. Les agents affectés dans les îles éloignées font preuve d'une extrême polyvalence. Ils sont capables de répondre à une diversité de situations cliniques, parfois urgentes, dans l'attente d'un éventuel renfort en provenance de Tahiti. Ils doivent également gérer les dimensions logistiques, relationnelles, voire sociales. Le profil de ces soignants dépasse largement les compétences techniques. Il suppose une stabilité émotionnelle, une capacité à l'autonomie, une aptitude à s'intégrer dans la vie de l'île et une tolérance à l'éloignement et à la solitude. Les efforts pour assurer une équité d'accès et une continuité aux soins est une priorité. La Polynésie française doit relever ces défis en réfléchissant à une approche adaptée à ses spécificités culturelles, géographiques et économiques.

[18] Cannabis polynésien en *reo ma'ohi*

2.3 Le besoin en main d'œuvre qualifiée

Le bon fonctionnement des structures de soins repose sur une main d'œuvre qualifiée et compétente. Les établissements, appartenant à l'administration polynésienne, s'inscrivent dans le cadre du service public polynésien, dont l'organisation et la gestion reflètent les spécificités historiques et statutaires du pays. L'évolution statutaire de la Polynésie française a conduit à la création d'une fonction publique territoriale, caractérisée par une multitude de statuts d'emploi. Cette diversité résulte des évolutions institutionnelles du territoire et des besoins liés à l'insularité environnementale. Ces particularités influencent le système de santé public, particulièrement sur les modalités de recrutement, de fidélisation et de gestion des ressources humaines.

2.3.1 La fonction publique territoriale

La fonction publique territoriale polynésienne s'inscrit dans une logique d'autonomie institutionnelle. Sa création était une condition *sine qua non* pour que la collectivité accède à cette évolution statutaire ; reconnue aujourd'hui par la loi organique du 12 avril 1996. Cette ambition s'est concrétisée par la délibération n°95-215 AT du 14 décembre 1995, laquelle a posé les bases de son fonctionnement. Toutefois, au fil des années, de nombreux ajustements réglementaires sont venus la consolider, reflétant la complexité d'une adaptation aux besoins locaux. Aujourd'hui, la fonction publique territoriale regroupe 58 cadres d'emploi différents, assortis de règles d'intégration (concours, inscription sur liste d'aptitude, etc.) et de valorisation de l'expérience spécifique. Cette pluralité témoigne d'un effort pour structurer les missions publiques mais génèrent des disparités dans l'application des droits et des devoirs. La fonction publique territoriale emploie environ 8000 agents répartis sur l'ensemble de la collectivité. Le cadre réglementaire articulé autour de trois tomes (dispositions générales, statuts particuliers qui regroupent les cadres d'emplois des agents des filières techniques et administratives, métiers de la filière santé et ses métiers), vise à encadrer les modalités d'exercice de la fonction publique.

Le statut de la fonction publique territoriale, largement calqué sur les modèles métropolitains, est perçu comme inadapté aux spécificités locales. Ses vides juridiques et sa rigidité organisationnelle entravent la gestion des carrières et limitent la capacité des établissements et

des services du pays à fidéliser durablement les professionnels de santé. Conscient de ces enjeux, le gouvernement polynésien a entrepris depuis 2020 une réforme visant à moderniser et simplifier la fonction publique territoriale. Cette initiative s'inscrit dans une logique de réactivité face aux transformations sociales. La gestion de la fonction publique relève de la Direction Générales des Ressources Humaines (DGRH), placée sous le contrôle de la Direction pour la Modernisation et des Réformes pour l'Administration (DMRA)[19]. Chaque service, chaque direction du pays dispose de la présence de référents en ressources humaines de proximité, dans ses locaux. Bien que le ministère de la fonction publique joue un rôle institutionnel ; les fonctionnaires sont placés sous l'autorité du président du pays.

Vignette informative

En tant qu'Établissement Publique Administratif, le CHPf dispose d'une autonomie dans la gestion de sa masse salariale (financière, recrutement, gestion des carrières), il dispose de sa propre direction des ressources humaines. Mais il reste sous la tutelle de la DGRH pour l'application du cadre réglementaire).

Un des aspects historiques de la fonction publique territoriale réside dans la coexistence de plusieurs statuts d'emploi. Chaque statut d'emploi dispose d'un cadre législatif qui lui est propre, non harmonisé avec les autres ; octroyant des droits et des devoirs différents et créant des disparités (salariales : pour le même emploi, la rémunération est différente) entre les agents. Tous ces agents collaborent et cohabitent dans les administrations. Avant la création du statut de fonctionnaire territorial, les agents relevaient du statut des agents non-fonctionnaires de l'administration (ANFA), défini par une convention collective de droit privé. Lors de l'instauration du nouveau dispositif, ces agents ont eu la possibilité de choisir entre l'intégration ou le maintien sous leur ancien statut. Cette décision a conduit à une fragmentation des statuts, qui perdure aujourd'hui. On distingue quatre statuts d'emploi dans l'administration polynésienne :

- Les agents titulaires fonctionnaires territoriaux (FPT), soumis à la réglementation publique polynésienne.

[19] Au moment de l'écriture de ses lignes, les deux institutions étaient indépendantes. En 2025, celles-ci ont fusionné pour devenir la Direction des Talents et de l'Innovation (DTI).

- Les agents non-titulaires (ANT), sous contrat à durée déterminée, assujettis aux mêmes dispositions.
- Les agents non-fonctionnaires de l'administration (ANFA) relevant du code du travail de droit privé. Ce statut, qui est considéré comme le plus avantageux, tend à disparaître avec le départ à la retraite de ses titulaires.
- Les agents du corps de l'état pour la Polynésie française (CEAPF), fonctionnaires d'État mis à disposition des administrations polynésiennes, mais rémunérés par l'État.

Vignette informative

Le Corps de l'État pour l'Administration de la Polynésie Française (CEAPF) est un corps de fonctionnaire, créé par la loi n°66-496 du 11 juillet 1966. Ces agents sont mis à disposition de l'administration polynésienne tout en étant rémunérés par l'État. Parmi les différents métiers qu'il regroupe, on trouve les « infirmiers de l'état ». Ces infirmiers exercent leur fonction de la même manière que leurs homologues relevant de la fonction publique polynésienne. Toutefois, bien qu'ils dépendent de l'État, ils ne sont soumis à aucune obligation de mobilité. La principale distinction réside dans leur régime de rémunération ainsi que dans leurs droits et devoirs. Par exemple, leur salaire est indexé et ils bénéficient de congés administratifs, un avantage dont ne disposent pas les infirmiers de la fonction publique polynésienne. Le recrutement des CEAPF s'effectue par voie de concours, sur demande du président de la Polynésie française au du Haut-Commissariat ; à la sollicitation du CHPf et de la direction de la santé.
Actuellement, le CHPf compte 21 agents relevant du statut des CEAPF dans son effectif.

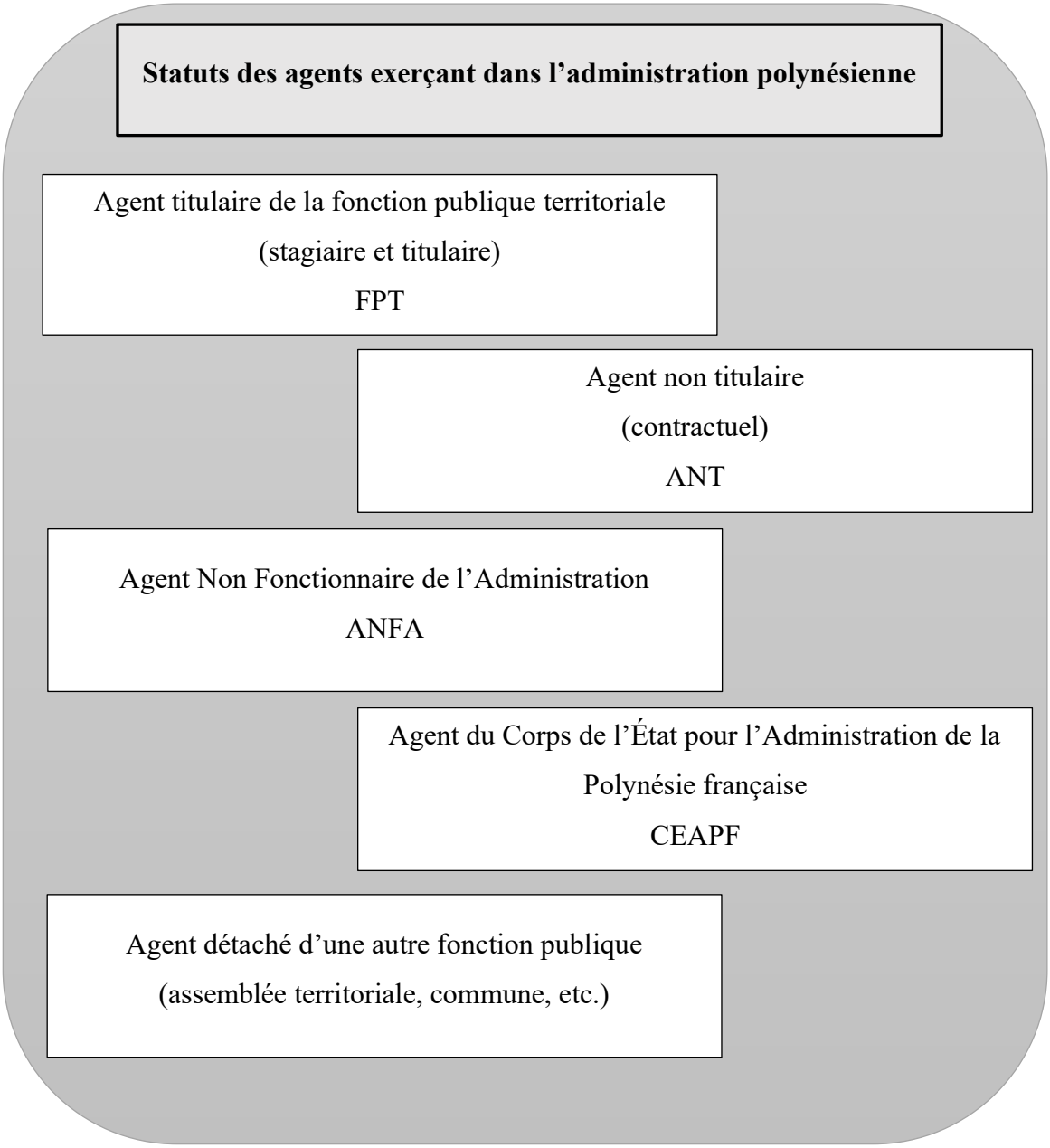


Figure 3: Statuts des agents présents dans l'administration polynésienne (Auteur)

Au Centre hospitalier de la Polynésie française, la composition des équipes de soins repose sur une hétérogénéité statutaire complexe, composée principalement des quatre statuts précédemment cités. Cette diversité engendre des tensions plus ou moins visibles. Aucun groupe ne domine réellement, mais des jalousies et frustrations émergent. Les FPT expriment une certaine amertume aux avantages attribués aux ANFA et aux CEAPF, tandis qu'un consensus implicite semble reléguer les ANT à une position moins valorisée, ces derniers étant perçus comme des agents de passage. Ces différences se traduisent concrètement par des écarts de rémunération, de congés, de temps de travail et de perspectives de carrière. Ce qui pourrait

paraître secondaire devient source d'insatisfaction et d'incompréhension, alimentant un sentiment d'injustice organisationnelle qui fragilise la cohésion et complique la mission des encadrants : comment maintenir une dynamique collective lorsque les agents ne bénéficient pas des mêmes droits ni des mêmes perspectives professionnelles ?

Sur le terrain, ces écarts pèsent directement sur la gestion quotidienne. Par exemple, l'élaboration des plannings par le manager devient complexe avec des règles de congés différenciées. La fidélisation des agents constitue aussi un défi, accentué par la difficulté d'équilibrer les compétences et d'assurer une répartition juste des charges de travail. De plus, la diversité statutaire induit des lignes de fracture invisibles : intérêts divergents, stratégies individuelles de carrière et conceptions différentes de l'engagement au travail influencent lourdement la dynamique des équipes. Les ANT, jugés moins investis, cristallisent souvent ces tensions et renforcent un sentiment de cloisonnement dans les services.

Cette complexité statutaire souligne la difficulté de bâtir un collectif de travail à la fois équitable et cohérent. Elle interroge sur la capacité du système de santé polynésien à maintenir une qualité de service homogène et soutenable. Ce constat rappelle que la structuration des ressources humaines ne peut être séparée des dynamiques de formation initiale, dont la finalité est d'assurer un renouvellement et une professionnalisation adaptée aux besoins du territoire. L'offre de formation en santé constitue dès lors un levier stratégique essentiel pour répondre aux défis et pour anticiper les évolutions à venir du système de santé polynésien.

2.3.2 L'offre de formation en santé

La Polynésie Française dispose d'une capacité à former des Infirmiers Diplômés d'État (IDE), grâce à l'Institut de Formation des Professionnels de Santé (IFPS). Cet établissement, actif depuis plusieurs décennies (créé en 1966) diplôme annuellement une vingtaine d'IDE destinés au marché local. Pour fidéliser ces professionnels au territoire, un système boursier est proposé. Ce dispositif impose en contrepartie une obligation contractuelle de servir pendant cinq ans dans les structures sanitaires publiques du pays. Outre les IDE, l'IFPS forme également des auxiliaires de soins territoriaux, dont le cursus s'apparente largement à celui des aides-soignants diplômés d'État (AS). Toutefois, leur mode d'intégration diverge et la formation inclut un

module spécifique en langue tahitienne, valorisant la maîtrise du *reo maohi*[20] et renforçant l'adéquation culturelle des pratiques de soins. Le niveau de compétence des auxiliaires de soins territoriaux est unanimement reconnu par les professionnels de santé.

D'autres filières de formation existent également, comme celles des auxiliaires de vie ou des agents en carrières sanitaires et sociales. Ces programmes, soutenus par les politiques, sont proposés au plus près de la population, grâce à des mécanismes de financement. On observe une forte représentation de natifs polynésiens dans ces métiers, contrastant avec la sous-représentation des médecins locaux. En effet, bien que la première année de médecine soit accessible à l'Université de Polynésie Française, les étudiants sont contraints de poursuivre leur cursus en métropole dès la deuxième année. Cette exigence géographique engendre des coûts élevés pour les familles, difficilement soutenables, malgré une tendance récente à une augmentation du nombre d'étudiants polynésiens engagés dans ce cursus. Malgré la présence de ces dispositifs de formation, l'offre locale reste insuffisante pour répondre aux besoins croissants en main d'œuvre qualifiée dans le secteur de la santé (IDE, AS et médecin). Cette problématique a été exacerbée par la fermeture de l'IFPS en 2023 pour des raisons structurelles. L'absence temporaire de formations a aggravé les tensions sur le système de santé, aucune mesure de substitution n'a été prévue initialement. Après plusieurs mois de négociation avec les autorités compétentes, une réouverture sous un format privé conventionné avec le gouvernement a été actée en 2024.

Par ailleurs, des dispositifs spécifiques, comme les bourses majorées pour les étudiants polynésiens en kinésithérapie formés en métropole, visent à encourager leur retour sur le territoire. Ces bourses, conditionnées à un engagement d'exercice professionnel sur le territoire pendant une durée déterminée, témoignent d'une volonté politique de pallier la pénurie de professionnels de santé qualifiés. À ce jour, ce dispositif n'est pas étendu à d'autres filières sanitaires, laissant subsister une inégalité dans le soutien aux étudiants selon les professions envisagées. Malgré l'existence de dispositifs de formation locale et d'incitation au retour des professionnels de santé, la Polynésie française peine à garantir la pérennité des compétences en santé, en raison des ruptures institutionnelles comme la fermeture de l'IFPS. Cette tension structurelle impacte directement les établissements sanitaires, comme le Centre hospitalier de la Polynésie française.

[20] Langue tahitienne

2.4 Le centre hospitalier de la Polynésie française

Le centre hospitalier de la Polynésie française est, comme nous l'avons dit précédemment, un établissement administratif public. Avec ses 490 lits et près de 2200 agents, il représente non seulement le plus grand établissement de soins du territoire mais également l'hôpital de dernier recours, concentrant un plateau technique de pointe et une prise en soins pluridisciplinaire.

L'histoire du CHPf reflète les transformations politiques et institutionnelles de la Polynésie française. À l'origine, les premiers services hospitaliers furent établis par les médecins militaires au XIXème siècle avec la création de l'hôpital Vaiami, qui deviendra plus tard le premier hôpital psychiatrique du pays. En 1970, l'ouverture du premier centre hospitalier territorial Mamao marqua un tournant pour le système de santé, sa gestion resta aux mains des médecins militaires. En 1984, Mamao s'institutionalise en se dotant d'un conseil consultatif. Il est encore considéré juridiquement comme un service de la Direction de la Santé. Il n'a pas d'autonomie budgétaire. En 1988, le CHT Mamao devient établissement public administratif, acquiert son autonomie financière et se dote d'organes décisionnaires pour assurer sa gestion (conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique paritaire). À la suite d'une réforme du système hospitalier de 1992, les médecins militaires laissent la place aux médecins civils contractuels. La cession en 1998 de l'hôpital militaire Jean-Prince, initialement conçu pour le personnel du centre d'expérimentation du pacifique (CEP), renforça les capacités hospitalières de Mamao. La volonté gouvernementale de moderniser et de rassembler les différents hôpitaux (Mamao, Jean-Prince et Vaiami) a conduit finalement à l'émergence du Centre hospitalier de la Polynésie française dit l'hôpital du Taaone (site de localisation), inauguré en 2010. Suite de l'ouverture du CHPf, les sites de Mamao et Jean-Prince ont été détruits. Seul Vaiami est devenu un service administratif. L'héritage du CHPf se ressent dans son mode de fonctionnement structurel et organisationnel.

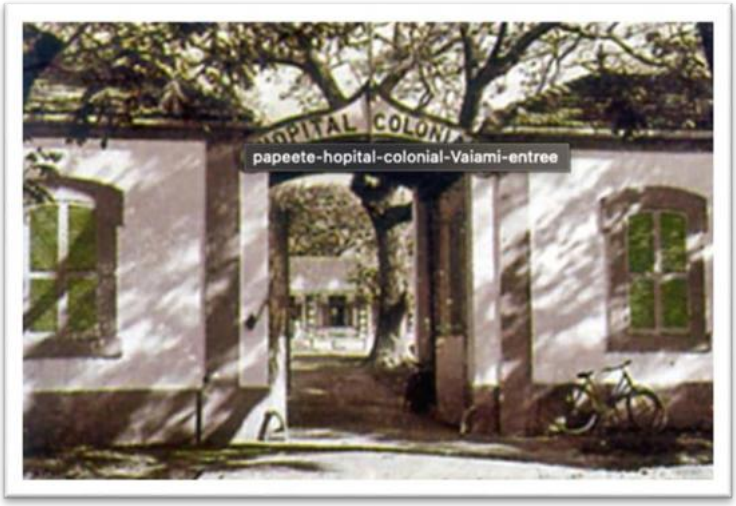


Image 6: Hôpital colonial de Vaiami[21]



Image 7: Hôpital militaire de Jean-Prince[22]



Image 8: Centre hospitalier territorial de Mamao[23]

2.4.1 Une réglementation et une organisation obsolètes

Le CHPf, bien qu'étant la principale structure de santé du territoire, fonctionne sous un statut public administratif qui n'a pas connu de réelle réforme depuis 1984[24]. Contrairement aux centres hospitaliers métropolitains, il n'a pas bénéficié des réformes majeures telles que l'organisation polaire, ce qui influence sa structure et son fonctionnement. Le CHPf est structuré en départements de spécialités, chacun regroupant des activités spécifiques comme suit :

- Le département dit plateau technique : regroupe les services d'urgence avec héliport, le SMUR, le CESU, le centre 15, une unité médico-judiciaire, la réanimation, l'unité de soins intensifs et le bloc opératoire (8 salles d'intervention en activité)
- Le département de chirurgie : englobe des spécialités comme la traumatologie/orthopédie, la chirurgie vasculaire/thoracique, l'urologie et la chirurgie digestive, la neurochirurgie et la gynécologie.
- Le département de médecine : inclut le plateau de cardiologie, l'oncologie, la pneumologie, la neurologie, la médecine polyvalente et la diabéto-endocrinologie et la gastroentérologie, la néphrologie (greffe rénale) et le centre d'hémodialyse lourd du pays.
- Le département mère enfant : comprend les services de pédiatrie, de réanimation néonatale et l'obstétrique.
- Le département de psychiatrie : inclut les services intra et extra hospitaliers de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie et les unités de consultations dans les deux centres pénitentiaires du pays.
- A cela, viennent s'ajouter les différents services de consultations et hôpitaux de jour et les services supports.

Le CHPf est soumis à une activité soutenue, régulièrement proche de la saturation, en raison du manque de structures amont et aval pour compléter le parcours de soins. En Polynésie française, il n'existe pas d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ni de centre public de Soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette saturation est aggravée par

[21] https://www.tahitiheritage.pf/hopital-colonial-vaiami-papeete/
[22] http://aaap13.fr/asso/ssa/dm/Segment%20021%20de%2006-TERRE%20&%20AIR.pdf
[23] https://www.tahitiheritage.pf/localistion/iles-vent/tahiti/papeete/mamao/
[24] Délibération n°83-181 du 4 novembre 1983 relative à la création d'un établissement public dénommé centre hospitalier territorial de la Polynésie française.

les difficultés logistiques liées aux retours des patients vivant dans les îles par EVASAN. Les transferts des patients sont tributaires des vols domestiques, dont la disponibilité peut être limitée. Les hélicoptères et les avions affrétés pour des EVASAN sont réservés aux situations d'urgences vitales, rendant le rapatriement des patients non urgents particulièrement complexe. Ces défis structuraux et organisationnels nécessitent une réflexion transversale et approfondie pour adapter le CHPf à la réalité des besoins en santé et aux spécificités géographiques du territoire.

2.4.1.1 Les instances du centre hospitalier de la Polynésie française

L'organisation du Centre hospitalier de la Polynésie française repose sur l'arrêté n°999 CM du 12 septembre 1988, souvent appelé localement *« Loi Barzach ».* Ce cadre réglementaire inspiré de la loi métropolitaine du même nom, n°87-588 du 30 juillet 1987, fixe les bases du fonctionnement, des règles financières et des modalités de gouvernance de l'établissement. Toutefois, alors que la *loi Barzach* métropolitaine a évolué et a été abrogée en partie, son adaptation polynésienne reste inchangée, renforçant des décalages avec les enjeux contemporains du système de santé. L'arrêté définit les instances décisionnelles, les membres de droits et élus et les modalités de financement de l'établissement.

Le conseil d'administration :

Composé de 11 membres élus ou désignés, il est présidé par le ministre de la Santé. La chambre territoriale des comptes, dans son rapport de 2018, a critiqué *« l'omniprésence du pays au sein du conseil d'administration »*[25] estimant qu'elle ralentit les processus décisionnels et limite l'autonomie du directeur dans ses prises de décision. Bien que la chambre ait recommandé la révision de la composition du conseil d'administration pour en exclure les membres du gouvernement, cette suggestion reste non appliquée. Dans les grands axes, le conseil d'administration statue sur la politique générale de l'établissement, le plan directeur, le budget, la comptabilité et les investissements, le règlement intérieur, les créations ou suppressions des activités médicales, les effectifs, les actions judiciaires et les conventions, etc.

[25] Rapport d'observations définitives. Centre hospitalier de la Polynésie française, exercices 2013 à 2018 de la chambre territoriale des comptes. N°2018-494 du 26 novembre 2018, p.23.

La commission médicale d'établissement (CME) :

La CME (chefs de service médico-technique, adjoints, assistants élus par leurs pairs), demeure fortement marquée par une gouvernance médico-centrée. Elle intervient sur des thématiques stratégiques telles que l'organisation des soins, le budget, les projets d'aménagement, le plan directeur ou encore la répartition des lits et du matériel. Ce rôle de structuration dans la planification hospitalière s'exerce dans une logique hiérarchique encore peu ouverte aux pratiques managériales actuelles.

La CME fonctionne en collaboration avec le Conseil d'Administration (CA), dans une organisation qui perpétue la subordination institutionnelle des professionnels paramédicaux au corps médical. L'article 25 de l'arrêté d'organisation du CHPf en vigueur est explicite : *« Chaque service est placé sous la responsabilité d'un médecin, chirurgien, spécialiste, biologiste, pharmacien, chef de service. Le chef de service organise le fonctionnement technique du service. Il affecte, en accord avec la surveillante générale, le personnel paramédical mis à sa disposition par le directeur. Il assure la notation du personnel relevant de son service. »*[26]

Ce cadre réglementaire, inchangé depuis sa création, n'a pas été actualisé pour tenir compte des évolutions des métiers, ni des transformations législatives intervenues au cours des dernières décennies. En métropole, les évolutions statutaires ont abrogé ce lien hiérarchique direct entre médecins et paramédicaux, amorçant une dynamique de partenariat et de collaboration interprofessionnelle. En Polynésie française, cette évolution n'a pas été transposée. Le maintien du terme de « surveillante générale » dans les textes (alors même qu'il a disparu du lexique réglementaire en métropole depuis l'arrêté de 1995) en est une forte illustration. Si un organe consultatif intitulé commission des soins a bien été créé par délibération du CA[27] pour représenter la voix des professionnels paramédicaux, de rééducation et médico-techniques, sa portée reste limitée. En pratique, la gestion opérationnelle quotidienne est largement assumée par les cadres de santé, tandis que les responsabilités médico-administratives restent souvent en retrait. Peu de médecins revendiquent aujourd'hui l'exercice effectif de ces fonctions de gestion, sauf en cas de conflit ou de tensions, où les rapports de force resurgissent.

[26] Art 25 arrêté n°999 CM du 12 septembre 1988 relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux règles financières, budgétaires et comptables du centre hospitalier de la Polynésie française.
[27] Conseil d'administration

Cette situation révèle une gouvernance hospitalière polynésienne en décalage avec les principes contemporains d'organisation des soins. En effet, d'un côté des textes assignent une autorité pleine au corps médical ; de l'autre, une réalité de terrain dans laquelle ce pouvoir est délégué, parfois par défaut, aux encadrants paramédicaux, sans que ceux-ci disposent d'un cadre juridique consolidé pour l'exercer pleinement. Cette dissonance contribue à fragiliser la reconnaissance institutionnelle des cadres de santé, tout en rendant floue la répartition des responsabilités en cas de crise ou de dysfonctionnement.

Pour assister les organes décisionnels, quatre organismes consultatifs sont définis :

- le comité technique paritaire (CTP), consulté sur les orientations organisationnelles.
- La commission consultative d'hygiène et de sécurité (CHSCT) : chargée de la sécurité et des conditions de travail
- la commission paritaire consultative (CPC) : examine les questions relatives au personnel ANFA.
- la commission des soins[28] : créée par une décision interne pour donner une voix aux personnels paramédicaux et médico-techniques.

Organes	Membres	Missions
CTP	- Directeur (président) - Président de la CME - DRH - DCOS - 2 personnes élues par l'ensemble du personnel médical et paramédical - 2 personnes élues par les autres catégories d'emplois.	- *« initie et contrôle la gestion des actions sociales et culturelles établies dans l'établissement »*[29]. - Consulté par le CA ou le directeur sur le fonctionnement des services, le règlement intérieur, le tableau des effectifs (sauf médicaux), gestion des ressources humaines et du temps de travail, etc.

[28] Délibération n°44/2006/CHPf portant création de la Commission des soins.
[29] Art 40 arrêté n°999 CM du 12 septembre 1988 relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux règles financières, budgétaires et comptables du centre hospitalier de la Polynésie française.

Organes	Membres	Missions
CHSCT	- Directeur - 1 médecin désigné par la CME - DCOS - 3 délégués du personnel	Participe à la protection de la santé et de la sécurité des agents.
CPC	Cette commission ne concerne que les agents relevant du statut des ANFA. Elle est consultée pour le recrutement, le reclassement et les disciplines. Cette commission est vouée à disparaître car ce statut n'est pas maintenu. Les agents sont intégrés progressivement dans la fonction publique polynésienne.	
La commission des soins[30]	- DCOS (président) - 32 membres élus en 3 collèges avec une voix délibérative : • cadres de santé, • personnels infirmiers, spécialisés, de rééducateurs et médico-techniques ; • aides-soignants. - Voix consultatives : DG, directeur de l'IFPS, 1 étudiant de 3° IFPS, 1 médecin de la CME.	Consultée : - Organisation des soins et de l'accompagnement des patients dans le cadre d'un projet de soins. - La recherche paramédicale et l'évaluation des soins. - Élaboration de la politique de formation.

Tableau 2: Les organes consultatifs du CHPf (Auteur)

[30] Délibération n°44/2006/CHPf portant création de la Commission des Soins

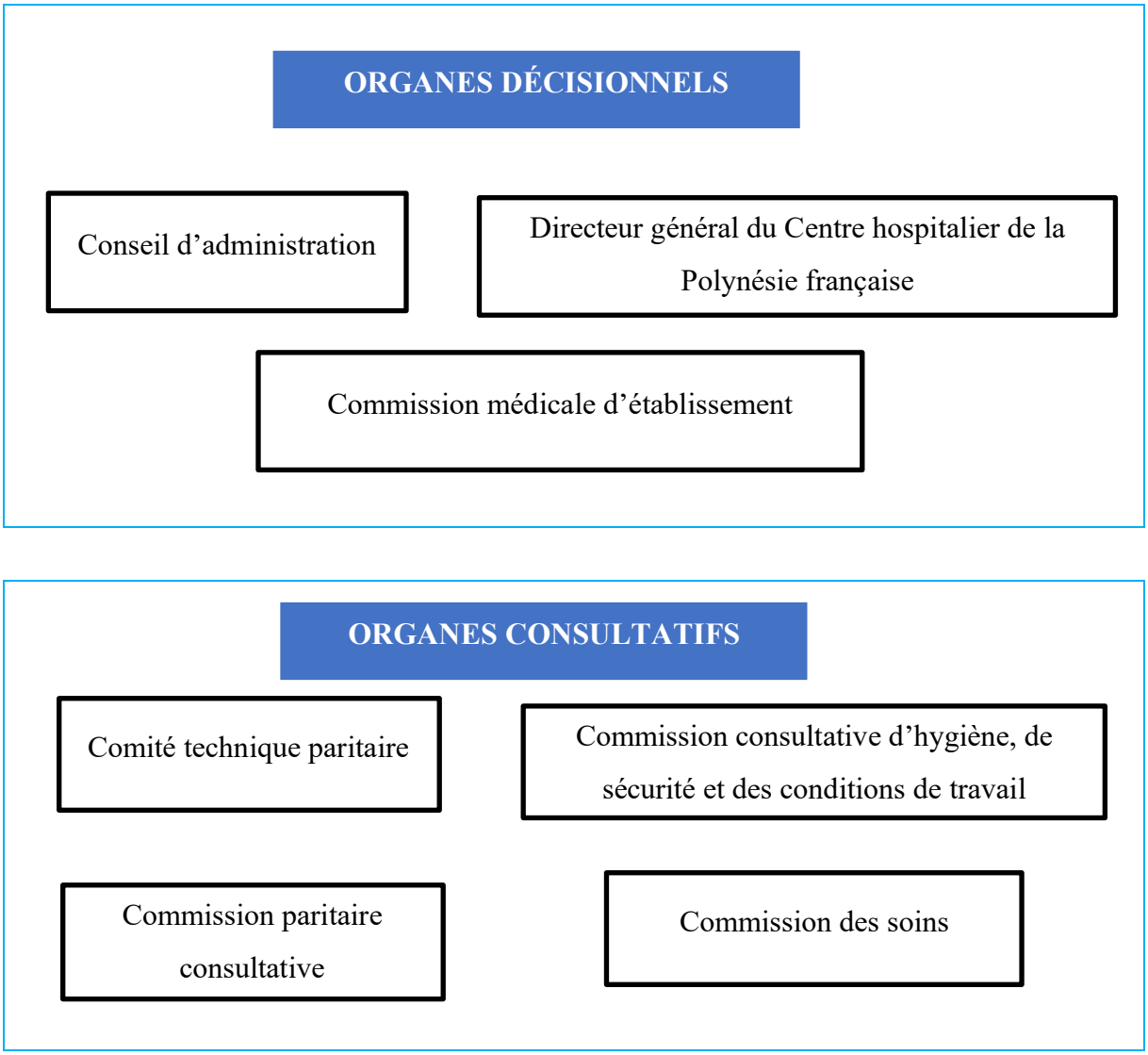


Figure 4: Organes du CHPf (Auteur)

Malgré les organes et les organisations en place, plusieurs défis subsistent :

- la rigidité des processus décisionnels due à l'intervention excessive du gouvernement dans la gouvernance.
- L'absence de réformes statutaires pour moderniser le fonctionnement du CHPf et l'aligner sur les standards contemporains.
- Le manque de reconnaissance des professions paramédicales, limitant leur contribution dans les décisions stratégiques.

Ces éléments posent un enjeu majeur pour l'établissement, qui doit évoluer pour répondre aux besoins et à l'évolution des professions en santé, aux politiques de qualité des soins et d'attractivité. La révision du statut, associée à une modernisation des relations entre corps médicaux et paramédicaux, constitue une voie de réforme essentielle.

2.4.1.2 Le financement

Le modèle de financement du Centre hospitalier de la Polynésie française repose sur une dotation globale allouée par le gouvernement polynésien (comme pour l'ensemble des services et établissements administratifs polynésiens), contrairement au mécanisme de tarification à l'acte (T2A) pratiqué dans les métropolitains. Cette dotation, composée en partie par des financements provenant de la caisse de prévoyance sociale et par les recettes du CHPf, est votée par le conseil d'administration de l'établissement. Ce mode de financement présente à la fois des avantages et des limites dans un contexte d'insularité et de rigidité budgétaire. Le budget est constitué de deux sections :

- *une « section d'exploitation et de pertes et profits »* : couvre les dépenses courantes liées aux activités de soins.
- *une section d'investissement. »*[31] : concerne les dépenses liées aux infrastructures, au matériel et aux projets de développement.

En outre, le budget général comprend un budget principal (celui du CHPf) et plusieurs budgets annexes correspondant aux différentes activités absorbées par l'établissement au cours de son histoire et de son développement, telles que : la psychiatrie, le centre de transfusion sanguine, les unités sanitaires des prisons, etc. Toutefois, l'absence de transfert financier entre ces budgets rigidifie la gestion, notamment pour des activités structurellement déficitaires par nature (psychiatrie). Le budget prévisionnel est voté en conseil d'administration chaque mois de décembre de l'année précédente. Au cours de l'année, des conseils d'administration peuvent être organisés pour débloquer des fonds supplémentaires.

Depuis plusieurs années, le CHPf connaît des tensions financières, dues à l'insuffisance de sa dotation pour couvrir le développement des activités hospitalières, les coûts imprévus et important liés à la gestion de la crise COVID-19 et le manque d'outils de gestion adaptés pour anticiper et maîtriser les dépenses. Des subventions exceptionnelles ont été accordées pour éviter les défauts de paiement, mais celles-ci n'ont pu être intégrées à la base budgétaire. Consciente de ces enjeux, l'équipe de direction, dans le cadre de l'élaboration de son projet d'établissement 2030, a entrepris une démarche de maîtrise des coûts et de révision des postes de dépenses. Les objectifs affichés sont les suivants :

[31] Art 65 de l'arrêté n°999 CM du 12 septembre 1988

- optimiser l'activité hospitalière : repenser les organisations pour les rendre efficientes,
- renforcer la gestion budgétaire : intégrer des outils performants pour une meilleure anticipation et suivi des dépenses,
- préparer l'avenir : définir une trajectoire financière pérenne pour répondre aux besoins en santé de la population.

2.4.1.3 L'organigramme du CHPf

L'organigramme du Centre hospitalier de la Polynésie française repose sur une architecture hiérarchique organisée autour d'un conseil d'administration, instance décisionnelle suprême qui fixe les orientations stratégiques de l'établissement. Placé sous son autorité, le Directeur Général exerce la fonction exécutive principale et coordonne l'ensemble des services hospitaliers, secondé par un Directeur adjoint dont les missions couvrent la stratégie et la gestion des projets. Cette structure décisionnelle s'appuie sur plusieurs commissions, offrant un cadre de concertation au fonctionnement de l'hôpital. Sur le plan opérationnel, l'organigramme distingue plusieurs directions fonctionnelles, chacune dotée d'une responsabilité précise : coordination et offre de soins, gestion des ressources humaines, contrôle financier, infrastructure et dépenses, etc. Cette répartition reflète une spécialisation claire des domaines, favorisant une gestion ciblée et optimisée des ressources. La présence d'instances transversales consacrées à la qualité des soins et la gestion des risques confirme une approche intégrée, où la performance hospitalière s'appuie sur des dispositifs de suivi et d'évaluation, encore en cours de développement.

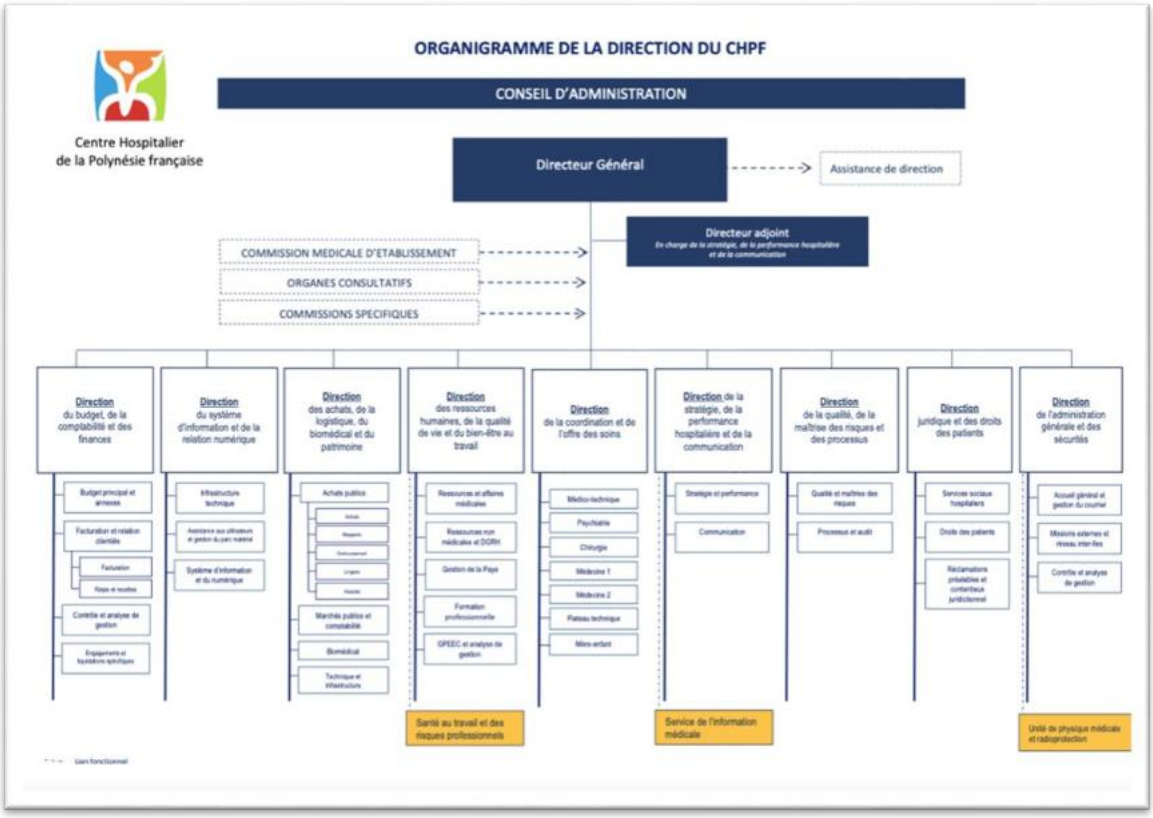


Figure 5: Organigramme du Centre hospitalier de la Polynésie française (2022)

Toutefois, cette structuration appelle certaines réflexions critiques quant à son organisation et son efficacité opérationnelle. D'abord, la concentration du pouvoir décisionnel au sein de la direction générale et de son adjoint interroge sur la capacité de l'établissement à faire preuve d'agilité et de réactivité dans un contexte hospitalier où l'adaptation aux besoins des patients et aux crises sanitaires constitue un enjeu permanent. Ce modèle peut générer une certaine lourdeur dans la prise de décision, en particulier au niveau des directions fonctionnelles, réduites à un rôle d'exécution avec peu de marge d'autonomie. De plus, bien que la direction des soins soit clairement identifiée, son influence paraît moindre face aux directions administratives, ce qui pose la question de l'équilibre entre gestion financière et pilotage des soins. Une articulation plus étroite entre ces deux pôles permettrait d'ancrer davantage les choix stratégiques dans les réalités cliniques et organisationnelles du CHPf. Enfin, l'absence d'une direction spécifiquement consacrée à l'innovation et à la recherche constitue une limite, dans un contexte où les établissements hospitaliers doivent sans cesse moderniser leurs pratiques.

L'analyse de l'organigramme du CHPf révèle ainsi une organisation hiérarchisée et centralisée, assurant une répartition fonctionnelle claire mais soulevant des doutes quant à sa réactivité et à

l'équilibre de ses mécanismes décisionnels. Si la structure confère une stabilité et une gestion cohérente des services, la concentration du pouvoir au sein de la direction générale et la prédominance des directions administratives sur les pôles soignants peuvent limiter l'agilité nécessaire dans un environnement hospitalier en constante évolution. La différence notable avec les établissements métropolitains se trouve dans la structuration de la Direction de la Coordination de l'Offre de Soins, organisée en département au CHPf alors qu'elle repose sur un modèle polaire en métropole. Cette organisation centralisée en Polynésie, tout en assurant une application homogène des politiques hospitalières, risque de limiter l'adaptabilité des services de soins face aux réalités du terrain. Dès lors, l'un des enjeux majeurs pour le CHPf consiste à introduire davantage de flexibilité dans ses modes de gouvernances, en donnant plus de place aux professionnels de santé dans les décisions et en intégrant une dynamique d'innovation pour relever les défis actuels du secteur hospitalier.

2.4.1.4 L'organisation du temps de travail

La gestion du temps de travail au Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPf) s'appuie sur un cadre réglementaire distinct de celui en vigueur dans les hôpitaux métropolitains. Cette différence découle des spécificités législatives propres au territoire, comme l'application du code du travail polynésien qui fixe la durée hebdomadaire réglementaire à 39 heures, contre 35 heures en métropole. Contrairement au modèle métropolitain fondé sur l'annualisation (qui offre une flexibilité organisationnelle sur l'ensemble de l'année), le CHPf fonctionne sur une base hebdomadaire. Ce mode d'organisation réduit la capacité d'adaptation des équipes, surtout pour la gestion des congés ou des absences inopinées, ce qui représente un défi récurrent pour les managers. Pour les soignants nouvellement arrivés sur le territoire, ces particularités entraînent parfois des incompréhensions ou nécessitent un temps d'adaptation, tant les référentiels de gestion du temps de travail divergent.

Le temps de travail au CHPf est régi par le « Guide du Temps de Travail » (GTT), document de référence pour l'ensemble des agents, qui reprend l'ensemble de la réglementation applicable (négociée et validée avec les partenaires sociaux). L'organisation repose principalement sur des cycles de garde de 12 heures, de jour comme de nuit, afin d'assurer la continuité des soins. Les agents alternent ainsi entre des semaines de 36 heures et de 48 heures, pour un total mensuel de 168 heures, incluant 12 heures supplémentaires majorées le dimanche, avantage financier reconnu. Contrairement à leurs collègues métropolitains, les agents du CHPf ne disposent ni de

jour de réduction du temps de travail (RTT), ni de Compte Épargne Temps. Leurs congés annuels sont limités à 25 jours par an (pour les agents FPT et ANT). Cette organisation longtemps perçue comme compensée par les avantages financiers, apparaît aujourd'hui moins attractive face aux attentes actuelles des soignants, soulevant des questions en termes d'attractivité et de qualité de vie au travail.

Les personnels médicaux (les chirurgiens et les médecins) sont organisés sur un modèle de « journée continue », avec des horaires administratifs classiques (7h30-15h30 et jusqu'à 14h30 le vendredi). À ces horaires s'ajoutent des gardes et astreintes selon les spécialités. Ce dispositif a récemment été remis en question. En novembre 2024, un mouvement social a conduit à la révision du cadre réglementaire encadrant le « temps praticien hospitalier », pour mieux reconnaître le travail réellement accompli. Les cadres de santé et le personnel administratif suivent également des horaires fixes. Ces différents dispositifs illustrent la diversité des régimes horaires au sein de l'établissement dont les effets varient selon les fonctions et influencent à la fois les dynamiques organisationnelles et le vécu professionnel.

Si le modèle actuel présente des avantages (régularité des cycles de travail, compensation financière des heures supplémentaires), il présente aussi des freins structurels à l'agilité organisationnelle. Une réflexion est engagée pour envisager des ajustements internes partiels, sans exclure une réforme globale à l'échelle du territoire. Les mécanismes d'annualisation appliqués en métropole offrent des pistes prometteuses pour renforcer la flexibilité et optimiser la gestion des ressources humaines, en particulier dans un contexte de tension sur les effectifs. Dans la dynamique de modernisation impulsée par le projet d'établissement 2030, la réorganisation du temps de travail devient un levier clé pour faire face aux enjeux à venir.

Catégories	Avantages	Contraintes
Avantages financiers	• Heures supplémentaires systématiques (168h réalisées vs 156h réglementaires). • Majorations attractives (dimanches). • Salaires plus élevés qu'en métropole.	• Rémunération dépendante du volume d'heures supplémentaires, ⇨ incitation à des rythmes plus soutenus.
Repos et organisation	• Cycles réguliers offrant des week-ends de 3 jours toutes les 2 semaines. • 3 à 4 jours de repos hebdomadaires pour les agents en garde.	• Rythme soutenu avec alternance entre semaines de 36h et 48h. • Absence de RTT
Congés	25 jours de congés annuels	.
Flexibilité		• Rigidité organisationnelle due à l'absence d'annualisation ou de modulation du temps de travail. • Difficulté à gérer l'absentéisme.

Tableau 3: Récapitulatif du guide de Gestion du Temps de Travail (Auteur)

2.4.1.5 Les outils de traçabilité et de gestion

Vignette informative

Dans les sections suivantes, nous avons choisi d'intégrer plusieurs verbatims issus des entretiens semi-directifs exploratoires conduits au cours de cette recherche. Ce choix répond à notre volonté de mettre en lumière les représentations et les interprétations que les agents construisent autour des thématiques abordées. Ces extraits donnent à entendre la parole des acteurs dans ce qu'elle révèle de leur rapport au travail, à l'organisation et à leurs pratiques professionnelles. Ils permettent ainsi de restituer la complexité des sujets, à travers la subjectivité de celles et ceux qui les vivent.

Le CHPf dispose de plusieurs outils informatiques pour assurer la traçabilité des activités et la gestion des patients, des ressources humaines et des équipements.
Quatre logiciels principaux sont utilisés quotidiennement par les agents et les managers des services de soins :

- l'AS 400 : ce logiciel constitue la base du système informatique pour la gestion des lits, demandes d'examen, de transport, etc. Conçu en 1992, son graphisme rudimentaire rappelle celui des minitels, ce qui surprend les nouveaux arrivants.
- Le DMPWeb : il s'agit du logiciel dédié à la prescription médicale, à la dispense et à la validation des traitements.
- EQUITIME : cet outil est utilisé pour la gestion du temps de travail, les demandes de congés, etc.
- ANATI : il s'agit du logiciel du dossier patient informatisé. Il est en cours de développement.

Malgré une dynamique de développement ces dernières années, le système informatique est perçu comme lent, obsolète et inadapté : *« On a des logiciels quand même mais qui sont pour ma part, pas assez performants puisque tout n'est pas informatisé. »* (Entretien 9 du 30/11/2021)

Cette perception se manifeste particulièrement vis-à-vis de l'AS400, décrié pour son ergonomie archaïque. Son graphisme ancien et son mode de fonctionnement codifié suscitent des réactions négatives chez les soignants arrivant de métropole : *« On retravaille un peu à l'ancienne parce que du coup ce n'est pas tout informatisé. Là c'est le truc l'AS 400, c'est un minitel […]. Quand j'ai vu la date du truc, il est de 1900, je sais plus combien… »* (Entretien 13 du 30/11/2021).

Les logiciels, conçus pour répondre aux besoins métropolitains, ne sont pas adaptés aux spécificités de la Polynésie française. De nombreuses adaptations sont nécessaires pour les rendre fonctionnels, entraînant un surcoût pour l'établissement. Ce manque d'adaptation aux réalités locales, combiné à des outils perçus comme peu performants, freine parfois la fluidité des opérations. Ils sont identifiés comme des éléments qui ralentissent l'intégration des nouveaux arrivants par leur manque d'ergonomie :

« Ce n'est pas évident, tout est codé, ce n'est pas facile du tout à s'y mettre au logiciel, l'AS400 vraiment archaïque. De devoir se remettre au dossier papier aussi parce qu'il a beaucoup de trans[32] qui se font simplement par papier […] en plus ici c'est vraiment compliqué les logiciels » « je n'avais pas accès par exemple aux feuilles de relèves, mon code ne fonctionnait pas pour ça, j'ai mis 15 jours pour attendre qu'il fonctionne donc dès que je voulais modifier un truc sur la relève et il fallait que je demande le code des collègues. » (Entretien 2 du 22/09/2021)

« C'était le logiciel que j'ai trouvé très compliqué à adopter, je ne comprenais pas les prescriptions... et du coup j'embêtais mes collègues pour ça, pour être sûr de ce que je donne et ce qui a déjà été donné ou autre, parce que quand je cliquais sur un endroit je perdais le nom de mon patient […] du coup j'étais anxieux. » (Entretien 17 du 28/02/2022).

[32] Lire « transmissions »



Image 9: Interface AS400

2.4.1.6 La démarche qualité et la maîtrise des risques

Les établissements de santé en métropole sont soumis à un processus de certification, une démarche d'évaluation externe obligatoire menée par la Haute Autorité de Santé (HAS) tous les quatre ans. Cette certification vise à mesurer objectivement le niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements privés et publics. Dans ce cadre, la qualité et la sécurité des soins constituent des enjeux majeurs pour les professionnels de santé. L'un des rôles clés des cadres de santé est de garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés par les équipes placées sous leur responsabilité.

En Polynésie française, en raison du statut d'autonomie du territoire, l'adhésion à la démarche qualité n'est pas obligatoire et les établissements ne sont pas soumis à la certification HAS. Néanmoins, depuis 2012, des tentatives ont été réalisées pour adopter une telle démarche, et les recommandations de la HAS servent de références aux professionnels de santé. Ces initiatives se sont toutefois heurtées à plusieurs obstacles, empêchant l'obtention d'un niveau de certification reconnu. La première tentative en 2012 n'a pas abouti en raison de plusieurs facteurs. D'une part, le portage institutionnel de la démarche était limité : *« Comme c'est l'ancien directeur qui avait porté, la cellule qualité de l'époque n'était qu'une cellule. Elle n'avait pas du tout la même légitimité, et le nouveau directeur qui arrivait n'avait absolument pas la fibre-qualité et la culture-qualité ».* (Entretien DQR du 6/09/2023).

Ce manque d'appropriation à l'échelle institutionnelle s'est aussi manifesté au niveau territorial : *« Ce n'était pas porté au niveau institutionnel, et ce n'était pas porté non plus au niveau territorial, c'est-à-dire que les instances, le ministère de la Santé, la Direction de la Santé. L'ARASS*[33] *n'existait pas à l'époque, ils n'ont pas saisi le levier que cela pouvait représenter pour eux au niveau de la santé sur le territoire, et notamment le levier pour l'hôpital. »* (Entretien DQR du 6/09/2023). D'autre part, le calendrier des visites n'a pas permis une évaluation complète, et les résultats obtenus ont été communiqués tardivement, diminuant l'impact potentiel de la démarche.

Aujourd'hui, le CHPf souffre d'un déficit de formalisation des organisations, des process, des procédures et d'un manque de culture qualité partagée. Cette situation limite la capacité de l'établissement à se positionner en termes de fiabilité, de qualité et de gestion des risques par rapport aux autres hôpitaux de la République. Parmi les causes identifiées figurent un manque de réseau qualité dans les services de soins et une incompréhension des rôles entre acteurs. Une fragmentation des responsabilités entre médecins, cadres, ingénieurs et techniciens qualité aggrave cette situation : *« Nous aujourd'hui, on n'a absolument pas ces réseaux qui fonctionnent et comme on est dans la dichotomie permanente, ce qui fait que, quand on a un événement catastrophique avec par exemple un décès inattendu dans l'hôpital, c'est nous qui faisons la totalité de l'analyse avec l'enquête de ce qui s'est passé, le recueil de données etc. Quand on demande aux médecins ou aux cadres de remplir le document, ils me disent « C'est administratif, je ne comprends pas pourquoi on doit remplir ça et pourquoi ce n'est pas à la qualité de le faire ». Sauf que, quand on fait la démarche, parce que personne d'autre ne va la faire et qu'on rend nos conclusions ; on nous oppose le fait que nous ne sommes pas soignant et pas médecin. Donc on est dans une espèce de dichotomie de « ce n'est pas à nous de faire, mais en même temps vous n'êtes pas légitime à le faire à notre place. » »* (Entretien DQR du 6/09/2023).

Un autre frein réside dans le manque d'acculturation à la qualité, en particulier parmi les cadres formés il y a plus de dix ans et certains médecins. Ces derniers perçoivent parfois les retours d'expérience comme une démarche accusatrice, à une recherche à la responsabilité fautive. La culture qualité peine à s'imposer dans l'encadrement intermédiaire. Les anciens cadres de santé, héritiers du modèle des surveillants, ont parfois conservé une posture d'effacement vis-à-vis

[33] Agence de Régulation des Actions Sanitaires et Sociales, ndlr

des décisions médicales. Les nouveaux cadres de santé qui sont formés aux logiques de management et d'amélioration continue, se heurtent à un système où leur marge de manœuvre reste limitée. Entre prescriptions institutionnelles et blocages hiérarchiques implicites, la fonction managériale reste en tension :

« Historiquement et culturellement, au CHPf, il existe une double autorité : d'un côté la direction, et de l'autre, les médecins. C'est une structure à deux têtes, une véritable hydre. Les chefs de service, quant à eux, sont directement rattachés au ministre et nommés par lui. Ainsi, lorsque quelque chose ne convient pas, au lieu de passer par la hiérarchie interne, on contourne en activant le réseau. Cela bascule alors dans le domaine politique, qui finit par revenir vers le CHPf. Cette dynamique rend la gestion particulièrement complexe. » (Entretien DQR du 6/09/2023)

Le logiciel qualité ENNOV illustre les limites de l'acculturation managériale à la démarche qualité au CHPf. Faute de directives claires et de formations systématisées, son usage reste marginal et cantonné à des fonctions techniques (doléances, signalements de pannes, etc.). Cette situation révèle un déficit de portage institutionnel de cette démarche et une faible reconnaissance des outils de gestion dans les pratiques courantes.

Face à ces constats, des évolutions récentes marquent un changement prometteur. La création de l'ARASS témoigne d'une volonté des autorités publiques de structurer une démarche qualité au niveau territorial. Une réflexion est en cours pour adhérer à une convention avec des organismes de certification métropolitains ; incluant des branches dédiées les établissements étrangers (la Polynésie française est considérée comme un pays étranger de par son statut d'autonomie, etc.). Cette adhésion permettrait de positionner le CHPf au niveau national et international. Dans ce contexte, le CHPf, sous l'impulsion de son ancienne direction, a élaboré son nouveau projet d'établissement. Ce projet vise à recentrer la gestion des risques comme une priorité stratégique. Parmi les résultats attendus figurent notamment une analyse holistique de l'existant, une comparaison nationale en matière de qualité et de fiabilité et une amélioration de l'attractivité de l'établissement.

2.4.2 Les défis de l'établissement pour demain

Le CHPf évolue dans un environnement particulièrement contraint et complexe, lié à son statut, à son mode de financement, à son histoire institutionnelle et au contexte général du pays. Le rapport de la chambre territoriale des comptes de 2018 met en évidence plusieurs dysfonctionnements[34] structurels. Il souligne l'inadéquation du statut actuel du CHPf face à la forte hausse de l'activité hospitalière, ainsi que les retards dans la réalisation de projets stratégiques, imputés en partie à l'absence d'un schéma d'organisation sanitaire clairement défini. Ce rapport relève également des faiblesses dans le contrôle interne, une instabilité de l'équipe de direction et l'omniprésence du pays au conseil d'administration. L'ensemble de ces éléments contribue à fragiliser la gouvernance de l'établissement. Enfin, la situation financière est jugée préoccupante. Parmi les causes avancées figurent une performance hospitalière considérée comme insuffisante et une gestion des ressources humaines inadaptée aux enjeux actuels.

Conscient de ses responsabilités en tant qu'hôpital de premier et de dernier recours, le CHPf s'est engagé dans une série de réformes internes destinées à renforcer sa performance et son efficience. Ces initiatives s'inscrivaient dans le cadre du projet PARÉ (Performance et Actions de Retour à l'Équilibre) pour la période 2021-2023, dont la mission est de *« remettre à niveau les ressources financières de l'établissement »* (Panero, 2020, p. 4)[35] et d'*« instaurer une culture de la performance publique en s'inscrivant dans une dynamique de rénovation managériale, organisationnelle et processuelle »* (Panero, 2020, p. 4). Ces actions visaient aussi à préparer le projet d'établissement « Hôpital 2030 ». Le projet PARÉ reposait sur trois axes stratégiques :

- La maîtrise des activités et l'optimisation de la gestion des activités,
- L'atteinte de l'équilibre financier et la qualité comptable,
- L'amélioration de la qualité du service public et de la satisfaction des usagers.

Pour assurer la mise en application de ces orientations, une note de cadrage budgétaire annuelle[36] fixait les règles de gestion applicables pour l'exercice en cours. Elle était

[34] Rapport d'observations définitives. Centre hospitalier de la Polynésie française, exercices 2013 à 2018 de la chambre territoriale des comptes. N°2018-494 du 26 novembre 2018.
[35] PARÉ 2021-2023
[36] Cadre numéro 1 à l'exécution du budget de l'année 2023, n°289.23/DIR/CHPf du 31 mars 2023.

complémentée par une note d'organisation[37] destinée à l'encadrement supérieur et de proximité, qui en précisait les modalités opérationnelles. Malgré les ambitions affichées, le projet PARÉ suscitait des réserves significatives parmi la communauté hospitalière, en particulier chez les cadres de santé. Ces derniers percevaient les mesures comme un dispositif de *« surcontrôle »* traduisant selon eux un *« manque de confiance »* envers les professionnels. Ce sentiment s'accompagnait d'une frustration liée à ce qu'ils considéraient comme une *« perte de sens pour les métiers du soin ».* Les critiques exprimées incluent des questionnements sur les objectifs du projet : *« Faire des économies, mais à quel prix ? »*. Cette réflexion montre les tensions entre les exigences de performance budgétaire et la quête de sens des acteurs de santé, confrontés aux défis quotidiens du soin. Elle soulève des interrogations sur l'adéquation entre les outils managériaux mis en place et les attentes des professionnels, en termes de reconnaissance de leur expertise et de leur engagement.

[37] Note d'organisation n°36/DIR/CHPf

Chapitre 3 Turnover, instabilité des équipes et rôle du cadre de santé au CHPf

À ce stade de notre parcours et après avoir examiné les fondements institutionnels, statutaires et géographiques du système de santé polynésien, un constat majeur émerge : l'instabilité chronique des effectifs soignants au CHPf. Loin d'être marginal ou conjoncturel, ce phénomène apparaît comme une constante structurelle, profondément ancrée dans les modes de fonctionnement de l'établissement.

Dans ce contexte, le turnover ne peut être interprété comme une simple fluctuation liée aux aléas de gestion. Il s'impose comme un marqueur systémique des tensions qui traversent l'organisation hospitalière : obsolescence et inadéquation statutaire, contraintes liées à l'insularité, déficit de formation locale, dépendance aux viviers extérieurs, instabilité des politiques de fidélisation. Le recrutement repose pour une large part sur des contrats précaires, des agents en mobilité temporaire et des arbitrages souvent contraints. Ce mode de fonctionnement permet de répondre à court terme aux besoins en personnel mais il fragilise durablement les collectifs de soins.

Dans ce chapitre, nous mettons en lumière les effets de cette instabilité structurelle sur les dynamiques professionnelles dans les équipes de soins. Dans une première partie, nous reviendrons sur les causes du turnover au CHPf, à partir d'une exploration des dimensions réglementaires, statutaires et logistiques qui pèsent sur la stabilité des effectifs. Dans un deuxième temps, nous montrerons les effets de cette instabilité sur les collectifs de travail, à travers les regards croisés des agents pérennes et « sac-à-dos », complétés par des scènes de service et d'observations situées. Enfin, nous aborderons le rôle des cadres de santé, figures discrètes mais centrales dans le maintien des équilibres organisationnels. C'est à partir de ce constat (entre permanence et passage, entre continuité et discontinuité, entre prescriptions institutionnelles et ajustements quotidiens) que débute notre réflexion managériale sur le collectif en milieu instable.

3.1 Comprendre les causes du turnover au CHPf

3.1.1 Une pénurie de main-d'œuvre qualifiée

Depuis de nombreuses années, la Polynésie française fait face à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans le domaine de la santé. Ce déficit structurel s'explique, en partie, par une offre de formation locale insuffisante pour répondre aux besoins des différentes structures sanitaires. Ces dernières sont confrontées à une demande en soins toujours plus technique et spécialisée. Elles peinent à recruter des professionnels compétents. Pour pallier la vacance de postes, les établissements de santé recourent de manière significative à des agents non-titulaires (ANT). Ce dispositif, prévu dans la réglementation de la fonction publique territoriale, permet aux établissements publics de proposer des contrats à durée déterminée (CDD).

3.1.2 Le cadre réglementaire et statutaire du recours aux ANT

L'autonomie statutaire de la Polynésie française en matière de santé et de fonction publique, influence fortement la gestion des ressources humaines des établissements publics sanitaires. Contrairement à la métropole, la mobilité depuis la fonction publique hospitalière française n'est pas autorisée et le recours au détachement, bien qu'une option, s'avère coûteux et rarement soutenable pour les structures locales.

Dans ce contexte, les établissements de santé publique polynésiens recourent régulièrement à des agents non titulaires (ANT), selon deux logiques de recrutement distinctes. La première concerne les métiers spécifiques et techniques, pour lesquels il n'existe ni filière de formation locale ni vivier suffisant sur le territoire. C'est le cas des praticiens hospitaliers, des manipulateurs en électroradiologie, des infirmiers de bloc opératoire ou encore des ingénieurs. Pour ces profils, les recrutements sont dits « hors-sol » : effectués à l'échelle nationale, ils donnent lieu à des contrats longs assortis d'un régime indemnitaire attractif destiné à compenser les contraintes liées à la mobilité et à l'installation. La durée initiale du contrat est fixée à un an, avec une possibilité de renouvellement jusqu'à huit ans. La seconde logique concerne des métiers plus généralistes, tels que les infirmiers ou les aides-soignants, pour lesquels existe un vivier local, bien que limité. Les recrutements sont alors réalisés sur place, le plus souvent pour répondre à des besoins ponctuels liés à l'absentéisme (arrêt maladie, congé maternité) ou pour pourvoir temporairement des postes vacants. Ces contrats sont généralement de courte durée,

sont conclus pour une durée initiale d'un an, renouvelable, mais plafonnée à trois ans conformément à la réglementation. Si ces deux modalités permettent de couvrir les besoins immédiats en personnel, elles entretiennent néanmoins une instabilité chronique et accentuent les disparités entre les agents au sein des équipes. Les recrutements de proximité, souvent à court terme, complexifient la stabilisation des collectifs de travail. Quant aux recrutements « hors-sol », bien qu'ils s'inscrivent dans des temporalités plus longues, ils ne garantissent pas toujours l'ancrage durable des professionnels dans l'institution.

Articles	**Motifs de recrutement**	**Durée maximale de recrutement** (initiale + renouvellement)
33-1	Assurer un emploi fonctionnel (nomination par le conseil des ministres, régi par la délibération n°2016-38 APF du 26 mai 2016)	Révocation ou cessation de fonctions pour des raisons liées à l'intérêt du service
33-2	Assurer des fonctions nécessitant des connaissances techniques spécialisées	4 ans + 4 ans
33-3	En l'absence de cadre d'emplois de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions considérées	3 ans
33-4	Pour faire faire temporairement, et dans l'intervalle des concours après épuisement de la liste complémentaire, à la vacance d'un emploi devant immédiatement être pourvu afin d'assurer la continuité du service public	3 ans
	À titre très exceptionnel, l'article 2 de la loi du pays n°2017-20 du 10 août 2017 permet de proroger les contrats à durée déterminée jusqu'au 90ème jour suivant la proclamation des résultats, ce dès lors que le poste sur lequel émarge l'agent figure sur la liste des postes jointe en annexe de l'arrêté portant ouverture et organisation matérielle d'un concours. Dans ce cas, le terme du contrat ne peut être fixé au-delà de la date présumée de nomination des lauréats du prochain concours.	
33-5	Lorsque la nécessité d'assurer la continuité du service public impose un recrutement à l'extérieur de la Polynésie française, devant l'absence de candidat répondant au profil requis.	4 ans + 2 ans
33-6	Pour assurer le remplacement d'agents : - placés en position de détachement ou de disponibilité ; - en congé de formation ; - en congé parental ; - absents ou autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel ; - indisponibles en raison d'un congé de maladie ou de maternité ; - en congé annuel (récupérations comprises) afin de ne pas entraver la continuité du service public nécessaire pour assurer la sécurité des biens et des personnes.	Durée de l'indisponibilité du titulaire. *Toutefois, le contrat peut prendre fin en cas de retour anticipé du titulaire. Il convient pour éviter toute contestation ultérieure, de mentionner cette éventualité au contrat.*

Articles	Motifs de recrutement	Durée maximale de recrutement (initiale + renouvellement)
34-1	D'un besoin saisonnier	1 an
34-2	D'un surcroît exceptionnel d'activité	1 an
34-3	D'un besoin occasionnel s'inscrivant dans un projet précisément définit et non durable	3 ans
34-4	D'un chantier réalisé dans le cadre de travaux de protection du littoral et des berges des rivières, des infrastructures et ouvrages routiers, aéroportuaires, portuaires et maritimes et des constructions de bâtiments publics effectués en régis, l'orque ce chantier est situé dans une île autre que celle de Tahiti	8 ans
34-5	D'un besoin financé en application de l'article 59 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française ou au titre de conventions prises en application de l'article 169 de cette même loi.	5 ans
34-6	D'un remplacement temporaire d'un agent non titulaire indisponible en raison d'un congé de maladie, d'un congé de maternité ou d'un congé en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.	Durée de l'indisponibilité de l'agent.

Tableau 4: Synthèse des motifs de recrutement extrait de la Circulaire 5581/PR/CM du 3 août 2023 (Auteur)

Durant la période d'activité de l'ANT, le poste qu'il occupe reste ouvert à la mobilité des fonctionnaires, qui bénéficient d'une priorité pour le pourvoir à l'échéance du contrat. Par ailleurs, tous les postes vacants, occupés temporairement par des ANT, sont systématiquement soumis au concours d'intégration. Ce dernier est organisé en fonction des échéances contractuelles, ce qui signifie qu'un agent contractuel souhaitant se pérenniser doit réussir le concours pour continuer à exercer. Concrètement, lorsqu'un ANT arrive à l'échéance de ses droits associés à son motif de recrutement, il ne peut pas être renouvelé et il doit soit quitter l'établissement, soit passer le concours d'intégration de la fonction publique s'il souhaite se pérenniser. Le calendrier incertain des concours d'intégration a contribué à la fragilisation des collectifs. Plutôt que de les stabiliser, il a entraîné des départs précipités, une perte de savoirs tacites et un accroissement du turnover, révélant les limites d'un modèle de gestion fondé sur des logiques administratives plus que sur les besoins opérationnels et techniques. Lorsqu'un concours d'intégration à la fonction publique est organisé par le pays, le CHPf et la DSP mettent à disposition les postes vacants. Ils sont choisis par les lauréats de la liste principale au mérite

lors d'un « amphi choix ». Ainsi, l'ANT qui réussit le concours n'a pas l'assurance de retrouver le poste pour lequel il a été formé.

Vignette informative

Les employeurs n'ont pas de visibilité sur les lauréats du concours et ne peuvent donc pas sélectionner les candidats correspondant à leurs besoins pour compléter leurs équipes. En juin 2022, la DGRH a pris la décision, sans concertation avec les hiérarchies de proximité, d'intégrer à la liste des postes à pourvoir l'ensemble des postes occupés par des infirmiers ANT. Cette décision, prise à la dernière minute, a entraîné un bouleversement inattendu des équipes, qui n'ont pas eu le temps de se préparer à ce turnover. Par ailleurs, ce dispositif a conduit au non-renouvellement de certains ANT, entraînant ainsi une perte de compétences au sein des équipes concernées.

3.1.3 Une réglementation peu adaptée au contexte local

Pour pallier l'absentéisme des agents (programmé ou inopiné) un motif de recrutement spécifique existe. Le cadre réglementaire prévoit un dispositif pour remplacer les titulaires absents pour maladie, formation, mise en disponibilité ou détachement et congé de maternité. Ces contrats sont souvent de courtes durées et précarisent le remplaçant, car les continuités sont difficiles à coordonner. De plus, la fonction publique polynésienne ne permet pas à l'heure actuelle, le recours aux travailleurs temporaires via les agences d'intérim. Les critiques formulées à l'égard de la rigidité et de l'obsolescence du statut de la fonction publique polynésienne ont conduit les gouvernements successifs à engager un vaste chantier de modernisation. Comme le souligne un témoignage institutionnel, le modèle actuel, hérité de la fonction publique métropolitaine, souffre d'une inadaptation aux réalités du terrain. Un cadre DRH souligne :

« On a hérité de très mauvais copier/coller, ce qui fait que, après 30 ans d'existence avec très peu d'évolutions, la fonction publique est aujourd'hui particulièrement rigide. Elle ne correspond pas forcément à nos besoins actuels, aussi bien dans son application que dans sa conception initiale. » (Entretien DGRH du 21/12/2022)

Les défis sont particulièrement prononcés dans le domaine de la santé, où la dépendance aux diplôme français complique la reconnaissance des diplômes étrangers, limitant le champ des possibles dans la recherche de ressources pérennes :

« Il faudrait que nous soyons capables de rechercher des compétences en Australie, en Nouvelle-Zélande ou au Canada. Mais nous restons enfermés dans un fonctionnement franco-français, avec des diplômes français nécessitant des équivalences, ce qui pose moins de problèmes en Europe grâce à l'Union européenne. Ici, nous devons sans cesse adapter notre approche et prendre en compte l'écosystème géographique dans lequel nous évoluons. Puisque nous sommes un petit territoire, il est essentiel d'aller chercher ces compétences à l'extérieur. »
(Entretien DGRH du 21/12/2022)

3.1.4 Profils et mobilités des agents non titulaires

Dans le cadre de notre mémoire pour l'obtention de notre master, nous avions mené une étude sur le turnover et la composition des équipes de soins au CHPf. Nous avions interrogé les représentations des agents pérennes à l'égard des agents contractuels, originaires de métropole. Ces perceptions, ancrées dans des expériences collectives et individuelles, influencent les dynamiques des équipes. Les agents pérennes classifient généralement les contractuels en trois grandes catégories : les « expatriés », les conjoints de fonctionnaires métropolitains (incluant les militaires et gendarmes) et les « sac-à-dos ».

3.1.4.1 Les « expatriés »

Les « expatriés » sont des professionnels de santé venant de métropole avec un projet explicite d'installation durable en Polynésie française. Cette catégorie représente une minorité parmi les candidats, mais elle se distingue par une recherche de stabilité professionnelle et personnelle. Ces agents recherchent une pérennité d'emploi et adoptent une stratégie proactive en démarchant différentes institutions pour obtenir des contrats longs et sécurisants. Leur objectif est de réussir le concours d'intégration dans la fonction publique. Cette démarche traduit une volonté de s'ancrer durablement sur le territoire, et contribue à une stabilisation des équipes de soins.

3.1.4.2 Les conjoints des fonctionnaires métropolitains

Cette catégorie regroupe principalement les conjoints de fonctionnaires d'État affectés en Polynésie française pour des périodes définies, comme les militaires et les agents de l'éducation nationale. Ces affectations institutionnelles, généralement d'une durée de deux à quatre ans, impliquent une installation temporaire avec leur famille. Pour les structures de soins, ces conjoints représentent une opportunité pour renforcer les équipes soignantes. Souvent issus d'établissements métropolitains, ils apportent des compétences spécifiques et une expérience professionnelle enrichissante pour le CHPf. En effet, il est fréquent que les conjoints exercent une profession de santé. Cependant, leur présence est marquée par une temporalité intrinsèque qui renforce la nature transitoire de leur engagement. Comme l'exprime la directrice des ressources : ce sont des agents *« nomades »*[38] :

« Les conjoints d'expatriés, c'est un peu la même chose… On sait quand ils arrivent, on sait quand ils repartent. C'est clair, ils sont là pour un an, deux ans, trois ans, et puis c'est tout. » (Entretien DRH du 30/11/2022)

3.1.4.3 Les « sac-à-dos »

La troisième catégorie, surnommée les « sac-à-dos ». Ces agents sont généralement motivés par des expériences de courte durée, combinant travail et découverte culturelle dans un environnement insulaire.

Une exploration antérieure à la thèse : le point de vue des agents pérennes.

Les verbatims présentés dans cette sous-partie sont issus d'un travail exploratoire mené en 2019-2020 dans le cadre de notre mémoire de master[39]. À l'époque, nous avions déjà identifié le turnover comme un phénomène structurel affectant la stabilité des équipes de soins au CHPf. Notre intuition de départ portait sur l'idée qu'il était possible, malgré cette instabilité, de faire exister un collectif de travail durable par des comportements interindividuels favorable à la cohésion. Nous nous étions alors orienté vers le concept des comportements de citoyenneté

[38] Entretien DRH du 30/11/2022. p.12

[39] Leroy, B. (2020*). La citoyenneté organisationnelle : Levier pour le cadre de santé. Agir sur le bien-être au travail en outre-mer* (Mémoire de master, DIEF CHU Angers). DIEF CHU Angers. https://chuangers.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=45ny431

organisationnelle (CCO) (Organ, 1988), comme leviers d'ajustement du bien-être au travail. Pour mieux comprendre les représentations sur la situation, nous avions choisi de recueillir les perceptions des agents pérennes à l'égard des professionnels qualifiés de « sac-à-dos ». Ces entretiens visaient à comprendre comment ces derniers étaient perçus en termes d'implication, de partage et d'engagement au travail. Ce travail préliminaire (inscrit dans une posture d'apprenant) a nourri notre questionnement doctoral et servi de point de départ à une réflexion élargie sur les effets organisationnels du turnover et les formes de régulations qu'il appelle. Dans cette thèse, nous avons choisi de réintégrer ces matériaux à des fins exploratoires et de mise en perspective, tout en les confrontant aux réalités actuelles observées sur le terrain. Cette démarche s'inscrit dans une posture réflexive assumée, entre continuité et renouvellement de notre regard sur les dynamiques professionnelles hospitalières.

Ainsi, à travers neuf entretiens semi-directifs réalisés auprès d'agents titulaires du CHPf, cinq thèmes clés ont émergé :

- Le profil des agents « sac-à-dos » : ces professionnels sont souvent jeunes, dynamiques et motivés par une quête d'expérience nouvelle plutôt que par une recherche de stabilité à moyen et long terme.
- Ce qu'ils viennent chercher en Polynésie Française : l'attractivité du territoire et l'opportunité de diversifier leur parcours professionnel ; cela constitue le moteur principal de leur engagement.
- Les avantages : leur présence est jugée bénéfique pour compenser les déficits en personnel, tout en apportant leurs compétences.
- Leur implication au travail : les pérennes peuvent être réservés quant à leur engagement et ils sont perçus comme moins investis.
- Des attitudes de partage et d'entraide : bien que présents de manière transitoire, les « sac-à-dos » développent souvent des relations positives avec leurs collègues favorisant la dynamique d'équipe.

Cette classification révèle des perceptions contrastées qui influencent la gestion des ressources humaines et les relations interpersonnelles au CHPf. Tandis que les « expatriés » et les conjoints de fonctionnaires apportent une stabilité relative, les « sac-à-dos » incarnent un dynamisme transitoire mais nécessaire pour pallier les manques.

L'objectif de ce paragraphe n'est pas de reprendre strictement un travail déjà évalué, mais d'aborder les éléments que verbalisaient en 2019, les agents pérennes. Les verbatim sont regroupés par thèmes qui se dégagent le plus fréquemment des propos des personnes interrogées.

	VERBATIM
PROFIL DES PROFESSIONNELS « SAC-À-DOS » (abordé par 7 des 9 soignants)	*« Un personnel de passage »* (soignant n°1) *« qu'ils n'ont pas forcément envie de s'installer (silence) mais moi euh les personnels sac-à-dos ils servent aussi à remplacer ceux qui sont absents. »* (soignant n°2) *« c'est quelqu'un qui est là pour un temps donné entre 6 mois et 2 ans »* (soignant n°4) *« c'est beaucoup de jeunes qui viennent tenter l'expérience à Tahiti. Ou des femmes de militaires »* (soignant n°5) *« femmes de professeur. »* (soignant n°5) *« C'est vraiment quelqu'un qui est de passage, qui n'est pas dans la durée en Polynésie. En tout cas de par son contrat et tout ça, dans un premier temps, il n'est pas titulaire il n'a pas de CDI donc forcément il n'est que de passage »* (soignant n°7) *« ces gens qui restent une période indéterminée mais qui parfois, généralement restent »* (soignant n°8)

Tableau 5: Profil des professionnels « sac-à-dos » (Auteur)

Le profil des professionnels « sac-à-dos » est diversifié, mais tous s'entendent pour dire qu'ils sont de passage pour une durée plus ou moins définie, en contrat à durée déterminée ; et certains pour suivre un conjoint fonctionnaire.

	VERBATIM
CE QUE VIENNENT CHERCHER LES PROFESSIONNELS « SAC-À-DOS » EN POLYNÉSIE FRANÇAISE (abordé par 8 des 9 soignants)	*« il y en a qui s'arrête pour renflouer les caisses. A priori ça existe et puis il y en a ils arrêtent parce que c'est un vieux rêve la Polynésie et ils veulent poser un peu leurs bagages »* (soignant n°1) *« la Polynésie c'est vraiment un territoire où l'on est pas stressé, bon y'a du stress mais c'est pas le stress de la France quoi ici c'est doucement mais surement hein attention (rire) faut pas trop être pressé (rires) »* (soignant n°2) *« Oui il ne faut pas se mentir parce que le salaire est beaucoup plus motivant ici qu'en France, après la vie paisible »* (soignant n°2) *« De découvrir la population (silence) certains…d'autres c'est purement personnel… faire du sport, plongée avec, plongée avec… un week-end et ils font toutes les îles » (soignant n°3)* *« Du fric »* (soignant n°3) *« Qu'on a aussi un salaire qui est plutôt agréable et que la Polynésie qui est quand même une destination qui est chère sur place s'ils veulent profiter un petit peu sur place et pour pas puiser dans les économies bah ils travaillent »* (soignant n°4) *« Et l'argent »* (soignant n°5) *« le climat et puis l'ambiance à l'hôpital »* (soignant n°6) *« les conditions de travail en métropole sont plus difficiles »* (soignant n°6) *« La reconnaissance aussi »* (soignant n°6) *« un enrichissement personnel, d'autres pratiques, la découverte d'une autre culture, une alternative à la façon de fonctionner popa'ā[40] quoi. »* (soignant n°7) *« c'est l'occasion de quitter un petit peu aussi, des journées difficiles… »* (soignant n°8) *« Le manque de considération et puis les heures qu'ils font hein »* (soignant n°8)

Tableau 6: Ce que viennent chercher les professionnels « sac-à-dos » en Polynésie française (Auteur)

[40] Blanc en *reo ma'ohi*

Les agents pérennes ont des représentations divergentes par rapport à ce que viennent chercher les professionnels « sac-à-dos » en Polynésie française. Les conditions de vie, de travail et la découverte d'un environnement culturel et naturel sont les principales idées mises en lumière.

	VERBATIM
LES AVANTAGES (abordé par 6 soignants sur 9)	*« de par ses voyages, de sa pratique à lui il peut m'apprendre aussi pleins de choses »* (soignant n°1) *« qui va me mettre en difficulté sur des choses qui sur lesquelles je me suis peut-être jamais posé la question c'est euh ça remet en question aussi »* (soignant n°1) *« de nouvelles manières de travailler »* (soignant n°7) *« Ça peut être aussi un enrichissement personnel »* (soignant n°7) *« ça peut être un partage d'expérience »* (soignant n°7) *« le côté positif c'est que ça va te rebooster et parce que tu vas devoir lui montrer des choses, tu vas vouloir un peu vanter les mérites de ton service »* (soignant n°4) *« il y a des choses positives et il y a des choses négatives »* (soignant n°8) *« Un personnel qui a la possibilité d'apporter des choses nouvelles »* (soignant n°1) *« Et des gens qui sont plus dans le partage d'expérience »* (soignant n°4) *« parce que des fois on est bien content, qu'il y ait des personnes qui remplacent mais qui ne sont pas d'ici (silence) »* (soignant n°2)

Tableau 7: Les avantages (Auteur)

Les agents « sac-à-dos » apportent de nouvelles compétences, permettent un partage d'expériences et d'interroger les pratiques.

	VERBATIM
INVESTISSEMENT AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS « SACS-À-DOS » (abordé par 8 soignants sur 9)	*« Du branleur à celui qui a envie de découvrir une culture, qui est curieux, avec des valeurs personnelles »* (soignant n°1) *« moi je dirai bonne…en chir…avec ceux que j'ai croisés, ils sont impliqués quand même »* (soignant n°2) *« Après moi je trouve que ces dernières années ils restent quand même vachement professionnels, plus qu'avant », « Du papillonnage je crois que c'est même (silence) c'est faire semblant »* (soignant n°3) *« Ils ne vont pas… quel adjectif je pourrais trouver (silence) elle est limitée. On ne se mouille pas trop, on ne fait pas trop de vagues et voilà tu fais tes heures quoi »* (soignant n°4) *« l'implication au travail finalement, dépend un peu de la durée euh à laquelle ils vont rester.* *I : Ouais ! ouais, ouais. »* (soignant n°5) *« Bah après, il y en a qui viennent et qui s'investissent et d'autres pas, donc, ce n'est pas du sérieux, moi je trouve »* (soignant n°6) *« ces gens-là, peut-être qu'ils sont détachés sur des choses pour lesquelles, nous on va peut-être être trop exigeant et se poser trop d'objectifs et puis des fois, on a tendance à être trop, enfin pas assez détaché vis-à-vis du travail »* (soignant n°8) *« Je disais sur les 85-90% juste des exécutants de passage, top et puis laisser et on se barre. Et sur les 15% restant, il y a quand même, on arrive quand même à trouver, mais très rarement des gens qui veulent quand même s'investir, même s'ils ne sont là qu'une journée »* (soignant n°9)

Tableau 8: Investissement au travail des professionnels « sac-à-dos » (Auteur)

L'implication, l'investissement au travail des personnels « sac-à-dos » est perçu par les personnels pérennes comme variable.

	VERBATIM
DES ATTITUDES DE PARTAGE ET D'ENTRAIDE (abordé par 7 soignants sur 9)	*« de par ses voyages, de sa pratique à lui il peut m'apprendre aussi pleins de choses »* (soignant n°1) *« ça nous permet de connaître d'autres cultures, de partager d'autres choses, d'autres opinions, d'autres expériences. »* (soignant n°2) *« Je préfère la personne curieuse mais dans le bon sens de la curiosité qui même s'ils font des petites bourdes, ce n'est pas grave, on rattrape mais ils apprennent »* (soignant n°3). *« Et des gens qui sont plus dans le partage d'expérience » (soignant n°4)* *« qu'on soit tous bienveillants. »* (soignant n°5) *« on est là pour justement encadrer son collègue dans des soins qu'ils n'ont jamais fait. Il faut que je montre »* (soignant n°6), *« ta collègue elle galère un peu donc tu l'aides un peu donc elle vient te solliciter et vice versa »* (soignant n°6). *« ça peut être un partage d'expérience »* (soignant n°7)

Tableau 9: Des attitudes de partages et d'entraide (Auteur)

Nous constatons, que les attitudes d'aide et d'entraide sont présentes afin de former le personnel « sac-à-dos ». De plus, l'échange d'expériences est recherché et semble apprécié pour la majorité des personnels pérennes interrogés.

Les entretiens menés auprès des agents pérennes révèlent une perception nuancée et diversifiée des professionnels qualifiés de « sac-à-dos ». Ces représentations sont influencées par les motivations des « sac-à-dos » à travailler en Polynésie française, et par leur engagement dans leurs fonctions. Pour les agents pérennes, « les sac-à-dos » se distinguent par leur nature itinérante et leur quête d'expériences nouvelles. Ces agents perçus comme des voyageurs, arrivent en Polynésie française pour découvrir un cadre de vie qu'ils jugent avantageux. Toutefois, leur profil n'est pas homogène. Certains « sac-à-dos » s'impliquent activement témoignant d'un véritable intérêt pour leur travail et l'organisation du service. D'autres, en revanche, abordent leur séjour de manière plus opportuniste, avec un engagement au travail variable selon leurs motivations personnelles et la durée de leur contrat. L'engagement des « sac-à-dos » joue un rôle clé dans la perception qu'en ont les agents pérennes. Lorsqu'un « sac-à-dos » démontre une forte implication, il bénéficie d'une bonne réputation dans son équipe. Les pérennes déclarent être plus enclins à offrir leur aide à un collègue engagé et motivé,

renforçant ainsi une dynamique positive de collaboration. Les « sac-à-dos » sont aussi valorisés pour les compétences qu'ils apportent aux pérennes. Ayant souvent acquis des compétences variées et des méthodes de travail différentes au cours de leurs expériences professionnelles dans d'autres structures, ils contribuent à un partage de savoir-faire. Ce transfert de compétences et de connaissances est perçu comme une opportunité par les pérennes, qui en retirent un enrichissement professionnel mutuel. Cependant, l'accueil des « sac-à-dos » nécessite une période d'intégration. Les pérennes reconnaissent l'importance de former leurs collègues dès leur arrivée, pour les rendre opérationnels rapidement. Une culture d'entraide s'est développée dans les équipes soignantes, marquée par l'accueil et l'accompagnement des « sac-à-dos » dans leur prise de poste.

Ces premiers éclairages offrent un point d'entrée intéressant pour comprendre les effets du turnover sur les dynamiques collectives. À travers les représentations croisées des agents pérennes et des « sac-à-dos », se dessine la manière dont les équipes négocient au quotidien les tensions induites par l'instabilité des effectifs. Ce turnover modifie les équilibres du collectif de travail, recompose les alliances implicites et renforce les tensions autour de la reconnaissance, de l'engagement et de la transmission. Dans la suite de ce chapitre, nous présentons les conséquences concrètes de cette instabilité sur les dynamiques collectives, en mobilisant des scènes de service, des trajectoires professionnelles et des verbatims d'agents engagés dans ces reconfigurations permanentes.

3.2 Faire équipe malgré l'instabilité : effets du turnover sur les dynamiques collectives

3.2.1 La surcharge invisible des agents pérennes

Dans un contexte d'instabilité structurelle des ressources humaines, les agents titulaires du CHPf, qualifiés ici de « pérenne », se trouvent régulièrement sollicités pour assurer la continuité et l'équilibre des services. Le turnover important impose un cycle de renouvellement constant du personnel, qui s'accompagne de tâches répétées d'accueil, de transmission des pratiques, de formation sur le terrain et de régulation des comportements professionnels. Alors que ces responsabilités ne figurent pas formellement dans leur fiche de poste, elles constituent une réalité largement partagée. Comme le montre l'entretien DRH du 30/11/2022 :

« Le coût du turnover… c'est quelque chose d'énorme ! Je n'ai plus les chiffres en tête ».

Ce coût qualifié d'énorme, prend en compte non seulement des coûts économiques directs mais aussi des effets indirects sur les dynamiques collectives, les tensions internes et l'usure progressive des agents en poste. Ces effets se traduisent dans la vie de service et les interactions ordinaires. Par exemple, dans l'un des verbatims d'agent pérenne (soignant n°2), il verbalise : *« les sac-à-dos ils servent aussi à remplacer ceux qui sont absents ».* Ce rôle attribué aux « sac-à-dos » rend les pérennes coresponsables de leur intégration avec pour effet une surcharge organisationnelle et émotionnelle. Dans un autre extrait, un soignant souligne :

« Je disais sur les 80-95% juste des exécutants de passage, top et puis on laisse et on se barre. Et sur les 15% restant, il y a quand même… des gens qui veulent quand même s'investir, même s'ils ne sont là qu'une journée » (soignant n°9).

Ces propos illustrent le scepticisme et la prudence, qui s'installent parfois chez les pérennes face à une succession de collègues à intégrer sans garantie de stabilité. Cette régularité dans l'accueil de nouveaux agents, souvent de passage, crée un climat de vigilance, aussi de fatigue, face aux sollicitations répétées. Dans ce contexte, les pérennes peuvent moduler leur engagement en fonction des signaux envoyés par les nouveaux arrivants. Comme le rappelle un autre soignant :

« Moi je préfère la personne curieuse mais dans le bon sens de la curiosité… même s'ils font des petites bourdes, ce n'est pas grave, on rattrape mais ils apprennent » (soignant n°3).

L'accompagnement devient une variable d'ajustement, qui dépend de la durée perçue du séjour, de l'investissement du nouvel arrivant et de la capacité du collectif à absorber ces mouvements sans rupture de cohésion. Les effets de cette surcharge, invisibles dans l'organigramme, affectent fortement les logiques d'entraide, de responsabilité partagée et de régulation implicite. Ils participent à reconfigurer les équilibrent internes des équipes et à modifier la manière dont le collectif se (re)construit.

3.2.2 La difficulté à stabiliser les compétences

L'un des effets les plus marquants du turnover au CHPf réside dans l'instabilité des compétences au sein des équipes de soins. L'instabilité des effectifs fragilise la consolidation d'un socle de compétences pérennes, ce qui rend difficile l'appropriation fine des savoirs et des habitudes spécifiques à chaque service. Cette fragilité impacte, en cascade, la qualité et la sécurité des soins. L'organisation du travail s'en trouve fragilisée. Les équipes doivent sans cesse intégrer des nouveaux agents, adapter les habitudes, réexpliquer les us et coutumes, les procédures et souvent assumer des tâches partielles en l'absence de personnel qualifié. Cette instabilité génère des effets d'autant plus marqués que certains postes restent vacants faute de candidats durables. Dans certains cas, l'absence de stabilité dans les affectations empêche le développement de compétences spécifiques, rendant difficile la maîtrise des outils, des espaces ou des habitudes de service. Le recours à des professionnels « sac-à-dos » devient alors une réponse conjoncturelle, mais non sans effet sur la qualité des soins et la dynamique collective.

Cette difficulté se conjugue à un autre phénomène structurel, celui de la fragilité de la démarche qualité au CHPf. L'absence d'un cadre de certification externe, combinée à une faible valorisation institutionnelle et culturelle de la formalisation écrite, freine l'ancrage d'une véritable démarche qualité. Ce vide référentiel laisse les équipes et particulièrement les nouveaux arrivants, sans repères stables. En l'absence de protocoles stabilisés ou réactualisés, d'outils partagés et d'organisations durables, il leur est plus difficile d'interpréter les pratiques en vigueur ou de garantir une continuité des soins. À l'inverse, le turnover lui-même alimente cette instabilité en empêchant la consolidation d'une culture qualité collective.

Vignette informative

Durant ces dernières années, le CHPf a été confronté à un phénomène inédit qui a fragilisé la stabilité des équipes et accentué le turnover. Après la vague de la COVID-delta, Tahiti a connu une immigration significative de soignants en provenance de métropole.

À titre d'exemple, entre janvier et juillet 2022, le secrétariat de la Direction de la Coordination et de l'Offre de Soins du CHPf a reçu 276 candidatures spontanées d'IDE. Cette affluence constitue une opportunité pour le recrutement car :

- Le nombre de candidatures permet de sélectionner des profils en adéquation avec les besoins des équipes tant sur le plan des compétences techniques que relationnelles.
- L'hôpital peut proposer des contrats courts afin de maintenir un certain engagement au travail de la part des « sac-à-dos » et d'éviter l'effet « touriste ». Le nouvel arrivant conscient de la forte concurrence, est incité à s'investir. Cependant, cette stratégie comporte un risque : si un soignant ne correspond pas aux attentes, son départ prématuré alimente davantage le turnover.

Il convient ici de rappeler que cette difficulté à retenir les profils compétents s'explique non seulement par l'absence de dispositif structuré de stabilisation des équipes mais aussi (comme nous l'avons évoqué précédemment) par l'obsolescence des cadres statutaires en vigueur, tant au niveau de la fonction publique territoriale que dans le statut même du CHPf. Ces cadres réglementaires, insuffisamment adaptés aux réalités contemporaines du recrutement et de la mobilité, rendent difficile la construction de parcours professionnels pérennes. En conséquence, les agents nouvellement recrutés, souvent en contrat à durée déterminée, s'inscrivent dans une temporalité courte (voulue ou subie) qui limite leur intégration. Les dynamiques d'apprentissage collectif sont régulièrement interrompues, l'accompagnement repose sur des ajustements informels et la circulation des savoirs est instable. Cette situation entraîne des réorganisations à flux tendu ce qui accentue la pression sur les agents pérennes. L'ajustement repose sur une adaptation permanente et non sur une planification, amenuisant la possibilité de développer une vision stratégique ou une stabilité professionnelle partagée. Le collectif de travail, en l'absence de socle de compétences stables, doit continuellement se réinventer.

3.2.3 Les représentations croisées : pérennes et « sac-à-dos »

Dans la continuité des représentations exprimées par les agents pérennes (cf. 3.1.4), il apparaît nécessaire de recueillir également la parole des professionnels qualifiés de « sac-à-dos ». Ces entretiens menés dans le cadre de cette recherche, offrent des éléments de compréhension supplémentaires sur la composition des collectifs de travail des équipes de soins du CHPf, en explorant la manière dont ces agents définissent leur propre parcours, leurs motivations et leur rapport à l'équipe. Cinq thématiques ont émergé de ce recueil : le profil des agents « sac-à-dos », les motivations à venir en Polynésie, les avantages perçus, l'engagement au travail et la relation aux équipes en places. Sans prétendre à l'exhaustivité, ces éléments apportent un éclairage complémentaire sur les ressorts subjectifs de l'engagement temporaire et la manière dont il est vécu.

Le tableau suivant présente une sélection de verbatims extraits d'entretiens auprès d'agents contractuels identifiés par leur supérieur hiérarchique comme « sac-à-dos ». Il met en lumière la diversité de leurs parcours, leur mobilité interrégionale ou internationale, ainsi que leur expérience de service variés. Cette matière éclaire la manière dont ces profils s'inscrivent (ou non) dans les collectifs de travail des équipes de soins.

Entretiens	Verbatims
1	*« de l'intérim », « des remplacements en missions longues durées »*
2	*« pool », « libéral », « armée du Salut »*
3	*« j'ai fait différents types de chirurgie, des spécialités, de la chir plastique reconstructive, de la neuro, j'ai fait de la chirurgie digestive, et là j'suis en chir gynéco »*
5	*« beaucoup d'intérim enfin deux mois d'intérim », « Guyane pour 6 mois », « Martinique », « j'ai travaillé dans un service de médecine interne », « la néphrologie, post urgence et médecine, donc pendant 6 à 7 mois », « en service de gériatrie »*

Entretiens	Verbatims
6	*« j'ai fait pas mal de services différents, donc j'ai commencé par de la psychiatrie, au sein de la psychiatrie j'ai fait différents services qu'ça soit psychiatrie fermée, sécurisée, gérontopsy, donc j'avais l'habitude de bouger un peu. J'ai basculé sur de la revalidation polyvalente », « J'ai travaillé dans un service de médecine physique de réadaptation spécialisé dans les amputations diabétiques, pendant pareil à peu près un an et je suis passé sur de la chir ortho traumatologie, j'ai fait ça pendant quasiment deux ans. Sur la dernière année j'ai fait un pseudo mi-temps entre la chir traumato ortho donc l'hôpital, enfin la clinique et infirmier libéral. Donc un parcours assez varié beaucoup de polyvalence dans les soins », « Bruxelles »*
7	*« j'ai commencé par faire de l'intérim », « j'ai fait un an de pool, où j'ai fait un peu tous les services », « réserve sanitaire », « Guadeloupe », « Guyane »,*
8	*« réanimation polyvalente pendant quelques mois », «1 an en réanimation de chirurgie cardiaque et ensuite j'ai décidé de partir à Paris », « 2 ans en réanimation médicale »*
9	*« J'ai beaucoup de service et beaucoup de fois de spécialité ainsi que d'établissement », « chirurgie », « psychiatrie », « soins techniques », « salle de réveil, des remplacements en REA », « Guyane pendant 7 mois »*
10	*« orthopédie », « viscéral », « Nouvelle-Calédonie », « Polynésie », « rééducation », « Corse »*
11	*« médecine gastro-cancérologie », « soins intensifs de neurologie vasculaire », « intérim », « laboratoire », « urgence »*
14	*« 6 ans en service de néphro-greffes et après 2 ans en dialyse »*
17	*« remplacement à domicile », « intérim », « vacation dans l'ASSR », « réanimation », « pool urgence », « Bretagne », « Lyon »*
18	*« médecine interne », « chir cardiaque », « urgences » « Sète », Suisse »*
19	*« parcours c'est hyperpolyvalent », « USLD géronto-psychiatrique », « soins intensifs psychiatriques », « équipe pré-hospitalière », « urgences somatiques », « métropole », « Fort de France », « Nouvelle Calédonie », « Mayotte », « médecine polyvalence et du dispensaire à Saint Pierre et Miquelon »*

Tableau 10: Expériences professionnels des agents « sac-à-dos » (Auteur)

Les « sac-à-dos » évoquent leur motivation à venir en Polynésie française pour le climat et l'environnement : *« envie de soleil, envie de changement »* (Entretien 2 du 22/09/2021), *« le ciel bleu, l'eau bleue »* (Entretien 5 du 10/11/2021). Certains ont des attaches personnelles sur le territoire. Ils expriment également le besoin de rompre avec le rythme de vie métropolitain : *« on avait vraiment envie d'une fracture dans notre mode de vie »* (Entretien 6 du 19/11/2021), *« motivé par ça, un peu l'épuisement euh professionnel […] j'avais besoin de faire autre chose, je pense de couper un peu avec ma routine parisienne »* (Entretien 8 du 22/11/2021). Le désir de découvrir une nouvelle culture est également présent : *« l'envie d'avoir un renouveau, une bouffée d'air frais, de découvrir une nouvelle culture »* (Entretien 8 du 22/11/2021), ainsi qu'un attrait pour les loisirs comme la plongée.

La qualification « sac-à-dos » est intégrée dans les discours managériaux. Les encadrants de proximité reconnaissent leur profil particulier et prennent en considération cette dimension lors du recrutement. Si leur parcours professionnel varié est vu comme un atout : *« la capacité à aller à plusieurs endroits, car ils ont une vision de plusieurs organisations »* (Journée d'observation 1 du 20/07/2022), une certaine réticence demeure, notamment en matière de gestion des plannings ou de flexibilité : « *S*i *c'est d'emblée ça préjuge des emmerdes qu'on va avoir […] Les sac-à-dos ne peuvent pas être aussi exigeants, les galériens sont plus malléables »* (Journée d'observation 1 du 20/07/2022)).

Les cadres de santé sont conscients que l'intégration fréquente d'agents « sac-à-dos » peut déstabiliser le collectif, surtout lorsque les arrivées sont rapprochées. Ils doivent alors concilier les besoins institutionnels avec les attentes des agents pérennes, tout en limitant les risques psychosociaux. L'équilibre et l'équité sont des enjeux quotidiens. Pour faire face à ces tensions, des services adoptent des stratégies d'adaptation. Par exemple, certaines unités refusent de recruter des agents « sac-à-dos » n'ayant pas six mois de présence sur le territoire : *« ça teste leur réelle motivation à travailler »* (Journée d'observation 1 du 20/07/2022). D'autres limitent l'accès à la formation continue autre que celle institutionnalisée : *« la formation continue est théoriquement ouverte à tous les agents, qu'ils soient ANFA, FPT ou ANT. Tous peuvent y prétendre. Cependant, des limites existent : il faut avoir un contrat de plus d'un an et avoir déjà effectué au moins six mois. »* (Entretien FC du 6/12/2022) ; bien que la démarche ne soit pas formalisée.

Scène de service

Le 25/05/2022

N est une infirmière « sac-à-dos » récemment recrutée. Âgée de 23 ans et diplômée depuis un an, elle a été affectée au remplacement d'un IDE titulaire local, T, en arrêt maladie pour six semaines. Lorsque l'arrêt de T est prolongé de deux mois, N continue d'assurer son poste. Son travail est de qualité, mais je suis intrigué par la fréquence de ses demandes d'arrangements de plannings, ce qui me semble inadapté pour une nouvelle arrivante. Il y a encore quelques semaines, elle exprimait son souhait de rester plusieurs années à Tahiti et préférait être affectée à un service fixe plutôt qu'au pool de remplacement. Par ailleurs, lors de sa période de doublage, elle avait été appréciée par les membres de l'équipe. Lors d'une discussion, je lui propose donc la prolongation de son contrat au sein de notre service, une décision validée en amont par ma supérieure. Je l'informe qu'elle sera désormais affectée au service de façon permanente, sauf nécessité, et qu'elle suivra un roulement fixe avec des gardes de jour et de nuit. Elle accepte et nous actons ensemble le renouvellement de son contrat.

Le **matin du 25/05**, comme à mon habitude, j'arrive tôt dans le service pour voir l'équipe de nuit avant leur départ. L'équipe de jour vient d'arriver et les transmissions (ou relève) n'ont pas encore commencé.

Dans la salle de soins se trouvent : Ch, IDE pérenne ; C, IDE ANT en contrat depuis un an ; H, IDE pérenne. N entre dans le service. Depuis une semaine, elle était affectée au service de chirurgie en face, en remplacement de nuit. Elle vient tout juste de terminer sa garde. Elle ne dit pas bonjour. Ch, intriguée, lui demande qui elle est. En effet, N a principalement travaillé avec la contre-équipe et l'équipe du jour ne la connait pas. Sans préambule, elle demande son planning.

Moi : *« Regarde je viens de l'afficher hier ».* N ne prend pas la peine de la consulter et entre directement dans la salle de soin. Le dialogue s'engage :

N : *« Je voulais voir avec toi car en juillet ma famille vient ».*

Moi : *« Oui et ? »*

N : *« Pour les repos »*

Moi : *« N je viens avec ton accord de renouveler ton contrat. Celui que tu remplaces n'avait pas de CA (congés annuels) prévus. »*

N : *« Oui mais je veux être de jour »*

Ch lève un sourcil, interpellée par l'aplomb de la demande. H et C se tournent vers nous, attentifs à l'échange.

Dans le service, les plannings des titulaires sont établis trois mois à l'avance afin qu'ils puissent organiser leur vie de famille. Toute modification leur est communiquée en amont sauf nécessité de service (absence à pallier, répartition des compétences…). Cette dynamique, instaurée dès mon arrivée, vise à « sécuriser » les nouveaux. Les pérennes jouent le jeu volontiers, dans un esprit de réciprocité fondé sur un accord de « donnant/donnant » entre eux et moi. Les nouveaux arrivants sont informés dès leur prise de poste qu'ils sont là pour pallier l'absentéisme. N en était consciente dès le départ. Sa demande soudaine me laisse donc perplexe.

Moi : *« Je suis désolé, T était de nuit sur cette période. »*

N : *« Tu m'as dit qu'on ne faisait que 2 mois de nuit dans l'année. »*

Moi : *« Je ne crois pas, les IDE font 6 mois. Le reste est un arrangement entre les binômes, je les laisse autonome. »*

N : *« Oui mais je ne veux pas ! H doit passer de nuit ».*

H est à côté. Je tombe des nues et commence à m'agacer.

Moi : *« Écoute, H et T s'arrangent entre eux car les 2 ont des enfants en bas âge. Je ne casserai pas une dynamique et une organisation pour une seule personne. »*

N : *« Oui mais je ne supporte pas les nuits, je suis anémiée »*

Depuis son arrivée, N a fait cinq nuits, réparties sur quinze jours.

N : *« Je fais des mois entiers de nuits »*

Moi : *« Déjà tu viens à peine de commencer une série et en plus tu le savais que tu aurais des nuits, je ne te l'ai pas caché. »*

N : *« Oui mais de nuit, je ne peux pas, je suis ici pour profiter et là je ne peux pas ».*

Je me ferme. L'équipe, abasourdie, la fusille du regard ; attendant ma réponse.

Moi : *« N si c'est profiter de la Polynésie, je comprends. Tu es dans un hôpital qui fonctionnait avant toi. J'ai 75 CV d'IDE en attente, qui veulent bosser. »*

N : *« Oui mais je suis anémiée ».*

Moi : *« Le rythme ne te convient pas et tu veux profiter, il n'y a pas de soucis. Tu n'es pas la première, ni la dernière, juste la quinzième cette année ».*

Elle réalise la portée de ses propos et son visage se ferme.

Moi : *« Je t'invite à ne pas signer ton renouvellement et de postuler sur l'Aranui (bateau de croisière) ou la DS, tu feras des missions dans les îles et tu profiteras ! À toi de choisir et tiens-moi au courant ».*

Nous nous séparons sous les regards médusés de l'équipe.
« Elle ne manque pas d'air » « Jamais on aurait osé » « Encore une en vacances ».

J'apprends plus tard que N a tenté de négocier directement avec les équipes de nuit du service. Les AS locales lui auraient répondu : *« Tu vas te faire jeter, c'est à toi de t'adapter tu viens d'arriver ».*
Elle a ensuite contacté ma supérieure pour une ultime négociation. Celle-ci lui oppose une fin de non-recevoir, rappelant qu'elle soutient la hiérarchie de proximité dans la gestion des plannings. Ma supérieure du moment est une tahitienne.

Le 7/06/2022, N appelle ma cadre supérieure, qui revient de congés, pour tenter une dernière négociation. Depuis notre discussion, elle se fait très discrète, presque fuyante. Je ne la croise plus. La réponse reste la même, N décide finalement de ne pas signer son renouvellement. Un peu plus tard, je surprends une discussion dans le couloir entre les deux IDE pérennes de nuit. Elles évoquent les exigences de N et ne les approuvent pas.
« C'est encore à nous de nous adapter ! » « Fiu encore une en vacances ! »

Les pérennes lui ont expliqué que même elles devaient faire des nuits, que personne n'aimait ça, mais que cela faisait partie du travail. N s'est retrouvée isolée car les pérennes n'approuvaient pas ses demandes.

Le 10/06 /2022, elle quitte le service sans un mot, glissant son badge dans une enveloppe. Depuis notre échange, je ne l'ai pas revue.

3.2.4 Le collectif au prisme de l'incertitude

Le collectif de travail des équipes soignantes au CHPf ne peut être appréhendé comme une entité figée ou stabilisée. Il se construit dans un contexte d'incertitude organisationnelle marquée par la mobilité des agents, la diversité des temporalités contractuelles et les ruptures dans les continuités professionnelles. Cette instabilité s'additionne à la pluralité des profils

culturels présents dans les équipes. Les équipes de soins sont en effet composées d'agents d'origines diverses : polynésiens (tahitiens, marquisiens, paumotu, etc.), des *popa'ā*[41] qui ont grandi ou vivent depuis de nombreuses années en Polynésie française, des *tinitō*[42], ou encore des métropolitains. Les profils des professionnels varient largement, allant de la « mama » tahitienne, agent de service hospitalier fonctionnaire ayant consacré sa carrière au CHPf, jusqu'au chirurgien métropolitain de passage pour quelques mois, en passant par l'infirmière sortie de l'institut de formation de Tahiti, qui a exercé dans l'établissement durant toute sa carrière et le jeune diplômé métropolitain pour qui Tahiti et le CHPf ne sont qu'une étape dans un voyage autour du monde et dans sa carrière. Cette diversité culturelle, source de richesse, complexifie aussi les dynamiques, les manières d'exprimer ou de contenir les tensions, ainsi que les attentes implicites autour du travail en équipe. À cette diversité s'ajoute une autre forme d'hétérogénéité, plus structurelle : celle des métiers présents dans les services de soins. Le collectif de travail est constitué d'agents aux fonctions diverses (infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier, cadre de santé, secrétaire médicale, etc.) dont les temporalités, les responsabilités et les attentes vis-à-vis du travail d'équipe ne sont pas toujours convergentes. Cette pluralité professionnelle, combinée à la diversité des origines et des statuts, accentue les risques de malentendus et fragilise l'alignement entre aspirations individuelles et les objectifs institutionnels.

Le collectif se forme ainsi moins sur la base d'une stabilité institutionnelle que sur des régulations permanentes, des compromis localisés et des efforts d'ajustement continus, souvent informels et silencieux.

[41] Blanc en *reo ma'ohi*
[42] Chinois en *reo ma'ohi*

Scènes de service

Durant l'année 2021-2022, le service de chirurgie orthopédique et traumatologique a accueilli plusieurs infirmiers contractuels en dehors des dispositifs de la réserve sanitaire, de la solidarité nationale et des renforts de Nouvelle-Calédonie. Parmi les sept infirmiers, seuls trois faisaient encore partie de l'équipe en mai 2022. Deux ont quitté leur poste pour des raisons personnelles, tandis que les deux autres sont partis, insatisfaits de leur expérience. Trois parcours méritent d'être racontés, ceux de C1, C2 et L.

C1, une infirmière expérimentée, âgée de 30 ans originaire de métropole, a exercé dans de grandes structures du nord de la France et a passé un an à Mayotte avant d'arriver en Polynésie. En couple avec un tahitien rencontré en métropole, elle s'inscrit dans une dynamique d'installation durable sur le territoire. Son conjoint, tatoueur, a ouvert son studio. Bien que bien intégrée au CHPf, elle envisage déjà un projet professionnel alternatif : la création d'un centre d'éducation thérapeutique du patient avec une amie. Dès son arrivée, C1 s'est distinguée par sa flexibilité, son sourire constant et son esprit d'entraide. Son intégration a été facilitée par ses compétences professionnelles et son attitude positive. Son conjoint ayant tatoué plusieurs membres de l'équipe, elle a renforcé ses liens avec ses collègues et s'est rapidement imposée comme une « ancienne » du service.

C2, 26 ans, infirmier diplômé depuis deux ans, célibataire et métropolitain, vivait à Tahiti sa première expérience d'expatriation. Sans véritable projet défini sur le fenua, il se laissait « porter ». Grand, blond, musclé et aux yeux bleus c'est le « bogoss » de l'équipe, apprécié pour son humour et sa personnalité taquine. Surnommé « l'ados », il jouit d'une bonne intégration malgré certains manquements. S'il a su créer des liens forts avec ses collègues (particulièrement en apprenant à cuisiner le poisson avec les aides-soignantes tahitiennes, lors des gardes de nuit et en partageant leur passion pour la pêche), il a aussi suscité des tensions.

Son manque d'implication dans les tâches annexes du service, telles que le ménage, les vérifications administratives et matérielles, ainsi que l'entretien du bac de décontamination, lui a été reproché par les membres pérennes de l'équipe. Ces activités essentielles au bon fonctionnement du service ont généré des frictions et mis en évidence un décalage entre son engagement et les attentes collectives.

L, originaire de métropole, est infirmier diplômé depuis six ans et a exercé plusieurs années en Belgique. En couple avec une sage-femme, il s'est rapidement intégré à l'équipe, faisant preuve d'un esprit de partage et d'un tempérament calme. Passionné de sport et adepte du bodybuilding, il s'entraînait régulièrement avec T, un titulaire local. Son engagement professionnel s'est distingué par un travail de qualité et un réel intérêt pour la culture polynésienne. Cependant, à l'instar de C2, L s'est vu reprocher son manque d'investissement dans les tâches annexes du service, bien que celles-ci soient clairement identifiées dans un *listing* affiché et mentionnées dans le livret d'accueil. Ces activités, considérées comme faisant partie de la routine du service, étaient essentielles au bon fonctionnement de l'équipe. Malgré une intégration réussie sur le plan professionnel et relationnel, L a finalement quitté son poste, sa conjointe éprouvant des difficultés à s'adapter à la vie en Polynésie.

Ces scènes de service illustrent la manière dont le collectif est constamment réajusté face à la diversité des profils, des engagements et des projets individuels. Loin d'être un acquis, il résulte d'un équilibre fragile, rendu incertain par les variations permanentes des équipes et les perceptions différenciées de ce que signifie « faire équipe ».

Dans ce contexte mouvant, où se mélangent des statuts d'emploi variés, des temporalités hétérogènes et des appartenances culturelles multiples, la régulation du collectif ne relève ni du seul protocole ni de la seule bonne volonté. Elle suppose des arbitrages permanents, souvent informels, qui posent avec acuité la question du rôle de ceux qui organisent, ajustent et maintiennent le cadre au quotidien. La figure du cadre de santé émerge alors en toile de fond, non pas comme une autorité hiérarchique formelle mais comme un acteur central des régulations implicites, garant temporaire d'un collectif en perpétuelle recomposition. Cette émergence progressive du cadre de santé comme acteur du et pour le collectif de travail des équipes de soins, mérite à présent d'être présentée de manière approfondie, à la lumière des réalités institutionnelles et managériales du CHPf.

3.3 Posture managériale et réflexivité dans un collectif en recomposition

3.3.1 Du statut de surveillante à la professionnalisation managériale

Le cadre de santé occupe aujourd'hui une position essentielle dans l'organisation des services de soins. Toutefois, cette profession n'a acquis une reconnaissance officielle qu'avec l'arrêté

du 18 août 1995. Auparavant, les fonctions étaient assumées par des surveillantes, infirmières expérimentées désignées par les médecins-chefs de service pour superviser les équipes paramédicales. Ces surveillantes tenaient un rôle de « super infirmières » aguerries à l'organisation des soins, la gestion du matériel et les relations interservices, tout en restant subordonnées à l'autorité médicale. Leur nomination et leur évolution professionnelle dépendaient principalement de l'ancienneté et de l'approbation des médecins-chefs. L'évolution vers le statut actuel de cadre de santé s'inscrit dans un processus de professionnalisation et de reconnaissance, répondant aux transformations des politiques nationales de santé et des réformes de gouvernance hospitalière. Le cadre de santé est désormais reconnu comme un manager de proximité, un gestionnaire et un expert en organisation des soins. Aujourd'hui, les cadres de santé assument des responsabilités multiples :

- Gestion des équipes soignantes : gestion des ressources humaines, accompagnement dans le développement des compétences, évaluation.
- Organisation et planification des activités de soins : garantir la sécurité et la qualité des soins et optimisation des ressources allouées.
- Gestion de projet : initiation et pilotage de projets pour l'amélioration des parcours de soins et des conditions de travail.

Le cadre de santé se trouve dans une position hybride et parfois ambiguë : tantôt ex soignant, tantôt représentant des équipes paramédicales, tantôt représentant de la direction, tantôt partenaire du corps médical, etc. Cette complexité témoigne de son rôle stratégique mais génère des conflits identitaires.

L'accès au métier de cadre de santé est accessible à l'ensemble des professionnels paramédicaux et médicotechniques (infirmiers et infirmiers spécialisés, kinésithérapeute, diététicien, manipulateur en électroradiologie médicale, ergothérapeute, psychomotricien, technicien de laboratoire et préparateur en pharmacie hospitalière) après quatre années d'expérience professionnelle. La formation d'une durée d'un an est dispensée dans les Instituts de Formation de Cadre de Santé (IFCS) et permet aux candidats de professionnaliser en management et en gestion, en appréhendant les concepts et les techniques. Ces dernières années, les IFCS ont amorcé une dynamique d'intégration au système universitaire, proposant des parcours de double diplôme en partenariat avec les universités. Ces formations permettent d'obtenir un master en sciences de gestion et management, sociologie ou sciences de l'éducation, élargissant ainsi les perspectives des cadres de santé en les exposant à des techniques et à une réflexivité issues d'autres organisations.

Le cadre de santé est aujourd'hui un partenaire indispensable dans la mise en œuvre des gouvernances hospitalières, par leur expertise en management de la santé de proximité. Il participe aux organismes décisionnaires, mais cette situation reste fragile.

	Surveillant infirmier	Cadre de santé
Rôle et missions	- Supervision des équipes, - gestion des soins, - coordination inter-service, - formation et encadrement du personnel, - gestion du matériel et des ressources, - lien avec patient et famille, - production de rapport d'activité.	- Gestion et management de l'équipe de soins (ressources, matériel, vie de service), - planification et organisation des soins, - qualité et sécurité des soins, - formation et développement des compétences, - veille législative, - gestion de projets.
Cadre réglementaire	Notion de surveillante infirmière dès 1933	Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.
Formation	Aucune	- 9 mois de formation diplômante dans un Institut de Formation des cadres de santé (IFCS). - Intégration de la profession dans un parcours pour l'obtention d'un master 1 ou 2 (selon IFCS) dans le domaine gestion, sanitaire et social et/ou pédagogique.
Accès à la formation	Aucun	- Concours d'entrée. - Période de faisant-fonction.

Tableau 11: Comparatif de la profession de cadre de santé avant et après l'arrêté de 1995 (Auteur)

3.3.2 Cadre de santé au CHPf : entre reconnaissance institutionnelle et contraintes structurelle

En Polynésie française, le métier de cadre de santé est reconnu réglementairement et intégré dans les établissements de santé. Cependant, plusieurs spécificités locales viennent différencier cette fonction de son équivalent métropolitain et en complexifient l'exercice. Tout d'abord, la Polynésie française ne dispose pas d'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Les professionnels qui souhaitent accéder à cette fonction doivent se rendre en métropole pour suivre la formation d'un an, dans le cadre d'une promotion professionnelle. Cette contrainte géographique et logistique constitue déjà un filtre important à l'entrée dans la fonction, en particulier pour les agents natifs du territoire. Le vivier local de cadres formés reste donc limité, ce qui renforce la fragilité des dynamiques managériales locales et accentue la dépendance aux parcours métropolitains.

Au-delà de la formation, l'ensemble de la structuration managériale reste marqué par un cadre institutionnel hérité d'une organisation antérieure. Contrairement à la métropole, où les cadres de santé s'inscrivent dans une ligne hiérarchique paramédicale clairement définie, ceux exerçant en Polynésie française demeurent placés sous l'autorité des chefs de service médicaux. Cette hiérarchie, conforme à la législation locale encore largement inspirée de l'ancienne *loi Barzach*, maintient une subordination médicale forte qui restreint leur autonomie, notamment lorsqu'il s'agit d'initier des projets, de soutenir des dynamiques collectives ou d'assurer une médiation autonome des problématiques. Cette situation engendre un paradoxe identitaire. D'une part, les cadres de santé sont reconnus comme garants de la continuité des soins, porteurs des réformes organisationnelles et relais des politiques de modernisation. D'autre part, leur champ d'action demeure limité par une culture professionnelle encore dominée par l'autorité médicale, où les décisions organisationnelles restent sous la responsabilité des médecins-chefs. Ces derniers, n'ayant pas de formation en management, en gestion de projet ou en organisation des soins accentuent l'asymétrie entre compétences médicales et compétences managériales, rendant parfois difficile la co-construction d'une stratégie commune. Les organigrammes reflètent d'ailleurs cette dualité hiérarchique. Tandis que la métropole propose une chaîne hiérarchique paramédicale claire et autonomisée (cf. Figure 6), le CHPf conserve un modèle dans lequel le cadre de santé reste sous la responsabilité du chef de service médical (cf. Figure 7). Cette différence structurelle ne se réduit pas à un détail administratif, elle influe directement sur la posture du cadre de santé, sur son niveau d'autonomie et sur la capacité des équipes à reconnaître son autorité.

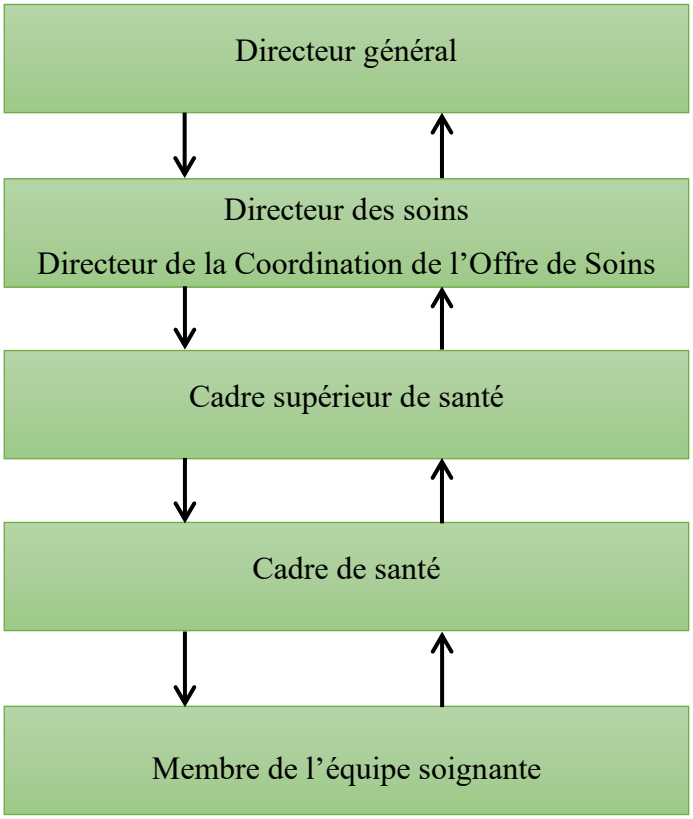


Figure 6: Ligne hiérarchique paramédicale dans les hôpitaux métropolitains (Auteur)

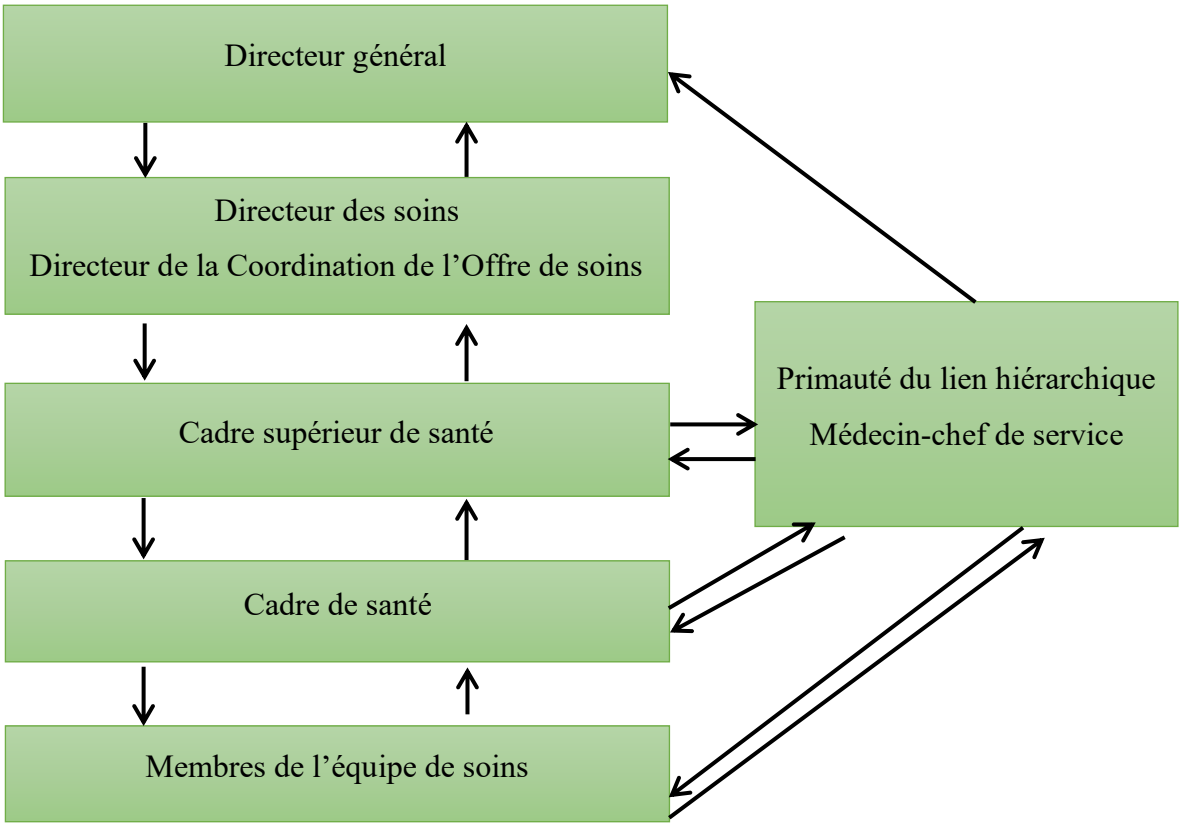
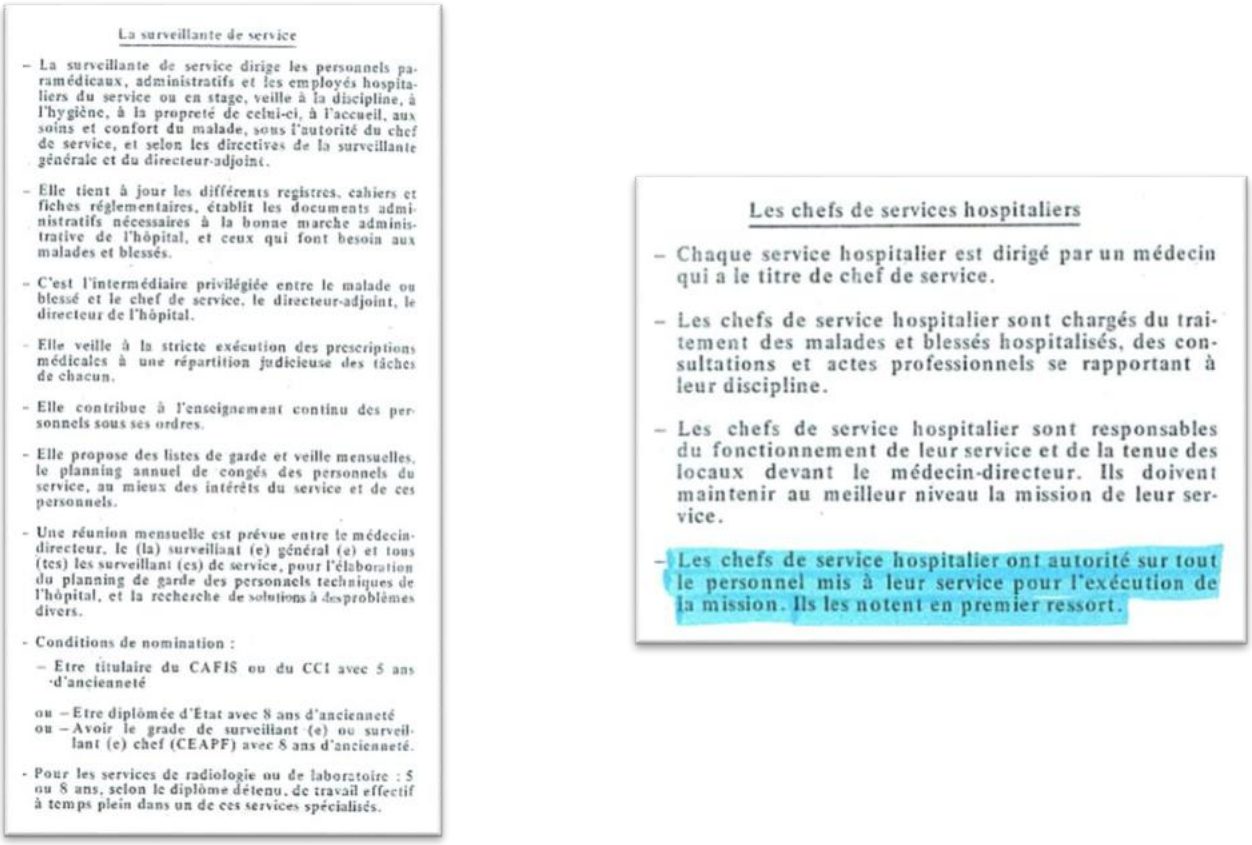


Figure 7: Ligne hiérarchique paramédicale au CHPf (Auteur)



La surveillante de service

- La surveillante de service dirige les personnels paramédicaux, administratifs et les employés hospitaliers du service ou en stage, veille à la discipline, à l'hygiène, à la propreté de celui-ci, à l'accueil, aux soins et confort du malade, sous l'autorité du chef de service, et selon les directives de la surveillante générale et du directeur-adjoint.
- Elle tient à jour les différents registres, cahiers et fiches réglementaires, établit les documents administratifs nécessaires à la bonne marche administrative de l'hôpital, et ceux qui font besoin aux malades et blessés.
- C'est l'intermédiaire privilégiée entre le malade ou blessé et le chef de service, le directeur-adjoint, le directeur de l'hôpital.
- Elle veille à la stricte exécution des prescriptions médicales à une répartition judicieuse des tâches de chacun.
- Elle contribue à l'enseignement continu des personnels sous ses ordres.
- Elle propose des listes de garde et veille mensuelles, le planning annuel de congés des personnels du service, au mieux des intérêts du service et de ces personnels.
- Une réunion mensuelle est prévue entre le médecin-directeur, le (la) surveillant (e) général (e) et tous (tes) les surveillant (es) de service, pour l'élaboration du planning de garde des personnels techniques de l'hôpital, et la recherche de solutions à des problèmes divers.
- Conditions de nomination :
  - Etre titulaire du CAFIS ou du CCI avec 5 ans d'ancienneté

  ou – Etre diplômée d'Etat avec 8 ans d'ancienneté
  ou – Avoir le grade de surveillant (e) ou surveillant (e) chef (CEAPF) avec 8 ans d'ancienneté.
- Pour les services de radiologie ou de laborztoire : 5 ou 8 ans, selon le diplôme détenu, de travail effectif à temps plein dans un de ces services spécialisés.

Les chefs de services hospitaliers

- Chaque service hospitalier est dirigé par un médecin qui a le titre de chef de service.
- Les chefs de service hospitalier sont chargés du traitement des malades et blessés hospitalisés, des consultations et actes professionnels se rapportant à leur discipline.
- Les chefs de service hospitalier sont responsables du fonctionnement de leur service et de la tenue des locaux devant le médecin-directeur. Ils doivent maintenir au meilleur niveau la mission de leur service.
- Les chefs de service hospitalier ont autorité sur tout le personnel mis à leur service pour l'exécution de la mission. Ils les notent en premier ressort.

Image 10: Extraits du journal officiel de la Polynésie française n°13 du 5 mai 1982, portant sur le règlementent intérieur du Centre hospitalier territorial

Dans ce contexte, le cadre de santé au CHPf occupe une position intermédiaire délicate, tiraillé entre reconnaissance institutionnelle et contraintes structurelles. Il doit composer une légitimité théorique, appuyée par une formation diplômante et des textes réglementaires et une autorité de terrain parfois conditionnée par des rapports de force, des négociations informelles et des jeux d'acteurs locaux. Loin de délégitimer le rôle de cadre de santé, cette position fragile en révèle au contraire, la complexité et l'importance stratégique dans des collectifs de travail complexe et soumis à des recompositions permanentes.

3.3.3 Le travail invisible du cadre de santé : entre régulation, médiation et maintien du lien

Dans les organisations hospitalières, le cadre de santé occupe une position particulière. Il ne se situe ni dans le soin direct, ni dans les décisions stratégiques mais dans une zone intermédiaire où il est chargé d'assurer la continuité, la coordination et la fluidité du travail des équipes de soins. Cette fonction, pourtant cruciale pour le fonctionnement du service, repose en une grande partie sur des tâches peu visibles, rarement prescrites explicitement et souvent absentes des

indicateurs de performances. Au quotidien, ce que le cadre de santé produit est de l'ordre de la régulation, de la médiation et du maintien d'un collectif opérationnel dans un contexte en tension. Le cadre de santé est perçu à travers ses fonctions visibles : encadrement, gestion des ressources, coordination des soins. Pourtant, une grande part de son activité échappe à la représentation formelle. Elle relève de ce que Bourret (2011) appelle le soin au travail via un travail invisible, c'est-à-dire un ensemble d'actions discrètes, de régulations souples et de médiations silencieuses, par lesquelles le cadre de santé préserve les conditions de possibilité du travail soignant. Il ne s'agit pas simplement de faire respecter des procédures mais d'entretenir les équilibres fragiles d'un collectif de soins soumis à la pression, à la variabilité des ressources (humaines et matérielles) et aux tensions internes.

Le cadre de santé agit dans un espace intermédiaire où il doit conjuguer les attentes et les exigences institutionnelles, les arbitrages quotidiens et les exigences relationnelles. Ce positionnement, à la fois proche du terrain donc du soin et inscrit dans l'appareil de direction, le contraint à une posture de négociation permanente. Mintzberg (2006) décrit cette réalité : le manager, loin d'être un planificateur détaché, est un acteur pris dans le flux, qui agit par ajustement successifs, en naviguant entre les imprévus, les compromis et les priorités mouvantes. Il ne commande pas, il compose, il fait du lien.

Dans un établissement comme le CHPf, cette fonction prend une importance particulière. Le cadre de santé y est l'un des seuls garants de la cohésion des équipes de soins dans un environnement marqué par le turnover, la diversité des statuts et des profils individuels, la faiblesse de dispositifs qualité structurants et les contraintes de fonctionnement insulaires. Il doit sans cesse réinterroger les équilibres internes : comment maintenir une forme d'équité perçue ? Comment accueillir les nouveaux arrivants sans fragiliser les anciens ? Comment assurer la qualité et la sécurité des soins sans épuiser les équipes ? Autant de questions qui ne relèvent ni d'une procédure, ni d'un protocole, mais d'un travail invisible, situé et sensible. Ce travail n'est pas simplement de l'ajustement managérial : c'est un acte de vigilance au sens de Bourret (2011), c'est-à-dire une capacité à percevoir les déséquilibres naissants, à entendre les signaux faibles, à maintenir des relations professionnelles soutenables dans la durée. Le cadre ne se contente pas d'encadrer, il prend soin du travail des autres, sans pour autant que ce soin soit lui-même reconnu comme travail à part entière. En effet, l'objectif final reste d'offrir aux patients une qualité et une sécurité des soins optimale par une prise en soins adaptée à ses besoins multidimensionnels.

Dans un tel contexte, ces défis se trouvent accentués. Le rôle du cadre de santé, bien que fragilisé par la structure institutionnelle, demeure incontournable. Dépourvu d'outils prescriptifs solides et sans un rôle totalement reconnu dans les politiques de santé locale, il reste l'un des rares acteurs capables d'assurer la continuité collective dans un environnement instable. Il relie ce qui tend à se fragmenter : des logiques différentes, des temporalités décalées, des profils et des statuts hétérogènes, des subjectivités multiples. Son action invisible constitue l'un des appuis essentiels qui permettent de maintenir la capacité à soigner dans ces conditions.

3.4 Conclusion

Le turnover des équipes de soins au CHPf apparaît comme un phénomène structurel, dont les causes sont multiples et imbriquées. L'insularité, l'éloignement géographique, le manque de viviers formés localement, l'obsolescence du cadre réglementaire et les limites de l'attractivité professionnelle du territoire en sont les principaux ressorts. À cela s'ajoute une tension récente et croissante : la concurrence entre établissements de santé, à l'échelle territoriale (public/privé) nationale et internationale, pour le recrutement de professionnels spécialisés. Le CHPf, malgré un environnement naturel favorable et une culture hospitalière accueillante, peine à stabiliser ses effectifs. Le recours massif aux agents non titulaires « sac-à-dos », opérationnellement nécessaire, constitue une réponse conjoncturelle dont les effets cumulatifs fragilisent les collectifs de travail des équipes de soins. Ces collectifs sont marqués par une pluralité de dimensions (statutaire, culturelle, professionnelle et temporelle) qui rend chaque ajustement plus complexe à coordonner et chaque dynamique plus fragile à maintenir.

Cette instabilité a des conséquences lourdes sur le fonctionnement quotidien des services. Elle affecte non seulement la transmission des savoirs, la stabilité des compétences techniques et la dynamique relationnelle des équipes mais elle pèse également sur l'engagement des professionnels dits « pérennes ». Ces derniers, en soutien de l'intégration continue des nouveaux arrivants, endossent un surcroît de responsabilités informelles : encadrement, formation tacite, adaptation aux disruptions de cohésion. La surcharge que cela génère n'est pas seulement quantitative. Elle produit une fatigue morale, une altération du sens du travail et une redéfinition constante de ce que signifie « faire équipe ». Ces tensions, régulièrement relayées dans les médias locaux (cf. Image 15), révèlent que les effets du turnover dépassent la seule sphère RH[43] ; ils touchent au cœur même de la mission soignante. L'instabilité des équipes ne modifie pas uniquement les collectifs de travail, elle impacte directement la prise en soins des patients, en altérant la continuité, la fluidité et la sécurisation des parcours thérapeutiques.

Dans ce contexte, le rôle des cadres de santé s'impose comme central. Acteurs discrets mais structurants, ils assurent chaque jour une régulation invisible qui permet au collectif de tenir ou de se renouveler malgré l'instabilité. Leur position intermédiaire les conduit à arbitrer, à ajuster et à accompagner, en conciliant les attentes de la direction et les réalités du terrain. Leur action

[43] Ressources Humaines

ne se limite pas à la coordination ; elle consiste à préserver des conditions de travail compatibles avec une qualité et une sécurité des soins. Or, cette qualité ne se réduit pas à une exécution technique correcte ni au respect d'une procédure : elle se construit dans un environnement fragile, façonné par les interactions, les transmissions, les présences et les absences, les tensions comme les ressources mobilisées au quotidien. En ce sens, le cadre de santé garantit cette qualité non en l'imposant, mais en la rendant possible.

À l'échelle du CHPf, la capacité à stabiliser les efforts de ceux qui font le collectif et à inscrire les politiques de gestion dans une logique de parcours constitue un enjeu majeur car le soin ne s'arrête pas aux murs de l'organisation. Il s'adresse à un patient dont les représentations, les parcours et les attentes varient selon le contexte dans lequel il vit. En Polynésie française, cette dimension revêt une importance toute particulière. Le rapport à la maladie, à la douleur, au soin, est différent de l'approche occidentale. Il s'enracine dans une histoire, une culture et des langues. C'est dans cette articulation entre les dynamiques internes de l'organisation et les spécificités du patient polynésien que se joue, *in fine*, la pertinence du soin. Ce sera l'objet du chapitre suivant.



Image 11: Articles de presse « Pénurie de personnel » (Septembre 2022)



Image 12: Campagne de recrutement sur les réseaux sociaux

Chapitre 4 Soigner en Polynésie française

Après avoir exploré l'organisation du soin sous l'angle institutionnel, des collectifs professionnels et des managers, il nous semble nécessaire de revenir à ce qui fonde le cœur même de l'activité hospitalière : la rencontre avec le patient. Cette rencontre, en Polynésie française, ne peut être comprise sans prendre en compte un ensemble de dimensions culturelles, symboliques, relationnelles et spirituelles qui la traversent et la façonnent.

Bien que la Polynésie française soit un territoire de la République française, elle ne peut pas être assimilée à la France métropolitaine. La Polynésie revendique fièrement son altérité, tant statutaire qu'identitaire et culturelle. Selon les orientations politiques en vigueur, elle oscille entre une vision de partenariat avec l'État comme en témoignent les évolutions statutaires du territoire), et une quête d'indépendance. Les leaders indépendantistes considèrent la Polynésie française comme un territoire toujours soumis à une puissance étrangère. Cette position est corroborée par son inscription sur la liste des pays à décoloniser en 2013 de l'Organisation des Nations Unies.

Nous avons exploré certaines différences statutaires, intentionnelles, économiques et sociales entre la Polynésie française et la France métropolitaine. Vivre en Polynésie française c'est vivre différemment qu'en métropole, une vie marquée par des horaires décalés, un climat tropical, des saisons inversées et une alimentation locale. Le quotidien est imprégné de la langue et de la culture locales : on entend couramment parler *reo ma'ohi*[44] ou un français « tahitianisé », enrichi d'expressions, des tics de langage typiques, et d'une intonation caractéristique où les R roulent à l'espagnol. Si la langue française est la langue officielle, le *reo ma'ohi*[45] reste largement pratiqué, surtout dans les îles éloignées, où il demeure souvent la langue maternelle. Les habitants n'auront de contact avec le français qu'au moment d'aller à l'école vers l'âge de 6 ans. Plusieurs autres langues polynésiennes sont en usage : le français, le tahitien, le marquisien, le paumotu, le *raivavae*, le mangareva et le *haka* (langue chinoise). Ces langues imagées et structurées différemment des langues européennes, influencent profondément les perceptions des valeurs culturelles. Les mots d'une langue n'ont pas toujours la même résonance émotionnelle ou symbolique dans une autre ; ce qui peut parfois provoquer des

[44] Langues tahitiennes
[45] *Idem*

malentendus, des situations cocasses, des quiproquos, ou des moments de complicité souvent teintés d'hilarité entre les individus *popa'ā*[46] et tahitiens. Cette spécificité linguistique représente un enjeu majeur pour tout métropolitain venant s'installer en Polynésie française et elle prend une importance particulière dans les domaines de la santé et du management. La communication soignant-soigné, peut être entravée ou enrichie par ces nuances linguistiques et culturelles, rendant inéluctable une prise en compte des référents culturels dans les pratiques professionnelles.

En Polynésie française, la revendication culturelles est forte. Après des siècles d'oppression coloniale et religieuse, on observe une volonté de retour aux sources et un regain d'intérêt pour les pratiques ancestrales et les événements culturels, comme en témoignent le nombre d'émissions culturelles traitant le sujet sur les chaînes télévisées locales, l'engouement pour les événements du *Heiva*[47] en juillet avec les spectacles de *ori tahiti*[48], l'organisation de cérémonies sur les *marae*[49], l'introduction de l'apprentissage du *reo ma'ohi* en primaire et lors des parcours universitaires et l'engouement pour le tatouage aux motifs polynésiens. D'ailleurs, il n'est pas rare de croiser un touriste, un gendarme ou un professeur, présent sur le territoire pour quelque temps, acquérir ce signe fort de la culture dès les premiers temps de son séjour.

Cette réappropriation identitaire s'inscrit également dans les pratiques quotidiennes et les représentations collectives. Elle s'observe aussi dans la perception de la maladie, du soin et de la relation soignant-soigné : est-ce que l'approche soignante est la même qu'en France métropolitaine ? Cette question guide le présent chapitre, qui vise à fournir au lecteur des clés de compréhension générales nécessaires pour appréhender les spécificités culturelles du soin en Polynésie française. Bien que de nombreuses études aient examiné l'impact des dimensions individuelles (croyances, culture, etc.) sur les prises en soins des patients, peu de travaux se sont penchés sur les spécificités polynésiennes. Nous proposons ici d'explorer les éléments contextuels qui façonnent la santé, la maladie et les pratiques soignantes dans ce territoire.

Notre analyse débute par un état des lieux des croyances ancestrales ancrées dans la pensée collective polynésienne. Ces croyances influencent la manière dont la maladie, la mort et la

[46] Blanc. Désigne les personnes blanches de peau et les non polynésiens en *reo ma'ohi*
[47] Concours de danses tahitiennes
[48] Danse tahitienne en *reo ma'ohi*
[49] Temple religieux et sociale des anciennes traditions polynésiennes

douleur sont perçues et abordées. Elles offrent un cadre explicatif aux pratiques du soin, révélant une approche singulière du « soigner » en Polynésie française. Ce chapitre s'attache à décrypter ces mécanismes culturels et à en comprendre l'impact sur les équipes de soins du Centre hospitalier de la Polynésie française.

4.1 L'influence des croyances ancestrales

On pourrait croire que la colonisation de la Polynésie française et l'assimilation de la population polynésienne au christianisme, et en particulier au protestantisme, ont fait disparaître les croyances ancestrales de la culture originelle. Mais il n'en est rien. Ces croyances survivent dans l'intimité des familles et dans les représentations collectives. Ce sont les missionnaires de la *London Missionary Society* qui ont converti la population à cette nouvelle religion, avec l'aval du roi Pomare II. Cependant, les polynésiens conservent une dimension sacrée qui explique les phénomènes naturels, matériels et surnaturels, invisibles. Cette dimension repose sur une mythologie riche de dieux et sur le culte des ancêtres. Aujourd'hui, les polynésiens restent très investis dans la vie chrétienne, participation aux cultes, fêtes religieuses, grand nombre de paroisses, églises et temples, discours politique orienté, etc. ce qui étonnent un bon nombre de métropolitains débarquant sur le *fenua*[50]. Parallèlement, la culture ancestrale continue de vivre à travers une pensée polynésienne perceptible dans la vie quotidienne et dans les rapports avec les occidentaux.

Notre objectif n'est pas de réaliser une étude anthropologique ni un comparatif des différences entre les ethnies composant la population contemporaine de Polynésie, mais d'offrir quelques pistes pour aider le lecteur à comprendre un élément contextuel essentiel à notre recherche : soigner en Polynésie française nécessite la prise en compte de la dimension culturelle et de la mentalité polynésienne. Pour cela, nous abordons trois thèmes : la notion du sacré, de la temporalité, et de la parole.

4.1.1 Le sacré polynésien

Pour comprendre la pensée polynésienne, il est nécessaire d'examiner la conception du monde des polynésiens d'avant le contact avec les explorateurs européens. La culture occidentale,

[50] Pays en *reo ma'ohi*

héritée du latin et du christianisme, perçoit le monde dans un dualisme opposant le bien/le mal, la lumière/l'obscurité, le naturel/le surnaturel. En revanche, la culture polynésienne mêle le monde naturel à celui du sacré, des forces invisibles, magiques et des *tupuna*[51]. Ces deux sphères forment un continuum. Deux niveaux d'événements traduisent ce continuum.

Le premier niveau est celui des rites de grande envergure. Ils concernent l'ensemble de la communauté. Ces rites permettent de s'assurer la protection des dieux lors de prises de décisions majeures touchant aux sphères sociales, politique et religieuse. Ils mobilisent une caste spécifique, investie d'un statut sacré et reconnue pour son lien privilégié avec le monde de l'invisible. Ces pratiques rituelles encadrent des choix structurants pour la communauté, qu'il s'agisse de la conduite des guerres, de la célébration d'événements cycliques tels que la saison d'abondance ou l'apparition des Pléiades, ou encore de l'organisation de grands voyages exploratoires. Ces rites se déroulent selon des codes bien précis sur les *marae*[52]. Ces événements sont nommés par les dieux et les *tupuna*[53] par l'intermédiaire d'un prêtre. Ils sont ainsi reconnus par la communauté par leur nomination et sont transmis oralement de génération en génération.

Au deuxième niveau, nous retrouvons les prières et les bénédictions. Elles se pratiquent individuellement ou ne concernent que le cercle familial. Elles visent à obtenir la protection des dieux et des *tupuna*[54] de la famille dans les actions de la vie quotidienne. Par exemple, pour que la pêche soit fructueuse, pour qu'un accouchement se passe bien, pour que le guerrier de la famille parti revienne sain et sauf, pour la guérison d'un proche. Tout événement et/ou action de la vie d'une communauté invoque le monde du surnaturel et du sacré. Comprendre cette culture implique de prendre en compte cette dimension spirituelle et son impact sur le collectif.

Cependant, l'implantation du christianisme a favorisé l'oubli de nombreux aspects de la culture ancestrale. Malgré cela, le polynésien est un être profondément spirituel (on y retrouve une ferveur religieuse transposée aux cultes chrétiens). Il conserve un besoin vital de lien avec ses *tupuna*[55] élément central pour définir son identité et sa place dans la société. Ce besoin se traduit par l'importance accordée à la généalogie, à la parenté et au lieu d'origine lors des discussions.

[51] Ancêtres en *reo ma'ohi*
[52] Lieu sacré à type de temple dans la culture polynésienne ancestrale
[53] Ancêtres en *reo ma'ohi*
[54] *Idem*
[55] *Idem*

Aujourd'hui encore, ce recours aux croyances ancestrales perdure. Chaque événement heureux ou malheureux dans le cercle familial ou amical (accident, perte d'argent, la manifestation d'une maladie quelle qu'elle soit, etc.) est l'occasion pour le polynésien de s'interroger sur l'origine surnaturelle de l'événement en question. Par exemple, un malheur peut être attribué à un *tupuna*[56] mécontent ou à un conflit familial latent avec des secrets ou à l'offense d'un être spirituel par le non-respect d'un lieu ou une parole malveillante.

Il est important, pour le lecteur, de comprendre que la pensée polynésienne est en conflit avec la pensée occidentale moderne qui s'est implantée par l'effet de la colonisation et de la mondialisation. Cette cohabitation est source de tensions, notamment entre les polynésiens issus de milieu rural et urbain, entre les *ru'au*[57] et les jeunes, etc.

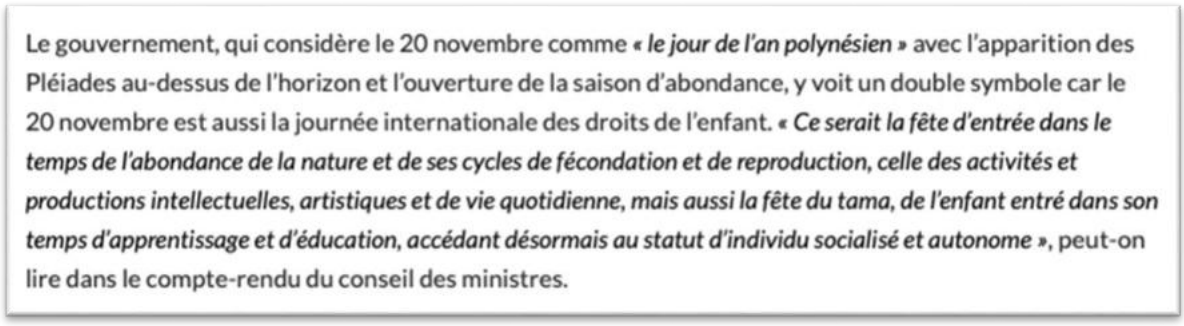

LE 20 NOVEMBRE DEVIENT FÉRIÉ, LE 29 JUIN SERA TRAVAILLÉ

01 MAI 2024 | LUCIE RABREAUD

Le conseil des ministres a validé la date du 20 novembre comme jour férié consacré aux célébrations du Matāri'i i nia. Un « jour de l'an polynésien » qui remplacera, à partir de 2025, le 29 juin et sa Fête de l'Autonomie, instaurée en 1985 par Gaston Flosse, et qui deviendra donc un jour travaillé banal.

Image 13: Extrait du journal Radio 1 du 1er mai 2024

[56] Ancêtre en *reo ma'ohi*
[57] Anciens, vieux, personnes âgées en *reo ma'ohi*



Le gouvernement, qui considère le 20 novembre comme « *le jour de l'an polynésien* » avec l'apparition des Pléiades au-dessus de l'horizon et l'ouverture de la saison d'abondance, y voit un double symbole car le 20 novembre est aussi la journée internationale des droits de l'enfant. « *Ce serait la fête d'entrée dans le temps de l'abondance de la nature et de ses cycles de fécondation et de reproduction, celle des activités et productions intellectuelles, artistiques et de vie quotidienne, mais aussi la fête du tama, de l'enfant entré dans son temps d'apprentissage et d'éducation, accédant désormais au statut d'individu socialisé et autonome* », peut-on lire dans le compte-rendu du conseil des ministres.

Image 14: Extrait du journal de Polynésie 1 du 25 mai 2025

4.1.2 La temporalité polynésienne

Selon Rigo (1997) lorsque les premiers explorateurs arrivent sur ce qui deviendra la Polynésie française, ils posent quatre affirmations qui aujourd'hui encore, font partie des représentations collectives :

- le polynésien vit dans le présent,
- le polynésien est un grand enfant,
- le polynésien est versatile,
- le polynésien est un être superficiel.

Cependant, cette perception reflète davantage une incompréhension culturelle qu'une réalité.

Langevin (1990) écrit qu'« *Un des traits caractéristiques de la personnalité polynésienne est la tendance à vivre dans l'instant avec une difficulté tant à conserver le passé qu'à se projeter dans l'avenir ; ceci explique un certain manque d'ambition de la part des jeunes, du moins de ce que nous, les Occidentaux, appelons ambition.* » (Langevin, 1990, p. 81). Rigo (1997) rebondit à cette remarque : *« On le voit aujourd'hui comme hier, le Polynésien vit le temps différemment de nous… parce qu'il vit différemment »* (Rigo, 1997, p, 47). D'ailleurs, *« le Polynésien n'ignore ni le temps, ni le passé, ni le futur, il traite ceux-ci différemment sans opposer d'ailleurs le temps et l'espace »* (Rigo, 1997, p, 54). Deux façons de penser et d'appréhender le temps et l'espace sont présents en Polynésie. Deux notions sont à retenir. Le polynésien conçoit le temps différemment : il lie temps et espace et situe les actions par rapport à sa propre expérience. Pour expliciter le propos, nous reprenons l'image de Rigo (1997) : *« l'observateur a le regard tourné en amont du fleuve et le dos tourné vers l'aval »* (Rigo, 1997, p, 59) et que le polynésien *« tourne le dos au futur »* (Rigo, 1997, p, 59).

La culture polynésienne repose sur une notion de cycle, en lien avec la nature : cycle lunaire, vents, étoiles. Ces indicateurs servaient à la fois dans le domaine de la navigation, le domaine agricole et pour la pêche. Ils rythment encore la vie des îles éloignées et permettent d'anticiper les événements. Le temps polynésien se fonde sur la mémoire des cycles passés pour projeter l'avenir. Autrement dit, les polynésiens inscrivent leur existence dans une temporalité cyclique, où la récurrence des événements structure leur rapport au temps et l'espace, définissant ainsi le lieu et le moment propices à leur déroulement. *A contrario*, les occidentaux dissocient le temps et l'espace. Le temps se manifeste comme une succession d'événements s'écoulant de façon linéaire, sans nécessité de remémoration pour permettre une projection vers l'avenir. Cette différence conceptuelle donne la sensation pour les nouveaux arrivants occidentaux sur le *fenua*[58], d'un temps qui ne s'écoule pas avec la redondance d'événements. Dans les interactions quotidiennes, cette altérité temporelle se manifeste dans les conversations. Les repères temporels font référence à des événements ou des lieux, plutôt qu'à des dates précises. Voici quelques exemples de brèves conversations[59] qui permettront au lecteur de mieux appréhender notre propos :

- *« C'était quand ton anniversaire ? », « Quand on est allé à MOOREA »,*
- *« Tu es parti quand de Rangiroa ? », « Quand il y a eu l'avion ».*
- *« Tu arrives à quelle heure à ton travail ? », « Quand je pars de la maison, il fait nuit, quand j'arrive au travail, il fait jour, avant les bouchons ».*

Le *reo ma'ohi*[60] reflète linguistiquement la conception temporelle polynésienne. Pour marquer l'action passée le mot *ra*[61] est utilisé. Dans une conversation il n'est pas rare, d'entendre en français tahitianisé. Par exemple : *« Quand ça s'est passé l'accident ? », « Avant ra ».* Il peut y avoir une variante du type *« la dernière fois »*, *« C'est-à-dire ? », « Tu sais quand il y a eu le Heiva à To'ata ».* Pour apporter une précision temporelle, le patient polynésien fera davantage appel à un autre événement ou à un lieu, alors que le soignant métropolitain s'attend à une date précise. Pour exprimer le futur, celui-ci se traduit par *ānānahi* soit demain. Au-delà, le patient polynésien fait appel à un repère chronologique. Par exemple : *« à la prochaine lune », « quand il y aura les vacances », « au prochain Hawaiki nui*[62] *».*

[58] Territoire, terre en *reo ma'ohi*
[59] Extraites de nos 15 ans d'expériences personnelles.
[60] Langue tahitienne
[61] Symbole marquant l'éloignement temporel, dans l'espace ou les deux.
[62] Grande course annuelle de pirogues

Pour conclure, lorsqu'il ne perçoit pas ces nuances, un métropolitain, habitué à une conception linéaire (monochrone) du temps temporel (Hall, 1976), tend à confondre temporalité et chronologie. Il en vient alors à ignorer le « sens du temps » d'une langue structurée autrement, inscrite dans une temporalité polychrone.

4.1.3 La parole entre oralité, symbolique et réticence à l'écrit

La culture polynésienne repose essentiellement sur une tradition orale. Avant l'arrivée des missionnaires anglais, aucune trace écrite ne documentait les pratiques ancestrales et les traditions polynésiennes. Les premiers écrits, issus des observations des missionnaires, reflétaient des interprétations occidentales ancrées dans les paradigmes de l'époque. Ainsi, ces récits sont marqués par une vision exogène qui conditionne la perception des modes de vie polynésiens. Historiquement, la transmission des mémoires, des traditions et des savoirs culturels s'effectuait principalement à travers des récits oraux partagés lors de cérémonies et d'*'ōrero*[63]. Ce mécanisme de transmission intergénérationnelle impliquait les anciens, dépositaires du savoir, qui inculquaient à la nouvelle génération les éléments fondateurs de la culture polynésienne.

Trois dimensions fondamentales émergent autour de la parole polynésienne ; la parole comme dimension culturelle, la parole pour communiquer avec l'autre et plus particulièrement avec l'étranger et l'emploi particulier du tutoiement dans les interactions. Selon Monconduit (2017), la parole en Polynésie française est intrinsèquement liée au sacré, car elle possède un pouvoir effectif sur les forces surnaturelles. Elle établit ainsi des hiérarchies sociales en donnant une autorité à celui qui la détient. Par sa dimension créatrice, la parole rend réel ce qui est dit : *« nommer revient à créer »* (Racine, 1997, p. 66). L'auteur précise que *« nommer met en lien, principe de la généalogie, il restitue la place de chacun. Les enjeux de la parole concernent la fondation même du rapport aux forces du monde »* (Monconduit, 2017, p. 103). Dans cette perspective, Faessel (1995), s'appuyant sur les travaux de Zumthor (1983) et Goody et al. (1994), soulignent que la parole dans les cultures orales dont fait partie la culture polynésienne, est codifiée et réfléchie. Elle constitue un *« don accordé aux Ma'ohi, la parole est toujours juste, réfléchie et posée »* (Faessel, 1995, p. 238). La parole polynésienne englobe tout thème, toute activité, tout acte social : en somme, pour chaque action et chaque situation, il existe une

[63] Discours, faire un discours en *reo ma'ohi*

parole polynésienne associée. Elle devient mémoire et fondement de la communauté polynésienne. Par ailleurs, l'usage de la parole en Polynésie française obéit à des rites précis dans lesquels le silence joue un rôle initiatique : *« le monde ma'ohi ne peut donc s'écrire, il se sent, il se vit, il se chante dans les poèmes et les légendes »* (Faessel, 1995, p. 240). Cette complémentarité entre parole et silence renforce la sacralité de l'expression orale, une valeur qui distingue la parole polynésienne de la parole occidentale.

Faessel (1995), commentant l'œuvre de l'autrice polynésienne Chantal Spitz (2003), met en évidence le décalage entre l'oralité ancrée dans la culture polynésienne et les normes de l'écrit occidental. L'écrit y est perçu comme un outil froid, détaché de lien communautaire, tandis que la parole conserve une valeur relationnelle et symbolique. Cette altérité culturelle se reflète dans les usages professionnels de l'écrit. D'ailleurs, le discours des hommes politiques polynésiens est souvent empreint de solennité avec des références religieuses lorsqu'il est exprimé en français. Et davantage lorsque ces hommes politiques s'expriment en *reo ma'ohi*[64].

Aujourd'hui, le passage par l'écrit reste un frein dans beaucoup de domaines. On parle plus qu'on écrit :
« Pourquoi tu veux que j'écrive ? je viens de dire »,
« Tu as vu ça où ? », « Je ne sais pas c'est mea[65] *qui m'a dit »*[66]

Dans l'administration polynésienne, cette tradition orale rend difficile le formalisme des procédures, des processus et des règles car on préfère souvent se référer à la parole d'autrui plutôt que d'ouvrir un *listing* de règles qui ne fait pas forcément écho au lecteur, selon ses origines.

Malgré une tradition orale profondément ancrée, la Polynésie française a entrepris ces dernières décennies, un effort de transcription écrite pour préserver les langues polynésiennes ; dans le but de les faire reconnaitre aux yeux du monde pour assurer leur transmission. De peur que les nouvelles générations n'oublient la mémoire et les savoirs ancestraux véhiculés par la langue qui compte de moins en moins de pratiquants. La création de l'Académie Tahitienne témoigne

[64] Langue tahitienne
[65] Expression populaire pour désigner un objet, une personne. On pourrait traduire par : machin, truc ou encore bidule.
[66] Extraits de nos 15 ans d'expériences personnelles.

de cette volonté de reconnaissance et de pérennisation. Lorsque l'on se promène dans les rues de Pape'ete, il est régulier de voir des panneaux publicitaires et administratifs écrits en français et en *reo ma'ohi*[67]. Il en est de même pour la publicité et les journaux (papiers et télévisuels) tantôt en *reo*, tantôt en français.

Au-delà de la dimension sacrée de la parole, elle est aussi un outil de communication avec l'autre. Une culture existe au travers de sa langue, il serait vain de penser que le français ait repris tous les codes et tous les sens de la culture polynésienne. De même que la langue française reflète une culture, une manière de penser à la française, qui donne une valeur aux mots hérités de l'Histoire.

La parole polynésienne ne se limite pas à sa dimension sacrée ; elle est aussi un vecteur de communication avec l'autre. Toutefois le français, langue officielle de la Polynésie française, n'est pas la langue maternelle de nombreux habitants. C'est la langue institutionnelle et commune. Il existe donc une altérité dans l'appréhension de la parole et, entre le français parlé par les polynésiens et le français parlé par les métropolitains. Un métropolitain qui s'installe en Polynésie française sera surpris par la « pauvreté » des discussions avec les tahitiens. Au-delà du fait que la parole soit créatrice, Saura (1998) observe que *« certains français déplorent qu'il soit difficile de dialoguer avec les tahitiens parce que ceux-ci sont timides. Ils sont, en effet, souvent intimidés par la présence d'un popa'ā gêné de comprendre sa langue mais ne pas savoir répondre aisément dans celle-ci »* (Saura, 2011, p. 46). Pour Faessel (1995), *« la parole du Blanc, difficile à comprendre pour le Ma'ohi s'il ne l'a pas étudiée, est faite de mots qui blessent et font surgir la douleur »* (Faessel, 1995, p. 239). Aussi, le métropolitain aura la réputation de parler pour ne rien dire *« il chalala »*[68] ou il sera qualifié de *afata maniania,* qui signifie littéralement « boîte à bruit ». Saura (1998) ajoute que *« de son côté l'occidental aura sans doute oublié d'observer que si les tahitiens parlent peu, ce n'est pas qu'ils n'aient rien à dire, c'est aussi parce qu'il existe d'autres créneaux d'expression que la parole, que n'importe qui ne dit pas n'importe quoi à n'importe qui, n'importe où et à n'importe quel moment »* (Saura, 2011, p. 46). Les polynésiens usent d'autres moyens de communication tels que les silences, les expressions faciales et la communication visuelle ; beaucoup de messages passent par le regard et le mouvement des yeux et des sourcils. Un des exemples qui ne manque pas de

[67] Langue tahitienne
[68] Expression populaire tahitienne

surprendre le nouvel arrivant, c'est la façon de répondre « oui » à une question fermée. Le polynésien lève les sourcils en signe affirmatif, déconcertant l'interlocuteur non-initié.
En Polynésie française, l'usage du tutoiement est généralisé, indépendamment des hiérarchies sociales ou des catégories professionnelles. Contrairement au français métropolitain, la langue tahitienne ne distingue pas le « tu » du « vous », une caractéristique amplifiée par les interactions initiales avec les anglais, pour qui aussi le vouvoiement est inexistant. Toutefois, cette particularité est parfois mal interprétée par les métropolitains, qui peuvent y voir une proximité informelle sans comprendre les nuances culturelles sous-jacentes. Le tutoiement engendre un sentiment de liberté et de proximité pour le métropolitain, l'amenant à considérer l'absence de distance entre les personnes. Saura (1998) écrit *« la preuve qu'ils mettent tous les Tahitiens dans une même catégorie est le tutoiement dont nombre d'entre eux font systématiquement usage lorsqu'ils s'adressent à un tahitien, sous prétexte que la langue tahitienne ignore la nuance entre le tu et le vous ; et aussi, « parce qu'à Tahiti, c'est comme au ClubMed, tout le monde se tutoie » »* (Saura, 2011, p. 32).

Ces spécificités culturelles font partie de la vie quotidienne en Polynésie française. Elles influencent la relation soignant-soigné. Le soignant intègre non seulement les dimensions physiologiques et sociales du patient, mais aussi sa culture, qui englobe une conception distincte de la maladie, de la mort et de la douleur. Ces éléments contextuels sont essentiels pour appréhender les dynamiques propres à l'environnement polynésien et mettre en place des prises en soins adaptées.

4.2 Vivre la maladie : entre représentations culturelles et ancrage spirituel

La perception polynésienne de la maladie reste profondément ancrée dans des croyances traditionnelles, empreintes du sacré et de spiritualité. Ces représentations trouvent leurs origines dans les pratiques ancestrales et se maintiennent dans la mémoire collective. L'arrivée des systèmes médicaux occidentaux, souvent empreints de rationalisme, a confronté ces conceptions à des paradigmes nouveaux, suscitant parfois des incompréhensions. Quand un nouvel arrivant soignant originaire de métropole s'installe sur le territoire, il est surpris par le fatalisme que peuvent avoir les patients polynésiens vis-à-vis de la maladie et de la mort. L'irrégularité dans le suivi d'un traitement sur une longue période dans le cas d'une maladie chronique, l'interpelle. Il est surpris de l'absence d'actions préventives et de voir des enfants

de moins de 2 ans en poussette avec un biberon de soda cola. Enfin, le soignant est marqué par une tolérance élevée à la douleur, accompagnée d'une apparente absence de réaction face à celle-ci.

4.2.1 La conception de la maladie et de la mort en Polynésie française

Avant de commencer, partageons avec le lecteur, quelques mots de vocabulaire *reo ma'ohi*[69]. Le mot maladie se dit *ma'i*. *Fare ma'i* se traduit littéralement *maison de la maladie* mais signifie *hôpital* ou *maison funéraire* ; ainsi le Centre hospitalier de la Polynésie française se dit aussi *fare ma'i Taaone* (Taaone étant le lieu où se trouve l'établissement). Enfin, la santé se dit *ea* et la mort, *pohe*.

Dans la culture polynésienne, le siège émotionnel se trouve dans les entrailles, dans les viscères du corps polynésien. Ainsi, les émotions auront un impact physique dans l'expression d'une maladie viscérale. À l'inverse, dans les cultures occidentales, les émotions sont communément localisées au niveau du cœur, comme l'illustre les expressions courantes telles que *« j'ai mal au cœur », « mon cœur est meurtri »,* etc. Monconduit (2017, p. 83) souligne à ce propos que *« La naissance, la vie, la mort, la maladie sont les enjeux de l'intériorité du corps polynésien »* marquant ainsi une différence dans la manière dont les sociétés appréhendent le rapport au corps et aux émotions.

Dans ses travaux anthropologique, Grand (2007) critique l'application simpliste des catégories de classification des maladies en prenant en compte la dimension culturelle des polynésiens, car elle prend en compte la vision importée du dualisme conceptuel chrétien : maladies naturelles opposées aux maladies surnaturelles, ou encore les maladies physiques et psychiques. Pour comprendre cette différence, Monconduit (2017) explique que dans la conception chrétienne du corps, celui-ci s'oppose à la pureté de l'âme (le corps étant impur), dans le dualisme entre le bien et le mal. Cette représentation n'a pas de sens dans la culture polynésienne. En effet, le corps polynésien est la création des dieux et ne peut donc pas être impur mais ce sont les transgressions d'avec le monde sacré (*tapu*[70]) qui le rendent malade.

[69] Langue tahitienne
[70] Tabou, interdit en *reo ma'ohi*

Dans la société polynésienne d'avant le contact avec l'Occident, les soins étaient prodigués par une caste qui pouvait être aussi des prêtres religieux. L'acte de soigner relevait du caractère sacré où le savoir et le pouvoir s'entremêlent. *« Le pouvoir de guérir incluait aussi des relations avec des esprits permettant de mettre des personnes sous influence pernicieuse (acte sorcier) ou bénéfique (exorcisme, protection) et de soins (apaisement des esprits courroucés) »* (Grand, 2007, p.147).

Le monde du matériel et de l'invisible, du physique et des esprits est un continuum qui se mêle. C'est pourquoi, la conception de la maladie en Polynésie française, reste encore empreinte de cet héritage. Dans son ouvrage, Monconduit (2017) écrit *« le corps polynésien est un espace-temps par son lien à une terre et une histoire collective. Le statut sacré et intemporel du « corps mort » qui fonde le culte des ancêtres en est la traduction. L'individu est toujours relié à une histoire humaine mais aussi à des forces sacrées »* (Monconduit, 2017, p. 83). La maladie est la manifestation physique d'une offense faite au monde sacré ou d'un acte ou d'une parole malveillante proférée par autrui.

Grand (2007), nous partage la classification des topologies de maladie de Tiurai (guérisseur tahitien, issu d'une grande famille de Tahiti du début du XXème siècle). Elle comporte quatre catégories. La première est celle des maladies du corps dit *ma'i tino.* Ces dernières concernent les maladies visibles concrètes, relevant de la dimension physique qui se traduisent par une symptomatologie ; il y a une atteinte du corps physique. Pour Koening (1991) *« le corps est une enveloppe d'humeurs et la maladie comme un fluide étranger qui s'y glisse, s'y répand, déséquilibre et possède le malade »* (Koening, 1991, p. 13). Elles appellent à l'utilisation d'une médication par des plantes, un geste chirurgical, préventif ou curatif. La catégorie suivante concerne les maladies de la pensée dit *ma'i mana'o. « La maladie de la pensée nécessiterait une mobilisation du patient dans des actes l'amenant à prendre conscience de son état réel »* (Grand, 2007, p. 159). Elles traduisent une déconnexion entre la perception de l'individu et son état réel, appelant une prise de conscience du patient. Ensuite, viennent les maladies de l'esprit du malade dit *ma'i vārua*. Elles regroupent les troubles de l'esprit, de l'âme du patient : états d'hébétudes, de catatonies, de stupeur et les maladies potentiellement psychiatriques. Elles se manifestent par des comportements anormaux de l'individu. Pour finir, les maladies de l'esprit du défunt dit *ma'i vāite*. Lors de la mort d'un proche son esprit reste à proximité quelques jours. Le cérémoniel est fait pour apaiser l'âme et l'inviter à partir. Si l'âme est en colère et/ou n'a pas résolu ses problèmes, elle manifestera sa présence auprès des vivants en rêve ou en

manifestations la nuit. Ces esprits sont appelés *tupāpa'u.* Ils peuvent être comparés aux fantômes en Occident. Cette classification met en évidence une conception de la maladie intégrant des dimensions corporelles, psychiques et spirituelles, où le respect des rituels sacrés et des interactions avec le monde invisible sont cruciaux.

Dans la culture polynésienne, la mort n'est pas perçue comme une fin absolue, mais comme une transition vers une existence dans le monde sacré. L'esprit du défunt devient un élément actif du monde sacré et de la mémoire généalogique, renforçant les liens avec les *tupuna*[71]. Cette vision contraste avec la perspective occidentale, souvent marquée par une peur de l'inconnu et une séparation plus nette entre la vie et la mort. Les polynésiens ne sont pas obsédés par la mort, elle fait partie de la vie ; ce qui explique le fatalisme face à elle lorsqu'elle survient. Là où les occidentaux expriment leur chagrin, les polynésiens sont sur la réserve. La mort marque la rupture avec le monde du vivant de par l'absence d'action du corps sur le monde. Les veillées mortuaires, moments d'intense communion collective, traduisent cette approche intégrative. Elles sont l'occasion de réunir tous les proches du défunt et de partager un moment d'échange de souvenirs, de rires, de prier pour rassurer l'esprit du défunt. Les visiteurs sont habillés en blanc, le chagrin est exprimé collectivement. Saura (2021) observe que la mort, loin d'être une figure terrifiante, est envisagée comme le prolongement de la vie, moins puissante que celle-ci. Cette attitude participe au fatalisme apparent des polynésiens face à la mort et leur capacité à vivre l'instant présent, et la représentation de l'absence d'une projection à moyen ou long terme.

Scènes de service

Scène 1 :

Un matin, dans un service de soins du CHPf, je prends un café avec l'équipe, K (aide-soignant, tahitien) entre dans l'office de repos, blême :

« Bah K qu'est-ce que tu as ? »

K : *« Toï ! (ndlr : insulte tahitienne) j'ai vu un tūpāpa'u dans le local poubelle ! J'ai eu peur, c'est le papy de la 3020 qui est mort cette nuit !!! »*

R (ASH tahitienne, femme de ménage) : *« Il t'a parlé ? »*

[71] Ancêtre en *reo ma'ohi*

K : *« Oui ! il ne sait pas ce qui lui est arrivé ! »*
R : *« Oui be, il n'est pas en paix »*
Les deux nouveaux soignants métropolitains présents, sont interloqués.
R et K se rendent au local poubelle pour y faire une prière.

Dans le service, K et R sont connus et reconnus pour leur capacité à voir et parler aux défunts. Lorsqu'un décès survient, il est courant de faire appel à eux pour s'assurer du bon déroulement des rites.
K nous raconte régulièrement les visites qu'il reçoit, des expériences qui le bouleversent profondément.

D'ailleurs, à titre personnel, j'ai moi-même été témoin de ses dons. Un jour, K est venu me voir, l'air grave : *« Je suis désolé pour ta belle-sœur tu diras à Maru (mon conjoint) qu 'elle est en paix »,* j'étais sidéré ! Ma belle-sœur venait de subir une greffe cardiaque en métropole. Quelques heures plus tard, nous apprenions son décès.

Scène 2 :
M est ASH dans le service. Elle a récemment perdu son mari dans des circonstances violentes ; elle l'appelait « le chinois ». Un matin, comme à mon habitude, je fais le tour des équipes pour saluer tout le monde. En arrivant à l'office, je trouve M en pleurs, réconfortée par sa collègue IDE.
Moi : *« Bah M ça ne va pas ? dis-moi ce que je peux faire ? »*
Sa collègue m'invite à m'assoir.
M : *« Non ça va be, je suis en paix »*
Je souris
M : *« le chinois m'a rendu visite cette nuit, il m'a dit de ne pas m'inquiéter et de pas lui en vouloir, ça m'a fait du bien… maintenant je sais qu'il est parti ».*

4.2.2 Endurer, taire, nommer : la douleur comme expérience culturelle située

Lorsque nous pensons maladie, des notions telles que le remède, le traitement, l'opération et la douleur viennent immédiatement à l'esprit. De nombreuses études mettent en évidence que l'expression de la douleur est fortement dépendante de l'environnement culturel. Par exemple,

les patients asiatiques sont souvent perçus comme réticents à extérioriser leur douleur ou du moins ne pas la laisser transparaître, tandis que les populations méditerranéennes l'expriment dans un théâtralisme collectif. La culture polynésienne ne fait pas exception à cette variabilité culturelle. L'expression de la douleur en Polynésie, comme l'observe Monconduit (2017), repose sur des codes culturels où elle est peu verbalisée, influencée par des représentations sociales et spirituelles spécifiques. Ce dernier a identifié plusieurs catégories de douleur à travers une lecture intégrant à la fois le monde matériel et le monde sacré, ancrées dans les représentations symboliques du corps polynésien.

La douleur *tapu*[72] trouve son origine dans une transgression ou une offense aux esprits, ou encore dans une forme de possession par des forces négatives. Elle se caractérise par un traumatisme accompagné d'une altération de la force vitale. Cette catégorie de douleur englobe à la fois les douleurs traumatiques, les douleurs viscérales aiguës (les viscères étant perçus comme le siège des émotions) ainsi que les douleurs associées à certaines maladies chroniques ou cancéreuses. Une telle lecture met en lumière l'interdépendance entre la dimension spirituelle et la perception corporelle de la douleur, ce qui rend l'approche biomédicale classique inadaptée ou insuffisante pour en saisir toute la portée.

La douleur *tūpāpa'u*[73] ou douleur des morts est en lien avec le *ma'i vāite.* Cette douleur est associée à la présence d'un esprit errant, angoissant. Transmise via les récits familiaux, elle reflète un enracinement des croyances dans le quotidien des polynésiens. La croyance des *tūpāpa'u* est encore très forte. Elle s'inculte dès l'enfance dans le cercle familial. Elle illustre une dimension culturelle où les relations entre le visible et l'invisible restent fondamentales dans la construction des représentations de la douleur.

La douleur *pīfao* résulte de malédictions ou de paroles malveillantes. C'est l'atteinte de l'esprit du malade par une parole malveillante proférée par un proche. *Pīfao* signifie « jeter un sort ». Elle apparaît lors de conflits familiaux, notamment lors du partage des terres au moment du décès d'un parent. Elle traduit une crise du lien social et met en évidence l'interconnexion entre le spirituel et le réseau social dans l'apparition de la douleur.

[72] Tabou en *reo ma'ohi*
[73] Esprit errant, fantôme (connotation négative) en *reo ma'ohi*

Bien qu'aujourd'hui, la conception de la douleur ait évolué par les apports de la médecine moderne, les croyances restent ancrées dans les représentations collectives. Notamment pour les habitants des îles les plus éloignées. En effet, pour une symptomatologie s'apparentant à des troubles psychiatriques, certains individus l'expliqueront par *être muki*[74], à cause d'un membre de la famille. D'ailleurs, l'un des premiers réflexes d'un soignant en service de psychiatrie présent en Polynésie française depuis longtemps et sensible à la dimension culturelle, sera de rechercher dans les facteurs déclencheurs un conflit intra familial et/ou un conflit en lien avec le partage des terres ancestrales pour héritage.

Dans la culture polynésienne, endurer la douleur est perçu comme une preuve de force, liée au *mana*[75]. Monconduit (2017), explique que *« la culture polynésienne est une culture de survie portant les traces d'une certaine dureté. (…) d'où la notion importante pour les Polynésiens « d'être fort » qui se conjugue avec le mana*[76] *»* (Monconduit, 2017, p. 128). Le polynésien supportera la douleur générée par un effort physique intense pour prouver aux autres sa force et sa dureté face à l'adversité. Cette endurance se manifeste tant dans la pratique sportive, comme les épreuves de *va'a*[77] telles que l'*Hawaiki Nui* (course de pirogue annuelle sur 3 jours) ou les compétitions de crossfit ou tout autre challenge sportif, très appréciés. Mais aussi, dans la prise en soins des patients, qui même lors d'un traumatisme important (plaie ouverte, os fracturé, etc.), l'individu adulte ou enfant, n'exprime pas sa douleur verbalement ou physiquement. L'œil le plus aguerri remarque de subtils gestes ou comportements de retenue. La maîtrise de la douleur fait partie intégrante de l'éducation polynésienne.

Les douleurs initiatiques sont associées aux rites de passage de l'enfance à l'âge adulte. La subincision du pénis chez l'adolescent et les douleurs des premières menstruations. La subincision marque la fin du caractère sacré de l'enfant garçon, qui entre dans la vie d'adulte et devient apte à fonder une famille. Aujourd'hui, cette pratique est toujours usuelle, bien qu'elle se fasse aussi pour des croyances hygiéniques ; elle est pratiquée par des médecins, infirmiers et des tradipraticiens (nous y reviendrons plus tard). Elle est aussi un marqueur de différence

[74] Envoûté, avoir le mauvais œil en *re'o paumotu*
[75] Pouvoir spirituel ou matériel
[76] Pouvoir, pouvoir de l'esprit
[77] Pirogue

entre l'homme *ta'ata ma'ohi*[78] et l'homme *popa'ā*[79] qui n'est pas circoncis. C'est un sujet parfois de moquerie, voire d'insulte.

Monconduit (2017), évoque la douleur identitaire. Elle est liée au tatouage. Dans la culture polynésienne, le tatouage est un marqueur fort de son identité. Il raconte l'histoire de l'individu, ses faits, son rang social, etc. Le tatouage d'antan est ritualisé avec l'appel aux *tūpūna*[80] (prière) pour inspirer le tatoueur. Elle est aussi douloureuse de par les outils utilisés (peigne en dents de requin, tapé par un petit marteau en bois). L'individu est dans la maîtrise de sa douleur et doit faire preuve d'endurance, tant la séance peut être longue. La pratique du tatouage a failli disparaître suite à l'évangélisation de la Polynésie française. Depuis quelques décennies, la pratique revient grâce à une nouvelle génération qui recherche et se réapproprie les symboles et leurs significations ancestrales avec des techniques beaucoup plus modernes ; mais pour certaines zones… toujours aussi douloureuses…

Dans le cadre des soins hospitaliers, l'expression silencieuse de la douleur pose un défi particulier. La douleur est intime, elle ne se montre pas. L'individu doit se montrer fort, peu importe le contexte et le type de douleur. L'exprimer engendre un sentiment de honte vis-à-vis de l'autre : *« Ça fait honte… »*[81]. Elle est une preuve de force et de reconnaissance dans la société. Si la douleur doit s'exprimer, elle se fait de façon communautaire à des moments clés. Ce mode d'expression par le silence est l'héritage de la dureté des épreuves et de la vie d'antan. Cela complexifie la prise en soins des patients pour le soignant non averti et non initié. En effet, tant que le patient ne verbalise pas la douleur, elle est souvent considérée comme inexistante :
« Il m'a dit qu'il n'avait pas mal »
« Les tahitiens sont résistants à la douleur, s'ils te disent qu'ils ont mal, tu peux mettre la dose de médoc ; c'est qu'ils ne font pas semblant »[82]

D'ailleurs, il est courant de voir arriver des enfants ou des adultes aux urgences du Centre hospitalier de la Polynésie française avec des fractures ouvertes ou des plaies béantes, des accidentés de la route, des femmes en train d'accoucher. Ils patientent sans piper mot. Même les soignants (peu importe leur origine) ont tendance à minimiser la douleur du patient,

[78] Polynésie en *reo ma'ohi*
[79] Blanc en *reo ma'ohi*
[80] Ancêtres en *reo ma'ohi*
[81] Expression typiquement polynésienne, renvoyant à la timidité et au regard de la communauté.
[82] Extraits de nos 15 ans d'expériences personnelles.

tellement ces représentations sont ancrées. Aussi, pour mesurer la douleur chez le patient polynésien, le soignant doit adopter une observation minutieuse et être sensible aux indices non verbaux, essentiels pour une évaluation précise de la douleur. *« Taote*[83] *j'ai mal ».*
Pour les professionnels de santé, la compréhension de ces dynamiques est essentielle pour développer des parcours de soins adaptés. Une sensibilisation accrue des soignants aux spécificités culturelles constitue une réponse aux besoins spécifiques des patients polynésiens. Ainsi, comme le souligne Jacques Brel dans son évocation des Marquises : *« Gémir n'est pas de mise »,* mais comprendre l'autre l'est toujours.

4.2.3 Les soins polynésiens et leurs praticiens

Les maladies et la douleur en Polynésie française s'inscrivent dans une approche où le monde naturel, physique et le monde surnaturel et sacré interagissent étroitement. Cette perception explique pourquoi les pratiques thérapeutiques traditionnelles intègrent ces dimensions interconnectées, alliant soin, spiritualité et rapport au corps. Les praticiens qui perpétuent ces savoirs ancestraux sont aujourd'hui appelés tradipraticiens.

Dans la culture polynésienne, il existe trois catégories de praticiens. Les *ta'ata rā'au* sont les artisans des *rā'au tahiti*[84], des remèdes à base de plantes et de décoctions naturelles. Les plantes sont considérées comme un don de la nature, dotées du pouvoir de guérir. Chaque famille polynésienne détient ses propres recettes détenues par une femme, dont le pouvoir de guérir par les plantes lui a été transmis par une aïeule. Cette transmission se fait oralement de génération en génération. Elle est parfois renforcée par des rêves considérés comme des messages des *tupuna*[85]. Cependant, la modernité compromet la pérennité de ces savoirs. La rareté de certaines plantes dans les jardins, combinée à une transmission intergénérationnelle plus sporadique, met en péril ces pratiques. Malgré tout, leur recours est toujours d'actualité et pour certains habitants, elles restent les traitements de premier recours avant d'aller consulter un médecin dit « occidental ». Dans le cadre hospitalier, il n'est pas rare que des proches apportent des bouteilles de *rā'au tahiti*[86] à son proche pour accélérer sa guérison. Toutefois, la méconnaissance des interactions potentielles entre ces remèdes et les traitements

[83] Médecin, docteur, soignant en *reo ma'ohi*
[84] Médicament tahitien en *reo ma'ohi*
[85] Ancêtre en *reo ma'ohi*
[86] Médicament tahitien en *reo ma'ohi*

médicamenteux impose aux soignants un principe de précaution. Leur inclusion dans la prise en soins facilite l'adhésion du patient et de sa famille, en valorisant l'identité culturelle de ces derniers.

Le terme *ta'ata taurumi* signifie masseur. Le massage est un soin traditionnel en Polynésie, il se pratique avec l'huile de *monoï*. À l'instar des *ta'ata rā'au*, cette pratique est transmise au sein des familles de génération en génération. Cependant, les *ta'ata taurumi* se distinguent par leur capacité à être rémunérés, et leur notoriété repose sur un réseau informel de recommandations. Outre les massages traditionnels, certains *ta'ata taurumi* réalisent l'incision des gencives chez l'enfant pour la pousse des dents définitives, l'incision des hémorroïdes et pratiquent la supercision du pénis. Ces pratiques témoignent d'un rôle multifonctionnel au sein des communautés locales. Le massage demeure une pratique largement acceptée et intégrée, même dans le cadre hospitalier, où il est fréquent qu'un membre de la famille masse son proche hospitalisé pour le soulager et le détendre. Le massage est reconnu pour ses vertus et ne rencontre pas d'opposition dans sa pratique. Par extension, les masseurs-kinésithérapeutes modernes en Polynésie sont parfois désignés sous le terme de *taote taurumi*, ce qui souligne une hybridation entre les savoirs traditionnels et occidentaux.

Les *tahu'a* incarnent une figure plus spirituelle. Ils sont associés aux prêtres guérisseurs. Selon Saura (1996) *« Tahu'a est probablement construit sur la base de tahu, signifiant « celui qui allume » (le feu), mais aussi « qui lance des paroles », tahu redoublé devenant tahutahu, veut dire « jeter des sorts », « faire des tours de magie »* (Saura, 1996, p. 48). Rappelons que les maladies trouvent leurs origines dans le surnaturel. Elles sont la traduction d'un acte de malveillance d'autrui ou d'une transgression d'un *tapu*[87]. Le *tahu'a*[88] mène une enquête approfondie auprès de la famille du patient pour identifier l'origine du mal et entreprendre les rituels de guérison, allant de prières à l'invocation des esprits. En tant que figures polyvalentes, ils peuvent également exercer les rôles de *ta'ata rā'au* et de *ta'ata taurumi*.

L'existence de ces tradipraticiens témoigne de la nécessaire complémentarité des dimensions physique, culturelle et spirituelle dans les pratiques de soins polynésiennes. Cependant, ces pratiques suscitent des interrogations sur leur pérennité face à la standardisation du système de santé. La médecine moderne peut-elle intégrer sereinement ces pratiques sans les réduire à une

[87] Tabou, sacré
[88] Guérisseur

folklorisation ? La place des tradipraticiens dans le système de soins est à clarifier (statut, formation, etc.). Toutefois, elle renvoie à une culture encore vivante, où les pratiques spirituelles et symboliques tentent de coexister avec les apports de la médecine moderne. Cette culture, bien que marquée par des ruptures historiques demeure aujourd'hui l'objet d'une réappropriation.

Typologie de maladies	**Typologie de douleurs**	**Typologie de praticiens**
Maladie du corps *« ma'i tino »* : Maladies visibles, concrètes, physiques.	Douleur *tapu* : Offense des esprits, possession d'un corps Douleurs viscérales, traumatiques	*Ta'ata rā'au* : Pratique le soin par l'élaboration de remède à base de plantes.
Maladie de la pensée *« ma'i mana'o »* : Déni de l'état réel	Douleur *pīfao* : Due à un sort jeter par autrui.	*Ta'ata taurumi* : Soigne par le massage
Maladie de l'esprit du malade *« ma'i vārua »* : Hébétudes, stupeur, catatonie, etc.	Douleurs endurées : - Initiatiques : passage de l'enfance à l'âge adulte. - Identitaires : tatouage	*Tahu'a* : Prêtre guérisseur. Soigne par l'invocation du monde du sacré.
Maladie de l'esprit du défunt *« ma'i vāite »* : « hanté » par l'esprit non apaisé d'un défunt	Douleur *tūpāpa'u* : Angoisse, sensation d'une présence invisible.	

Tableau 12: Conception de la maladie en Polynésie française (Auteur)

4.3 L'influence de la culture et des croyances dans les prises en soins des patients

La culture ancestrale polynésienne, bien que profondément marquée par les transformations sociétales, reste vivante aujourd'hui. Une hybridation s'est opérée entre les croyances traditionnelles et les religions chrétiennes introduites durant la période coloniale. Cependant, cette cohabitation culturelle a conduit à des pertes importantes : oppression religieuse, politiques coloniales visant à effacer les pratiques locales et perturbations des modes

traditionnels de transmission, notamment orale. Pendant des siècles, la culture polynésienne a survécu dans l'ombre, et ce n'est qu'aujourd'hui qu'elle tente de se réaffirmer… Cette réappropriation culturelle se traduit par un regain d'intérêt. Pour s'en rendre compte, il suffit de regarder le nombre d'événements, de manifestations qui existent et d'écouter le journal télévisé ; autour de la culture. L'engouement des activités comme la danse et le *Heiva*, la pratique et les courses de *va'a*[89], le tatouage, l'apprentissage des *reo*[90] dans les programmes scolaires, les concours de *'ōrero*[91].

Certains rituels continuent d'exister et leur influence dépasse parfois les cercles polynésiens pour être adoptés par des résidents non polynésiens. Par exemple, le rituel du *pito*[92], illustre l'attachement à la terre et à la généalogie familiale. À la naissance d'un enfant, le placenta (ou à défaut le cordon ombilical) est enterré sur la terre familiale avec un arbre, symbolisant l'enracinement de l'enfant à sa terre ancestrale, à sa lignée et que sa terre puisse le rappeler s'il devait s'en éloigner. Les cliniques et les hôpitaux se sont adaptés et ont mis en place des mesures afin que les jeunes mères récupèrent le placenta, en répondant aux normes métropolitaines d'évacuation des « déchets organiques ». Concernant les *popa'ā*[93] qui le souhaitent, ils se contentent de récupérer le cordon ombilical séché et tombé de l'enfant pour le mettre avec une plante en pot ; car la terre tahitienne n'est pas la leur. Un autre exemple est le rituel du *tīfaifa*[94], qui a été repris par les résidents non polynésiens. Lors d'un mariage, le *tahu'a*[95] ou les *ru'au*[96] des mariés enveloppent le couple dans ce linge fabriqué pour l'occasion et invoque les *tupuna*[97] pour donner un nom de mariage qui deviendra l'identité du nouveau couple et lie les deux familles par cette union à une identité commune.

L'hybridation des croyances ancestrales et des croyances occidentales modernes engendre des tensions identitaires chez les polynésiens, particulièrement perceptibles dans le domaine de la santé. Alors que la médecine occidentale repose sur une recherche causale, les polynésiens interprètent souvent la maladie comme une manifestation du sacré. Cette dichotomie culturelle

[89] Pirogue en *reo ma'ohi*
[90] Langue en *reo ma'ohi*
[91] Discours en *reo ma'ohi*
[92] Nombril en *reo ma'ohi*
[93] Blanc en *reo ma'ohi*
[94] Couvre-lit, tapisserie
[95] Guérisseur en *reo ma'ohi*
[96] Anciens en *reo ma'ohi*
[97] Ancêtres en *reo ma'ohi*

se traduit par une perte de repère pour certains patients, lorsqu'ils doivent naviguer entre des paradigmes médicaux contradictoires.

La temporalité polynésienne est un autre élément à considérer. Chez le patient polynésien, elle est vécue comme une chronologie répétitive sur laquelle le regard en arrière le positionne et lui permet d'avancer dans le futur. Les polynésiens profitent de l'instant présent et la projection pour demain n'est qu'une illusion. L'absence de projection dans l'avenir des polynésiens, semble être née de la mécompréhension des occidentaux vis-à-vis de la conception temporelle des polynésiens ; ce qui a donné lieu à une hybridation de celle-ci. Cela a amené à avoir une représentation collective du *ta'ata ma'ohi*[98] comme un individu fataliste. Autrefois, le futur était en lien avec la vie ordinaire, la vie quotidienne. Par exemple, prévoir la période de disette en préparant les stocks. La communauté se basait sur les événements passés pour anticiper les conflits entre les différents clans. Ils utilisaient le temps du *matarii i raro*[99] pour se purger, méditer, se former, grâce à une gestion anticipée des réserves de nourriture. Il s'agissait d'une projection concrète et pratico-pratique car pour la pensée polynésienne, on ne s'intéresse pas à ce sur quoi on ne peut pas agir (les possibles événements futurs non-inscrits dans une dynamique chronologique et cyclique).

Contrairement au polynésien, l'individu occidental s'inscrit dans une logique de prévention et recherche à corriger son comportement en santé pour espérer vivre vieux. Il est dans la projection permanente de possibles événements à venir. Saura (2021) écrit à propos de la pensée polynésienne : *« D'ailleurs à quoi bon vivre vieux ? « C'est bien pour les Chinois qui se nourrissent de riz et de pota » entend-on dire, ou « bien pour les popa'ā », dont on sait si souvent, tout au long de leur vie, ils se privent de manger ce qui leur plaît vraiment, pour parvenir à célébrer leurs quatre-vingt-dix ans dans un fauteuil roulant, au sein d'un EHPAD*[100]*... »* (Saura, 2021, p. 191). Pourquoi penser à demain, quand on a l'assurance de retrouver ses *tupuna*[101] et de savoir qui l'on est de par la connaissance de sa généalogie ?
De par sa culture, le patient polynésien n'est pas un patient occidental. Pour le patient polynésien, la notion de maladie chronique n'a pas de sens puisqu'elle induit une pérennité dans le temps alors que le futur n'est pas sa préoccupation et qu'il se situe dans le présent. C'est

[98] Tahitien en *reo ma'ohi*
[99] Période de disette, juillet, aout, septembre, hiver australe.
[100] Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
[101] Ancêtres en *reo ma'ohi*

pourquoi, le nombre de ruptures thérapeutiques est important chez les patients polynésiens des milieux ruraux ou pauvres (en plus des difficultés d'accessibilité aux soins). La pratique de l'éducation thérapeutique du patient (en plein essor), prend en compte cette dimension culturelle. Elle est indispensable pour comprendre le patient dans son entièreté.

Dans cette dynamique, le patient polynésien se rend chez le médecin et/ou à l'hôpital lorsqu'il y a une manifestation évidente d'une maladie (symptomatologie) et s'y rend lorsqu'il ne supporte plus les douleurs ou quand la symptomatologie n'est plus supportable. Cela renvoie, à cette endurance face au mal que le polynésien se doit d'avoir pour montrer à la communauté sa force. Par conséquent, les patients se présentent souvent à un stade avancé de la maladie, allongeant la durée de la prise en soins, parfois même lorsque le pronostic vital est engagé. Ainsi, l'absence de symptômes est souvent interprétée comme une guérison ou une absence de maladie, conduisant à une rupture thérapeutique et des rechutes fréquentes.

L'alliance entre les croyances ancestrales et la médecine moderne reste difficile. Les patients sont parfois très méfiants et n'ont pas confiance en la médecine occidentale car elle ne leur parle pas vis-à-vis des codes culturels polynésiens. La tension entre représentations traditionnelles et référentiels biomédicaux se manifeste de manière saillante dans le champ de la psychiatrie. Cette confrontation culturelle, implicite, transparaît dans de nombreuses situations issues de notre expérience professionnelle, révélant des malentendus autour du soin. Lors de l'accueil de patients en décompensation psychique majeure, ceux-ci étaient hospitalisés dans la cadre d'une admission dite sous contraintes (restriction de liberté). Pour comprendre la maladie, l'équipe soignante enquêtait auprès de la famille pour identifier les signes précurseurs et les facteurs déclencheurs de la crise. Parfois, les familles refusaient de parler de peur de révéler quelque chose d'intime et de peur de ne pas être compris par nous, soignants venus d'ailleurs. L'intervention d'un collègue local permettait de recueillir les informations, car ils avaient face à eux un soignant qui leur ressemblait. Les informations étaient de l'interprétation d'un conflit dans la famille en plus de la prise de toxiques, qui avait entraîné cet état de mal. Ou bien la punition d'un *tupuna*[102]. L'approche médicamenteuse proposée par la médecine occidentale ne leur correspondait pas, malgré un accompagnement et des explications. Une fois le patient stabilisé, il repartait dans sa famille. L'absence de symptomatologie et la non-adhésion à la thérapie par le patient et par sa famille s'accompagnaient le plus souvent d'un

[102] Ancêtres en *reo ma'ohi*

arrêt des traitements. Le patient revenait hospitalisé dans des conditions laborieuses. On apprenait par la suite, que les familles n'étaient pas allées à la pharmacie récupérer les traitements et avaient tenté de faire appel à un *tahu'a*[103] pour exorciser leur proche. Toutefois, certains *tahu'a*[104] nous adressaient aussi des patients. Ils étaient sollicités par la famille en premier lieu. Une fois que la famille était informée qu'il ne s'agissait pas d'un *tupuna* [105] en colère le *tahu'a*[106] les accompagnait à l'hôpital pour la prise en soins. Dans ces situations, l'expérience nous a montré que l'adhésion à la médecine moderne était plus forte et le projet de soins plus facile à mettre en place avec un vrai partenariat et un véritable investissement des proches du patient. Ces situations illustrent la nécessité d'un travail de médiation culturelle, où les soignants doivent composer avec des représentations multiples de la maladie et de l'alliance thérapeutique.

La coexistence entre médecine occidentale et pratiques ancestrales se reflète dans les débats politiques. Les interventions de représentants politiques[107] (Image 15), comme celle d'une députée de la majorité indépendantiste, illustrent les tensions identitaires autour des pratiques de santé. Ces débats interrogent la place des savoirs traditionnels dans un système médical majoritairement occidental.



Acte 1 : Sylvana Tiatoa tient des propos polémiques en séance publique à l'Assemblée

Vendredi 24 mai, lors de la quatrième séance de la session administrative, l'élue Tavini des Raromatai, Sylvana Tiatoa, prend la parole. Elle s'exprime en tahitien. Son allocution est visiblement préparée puisqu'elle lit un texte. Les débats portent sur la situation de l'hôpital du Taaone. "*Ils (NDLR les médecins) ont soigné les Māòhi comme s'ils étaient des Occidentaux. Et ils ont presque réussi à occidentaliser les Māòhi à travers leurs médecines...Aucun médecin n'est capable de guérir les habitants de ce pays. Aujourd'hui, les traitements que l'on utilise ne soignent pas les malades, mais servent uniquement à soulager la douleur. C'est la raison pour laquelle l'hôpital est devenu un gouffre financier. L'argent que nous versons au CHPF ne sert à rien puisque le nombre de malades, voire le nombre de personnes qui meurent ne cesse d'augmenter*".

Image 15: Extrait du journal de Radio 1 du 27 mai 2024

[103] Guérisseur en *reo ma'ohi*
[104] Guérisseur en *reo ma'ohi*
[105] Ancêtres en *reo ma'ohi*
[106] Guérisseur en *reo ma'ohi*
[107]https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/polynesie-francaise/propos-tenus-par-l-elue-tavini-sylvana-tiatoa-retour-sur-la-polemique-resumee-en-4-actes-1492349.html



Image 16: Extrait du journal Tahiti Infos du 27 mai 2024



Image 17: Extrait du journal Tahiti Infos du 28 mai 2024



Image 18: Extrait du journal Tahiti Infos du 28 mai 2024

La Polynésie française se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins de son histoire, où elle s'efforce de concilier la valorisation de sa culture avec son insertion dans la mondialisation. Cette dynamique se traduit par une volonté de renouer avec son passé, à travers la redécouverte de ses croyances, de ses langues et de ses rituels. Le développement de recherches anthropologiques et/ou sur les questions identitaires témoigne de cet effort. Parallèlement, des travaux sur les plantes médicinales polynésiennes se multiplient, pour une démarche de préservation et d'innovation. Ces recherches renforcent l'idée que le savoir traditionnel peut coexister avec les avancées contemporaines y compris dans le domaine de la santé.

Dans le monde de la santé, cette quête d'équilibre se manifeste par des initiatives qui visent à intégrer les soins traditionnels dans une complémentarité et une alliance thérapeutique, avec les parcours de soins modernes, et cela dans l'intérêt des patients. Un exemple emblématique de cette démarche est le projet du Dr Éric Parrat médecin pneumologue au CHPf, originaire de métropole. Il a intégré le premier *tradipraticien* (nomination professionnelle du *tahu'a*), dans la prise en soins de ses patients avec le soutien de la direction du CHPf. Fort de ce succès, le CHPf a étendu le dispositif à d'autres services. Le gouvernement s'est engagé à intégrer ces pratiques dans une stratégie de développement durable de la santé.

La médecine intégrative combine soins modernes et pratiques traditionnelles. Elle s'inscrit dans le projet de santé du gouvernement polynésien. Elle semble être une réponse aux défis identitaires et culturels. En valorisant les savoirs traditionnels, cette approche pourrait réduire les inégalités d'accès aux soins et renforcer l'adhésion des patients à des parcours de soins adaptés à leur croyance et représentations.

L'alliance entre modernité et tradition demeure un défi complexe en Polynésie française. Si l'intégration des pratiques traditionnelles dans les soins est essentielle pour répondre aux besoins des patients polynésiens, elle nécessite une reconnaissance institutionnelle et une collaboration entre les différents acteurs du système de santé. La réussite de cette démarche pourrait contribuer à une meilleure prise en soins des patients Cette démarche pourrait contribuer à réduire les inégalités en santé et renforcer l'adhésion des patients polynésiens à des parcours de soins adaptés à leur identité. En reconnaissant la valeur des pratiques traditionnelles dans un cadre moderne, la Polynésie française pourrait devenir un modèle d'hybridation culturelle réussie dans le domaine de la santé.

4.4 Conclusion

Ce chapitre a permis de mettre en lumière la dimension culturelle polynésienne dans les analyses organisationnelles du soin : la profondeur culturelle et symbolique de la relation soignant-soigné en Polynésie française. Il ne s'agissait pas de dresser un portrait folklorisé du « patient polynésien », mais de comprendre comment les croyances, les représentations, les langues, les mémoires et les codes sociaux influencent concrètement la façon dont la maladie est vécue, exprimée et soignée.

Nous avons vu que, en Polynésie française le soin ne peut être réduit à un acte purement technique. Il s'inscrit dans un tissu complexe de significations, où la maladie peut être interprétée comme une sanction spirituelle ou comme la conséquence d'un déséquilibre relationnel. La douleur, pour sa part, n'est que rarement exprimée selon les échelles attendues : elle se devine, s'observe, se porte. La parole, pivot de la relation de soignant-soigné, est elle-même traversée par la diversité linguistique, les formes de l'oralité et les variations symboliques qui circulent entre *reo mā'ohi,* français et d'autres langues locales. Quant au temps, il ne s'aligne pas toujours sur la linéarité imposée par les logiques hospitalières (occidentales).

Ces dimensions culturelles ne sont pas anecdotiques : elles influencent directement la qualité des soins, la confiance envers l'institution, l'adhésion aux soins et le sentiment d'être reconnu ou au contraire jugé. Elles interpellent sur la posture des soignants, particulièrement ceux venus de métropole, qui doivent apprendre à lire autrement les signes cliniques, les silences, les résistances et à composer avec des attentes non-dites. Elles questionnent également les équipes locales, souvent placées à l'intersection de plusieurs registres de légitimité : celui de la tradition, celui de la biomédecine et celui de l'institution hospitalières.

Dans le prolongement du chapitre précédent consacré à l'instabilité des collectifs, ce chapitre a déplacé le regard vers ceux que nous soignons. Stabiliser les équipes, optimiser les plannings ou ajuster les statuts ne suffit pas : il est indispensable de comprendre la manière dont le soin est reçu, perçu, approprié. La qualité du soin en Polynésie française ne peut être pensée uniquement en termes de normes et de ressources. Elle exige une lecture située, attentive et empreinte d'humilité. Cela conduit à une question centrale, qui prolonge et complexifie notre réflexion managériale : dans un environnement hospitalier instable, comment transmettre et reconnaître les spécificités culturelles des patients polynésiens afin de garantir une qualité et une sécurité des soins adaptées au contexte local ?

Conclusion

Conclure une partie, c'est comme quitter une île après y avoir jeté l'ancre, exploré ses contours visibles et ses profondeurs. Cette première étape de notre voyage nous a permis de cartographier l'environnement sur lequel notre questionnement prend forme. Nous avons abordé le système de santé polynésien dans sa construction historique, statutaire, institutionnelle, culturelle et managériale, en nous focalisant sur les particularités du Centre hospitalier de la Polynésie française (établissement de premier, de dernier recours et de référence).

Ce parcours a mis en lumière un élément majeur, celui de l'instabilité chronique des équipes de soins. Loin d'être ponctuel, ce phénomène apparaît comme structurel. Il puise ses racines dans l'obsolescence et l'inadéquation statutaire, la rareté des formations locales, la dépendance aux viviers professionnels extérieurs et la complexité du recrutement dans un environnement insulaire. Il génère une fatigue organisationnelle, fragilise la continuité des services et des soins, perturbe les transmissions des savoirs et rend difficile toute stabilisation durable des collectifs de travail. Cette instabilité ne touche pas un collectif homogène. Bien au contraire, les équipes de soins du CHPf sont traversées par une pluralité profonde : des statuts d'emploi variés, des origines culturelles diverses, des temporalités d'engagement différentes et une mosaïque de métiers. Cette hétérogénéité, source de richesse, engendre aussi des ajustements permanents, des négociations silencieuses, des adaptations quotidiennes. Pourtant, malgré toutes ces contraintes, l'organisation perdure, sa continuité est assurée. Les soins sont assurés, les patients sont accompagnés et les incidents évités. Cette réalité interroge. **Pourquoi malgré le contexte de turnover important et régulier dans les équipes de soins du CHPf, l'organisation ne s'effondre-t-elle pas et pourquoi n'y a-t-il pas d'incidents majeurs dans la prise en soins des patients ?**

Nos premières observations nous suggèrent l'existence de formes de régulations informelles, implicites, d'ajustements, d'une intelligence collective distribuée et partagée, qui permettent aux équipes de soins de maintenir une cohérence et une continuité de l'activité. C'est ce constat qui oriente désormais notre cap. Pour aller plus loin, il nous faut désormais prendre du recul vis-à-vis du terrain pour entrer dans l'exploration littéraire ; celle des concepts. Deux notions en particulier semblent offrir des leviers de compréhension pertinents :

- La compétence collective, entendue comme un processus partagé permettant d'assurer la continuité du service et éviter les disruptions.
- La vigilance collective, forme d'attention distribuée qui permet aux équipes d'anticiper, de prévenir, de réagir face aux imprévus.

Nous pressentons que ces deux concepts peuvent être liés. L'un pourrait s'inscrire dans la continuité de l'autre, ou marquer un basculement d'une logique de coordination vers une logique de résilience. Leur articulation reste à explorer. En mobilisant ces concepts, notre ambition n'est pas d'énoncer des réponses prématurées mais d'ouvrir un cadre d'analyse qui nous permette de mieux comprendre notre phénomène.

Notre *va'a*[108] quitte les rivages du contexte pour voguer vers d'autres horizons : ceux des savoirs académiques, des concepts éprouvés, des travaux de recherche antérieurs et de nos prédécesseurs. Pour comprendre ce que nous avons observé, il nous faut à présent interroger la littérature.

[108] Pirogue en *reo ma'ohi*

PARTIE 2 : LA REVUE DE LITTÉRATURE

Introduction

Les préparatifs étant achevés, les lecteurs/voyageurs embarquent sur la grande pirogue polynésienne appelée *va'a*. Celle-ci se lance dans l'exploration de la littérature existante pour capter les connaissances des anciens qui lui permettent d'établir un nouveau cap, à savoir les questions de recherche, afin de la guider vers sa destination finale.

Pour faire face aux imprévus, le terrain nous enseigne que les membres des équipes de soins du Centre hospitalier de la Polynésie française mettent en place des mécanismes de réajustement, des actions, une coordination pour éviter les incidents. Le risque d'incidents majeurs est d'autant plus accentué par le turnover important et régulier que connaissent ces équipes. Bien que contextuel, ce turnover impacte la dynamique des équipes et particulièrement les connaissances des spécificités de fonctionnement de l'établissement, du pays et des soins au patient. Le Centre hospitalier de la Polynésie française est un hôpital polynésien qui prend en soins une population très majoritairement polynésienne.

Dans la continuité de notre cheminement réflexif visant à comprendre ce qui se passe sur notre terrain de recherche, nous avons exploré la littérature existante et retenu des éléments issus de recherches antérieures, nous permettant de poser un cadre théorique. En effet, les équipes de soins, de par leur fonctionnement, semblent mettre en place une compétence collective de type vigilance, qui s'exprime dans les habitudes tout en se réajustant lorsqu'un nouveau membre arrive dans l'équipe. C'est pourquoi, nous aborderons le concept de compétence collective et poursuivrons avec celui de la vigilance collective. Une fois ce cadrage théorique établi, nous formulerons notre question de recherche dans la continuité du déroulement de notre voyage.

PARTIE 1 : LE CONTEXTE DU TERRAIN DE RECHERCHE

Chapitre 1
Notre parcours

Chapitre 2
Le système de santé de la Polynésie française

Chapitre 3
Turnover, instabilité des équipes et rôle du cadre de santé au CHPf

Chapitre 4
Soigner en Polynésie française

PARTIE 2 : LA REVUE DE LITTÉRATURE

Chapitre 5
La compétence collective comme socle d'analyse du travail en équipe

Chapitre 6
La vigilance collective comme réponse attentionnelle aux limites de la compétence collective

La question de recherche

PARTIE 3 : L'ÉTUDE EMPIRIQUE

Chapitre 7
Posture épistémologique et méthodologie de la recherche

Chapitre 8
La vigilance collective au Centre hospitalier de la Polynésie française

Chapitre 9
Vers une compréhension située de la vigilance collective

PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS

Chapitre 10
Discussion théorique

Chapitre 11
Contributions managériales

Chapitre 5 La compétence collective comme socle d'analyse du travail en équipe

La notion de compétence collective, développée depuis une trentaine d'année principalement dans le champ de l'ergonomie, se situe au croisement de plusieurs disciplines, parmi lesquelles la gestion, le management, la sociologie et la théorie des organisations. Son étude requiert une approche multidimensionnelle, capable de mettre en évidence les dynamiques collectives à l'œuvre dans les environnements de travail. Cette réflexion s'appuie sur les contributions de divers chercheurs afin d'explorer les interactions entre les individus, les organisations et les contextes opérationnels, et de mieux comprendre les mécanismes qui président à l'émergence et au développement de la compétence collective.

5.1 Genèse et définitions de la compétence collective, un savoir-agir partagé en contexte

La compétence collective est un concept développé dans les années 2000. Il est à dissocier des concepts de compétence individuelle qui compose un collectif et de celui de la compétence organisationnelle. La compétence collective est considérée comme une compétence intermédiaire.

Pour comprendre ce concept, nous nous appuyons sur les travaux de Retour et Krohmer (2006) qui proposent une définition fondatrice. Ces auteurs considèrent la compétence collective comme étant *« un savoir-faire opérationnel propre à un groupe »* (Retour & Krohmer, 2006, p. 152), permettant la réalisation d'une performance qu'un individu seul ne pourrait accomplir. Elle émerge dans des collectifs de travail pérennes ou temporaires. Cette définition est enrichie par Ruuska et Teigland (2009) qui insistent sur la *« capacité d'un groupe à travailler ensemble à la réalisation d'un objectif commun et à la création d'un résultat collectif, résultat qui n'a pu être atteint par un seul membre en raison de sa complexité »* (Ruuska & Teigland, 2009, p. 324). Cette approche souligne la nécessité de la collaboration. Les travaux de Bataille-Chédotel (2001) complètent cette analyse en décrivant la compétence collective comme une *« capacité reconnue à un collectif de faire face à une situation donnée »* (Bataille-Chédotel, 2001, p. 67). Elle met en avant deux éléments : l'appartenance à un collectif et le caractère situé de la compétence, définie comme un *« savoir-agir collectif reconnu en situation »* (Bataille-

Chédotel, 2001, p. 67). Michaux (2003) cité par Dupuich (2011, p. 110) partage cette perspective et ajoute que la compétence collective repose sur *« des savoirs et savoir-faire tacites, partagés ou complémentaires et la capacité répétée et reconnue d'un collectif à se coordonner pour co-construire des solutions finales ».* Dupuich (2011) identifie trois modalités distinctes par lesquelles un collectif développe sa compétence collective. Premièrement, il peut s'agir d'un ensemble de pratiques partagées que le groupe a assimilé au fil du temps. Deuxièmement, cela peut aussi correspondre à des schémas d'interactions récurrents intégrés par les membres. Troisièmement, il peut s'agir de la capacité du collectif à élaborer de manière collaborative une réponse spécifique adaptée à une situation particulière.

Krohmer (2005) aborde la compétence collective tant au niveau individuel qu'au niveau collectif, comme *« une combinatoire de ressources mise en œuvre par un groupe pour faire face à une situation de travail »* (Krohmer, 2005, p. 53-54). Cette perspective rejoint celle de Leplat (2000), qui considère que la compétence collective ne se limite pas à la somme des compétences individuelles mais résulte d'une construction partagée. Dans un contexte particulier, Colin et Grasser (2009) l'ont étudiée dans un service d'urgence hospitalier marqué par un turnover régulier lié à l'accueil des internes. Ils montrent que la compétence collective occupe une position intermédiaire, à la croisée des compétences individuelles et organisationnelles. La compétence collective, tout en étant nourrie par les compétences individuelles, participe à leur renouvellement. Richebé (2007) et Cavestro, Colin et Grasser (2007) soulignent alors l'importance des compétences coopératives ou comportementales dans l'émergence de la compétence collective. Sur le plan organisationnel, Richebé (2007) met en lumière la dépendance entre la compétence collective et l'organisation par rapport à *« l'agencement des compétences collectives qu'elle opère »* (Colin & Grasser, 2009, p. 3) et *« des ressources qu'elle met à disposition des agents »* (Colin & Grasser, 2009, p. 3). Elle devient donc un élément liant les niveaux individuels et organisationnels, tout en exigeant une dynamique de partage et de transformation. Le concept de compétence collective est un intermédiaire pour faire le lien entre la compétence individuelle et celle de l'organisation.

Les travaux de Colin et Grasser (2009) mettent en évidence le caractère dynamique, évolutif et renouvelable de la compétence collective. Cette dimension évolutive est également analysée par Dupuich (2011). Deux approches théoriques se distinguent alors. L'approche harmonieuse, portée par Bataille-Chédotel (2001), envisage la compétence collective comme le fruit de la coopération et de la synergie des compétences individuelles. À l'inverse, l'approche

interactionnelle, défendue par Guilhon et Trepo (2000), met en avant les confrontations et les négociations, soulignant que la compétence collective se construit progressivement dans un contexte interactionnel. Ces deux approches coexistent, en révélant une tension fondamentale. D'un côté, une vision du collectif perçue comme allant de soi et de l'autre, une lecture ancrée dans le conflit, la négociation et les ajustements continus. Cette tension traverse aussi les organisations de soins, où la coopération ne va pas toujours de soi.

Dupuich (2011) qui s'appuie sur l'approche interactionnelle, décrit la compétence collective comme *« une intelligence situationnelle, une capacité à acquérir dans et hors du champ de travail l'appréhension d'une situation ou d'un problème »* (Dupuich, 2011, p. 111). Elle la qualifie de construit social, de source de performance. Elle est liée *« à l'état de cohésion des membres puisqu'elle intègre des actions individuelles, des interactions personnelles et des décisions comme variables d'action dans des environnements complexes et mouvants »* (Dupuich, 2011, p. 112). La compétence collective se construit par les interactions entre les membres d'un collectif de travail. Elle n'existe pas seule, il faut la construire en permanence par rapport aux objectifs de l'organisation et à ceux des membres. Elle ne peut être copiée ni dupliquée, car elle est dépendante du contexte dans lequel elle émerge. Aussi, au niveau managérial, une attention doit être portée sur le système de coordination. Beton et Bertolucci (2020) ajoutent deux autres dimensions à la compétence collective : une dimension pratique, qui réside dans l'intégration des compétences individuelles pour résoudre des problèmes et une dimension interpersonnelle, notamment la capacité des membres à interagir et à collaborer.

La compétence collective dépasse la somme des compétences des individus. Elle se déploie dans une dynamique évolutive et se construit soit par la mobilisation coordonnée des compétences individuelles (approche harmonieuse), soit à travers les échanges, confrontations et ajustements entre les membres du groupe (approche interactionniste). Ce savoir-agir collectif, ancrés dans son contexte d'émergence, constitue un levier déterminant pour répondre à des situations complexes et atteindre des objectifs communs.

5.2 Comprendre ce qui fait la compétence collective, une lecture par dimensions constitutives

En s'appuyant sur les fondements théoriques déjà posés, il devient possible d'appréhender la compétence collective à travers les dimensions concrètes qui en traduisent l'opérationnalité dans les collectifs.

Retour et Krohmer (2006) identifient quatre dimensions constitutives. Le référentiel commun correspond à une *« représentation de références »* (Retour & Krohmer, 2006, p. 152), commune au groupe. C'est un *« patrimoine partagé résultant d'un véritable travail d'élaboration collective »* (Retour & Krohmer, 2006, p. 152). Il facilite la cohérence des actions en préparant et réalisant les objectifs (le projet collectif). Cet élément temporaire résulte de la confrontation des points de vue et des savoirs individuels. C'est un compromis pour permettre l'atteinte de l'objectif du groupe. Plusieurs auteurs ont apporté leur contribution vis-à-vis du référentiel commun. Ils le définissent comme un cadre commun où les acteurs s'accordent sur les objectifs de l'action et les ressources à mobiliser. Chédotel et Pujol (2009) associent le référentiel commun aux finalités poursuivies par l'organisation, mettant en évidence le rôle de la dimension identitaire dans l'engagement des acteurs. Colin et Grasser (2009) cités par Rouby et Thomas (2014, p. 58) introduisent la notion de répertoire en soulignant que *« des individus qui appartiennent à des métiers différents et participent à une même action collective, doivent s'entendre sur les indicateurs clés pour se coordonner ».* Rouby et Thomas (2014) complètent cette perspective en articulant le référentiel commun avec des répertoires d'indicateurs, de réponses et des valeurs liées à la tâche. Dans une perspective située, Fernandez (2020) distingue le référentiel opératif commun du référentiel commun, qu'elle définit comme un ensemble de repères partagés, forgés dans l'expérience et construits dans l'action, par opposition à un cadre formalisé centré sur les objectifs. Ce référentiel opératif, enraciné dans la pratique, offre au collectif une capacité d'ajustement en temps réel face à l'incertitude.

La deuxième dimension est le langage partagé, propre au groupe. Il définit son identité et le différencie des autres collectifs. La troisième dimension est la mémoire collective. Retour et Krohmer (2006) distinguent trois niveaux :

- La mémoire déclarative collective non centralisée. C'est l'acquisition d'une nouvelle connaissance via les échanges avec d'autres membres du groupe, donc par interaction.

- La mémoire procédurale collective non centralisée. C'est la confrontation des savoir-faire durant le travail commun.
- La mémoire collective de jugement. C'est l'interprétation commune issue des mémoires individuelles confrontées.

Enfin l'engagement subjectif, pour Wittorski (1997), il s'agit d'une coopération orientée vers la résolution de problèmes. Dubois et Retour (1999) y voient une capacité à réinventer en permanence l'organisation, tandis que Pémartin (1999), considère l'engagement subjectif comme une *« mise en synergie »*.

Lors de leur étude de terrain auprès des équipes de soins et des internes qui exercent dans un service des urgences, Colin et Grasser (2009) ajoutent quatre dimensions :

- Ils démontrent que la compétence collective résulte d'un apprentissage. Il s'agit d'une transmission et d'un partage des savoirs et d'expériences.
- L'hétérogénéité du groupe est une source de richesse et de créativité.
- La compétence collective est multilatérale. Chaque membre de l'équipe a des relations multiples en interne et en externe.
- Elle est dynamique, à cause de la variabilité des individus, de leur qualité, des moyens et des objets de travail.

Ces auteurs soulignent la problématique de la pérennité de la compétence collective mettant en avant le turnover des internes en médecine. Celui-ci ne doit pas être perçu comme un frein mais plutôt comme une opportunité, pour la renouveler et la pérenniser.

Dans son étude consacrée aux équipes de secours en montagne, Fernandez (2020) met en évidence de nouvelles dimensions constitutives de la compétence collective. Elle souligne d'abord le rôle des modèles mentaux partagés, définis comme des représentations communes, des rôles, des objectifs et des situations. Ces repères permettent aux membres d'anticiper les actions des autres et de s'ajuster mutuellement, souvent sans avoir à verbaliser. Cette intelligence de la situation se relie à l'identité collective, que Fernandez (2020) décrit comme un sentiment d'appartenance construit dans l'expérience, appuyé sur des valeurs, une histoire et des objectifs communs. Ce sentiment d'appartenance nourrit la cohésion, notamment dans les contextes extrêmes où la confiance et la solidarité deviennent vitales pour le groupe. Ces deux dimensions se structurent autour du référentiel opératif commun, c'est-à-dire une base de repères partagés issus de l'expérience qui facilite la coordination fluide et soutient l'efficacité

collective dans l'action. Fernandez (2020) insiste également sur l'importance des pratiques de communication et des dispositifs organisationnels qui entretiennent et font évoluer ces dimensions dans le temps. Cette perspective rejoint les travaux de Chédotel et Pujol (2012), qui rappellent combien la reconnaissance mutuelle et le partage d'une finalité commune sont décisifs. Dans le même esprit, Mammar El Hadj (2017) insiste sur le caractère évolutif de la compétence collective, construite au fil des interactions, des ajustements et des expériences communes. Tous ces auteurs convergent sur l'idée que la compétence collective repose sur des éléments invisibles, mouvants et souvent informels.

L'approche dimensionnelle ainsi proposée éclaire les dynamiques qui favorisent ou freinent le développement de la compétence collective dans les collectifs de travail. Elle offre un cadre pour identifier les facteurs qui soutiennent son émergence tout en repérant les obstacles qui risquent d'en fragiliser la construction. Dans cette perspective, il s'agit désormais de comprendre les conditions concrètes qui rendent possible sa stabilisation dans l'action collective et son inscription durable dans les pratiques partagées.

Dimension	Description	Auteurs
Référentiel commun	Représentation de référence commune au groupe, facilitant la cohérence des actions et la réalisation des objectifs.	Retour et Krohmer (2006), Chédotel et Pujol (2009), Colin et Grasser (2009), Rouby et Thomas (2014)
Langage partagé	Langage propre au groupe, définissant son identité et le différenciant des autres collectifs.	Retour et Krohmer (2006)
Mémoire collective	Comprend trois niveaux : • mémoire déclarative collective non centralisée, • mémoire procédurale collective non centralisée, • mémoire collective de jugement	Retour et Krohmer (2006)

Dimension	Description	Auteurs
Engagement subjectif	Démarche coopérative de résolution de problème, capacité à réinventer l'organisation, mise en synergie.	Wittorski (1997), Dubois et Retour (1999), Pémartin (1999)
Apprentissage	Transmission et partage des savoirs et d'expériences.	Colin et Grasser (2009)
Hétérogénéité	Source de richesse et de créativité.	Colin et Grasser (2009)
Multilatéralité	Relations multiples en interne et en externe.	Colin et Grasser (2009)
Dynamisme	Variabilité des individus, de leur qualité, des moyens et des objets de travail.	Colin et Grasser (2009)
Modèles mentaux partagés	Représentations communes (situations, rôles, objectifs), permettant l'anticipation mutuelle et la coordination sans verbalisation explicite.	Fernandez (2020)
Identité collective	Sentiment d'appartenance fondé sur des valeurs, une histoire et une expérience partagées.	Fernandez (2020), Chédotel et Pujol (2009)
Référentiel opératif commun	Repères tacites construits dans l'action, issus de l'expérience partagée, permettant une coordination fluide en situation incertaine.	Fernandez (2020)
Reconnaissance mutuelle	Identification réciproque entre les membres, soutenant l'engagement et la stabilisation du collectif autour d'un objectif commun	Chédotel et Pujol (2009)

Tableau 13: Éléments constitutifs de la compétence collective (Auteur)

5.2.1 Ce qui permet l'émergence : leviers individuels, managériaux et organisationnels

Retour et Krohmer (2006) ont exploré les leviers qui favorisent l'émergence de la compétence collective, qu'ils catégorisent en deux grandes familles : les facteurs individuels et les facteurs organisationnels.

Les facteurs individuels renvoient aux qualités inhérentes aux membres du groupe, particulièrement à leurs compétences individuelles. Plus ces dernières sont présentes, plus le développement de la compétence collective devient possible. Parmi ces facteurs figurent les interactions affectives (affinités, entente), qui alimentent le sentiment d'appartenance, contribuent à la formation d'une communauté et créent un environnement favorable aux interactions interpersonnelles. La présence de relations informelles entre les membres, lorsqu'elles sont reconnues et encouragées par l'organisation, ainsi que la coopération, exerce une influence déterminante sur la capacité des membres à travailler ensemble. Quant aux facteurs organisationnels, le rôle du manager demeure central. Il porte une attention au design de son équipe pour développer une compétence collective de qualité. Il s'agit pour lui de trouver une combinaison harmonieuse des personnalités et des compétences. Pour y parvenir, il mobilise plusieurs leviers. Il peut d'abord structurer des interactions formelles à travers des espaces officiels d'échanges (les réunions, les équipes projets, les temps de transmission dans lesquels les membres échangent professionnellement). Il peut aussi ajuster son style de management afin de favoriser l'autonomie et l'initiative. À cela s'ajoute l'instauration d'une culture qui reconnaît le droit à l'erreur et met en valeur l'atteinte des objectifs, renforçant ainsi l'engagement du collectif autour de résultats tangibles. Le rôle du manager se révèle central et s'inscrit dans une ligne hiérarchique structurante, comme le souligne Fernandez (2020). La hiérarchie ne se limite pas au pilotage, elle organise les conditions même du développement de la compétence collective, en travaillant sur la composition des équipes, l'équilibre des profils, la gestion des tensions et le soutien aux ajustements collectifs. Par ailleurs, le manager recourt aux outils de gestion des ressources humaines (GRH), notamment dans les processus de recrutement, d'évaluation, de formation et de retour d'expérience. Cependant, le rôle attendu du manager se heurte à des contraintes structurelles telles que la surcharge de travail, l'instabilité des équipes ou la rigidité hiérarchique.

Cette logique d'ajustement se retrouve également dans les travaux de Dupuich (2011) qui rejoint l'idée que les interactions entre les membres du collectif favorisent l'émergence de la compétence collective. Elle ne peut se développer qu'à condition d'avoir un *« mode de couplage de réseaux et d'interactions permanentes entre les membres (structures internes) et les organisations (structures externes) »* (Dupuich, 2011, p. 112). À ces conditions, l'auteure ajoute la complexification des activités, un plan de formation et de communication adapté, et une capacité d'adaptation connue, garante d'adaptabilité et d'agilité organisationnelle. Chédotel et Pujol (2012), insistent sur l'importance d'un climat de communication favorable. Lorsque

les membres du groupe se sentent écoutés, leur identification au collectif se renforce. Dans d'autres travaux, Chédotel et Krohmer (2014) approfondissent ces travaux en étudiant deux contextes distincts : une organisation humanitaire et une équipe soignante dans un établissement sanitaire et social. Elles identifient le rôle structurant des règles. Trois dimensions sont reconnues :

- Le rôle des règles en lien avec le référentiel commun. Les métarègles établissent un référentiel commun, complété par celles du design d'équipe, facilitant ainsi l'appropriation collective des objectifs spécifiques et leur mise en œuvre concertée.
- Le rôle des règles dans la confrontation des représentations. Les métarègles structurent la communication et l'organisation des échanges (staff, réunion…), favorisant l'écoute et la confrontation constructive des représentations individuelles dans l'équipe. Elles facilitent l'harmonisation des points de vue et soutiennent la cohésion organisationnelle.
- Le rôle des règles dans la prise d'une décision commune. Les métarègles établissent le cadre d'arbitrage et de design, se déclinant auprès de l'équipe pour structurer les discussions et favoriser l'émergence de solutions multiples face à une situation problématique.

Par ailleurs, Rouby et Thomas (2014) identifient des leviers pour soutenir la construction d'une compétence collective. Au niveau individuel, l'attention portée aux indicateurs clés et la capacité à interpréter les signaux faibles permettent d'apporter des réponses adaptées et innovantes face aux imprévus. Au niveau de l'équipe, la cohérence intra-équipe repose autant sur l'existence d'un référentiel commun solide que sur la valorisation de l'improvisation. Cette cohérence est renforcée par l'entente au sein du corpus managérial de l'organisation et par le partage de valeurs communes, qui instaurent des repères partagés.

Dans cette perspective, Bonin et Grasser (2025) distinguent deux dynamiques dans l'évolution de la compétence collective : le *performing* et le *patterning*. Le *performing* correspond à la mise en œuvre des routines collectives dans l'action, soit l'activation quotidienne des compétences à travers des pratiques partagées. De cette mise en œuvre émergent des formes d'organisation qui tendent à se stabiliser progressivement. C'est un processus qu'ils désignent par *patterning,* c'est-à-dire la structuration des schémas d'action collectifs récurrents, intégrés et reconnus comme efficaces par le groupe. Ces deux dynamiques sont interdépendantes. Le *performing* nourrit le *patterning*, qui à son tour oriente et encadre les futurs *performing.* Ainsi, la compétence collective se construit dans l'action, par un va-et-vient constant entre

expérimentation, ajustement et stabilisation des pratiques, bien au-delà des dispositifs formels ou des outils de gestion des ressources humaines. Elles échappent aux cadres prescrits pour prendre la forme de processus émergents, révélateurs et activateurs de la compétence collective.

Les différents leviers identifiés montrent que l'émergence de la compétence collective repose sur une articulation fine entre actions individuelles, dynamiques managériales et dispositifs organisationnels. À l'échelle individuelle, cela inclut les compétences individuelles, les interactions affectives, les relations informelles, la coopération, l'attention stable et flexible et les règles individuelles. À l'échelle organisationnelle :

- le style de management : l'autonomie, le management participatif/collaboratif, la culture du droit à l'erreur, la valorisation des membres, la définition d'objectifs clairs et précis, les interactions formelles.
- Les leviers GRH : la bienveillance, l'accompagnement, une communication adaptée, la promotion de la formation, la cohérence intra-équipe et interhiérarchique et les métarègles.
- L'environnement : la création d'un climat d'écoute, bienveillant, de confiance et favorisant l'apprentissage.
- Les dynamiques performatives : la mise en action concrète des compétences et la stabilisation des schémas collectifs dans le temps.

On distingue deux types de leviers dans le développement de la compétence collective. Certains en favorisent l'émergence, comme la composition des équipes, la qualité des interactions ou la reconnaissance des expertises. D'autres en soutiennent la consolidation dans le temps, à travers la répétition des schémas d'action, l'ancrage des routines ou la formalisation de certaines règles partagées. Par ailleurs, Fernandez (2020) rappelle que lorsque l'expertise individuelle est reconnue et activée dans le collectif, elle peut déclencher une dynamique collective en agissant comme catalyseur d'interactions et d'engagement partagé.

5.2.2 Ce qui fragilise : tensions, rigidités et désajustements

Malgré ces facteurs favorables, des obstacles subsistent. Colin et Grasser (2009) pointent notamment la rigidité des statuts hospitaliers, qui, en raison de leur cloisonnement fonctionnel métier, freinent les apprentissages collectifs et entretiennent des barrières statutaires. Cette rigidité renforce les hiérarchies implicites et freine les interactions. Chédotel et Pujol (2012)

parlent d'une forte discrimination sociale. L'absence de formalisation des apprentissages au niveau organisationnel, tout comme le manque de temps et de lieux dédiés à des rencontres formelles (réunion, retour d'expérience, groupe projet, etc.) constitue un frein majeur. Comme l'ont observé Colin et Grasser (2009), l'apprentissage en milieu hospitalier reste souvent cantonné à des situations informelles et isolées. Le cloisonnement entre métiers, services et statuts crée des barrières à la fois symboliques et opérationnelles, qui ralentissent l'apprentissage collectif et limitent la reconnaissance mutuelle, pourtant indispensable à l'émergence d'un référentiel partagé. Ces frontières structurelles réduisent la portée des ajustements quotidiens entre professionnels et affaiblissent la dynamique collective.

Pour leur part, Beton et Bertolucci (2020) analysent les facteurs qui participent à la déconstruction de la compétence collective. Sur le plan individuel, la survalorisation de l'identité professionnelle qui ne permet pas la remise en question, la confrontation de l'habitus professionnel (c'est-à-dire des façons de faire intériorisées issues de la formation et des pratiques antérieures), l'utilisation déficiente des ressources humaines, les conflits, les conduites d'évitement, l'individualisme et les émotions négatives génèrent un climat d'interaction délétère. Sur le plan organisationnel, l'évitement des conflits pour affronter les problématiques, la gestion inadaptée des compétences, le turnover et la sur-responsabilisation par rapport aux fonctions accentuent ces fragilités. De nombreux travaux soulignent le rôle central du manager et des politiques organisationnelles, en particulier sa capacité à contenir les tensions, arbitrer les conflits et soutenir la réflexivité collective. Ce rôle devient d'autant plus déterminant qu'il permet de compenser certains freins structurels, tels que le manque de temps partagé, les cloisonnements persistants ou l'absence de régulation collective. Un environnement bienveillant, appuyé sur la qualité de vie au travail et une dynamique collaborative (binômes, projets collectifs), favorise l'émergence d'un collectif de travail où les interactions sont encouragées et les objectifs clairement définis. La résolution des conflits, la valorisation du collectif sur l'individu et une gestion attentive des compétences et des personnalités par le manager apparaissent alors comme des leviers pour surmonter ces freins. Un autre frein est la dimension temporelle. Le manque de temps partagé pour la coordination, l'analyse réflexive ou la régulation des pratiques empêche le collectif de se stabiliser et d'ancrer une compétence collective durable.

En résumé, les freins à la compétence collective se regroupent en deux catégories :

- Au niveau individuel : les interactions conflictuelles et les conduites d'évitement, l'individualisme, les émotions négatives, la survalorisation de l'identité professionnelle, la confrontation de l'habitus professionnel et l'utilisation déficiente des ressources.
- Au niveau de l'organisation : la présence d'une discrimination sociale avec une rigidité des statuts d'emploi et des fonctions, le cloisonnement interservices et inter-métiers, l'économie de conflits, la gestion des compétences hors champ, le turnover, la sur-responsabilité des membres, ainsi que le manque de temps partagé de régulation, la coordination et le développement collectif.

Pour conclure, les différents travaux se rejoignent sur plusieurs points. Pour que la compétence collective émerge dans un groupe certaines conditions doivent être réunies. La diversité des leviers identifiés révèle une articulation entre les actions individuelles, les dynamiques managériales et les dispositifs organisationnels. Au-delà des modalités de son développement, il reste à interroger ses effets. En quoi la compétence collective contribue-t-elle, de manière tangible, à la performance du collectif et au fonctionnement global de l'organisation ?

	Facteurs favorisants	Auteurs	Freins	Auteurs
Individuels	• Compétences individuelles, • Interactions affectives, • Relations informelles, • Coopération, • Attention stable et flexible, règles individuelles • Reconnaissance de l'expertise individuelle • Ajustements réflexifs en situation	Retour et Krohmer (2006), Dupuich (2011), Rouby et Thomas (2014), Fernandez (2020), Bonin et Grasser (2025)	• Interactions conflictuelles, • Conduites d'évitement, • Individualisme, • Émotions négatives, • Survalorisation de l'identité professionnelle, • Absence de réflexivité ou impossibilité de remise en question, • Confrontation de l'habitus professionnel, • Utilisation déficiente des ressources	Colin et Grasser (2009), Chédotel et Pujol (2012), Beton et Bertolucci (2020)
Organisationnels	• Rôle du manager et de la hiérarchie (composition d'équipe, gestion des conflits et animation collective), • Interactions formelles, • Style de management (autonomie, management participatif/collaboratif, culture du droit à l'erreur), • Objectifs clairs, • Leviers GRH (recrutement, évaluation, formation, retour d'expérience), • Climat de communication favorable, • Règles structurantes, • Processus de *performing,* • Processus de *patterning.*	Retour et Krohmer (2006), Chédotel et Pujol (2012), Chédotel et Krohmer (2014), Rouby et Thomas (2014), Fernandez (2020)	• Rigidité des statuts, • Cloisonnement interservices et intermétiers • Discrimination sociale, • Absence de formalisation des apprentissages, • Manque de rencontres formelles, • Gestion inadaptée des compétences, • Turnover, sur-responsabilisation • Pression temporelle/absence de temps pour la régulation collective.	Colin et Grasser (2009), Chédotel et Pujol (2012), Beton et Bertolucci (2020), Fernandez (2020)

Tableau 14: Facteurs influençant l'émergence de la compétence collective (Auteur)

5.3 Agir ensemble de manière performante : vers une compétence collective située

Nous venons d'explorer le concept de compétence collective et d'identifier les leviers susceptibles de favoriser son émergence dans un collectif de travail. La présence d'une compétence collective dans une organisation constitue un atout stratégique pour atteindre des objectifs de performance. Elle se manifeste par une capacité à agir collectivement de manière concertée pour résoudre une situation problématique, qui ne peut être appréhendée de façon individuelle.

Retour et Krohmer (2006) soutiennent que la capacité acquise de savoir-agir ensemble améliore la performance collective du groupe. Chédotel et Pujol (2012) mettent en avant le rôle indispensable de la confrontation constructive entre les membres, laquelle engendre créativité et innovation pour faire face à la situation. Ce processus renforce la rapidité d'action, la qualité des décisions et la réactivité, tout en améliorant l'efficacité des pratiques collectives. Les recherches sur la compétence collective s'articulent autour de deux axes : l'approfondissement conceptuel (sa composition, ses dimensions et ses facteurs de construction) et l'étude de sa mise en œuvre dans un collectif, ainsi que de ses effets sur la performance organisationnelle.

Le développement d'une compétence collective catalyse l'acquisition de nouvelles compétences individuelles (Retour & Krohmer, 2006) et favorise la créativité, la réactivité et l'efficacité dans le collectif (Chédotel & Pujol, 2012). Les apprentissages croisés qui en résultent nourrissent à la fois les individus et le groupe, dans une dynamique vertueuse. Cette dynamique, dans laquelle les compétences individuelles et collectives se renforcent mutuellement, développe une dynamique intergroupe favorable à l'émergence de compétences clés pour l'organisation. À mesure que la compétence collective se développe, elle entraîne une amélioration continue de la performance organisationnelle.

A contrario, une compétence collective faible ou fragile peut entraîner des tensions sociales et des blocages organisationnels. Chédotel et Pujol (2012) expliquent qu'un manque d'interactions entre les membres ou l'absence d'encouragement à collaborer peut aboutir à des conflits, à une valorisation de l'individualisme et, *in fine*, entrave la pérennité du collectif de travail.

Pour approfondir la compréhension des modalités d'impact de la compétence collective sur la performance, Defélix et al. (2014) distinguent trois dimensions. La compétence collective est additive ou combinatoire. Si elle est additive, le collectif est perçu comme la somme de compétences individuelles. Le manager porte alors son attention sur la performance de chaque élément pour faire grandir la performance collective. Si elle est combinatoire, le manager se concentre sur le résultat final en portant son regard sur les facteurs environnementaux. Dans les deux cas, la compétence collective *« devient un facteur identifié de la performance, une sorte d'étage intermédiaire entre les compétences individuelles et le résultat »* (Defélix et al., 2014, p. 43). La compétence collective est interne ou externe au collectif. Si elle est interne, elle vise à optimiser le fonctionnement organisationnel en agissant sur les défauts de performance. Si elle est externe, elle met alors en avant les atouts de l'organisation pour se distinguer dans un environnement concurrentiel. Enfin, elle est unifiée ou plurielle. Une compétence collective unifiée est centralisée et hiérarchisée, tandis qu'une compétence plurielle favorise le dialogue et les négociations entre les différences approches pour produire des performances diversifiées. Les recherches montrent que le développement d'une compétence collective dans un groupe est un levier pour agir sur la performance organisationnelle. En la soutenant, l'organisation fait monter en compétence les individus et le groupe par des apprentissages issus du processus même de construction de la compétence collective. Plus la compétence collective se développe, se renouvelle, plus les membres du groupe apprennent, réapprennent et acquièrent de nouvelles compétences ; ainsi l'organisation augmente son niveau de performance.

La compétence collective se révèle à la fois structurante pour l'organisation et transformatrice pour les membres du collectif de travail. La présence d'une compétence collective dans une organisation permet d'atteindre des objectifs de performance. Ainsi, elle s'incarne dans une aptitude à affronter collectivement des imprévus, à mobiliser des ressources partagées pour résoudre des situations complexes, là où les approches individuelles montrent leurs limites.

5.4 Intégration, déstabilisation et renouvellement : l'enjeu stratégique du turnover

La compétence collective est un savoir-agir collectif pour répondre à une situation problématique ensemble construite par les interactions et les savoirs individuels des membres du groupe. L'intégration d'un nouveau membre constitue un enjeu stratégique, influençant

directement la compétence collective et donc, la performance organisationnelle. Se pose alors la question de savoir si la compétence collective acquise est susceptible d'être altérée par des changements dans la composition du groupe.

Les travaux de Colin et Grasser (2009) montrent que l'arrivée de nouveaux membres entraîne une déconstruction puis une reconstruction de la compétence collective. Le turnover des internes oblige la compétence collective à se déconstruire et à se reconstruire puisque les nouveaux individus intégrant le groupe viennent avec leurs propres savoirs, différents de ceux qui les ont précédés. Cette dynamique peut devenir problématique, lorsque les nouveaux membres ne partagent pas les valeurs ou le référentiel commun du groupe initial. Dans l'étude d'une équipe en centre d'accueil pour demandeur d'asile de Beton et Bertolucci (2020), une compétence collective pourtant très forte au départ, tend à se déconstruire par l'intégration de nouveaux arrivants qui n'adhèrent pas aux « valeurs » et aux modes de fonctionnement du groupe initial (référentiel commun). Cela altère l'efficacité du collectif, au niveau organisationnel et individuel. En effet, des tensions interpersonnelles émergent, nuisant à la régulation et à la stabilisation du collectif, ce qui entraîne un blocage et une dégradation des facteurs environnementaux favorables à la construction de la compétence collective. Il n'y a plus d'espace d'échange, de négociation et l'individualisme est valorisé. *In fine*, l'ambiance délétère du groupe accélère le processus de turnover, l'instabilité du groupe est majorée et la perte de la compétence collective est favorisée.

Cependant, une intégration préparée et réfléchie peut transformer cette contrainte en opportunité. Garcia (2016), dans son étude sur la politique d'intégration à la SNCF, démontre que pour favoriser l'intégration et transformer des compétences individuelles en une compétence collective, il est nécessaire de promouvoir la coopération entre les membres, par des actions très concrètes telles que le partage des valeurs de l'organisation et que les objectifs soient clairement définis par le manager. De plus, le renouvellement de la compétence collective relève d'une dimension stratégique pour l'organisation. Pour y parvenir, elle doit promouvoir le travail en coopération et rendre les individus proactifs dans la montée en compétences individuelles. L'étude de Garcia (2016) redéfinit également la notion et le rôle du tuteur, notamment dans une dimension intergénérationnelle, où la transmission des savoirs s'opère de l'ancien vers le nouveau. Elle inclut le partage de l'histoire de l'organisation, de sa mémoire collective et du savoir expérientiel. De plus, le nouveau remobilise l'ancien par de nouveaux apports qu'il a pu acquérir ailleurs, ce qui a pour effet de faire évoluer les anciens et

entraîne l'émergence d'une nouvelle méta-compétence appelée : le savoir-évoluer (Garcia, 2016).

L'intégration d'un nouvel arrivant dépend d'un processus de socialisation façonné par le contexte structurel et managérial. Le manager y joue un rôle actif, en transmettant les codes implicites du groupe et en installant des repères propices à l'apprentissage collectif. L'efficacité de cette dynamique repose sur la qualité de l'environnement de travail mais aussi sur la capacité de l'organisation à accompagner les nouveaux arrivants dans l'appropriation des repères implicites et des attentes du collectif (Bargues et Perrot, 2016).

Brillet et al. (2016) soulignent que l'intégration d'un nouveau membre exige une recombinaison des ressources du collectif. Un management participatif, additionné à des stratégies d'accompagnement, facilite cette transition et favorise la transmission du référentiel, du langage partagé, de la mémoire collective et de l'engagement collectif (Retour & Krohmer, 2006). Ces mécanismes incluent notamment :

- La création d'un environnement facilitateur en maintenant un niveau de qualité relationnelle entre les membres du groupe et en promouvant la sécurité de l'emploi et les perspectives d'évolution professionnelle.
- La transmission du savoir repose sur l'implication de multiples acteurs et sur une quête de sens dans l'action. Elle s'opère concrètement par le partage d'outils structurants (procédures, livrets, réseaux d'entraide, tous rendus accessibles aux nouveaux arrivants.)
- L'organisation s'engage dans le suivi de l'intégration de façon continue, avec la possibilité de réajustement selon les besoins.

Comme le rappellent Bonin et Grasser (2025, p. 112), l'intégration d'un nouvel arrivant devient l'occasion *de « (re)créer de l'organisation »,* par les dynamiques de *performing* et de *patterning*. Ces travaux soulignent le caractère contextuel, processuel et émergent de la compétence collective, et invitent à concevoir des dispositifs capables de soutenir l'apparition de nouvelles pratiques partagées. L'enjeu consiste alors à accompagner les recompositions du collectif pour faire émerger une compétence collective située, ajustée aux réalités du terrain.

Dans cette perspective, l'intégration d'un nouvel arrivant peut être vécue comme déstabilisante, voire comme un facteur de déconstruction de la compétence collective, surtout dans un contexte

de turnover important et d'arrivées non préparées. Toutefois, si l'organisation instaure un climat bienveillant et accueillant, favorisant les interactions et structurant un accompagnement adapté, cette arrivée devient une opportunité de renforcement et d'enrichissement pour le collectif. En effet, cette dernière va s'enrichir de nouveaux savoirs apportés. La compétence collective se renouvelle par ses nouveaux apports et se remobilise par les savoirs acquis par le biais des interactions. La compétence collective renouvelée, permet au collectif d'aborder autrement les situations problématiques, avec des modalités d'action ajustées à ses nouvelles configurations. Les pérennes et les nouveaux construisent et apprennent ensemble ; le collectif agit de façon performante.

5.5 Conclusion

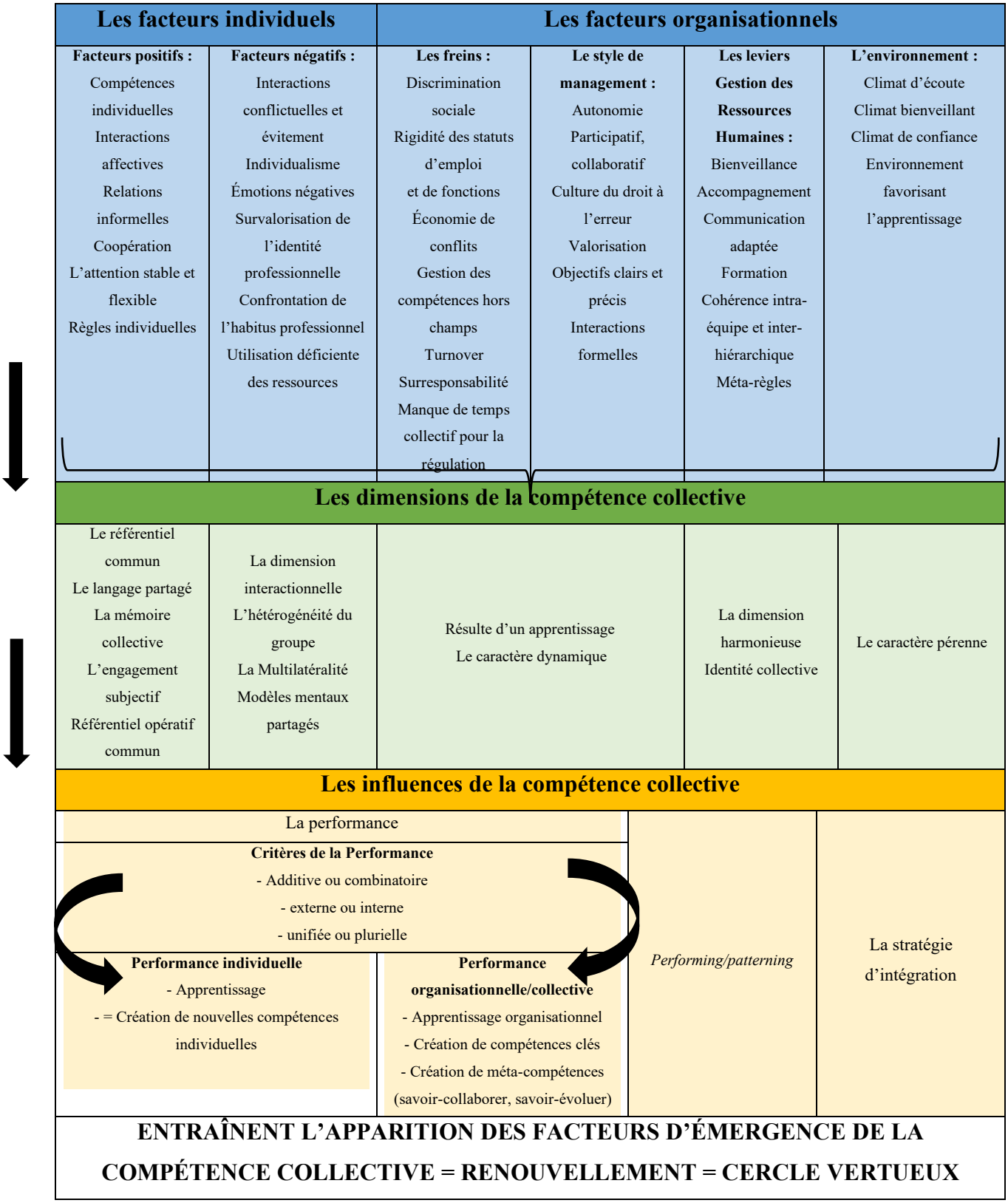


Figure 8: Synthèse de l'opérationnalité de la compétence collective (Auteur)

Ce chapitre a présenté une vision synthétique de la compétence collective (Figure 8). L'analyse croisée des travaux théoriques met en lumière une compétence collective conçue comme un processus complexe, situé, fondé sur des interactions dynamiques entre facteurs individuels, organisationnels et contextuels. Elle ne peut être réduite à une somme de compétences individuelles, ni à un ensemble de procédures prescrites. Elle se déploie et se transforme au rythme des interactions entre les membres du collectif, au fil des apprentissages, des expériences partagées et de la construction d'un référentiel commun. Dans cette dynamique, la compétence collective relève d'un processus en mouvement, nourri par des cycles d'apprentissage continu (Fernandez, 2020), où l'adaptation repose sur la capacité du groupe à négocier en situation les contraintes, les rôles et les ressources.

L'analyse des leviers et des freins a révélé la fragilité structurelle de la compétence collective dans les organisations de soins. Le turnover constitue un facteur majeur de tension. Il peut menacer l'équilibre du collectif de travail et déstabiliser les référentiels communs. Mais il peut aussi, lorsqu'il est anticipé et accompagné, devenir une opportunité de renouvellement. Une question demeure : comment stabiliser une compétence collective dans un contexte instable ? La continuité organisationnelle dépend-elle de la transmission ou de la capacité du collectif à se reconfigurer en permanence ? La compétence collective devient alors un moyen de continuité de service, mais celle-ci exige des régulations permanentes.

Pourtant les mécanismes de régulation sur lesquels elle repose ne sont pas toujours intégrés dans le concept lui-même. En effet, si celle-ci permet d'agir collectivement face à une situation, elle n'intègre pas la dimension de la fiabilisation de l'action, surtout dans un environnement instable et ambigu. Cette observation révèle une limite du concept de compétence collective. Pour assurer la sécurité, la cohérence et la réactivité des actions collectives dans les services de soins, il est nécessaire d'introduire un autre concept, davantage tourné vers la gestion de l'incertitude et la sécurisation des processus en situation.

La vigilance collective se présente alors comme un prolongement stratégique, capable d'assurer la sécurité et la qualité des soins au-delà de la seule efficacité collective. Là où la compétence collective soutient l'agir ensemble, la vigilance collective met l'accent sur la détection, l'anticipation, l'alerte et l'ajustement en continu. Le chapitre suivant s'attardera sur cette articulation, entre agir collectif et attention partagée aux signaux faibles.

Chapitre 6 La vigilance collective comme réponse attentionnelle aux limites de la compétence collective

Le chapitre précédent a permis d'approfondir le concept de compétence collective, défini comme un savoir-agir collectif reconnu en situation, qui permet au groupe de faire face à des problématiques complexes qu'aucun individu ne pourrait résoudre seul. Cette compétence repose sur des processus d'interactions, de négociation, de confrontation d'idées et sur la construction progressive de repères partagés. Ancrée dans la littérature francophone, la compétence collective s'inscrit dans une logique de coordination, de cohésion et d'efficacité collective. Elle répond aux objectifs de performance dans des environnements relativement stables.

Toutefois, au fil de notre cheminement, ce concept s'est avéré partiellement insuffisant pour rendre compte des réalités observées, en particulier dans des contextes marqués par l'incertitude, l'instabilité ou la rupture. Au Centre hospitalier de la Polynésie française, les collectifs de soins évoluent sous une pression constante, avec un turnover soutenu, des discontinuités organisationnelles et des tensions structurelles récurrentes. Dans de telles conditions, l'opérationnalité d'un savoir-agir collectif stabilisé atteint ses limites. Il devient alors nécessaire de mobiliser un cadre analytique capable d'éclairer la manière dont les collectifs demeurent attentifs, s'adaptent en continu et mobilisent des ressources cognitives, interactionnelles et organisationnelles pour faire face à l'imprévu.

C'est dans cette perspective que nous approfondissons le concept de vigilance collective, ou *collective mindfulness*, tel qu'il a été développé dans la littérature anglo-saxonne, notamment par Karl E. Weick et les chercheurs qui s'appuient sur ses travaux séminaux. Issu de recherches menées dans des environnements à risque élevé (aviation, nucléaire, porte-avions, services d'urgence), ce concept met en lumière la manière dont les collectifs parviennent à détecter précocement les signaux faibles, à maintenir une attention distribuée et à ajuster leurs actions en temps réel.

Bien que développés à partir de contextes dits extrêmes, les principes qui fondent la vigilance collective trouvent une résonance particulière dans le quotidien hospitalier. L'hôpital, espace traversé en permanence par la tension entre normes de qualité et de sécurité et situations

cliniques singulières, se confronte à une complexité structurelle, à des interruptions fréquentes et à une incertitude latente comparables à celles rencontrées dans les *High Reliability Organizations*. Ce qui se révèle dans l'extraordinaire éclaire les dynamiques ordinaires : la veille partagée, la régulation spontanée et l'attention distribuée sont tout aussi indispensable dans les services de soins que sur un porte-avions ou dans une salle de contrôle nucléaire. Ainsi, la vigilance collective prolonge et renouvelle le concept de compétence collective, en déplaçant son centre de gravité vers les dispositions attentionnelles, cognitives et relationnelles mobilisées pour faire face à l'imprévu, dans des environnements aussi instables que ceux du soin.

Ce chapitre a deux objectifs complémentaires. D'une part, nous souhaitons restituer les fondements théoriques de la vigilance collective en mobilisant les travaux d'auteurs clés. D'autre part, nous proposons de mettre en tension la compétence collective et la vigilance collective, en identifiant leurs similarités conceptuelles, leurs différences et leur articulation possible dans une lecture dynamique des collectifs de travail en situation. Il s'articule autour de plusieurs sections. Nous commencerons par revisiter l'approche de la fiabilité organisationnelle (*High Reliability Organizations*) qui constitue le socle théorique des travaux sur la vigilance collective. Nous approfondirons ensuite par les deux composantes de cette vigilance, soit la conscience collective et les interactions vigilantes, avant de traiter la résilience organisationnelle. Une partie spécifique sera consacrée aux facteurs d'émergence de la vigilance collective, en lien avec les interactions sociales, la diversité des profils et les conditions managériales. Enfin, nous aborderons la relation entre compétence collective et vigilance collective, afin de proposer un cadre analytique en amont de la présentation de la question de recherche.

6.1 Dans la lignée de Karl E. Weick

6.1.1 La fiabilité organisationnelle

La fiabilité organisationnelle émerge de trois grands courants de recherche issus des travaux de Perrow (1984), Roux-Dufort (2003) et l'école de Berkeley. Perrow (1984) développe la théorie des accidents normaux. Il analyse les échecs systématiques dus à la complexité technologique. Il affirme que certains accidents sont inévitables en raison des interdépendances structurelles. L'autre courant majeur est celui de la gestion de crise, qui s'attache à analyser les dysfonctionnements conduisant à l'échec organisationnel. À l'opposé, la théorie des

Organisations Hautement Fiables (OHF), issue de l'école de Berkeley, s'intéresse aux mécanismes permettant d'éviter les accidents, en mettant l'accent sur les conditions qui favorisent la résilience organisationnelle plutôt que sur les causes des échecs.

L'école de Berkeley s'est penchée sur l'apprentissage organisationnel dans des environnements où les accidents sont rares mais potentiellement catastrophiques. Dans ces contextes, March, Sproull et Tamuz (1991) montrent que l'expérience ne peut s'appuyer sur la répétition des erreurs. Elle se repose plutôt sur l'analyse approfondie d'un nombre restreint d'incidents ou de quasi-incidents. Même sans issue dramatique, ces situations emblématiques deviennent des occasions d'apprentissage, mobilisées pour anticiper d'éventuelles défaillance. Ce mode de fonctionnement alimente la vigilance collective tout en préservant la stabilité du système. L'anticipation y joue un rôle majeur : les acteurs repèrent en amont les scénarios à risque et ajustent leurs pratiques de manière continue. La fiabilité découle moins de l'application mécanique de procédures que d'un processus collectif d'adaptation et de prévention, indispensable pour assurer la continuité opérationnelle dans des environnements complexes et contraints.

Weick s'inscrit dans cette dernière perspective, rejette toute vision fataliste, et s'appuie sur des recherches antérieures pour développer et affiner ses propres travaux ; ce qui procure une assise conceptuelle solide à ses analyses. Contrairement à Perrow (1984), qui souligne le caractère inévitable des accidents dans les systèmes complexes et étroitement couplés, Weick s'inscrit dans une perspective non fataliste. En s'appuyant sur des recherches antérieures, il développe une conception de la fiabilité comme un processus dynamique et adaptatif, reposant sur la capacité des individus et des collectifs à se réorganiser en permanence pour faire face à l'imprévisible. Comme l'a formulé Roux-Dufort (2003, p. 147), *« un système ne peut pas traiter des situations inattendues s'il est équipé de routines invariables ».* La fiabilité devient alors le reflet d'une vigilance active, nourrie par l'attention continue, la sensibilité au contexte et la réorganisation face aux perturbations (Weick, 1993 ; Weick & Sutcliffe, 2001). Ces analyses rejoingent celles de March, Sproull et Tamuz (1991) que nous avons vues précédemment, qui soulignent que, dans des environnements où les événements graves sont rares mais aux effets potentiellement irréversibles, l'apprentissage organisationnel repose sur l'étude minutieuse des incidents et quasi-incidents. Dans ce contexte, quelques expériences ciblées deviennent des points d'appui pour anticiper et maintenir une conscience accrue des risques. Ensemble, ces approches montrent que la fiabilité ne dépend pas seulement de règles établies, mais d'une

vigilance partagée qui s'appuie sur l'attention distribuée, la détection précoce des signaux faibles et l'adaptation immédiate aux imprévus. C'est dans cette perspective que prend sens la notion de vigilance collective.

Dans son approche, la fiabilité organisationnelle est un moyen pour le collectif de construire du sens, pour pouvoir répondre à l'imprévu. En effet, les organisations ont besoin de produire du sens dans l'action pour maintenir un niveau de catastrophe bas. Ainsi, les OHF présentent trois caractéristiques : la surcharge d'information, la complexité et des turbulences permanentes.
Ces caractéristiques favorisent une construction de sens intensive, reposant sur l'accumulation progressive de procédures écrites et de mises à jour au fil des actions menées. Cette surcharge d'informations pousse les membres du collectif à prendre des raccourcis pour faire face à la densité des données à assimiler rapidement. Elle entraîne ainsi une tolérance à l'erreur, des omissions et l'exclusion de certaines informations. Les individus sélectionnent alors les éléments jugés essentiels pour amorcer rapidement la construction de sens, ce qui demeure risqué. Une interprétation hâtive, fondée sur des données incomplètes, peut entraîner une compréhension superficielle de la situation et augmente le risque d'erreurs.

Roux-Dufort (2000) reprend Weick pour lister les facteurs de fiabilité organisationnelle :

- « *La théorie de la fiabilité de Weick est une théorie qui montre en quoi des organisations sont capables de maintenir un comportement cohérent et de maintenir le système d'action face à des situations dangereuses ou des situations dites dégradées »* (Roux-Dufort, 2000, p. 20).
- *« Weick parvient à résoudre la contradiction apparente entre l'existence d'une organisation bureaucratique dotée de routines invariantes et la capacité à faire face à des situations inattendues. »* (Roux-Dufort, 2000, p. 20).
- La nécessité de maintenir la stabilité des capacités cognitives au sein du groupe pour qu'il puisse identifier les signaux avant-coureurs, agir et anticiper.
- Développer un comportement d'acceptation que l'impossible peut arriver afin de développer les capacités à détecter les signaux avant-coureurs.

Cette perspective réoriente l'analyse des dynamiques collectives. L'enjeu ne se limite plus à la capacité du groupe à produire une action efficace, mais il s'étend à sa disposition à rester attentif à ce qui pourrait, à tout moment, en compromettre l'action. Cette réorientation suppose un autre type de processus collectif ; celui de la conscience collective.

6.1.2 La conscience collective ou la vigilance collective

La conscience collective ou *heed mindfulness* selon Weick et Roberts (1993), désigne les processus cognitifs par lesquels un groupe identifie les erreurs et les menaces pour ajuster son action. Elle est le reflet de la présence de la fiabilité organisationnelle en situation normale.

L'esprit d'équipe apparait comme fondamental dans ce processus et repose sur l'interdépendance des tâches et la transmission de la mémoire collective. Il repose aussi sur une interdépendance des tâches et se construit autour des processus de mémorisation collective des membres d'un groupe. Ces processus s'appuient plus sur la transmission de la mémoire collective et sur l'expérience partagée dans le collectif. Les mécanismes de mémorisation collective trouvent leur origine dans divers facteurs comportementaux. Ils s'expriment à travers l'usage d'un langage commun, une compréhension mutuelle des objectifs, la qualité des interactions au sein du groupe et la manière dont les individus communiquent entre eux. Dans ce contexte, les organisations peuvent être considérées comme des *« esprits intelligents »* (Weick & Roberts, 1993, p. 359) , une comparaison qui marque leur capacité à intégrer et à mobiliser des schémas comportementaux collectifs pour répondre à des enjeux complexes. L'émergence de la conscience collective, telle que décrite par Sandeland et Stablein (1986), résulte des interactions entre des comportements individuels. L'esprit d'équipe et l'intelligence collective se trouvent ainsi enfermés dans les schémas comportementaux du groupe, plutôt que dans les comportements individuels. Ces schémas constituent un savoir-agir en groupe qui, lorsque les interactions sont riches et denses, permettent de faire face aux imprévus.

Weick et Roberts (1993) mettent en évidence de façon théorique que la vigilance découle de l'esprit d'équipe. S'inspirant de Ryle (1949), ils montrent que l'attention se traduit par la manière dont les individus engagent leur action avec plus ou moins de prudence, de rigueur, de cohérence et de discernement. La conscience collective regroupe les processus cognitifs-collectifs pour que le groupe soit capable de repérer les signaux et les erreurs afin de les anticiper. C'est donc un répertoire d'actions que les membres peuvent utiliser. Cette conscience se développe parce que les individus interagissent et inter-relient leurs tâches. C'est un processus qui maintient la capacité d'agir collectivement avec vigilance. Elle dépend de plusieurs variables dont une aptitude à s'occuper des erreurs, une réticence à simplifier les interprétations, une sensibilité accrue au contexte opérationnel et un engagement pour la résilience.

Pour Weick (1999a, 1999b, 1999c), la vigilance collective désigne les processus cognitifs par lesquels un groupe identifie erreurs et menaces et ajuste son fonctionnement, en fonction des actions que ses membres sont capables d'envisager et de mettre en œuvre. Plus les membres d'un groupe sont capables d'accepter les imprévus et les événements inattendus plus ils vont être en alerte vis-à-vis des signaux forts et faibles pour se préparer face à l'imprévu en agissant collectivement. Dans une organisation fiable, le collectif développe des procédures formelles et informelles de détection des signaux d'alerte des erreurs possibles. Le groupe s'évertue à agir pour anticiper les situations problématiques. La vigilance collective est donc *« davantage le résultat d'une expérience de travail partagé que le fruit d'une représentation cognitive collective réifiée* » (Brion, 2005a, p. 146). Brion (2000) écrit que la vigilance est la *« capacité de perception, d'interprétation et de réponse rapide et fiable face à une situation problématique impromptue »* (Brion, 2005b, p. 107). Elle est le résultat d'une production collective. C'est le groupe qui est vigilant et non pas l'addition des attentions individuelles. Elle est *« le produit de la combinaison de la capacité des hommes à maintenir un certain niveau d'attention pour les signes avant-coureurs et les événements, et une propension à discerner et agir »* (Roux-Dufort, 2003, p. 156). La vigilance collective n'est pas un cumul de toutes les attentions individuelles mais c'est la manière dont elles sont assemblées pour pouvoir agir.

Le Coze et al. (2010) reprennent les éléments de repérage de la vigilance collective dans un groupe. Le groupe entretient une aptitude particulière par rapport aux défaillances. Il existe une volonté de ne pas simplifier les représentations dans le collectif. Il a une sensibilité particulière avec les tâches à réaliser. Le groupe est impliqué dans la résilience et une expertise prend une place centrale dans le groupe.

La dimension interactionnelle semble ainsi importante dans la performance de la vigilance collective, nous allons poursuivre notre cheminement en explorant cette dimension.

6.1.3 Les interrelations vigilantes

Les interrelations vigilantes représentent, selon Bijlsma-Frankema et al (2008), un sous-concept opérationnel de la vigilance collective dans des organisations à forte interdépendance des tâches et faible prévisibilité (planification, programmation). Ces interrelations, qui réunissent des compétences individuelles autour d'une action collective, favorisent une coordination adaptative et une anticipation des imprévus. C'est une attention portée envers les actions des

autres membres pour envisager la manière dont ces interrelations vont agir sur l'action collective, sur l'échange des signaux faibles. Le but est d'améliorer la qualité des actions interdépendantes et l'apprentissage continu qui se base sur la conscience collective. Les actions émergent dans une conscience collective forte, qui favorise l'écoute, les interactions, les contributions, l'action intelligente, la compréhension, la récapitulation et la resocialisation.

Les interrelations vigilantes permettent de gérer l'imprévu et/ou de faire face à un événement impromptu grâce à un apprentissage de l'expérience et de la mémoire collective. En interagissant, les membres du groupe font appel à des expériences antérieures vécues sur des situations qu'ils ont pu connaître individuellement et les partagent avec les autres. Cet échange d'expériences permet de réactiver la mémoire collective du groupe en mobilisant les apprentissages issus de la gestion d'imprévus antérieurs. Il favorise la formation et l'intégration des nouveaux membres par les plus anciens, tout en assurant une continuité des tâches sans interruption, grâce à une interaction fluide au sein du collectif. Cette dynamique renforce la veille partagée, facilite la transmission des responsabilités et améliore la compréhension des situations à gérer, réduisant ainsi les risques d'erreurs.

Les interrelations vigilantes actionnent le processus cognitif et l'opérationnalité de la vigilance collective. Elles reposent sur quatre étapes clés définies par Weick et Roberts (1993) : l'attention, la contribution, la représentation et la subordination : *« les individus créent les forces sociales de la vie de groupe lorsqu'ils agissent comme si de telles forces existaient, ils construisent leurs actions (contribuent) tout en envisageant un système social d'actions communes (représentent) et mettent en relation cette action avec le système envisagé (subordonnent) en contribuant, représentant et subordonnant, ils créent une situation commune d'interrelation entre les activités »* (Bijlsma-Frankema et al., 2008, p. 25). En d'autres termes, l'efficience de l'action collective repose sur un processus cognitif itératif, constitué de quatre phases : la phase d'attention, de contribution, de représentation et de subordination. La phase d'attention correspond à une vigilance accrue et une capacité à détecter les signaux faibles, souvent porteurs d'informations cruciales pour anticiper les actions. C'est une forme de veille ou d'attention informationnelle qui s'avère déterminante pour anticiper les évolutions du contexte et adapter la stratégie collective en conséquence. Elle peut être rapprochée des travaux sur le *sensemaking* (Weick, 1995), où l'interprétation des indices contextuels occupe une place centrale dans la construction du sens. La phase de contribution constitue l'impulsion initiale de l'action collective : elle correspond à l'identification et à la mobilisation rapide des expertises

disponibles. L'efficacité de cette étape repose sur l'agilité du collectif à reconnaître et à l'activer les compétences individuelles. Les apports de la cognition distribuées (Hutchins, 1995, 2006) et du *knowledge management* éclairent ce processus de partage et circulation des savoirs au sein du groupe. La phase de représentation vise à harmoniser les représentations individuelles de la situation et de l'action à mener. Elle s'incarne dans des interactions parfois conflictuelles, faites de confrontations et de négociations, qui permettent la construction d'une compréhension partagée et l'alignement des perspectives. Cette étape relève directement des théories de la communication organisationnelle et de la négociation. L'élaboration progressive de cette représentation renforce la clarté des rôles et de la cohésion du collectif. La phase de subordination (ou d'exécution) correspond à la mise en œuvre des décisions issues de la représentation. Les contributions individuelles s'articulent alors dans une dynamique commune, où la coordination et l'exécution assurent la concrétisation de l'action collective. Ce processus aboutit à la création d'un cadre d'action partagé qui définit la place de chaque membre et organise l'engagement collectif.

Dans le prolongement, Laroche (2006) introduit la notion complémentaire d'avertance comme complément à la vigilance collective. Elle désigne une attention portée par un membre du collectif à l'attention d'un autre, dans la perspective d'une action conjointe. Contrairement au jugement, qui repose sur une évaluation rétrospective de la performance, l'advertance s'inscrit dans une logique d'anticipation coopérative : elle vise à s'assurer que l'autre est en mesure de contribuer efficacement à l'action collective. Elle peut être initiée de façon unilatérale par des figures managériales attentives au maintien d'une coordination fiable dans un environnement incertain. Dans ce sens, l'advertance ne constitue pas une compétence mais une qualité de la pratique (Spender, 1998) qui soutient la vigilance collective en engageant le collectif dans une régulation continue de l'attention partagée, en tenant compte des asymétries de rôle, de pouvoir et de visibilité.

Toutefois, l'absence d'interactions riches peut conduire à ce que Weick et Roberts (1993) appellent l'insouciance organisationnelle. Dans ce cas, la focalisation sur des actions individuelles entraîne une perte de vigilance collective et favorise la survenue de la catastrophe. Ce constat souligne l'importance de mécanismes d'interaction soutenus pour éviter l'effondrement cognitif du groupe.

6.1.4 La résilience organisationnelle

Face à une situation dégradée, la résilience organisationnelle se manifeste comme la capacité à s'adapter, à reconstruire une conscience collective et à maintenir un système fiable. La situation devient problématique lorsque le collectif échoue à maintenir un niveau suffisant d'interrelations vigilantes pour construire du sens et faire face à l'imprévu.

L'analyse de l'accident de Mann Gulch par Weick (1993) illustre cet effondrement : la rupture de la vigilance collective entraîne une désintégration du lien de groupe. Les initiatives se fragmentent, perdent en efficacité et contribue à aggraver la crise. Privés d'un cadre attentionnel commun, les membres ne parviennent plus à faire collectif ni à reconstruire un sens partagé dans l'urgence. Les interactions n'existent pas et ne permettent pas de donner du sens à l'action, ce qui entraîne une certaine inertie et des initiatives qui paraissent absurdes, conduisant à la catastrophe. Toutefois, Weick (1998b) a démontré que l'organisation qui faisait preuve de résilience peut faire face à ces situations problématiques. La résilience organisationnelle n'est pas uniquement la capacité de l'organisation à faire face à l'imprévu. Elle permet aux membres du groupe de trouver des solutions et de s'adapter pour faire face à l'imprévu. Pour cela, l'organisation doit montrer de la souplesse et laisser aux membres la possibilité d'agir et de reconstruire du sens.

Dans ce cadre, les concepts de bricolage et d'improvisation jouent un rôle déterminant. Koenig (1996b) définit le bricolage comme la capacité à détourner des objets, idées ou institutions de leur usage initial pour les recomposer dans un nouvel ensemble doté d'une autre finalité. Pina e Cunha et al. (2009) élargissent cette définition en présentant le bricolage organisationnel comme une manière située de répondre à l'incertitude. Il consiste à réutiliser de façon créative les ressources immédiatement disponibles, sans planification préalable, afin de produire une réponse opérationnelle ajustée en temps réel, sans recourir à des moyens supplémentaires.

Weick (1987b, 1998a) associe l'improvisation à une action intuitive qui réorganise spontanément des éléments déjà intégrés. Contrairement au bricolage, fondé sur des éléments du passé, l'improvisation relève d'un processus émergent et réactif qui mobilise la mémoire collective pour co-construire des actions sans scénario préétabli. Elle introduit une dynamique de création située face à la rupture des routines ou à une situation inattendue. Kammoun et Boutina (2015) approfondissent cette distinction en associant l'improvisation à des situations

de perte de sens temporaire. Elle constitue alors une réponse à l'effacement momentané des repères collectifs, lorsque les repères habituels vacillent. Dans ces contextes, l'improvisation ne correspond pas à une invention radicale, mais d'une recomposition de l'existant, inscrite dans le prolongement du bricolage tout en supposant une certaine préparation. Elle contribue à restaurer une cohérence collective en mobilisant l'expérience partagée, l'intuition pratique et une collaboration attentive face à l'incertitude.

Le bricolage consiste donc à réutiliser des ressources disponibles pour résoudre des problèmes imprévus, alors que l'improvisation, renvoie à l'idée d'une adaptabilité intuitive guidant l'action spontanée. Ces approches sont enracinées dans la mémoire collective. Elles mobilisent une intelligence situationnelle pour transformer des situations problématiques imprévues en opportunités d'apprentissage. Cette disposition ne concerne pas uniquement les membres du collectif, elle inclut également le rôle du manager. Vidaillet (2003) souligne que ce dernier participe au *sensemaking* collectif en donnant du sens aux actions menées par les autres tout en partageant ses propres préoccupations. Le manager doit savoir bricoler au sens weickien (Weick, 1993 ; Hae-Ok, 2015). Comme le rappelle Hae-Ok (2015), un manager efficace est un praticien capable de combiner expériences, techniques et savoirs théoriques pour répondre aux situations complexes. Ce bricolage constitue une compétence adaptative qui lui permet d'assurer la continuité organisationnelle. La résilience organisationnelle dépend alors de la capacité des membres du groupe à restaurer une conscience collective pour agir, à retrouver du sens à leurs actions et à reconstruire un système adaptatif. Ainsi l'organisation fait preuve de résilience car elle a su s'adapter. Les organisations fiables incarnent une aptitude unique à conjuguer préparation, réaction et apprentissage dans un environnement complexe et incertain.

Concept	Définition	Auteurs	Dimensions/Caractéristiques
Fiabilité organisationnelle	Capacité d'une organisation à maintenir un fonctionnement cohérent et à prévenir les catastrophes irréversibles.	Perrow (1984), Berkeley (Weick, 1993), Roux-Dufort (2003)	• Analyse des incidents • Flexibilité et réactivité des membres • Apprentissage par retour d'expérience • Réponses adaptées aux imprévus.
Vigilance collective	Ensemble de processus cognitifs collectifs permettant de repérer erreurs et menaces afin d'ajuster le fonctionnement collectif.	Weick & Roberts (1993) Roux-Dufort (2003)	• Détection des signaux faibles et forts • Esprit d'équipe et interdépendance • Interaction pour partager la mémoire collective et agir.
Interrelations vigilantes	Sous-concept de vigilance collective : attention mutuelle aux actions des membres pour améliorer la qualité des interactions et apprendre collectivement.	Weick & Roberts (1993 Bijlsma-Frankema (2008)	• Attention, contribution, représentation, subordination • Transmission de mémoire collective et apprentissage continu • Réduction des erreurs et anticipation.
Résilience organisationnelle	Capacité de l'organisation à s'adapter lors de situations catastrophiques grâce à l'improvisation, le bricolage et une flexibilité des rôles et actions.	Weick (1993) Koenig (1996b) Pina e Cunha et al. (2009) Kammoun & Boutina (2015)	• Reconstruction de la conscience collective • Mobilisation des ressources disponibles (bricolage) • Actions guidées par l'intuition (improvisation).

Tableau 15: Synthèse de la revue de littérature (Auteur)

6.2 Les facteurs d'émergence de la vigilance collective

L'émergence de la vigilance collective est intrinsèquement liée à la qualité des interrelations vigilantes au sein du groupe. Plusieurs recherches ont démontré qu'il est possible d'agir sur des leviers spécifiques pour améliorer ces interrelations vigilantes et, par conséquent, renforcer leur performance.

Dans ces travaux, Brion (2005a) explore le concept de coordination et met en évidence une relation directe entre l'augmentation de la complexité organisationnelle, l'interdépendance des activités et la difficulté accrue de la coordination. Il identifie trois niveaux de coordination :

- L'interdépendance *« partagée »* (Thompson, 1967, p. 54) : les tâches sont exécutées indépendamment mais partagent un objectif commun,
- L'interdépendance *« séquentielle »* (Brion, 2005a, p. 143) : les tâches sont liées par une suite logique, chaque étape dépendant de la précédente,
- L'interdépendance *« réciproque »* (Brion, 2005a, p. 144) : plus il y a d'imprévus, plus ce type de coordination est nécessaire car il repose sur l'ajustement mutuel, des communications régulières et des prises de décision collective pour s'adapter à la situation. Cette forme d'interdépendance, mobilisée dans des contextes incertains, favorise l'émergence de la vigilance collective. Elle suppose une attention constante portée aux actions des autres et une régulation continue des interactions.

Brion (2005a) confirme les travaux de Weick et Roberts (1993), qui associent la vigilance collective aux organisations fiables, marquées par une forte interdépendance et un haut niveau d'incertitude. Brion (2005) propose plusieurs dispositifs pour diagnostiquer et renforcer l'état de la vigilance collective : évaluer les systèmes d'interrelation par l'analyse de la communication formelle et informelle, repérer les conflits, l'individualisme ou les modes d'interaction ; prendre en compte la diversité des compétences comme facteur de gestion des imprévus ; et reconnaître institutionnellement la formation des nouveaux membres comme un processus de transmission de la mémoire collective.

Néanmoins, réunir des individus pour travailler ensemble demeure un défi. Dougherty et Takacs (2004) soulignent le rôle de l'amusement comme levier pour maintenir la vigilance collective et stimuler l'innovation, notamment à travers le jeu d'équipe, qui contribue à clarifier les rôles

et les obligations des membres. Selon eux, le plaisir provenant des interactions ludiques génère des interrelations attentives, éléments essentiels au travail d'équipe. Le niveau de vigilance est dépendant de la qualité des interactions entre les individus. Si les interactions sont de mauvaise qualité et se cantonnent à un minima, le risque d'insouciance apparaît. Dans leur étude sur les groupes d'innovation, *« le jeu d'équipe est une frontière organisationnelle pour l'innovation de deux manières. Premièrement, le jeu d'équipe limite des rôles et des obligations des individus en leur fournissant des rôles clairs et des interrelations »* (Dougherty & Takacs, 2004, p. 585). Le plaisir de jouer ensemble devient un facteur pour favoriser les interactions et ainsi augmenter le niveau de vigilance car *« s'amuser, ou jouer, génère des interrelations attentives et le jeu est la source du type de relations que le travail d'équipe d'innovation exige »* (Dougherty & Takacs, 2004, p. 576). Le jeu est perçu comme une modalité d'engagement à la fois cognitive et relationnelle, qui contribue à établir des repères communs dans l'interaction et à maintenir une attention répartie entre les membres du collectif.

Brion (2005b) s'intéresse également aux limites de la vigilance collective et propose des leviers pour y remédier. Il souligne son caractère temporel, c'est un comportement réactif et anticipatif, difficilement soutenable dans le temps. Le caractère urgent et réactif des situations, combiné à la nécessité d'anticipation dans des délais contraints, amène les individus à élaborer une réponse adaptée, oscillant entre réaction immédiate et préparation proactive. La vigilance présente une limite située, dans la mesure où elle varie selon les champs de préoccupation individuels, les fonctions exercées et la capacité de chacun à traiter l'information disponible dans son environnement immédiat. Elle comporte aussi une dimension interprétative liée à l'ambiguïté des situations rencontrées. Plusieurs lectures peuvent coexister sans converger. Weick (1995) parle alors d'équivocité (*equivocality*), qu'il définit comme la présence simultanée de significations multiples. Dans ces conditions, l'interprétation collective devient plus fragile, ce qui rend l'action coordonnée plus difficile à maintenir.

Pour répondre à ces limites, Brion (2005b) propose plusieurs actions concrètes. La première vise à réduire la contrainte temporelle en instaurant des dispositifs de planification permettant au collectif d'anticiper les réponses aux imprévus et de stabiliser l'attention dans la durée. Ces outils contribuent à créer une réalité partagée plus lisible et plus facilement mobilisable en situation de tension. Une seconde piste consiste à élargir le champ de vigilance en diversifiant les profils des membres du groupe. La pluralité des expertises et des points de vue enrichit les interactions et affine la perception collective. Toutefois, cette diversification ne peut produire

ses effets que si elle s'appuie sur un socle commun. En l'absence de référentiel partagé, les écarts de compréhension risquent d'engendrer des dysfonctionnements.

Brion (2005b) alerte sur le risque de *glish* défini comme « *un dysfonctionnement ou une erreur coûteuse directement causée par une absence de partage de connaissances entre fonctions au sujet d'une contrainte causée par l'action de chaque participant »* (Brion, 2005b, p. 110) (par exemple, un blocage pour la sortie d'un patient entre les soignants et les agents administratifs à cause d'une non-transmission d'information sur la suite de la prise en soins). Il insiste pour encourager une approche interactionniste en favorisant l'ouverture du groupe ce qui permet de renforcer la dynamique collective et de maintenir une vigilance performante. Le but n'est pas de s'enfermer avec un groupe uni, expert, avec des capacités similaires, au risque de voir diminuer la performance de la vigilance ; mais au contraire d'ouvrir le groupe vers l'extérieur pour l'enrichir avec d'autres avis. Gérer l'ambiguïté d'interprétation en exploitant les compétences diversifiées pour transformer les conflits d'interprétation en consensus collectif. La diversité des profils dans le groupe est nécessaire car les différences de compétences, d'avis, d'expertises favorisent ces « conflits » qui font émerger une réponse collective commune, qui apparaît comme la meilleure.

L'étude de Brion (2005b) affirme que les outils de décision sont une aide pour maintenir le niveau de vigilance, que la diversité des profils des membres pouvant travailler ensemble la favorise, que le conflit fait partie du processus de maintien, et que les divergences l'actionnent. La réponse à l'imprévu est en lien avec le degré d'interaction entre les membres, le degré de confrontation et des représentations de la situation.

Bijlsma-Frankema et al. (2008) explorent quant à eux le rôle de la vigilance collective comme médiateur entre la confiance, le contrôle et la performance organisationnelle. Ils mettent en évidence le lien positif entre la confiance, la qualité des interrelations vigilantes et la performance. Cette interrelation repose davantage sur la confiance mutuelle entre les membres que sur des contrôles hiérarchiques stricts. Ils suggèrent des recommandations en gestion des ressources humaines. Le manager a un rôle important dans l'entretien de la vigilance collective. Il agit pour maintenir la cohésion de l'équipe, soutenir l'apprentissage collectif et favoriser l'amélioration continue. Son action passe par une attention au design de l'équipe, à la complémentarité des profils et à la dynamique des interactions. Cela implique un investissement dans la sélection, la formation et la reconnaissance des comportements qui renforcent la

vigilance collective. Ce rôle managérial s'appuie sur un leadership bienveillant, fondé sur la confiance et la reconnaissance mutuelle. En valorisant les contributions discrètes, les signaux d'alerte précoces et les efforts de mémoire partagée, le manager crée un climat organisationnel qui facilite la circulation de l'attention. Par cet engagement quotidien, il permet au collectif de développer sa capacité à rester attentif, sensible et adaptable face à l'imprévu.

Le développement de la vigilance collective repose sur un tissu d'interrelations de qualité, nourries par l'esprit d'équipe, un environnement bienveillant et des échanges constructifs. La diversité des profils, additionnée à un référentiel commun, permet une transmission de la mémoire collective et d'éviter les dysfonctionnements organisationnels. Lorsqu'un nouveau membre intègre le groupe celui-ci réactive, par sa présence, le processus et réveille la vigilance des anciens. Ces dispositifs favorisent la performance et le renouvellement des interrelations vigilantes nécessaires à l'organisation ; pour maintenir la fiabilité organisationnelle.

Catégorie	Facteurs identifiés	Description/Explication
Coordination	Interdépendance partagée	Tâches exécutées indépendamment mais orientées vers un objectif commun.
	Interdépendance séquentielle	Chaque tâche dépend de l'achèvement de la précédente.
	Interdépendance réciproque	Ajustements mutuels nécessaires pour gérer l'incertitude et les imprévus.
Communication et interrelations	Diagnostic des interrelations	Évaluation des interactions (formelles, informelles, conflits, individualisme).
	Diversité des compétences	Renforce la gestion des imprévus et enrichit les perspectives collectives.
	Formation et mémoire collective	Reconnaissance institutionnelle du processus de formation pour transmettre la mémoire collective.
	Jeu d'équipe	Clarifie les rôles et obligations, améliore les interrelations par des interactions ludiques.

Catégorie	Facteurs identifiés	Description/Explication
Limites et gestion des contraintes	Temporalité	Difficulté à maintenir la vigilance sur le long terme en raison des urgences et délais.
	Spatialité	Vigilance influencée par les champs de préoccupation et la capacité de traitement d'information.
	Ambiguïté interprétative	Multiplicité d'interprétations possibles, entraînant confusion ou conflit.
Leviers pour pallier les limites	Réduction des contraintes temporelles	Mise en place de procédures, outils de suivi et planification pour anticiper les imprévus.
	Diversification des profils	Enrichissement des interactions par des visions variées, tout en maintenant un référentiel commun pour éviter le *« glish »*
	Gestion des conflits interprétatifs	Exploitation des compétences diversifiées pour transformer les divergences en consensus.
	Ouverture du groupe	Maintenir une vigilance performante par l'enrichissement avec des avis externes.
Management et performance organisationnelle	Confiance mutuelle	Favorise les interrelations vigilantes, réduit le besoin de contrôles stricts.
	Formation et sélection	Investissement dans le design des équipes, la formation et la reconnaissance des comportements bénéfiques.
	Leadership bienveillant	Style de management soutenant qui encourage la vigilance par la reconnaissance, l'écoute et la cohésion.
	Transmission et renouvellement	Intégration des nouveaux membres pour raviver la vigilance et éviter les dysfonctionnements organisationnels.

Tableau 16: Facteurs d'émergence de la vigilance collective (Auteur)

6.3 L'arrivée d'un nouveau membre comme facteur de réactivation de la vigilance collective

Blumer (1969) souligne que les interrelations entre les individus d'un groupe se construisent et se reconstruisent en permanence. Ce processus est accentué lors de l'arrivée d'un nouveau membre. Par sa seule présence, ce dernier vient bousculer les équilibres établis. Dans un environnement favorable, le nouvel arrivant s'approprie progressivement les normes implicites et les habitudes du groupe, tout en apportant ses propres compétences et expériences. Ce double mouvement (assimilation et contribution) participe à la reconstruction d'un esprit d'équipe propice à des interactions soutenant un niveau élevé de vigilance collective.

Weick et Roberts (1993) mettent en avant l'importance de l'interdépendance des tâches pour instaurer un environnement favorable aux interrelations vigilantes. Celles-ci permettent au groupe de prévenir les erreurs en développant une compréhension approfondie et partagée des situations. Pour renforcer ces interdépendances, une période d'intégration (plus ou moins longue) est nécessaire pour transmettre la mémoire collective et partager les expériences du collectif. Ce processus permet de mobiliser les savoir-faire passés, intégrés aux schémas d'action du collectif par les mécanismes cognitifs de contribution, de représentation et de subordination. Une meilleure compréhension de l'imprévu se développe lorsqu'il n'y a pas d'interruption de tâches ou d'activités. Cette compréhension est renforcée lorsque les niveaux d'expérience variés s'interconnectent. Cela se produit, notamment par des échanges réguliers entre les nouveaux arrivants et les anciens du groupe. Plus l'attention requise pour construire la vigilance collective est répartie entre les membres, plus la capacité du groupe à anticiper et à interpréter les signaux s'en trouve renforcée.

L'arrivée de nouveaux membres dans les collectifs de travail provoque des variations dans la vigilance collective. Les interrelations vigilantes sont par nature dynamiques, elles dépendent à la fois du temps, des compétences individuelles, de la capacité d'intégration et surtout de la qualité des interactions. Ce processus est aussi social : l'intégration d'un nouveau membre agit comme un déclencheur qui vient réactiver la vigilance des anciens. En l'absence de turnover, les collectifs tendent à baisser le niveau d'attention sur les signaux. L'organisation fiable glisse vers une organisation routinière, où l'action s'appuie sur l'habitude plutôt que sur l'anticipation.

Cette forme de « relâchement » cognitif, si elle perdure, peut avoir de lourdes conséquences lorsque survient une situation réellement imprévue.

Lorsque de nouveaux collaborateurs rejoignent le groupe, des interactions se produisent qui amènent ces derniers à interroger, se questionner et solliciter l'expertise des membres expérimentés. Ces échanges contribuent à la resocialisation des anciens, réactivant la compétence de veille et leur rappelant les pratiques prudentes. *« Les nouveaux sont souvent un prétexte pour les initiés pour reconstruire ce qu'ils savaient mais ont oublié* » (Weick & Roberts, 1993, p. 367). Durant ces échanges, les anciens régulent les actions des nouveaux grâce à leur prise de recul sur les événements, assurant ainsi la transmission de la mémoire collective. Le turnover, loin d'être une contrainte, devient alors une opportunité de renouveler les interrelations vigilantes et de renforcer la dynamique collective.

Le renouvellement de la vigilance collective s'appuie sur deux piliers. D'une part, une compétence narrative : les anciens transmettent les histoires du collectif, relatent leurs expériences et décrivent les situations passées. Ces récits alimentent la mémoire collective et offrent aux nouveaux membres des repères pour reconnaître les dispositifs d'attention et détecter les signaux avant-coureurs. D'autre part, une attention portée aux comportements de chacun, qu'ils soient anciens ou nouvellement intégrés, afin de maintenir une attention partagée et continue. La performance de la vigilance collective dépend fortement de la qualité des interactions entre les membres du groupe. Les anciens doivent se montrer disponibles pour répondre aux interrogations des nouveaux, bienveillants, ouverts au dialogue et manifester de l'intérêt à l'autre. S'ils se comportent avec dédain, critiquent, se montrent fermés à la discussion et brefs dans leur réponse, le nouveau membre risque de ne pas assimiler l'importance du message délivré par l'ancien. Il risque de considérer l'échange comme une conversation banale et de ne pas assimiler le contenu. De leur côté, les nouveaux membres doivent adopter une posture d'ouverture et s'impliquer activement dans leur intégration. Cette posture d'ouverture favorise la construction d'un climat de confiance et d'interrelations vigilantes. L'étude de Brillet et al. (2016) met en avant l'importance des comportements de citoyenneté organisationnelle (Organ, 1988) tels que l'esprit d'équipe, l'entraide et les vertus civiques. Ces comportements facilitent l'apprentissage, stabilisent les interactions et soutiennent une vigilance performante. La solidarité et la coopération relèvent d'un engagement collectif et organisationnel. À l'inverse, lorsque les nouveaux sont laissés seuls dans leurs initiatives, sans encadrement ni feedback, la vigilance collective se dégrade. Les signaux faibles sont négligés,

les erreurs augmentent et le collectif perd en efficacité. À l'inverse, lorsque les anciens facilitent l'intégration, les échanges se fluidifient et renforcent les interrelations vigilantes.

L'organisation mise sur la diversité des profils pour stimuler l'émergence d'une compétence collective. Cependant, cette diversité ne devient une richesse que si elle s'accompagne d'une véritable synergie, qui articule savoir-faire et savoir-être. Un nouvel arrivant, même expert, peut fragiliser la dynamique collective s'il adopte une posture fermée ou désengagée. C'est pourquoi la composition des équipes ne peut être laissée au hasard. En ajustant le design collectif selon les besoins de l'activité et la nature des interactions attendues, l'organisation crée les conditions d'une intégration réussite. L'arrivée d'un nouveau membre agit alors comme un levier de renouvellement de la vigilance collective, en redéfinissant les positionnements implicites et les habitudes collectives.

L'exploration du concept de vigilance collective met en lumière des points essentiels pour la poursuite de notre revue de littérature. Bien que les concepts de compétence collective et de vigilance collective émergent de contextes et de temporalités distincts (la vigilance collective s'inscrivant dans une perspective anglo-saxonne et de la seconde moitié du XXème siècle et la compétence collective relevant d'un cadre francophone du début du XXIème), nous postulons que la vigilance collective peut être appréhendée comme une extension de la compétence collective. Ce positionnement s'appuie sur de nombreuses convergences conceptuelles, notamment en ce qui concerne les facteurs d'émergences ainsi que leur opérationnalité et leur ancrage dans les dynamiques d'interaction dans les collectifs de travail.

La figure suivante propose une représentation du processus de renouvellement de la vigilance collective, telle que nous la comprenons à partir des différentes lectures croisées relatives aux concepts de compétence collective et de vigilance collective.

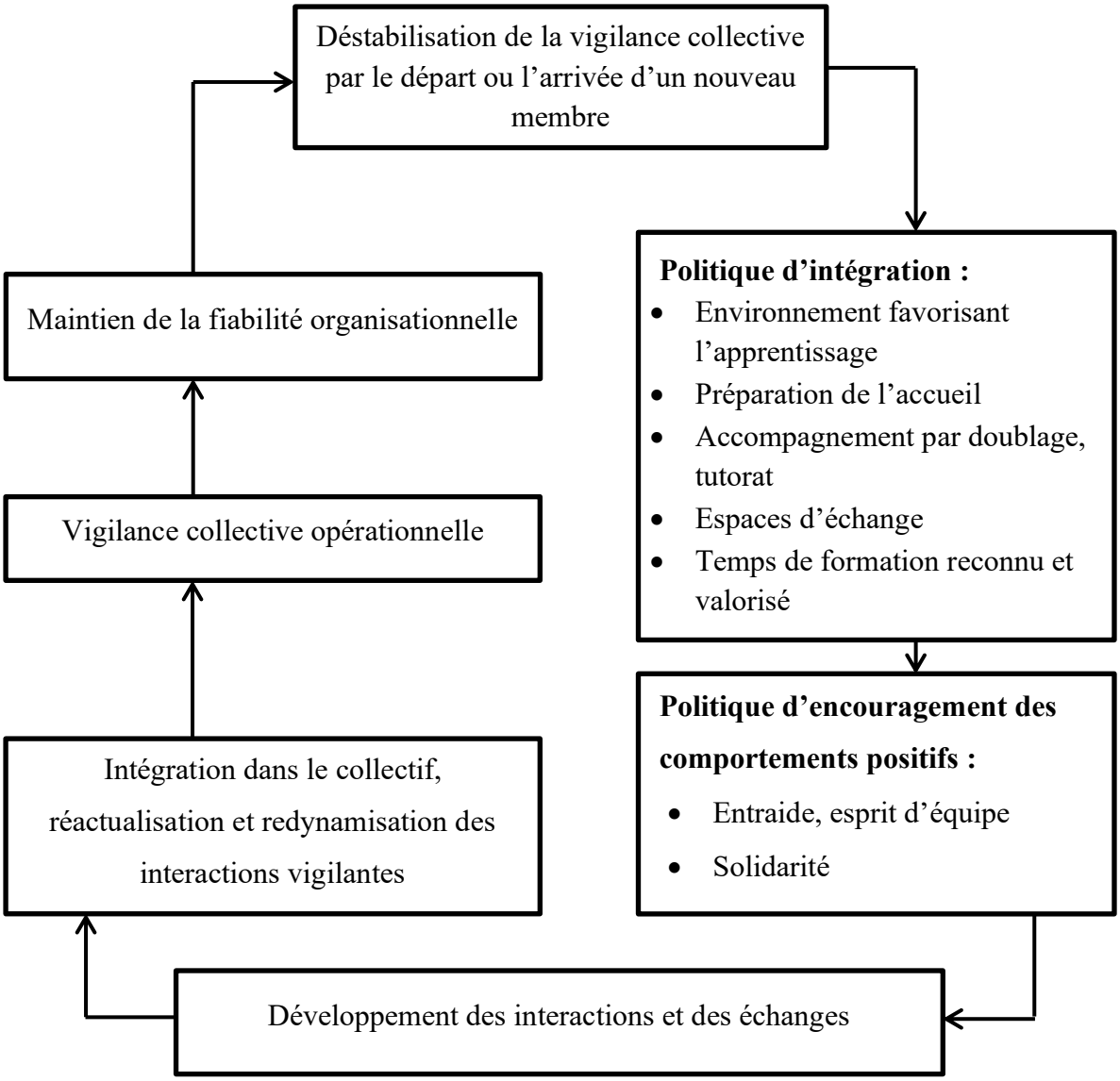


Figure 9: Opérationnalité de la vigilance collective (Auteur)

6.4 Similitudes, tensions et dynamiques d'articulation entre compétence collective et vigilance collective

6.4.1 Des similitudes conceptuelles

Les concepts de compétence collective et de vigilance collective présentent des similitudes marquées, notamment dans leurs conditions d'émergence au sein des groupes de travail et dans leur opérationnalité. Ces deux concepts entretiennent une interdépendance étroite avec leur environnement organisationnel et mettent en évidence l'importance des interactions au sein du collectif.

Ils s'actualisent dans des contextes où le travail collaboratif est essentiel. Leur mise en œuvre repose sur la capacité des membres du groupe à coopérer efficacement, grâce à une coordination soutenue, dans des situations où l'interdépendance des tâches est un élément déterminant. Les membres du groupe se reconnaissent dans un collectif de travail pour trouver du sens et agir ensemble pour atteindre l'objectif fixé par l'organisation. Dans le cas des organisations fiables, nous supposons que pour réaliser l'objectif général, le groupe veille à ce que les erreurs, les imprévus soient anticipés pour ne pas déstabiliser le système. Comme le formulent Ruuska et Teigland (2009), la compétence collective correspond à la *« capacité d'un groupe à travailler ensemble à la réalisation d'un objectif commun et à la création d'un résultat collectif, résultat qui n'a pu être atteint par un seul membre en raison de sa complexité »* Ruuska & Teigland, 2009, p. 324). Cette définition se rapproche de celle de la vigilance collective, laquelle renvoie à des *« processus cognitifs collectifs qui permettent au groupe de découvrir les erreurs et les menaces afin d'ajuster son propre fonctionnement »* (Roux-Dufort., 2003, p. 151) et constitue *« le résultat d'une expérience de travail partagé* » (Brion, 2005a, p. 146). Cependant, une divergence théorique pourrait être débattue : la vigilance collective, contrairement à la compétence collective, ne se limite pas à une simple articulation des compétences, mais inclut une dimension préventive visant à anticiper les imprévus et les défaillances. Cette spécificité est cruciale dans le cas des organisations dites fiables, pour lesquelles les erreurs doivent être identifiées et corrigées avant qu'elles ne compromettent l'objectif général.

Ruuska et Teigland (2009) proposent une conceptualisation de la compétence collective en deux dimensions complémentaires : une dimension pratique, mettant l'accent sur la *« capacité des*

membres du projet à intégrer les compétences individuelles et à résoudre les problèmes ensemble » (Beton & Bertolucci, 2020, p. 89) et une dimension interpersonnelle : *« capacité des membres du projet à interagir et à collaborer avec d'autres membres de ce même projet »* (Beton & Bertolucci, 2020, p. 89). Cette approche renvoie à l'idée d'un référent commun, nécessaire tant à la compétence qu'à la vigilance collective. Malgré la diversité des profils, une complémentarité des compétences et des expériences individuelles est nécessaire. Les individus vont s'identifier à un corpus, à un collectif de travail autour de missions, à des objectifs et à des valeurs partagées. Ces dimensions favorisent le renforcement du collectif de travail et de l'esprit d'équipe. Selon Retour et Krohmer (2006), ce référentiel rassemble les objectifs de l'action collective et les moyens mobilisés, autour d'une représentation partagée par les membres du groupe. Cette dimension n'est pas sans rappeler le rôle central des interrelations vigilantes, qui favorisent l'ajustement collectif face aux imprévus (Weick & Roberts, 1993).

La mémoire collective occupe une place déterminante dans l'intégration d'un nouveau membre au sein du groupe. Sa transmission permet de préserver la continuité des pratiques tout en facilitant l'adaptation aux dynamiques déjà en place. Elle enrichit et pérennise le savoir partagé, réactive l'attention de l'ensemble du collectif et soutient le maintien d'une vigilance collective performante. Colin et Grasser (2009) distinguent plusieurs formes de mémoire, dont la mémoire collective de jugement, issue de la confrontation et de la négociation des représentations individuelles. Face à un imprévu, cette mémoire devient un levier pour élaborer une représentation commune et renforcer les interrelations vigilantes.

Un langage partagé constitue également une condition indispensable : il crée un espace commun de compréhension, favorise des échanges fluides et réduit les risques de malentendus.

Enfin, la qualité des interactions entre les membres demeure un facteur clé, à la fois pour nourrir la compétence collective et soutenir la vigilance collective. Rouby et Thomas (2014) montrent que l'attention des individus du groupe est cruciale. Elle leur permet de se concentrer sur des indicateurs et des signaux internes et/ou externes pour anticiper les risques. Cette attention doit être à la fois stable (focus sur les signaux forts) et flexible (focus sur les signaux faibles internes et/ou externes), ainsi le groupe peut interagir et répondre à la situation. Toutefois, l'attention collective nécessite un environnement organisationnel propice. Une cohérence intra-équipe forte, caractérisée par une interdépendance des tâches et un travail en collaboration développé, favorise l'émergence de ces concepts. En revanche, une cohérence limitée entraîne un

individualisme intra-groupe, compromettant la capacité du collectif à répondre aux imprévus puisque celui-ci basculera vers l'insouciance lors de leur survenue.

Les deux concepts se construisent dans des environnements où la bienveillance, la confiance, la valorisation de l'apprentissage et de la formation sont reconnus et valorisés. Le management joue un rôle central en soutenant des espaces d'échanges propices à l'innovation et à la créativité. Ces conditions favorisent l'émergence d'un savoir-agir collectif, tourné vers l'anticipation et la résolution d'événements problématiques imprévus.

La compétence collective et la vigilance collective apparaissent alors comme deux expressions d'une intelligence collective. Elles prennent forme à travers des interactions dynamiques et des processus cognitifs partagés, permettant au groupe de faire face ensemble à l'imprévu. Néanmoins, la vigilance collective semble se distinguer par sa fonction préventive, ajoutant une dimension critique à l'analyse des dynamiques de groupes au sein des organisations. Le tableau suivant synthétise les similitudes théoriques entre compétence collective et vigilance collective.

	Compétence collective	Vigilance collective
Définitions	• *« Capacité reconnue à un collectif de faire face à une situation donnée » ; « savoir-agir collectif reconnu en situation »* (Chédotel-Bataille, 2001, p. 67) • *« Savoir-faire opérationnel propre à un groupe »* qui permet de réaliser une performance qu'un individu seul n'aurait pas pu réaliser. (Retour & Krohmer, 2006, p. 151). • *« Capacité d'un groupe à travailler ensemble à la réalisation d'un objectif commun et à la création d'un résultat collectif, résultat qui n'a pas pu être atteint par un seul membre en raison de sa complexité »* (Ruuska & Teigland, 2009, p. 324)	• *« Tous les processus cognitifs collectifs qui permettent au groupe de découvrir les erreurs et les menaces afin d'ajuster son propre fonctionnement »* (Weick & Roberts, 1993) • *« Le résultat d'une expérience de travail partagé »* (Brion, 2005a, p. 146). • *« Capacité de perception, d'interprétation et de réponses rapides et fiables face à une situation problématique impromptue »* (Brion, 2005b, p. 107) • Elle est la résultante d'un produit collectif, c'est le groupe qui est vigilant et non pas l'addition des attentions individuelles. • *« Le produit de la combinaison de la capacité des hommes à maintenir un certain niveau d'attention pour les signes avant-coureurs et les événements, et une propension à discerner et agir »* (Roux-Dufort., 2003, p. 156) .

	Compétence collective	Vigilance collective
Facteurs	<u>Facteurs individuels :</u> • Positifs : Compétences individuelles, interactions affectives, relations informelles, la coopération, l'attention stable et flexible, règles individuelles • Négatifs : Interactions conflictuelles et évitement, individualisme, émotions négatives, survalorisation de l'identité professionnelle, confrontation de l'habitus professionnel, utilisation déficiente des ressources <u>Facteurs organisationnels :</u> • Les freins : Discrimination sociale, rigidité des statuts d'emploi et de fonction, économie de conflits, gestion des compétences hors champs, turnover, surresponsabilité • Le style de management : Autonomie, participatif, collaboratif, culture du droit à l'erreur, valorisation, objectifs clairs et précis, interactions formelles • Les leviers GRH : Bienveillance, accompagnement, communication adaptée, formation, cohérence intra-équipe et inter-hiérarchique, méta-règles • L'environnement : Climat d'écoute, de bienveillance, de confiance, environnement favorisant l'apprentissage	<u>Facteurs organisationnels :</u> • Fiabilité organisationnelle : Interdépendance des tâches, niveau d'incertitude élevé et apprentissage par l'erreur difficile. • Diversité des profils dans le design de l'équipe • Communication adaptée et favorisée • Investissement et Reconnaissance de la formation • Transmission et partage de la mémoire collective et des expériences • Amusement • Management par la confiance, la bienveillance pour une cohésion et un contrôle en interne par les membres du groupe. • Ouverture du groupe vers l'extérieur pour pallier les limites des interprétations individuelles.

	Compétence collective	Vigilance collective
Dimensions	Référentiel commun, langage partagé, mémoire collective et engagement subjectif (Retour & Krohmer, 2006) Apprentissage, diversité du groupe, multilatéralité, dynamique, pérennité (Colin et Grasser, 2009) Harmonieuse (Chédotel-Bataille, 2001) ou Interactionniste (Guilhon & Trepo, 2000) Processus évolutif, construit social, source de performance, intelligence situationnelle, lié à l'état de cohésion du groupe, ne peut être copiée et dupliquée (Dupuich, 2011) Pratique et interpersonnelle (Beton & Bertolucci, 2020)	• Processus dynamique actionné par l'apprentissage et la transmission de la mémoire collective et le partage d'expérience. • Dimension interactionniste • Interrelations vigilantes : processus cognitif en plusieurs étapes pour répondre à une situation problématique collectivement (attention, contribution, représentation, subordination).

Tableau 17: Comparatif conceptuel de la compétence collective et de la vigilance collective (Auteur)

6.4.2 Un processus de renouvellement face à l'imprévu, de la compétence à la vigilance collective

La compétence collective constitue un levier intéressant de la performance organisationnelle. Cependant, elle n'explique pas à elle seule la capacité d'un collectif de travail à faire face à des situations non prévues, disruptives, à l'ambiguïté ou à la discontinuité organisationnelle. Elle s'inscrit dans un registre stabilisé, fondé sur des objectifs clairs, des règles partagées et des savoir-faire éprouvés. Dans ce cas, elle constitue un point d'appui fiable, enraciné dans la mémoire de l'action et dans des habitudes consolidées. Lorsque les repères organisationnels vacillent et que l'environnement devient incertain, la compétence collective atteint ses limites. Elle subsiste en arrière-plan, mais ne suffit plus à garantir la pertinence de l'action. Le collectif ne peut alors se contenter de ses habitudes acquises : il doit apprendre à agir et réagir ensemble face à l'imprévu.

Dans ces situations, la vigilance collective devient déterminante. Là où la compétence collective repose sur des habitudes stabilisées, la vigilance collective mobilise des processus cognitifs distribués, capables de capter, d'interpréter et de traiter des signaux faibles ambigus. Elle ne se fige pas : elle se réactive et circule au fil des interactions, offrant au collectif une dynamique d'adaptation continue dans des environnements incertains. La compétence collective constitue alors un socle structurant, mais c'est la vigilance collective qui permet de réajuster l'équilibre attentionnel lorsque les repères habituels s'effritent. Ensemble, elles soutiennent l'agir collectif dans les situations de rupture.

Nous faisons le choix de parler de renouvellement plutôt que de maintien de la vigilance collective. En effet, les collectifs observés ne reproduisent pas simplement des savoir-faire établis. Ils réajustent, recomposent et déplacent leur attention en fonction des situations rencontrées. Ce renouvellement peut être compris comme une mise à jour en temps réel des conditions de l'action collective. Il sous-entend une capacité à repérer les signaux faibles, à reconfigurer les interactions et à maintenir une cohérence malgré l'incertitude. Comme le soulignent Weick et Sutcliffe (2007), la fiabilité organisationnelle s'appuie précisément sur cette attention distribuée et constamment réactivée. Ainsi, la vigilance collective ne se substitue pas à la compétence collective mais elle en renouvelle les formes de mobilisation. Elle est attentionnelle et interactionnelle, ce qui rend possible l'ajustement, la coordination. La

vigilance collective semble être une modalité dynamique de la compétence collective, capable d'en assurer la plasticité.

La vigilance collective ne se résume pas à un répertoire d'actions coordonnées ni à un ensemble de compétences stabilisées. Elle engage une disposition du collectif à porter attention à ce qui ne va pas encore de soi, à ce qui échappe aux habitudes, aux signaux faibles qui pourraient altérer le fonctionnement ordinaire du groupe. Elle s'inscrit dans un rapport attentif et vivant à la situation, marquée par des micro-ajustements et une perception distribuée entre les membres du collectif. La vigilance collective relève d'un registre attentionnel et relationnel qualifié par Laroche (2006) d'advertance. Cette notion développée dans ses travaux sur le *sensemaking*, renvoie à une forme d'attention partagée, orientée à la fois vers autrui, l'environnement et vers les interactions. Elle permet au collectif de rester sensible à ce qui pourrait survenir, d'accueillir l'altération possible sans tomber dans l'alerte permanente. L'advertance constitue ainsi une qualité relationnelle située, qui se manifeste dans les échanges, les regards croisés et les signes infimes perçus et partagés.

Nous envisageons la vigilance collective comme une qualité de la compétence collective. Elle permet au groupe de réactiver, d'adapter et de transformer ses repères d'action face à l'imprévu, sans rompre avec ce qui le structure. Ce renouvellement ne consiste pas à remplacer ce qui a été construit collectivement mais à lui donner une nouvelle orientation, à l'éclairer autrement par les interactions, les attentions portées, les ajustements partagés. La vigilance introduit une sensibilité particulière aux signaux faibles, aux ambiances, aux fragilités du système. Elle confère au collectif une capacité de régulation vivante, réactive, située.

Elle prolonge la compétence collective en lui apportant de la souplesse et de la réactivité. À travers elle, le collectif ne se contente pas d'agir selon ce qu'il sait déjà. Il devient capable d'éprouver, d'interpréter et de répondre à l'imprévu. Ce déplacement discret installe les conditions d'un agir organisationnel attentif, sensible et réactif. C'est à partir de cette articulation entre compétence collective et vigilance collective, entre habitude et renouvellement, que se construit la problématique de notre travail.

La question de recherche

Au commencement de ce voyage, en tant que manager débutant et apprenti-chercheur, notre questionnement s'est formulé de façon concrète et opérationnelle : **comment le cadre de santé prend-il en compte le phénomène récurrent du turnover pour manager les équipes de soins du Centre hospitalier de la Polynésie française ?** Cette interrogation s'inscrit dans une expérience professionnelle traversée par une instabilité des effectifs soignants, une fatigue managériale chronique et un sentiment d'impuissance organisationnelle.

L'exploration du contexte polynésien nous a permis de resituer cette problématique dans un contexte institutionnel singulier, caractérisé par l'insularité, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, un statut hospitalier obsolète et une fonction publique territoriale dont les règles de gestion sont aujourd'hui inadaptées aux réalités du terrain. Dans cet environnement contraint, le CHPf s'impose comme le principal employeur et le plus grand établissement de santé du territoire, fortement dépendant de professionnels extérieurs, surnommés localement les « sac-à-dos », pour assurer la continuité des soins. À ces contraintes structurelles et fonctionnelles s'ajoute une dimension culturelle, qui complexifie la prise en soins. Le contexte polynésien exige des ajustements subtils dans les pratiques soignantes : le rapport à la maladie, à la douleur, au soin, au temps et à la parole diffère sensiblement des référentiels occidentaux. Dès lors, la qualité des prises en soins repose autant sur des compétences techniques que sur une compréhension fine des codes relationnels et des attentes implicites des patients polynésiens. Dans ce contexte, l'instabilité des collectifs de travail, accentuée par le turnover, fragilise les interactions soignantes. Les professionnels de santé nouvellement arrivés peinent à saisir les nuances culturelles du soin et à établir une relation thérapeutique adaptée. Ainsi, la déstabilisation des repères collectifs, combinée à la complexité culturelle du soin, accroît le risque de discontinuité, de malentendu, voire d'erreur. Ce contexte devrait logiquement générer incohérences, instabilités et défaillances.

Et pourtant, rien ne s'effondre…

Ce constat étonne. Malgré l'accumulation d'éléments de complexité (instabilité des équipes, hétérogénéité culturelle, valeur de la parole et des silences, contraintes statutaires et réglementaires, etc.) les soins sont assurés, les parcours patients sont organisés, les services continuent de fonctionner. Les incidents critiques, les erreurs graves restent rares et les

discontinuités majeures peu fréquentes. Cette résilience apparente interroge **: pourquoi le système ne bascule-t-il pas, malgré des conditions propices à l'effondrement ?**

Cette réflexion marque un tournant dans notre posture de chercheur. D'une recherche de leviers pour faire face au turnover, nous passons à un questionnement plus large sur la capacité des collectifs de soins à s'adapter. Le cœur de la réflexion se déplace. Nous cherchons à comprendre si une forme de stabilité fonctionnelle peut émerger dans l'instabilité. Cette bascule ouvre la voie à une relecture théorique des dynamiques collectives observées.

C'est dans cette perspective que les apports de la littérature sur la compétence collective ont d'abord retenu notre attention. Ce concept permet de penser l'agir collectif comme une construction située, émergente, fondée sur des processus de coordination, de coopération et de partage d'expériences. Il renvoie à un savoir-agir collectif, stabilisé, mobilisable en situation, construit par l'interaction et surtout par un référentiel commun. Il s'inscrit dans une logique de performance : accomplir collectivement ce qu'un individu ne pourrait réaliser seul avec la même efficience. Ces lectures nous ont offert une vision d'ensemble pour comprendre les effets du turnover sur la continuité des pratiques, sur l'organisation et sur les transmissions des savoirs entre anciens et nouveaux membres. Toutefois, cette approche reste incomplète : elle ne saisit pas pleinement une autre dimension, celle de la capacité du collectif à détecter, interpréter et ajuster en temps réel ses modes d'action face à l'imprévu, dans un contexte instable, interculturel et sous pression.

C'est alors que le concept de vigilance collective, hérité des travaux de Weick, Roberts et leurs successeurs, semblait s'imposer comme un prolongement nécessaire. Cette notion prolonge la compétence collective en renouvelle la lecture en y intégrant une dimension attentionnelle, dynamique et préventive. Là où la compétence collective repose sur un cadre d'action éprouvé et partagé, la vigilance collective engage le collectif dans un rapport actif à l'incertitude, en s'appuyant sur l'anticipation, la sensibilité aux signaux faibles, l'interaction et la mémoire collective. La bascule conceptuelle qui s'opère ici est décisive. L'attention se déplace vers les modalités de renouvellement de la compétence collective en contexte incertain : comment le collectif assure la fiabilité de son action malgré l'absence de stabilité structurelle. Parler de renouvellement plutôt que de maintien traduit notre volonté de penser la compétence comme une construction vivante, en tension permanente, façonnée par les interactions, l'environnement et l'expérience.

Notre parcours réflexif, enrichi par l'exploration contextuelle et théorique, nous a conduit à dépasser une lecture strictement opérationnelle du turnover. Celui-ci doit être interrogé comme un phénomène aux effets multiples sur la stabilité cognitive, interactionnelle et attentionnelle des collectifs de travail. L'apport du concept de vigilance collective, entendue comme une attention distribuée et une modalité dynamique de renouvellement de la compétence collective, oblige à repenser la façon dont les équipes de soins parviennent à assurer une continuité dans l'action collective, malgré l'instabilité des effectifs et les contraintes structurelles. Dans ce cadre, nous parlons de renouvellement plutôt que de maintien de la vigilance collective. Le maintien suppose une forme de reproduction stable et continue, tandis que le renouvellement désigne une reconstruction située, inscrite dans l'instant, rendue possible par des interactions sociales, culturelles et professionnelles en mouvement. C'est cette capacité de réajustement, de réactivation et de réinvention de l'attention partagée que nous plaçons au cœur de notre questionnement. Ce renouvellement s'opère dans un contexte polynésien singulier, où les représentations du soin, du temps et de la relation à l'autre ne correspondent pas aux représentations occidentales.

Dans ce contexte et au regard des tensions identifiées entre compétence et vigilance collectives, entre stabilité organisationnelle et instabilité contextuelle, nous formulons trois questions de recherche qui guideront la suite de notre travail :

1. **Comment les équipes de soins s'adaptent-elles au contexte par le biais d'un renouvellement de la vigilance collective ?**
2. **En quoi le management des cadres de santé du CHPf participe-t-il au renouvellement de la vigilance collective ? Comment le manager/cadre de santé soutient-il le renouvellement de la vigilance collective ?**
3. **Comment les spécificités du contexte polynésien impactent-elles le renouvellement de la vigilance collective ?**

À l'image des navigateurs polynésiens parcourant l'océan Pacifique à bord de leurs *va'a*[109], guidés par les étoiles, nous invitons le lecteur à prolonger ce voyage. L'étude empirique qualitative qui s'ouvre prolonge cette exploration en immersion sur le terrain, pour éclairer les dynamiques situées du renouvellement de la vigilance collective au sein des équipes de soins du CHPf.

[109] *Idem*

PARTIE 3 : L'ÉTUDE EMPIRIQUE

Introduction

Maintenant que le cap est défini et que notre *va'a*[110] a franchi la barrière de corail, l'exploration du grand océan commence véritablement. L'entrée dans cette partie marque un changement de perspective : quitter les cartes théoriques pour se confronter aux tumultes de *Moana*[111]. Observer la vigilance collective dans les équipes de soins du Centre hospitalier de la Polynésie française, c'est accepter de naviguer avec des certitudes ébranlées et des imprévus permanents.

Notre position au CHPf a nécessité de clarifier la posture adoptée et la manière d'aborder la recherche. Être cadre de santé, occupant des fonctions managériales auprès d'une équipe de soins, a bousculé les frontières entre implication et distanciation. Cette double identité nous a contraints à une introspection approfondie pour légitimer le travail entrepris. Nous avons cherché à rendre visible un phénomène social auquel nous étions confronté quotidiennement en tant que manager, à le comprendre et, *in fine*, à produire des recommandations managériales généralisables pour nos pairs. Cette orientation nous a conduit à adopter une posture épistémologique constructiviste, à dominance interprétativiste. Le choix de l'ethnographie s'est imposé pour justifier notre rapport au terrain et saisir la vigilance collective dans l'action ordinaire des équipes de soins. Cette démarche a rendu visibles des dynamiques autrement invisibles et des interactions qui structurent le fonctionnement des équipes. Le choix du Centre hospitalier de la Polynésie française n'est pas anodin. Il découle de nos questionnements initiaux, nés de l'expérience managériale et de la particularité de ce terrain marqué par l'insularité, le multiculturalisme, le poids de l'histoire et une organisation héritée du modèle administratif français. C'est un lieu où s'expriment les tensions entre les missions institutionnelles et les contraintes contextuelles.

Les résultats présentés dans cette partie mettent en évidence plusieurs axes majeurs. Ils montrent d'abord que la vigilance collective n'est pas un état homogène mais un processus pluriel, qui se déploie sous différentes formes selon les situations : vigilance à bas bruit, pragmatique, adaptative, réparatrice, fragmentée. Ils révèlent ensuite des leviers transversaux, tels que la qualité des interactions, le rôle des espaces informels, qui soutiennent ou fragilisent l'attention collective. Ils soulignent aussi le rôle du cadre de santé, comme médiateur, traducteur

[110] Pirogue en *reo ma'ohi*
[111] Océan en *reo ma'ohi*

et garant des conditions de coopération. Enfin, ils mettent en lumière la manière dont ces formes de vigilance collective s'observent dans des constellations dynamiques, où individus, organisations et contextes interagissent dans un équilibre fragile.

Cette partie constitue ainsi la traversée empirique de notre recherche. Elle invite le lecteur/voyageur à suivre l'itinéraire d'une réflexion sur la posture épistémologique et méthodologique adoptée, la présentation du cas étudié et l'exploration des résultats empiriques. Pour cette traversée, elle donne à voir la vigilance collective comme un phénomène situé, mouvant, façonné par l'action et par le contexte.

PARTIE 1 : LE CONTEXTE DU TERRAIN DE RECHERCHE

Chapitre 1
Notre parcours

Chapitre 2
Le système de santé de la Polynésie française

Chapitre 3
Turnover, instabilité des équipes et rôle du cadre de santé au CHPf

Chapitre 4
Soigner en Polynésie française

PARTIE 2 : LA REVUE DE LITTÉRATURE

Chapitre 5
La compétence collective comme socle d'analyse du travail en équipe

Chapitre 6
La vigilance collective comme réponse attentionnelle aux limites de la compétence collective

La question de recherche

PARTIE 3 : L'ÉTUDE EMPIRIQUE

Chapitre 7
Posture épistémologique et méthodologie de la recherche

Chapitre 8
La vigilance collective au Centre hospitalier de la Polynésie française

Chapitre 9
Vers une compréhension située de la vigilance collective

PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS

Chapitre 10
Discussion théorique

Chapitre 11
Contributions managériales

Chapitre 7 Posture épistémologique et méthodologie de la recherche

Comment espérer réussir un voyage sans plan de navigation ? Depuis toujours, navigateurs et explorateurs ont su lire les étoiles, interpréter les vents et suivre la trajectoire des oiseaux pour atteindre de nouvelles terres et y établir des communautés prospères. Il en fut de même pour les polynésiens, dont la maîtrise de la navigation leur permit d'explorer l'immensité de *Moana Patitifa*[112] et de s'installer durablement sur ces îles dispersées.

À l'image de ces navigateurs, nous avons entrepris notre propre voyage, celui de la recherche scientifique, nourri par nos questions opérationnelles issues de notre terrain. Dès les premiers instants, il nous a fallu concevoir un plan de navigation précis, un cadre structurant définissant notre destination et les moyens pour y parvenir. C'est ce que l'on nomme le design de la recherche. Son élaboration ne fut pas immédiate. Elle demanda un long processus de déconstruction de nos schémas de pensée initiaux et une acculturation progressive dans le vaste champ épistémologique, cette grande inconnue qui nous apparaissait d'abord comme une mer tumultueuse, infranchissable. Ce travail s'est avéré indispensable pour légitimer notre démarche et ancrer nos choix méthodologiques dans une réflexion approfondie sur la production et la légitimation de la connaissance scientifique.

Ce chapitre explore la question du positionnement épistémologique et méthodologique de notre recherche. Il s'attache à rendre compte, avec sincérité et précision, des débats, des hésitations et des ajustements qui ont jalonné notre parcours. À travers une narration authentique, nous invitons le lecteur/voyageur à embarquer avec nous dans cette traversée, pour mieux saisir les tensions et les défis inhérents à l'articulation entre le terrain et l'analyse scientifique. Ce récit vise à éclairer les fondements de notre démarche et à partager le cheminement réflexif qui a guidé nos choix.

[112] Océan Pacifique en *reo ma'ohi*

7.1 La posture épistémologique

Lorsque nous avons entamé notre travail de recherche, une difficulté majeure s'est rapidement imposée : déconstruire nos représentations antérieures sur ce que signifie réellement « faire de la recherche ». Jusqu'alors notre vision se limitait à une opposition simplifiée : une approche quantitative, associée aux statistiques et une approche qualitative, souvent réduite aux entretiens. Cette vision dichotomique, bien que courante, ne rendait pas justice à la complexité des choix méthodologiques et épistémologiques qui s'offrent à un chercheur.

Nous étions inconscient que cette perspective était en réalité façonnée par un ancrage implicite dans le paradigme positiviste, et plus précisément dans le courant hypothético-déductif. Ce dernier repose sur une ontologie réaliste qui postule l'existence d'un réel indépendant des perceptions et des représentations des individus. Dans cette dynamique, le monde peut être observé et mesuré objectivement et la démarche scientifique a pour objectif d'établir des lois générales et universelles à partir de l'observation empirique des faits : *« la démarche scientifique positiviste vise, en observant les faits de manière empirique, à établir des lois invariables décrivant des relations immuables entre des faits observables et mesurables rigoureusement »* (Gavard-Perret & al., 2018, p. 19). Ce paradigme, prédominant dans les sciences dures, considère que le chercheur comme un observateur neutre et extérieur, garant d'une objectivité totale dans l'interprétation des données.

Durant notre parcours académique et professionnel, cette posture positiviste s'était imposée comme une norme implicite. Tout y semblait organisé selon cette logique : formulation d'hypothèses en amont, respect strict de protocoles et visée de généralisation des résultats. À chaque étape, la question semblait incontournable : « Quelles sont vos hypothèses de départ ? ». Pourtant, cette posture ô combien rassurante pour nous, avait rapidement montré ses limites pour notre travail de recherche. Dès les premières étapes exploratoires, une frustration s'est installée. Rien de ce que nous lisions dans les ouvrages ne semblait apporter des prémices de réponses à nos questionnements opérationnels. Aucun modèle ou théorie (universaliste ou culturaliste) ne semblait refléter les spécificités du contexte polynésien dans lequel nous évoluions. Ce décalage a mis en lumière l'inadéquation entre notre posture initiale et la nature de notre sujet. Le problème ne relevait pas seulement des outils ou des méthodologies, mais d'un cadre épistémologique à repenser. Si le positivisme se révèle pertinent dans certains contextes, il s'est montré inadapté face à notre position de chercheur-immergé, également

acteur de son terrain. Notre recherche s'inscrivait dans un environnement marqué par les interactions, les dynamiques culturelles et les particularités organisationnelles, que cette approche ne permettait pas de saisir pleinement. Nous n'étions pas un observateur neutre : notre présence, nos interactions et même nos émotions/ressentis influaient sur le processus de recherche. Cet ancrage subjectif ne pouvait être mis de côté et ignoré. C'est dans ce contexte que nous avons progressivement été amené à adopter le paradigme épistémologique constructiviste. Cette perspective repose sur une ontologie relativiste, affirmant que la réalité n'est pas une donnée objective, mais une construction élaborée par les individus à travers leurs interactions sociales et leurs expériences. Contrairement au positivisme, centré sur la recherche de vérités universelles, le constructivisme s'attache aux significations que les acteurs donnent à leurs actions et aux phénomènes qu'ils vivent. Comme le souligne Le Moigne (1995), il ne s'agit pas de révéler une vérité déjà là, mais de comprendre les comportements humains en les interprétant à partir des finalités et des contextes dans lesquels ils prennent sens. Ce courant reconnaît que toute connaissance est située. Elle émerge d'un dialogue entre le chercheur et son terrain et elle est influencée par les valeurs, les croyances et les interactions des deux parties.

Cette approche constructiviste nous a offert un cadre théorique et méthodologique qui correspondait mieux à notre situation. En tant que cadre de santé et chercheur-immergé, nous ne pouvions prétendre à une neutralité absolue. Nos propres ressentis, expériences et représentations jouaient un rôle prédominant dans notre compréhension du phénomène étudié. Ce constat, longtemps vécu comme une faiblesse, est devenu une force lorsque nous avons reconnu, accepté et explicité notre subjectivité. Cela à enrichir notre analyse tout en renforçant la rigueur scientifique. Ce recentrage répond à une exigence de *fit* de Howard-Grenville et al. (2021), entendue comme la cohérence entre question, matériaux et modalités d'analyse, condition *sine qua non* d'un travail qualitatif robuste.

Toutefois, la littérature fait état de plusieurs courants constructivistes que nous avons continué à appréhender pour mieux nous positionner. Le constructivisme radical, également qualifié de pragmatique, développé par von Glasersfeld (2001), renforce cette idée en postulant que la connaissance n'est pas une simple représentation du réel mais bien une construction active, façonnée par les expériences et les interactions des individus. Il rejette l'idée d'une vérité universelle et immuable et met en avant la pluralité des interprétations possibles. Cette perspective a fortement orienté notre démarche, en nous amenant à envisager les phénomènes organisationnels comme des constructions sociales complexes, indissociables de leur contexte.

Guba et Lincoln (1994) insistent sur la dimension collective de cette construction. Dans leur approche, la réalité ne préexiste pas aux acteurs, elle se façonne dans leurs interactions et se redéfinit à travers les négociations où chacun apporte ses propres opinions et interprétations. Le rôle du chercheur n'est plus de découvrir une vérité objective mais d'accompagner ce processus de co-construction en révélant les dynamiques sous-jacentes et en favorisant un dialogue réflexif. Enfin, le lien entre constructivisme et interprétativisme, ancré dans la phénoménologie de Husserl (1970) et les travaux de Schütz (1987), nous a permis d'aller plus loin. En nous focalisant sur l'expérience vécue des acteurs et sur la manière dont ils donnent du sens à leur terrain, nous avons pu adopter une posture centrée sur la compréhension des significations. Cette orientation, bien qu'exigeante, nous a offert une richesse d'analyse inaccessible dans une posture positiviste.

Ce cheminement réflexif et personnel nous a conduit à adopter une posture épistémologique en cohérence avec la complexité des dynamiques organisationnelles et individuelles. Loin de chercher à produire une vérité universelle, notre démarche vise à produire des connaissances actionnables et enracinées dans notre contexte. Bien que parfois déstabilisante, cette orientation constitue une réponse adaptée aux enjeux de notre recherche. Elle témoigne de notre volonté de comprendre les réalités organisationnelles dans toute leur richesse et leur singularité.

Caractéristique	**Constructivisme radical**	**Constructivisme de Guba et Lincoln (1989)**	**Interprétativisme**
Focus principal	Expérience individuelle et subjective	Construction sociale de la réalité	Expérience vécue et intentionnalité
Nature de la réalité	Construction individuelle	Multiple, relative et socialement construite	Mentale et perçue
Rôle du chercheur	Comprendre les constructions subjectives	Faciliter le dialogue et la construction d'un consensus	Comprendre les interprétations et les significations
Méthodes privilégiées	Diverses, incluant études de cas et observation participante	Méthodes qualitatives favorisant le dialogue et la négociation	Méthodes qualitatives, entretiens, études de cas, observation participante

Tableau 18: Les courants constructivistes (Auteur)

7.2 Méthodologie de la recherche

Il aurait sans doute été plus conventionnel (et peut-être rassurant) de présenter ici une description systématique et argumentée des méthodes pour la collecte des données. Pourtant, une telle approche m'est apparue comme à la fois réductrice et déconnectée de l'essence même de la démarche de recherche entreprise. Plutôt que d'objectiver à outrance un processus qui s'est construit dans l'incertitude et le tâtonnement, j'ai fait le choix de partager les détours de mon propre cheminement : les choix singuliers, les hésitations, les renoncements, les impasses parfois, qui ont façonné la rencontre avec mon terrain. En d'autres termes, je propose ici de raconter comment je me suis débattu avec lui et comment cette expérience a nourri l'élaboration du matériau sur lequel repose ce travail doctoral. Ce lien si étroit entre mon objet de recherche et mon parcours professionnel m'a naturellement conduit à adopter une posture épistémologique et méthodologique à la fois située et incarnée. C'est dans cette perspective que j'assume pleinement l'usage de la première personne du singulier. Le « je » qui s'exprime dans ces pages n'est ni un artifice rhétorique ni un excès d'individualisme. Il traduit la volonté de rester fidèle à l'expérience vécue. Adopter le « nous » aurait instauré une distance artificielle, risquant de gommer la dimension subjective de ce qui constitue, en réalité, le socle même de cette démarche. Cette prise de position s'inscrit dans le courant de l'*evocative autoethnography* (Denker et al., 2020), qui embrasse une pluralité de voix : le « moi », le « nous », le « moi partie prenante », voire le « moi organisationnel » (Tomkins, 2020). Cette forme d'écriture réflexive permet de donner corps aux tensions identitaires traversées tout au long du parcours doctoral. Dans l'esprit proposé par Le Pontois et al. (2025), et afin de restituer toute la richesse des situations observées, je choisis de les raconter sous forme de « tableaux vivants », c'est-à-dire une forme narrative sensible et incarnée (Witte, 2021 citée par Pelly, 2024).

Dès les premières étapes, ma recherche s'est inscrite dans une posture d'immersion totale. Le point de départ de cette aventure a coïncidé avec ma prise de fonction en tant que cadre de santé, fraîchement diplômé de l'Institut de Formation des Cadres de Santé. Cette entrée dans la fonction a joué un rôle de catalyseur : en quelque sorte, c'est le terrain qui m'a choisi. Les réalités rencontrées dans l'exercice de mes fonctions m'ont progressivement conduit à formuler une problématique de recherche initiale, appelée à devenir la pierre angulaire de ce projet doctoral.

L'expérience du terrain ne s'est pas réduite à une observation extérieure et distante des dynamiques organisationnelles et managériales. Elle a pris la forme d'une immersion active et réflexive, où chaque interaction et chaque imprévu ont enrichi ma compréhension du phénomène étudié. La combinaison de mon rôle de manager et de ma posture de chercheur a donné naissance à une problématique à la fois riche et ancrée dans mon contexte. Cette posture de chercheur immergé m'a confronté à un défi méthodologique de taille : concilier une implication forte avec l'exigence de la rigueur scientifique. Si cette dualité a généré des tensions, elle s'est révélée aussi productive. Les interactions continues avec les acteurs du terrain, les défis quotidiens et les décisions prises en temps réel ont nourri une compréhension incarnée et approfondie des enjeux organisationnels que je cherchais à analyser.

Le terrain s'est montré mouvant et imprévisible. Les choix méthodologiques définis au départ ont dû évoluer pour s'adapter aux réalités rencontrées. Cela a nécessité de la flexibilité, une ouverture d'esprit et une capacité à revoir mon positionnement. Ce récit dépasse la simple collecte de données : il témoigne de la manière dont un chercheur se construit au fil de sa recherche. L'étude d'un phénomène processuel requiert des observations contextualisées et itératives plutôt que des reconstitutions purement rétrospectives. À cette condition, les données demeurent alignées avec la question posée (*fit*) et évitent le *misfit,* c'est-à-dire une incohérence interne dans la recherche qualitative lorsque les éléments (question de recherche, matériau, stratégie, contributions) ne s'articulent pas entre eux. (Howard-Grenville et al., 2021).

7.2.1 Le choix de l'étude de cas et de l'approche ethnographique

Le contexte polynésien demeure sous-documenté dans la littérature scientifique, en particulier les dimensions sanitaires, managériales et organisationnelles. Les récits existant se concentrent souvent sur l'histoire coloniale, le peuplement ou la richesse culturelle. Cependant, à ma connaissance, aucun ouvrage n'a proposé une analyse du système de santé en Polynésie française ni de ses particularités managériales. Face à ce vide, j'ai ressenti la nécessité d'explorer ces thématiques. Ce qui a orienté mon projet de recherche vers l'étude de cas. La complexité du terrain polynésien ne se prête pas à une approche linéaire. La compréhension de ce contexte exige une perspective holistique, intégrant les dimensions macro-environnementales, organisationnelles et sociales. Le choix de l'étude de cas s'impose donc comme un outil en adéquation avec ma posture épistémologique et méthodologique. L'étude de cas permet d'explorer un phénomène dans son environnement réel, ce qui est important

lorsque les frontières entre le phénomène étudié et son contexte sont poreuses. Yin (2018) qualifie cette méthode d'investigation empirique particulièrement adaptée à l'étude des phénomènes contemporains, en insistant sur la profondeur de l'analyse contextuelle qu'elle permet. Ce choix méthodologique prend tout son sens en Polynésie française, où s'entrecroisent principes organisationnels et spécificités culturelles. Cette approche, parfois critiquée pour sa faible capacité de généralisation, repose en réalité sur une autre conception de la validité. Comme le rappelle Yin (2018), la généralisation en étude de cas est de nature analytique et non statique, ce qui suppose une rigueur accrue pour garantir la solidité des conclusions. Pour sa part, Stake (1995) souligne que l'étude de cas constitue une démarche intensive, attentive à la complexité d'un phénomène, d'une entité ou d'un système social, en privilégiant son observation dans le contexte naturel où il prend forme. Toutefois, certains auteurs, tels que Flyvbjerg (2006), attirent l'attention sur le risque de biais subjectifs inhérents à cette approche, fortement dépendant de l'interprétation du chercheur. Contrairement à l'approche positiviste et confirmatoire décrite par Yin, qui cherche à tester des hypothèses prédéfinies, ma démarche s'inscrit dans une logique exploratoire. Elle ambitionne moins de vérifier des modèles établis que de mettre en lumière des éléments nouveaux et d'ouvrir de nouvelles perspectives sur un phénomène encore peu étudié : les spécificités organisationnelles et managériales en Polynésie française.

De leur côté, Eisenhardt et Graebner (2007) insistent sur la force de l'étude de cas comme méthode de construction théorique. Selon eux, elle permet de produire des théories ancrées dans des contextes concrets tout en respectant une exigence méthodologique. Les auteurs rappellent que la flexibilité de cette méthode favorise l'exploration de phénomènes organisationnels complexes et la mise en évidence de dynamiques nuancées. Néanmoins, cette flexibilité comporte des freins : elle peut brouiller la clarté du cadre conceptuel initial, imposant au chercheur un effort constant de structuration. Eisenhardt et Graebner (2007) mettent également en avant l'importance d'une démarche itérative, où la collecte et l'analyse des données se nourrissent mutuellement, permettant l'émergence progressive de concepts théoriques. Cette approche compréhensive s'appuie sur la triangulation des données, qui enrichit la lecture des phénomènes et renforce la validité des résultats. Denzin et Lincoln (2005) insistent également sur cette tension, soulignant que l'étude de cas exige une gestion rigoureuse de la subjectivité du chercheur, qui doit interpréter les données tout en maintenant une distance critique. Au-delà de la compréhension du phénomène, cette recherche s'accompagne d'une quête de légitimité. Issu d'une formation initiale ancrée dans l'approche positiviste et hypothético-déductive, j'ai

éprouvé le besoin de m'appuyer sur des auteurs reconnus, non seulement pour légitimer mes choix méthodologiques, mais aussi pour me rassurer. La subjectivité inhérente à ma position, en raison de ma familiarité et de mon intimité avec le terrain, a soulevé de multiples interrogations : comment justifier la production de connaissances rigoureuse par une méthodologie reconnue ? Comment accepter les allers/retours entre théorie et terrain comme une normalité ? Comment me libérer de ce sentiment de culpabilité ? Comment légitimer ma démarche de recherche ? L'ethnographie m'a offert des réponses à ces préoccupations.

L'approche ethnographique repose sur une immersion du chercheur dans son terrain de recherche, tout en exigeant une rigueur dans le maintien d'une distance équilibrée pour ne pas sombrer dans son terrain ou s'en exclure. Il s'agit donc de restituer par écrit *« une forme d'expérience personnelle fondée sur les dires des acteurs et sur ses propres ressentis »* (Gilbert et Raulet-Croset, 2023, p. 27). L'ethnographie organisationnelle consiste en une immersion au sein des organisations, où le chercheur, en tant qu'observateur-participant, cherche à comprendre intimement les us et coutumes internes. Rouleau (2013) présente cette approche comme une exploration au cœur des pratiques organisationnelles, étroitement lié au contexte historique et culturel de l'organisation observée. Pour sa part, Van Maanen (2006, 2011) structure le travail ethnographique en trois activités principales : le travail de terrain *« fieldwork »*, le travail de théorisation *« headwork »* et le travail d'écriture *« textwork ».* Dans le cadre de cette recherche, cette posture ethnographique s'est parfois élargie à une démarche auto-ethnographique, du fait du lien étroit entre mon parcours professionnel, mes responsabilités et le terrain exploré. Comme l'évoquent Spry (2001) et Pelly (2024), l'auto-ethnographie constitue à la fois une méthode et une écriture de soi en contexte social, mettant en résonance le vécu et son analyse.

Le travail de terrain ne se réduit pas à une simple collecte de données : il s'agit d'une immersion prolongée dans un milieu social, où les interactions entre le chercheur et le terrain produit des transformations réciproques. Ce travail possède un caractère créatif, car le chercheur construit progressivement une réalité à travers ses observations et ses interprétations qu'il élabore à partir de la matière recueillie. Van Maanen (2006, 2011) identifie trois étapes fondamentales dans cette immersion : une phase d'apprentissage des codes sociaux du terrain, suivie d'une phase d'intégration où le chercheur devient un acteur à part entière du groupe étudié, et enfin une phase naturaliste marquant son incorporation complète au sein de l'organisation. Agar (1996) insiste sur le caractère subjectif inhérent à l'ethnographie et l'interprétation personnelle du

chercheur dans la restitution des données. Il souligne que l'ethnographie est toujours marquée par la position du chercheur, ce qui rend illusoire une neutralité totale sur le plan méthodologique.

Dans mon parcours, ce cheminement s'est déroulé de façon inversée. Déjà intégré au terrain en tant que manager au moment d'entamer la recherche, le principal défi a été de construire et d'affirmer ma posture de chercheur. Il m'a fallu expliquer et argumenter cette nouvelle posture auprès des acteurs du terrain, en justifiant les raisons et les objectifs de mes prises de notes, de mes photographies et de mes entretiens. Cette distinction entre mes rôles de manager et de chercheur a favorisé l'instauration d'une confiance mutuelle. Les agents se montraient plus enclins à se confier lorsque j'adoptais la posture de chercheur, la relation hiérarchique était clairement écartée au moment des échanges. Ces moments d'échange revêtaient un caractère intime, dans lesquels les agents souhaitaient contribuer en partageant leur point de vue. Cette distinction a été rendue possible grâce à un travail préliminaire d'intégration et de construction d'une relation de confiance, amorcé dès ma prise de poste, bien avant le début de la recherche. J'ai veillé à être le plus transparent possible quant aux objectifs et à la finalité des données recueillies.

La deuxième activité identifiée par Van Maanen (2011) est le travail de théorisation qui consiste à conceptualiser les observations issues du terrain. Il ne s'agit pas d'un exercice linéaire ou purement inductif, mais bien d'un processus itératif, fait d'allers/retours continus entre l'observation empirique et la tentative d'élaboration conceptuelle. L'enjeu est alors d'identifier progressivement l'angle d'analyse le plus pertinent pour appréhender la complexité du phénomène étudié. Van Maanen (2011) insiste sur le fait que cette phase requiert une adaptation continue des concepts et des cadres d'analyse, à mesure que le terrain révèle de nouveaux éléments. Ce mouvement dialectique entre la donnée et la théorie, entre la description et l'interprétation, est souligné par Le Theule et Mourey (2023), qui, dans le sillage des travaux de Becker (2002) rappellent que *« le mouvement du descriptif vers l'interprétatif est lié au travail continu de comparaison et de confrontation entre la théorie en cours d'élaboration et ce que renvoie l'expérience du terrain et de description »* (Le Theule & Mourey, 2023, p. 466). Autrement dit, théoriser, c'est accepter de se laisser transformer par ce que le terrain donne à voir, quitte à réviser sans cesse les grilles de lecture initialement mobilisées.

Dans mon parcours, ce processus a pris une forme à la fois très concrète et très révélatrice de mes tensions épistémologiques. J'ai eu recours, de manière presque obsessionnelle, à la schématisation. Ce besoin tenace de représenter graphiquement les liens entre les éléments observés, trahissait une volonté initiale de faire émerger des relations causales, une tendance héritée d'un paradigme positiviste auquel il m'a été difficile de renoncer totalement. Pendant les quatre années de ce travail, j'ai inlassablement produit, déconstruit puis reconstruit des schémas, dans une quête parfois épuisante de sens et de cohérence. Si cette démarche m'a permis d'explorer de multiples pistes théoriques, elle a aussi nourri un sentiment d'éternel recommencement, voire de frustration face à la nature mouvante et inachevée du processus de théorisation. Je me souviens des mots répétés, presque comme un mantra, par l'un de mes directeurs de thèse : *« Si tu penses avoir trouvé, c'est que tu t'es trompé »*[113].

Vignette informative

Après des semaines de travail d'analyse et d'écriture des résultats, j'étais fier de proposer un premier modèle de théorisation, agrémenté de beaux tableaux et schémas. J'éprouvais une véritable satisfaction d'avoir enfin donné du sens à mon « bazar », un ordre, une suite logique… J'ai donc envoyé le chapitre d'une cinquantaine de pages à mes directeurs de thèse en vue de notre prochaine discussion. J'étais dans une période professionnelle particulièrement intense.
Lors de cette régulation, où nous avons échangé sur mes résultats et mes propositions, mes directeurs ont une nouvelle fois pointé du doigt la mise en lumière de liens de causalité, révélant une relation trop mécanique entre certains facteurs que je pensais avoir identifiés.
Ce soir-là, par fatigue, frustré d'être retombé dans mes travers, en colère d'avoir omis les fondements mêmes du design de ma recherche, je n'ai pas supporté la critique pourtant bienveillante de mes directeurs. À la fin de l'entretien, découragé, j'ai effacé l'intégralité du chapitre.
Il m'a fallu une pause de quelques semaines, salvatrice, pour retrouver le courage nécessaire. Ce temps de recul m'a permis de réintégrer mes postures épistémologique et méthodologique.

Enfin, l'écriture constitue la phase ultime du travail ethnographique. Le chercheur s'efforce de restituer l'histoire de sa recherche à travers les expériences vécues des acteurs. Il s'agit de

[113] Note de synthèse de régulation du 5 mai 2022, Damien Mourey

traduire fidèlement les notes recueillies, en offrant des descriptions précises des perceptions et des interprétations des acteurs sur les situations. Comme le rappelle Van Maanen (2011), une recherche ethnographique n'existe pleinement que lorsqu'elle est mise en mots. J'ai cherché à restituer avec précision les expériences et les points de vue des acteurs, tout en y intégrant mes propres réflexions dans une démarche d'auto-ethnographie. Ce croisement entre mes ressentis et les données recueillies a enrichi la profondeur de l'analyse finale.

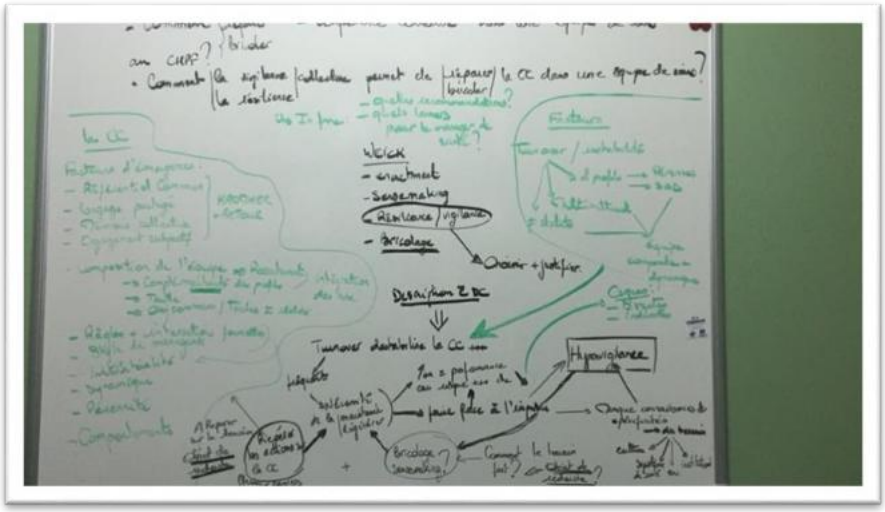
L'approche ethnographique se distingue par l'ampleur et la densité des matériaux qu'elle permet de mobiliser. Comme le souligne Liarte (2022), l'observation des pratiques, des comportements et des interactions constitue une source empirique précieuse. Étroitement liée à mon cheminement intellectuel et personnel, cette méthodologie a orienté ma recherche tout en transformant ma posture de chercheur, placée au croisement entre la théorie et l'expérience vécue. Il est important pour le lecteur de comprendre que ce cheminement n'a pas suivi une trajectoire linéaire ni une logique causale, mais s'est construit dans une dynamique simultanée où les différentes dimensions de la recherche se sont éclairées réciproquement.

7.2.2 Les méthodes de recueil des données

Dès les premières étapes de cette recherche, la question des méthodes de recueil de données s'est imposée. Sans formation préalable en recherche, mes connaissances se limitaient principalement aux entretiens et aux questionnaires, circonscrivant mon cadre d'analyse à une approche qualitative ou quantitative. Cependant, le soutien de la direction du CHPf et son autorisation à explorer le terrain ont considérablement élargi les perspectives quant à la nature des données à recueillir et aux méthodes à mobiliser, permettant d'envisager une diversification des moyens afin d'obtenir un matériau riche et hétérogène.

Dans un premier temps, en raison de ma posture de chercheur immergé, mes directeurs de thèse m'ont conseillé de tenir un carnet de bord. Cet outil avait pour objectif de consigner les situations rencontrées, les observations, les questionnements et autres éléments jugés pertinents. Bien que ce fut un nouvel exercice pour moi, la tenue de ce carnet s'est rapidement avérée essentielle. Elle a non seulement orienté mes interrogations, mais aussi permis de prendre le recul nécessaire afin de quitter temporairement mon rôle de manager et d'adopter progressivement une posture de chercheur. La posture du chercheur immergé en participation observante s'apparente à celle du chercheur caméléon, telle que définie par Mourey (2022).

Cette posture du chercheur se caractérise par une intégration progressive et presque naturelle dans le système d'actions de l'organisation observée, où sa présence et ses initiatives sont perçues comme légitimes. Trois dimensions structurent cette posture. Elle suppose d'abord sur un engagement actif et durable sur le terrain, condition indispensable à la compréhension en profondeur des situations organisationnelles. Cet engagement s'accompagne d'une remise en question permanente de sa propre posture, inscrite dans une démarche de réflexivité méthodologique. Par ailleurs, la recherche se déploie comme une activité sociale, où le chercheur n'est pas un spectateur neutre mais un acteur qui contribue à la co-construction de sens dans le contexte observé. Le Theule et Mourey (2023) évoquent à ce titre la figure du chercheur caméléon, illustrant ce positionnement singulier qui exige une adaptation constante. Le chercheur est ainsi amené à faire preuve de cohérence réflexive, mais aussi de réactivité et d'adaptation face aux imprévus de la vie organisationnelle.



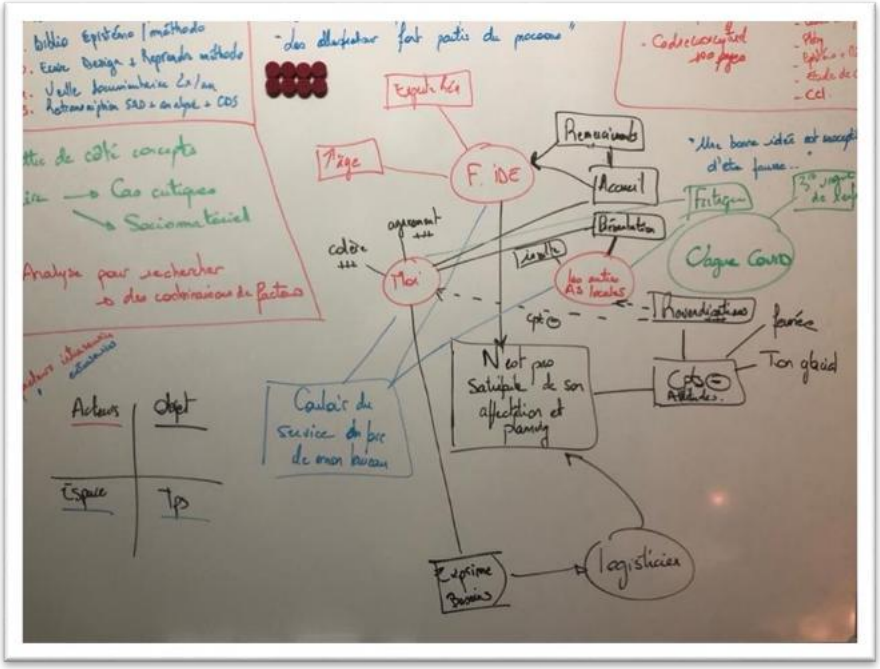


Photo 1: Exemple de travail analytique à partir des carnets de bord

Ces carnets de bord sont devenus la pierre angulaire de cette recherche et la base de la construction du cas. Ils s'étendent sur trois ans d'observations réalisées dans le cadre de mes fonctions de cadre de santé. Mon implication dans les équipes étudiées a varié en intensité selon les périodes : au début du parcours doctoral, avec l'expérience en CHO/CHA, puis durant la crise COVID-19 et au poste de cadre de santé au bloc opératoire. La consignation s'est achevée en octobre 2022, lorsque j'ai quitté les services de soins pour rejoindre les ressources humaines. Cette période montre aussi mon évolution professionnelle. En début de parcours, les écrits témoignent des doutes et émotions fortes d'un jeune cadre de santé en prise avec son nouveau rôle. Progressivement, le ton est devenu plus analytique, les décisions managériales argumentées tout en conservant les ressentis.

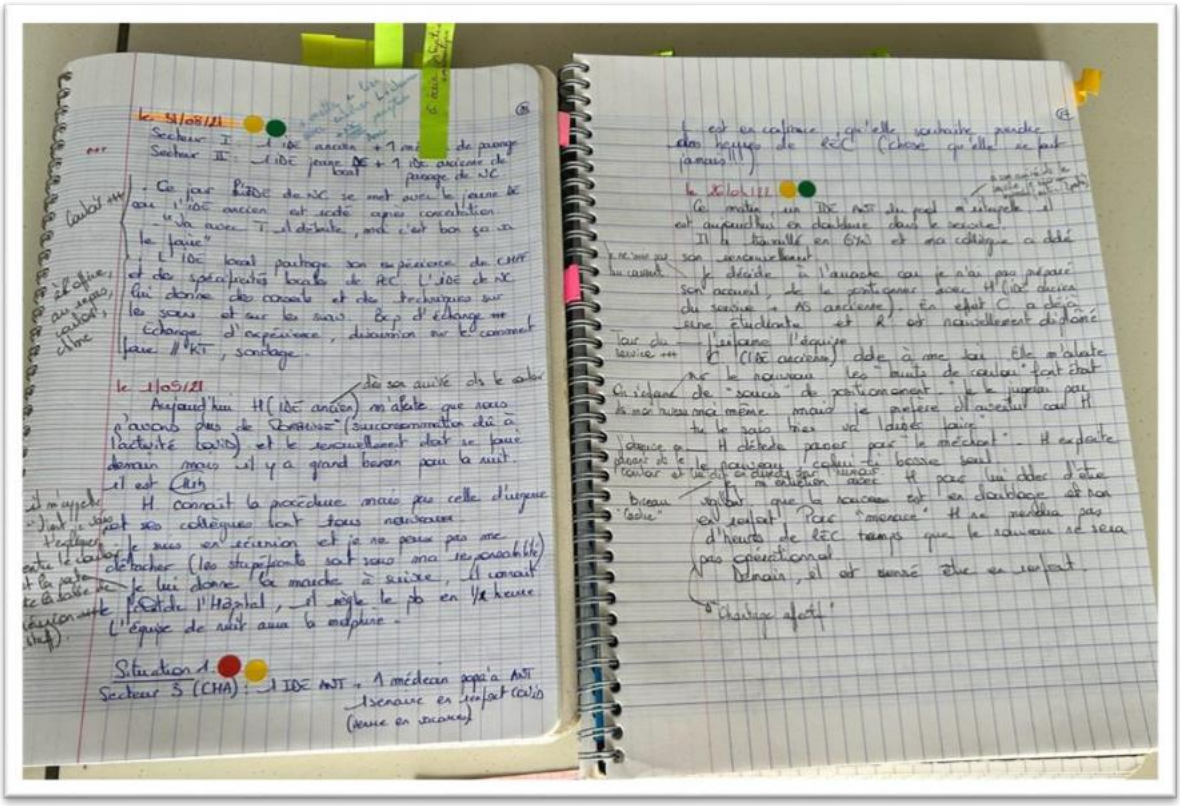


Photo 2: Extraits de carnet de bord

Les premières observations sur le terrain ont confirmé la pertinence de la problématique initiale centrée sur le turnover. Rapidement, j'ai souhaité approfondir la question des agents « sac-à-dos », considérés comme un facteur clé du turnover. Cette identification était influencée par ma forte imprégnation du terrain et mes représentations personnelles. Il était donc impératif de recueillir les points de vue de ces agents afin de confronter mes perceptions. Un appel à volontariat a été diffusé au niveau de l'établissement par une note de service, complétée par une sollicitation auprès de mes collègues. Parfois, ce sont des cadres de santé sensibles à la démarche, qui m'appelaient régulièrement pour me proposer des agents et les motivaient à participer. Ainsi, j'ai pu toucher d'autres départements et ne pas rester centré sur la chirurgie (où j'exerçais). Grâce à cette démarche, 17 agents « sac-à-dos » paramédicaux originaires de métropole ont été interviewés. Le critère de sélection exigeait une présence minimale de trois semaines au CHPf, garantissant une posture d'étonnement face aux us organisationnels. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés en présentiel dans un cadre neutre sous couvert d'anonymat, dissociant mon rôle de cadre hiérarchique. Les échanges ont été centrés sur des questions générales et de ressenti[114]. Ils se sont déroulés sur la période de 2020 à 2021 et ont

[114] Annexe I

été retranscrits simultanément pour en préserver l'authenticité. L'analyse préliminaire a révélé que la compréhension des agents du terrain restait limitée à l'échelle micro-environnementale, sans prise en compte des dynamiques institutionnelles plus larges ni de l'histoire du système de santé polynésien. Cette découverte a révélé une asymétrie dans la perception de l'organisation : les agents pérennes, conscients des enjeux locaux, attendent des « sac-à-dos » qu'ils s'adaptent aux spécificités du contexte, tandis que ces derniers, souvent en quête d'une expérience temporaire, appréhendent l'organisation de manière plus fonctionnelle. Cette divergence crée un décalage dans les interactions, influençant la dynamique collective et la transmission des savoirs tacites.

Un verbatim souvent répété par les directeurs de thèse a alors pris tout son sens : *« Le lecteur ne connaît pas la Polynésie, tu dois expliquer comment ça marche. Pour toi c'est logique tu baignes dedans »*[115]. Cette recommandation a marqué un tournant dans mon analyse en m'amenant à approfondir le cadre institutionnel et réglementaire, ainsi que des spécificités culturelles et historiques en explorant des sources variées telles que des textes de loi, des ouvrages historiques et des entretiens avec des acteurs clés de l'administration. Cette nouvelle démarche a cependant engendré une autre difficulté : le risque de circularité. Pris dans un cercle où les lectures et les observations semblaient se valider mutuellement, j'ai éprouvé des difficultés à prendre du recul. Je voyais dans mes lectures ce que j'observais sur le terrain et inversement, créant une forme de biais de confirmation. La complexité du phénomène étudié nécessitait une remise en question permanente et une exploration plus large des pratiques organisationnelles. Deux conseils de mes directeurs de thèse résonnaient alors : *« Si tu penses avoir trouvé, c'est que tu t'es trompé »* et *« Laisse le terrain te surprendre »*[116]. Ces recommandations ont été déterminantes pour réorienter mon approche en intégrant des observations issues d'autres services, élargissant ainsi ma compréhension du phénomène. Il devenait essentiel d'observer ces dynamiques sous des angles différents, en confrontant les expériences des divers acteurs impliqués.

Le retour nécessaire à la littérature, ainsi que la planification d'une sortie exploratoire dans d'autres services de soins pour contrer le risque de circularité, se sont concrétisés par la construction d'une grille d'observation[117]. Celle-ci a été élaborée comme une synthèse des

[115] Note de synthèse de régulation du 7 février 2023, Nathalie Raulet-Croset
[116] Note de synthèse de régulation du 5 mai 2022, Damien Mourey et Nathalie Raulet-Croset
[117] Annexe II

indicateurs permettant de repérer une compétence collective et/ou une vigilance collective. Elle a servi de guide pour accompagner nos sessions de *shadowing*.

Le *shadowing* est une technique d'observation participante immersive qui consiste à se placer *« dans l'ombre d'une personne qu'il suit, et l'observe dans ses différentes activités »* (Gilbert & Raulet-Croset, 2023, p. 122). En pratique, le chercheur suit la personne observée (ici le cadre de santé) dans son environnement organisationnel et ses activités quotidiennes sur une période préalablement définie. Cette méthode permet de regarder *« les situations que traverse la personne, en adoptant son propre regard, et on la suit dans le fil de ses activités. »* (Gilbert & Raulet-Croset, 2023, p. 122-123). Selon Czarniawska (2014), le *shadowing* constitue une des techniques les plus pertinentes pour l'étude des organisations et du management. Elle souligne sa capacité à révéler des dimensions souvent invisibles du travail tout en offrant une flexibilité face aux rythmes organisationnels. Toutefois, elle reconnaît les défis que pose cette méthode, notamment l'accès aux acteurs, l'influence du chercheur sur le terrain et la gestion des données massives recueillies. Néanmoins, Czarniawska (2014) considère le *shadowing* comme un outil précieux pour appréhender les réalités organisationnelles en constante évolution.

Dans le cadre de cette recherche, j'ai organisé six sessions de *shadowing* auprès de cadres de santé volontaires, sélectionnés en fonction de leur sensibilité à la thématique et à leur disponibilité. Chaque session, d'une durée d'une journée de travail (huit heures), s'est déroulée sur une période d'un an. Ma présentation en tant que collègue cadre de santé menant une recherche sur le turnover dans les services de soins a grandement facilité mon intégration. Cette familiarité a renforcé les interactions, tant avec les médecins qu'avec les agents paramédicaux, car j'étais perçu comme étant *« de la maison »*[118].

[118] Grille d'observation : NPH le 20 juillet 2022, p. 1

Services	Argumentaire du choix
Néphrologie (NPH)	• Turnover régulier et maitrisé. • Connu pour être un service difficile mais attractif • Cadre de santé sensible aux démarches de recherche. • Cadre titulaire originaire de métropole • Cadre connu pour sa personnalité avenante et sympathique
Pédiatrie (PED)	• Turnover quasi-nul, équipe majoritairement titulaire • Cadre de santé sensible aux démarches de recherche • Cadre titulaire originaire de métropole • Cadre connu pour ses capacités réflexives, analytiques et critiques
Médecine interne/Hématologie (MDI/HTO)	• Turnover régulier et important. • Service retenu dans le cadre d'un retour d'expérience suite à la déclaration d'un événement indésirable • Cadre titulaire originaire de métropole, • Cadre au profil pédagogique
Chirurgie viscérale (CHV)	• Turnover important +++ • Service à la réputation difficile, peu attractif et à l'ambiance délétère • Cadre de santé titulaire d'origine polynésienne • Cadre de santé dans l'approche directive et affective
Cardiologie (CAR)	• Service qui connaissait peu de turnover mais qui traverse une grande période d'instabilité due aux départs multiples inhabituels • Service attractif avec une bonne réputation et une ambiance reconnue comme agréable. • Cadre d'origine métropolitaine qui a grandi en Polynésie française
Hémodialyse (HEM)	• Peu de turnover, équipe majoritairement polynésienne et titulaire • Service technique qui nécessite des formations complémentaires • Horaires attractifs • Cadre de santé d'origine polynésienne • Proximité et affective

Tableau 19: Argumentaire du choix des cadres de santé choisis (Auteur)

Au-delà de la prise de notes sur le vif, ma démarche de *shadowing* s'est accompagnée d'une collecte de photographies des espaces, environnements et des documents. Ces photographies ont enrichi mes données en stimulant ma mémoire visuelle lors de l'analyse. Sur quatre années de travail, environ deux cents photos ont été prises. Lors des sessions, les agents, d'abord surpris

et inquiets de la prise de photos avec mon smartphone, ont progressivement accepté la démarche. Ces photos étaient prises de manière décomplexée pour favoriser les échanges et rassurer les agents. Parfois, ce sont eux qui suggéraient les angles de vue ou des espaces qu'ils jugeaient importants. Laroche (2020) insiste sur la pertinence de la photographie comme un mode de collecte de données, affirmant qu'elle constitue un « *témoin parfait de la réalité »* (Laroche, 2020, p. 80), mais prévient qu'elle doit toujours être présentée avec un contexte approprié. En effet, chaque photographie représente un instant choisi et interprété par le chercheur. Dans la construction du cas, en plus des récits et des vignettes de scènes de service ; des photographies ont été intégrées pour illustrer les situations et aider le lecteur à se projeter dans l'environnement d'étude. Les captures d'écran et les documents servent aussi d'ultime preuve de ma recherche de légitimité. Parallèlement au *shadowing,* d'autres sources de données ont été exploitées, notamment le logiciel de déclaration des événements indésirables. Ces données ont permis d'identifier des situations pertinentes à explorer davantage et ont conduit à la réalisation d'entretiens semi-directifs complémentaires auprès des cadres de santé

En complément de l'immersion sur le terrain, j'ai mis en place une veille hebdomadaire des déclarations d'événements indésirables signalées dans l'établissement via le logiciel ENNOV. Chaque événement retenu faisait l'objet d'une analyse approfondie, centrée sur l'identification des acteurs impliqués, le contexte organisationnel (notamment en lien avec le turnover, les dynamiques de ressources humaines), ainsi que sur les impacts et conséquences associés. À la suite de cette veille, quatre situations ont motivé une sollicitation de ma part auprès des cadres de santé concernés afin de mener des entretiens semi-directifs visant à approfondir la compréhension des événements. Cette démarche m'a permis d'enrichir la collecte de données par un accès plus direct aux récits de terrain et aux perceptions des professionnels impliqués. Finalement, deux cadres de santé ont accepté de s'inscrire dans cette démarche et ont contribué activement à la recherche. Leurs situations respectives ont été intégrées dans l'analyse de cas développée dans ce travail.

En conclusion, l'approche ethnographique adoptée a permis de recueillir un matériau riche et diversifié, composé de notes d'observation consignées dans des carnets de bord, d'entretiens semi-directifs, de prises de notes basées sur une grille d'observation spécialement conçue pour le *shadowing*, ainsi que de notes issues des régulations avec les directeurs de thèse. S'y ajoutent des documents institutionnels, des rapports, de photographies, de captures d'écran, et même de conversations issues des réseaux sociaux. Le lecteur comprendra ainsi que les moyens employés

sont en cohérence avec la démarche ethnographique choisie, subtilement préparée par mes directeurs de thèse lors des rendez-vous de régulation. Ces rencontres ont permis de poser les bases du travail réflexif essentiel à l'analyse et à la théorisation des données *(headwork)*.

7.2.3 L'analyse des données

7.2.3.1 Cheminement analytique

Lors de mes premiers exercices d'initiation à la recherche, j'avais pour habitude d'attendre la finalisation complète de la collecte et de la consignation des données avant d'entamer l'analyse, adoptant une démarche que je considérais comme rigoureuse et scientifique. Toutefois, au fil de ma progression dans le processus de recherche, enrichie par de multiples lectures et échanges (y compris avec des interlocuteurs peu familiers des approches qualitatives et ethnographiques), des questionnements récurrents sont venus bousculer mes certitudes : *« Tu vas faire un codage ? […] Tu vas utiliser un logiciel ? »*[119]. Face à l'hétérogénéité des données collectées, ces interrogations ravivaient une angoisse méthodologique latente et faisaient ressurgir des craintes : *« Qu'est-ce que je vais faire de tout ça ? »*[120], *« Comment vais-je arriver à pondre une théorie avec un bazar pareil ? »*[121].

Ces réflexions mettaient en évidence la tension persistante entre mon ancrage dans une approche positiviste et les exigences propres à l'ethnographie. Ce qui me troublait principalement, c'était la nécessité de mener simultanément la collecte et l'analyse des données, une flexibilité permise par l'approche ethnographique, mais qui ne devait en rien altérer la rigueur et la qualité des informations recueillies. Les travaux de Dumez (2013, 2016) ont constitué une ressource précieuse pour surmonter ces défis méthodologiques, m'aidant à articuler une démarche analytique en adéquation avec mon approche ethnographique. Ils m'ont progressivement conduit vers la phase indispensable de *textwork*, où la description et la narration se révèlent comme des approches intéressantes dans la production de connaissances scientifiques.

Dumez (2013, 2016) souligne que la description ne se limite pas à une simple retranscription de la réalité observée, mais qu'elle constitue un véritable outil analytique permettant de rendre

[119] Comité de suivi, septembre 2023
[120] Notes personnelles du 7/10/2023
[121] *Idem*

visibles les acteurs, les lieux et les situations étudiées. Elle favorise une compréhension fine des phénomènes sociaux en révélant les subtilités et les nuances tout en facilitant la transmission des résultats de recherche à un public élargi. De son côté, la narration confère une structure et une cohérence aux données en les insérant dans un récit intelligible, mettant en exergue les dynamiques et les interactions sociales sous-jacentes. Elle joue un rôle fondamental dans l'engagement du lecteur, le convaincant de la pertinence de l'analyse produite. Ces deux outils, bien plus que de simples outils de restitution, constituent des moyens essentiels pour produire une connaissance scientifique solide et crédible.

Dans cette perspective, Riessman (2008) rappelle que les récits ne sauraient être considérés comme de simples retranscriptions des faits, mais comme des constructions influencées par des contextes sociaux, culturels et interactionnels. Elle souligne l'importance d'une posture réflexive permettant d'aller au-delà du contenu apparent, afin d'en analyser les structures, les dynamiques et les intentions du narrateur. Selon elle, plusieurs grilles de lecture (thématique, structurelle et interactionnelle) offrent la possibilité d'explorer les multiples dimensions du récit, en révélant les enjeux identitaires, de pouvoir et de rapports sociaux, tout en alertant sur les risques d'interprétation biaisée.

Toutefois, avant d'entrer dans cette analyse narrative, il est nécessaire d'organiser la diversité du matériau accumulé et de clarifier les choix d'écriture. Face à l'hétérogénéité des données (entretien, observations, notes, etc.), les méthodes de codage traditionnellement utilisées en recherche qualitative semblaient peu adaptées. Celles-ci privilégient l'analyse thématique des entretiens, alors que mon objectif exigeait une approche plus transversale et englobante. Dumez (2016, p. 70) propose à ce titre une alternative : *« tout lire, de manière continue, en s'interdisant de prendre aucune note, de souligner quoi que ce soit. »* Cette démarche vise à faire émerger spontanément des thématiques parfois inattendues, capables de bousculer les cadres théoriques préexistants. Néanmoins, dans une approche constructiviste, elle interroge la part de subjectivité du chercheur dans la sélection des phénomènes et la place qu'occupe la théorie dans leur interprétation.

Malgré ces repères méthodologiques, certaines critiques extérieures ont continué d'entretenir une forme de culpabilité. Lors de discussions avec des membres de jury des Doctoriales (événements annuels de présentation des travaux doctoraux de l'université) moins sensibles à l'approche constructiviste, des remarques récurrentes se faisaient entendre : *« C'est tout ce que*

tu as comme entretiens ? comment tu veux faire ressortir quelque chose ? Finalement tu ne prouves rien… »[122]. Ces observations ont ravivé mes doutes. Néanmoins, les travaux de Gilbert et Raulet-Croset (2023, p. 143) ont constitué un contrepoint rassurant, en affirmant que *« l'observation, le shadowing, l'étude de documents comptent autant, et parfois davantage. […] Dans ce type de recherche, l'analyse a un but d'exploration et non de vérification ».* Cette reconnaissance du caractère exploratoire de l'ethnographie m'a conforté dans l'idée que l'approche adoptée était légitime et pertinente.

Ainsi, ces lectures ont non seulement renforcé la validité de ma démarche, mais elles m'ont également convaincu que la description et la narration s'intégraient naturellement à la construction du cas, contribuant à en révéler toute la complexité et la richesse interprétative.

7.2.3.2 La construction du cas

Dans la construction du cas, il a été nécessaire d'identifier des scènes à la fois marquantes et significatives, afin de rendre compte de la complexité du terrain auprès d'un lecteur non familier avec l'environnement étudié. Comme l'indiquent Gilbert et Raulet-Croset (2023, p. 150) *« écrire son cas, sous une forme monographique, c'est-à-dire avec moult détails, c'est une manière de synthétiser ses données, en leur donnant une orientation particulière. »*. Cette exigence implique une attention particulière pour restituer fidèlement la richesse du terrain tout en structurant les données de manière rigoureuse.

Un travail préliminaire de relecture approfondie des carnets de bord a été entrepris, impliquant un croisement systématique des notes et une analyse critique de mes propres comportements. L'objectif de cette démarche était d'enrichir les scènes de vie recueillies en y apportant un maximum de détails contextuels et analytiques.

[122] Membres du jury « Doctoriales de l'Université de la Polynésie française 2023 »

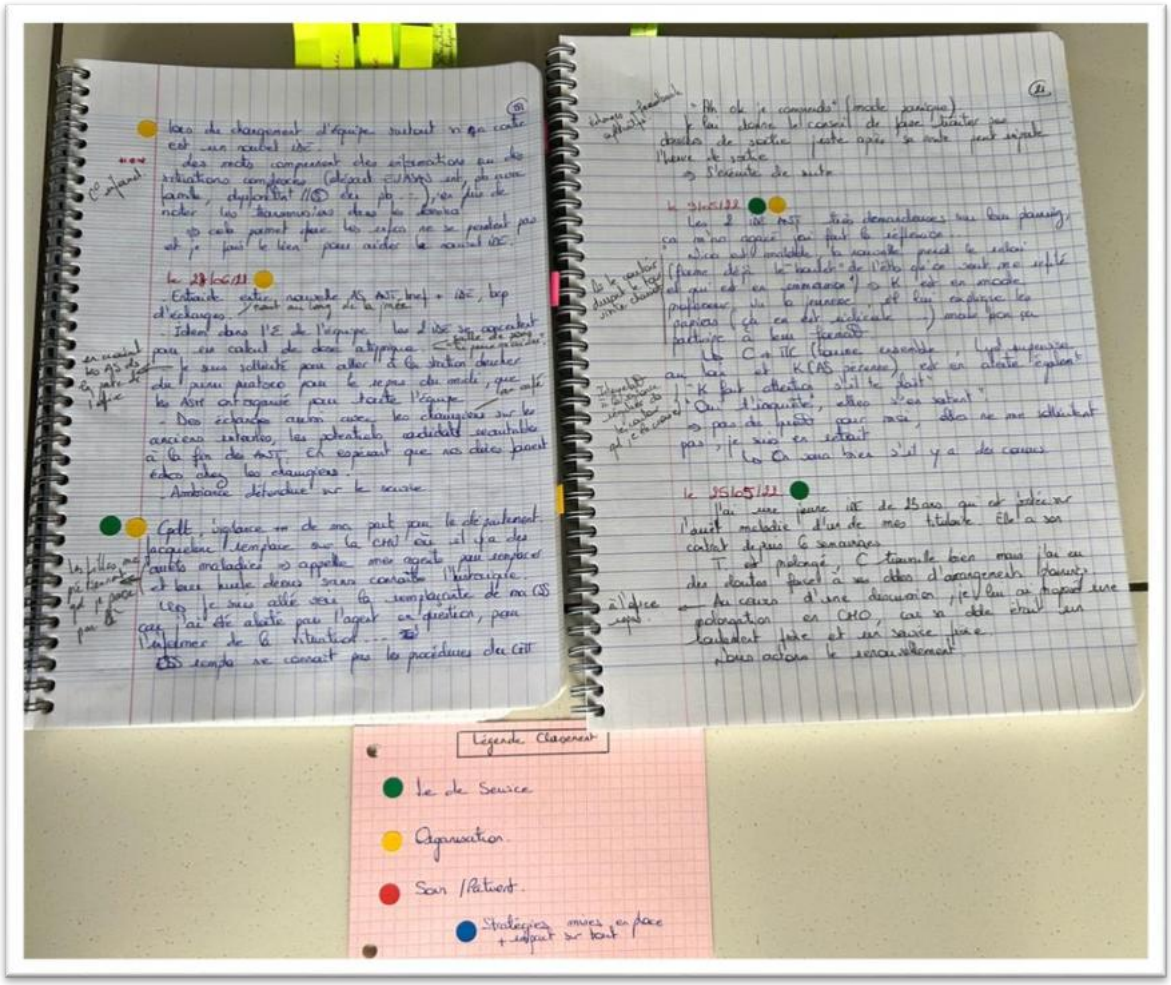


Photo 3: Travail d'analyse des situations

Conformément aux préconisations de Dumez (2013, 2016), l'accent a été mis sur l'identification des événements marquants, redondants ou surprenants, susceptibles de mettre en exergue la problématique tout en captant l'attention du lecteur.

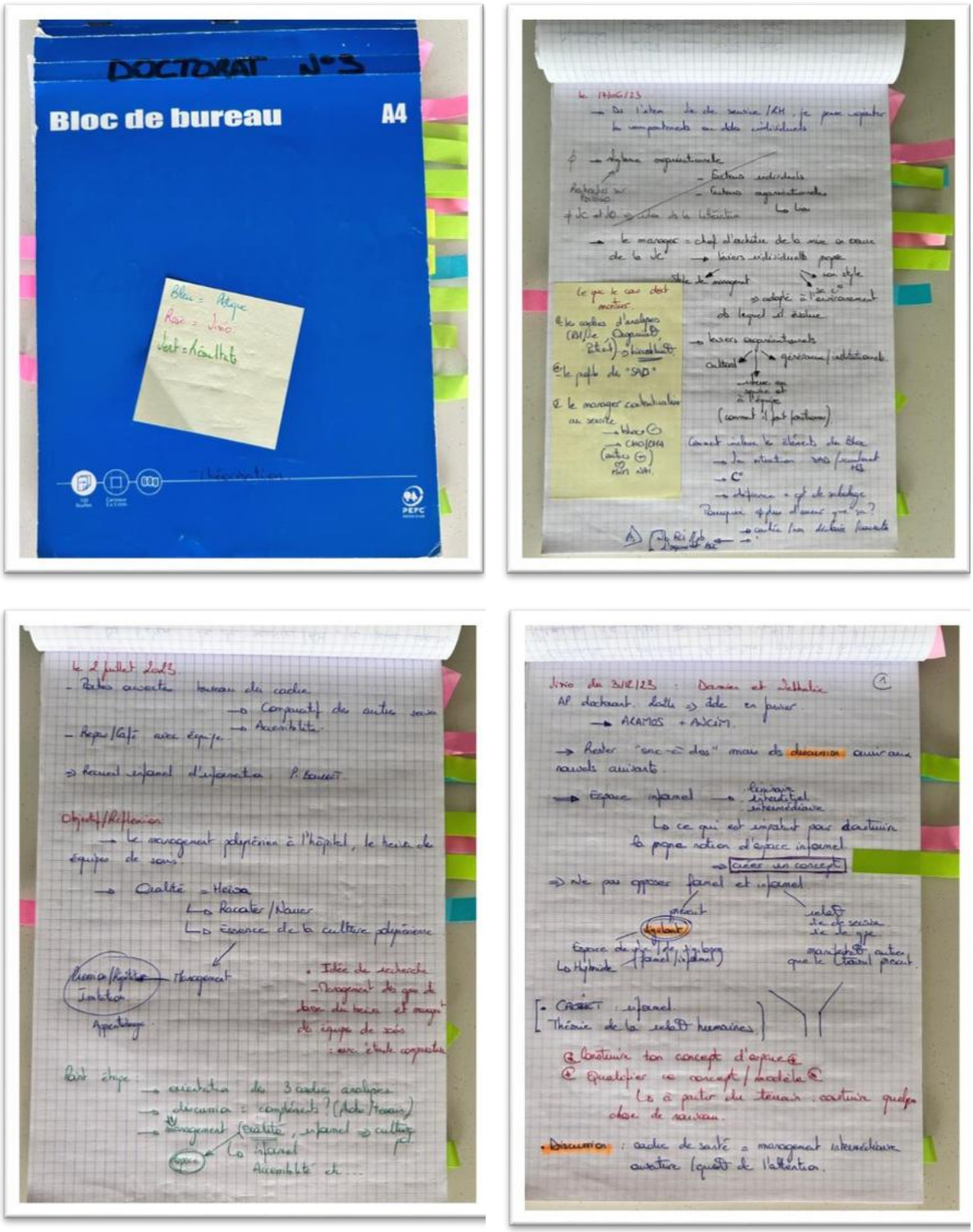


Photo 4: *Headworking*

L'écriture du cas s'inscrit dans l'attention dite *textwork* et repose sur des situations emblématiques ou prévalentes rencontrées sur le terrain. Quelques travaux commencent à mobiliser cette notion de situation pour analyser le terrain, notamment ceux de Gentil (2025), qui propose une définition spécifique. Toutefois, ce que nous entendons par « situation » évolue

en fonction du niveau d'analyse, ce qui rend nécessaire une clarification conceptuelle pour limiter toute confusion entre les approches. Ces scènes illustrent l'opérationnalisation de la vigilance collective par les acteurs, en y incluant ma propre implication. Afin de mieux refléter la diversité des dynamiques organisationnelles, j'ai sélectionné des situations où j'étais un acteur directement impliqué, ainsi que d'autres où je n'avais aucun rôle actif. Cette double perspective vise à montrer que le phénomène étudié s'observe de manière transversale à l'échelle du CHPf. Ce choix s'inscrit dans l'approche par situation proposée par Girin (1983) et prolongée par Journé et Raulet-Croset (2008), qui considèrent la situation comme une construction à la fois contextuelle et interactionnelle, indissociable de l'action qui s'y déroule. Elle se caractérise par la combinaison spécifique de dimensions sociales, matérielles, institutionnelles et temporelles, que le manager ou le chercheur interprète et réajuste dans l'action. Classer par situations permet ainsi d'appréhender la vigilance collective au plus près de ses conditions d'émergence, en tenant compte à la fois des dynamiques relationnelles et du cadre concret dans lequel elles prennent sens.

Le laborieux travail de relecture, de croisement des données, de prise de recul et de synthèse m'a conduit à établir une première analyse des situations observées. En m'appuyant sur les travaux recensés dans la revue de littérature sur les conditions d'émergence de la compétence collective et de la vigilance collective, j'ai identifié pour chaque situation les facteurs et les freins (qu'ils soient individuels ou organisationnels) susceptibles d'influencer ces dynamiques. Ce repérage a conduit à proposer une première catégorisation autour de trois axes : les situations mettant en jeu une vigilance collective orientée vers l'équipe, vers l'organisation, ou vers le patient. Cette structuration, inspirée des apports théoriques, offre une base pertinente pour engager l'analyse et approfondir la réflexion (*headwork*), en tenant compte des éléments contextuels, des comportements et des pratiques observées, qu'ils soient facilitateurs ou contraignants, récurrents ou ponctuels.

En trois années d'immersion, cent soixante-huit (168) situations ont été consignées sous diverses formes (notes d'observation, verbatims, scènes saisies sur le vif ou reconstruites *a posteriori*). Leur restitution illustre le cheminement d'une posture de novice vers celle d'un chercheur et manager progressivement affirmé. Toutefois, cette première configuration analytique me semblait à la fois trop généraliste et trop figée pour restituer la complexité de ce qui avait été observé et vécu. Cela m'a conduit à réinterroger mon approche. Parmi l'ensemble, quinze (15) situations ont été retenues pour une analyse approfondie. C'est à ce stade que j'ai

adopté un autre regard, en les regroupant selon trois formes d'attention repérables sur le terrain : l'attention portée aux interactions entre les membres de l'équipe, à l'organisation et au patient. D'après Howard-Grenville et al. (2021), la valeur d'un corpus tient à sa capacité à éclairer la question de recherche posée, dans un rapport de pertinence plutôt que d'accumulation.

Les situations ont émergé au croisement du récit ethnographique, de l'analyse inductive et des premières tentatives de modélisation de la vigilance collective. Cette analyse a pour objectif de rendre lisibles les formes de vigilance collective qui traversent les situations observées en respectant la diversité des contextes et la pluralité des dynamiques en jeu. Sur les quinze situations, certaines ont suscité un intérêt particulier en raison de leur capacité à illustrer des configurations de vigilance collective différenciées. Elles révèlent des intensités variables dans la façon de « faire attention ensemble », entre ajustements, absences de réaction ou signaux d'alerte. Ces intensités, que je qualifie de degrés de vigilance collective, ne reposent pas sur des critères normatifs ou évaluatifs. Elles permettent d'identifier, de manière située, des variations dans les ajustements collectifs, dans la circulation de l'information ou dans la capacité à faire face aux imprévus. Le tableau ci-dessous reprend les quinze situations emblématiques sélectionnées, organisées selon ces trois focales d'attention. Les situations présentées le sont avec parcimonie, elles servent l'argument sans sur-modéliser un terrain interprétatif (Howard-Grenville et al., 2021).

Focales d'attention repérées	Nom des situations emblématiques
L'équipe, les ressources humaines et la vie de service	• **Le cas de X** • **Le cas de I** • Le cas COVID • Guerre d'égo au bloc
L'organisation	• **Une erreur d'annonce de décès** • Le cas des lits mobiles • Une histoire de tampon • **La gestion des stupéfiants** • Un transfert raté
Le patient	• Une « sac-à-dos » en CHA • **Le cas REAO** • L'absence de transmissions • Le cas COVID 2 • **La dexaméthasone** • **Une erreur médicamenteuse**

Tableau 20: Les 15 situations emblématiques initialement retenues (Auteur)

7.3 Évolution posturale, évolution professionnelle

Les apports théoriques, les échanges enrichissants avec mes directeurs de thèse et l'immersion prolongée sur le terrain ont profondément façonné ma démarche de recherche et, plus largement, ma posture en tant qu'apprenti chercheur et technicien du terrain. Face à une base théorique limitée pour répondre à notre problématique, j'ai adopté une posture constructiviste pragmatique et interprétativiste. Cette approche s'inscrit dans une logique exploratoire cherchant à observer, interpréter et élaborer une compréhension située de la réalité. Comme le soulignent Cajaiba et Avenier (2013), le constructivisme pragmatique se définit par une démarche de co-construction des savoirs articulant en permanence exploration empirique et élaboration conceptuelle, dans un mouvement itératif nourri par l'ancrage terrain et des échanges approfondis avec les praticiens.

Le choix méthodologique ethnographique m'a semblé le plus pertinent, car il permet d'étudier un phénomène social à travers l'interprétation des acteurs évoluant dans leur environnement tout en intégrant notre propre rôle actif et immergé dans ce contexte. Cette posture a renforcé ma compréhension du terrain tout en me poussant à adopter une analyse critique et réflexive, y compris sur mes propres comportements, mes émotions et mes interactions. Au fil de ce travail, je me suis construit à la fois comme apprenti-chercheur et comme praticien mieux préparé à appréhender les dynamiques organisationnelles. La recherche m'a aidé à affiner mes capacités d'analyse, à prendre du recul face aux situations complexes et à envisager des solutions à la fois ancrées dans les faits et ouvertes sur de nouvelles possibilités. Ce double apprentissage a été soutenu par un réseau d'acteurs : mes directeurs de thèse, qui m'ont constamment incité à approfondir mes réflexions ; mes collègues cadres de santé, dont les retours critiques ont contribué à ajuster ou élargir ma perspective ; et les agents des services, dont les apports informels ont enrichi ma compréhension. Ces échanges, souvent spontanés, ont agi comme des leviers de motivation pour poursuivre ce travail tout en ancrant ma recherche dans une réalité pratique et partagée. Au-delà de ma posture de chercheur, mon rôle managérial a aussi évolué, avec des allers/retours permanents entre théorie et pratique.

Inspiré par les concepts explorés au fil des lectures, nous avons expérimenté des pratiques, dans une approche parfois de recherche-action. Cette méthode, décrite par Hugon et Seibel (1998), combine transformation délibérée de la réalité et production de connaissances sur ces transformations. Mon approche expérimentale se distingue cependant de la recherche-action,

entendue au sens classique. Si certaines de mes démarches sur mon terrain de recherche ont pu s'en approcher, elles ne s'inscrivent pas entièrement dans ce cadre méthodologique. La recherche-action suppose une co-construction explicite et volontaire entre chercheurs et acteurs avec l'objectif partagé de changement, accompagnée d'un dispositif d'évaluation des effets produits (Barbier, 1996). Dans mon cas, les décisions managériales prises en cours de la recherche (par exemple nos initiatives pour recomposer les équipes de soins et accompagner l'intégration des nouveaux arrivants ont permis d'observer concrètement les conséquences de nos décisions sur l'organisation) n'ont pas été pensées comme des objets de recherche-action. Elles ont été menées en tant que manager/cadre de santé, puis réinterprétées *a posteriori* dans une posture réflexive, sans qu'un protocole collectif n'ait été défini par les acteurs. C'est bien dans une logique ethnographique parfois teintée d'auto-ethnographie que s'est inscrite ma démarche.

La question de la validation des analyses produites s'est posée à différents moments de la recherche, non pas sous l'angle d'une vérification statique ou d'une représentativité, mais dans une perspective de plausibilité, de cohérence narrative et de confrontation polyphonique. Pour Jönsson et Macintosh (1997, p. 370) *« la validité du récit ne repose pas sur une théorie ou une base de données spécifiques, mais sur la plausibilité et son attrait esthétique ».* Le Theule et Mourey (2023) précisent que le sens d'un travail ethnographique ne réside pas dans l'imposition du regard du chercheur mais bien dans la capacité à restituer, à travers des descriptions denses et incarnées, la manière dont les acteurs eux-mêmes donnent sens à leur environnement et réagissent à ce que la vie organisationnelle leur impose. Dans cette perspective, j'ai mobilisé plusieurs modalités de validation et d'ajustement réflexif, tout au long de la recherche. Concrètement, j'ai régulièrement sollicité certains collègues cadres de santé (avec lesquels un lien de confiance s'était instauré) lors de la préparation de mes interventions scientifiques (Doctoriales, colloque AGRH, concours Ma Thèse en 180 secondes, etc.). À travers ces répétitions orales je testais non seulement la clarté du propos, mais aussi sa résonance auprès d'acteurs confrontés aux mêmes réalités organisationnelles. Leurs retours, souvent directs et critiques, dépassaient largement la seule forme de la préparation. Ils ouvraient sur des discussions de fond, questionnaient les interprétations, confirmaient certains points ou, au contraire, les nuançaient fortement. Ces échanges devenaient alors des moments de revalidation empirique, d'ajustement des réflexions ou de reformulation des éléments d'analyse. Des discussions plus informelles mais tout aussi déterminantes, ont aussi eu lieu avec d'autres acteurs du terrain, notamment à l'occasion de restitutions partielles menées après les journées

d'observation. Celles-ci donnaient lieu à des échanges parfois spontanés, parfois organisés autour de situations précises, permettant de confronter mes descriptions à leur vécu, et ainsi de tester la justesse de mon regard sans prétendre à une objectivité. Dans une dynamique similaire, j'ai sollicité de nouveau six collègues cadres de santé pour leur présenter les résultats. Ces sollicitations ont abouti à des nuances et des précisions permettant un apport supplémentaire à la compréhension du terrain et ont ouvert les pistes de mise en discussion. Ce processus de validation croisée s'est également nourri de mes entretiens avec les directeurs de thèse. Ces temps d'échange ont joué un rôle réflexif essentiel. Ils m'ont permis de mettre à l'épreuve la solidité des interprétations, de repérer les angles morts de mon raisonnement, et bien souvent de déconstruire des résultats que je pensais établis. Un exemple marquant fut ma conviction initiale concernant les représentations et les bénéfices du tutoiement dans les relations professionnelles : d'abord confortée par mon vécu et mes premiers entretiens, cette idée a été ébranlée par des discussions critiques, m'amenant à en proposer une lecture plus nuancée. À l'inverse, d'autres résultats ont fait l'objet d'une validation quasi immédiate et consensuelle, ce qui renforçait leur légitimité analytique. Ces différentes modalités de validation (parfois formelles, parfois informelles) ont ainsi participé à une dynamique réflexive continue, où les données n'étaient jamais figées mais sans cesse retravaillées au contact du terrain et de ses multiples voix. Ces restitutions mettent en avant la chaîne d'évidence qui relie le matériau et les interprétations comme le gage de la traçabilité analytique attendue pour un *fit* qualitatif (Howard-Grenville et al., 2021).

Pour conclure, ce voyage intellectuel et professionnel s'apparente à une longue traversée de l'océan, jalonnée de tempêtes, de choix stratégiques et d'escales sur des îles parfois peu accueillantes mais nécessaires pour réajuster notre cap. Le cas que nous présentons au lecteur est le fruit de cette exploration, mêlant introspection, apprentissages méthodologiques et réflexion managériale. Nous invitons ainsi le lecteur/voyageur à plonger au cœur de notre problématique, avec l'espoir qu'il trouve dans ce récit des éléments pour son propre voyage.

<table>
<tr><th colspan="4">Posture épistémologique</th></tr>
<tr><td colspan="2">Constructiviste</td><td colspan="2">Interprétativisme</td></tr>
<tr><th colspan="4">Posture méthodologique</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Étude de cas</td><td colspan="2">Ethnographie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Durée : 4 ans</td></tr>
<tr><th colspan="4">Moyens de recueils de données</th></tr>
<tr><th>Moyens/outils</th><th>Quantité</th><th>Qui ?</th><th>Nature du matériau</th></tr>
<tr><td>Entretiens semi-directifs</td><td>25</td><td>- 19 agents « sac-à-dos » dont 17 exploitables
- 2 cadres de santé en retour d’expérience
- 4 cadres de l’administration</td><td>Retranscriptions
Sélection de verbatims</td></tr>
<tr><td>Sessions de shadowing</td><td>6</td><td>- Néphrologie
- Pédiatrie
- Cardiologie
- Médecine interne/hématologie
- Hémodialyse
- Chirurgie viscérale</td><td>Grille d’observation
Prises de notes
Entretiens informels
Photos
Échantillon de documents</td></tr>
<tr><td>Posture ethnographique : Cadre de santé, apprenti chercheur immergé</td><td>- 2 ans (2020 à 2022)
- 3 mois (09/2022-10/2022)
- 2 ans et 4 mois (11/2022-03/2025)</td><td>- Service de CHO/CHA
- Bloc opératoire centrale
- Service des ressources humaines</td><td>Prise de notes
Carnet de bord
Photos
Documents
Entretiens informels</td></tr>
<tr><td>Carnets de notes réflexives</td><td>3</td><td>Personnel
Directeurs de thèse</td><td>Note
Schémas
Réflexions</td></tr>
</table>

Tableau 21: Postures épistémologique et méthodologiques choisies (Auteur)

Ressources secondaires	Quantité
Situations	168
Photos	≈ 200
Documents : procédures, protocoles, articles de presse, etc.	≈ 100
Captures écrans	≈ 50

Tableau 22: Ressources secondaires de données (Auteur)

Chapitre 8 La vigilance collective au Centre hospitalier de la Polynésie française

Ce chapitre invite le lecteur/voyageur à plonger au cœur de l'océan qu'est notre terrain de recherche : le Centre hospitalier de la Polynésie française. Comme tout voyage en haute mer, cette progression n'est pas linéaire, elle est faite d'escales, de détours, de rencontres imprévues et de conditions changeantes. Notre navigation est guidée par une question centrale : comment les équipes de soins s'adaptent-elles au contexte par le biais d'un renouvellement de la vigilance collective ? Le carnet de bord restitue trois années d'immersion active et d'observation participante, dans lesquelles chaque situation relatée constitue à la fois une halte d'observation et une porte d'entrée vers la compréhension des dynamiques à l'œuvre.

Le choix de structurer ce chapitre en blocs de situations emblématiques s'est imposé à l'issue d'un travail de sélection et d'assemblage, parfois laborieux. Ces situations sont organisées selon trois dimensions issues des allers-retours permanents entre notre terrain et la littérature : l'attention, l'intensité et la focale. L'attention renvoie à la façon dont les acteurs portent leur regard sur autrui, sur les détails, sur les interactions, sur l'organisation et envers le patient ; et s'inscrit dans le cadre de nos lectures sur la compétence et la vigilance collective. L'intensité traduit les variations de mobilisation, de la veille discrète à l'engagement actif et concerté. La focale, désigne une échelle d'analyse retenue en lien avec la catégorisation des facteurs d'émergences : certaines scènes (8.1) s'inscrivent à l'échelle de l'équipe et de ses dynamiques internes, d'autres (8.2) s'intéressent aux interactions avec l'organisation pour en assurer la continuité, et enfin (8.3) des scènes sont centrées sur la relation aux soins.

Cette grille de lecture a émergé progressivement. Initialement guidée par les dimensions classiques de la compétence collective et de la vigilance collective, notamment par la place du référentiel partagé, la mémoire collective et les interrelations vigilantes mises en évidence dans la littérature, notre analyse a dû s'adapter aux réalités du terrain. L'instabilité structurelle des équipes, liée au turnover, entraîne une recomposition fréquente des collectifs de soins et en bouleverse les équilibres et, avec elle, une reconfiguration régulière de ce référentiel commun et des dynamiques interrelationnelles. Dans ce contexte, la vigilance collective n'est pas un état stable mais une dynamique située, où les focales d'attention, les degrés d'intensité et les échelles d'action se réajustent en permanence. Comme le souligne Dumez (2010), toute

description est un « décrit comme », est orientée par un point de vue particulier qui détermine ce qui est mis en avant et ce qui est laissé dans l'ombre. Ce point de vue, alimenté en premier par la théorie, s'enrichit ensuite au contact du terrain. Rouleau (2013) rappelle que ce travail de théorisation continue permet au chercheur ethnographe de transformer l'accumulation hétérogène des données en connaissance située, façonnée dans la durée par la logique même du terrain.

À travers les pages qui suivent, le lecteur/voyageur est invité à avancer d'île en île, à s'arrêter sur des scènes où chaque mot, chaque non-dit, chaque geste devient l'indice d'une vigilance en train de se jouer et de se renouveler. Ce voyage est avant tout une exploration, il se construit au fil des observations, en laissant place à l'inattendu, aux changements de cap et aux résonances discrètes et déterminantes qui traversent la vie hospitalière polynésienne.

8.1 L'adaptation aux nouveaux arrivants dans des situations de vigilances ordinaires

Nous entamons ce premier bloc avec deux situations qui illustrent le renouvellement de la vigilance collective lorsque l'attention des agents se porte sur leur équipe, leurs interactions et les dynamiques qui l'animent. Chaque situation restitue un moment singulier de la vie du service, révélant comment ces interactions façonnent et reconfigurent la manière de faire collectif.

Les deux situations choisies se déroulent dans l'unité de chirurgie orthopédique, traumatologique et de chirurgie septique (CHO/CHA) du Centre hospitalier de la Polynésie française. Elles mettent en avant l'intégration de deux personnes « sac-à-dos » nouvellement arrivées dans cette équipe. En tant que cadre de santé de l'unité depuis deux ans, nous occupions un rôle central dans ces deux situations. Pour favoriser une immersion complète du lecteur dans ces récits, nous avons choisi d'adopter le point de vue à la première personne, utilisant le « je » pour restituer la profondeur et la spontanéité des événements tels qu'ils ont été vécus.

8.1.1 Le cas de X

Encadré méthodologique : Cette situation a été observée directement dans l'exercice de mes fonctions en tant que cadre de santé, dans une position de participation observante. Elle a été consignée dans mon carnet de bord et analysée *a posteriori*.

Nous sommes en 2022. Depuis quelques mois, l'équipe observe une baisse du turnover. Les différentes actions managériales mises en place ont permis de stabiliser la situation, parmi lesquelles :

- le recrutement de jeunes diplômés à la sortie des écoles ;
- l'intégration de lauréats de concours,
- la préparation de l'accueil et l'accompagnement à la formation des nouveaux arrivants,
- la création d'équité dans les plannings et les roulements,
- la sécurisation des nouveaux arrivants.

Bien que ces leviers managériaux ne soient pas institutionnalisés au sein de l'établissement, d'autres cadres de santé mettent en place des actions similaires.

Le recours aux agents « sac-à-dos » se fait pour pallier l'absentéisme inopiné. Deux IDE de l'équipe sont en arrêt maladie pour une période de plus de six semaines chacun. J'ai la possibilité d'embaucher deux contractuels pour la durée des arrêts maladies, renouvelables. X est un IDE « sac-dos ». Il n'a pas de velléité d'installation à moyen et long terme (deux mois d'ancienneté). Il a travaillé dans le service voisin et est positionné dans mon service car il fait partie du pool de remplacement, le temps que les démarches administratives pour les embauches se terminent et que les nouveaux arrivent.

Le matin du **26 avril 2022**, X m'interpelle à la porte de mon bureau, ouverte comme d'habitude à son arrivée dans le service. Aujourd'hui, il est en doublage dans le service. Je n'ai pas été prévenu par ma cadre supérieure. Il a travaillé en gynécologie et ma collègue a demandé le renouvellement de son contrat.

Je décide très rapidement (sans avoir préparé son accueil) de le positionner avec H (IDE ancien) et N (AS ancienne). En effet, C (IDE ancienne) encadre déjà une étudiante infirmière et R est une jeune diplômée. Profitant que X soit parti au vestiaire pour se mettre en tenue, j'informe

les agents en faisant le tour du service de son arrivée. J'informe C, qui est en salle de soins avec son AS, ainsi que l'équipe de nuit en pleine transmission. Je croise H et N dans le couloir et les informe de l'organisation. H et N acceptent sans difficulté. X nous rejoint dans le couloir. D'un signe de la main, je l'invite à venir. H et N prennent le relais et partent s'installer dans le bureau du secteur 2 pour lui donner la planification de la journée. C sort de la salle de soins lorsque je passe devant et m'interpelle : *« Baptiste je peux te voir ? ».* Nous allons ensemble dans mon bureau ; elle ferme la porte et nous nous asseyons. Devant mon air inquiet, C lance : *« Ne vous inquiétez donc pas mon petit ».*

C est une infirmière expérimentée en fin de carrière, un sacré personnage. Originaire de Belgique, elle est connue pour son non-verbal très expressif. Elle s'exprime de façon soutenue et est adepte des bonnes manières. L'équipe s'amuse à l'imiter, dans un jeu où C surenchérit volontiers. Nous l'appelons *« Dame C »* et forçons les traits, ce qui donne un aspect comique aux conversations, car nous manquons cruellement de vocabulaire face à elle.

Elle m'alerte sur X. Les « bruits de couloir » font état de « soucis » de positionnement. *« Je le jugerai par moi-même, mais je préfère t'avertir, car H, tu le sais bien va laisser faire ».*
H déteste passer pour le méchant.

Au cours de la matinée, j'arpente les couloirs comme à mon habitude. J'observe les avancées, j'évalue les tâches en cours, et des rétroactions ont lieu avec certains agents. Je remarque que H exploite X, lequel travaille seul. Je suis dans mon bureau. J'appelle H par téléphone et lui demande de venir me rejoindre. Lors de notre entretien, je lui rappelle que X est en doublage et non en renfort, en insistant sur la vigilance à avoir.

Le doublage est un temps durant lequel le nouvel arrivant est accompagné par un membre désigné de l'équipe pour apprendre l'organisation et évaluer ses compétences techniques. C'est un moment d'apprentissage, d'intégration et d'évaluation. Ce temps n'est pas institutionnalisé ni obligatoire et se fait lorsque les effectifs le permettent. Idéalement, il dure une semaine. Le doublé ne compte pas dans les effectifs du jour et sa position est reconnue comme telle sur le logiciel de gestion de temps de travail (GTT).

À l'inverse, le renfort correspond à un effectif en surnuméraire, permettant d'alléger la charge en soins. Il nécessite une réorganisation ponctuelle du travail, effectuée de manière informelle

et autonome par les membres de l'équipe. Je n'interviens que rarement, sauf en cas de mésentente.

Le **27 avril 2022**, X ne répond pas aux exigences du service et semble en difficulté dans la prise en soins des patients. J'ai la possibilité de prolonger son doublage. H m'interpelle dans mon bureau (porte ouverte). H sait qu'il n'est pas assez « cadrant » et n'est pas à l'aise pour réajuster. Toutefois, une autorégulation en équipe a eu lieu lors du goûter la veille, dans l'office de repos.
H : *« Il ne sait pas faire les pansements et je me pose la question de l'hygiène des mains. Du coup, j'ai vu avec C* (IDE pérenne sur l'autre secteur, réputée exigeante et formatrice), *c'est elle qui va le doubler ce week-end ».*
De mon côté, j'invite X dans mon bureau et l'informe de la décision ainsi que des « manquements » identifiés, afin de l'accompagner au mieux. Il n'est pas surpris et comprend la démarche.

Le midi, l'ASH invite X à s'attabler dans l'office de repos avec nous. Elle lui a même prévu une assiette. Nous sommes deux IDE, moi et X, à table. Le repas est serein, les échanges sont décontractés ; nous discutons de situations vécues et de nos formations. X ne parle pas mais ne semble pas mal à l'aise. Au moment de servir le café, X part faire une transfusion sanguine. C et H échangent alors sur ses difficultés :
H : *« J'espère qu'il sait transfuser. »*
Moi : *« Putain H, surveille-le ! »*
C : *« Bah non, il est diplômé. »*
Les deux IDE se regardent avec un air complice et sourient, taquinant mes exigences face aux nouveaux.
C : *« Mais non, t'inquiète on est là. ».*

C poursuit en relatant un échange qu'elle a eu avec X, dans le couloir après qu'il soit sorti d'une chambre ce matin. Elle l'a entendu s'énerver pour un pansement. C explique l'avoir invité à l'interpeller pour lui montrer ou pour venir en support si besoin. H confirme que ledit pansement était mal fait et qu'il a dû le refaire. Il pouvait y avoir de graves conséquences pour le patient.
H : *« Il se renferme quand je lui dis ! »* ;
C : *« Après, s'il ne saisit pas les perches qu'on lui tend, on ne peut rien faire, qu'il se débrouille. »*

H et C ont la réputation d'être exigeants, mais ils accompagnent et se rendent disponibles très facilement pour former et aider les nouveaux.

Le **2 mai 2022,** après le week-end de doublage, C et moi faisons le point sur X. Seuls dans l'office de repos, à 7h, nous buvons notre café. C m'explique avoir mis une stratégie en place le samedi : surveillance et franchise. Elle rapporte plusieurs verbatims adressés à X : *« Je dois avoir confiance en toi », « Ne cache pas les choses, je préfère que tu me dises que tu ne sais pas. »* Elle a instauré des rétroactions systématiques après chaque sortie de chambre ou soin, dans le couloir, partageant son expérience de manière directe. Elle entre de façon inopinée dans les chambres des patients pour observer et ajuster les pratiques de X, notamment lors des pansements.
« Ça a été mieux dimanche, il a réajusté. »
Aujourd'hui, C s'est mise en retrait, et X semble plus confiant et autonome. Je reçois X dans mon bureau pour faire un nouveau point. Il exprime, ne pas avoir apprécié le doublage au début, mais reconnaît : *« je me suis aperçu de mes difficultés »*. X a été renouvelé pour un mois.

Le tableau suivant présente de manière synthétique les conséquences réelles et potentielles des manquements liés à l'arrivée de X :

Conséquences réelles	Conséquences potentielles	Réaction de la vigilance collective
Stress pour l'équipe, dû à l'omission de l'arrivée.	Mauvaise prise en soins du patient impactant l'évolution de son état.	Mise en alerte immédiate via les bruits de couloir (autorégulation progressive, encadrement renforcé)
Réorganisation informelle des habitudes de service pour mettre en place les mécanismes de vigilance et d'autorégulation.	Risque infectieux.	Renforcement du doublage par redistribution entre membres expérimentés et transmission directe d'expériences.
Surcharge de travail pour les pérennes	Perte de confiance dans l'agent et démobilisation possible de l'équipe	Ajustements interstitiels (port de regard, entrée dans les chambres, rétroactions à chaud), appuyés sur l'office comme espace relais
Degré de vigilance collective observé : élevé, activé très tôt par les signaux faibles (rumeurs), soutenu par des figures expertes et relayé par des espaces informels de coordination. Difficilement observable.		

Tableau 23: Conséquence du cas X (Auteur)

Dans cette situation, la vigilance collective s'est manifestée dès l'arrivée de X, le nouvel arrivant dans l'équipe. La connaissance de possibles manquements avait été évoquée dans l'équipe, avant son premier jour par des « bruits de couloir », a instauré dès le départ un cadre de surveillance discret et proactif. L'équipe soignante était majoritairement composée d'IDE expérimentés, bien intégrés et familiers des habitudes du service. Les AS et ASH étaient titulaires locales, contribuant à une intégration solide dans la culture et les pratiques institutionnelles.

Dès les premiers jours, l'équipe a adopté une attitude d'alerte. Cette attention s'est traduite par une observation presque imperceptible, mais systématique des gestes, des interactions et des soins réalisés par le nouvel arrivant. Par exemple, certains membres laissaient volontairement les portes ouvertes lors des soins ou trouvaient des prétextes pour accompagner X dans ses déplacements, permettant ainsi une vérification informelle. Les observations se déroulaient principalement dans le couloir du service et les chambres des patients. Ce mécanisme d'observation a permis la mise en œuvre d'un système d'autorégulation et de réajustement entre professionnels. Les rétroactions régulières, associées à une franchise dans les échanges, ont contribué à construire une relation de confiance dans l'équipe. Progressivement, l'équipe s'est

mise en retrait, laissant X gagner en autonomie tout en maintenant une vigilance de bas niveau pour garantir un accompagnement en cas de difficulté. En tant que cadre de santé, notre implication s'est inscrite dans une dynamique secondaire et indirecte. Les retours sur le comportement et les pratiques de X nous ont été communiqués *a posteriori*, lors d'échanges informels dans l'office de repos, notre bureau et les couloirs du service. Nous avons participé à la vigilance collective en relayant les retours au nouvel agent via ses pairs plutôt qu'en intervenant directement. Notre rôle a consisté à officialiser les démarches et à superviser le processus d'évaluation.

Un élément important de cette situation est l'utilisation de l'office de repos comme espace informel pour échanger sur les observations. Dans cet espace, les barrières hiérarchiques étaient atténuées, ce qui permettait des discussions ouvertes et conviviales. Les taquineries entre agents y avaient leur place, sans conséquence sur les relations professionnelles. Le nouvel arrivant a progressivement été intégré dans cet espace. L'équipe anticipait sa participation en préparant une assiette ou un café pour lui, signe de son inclusion dans le collectif. Les échanges dans cet espace informel ne se limitaient pas à des observations critique. Elles s'élargissaient aussi à la transmission d'expériences, ce qui favorisait l'intégration de X dans la culture professionnelle du service et sa mise en alerte. Le rôle des anciens, en particulier les figures locales et familières du service, témoigne d'une attention qui s'appuie autant sur l'expertise que sur la relation. L'inclusion dans l'espace informel du *ma'a*[123] (l'office de repos, les repas partagés) est aussi un indicateur d'intégration progressive, non explicite. La vigilance collective se joue aussi dans ces rites d'accueil et dans l'écoute des signaux faibles transmis par les postures, les regards ou les plaisanteries.

Cette première situation met en lumière une vigilance collective tissée dans l'ordinaire de la vie de service, portée par l'expérience partagée, les espaces de parole et les ajustements discrets.

8.1.2 Le cas de I

Encadré méthodologique : Cette situation a été observée directement dans l'exercice de mes fonctions en tant que cadre de santé, dans une position de participation observante. Elle a été consignée dans mon carnet de bord et analysée *a posteriori*.

[123] Nourriture en *reo ma'ohi*

Nous sommes au début de l'année 2021. I est nouvellement arrivée sur Tahiti. Elle est venue avec sa cousine, elles n'ont pas de projet d'installation à long terme. Forte de son expérience en tant qu'infirmière de bloc opératoire, elle a d'abord été recrutée par une clinique de la place. I souhaite retourner dans les services de soins : *« Je voulais retourner dans les services »* pour *« compléter mon parcours professionnel »*. I est recrutée par ma supérieure hiérarchique pour un contrat de quelques semaines, en remplacement d'une de mes infirmières qui bénéficie d'un poste aménagé en attendant sa mise à la retraite. Elle m'informe que I fera partie du pool de remplacement, mais qu'elle la positionne sur l'unité de CHA, pour la *« mettre en route ».* Son parcours montre qu'elle n'a pas de compétences en chirurgie. Les activités au bloc opératoire et en services de soins diffèrent par la nature des tâches, la typologie des soins et la relation avec le patient. Au bloc opératoire, le travail est strictement protocolisé, centré sur des actes techniques précis avec des interactions limitées avec le patient. En service de soins, l'accompagnement est continu, ce qui implique une adaptation aux besoins (physique et psychologique) du patient et une dynamique interprofessionnelle plus marquée et plus large. Averti de son arrivée, je prépare l'accueil et je conviens avec C (IDE ancienne) qu'elle la doublera pour son intégration.

Le **23 mars 2021** : I arrive un peu avant 7h, je suis dans le couloir pour l'accueillir. La nuit a été compliquée pour les équipes et je dois gérer différentes problématiques urgentes. Toutefois, j'oriente I vers les salles de soins et la présente à l'ensemble de l'équipe. C est identifiée comme la personne ressource pour les prochains jours. Je les laisse en informant I, que nous nous reverrons ultérieurement pour un entretien afin de recueillir ses besoins et ses attentes et d'exposer les miens. C'est chose faite le **24 mars 2021**. Je reçois I dans mon bureau. Au regard de son parcours, je recueille ses appréhensions, je mets l'accent sur le savoir-être et le savoir collaborer. Je la rassure et l'invite à interpeller l'ensemble de ses collègues et moi-même *« N'hésite pas ! On prendra le temps* ».

Nous sommes le **29 mars 2021**, c'est un lundi, j'arrive et les ASH ont préparé le café. C a fini ses transmissions, I est partie préparer son chariot de matériel. Nous sommes dans l'office de repos avec C, les deux AS du week-end et l'ASH. C'est l'heure de débriefer le week-end et, pour moi, d'avoir les informations avant le staff médical. L'équipe m'informe que I est en grande difficulté, car elle n'a jamais travaillé en service de soins. Néanmoins, son attitude positive est remarquée, elle accepte les remarques, échange énormément mais reste fragile dans

ses savoir-faire. Nous nous concertons, et l'équipe me suggère de la laisser en doublage entre 2 et 4 jours pour *« l'armer »* davantage. J'accepte.

Le **30 mars 2021**, I est dans une chambre auprès d'un patient. Nous sommes dans le couloir à rire parce que M (ASH) fait le pitre de l'autre côté. H et C m'informent que I n'est toujours pas opérationnelle. Je l'observe lorsqu'elle circule dans les couloirs pour faire le tour du service et des chambres. Je décide de mettre trois actions en place :

- L'affecter sur un secteur dont elle aura la responsabilité, sous la supervision bienveillante d'un ancien. (Parfois, certains IDE ont besoin d'être intégralement dans le bain, pour s'en sortir.)
- La stabiliser sur un secteur. Je dois lui faire confiance et l'autonomiser en gardant une sécurité, car elle est du pool et va bientôt être redéployée pour effectuer les remplacements.
- J'informe ma cadre supérieure des difficultés de l'agent et je négocie dans son bureau une possible réorientation. Je sens que la situation commence à épuiser les anciens.

Le **8 avril 2021**, I est toujours en difficulté. Elle sollicite énormément ses collègues IDE (ce qui est une bonne chose). Toutefois, N, l'AS m'interpelle lorsque je passe sur la terrasse pour saluer les agents que je n'ai pas encore vus. N m'indique qu'elle a du mal à collaborer avec I, car elle ne la sollicite pas et ne l'interpelle pas pour se coordonner *« Elle n'a pas confiance en moi, elle va voir les IDE et moi, son binôme elle ne me calcule pas ! Fiu*[124]*, moi j'arrête d'aller vers elle »*. I semble dépassée et stressée. Pour l'instant le feeling n'y est pas…
N et moi nous nous posons dans le couloir pour discuter de choses et d'autres, la visite médicale commence.
N : *« Ça va être la galère c'est la nouvelle chir à la visite »*
Moi : « *Oh merde je vais rester dans les parages »*
N : *« oui moi je vais laisser les portes ouvertes pour écouter »*
La visite commence à l'open-space, N est en retrait dans le couloir, observe et écoute. Moi, je reste dans l'open-space et assiste à la discussion (ma présence est remarquée, en tant que cadre du service, elle est légitime pour le suivi des patients). N fait des grands yeux à chaque fois qu'elle remarque une incohérence dans la prise en soins d'un patient, elle me regarde et

[124] En avoir assez, en avoir marre, las *en reo ma'ohi*

j'interviens pour demander des précisions ou pour inviter N à compléter les informations. La décision est prise, demain je recevrai I pour une rétroaction et recueillir son ressenti.

Le **9 avril 2021**, au café du matin, N me dit *« I a pleuré, elle a mal vécu qu'on reste pour les transmissions hier »*. Je la reçois donc en entretien dans mon bureau, lui demande si tout va bien, car ses collègues m'ont alerté sur son mal-être.
I : *« Même si je galère, je préfère être toute seule pour apprendre à me débrouiller »*
Elle revient sur sa collaboration avec N. I me dit qu'hier en fin d'après-midi, elles ont beaucoup discuté et qu'elle craignait N, car elle peut avoir un abord très froid. En effet, N est tahitienne et peut se montrer très fermée lorsqu'elle ne connaît pas. Elle observe beaucoup et s'ouvre petit à petit. Sous ses airs de *« mauvaise »,* c'est une super AS et une collaboratrice avec beaucoup d'humour. Dans la journée, I vient manger avec l'équipe dans l'office de repos.

Le **23 avril 2021** : I ne répond toujours pas aux attentes. Elle est toujours en difficulté. Elle arrive au terme de son contrat. J'en discute sur la terrasse, avant les transmissions matinales avec l'équipe du jour qui vient d'arriver, ils ne souhaitent pas que je la renouvelle. Je demande pourquoi :
N : *« Elle râle, ne me parle pas, quand je dis pour l'aider elle se vexe »*
L : *« en plus elle commence à vouloir changer les plannings »*
H : *« elle nous sollicite, c'est bien, mais sur des trucs qu'on lui a dit 15 fois. Quand on lui fait remarquer, elle nous envoie chier, je n'ai rien compris ».*
Ma décision est prise, je ne la reconduis pas…



Photo 5: Open-Space de CHA

Conséquences réelles	Conséquences potentielles	Réaction de la vigilance collective
Agent non déployable dans l'immédiat.	Risques importants d'oublis dans les prises en soins.	Prolongation du doublage sur initiative collective, soutien régulier par des figures expérimentées
Réorganisation informelle de toute l'équipe	Surcharge de travail, majoration du stress	Surveillance indirecte (observation en couloir, portes laissées ouvertes) et ajustements quotidiens relayés au cadre
Mise à l'écart de certain corps de métier (AS) par manque de confiance	Impact sur la dynamique d'équipe, clivage	Retours informels relayés dans les espaces partagés (terrasse, bureau, couloir) puis réintégrés dans les arbitrages du cadre
Fragilisation du lien interprofessionnel	Rupture du climat de confiance	Ajustement relationnel progressif entre I et les agents (repas partagés, rétroactions constructives, ajustements de binômes)
Degré de vigilance collective observé : modéré à élevé. Une vigilance soutenue mais fragilisée car l'équipe s'est mobilisée dans la durée mais les tensions relationnelles et culturelles ont limité l'atteinte d'un fonctionnement fluide. La régulation a été constante, pragmatique mais dispersée, parfois réactive plus qu'anticipative.		

Tableau 24: Conséquences du cas I (Auteur)

Dans cette situation, l'ensemble des membres de l'équipe s'est mobilisé pour accompagner I dans sa prise de poste. Les mécanismes d'intégration classiques ont été déployés : un accueil préparé, des invitations à partager les moments informels comme les pauses café et les repas, la désignation d'un référent pour guider le nouvel arrivant et un suivi régulier accompagné d'une évaluation structurée. L'équipe présente une composition diversifiée, comprenant des agents pérennes et expérimentés tant originaires de métropole que de Polynésie, ainsi que de nouveaux arrivants issus de ces horizons. Les âges varient de 30 à 50 ans, apportant une richesse générationnelle à cette mixité culturelle. Cependant, des tensions liées au manque de communication et de confiance persistent et poussent les agents pérennes à adopter une surveillance constante. Pour pallier ces tensions, des stratégies de surveillance discrète sont mises en œuvre, comme :

- L'observation indirecte : suivi des interactions de I dans les espaces partagés tels que l'open-space et les couloirs.
- L'écoute active, bien que discrète, permettant de saisir les signaux faibles dans les échanges et interactions.

Ces attitudes reflètent une volonté de maintenir un environnement sécurisé tout en laissant à I son autonomie.

Un facteur clé des tensions observées réside dans une incompréhension des modes de communication, particulièrement marquée par les différences culturelles. Les tahitiens, par exemple, privilégient souvent le silence aux mots et s'appuient sur la communication non verbale, notamment les regards. Cette pratique s'enracine dans une conception de la parole qui a valeur de création et d'action, elle est détentrice du pouvoir : ce qui est dit, existe. Cependant, I, non familiarisée avec ces pratiques, perçoit cette communication silencieuse comme une forme de mise à l'écart ou d'exclusion. À l'inverse, N (tahitienne), ressent l'attitude de I comme une absence de reconnaissance de son rôle, alimentant des tensions relationnelles et compliquant la collaboration. Les agents pérennes, tout comme le cadre de santé, familiarisés à ces pratiques communicationnelles ne s'attardent plus sur ces différences et exploitent même la communication non verbale comme outil de vigilance. Lors de la visite médicale, par exemple, le couloir devient un espace clé où s'exprime cette vigilance silencieuse mais omniprésente. Pour compléter, la vigilance collective se heurte ici à des particularités culturelles de communication implicites, ce qui souligne l'importance d'une traduction interculturelle dans les processus d'intégration.

Il s'avère que les régulations dans l'équipe de soins ont tendance à se produire en dehors des heures ouvrables, lorsque les supérieurs hiérarchiques sont absents. Les ajustements se déroulent donc dans un cadre informel, à travers des échanges d'informations et de ressentis entre agents. Les éléments ainsi recueillis sont ensuite rapportés au cadre de santé, qui adopte lui-même une posture d'alerte. En tant que manager, il observe non seulement le comportement de I mais aussi la dynamique générale de l'équipe et les attitudes des agents pérennes. Il s'appuie à la fois sur ses observations et sur ses ressentis pour intervenir.

Dans ce contexte, le cadre de santé joue un rôle important en officialisant les positions collectives de l'équipe. Cette intervention permet de donner une légitimité aux perceptions et observations partagées, tout en adaptant l'accompagnement du nouvel arrivant. Il apparaît

comme intermédiaire entre la régulation informelle faite par les pairs et les mécanismes formels d'intégration et d'évaluation.

Cette deuxième situation met en lumière une vigilance collective davantage fragmentée, caractérisée par une attention des agents présente mais morcelée, qui peine à être continue. Elle se montre sur des ajustements interpersonnels et une lecture fine des signaux relationnels. Là où l'intégration peine à se stabiliser, l'équipe réagit par proximité, sans forcément parvenir à construire un cadre partagé.

8.2 Composer avec l'imprévu dans une vigilance collective ordinaire

Ce deuxième bloc de situations, montre une attention des agents portée davantage sur l'organisation de l'activité et des soins dans l'ordinaire. La vigilance collective s'inscrit dans une certaine temporalité influencée par l'entrée en scène d'acteurs et d'événements changeants. Ces deux situations sont révélatrices des dynamiques d'alerte, d'ajustement et de coordination mobilisées face à l'imprévu.

La première situation se déroule dans le service de médecine interne dit MDI. Elle a été rapportée via le logiciel qualité de l'établissement, l'outil dédié à la déclaration et au suivi des événements indésirables. Intrigué par cette déclaration, nous avons décidé d'approfondir l'analyse de cette situation en invitant la cadre de santé du service à un entretien semi-directif. L'objectif était de saisir les tenants et les aboutissants de cet incident.

La seconde situation s'inscrit dans une journée d'observation en chirurgie viscérale. Nous y avons passé huit heures à suivre notre collègue cadre de santé, avec laquelle nous entretenons une relation professionnelle de longue date. Elle a été notre manager lorsque nous étions infirmier et nous avons collaboré, du fait de nos années d'exercice en CHO/CHA, elle était notre collègue de département et voisine, cadre de santé en gynécologie. Cette collègue, originaire des îles Australes, est connue pour son exigence professionnelle et son franc-parler. Notre relation est marquée par une proximité particulière, renforcée par la mutualisation de nos services, lors de la crise de la COVID-19. Elle nous appelle *« be »*[125], nous l'appelons

[125] Diminutif de bébé. Expression familière et affective.

« ma »[126]. Dans cette situation, nous avons observé une discussion entre la cadre de santé et un infirmier du service. Les échanges portaient sur la résolution d'un problème de traçabilité médicamenteuse, une problématique cruciale pour assurer la sécurité des soins. Cette situation est révélatrice des dynamiques de communication et de l'opérationnalité de la vigilance collective pour gérer les imprévus organisationnels.

8.2.1 Une erreur d'annonce de décès

Encadré méthodologique : La situation a été reconstituée à partir de la déclaration d'un événement indésirable dans le logiciel qualité ENNOV, complétée par un entretien semi-directif mené auprès de la cadre de santé du service. J'y ai apporté une analyse rétrospective en tant que cadre de santé, dans une posture d'écoute active et d'enquête participante.

Le service de MDI, situé au troisième étage du CHPf, dispose de 18 lits d'hospitalisation. Il prend en soins diverses pathologies, parmi lesquelles les maladies infectieuses (leptospirose, dengue, érysipèle, etc.), les maladies dermatologiques et rhumatologiques, les maladies de systèmes (lupus, polyarthrite etc.) et les défaillances organiques multiples.

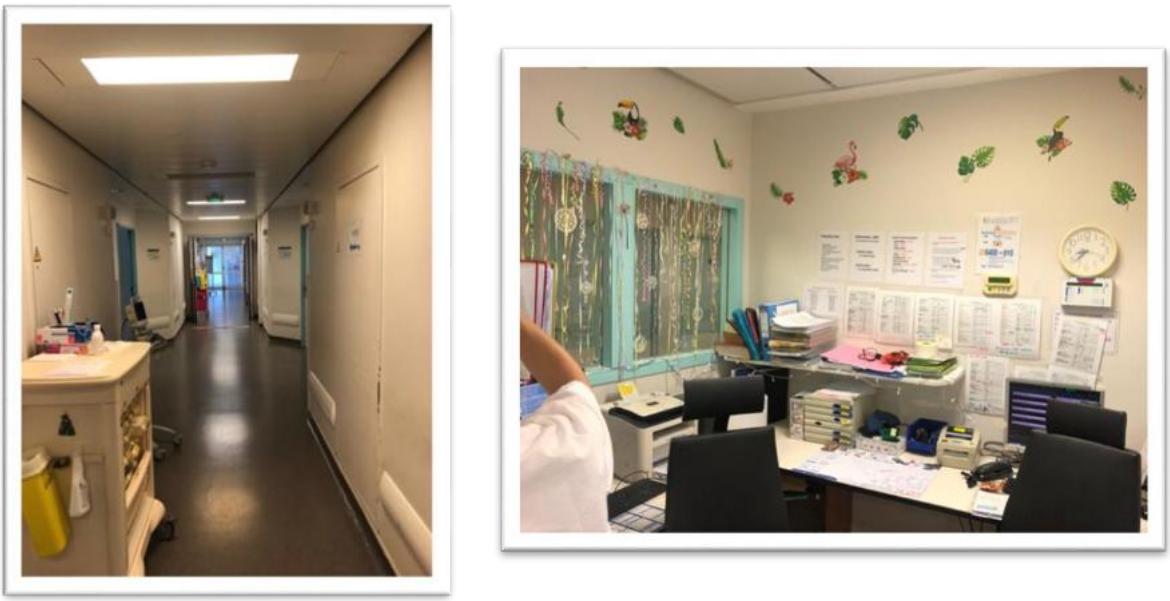


Photo 6: Service de MDI

[126] Diminutif de mama ou maman. Expression familière et affective.

L'équipe paramédicale est composée de : 8 IDE, 6 AS et 2 ASH. Ce service jouit d'une stabilité importante grâce à la présence majoritaire d'agents titulaires. Néanmoins, la cadre de santé accueille régulièrement des agents du pool de remplacement ainsi que des novices. Ce choix est motivé par la vocation formatrice du service, qui permet aux nouveaux arrivants d'acquérir une polyvalence grâce à la diversité des pathologies rencontrées et aux compétences d'adaptation exigées.

L'équipe est répartie comme suit :

<table>
<tr><th></th><th>Secteur 1 (9 lits)</th><th>Secteur 2 (9 lits)</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Jour</td><td>1 IDE+1 AS</td><td>1 IDE+1 AS</td></tr>
<tr><td colspan="2">1 ASH</td></tr>
<tr><td>Nuit</td><td colspan="2">2 IDE (1 par secteur)
1 AS</td></tr>
</table>

Tableau 25: Répartition des effectifs en MDI (Auteur)

Le service est en cours d'officialisation de son organisation, formalisée par écrit et présenté dans un livret d'accueil du service au nouvel arrivant. On y retrouve des similitudes avec les autres services d'hospitalisation, c'est-à-dire des temps dédiés au staff médical, à la visite médicale et aux transmissions pour assurer la continuité des soins.

L'événement s'est produit dans la nuit du vendredi 12 au samedi 13 novembre 2021. Il a été déclaré par la cadre de santé via le logiciel de qualité et de gestion des risques ENNOV. L'incident a été classé comme critique sur l'échelle de gravité par l'équipe qualiticienne.

Vignette informative

L'échelle de gravité de la Direction de la Qualité, de la Maîtrise des Risques et des Process, comporte quatre niveaux. Ceux-ci sont déterminés à partir de l'analyse des déclarations d'événements et des enquêtes menées par les techniciens et ingénieurs qualiticiens.

L'échelle est la suivante :

1. événement mineur,
2. événement signification,
3. événement critique,
4. événement catastrophique.

Une réflexion est en cours pour introduire un niveau intermédiaire entre les événements significatifs et critiques, qui serait désigné sous l'appellation « événement majeur ».

Les protagonistes de la scène sont les deux infirmières de nuit, affectées au pool de remplacement, dont une ANT avec de l'ancienneté. C'est leur première garde dans le service, elles n'en feront qu'une. L'aide-soignante pérenne du service et l'interne de garde, nouvellement arrivée sur le territoire et au CHPf (il s'agit de sa première garde à l'hôpital).

La cadre de santé rapporte que le décès d'un patient, attendu en raison de son état, est survenu à deux heures du matin. La famille avait été informée et acceptait la situation. Conformément à la procédure, l'IDE a appelé l'interne de garde pour constater le décès et réaliser les soins adéquats (électrocardiogramme et toilette). L'interne a la responsabilité d'informer la famille.
L'interne constate le décès, prend un dossier sur le bureau de la salle de soins, puis s'enferme dans le bureau médical pour prévenir la famille. Pendant ce temps, l'équipe soignante prépare le corps. Lorsque l'interne revient, elle informe l'équipe que la famille semblait surprise par la nouvelle. Cette réaction étonne l'infirmière, car lors des transmissions d'équipe et dans le dossier, il a bien été noté que la famille avait accepté la situation. L'interne repart, la nuit suit son cours.

Lors des transmissions du matin, l'équipe de jour est informée des événements. L'IDE de jour est également surprise par le « soi-disant » étonnement de la famille, l'équipe discute.
L'IDE du jour vérifie le dossier et constate que le décès est noté dans le dossier d'un autre patient, encore vivant. Après une investigation collective (*« le lendemain, l'équipe ne trouve pas de patient enfin ne retrouve pas la famille à l'intérieur. C'est un moment un petit peu particulier, pas vraiment amusant, mais qui rend perplexe... »* (Cadre de santé, entretien du 01/12/2021)), les IDE s'aperçoivent que l'interne a annoncé par erreur le décès d'un patient à une famille ; alors que celui-ci était bien vivant. Le médecin d'astreinte a été informé et a pris contact avec les familles pour s'excuser.
Le lundi suivant, la cadre de santé a pris connaissance des événements et a formalisé la déclaration d'incident, identifié comme une erreur d'identitovigilance.

L'enquête menée par la cadre de santé met en évidence plusieurs éléments : la composition de l'équipe et le respect de la procédure « décès ». L'interne était seule et a confondu les deux

dossiers qui étaient côte à côte sur le bureau : *« mais elle n'a pas demandé à la famille est-ce que vous êtes bien la femme de monsieur un tel. Ça pas été demandé par le médecin. »* (Cadre de santé, entretien du 01/12/2021). La cadre de santé fait le lien entre la survenue de ce type d'incident et un turnover important. Elle dit *« C'est intéressant parce qu'actuellement on a des difficultés comme à chaque fois qu'on a des nouveaux internes qui arrivent, le premier mois c'est toujours compliqué »* (Cadre de santé, entretien du 01/12/2021). Aussi, elle insiste sur l'importance de la vigilance des infirmières pour pallier les dysfonctionnements et l'importance de son rôle pour faire du lien :

« On cherche à favoriser le lien entre les membres de l'équipe, et cela relève aussi du rôle du cadre. Dans mon service, il y a des habitudes de travail très ancrées, des pratiques bien établies qui rendent parfois difficile l'ouverture aux nouveautés ou aux autres façons de faire, car ce qui est en place est perçu comme satisfaisant et doit donc perdurer. Pourtant, l'arrivée de nouveaux soignants est une opportunité pour découvrir d'autres pratiques qui pourraient être bénéfiques et applicables au service. Durant les premières semaines, notamment avec les internes, il y a un réel besoin d'échanger, d'expliquer nos façons de faire et de communiquer, pour assurer une bonne compréhension des soins et des informations essentielles. Par exemple, l'autre jour, nous avons appris la sortie d'un patient directement par ce dernier, alors qu'aucune communication préalable n'avait eu lieu entre les soignants. Cette information n'avait pas été partagée lors du staff du matin, où nous établissons normalement les pré-sorties. Ce genre de situation est dommageable, mais heureusement, une fois informés, nous avons pu prévenir les services concernés. Cela montre combien la gestion du flux des patients repose sur une communication fluide et efficace. Finalement, je me rends compte que tant que l'on communique clairement, tout passe mieux, que ce soit la manière de travailler ou d'échanger… mais bon… (rire). » (Cadre de santé, entretien du 01/12/2021).

Ce rôle est au quotidien, épuisant. La cadre de santé dit : *« Pour ma part, je suis extrêmement vigilante à tout ce qui pourrait perturber nos organisations. Je reste constamment en alerte sur de nombreux aspects… (rire). Et je pense que cette vigilance est également partagée au niveau médical. »* (Cadre de santé, entretien du 01/12/2021).

Fiche de déclaration d'un événement indésirable[127]

Objet : identitovigilance

famille prévenue du décès de leur parent hospitalisé en MDI mais non décédé

inversion des dossiers médicaux/paramédicaux lors de l'appel à la famille

version IDE :

patient retrouvé sans vie par l'IDE vers 2h du matin

appel de l'IDG de médecine à 2h10 pour qu'elle vienne constater le décès, en attendant la venue de l'IDG l'IDE fait un ECG selon la procédure

l'IDG constate le décès, l'IDE oriente cette dernière vers le bureau médical où se trouve les dossiers patients, pendant ce temps l'IDE procède avec l'AS a la toilette mortuaire dans la chambre du patient.

l'IDG passe ses appels à la famille et reste dans le service sur demande de l'autre IDE en difficulté avec un autre patient.

après cela, les IDE et IDG discutent du patient décédé, l'IDG dira a l'IDE que la famille semblait très étonnée du décès.

Suite a mon investigation sur ce sujet, je joins l'IDE qui me fera part que cette dernière données l'ètonne car elle avait bien eu la transmission soignante que la famille était informée de l'état précaire du patient et des risques de décès. Mais IDE du pool, ne faisant qu'une nuit de remplacement en MDI, elle n'avait pas plus relevé que ça.

analyse selon ALARM

fact lié au patient :

patient 1 (décédé) évolution défavorable de sa maladie ayant entraîné le décès, famille non présente au moment du DC

patient 2 : patient moribond, admis depuis 24h dans le service au moment de l'événement

fact lié au personnel : IDE du pool de médecine 1, habituée a remplacer en MDI, connait les procédures du service et de l'établissement et les a appliqué cette nuit la pour le décès (appel IDG/ECG/Soins)`

fact lié à équipe : 2 IDE du pool en MDI cette nuit là mais pas de difficultés de connaissances pour ces 2 soignantes habituées a travailler en MDI/transmissions d'équipe faites le soir avec IDE de jour/transmissions écrites vues

[127] Pour des raisons de lisibilité, le document a été réécrit à l'identique pour ne pas dénaturer la façon dont les faits ont été rapporté par les protagonistes. Le document original est présent en annexe 3

fact lié aux tache : connait les procédures et les applique/connait les tâches soignantes et l'organisation du service pas de difficulté ressentie conditions de travail : dossiers de soins se trouvent dans les chariots dans le bureau médical, les 2 dossiers sont côte a côté (chambre 3095 et 3097) (pas de ch3096). pas de connaissance par IDE de savoir si les dossiers étaient dans leur (bon) emplacement ou sortis sur un bureau quand l'IDG est venue (l'ide se trouvant dans la chambre du patient décédé pour la toilette) fact lié au management et organisation : bonne collaboration cadre/IDE/pool/médecin fact lié au contexte institutionnel : ras

Tableau 26: Extrait de la déclaration d'événement indésirable MDI

Conséquences réelles	Conséquences potentielles	Réaction de la vigilance collective
Identitovigilance inefficace (non-application de la procédure)	Préjudice psychologique pour les deux familles	Rattrapage post-événement par l'équipe de jour (vérification du dossier, signalement à la hiérarchie)
Vigilance tardive mais repérage de l'erreur.	Risque de contentieux, atteinte à la réputation	Enquête interne déclenchée par la cadre, mobilisation collective pour reconstituer les faits
Confusion dans la coordination nuit/jour	Risque de récidive, désorganisation	Rétroaction structurée entre les équipes, réactivation des canaux de communication intra-service
Difficulté d'intégration des nouveaux internes	Tensions interprofessionnelles implicites	Cadre de santé joue un rôle de médiation et de transmission des habitudes collectives
Degré de vigilance collective observé : faible au moment critique, élevé en réaction différée. La vigilance collective ne s'est pas activée au moment de l'annonce (absence de vérification croisée, rupture de communication) mais a été réactivée *a posteriori* par les soignants pérennes, qui ont permis la détection, l'analyse et la gestion de l'erreur. On observe ici un degré de vigilance réparateur, mobilisé après la rupture.		

Tableau 27: Conséquences de l'erreur d'annonce d'un décès (Auteur)

Dans cette situation, il apparaît clairement que l'interne n'a pas suivi les recommandations d'identitovigilance, bien qu'une procédure formalisée soit en place. Elle n'a ni consulté l'équipe soignante de nuit pour recueillir des informations supplémentaires ni effectué un contrôle d'identité en amont. Cette absence de vérification préalable a constitué une faille critique. Du côté de l'équipe de nuit, une autre défaillance se profile : un manque d'attention et d'accompagnement de l'interne, qui était nouvellement arrivée dans l'établissement. Cette équipe connaissait-elle réellement la procédure en vigueur ? La question se pose, car leur attitude passive laisse supposer une lacune dans l'appropriation ou l'application des procédures

internes. Le manque de communication entre les professionnels a contribué à l'erreur, tout comme l'absence de coopération dans la transmission des informations critiques, surtout au moment de l'annonce. Les signaux d'alerte, comme l'étonnement exprimé par la famille, n'ont pas été entendus par l'équipe de nuit. Cependant, ces signaux ont été interprétés différemment par l'équipe de relève, composée d'agents pérennes familiers du dossier. C'est grâce à une vérification approfondie des dossiers que l'erreur a finalement été détectée, bien que tardivement. Les infirmières de jour ont rectifié la situation à travers une série d'actions correctives mises en œuvre après coup. Ce processus a été facilité par les interactions et le partage dans l'équipe pérenne, démontrant l'importance de la vigilance collective dans la récupération d'une situation délicate.

Par ailleurs, dans le contexte polynésien, la parole des soignants, en particulier celle des médecins, conserve une forte autorité symbolique. Même en situation d'incompréhension ou de doute, elle est rarement remise en question en temps réel. Cette reconnaissance de la parole soignante s'enracine dans les représentations culturelles du *tahua* (guérisseur). Elle peut différer des réactions attendues dans un référentiel occidental. La non-contestation immédiate de l'annonce erronée du décès par la famille peut ainsi s'analyser comme une acceptation formelle, plutôt qu'une validation.

Enfin, il est important de souligner que le bureau était fermé, et qu'aucun échange entre les protagonistes dans des espaces propices. Cette configuration a empêché une mise en alerte effective à l'instant critique. Ce n'est qu'à travers la rétroaction réalisée au moment de la relève que l'équipe de jour a pu réagir. Cette situation illustre les failles mais aussi les opportunités offertes par la vigilance collective, qui, bien qu'ayant fonctionné de manière réactive plutôt que proactive, a permis de limiter les conséquences de cet incident.

Cette situation révèle une vigilance collective mise en tension par le cloisonnement organisationnel et l'instabilité des équipes. Lorsque les habitudes ne sont pas connues, ce sont les pérennes qui réinvestissent l'incident pour en limiter la portée.

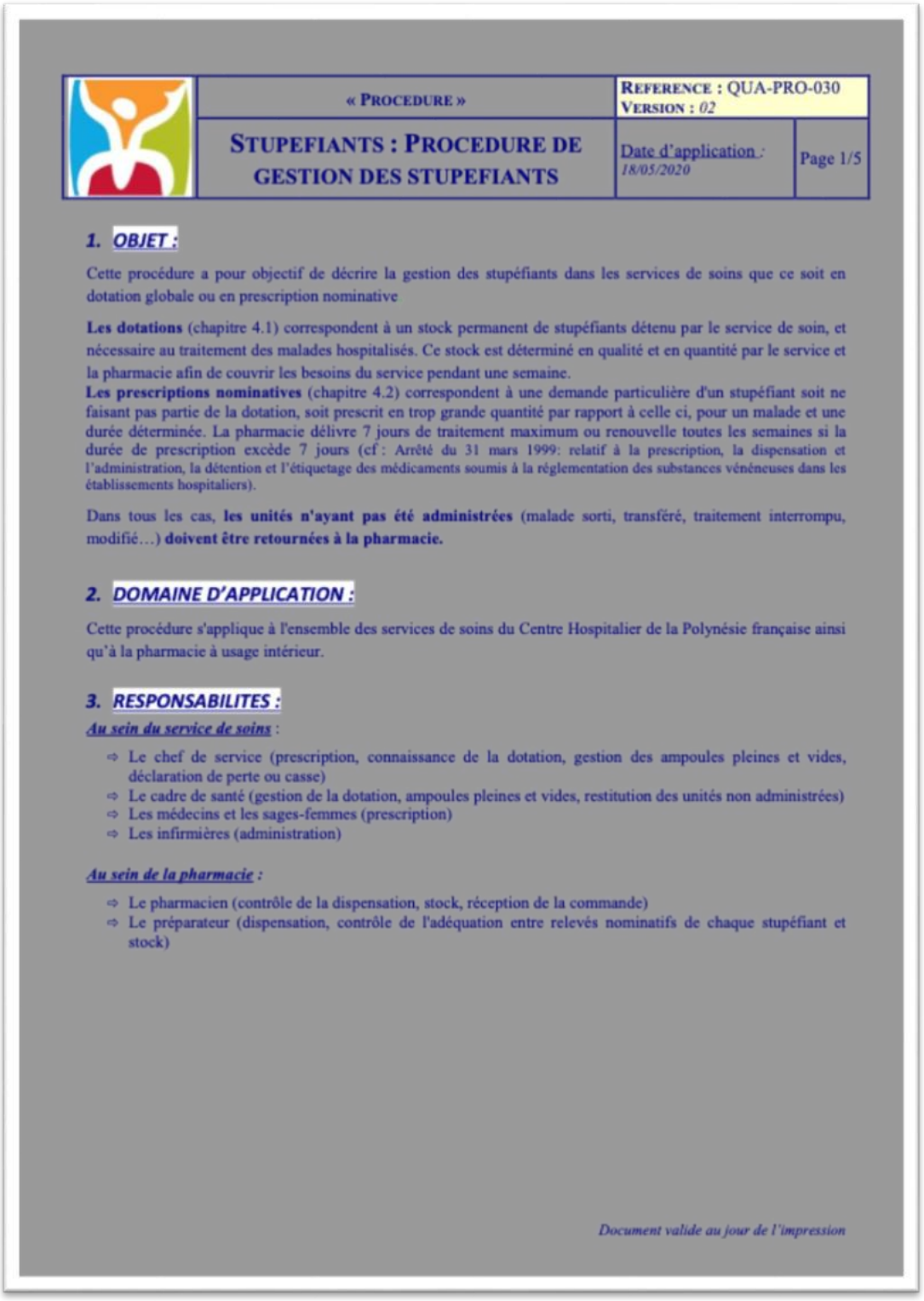
8.2.2 La gestion des stupéfiants

Encadré méthodologique : Cette situation a été observée dans lors d'une session de *shadowing* menée auprès de la cadre de santé du service concerné. J'étais dans une posture d'observation participante. L'analyse a été réalisé à chaud avec l'encadrement du service (acteur direct de la situation) et *a posteriori* à partir des prises de notes.

La gestion des médicaments stupéfiants est régie par un cadre réglementaire strict et un guide de bonnes pratiques garantissant une traçabilité obligatoire pour justifier leur délivrance. Dans les services de soins, on trouve divers produits stupéfiants : les morphiniques, les dérivés d'opioïdes et la kétamine. Ces substances sont conservées dans des tiroirs sécurisés, sous clé, et placées sous la responsabilité des infirmiers et du cadre de santé. Seuls les médecins peuvent prescrire des stupéfiants, en utilisant un carnet à souche spécifique. De leur côté, seuls les infirmiers ont accès au tiroir et sont habilités à dispenser ces traitements en prise observée directe (POD).

Les services utilisateurs bénéficient d'une dotation. Une vérification hebdomadaire est organisée pour le renouvellement de cette dotation. Lorsqu'un patient se voit prescrire un stupéfiant, que ce soit via la dotation du service ou sur une base nominative, la pharmacie fournit une feuille de traçabilité dédiée. À chaque administration, l'infirmier identifie le patient, le produit et la quantité administrée ; elle est inscrite en toutes lettres.

Les bonnes pratiques de la gestion des stupéfiants sont transmises oralement à chaque nouvelle recrue, quel que soit le service, à l'aide du support disponible dans les salles de soins. Cette transmission repose principalement sur un apprentissage entre pairs, de l'ancien au nouveau, et d'infirmier à médecin.



« PROCEDURE »	REFERENCE : QUA-PRO-030 VERSION : *02*	
STUPEFIANTS : PROCEDURE DE GESTION DES STUPEFIANTS	Date d'application : *18/05/2020*	Page 1/5

1. OBJET :

Cette procédure a pour objectif de décrire la gestion des stupéfiants dans les services de soins que ce soit en dotation globale ou en prescription nominative

Les dotations (chapitre 4.1) correspondent à un stock permanent de stupéfiants détenu par le service de soin, et nécessaire au traitement des malades hospitalisés. Ce stock est déterminé en qualité et en quantité par le service et la pharmacie afin de couvrir les besoins du service pendant une semaine.
Les prescriptions nominatives (chapitre 4.2) correspondent à une demande particulière d'un stupéfiant soit ne faisant pas partie de la dotation, soit prescrit en trop grande quantité par rapport à celle ci, pour un malade et une durée déterminée. La pharmacie délivre 7 jours de traitement maximum ou renouvelle toutes les semaines si la durée de prescription excède 7 jours (cf : Arrêté du 31 mars 1999: relatif à la prescription, la dispensation et l'administration, la détention et l'étiquetage des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements hospitaliers).

Dans tous les cas, **les unités n'ayant pas été administrées** (malade sorti, transféré, traitement interrompu, modifié…) **doivent être retournées à la pharmacie.**

2. DOMAINE D'APPLICATION :

Cette procédure s'applique à l'ensemble des services de soins du Centre Hospitalier de la Polynésie française ainsi qu'à la pharmacie à usage intérieur.

3. RESPONSABILITES :

Au sein du service de soins :

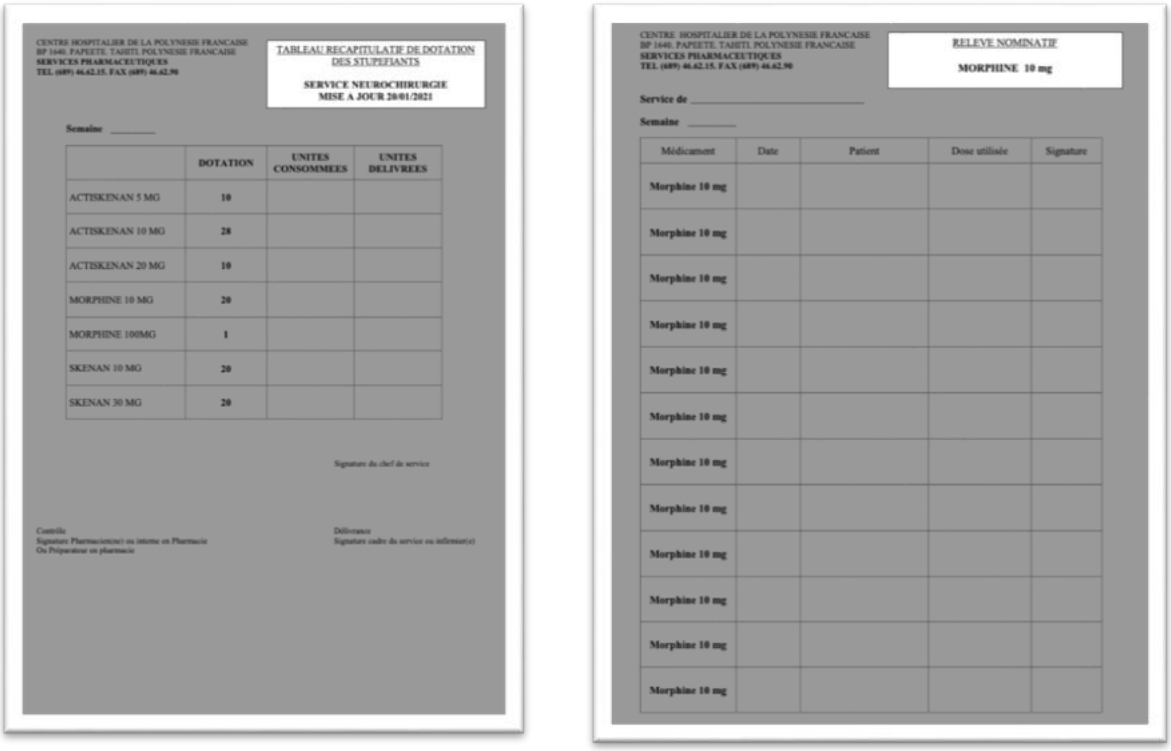
- Le chef de service (prescription, connaissance de la dotation, gestion des ampoules pleines et vides, déclaration de perte ou casse)
- Le cadre de santé (gestion de la dotation, ampoules pleines et vides, restitution des unités non administrées)
- Les médecins et les sages-femmes (prescription)
- Les infirmières (administration)

Au sein de la pharmacie :

- Le pharmacien (contrôle de la dispensation, stock, réception de la commande)
- Le préparateur (dispensation, contrôle de l'adéquation entre relevés nominatifs de chaque stupéfiant et stock)

Document valide au jour de l'impression

Image 19: Procédure de gestion des stupéfiants



CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNESIE FRANCAISE
BP 1640. PAPEETE. TAHITI. POLYNESIE FRANCAISE
SERVICES PHARMACEUTIQUES
TEL (689) 46.62.15. FAX (689) 46.62.90

TABLEAU RECAPITULATIF DE DOTATION DES STUPEFIANTS

SERVICE NEUROCHIRURGIE
MISE A JOUR 20/01/2021

Semaine _____

	DOTATION	UNITES CONSOMMEES	UNITES DELIVREES
ACTISKENAN 5 MG	10		
ACTISKENAN 10 MG	28		
ACTISKENAN 20 MG	10		
MORPHINE 10 MG	20		
MORPHINE 100MG	1		
SKENAN 10 MG	20		
SKENAN 30 MG	20		

Signature du chef de service

Contrôle
Signature Pharmacien(ne) ou interne en Pharmacie
Ou Préparateur en pharmacie

Délivrance
Signature cadre du service ou infirmier(e)

CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNESIE FRANCAISE
BP 1640. PAPEETE. TAHITI. POLYNESIE FRANCAISE
SERVICES PHARMACEUTIQUES
TEL (689) 46.62.15. FAX (689) 46.62.90

RELEVE NOMINATIF

MORPHINE 10 mg

Service de _____

Semaine _____

Médicament	Date	Patient	Dose utilisée	Signature
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				
Morphine 10 mg				

Image 20: Feuilles de traçabilité des stupéfiants

En gynécologie, un nouvel IDE « sac-à-dos » vient d'arriver. Il doit administrer des stupéfiants à une patiente atteinte d'un cancer invasif du sein. Étant occupé, et conformément à une habitude dans ce service, il demande à la cadre de santé d'aller chercher les stupéfiants prescrits directement à la pharmacie. Le médecin anesthésiste, également nouvel arrivant, a rempli le carnet à souches. Avant de descendre, la cadre vérifie le carnet en marchant dans le couloir du service. Elle remarque qu'il n'est pas correctement rempli. Elle croise alors le médecin et l'en informe tout en lui expliquant la situation : *« Ah bon, je ne savais pas »,* réagit le médecin. Il rectifie immédiatement en s'appuyant sur le mur du couloir. La cadre récupère ensuite le traitement sans difficulté.

Cette première situation souligne déjà l'importance d'une attention partagée autour des prescriptions et de la traçabilité. Elle met en évidence le rôle du cadre de santé dans l'anticipation des erreurs et de l'utilité des échanges directs pour prévenir des écarts. Elle contraste fortement avec la situation suivante, observée en CHV, où l'instabilité de l'équipe et le poids des habitudes fragilisent ces mécanismes de régulation.

La chirurgie viscérale (CHV) est un service de type « plateau-lits », regroupant plusieurs spécialités : chirurgie viscérale proprement dite, chirurgie urologique, chirurgie thoracique et

vasculaire. C'est l'un des plus grands services de l'établissement, avec une capacité d'accueil de 30 lits conventionnés, répartis en trois secteurs : secteur 1 et 2 (12 lits pour chaque secteur) et la rotonde (6 lits) ; auxquels s'ajoutent 2 lits mobiles. La rotonde est un secteur de surveillance rapprochée chirurgicale post-réanimation. L'activité de la CHV, comme celle des unités CHO/CHA, est majoritairement d'urgence, avec un programme opératoire. Les pathologies viscérales traitées incluent les hernies et éventrations, les appendicites et les pathologies de la vésicule biliaire, de l'intestin, du côlon et du foie, ainsi que les cancers digestifs. Les urologues interviennent sur des pathologies telles que les calculs rénaux, les cancers des voies urinaires, de la prostate et des testicules, les troubles de la miction et les infections urinaires. Enfin, la chirurgie vasculaire et thoracique prend en charge des interventions sur les artères, endovasculaires périphériques, les varices des membres inférieurs, les fistules artérioveineuses pour l'hémodialyse et les chirurgies pulmonaires.

Le service souffre d'une mauvaise réputation depuis de nombreuses années. Considéré comme difficile, il est marqué par des comportements conflictuels entre chirurgiens (trois spécialités cohabitent sans répartition claire des lits par spécialité), une organisation non formalisée et le non-respect des règles. Les équipes paramédicales, constamment confrontées à des imprévus, font preuve d'une adaptabilité et d'une autonomie importante pour assurer la continuité des soins. Ce contexte a entraîné un turnover élevé des soignants, ainsi que des cadres de santé (cinq en cinq ans). Le service a également été mobilisé à plusieurs reprises comme unité COVID (trois fois) ; ce qui a fragilisé encore davantage la dynamique d'équipe et l'organisation interne.

Lorsque j'étais cadre de santé en CHO/CHA, je collaborais étroitement avec le service de CHV. Depuis mon départ, ce service a accueilli une nouvelle cadre de santé, connue pour son caractère affirmé, dont les principaux objectifs sont de revoir les organisations et de rétablir du contrôle. Son profil a été choisi pour sa capacité à tenir tête à l'équipe chirurgicale. De par sa prestance et son rôle de « mama tahitienne », elle impose une certaine autorité. L'équipe paramédicale est composée de 29 agents : 12 IDE (6 titulaires et 6 ANT), 10 AS (9 titulaires et 1 ANT), 4 ASH titulaires et 3 secrétaires.

Le turnover s'est intensifié dans les semaines qui ont suivi mon passage, avec le départ de trois IDE titulaires. L'équipe est décrite comme pluriculturelle et intergénérationnelle. Tous les

agents possèdent une expérience en service d'hospitalisation de chirurgie. La cadre de santé les considère comme des soignants *« spécialisés. »*[128]

L'organisation reste peu formalisée. Les temps des visites médicales, organisées par spécialité, sont jugés désordonnés par les agents. Les transmissions entre équipes paramédicales, nécessaires pour assurer la continuité des soins, s'appuient sur une planification papier.





Photo 7: Service de chirurgie viscérale (CHV)

Le **1er décembre 2021**, un patient est sorti. La procédure impose que l'ordonnance nominative de stupéfiants soit clôturée. Pour cela, il faut compter le nombre de comprimés morphiniques donnés au patient et les comprimés restants. La somme des deux doit correspondre au nombre de comprimés délivrés par la pharmacie. Tout écart engage la responsabilité de l'IDE et du cadre de santé, ce qui peut entraîner des poursuites pénales assimilées à du trafic de drogue. Ces derniers temps, la CHV connaît un fort turnover au sein des équipes chirurgicales et paramédicales. Le patient avait été pris en soins, durant sa dernière semaine d'hospitalisation, par trois IDE du pool de remplacement de chirurgie et trois IDE ANT, tous nouveaux arrivants.

[128] Grille d'observation : CHV le 15 décembre 2022, p. 3

Y (un IDE du pool expérimenté) interpelle la cadre dans le couloir *« T c'est la merde, rien n'est plus suivi correctement, il manque des comprimés et en plus ce ne sont pas les bonnes étiquettes ».* T se rend immédiatement dans la salle de soins avec Y pour effectuer un double contrôle. T devient livide en constatant le nombre d'erreurs. Il apparaît que les agents ont utilisé les stupéfiants nominativement attribués à un patient pour un autre, car la pharmacie était fermée. La feuille de traçabilité du patient mentionne ainsi deux noms. Cette pratique n'est pas réglementaire, même en cas de prescription tardive.

T : *« attend on va regarder ».*

Les deux prescriptions nominatives ont bien été délivrées avec deux feuilles de traçabilité, mais la première n'a pas été clôturée avant l'ouverture du renouvellement, provoquant un cumul.

Après un décompte minutieux et une enquête menée par l'IDE pérenne et la cadre pendant deux heures, le cumul des deux prescriptions (même produit) correspond… enfin… presque… mais un comprimé manque.

T : *« Merde ! en plus ce ne sont pas les bonnes étiquettes (identité) »*

Y : *« On va éviter les emmerdes, je me souviens d'avoir clôturé celle de F qui est décédée ! on va mettre les bonnes étiquettes sur les mauvaises »*

T : *« Tu es sûr ?!!!»*

Y : *« On n'a vraiment pas le choix, sinon on va devoir aller aux flics justifier »*

T : *« Et puis, ce sont des nouvelles à la pharmacie, elles ne contrôleront pas aussi loin, elles regardent juste si ça correspond »*

Y : *« Ok et je rajoute celui qu'on ne retrouve pas »*

T : *« Vous faites chier à chaque fois qu'il y a des nouveaux c'est la merde ! Va falloir refaire une redite ! »,* s'exclame T en partant dans le couloir pour se rendre à la pharmacie.

Conséquences réelles	Conséquences potentielles	Réaction de la vigilance collective
Défaut de traçabilité et d'identitovigilance.	Risque juridique majeur (trafic de stupéfiant)	Alerte déclenchée par un IDE pérenne et double vérification immédiate avec la cadre de santé
Perte de temps et désorganisation	Perte de confiance dans l'organisation, risque de poursuite	Bricolage organisationnel pour éviter une procédure disciplinaire ; falsification informelle corrigée *in extremis*
Adoption de pratiques déviantes correctives.	Atteinte à la sécurité médicamenteuse	Réunion de service post-événement, affichage des procédures, binômage systématique instauré pour les nouveaux IDE
Turnover élevé empêchant la transmission	Isolement des nouveaux et surcharge des anciens	Constitution d'un noyau de vigilance à partir d'agents expérimentés soutenus par la cadre
Degré de vigilance collective observé : très hétérogène. La vigilance est ici portée par un petit noyau d'agents expérimentés mais non partagée à l'échelle de l'équipe. Elle se manifeste de manière ponctuelle, réactive, voire désespérée, dans un contexte où le turnover permanent des équipes empêche la construction d'une mémoire commune. Le recours à des pratiques déviantes signale une tentative de préservation de l'ordre mais hors des normes prescrites. Cela s'apparente à de l'adaptation.		

Tableau 28: Conséquences des erreurs de traçabilité (Auteur)

Dans cette situation, l'erreur a été repérée grâce à l'intervention de l'IDE pérenne du service, dont la connaissance approfondie des procédures et des contrôles a joué un rôle clé. Ce repérage est le fruit d'une vigilance individuelle exercée dans un environnement marqué par un turnover important, réduisant la continuité des transmissions, y compris les alertes informelles. Cependant, l'absence de transmission explicite (orale ou formelle) sur les alertes et les contrôles a révélé une faille dans la coordination. Celle-ci s'explique par le fait que la cadre de santé n'a pas renforcé ces pratiques en amont. Heureusement, l'obligation de contrôle hebdomadaire des produits a permis de détecter l'erreur et d'en identifier les causes, démontrant l'utilité des habitudes organisationnelles comme sécurité en cas de dysfonctionnement. Face à cette erreur, les deux protagonistes (IDE pérenne et la cadre de santé) ont opté pour des actions correctives informelles. Ils ont profité de l'absence de préparateurs expérimentés à la pharmacie pour improviser et bricoler, évitant ainsi de déclencher une procédure formelle lourde et intimidante. Ce contournement déviant des normes établies, illustre une forme de pragmatisme collectif pour limiter l'impact sur l'organisation tout en rétablissant un niveau de sécurité. Informée de la

situation, la cadre de santé a donné son aval aux mesures correctives et participé activement à leur mise en œuvre. Ce rôle de facilitatrice souligne une forme de souplesse managériale, qui favorise la résolution rapide et concertée des problèmes. Néanmoins, cette intervention met en exergue des manquements initiaux dans l'attention portée aux signaux faibles. Les répercussions sur l'organisation sont notables. L'identification et la résolution de cette erreur ont nécessité des actions chronophages, qui ont mobilisé plusieurs acteurs pour éviter des conséquences potentiellement graves. Toutefois, ces efforts montrent la capacité de l'équipe à agir ensemble pour anticiper les impacts organisationnels.

Dans un second temps, la cadre de santé a organisé une réunion de service pour sensibiliser l'ensemble de l'équipe à la gestion des stupéfiants et afficher la procédure correspondante. De plus, cette procédure a été intégrée au livret d'accueil en cours de rédaction pour les nouveaux arrivants. Des mesures supplémentaires ont été prises : les aides-soignantes (majoritairement pérennes) ont été formées pour repérer les anomalies liées aux stupéfiants afin de donner l'alerte en période de forte instabilité de l'équipe infirmière. Enfin, la cadre de santé a instauré une politique de binômage systématique pour les nouveaux IDE, les associant à un professionnel pérenne, qu'il s'agisse d'un IDE ou d'un AS pérenne.

La posture de la cadre de santé décrite comme une « mama tahitienne », incarne ici à la fois une autorité hiérarchique et relationnelle. Sa proximité, sa connaissance des codes et sa capacité à négocier plutôt que d'imposer, permettent une régulation souple et située. Cette approche, non prévue dans le rôle prescrit de la profession, peut favoriser l'expression de la vigilance collective dans des contextes instables, à condition d'être accompagnée par des dispositifs de régulation plus explicites.

Cette situation illustre la tension permanente entre les normes institutionnelles, garantes d'une sécurité standardisée, et les pratiques du terrain portées par les acteurs. La vigilance collective s'incarne ici dans un entre-deux. Elle n'est ni strictement procédurale, ni purement informelle. Elle s'actualise à travers des ajustements, des arbitrages et du réseautage. C'est cette capacité à composer avec la règle sans s'en l'oublier ou la rejeter qui rend possible une continuité des soins dans un environnement instable. La situation montre ainsi la façon dont une vigilance collective, bien qu'imparfaite au départ, peut se renforcer grâce à des actions correctives concertées, à des ajustements organisationnels et à une capitalisation sur les apprentissages issus de l'expérience. Elle revêt un caractère adaptatif au gré des événements apparaissant au

cours de l'action. Lorsque les transmissions s'effritent et que les repères normatifs ne suffisent plus, c'est l'appui du collectif et le rôle du cadre de santé (ici dotée d'un capital relationnel fort) qui permettent à l'équipe de restaurer une forme de sécurité dans l'action.

8.3 Une vigilance collective réparatrice

Ce bloc montre une vigilance collective différente, l'attention est davantage portée sur le patient en réaction à une attention déficitaire des agents portée sur la dynamique d'équipe et sur l'organisation. Le patient n'est jamais complètement absent des autres situations, il est toujours là, en toile de fond, mais ici il devient le point d'attention principal, celui autour duquel les agents se mobilisent. Ce dernier ensemble constitue un autre focal, plus directe, centrée sur la relation de soins elle-même. Nous relatons deux situations emblématiques dans lesquelles la vigilance collective s'organise autour du patient, révélant des formes d'attentions partagées orientées vers la sécurisation des parcours. Cette vigilance collective revêt un caractère réparateur.

La première situation est issue du logiciel de déclaration des événements indésirables, mettant en lumière une erreur d'administration médicamenteuse survenue lors de deux interventions ophtalmologiques au bloc opératoire. Cet environnement est caractérisé par une technicité élevée, des normes strictes et une organisation fortement protocolisée. L'incident, classé comme critique, nous a interpellé. La deuxième situation, se déroule en chirurgie orthopédique et traumatologique. Elle montre les défis liés à l'organisation de la sortie et à la continuité des soins pour un patient originaire d'une île des Tuamotu. Ici, nous intervenons directement en tant que cadre de santé, prenant une part active dans la gestion des événements rencontrés. Ce contexte, bien qu'ancré dans une routine de prise en soins classique, se révèle complexe du fait de la coordination nécessaire entre les acteurs.

8.3.1 Une erreur médicamenteuse au bloc opératoire

Encadré méthodologique : Cette situation a été repérée via le logiciel qualité ENNOV, puis approfondie par un entretien semi-directif mené auprès du cadre de santé du bloc opératoire. Mon positionnement était celui d'un observateur extérieur en analyse rétrospective.

Le bloc opératoire a été conçu pour fonctionner avec douze salles d'intervention. Celles-ci n'ont jamais été opérationnelles en même temps. Lors des périodes de pleine activité, seules huit salles sont ouvertes. Un projet d'ouverture d'une neuvième salle était à l'étude. Le bloc opératoire du CHPf accueille toutes les disciplines chirurgicales. Il est considéré comme un bloc de dernier recours. Ses activités principales regroupent des interventions programmées et/ou urgentes, et il est ouvert 24h sur 24h et 7 jours sur 7. Dans le système de santé public de Polynésie française, deux autres blocs beaucoup plus modestes se trouvent dans les hôpitaux de Uturoa et Nuku-Hiva. Ils assurent les urgences en fonction de la présence chirurgicale sur place. Cependant, la grande majorité de l'activité chirurgicale, qu'elle soit programmée ou urgente, est absorbée par le CHPf.



Image 21: Plan du bloc opératoire central

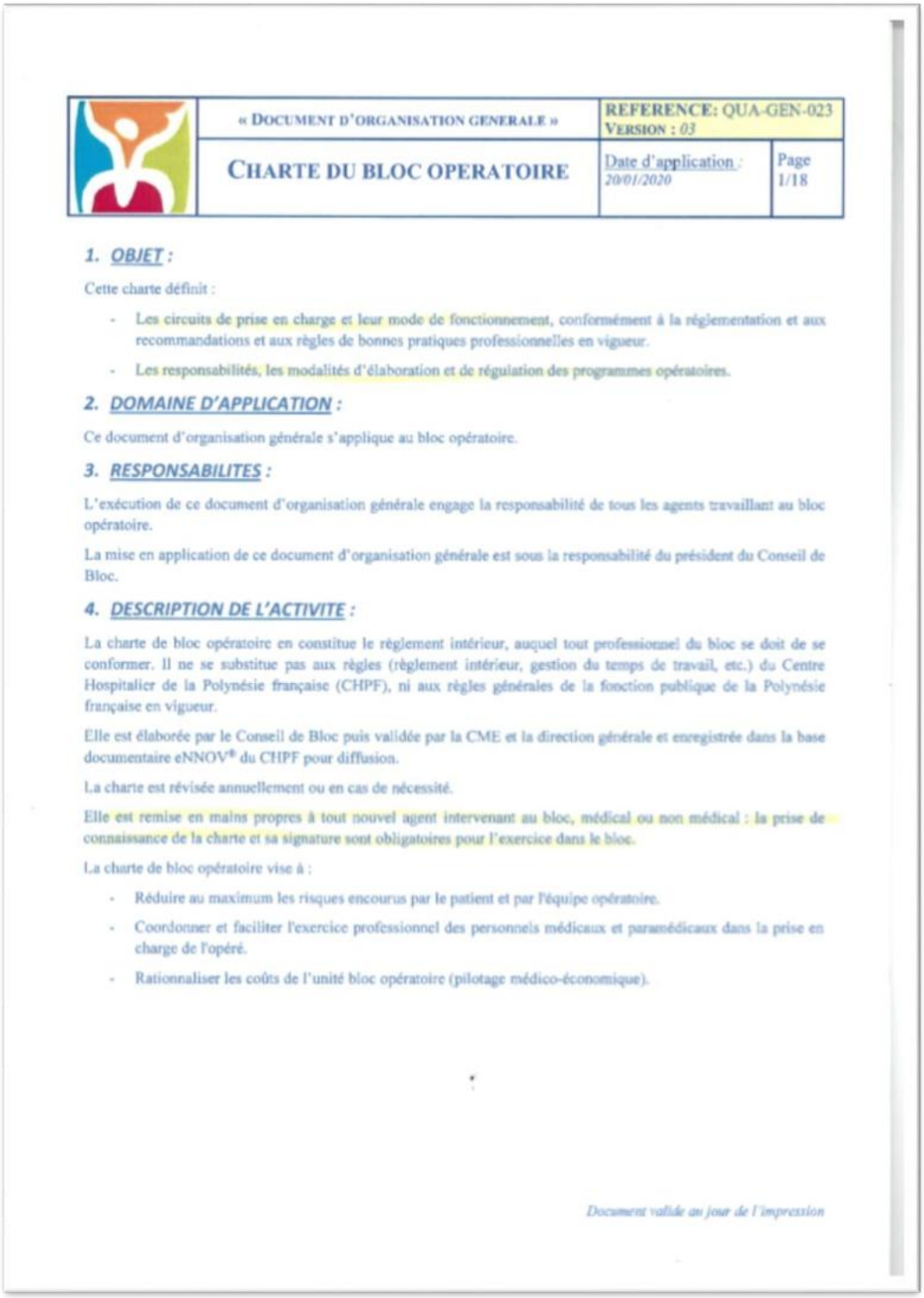
Au niveau managérial, deux à trois lignes hiérarchiques ont été mises en place entre 2010 à 2022, structurées comme suit :

- un cadre de santé chargé de la gestion des salles d'intervention et des IBODE,
- un cadre de santé responsable de la salle de réveil et des IADE,
- un régulateur, gestionnaire des flux patients et des interventions, qui assure aussi le management des AS, ASH et des brancardiers.

L’équipe d’encadrement de proximité est placée sous la responsabilité d’un cadre supérieur de santé. Le bloc opératoire est doté d’une instance décisionnelle appelée « conseil de bloc » et fonctionne selon une charte. Les corpus médicaux et paramédicaux y sont représentés et bénéficient de droits décisionnels équivalents.

C’est également un environnement dit « normé », répondant à des critères stricts de fonctionnement. Les salles d’intervention ne peuvent être ouvertes qu’en présence de personnel qualifié.

Depuis quelques années, les encadrements qu’ils soient de proximité ou supérieur, rencontrent des difficultés entrainant une dissolution progressive du collectif de travail, une augmentation du turnover et des dysfonctionnements organisationnels majeurs, bien que sans effondrement complet. Les fiches de poste ne sont pas clairement définies, et les rôles et missions de chacun sont flous. Ces manques ont généré des luttes de pouvoir, des clivages entre professions, et origines, des glissements de tâches, ainsi que des passe-droits pour certains agents. En mai 2022, un nouveau cadre supérieur venu de métropole et ayant une expérience significative dans la restructuration de blocs opératoires, est nommé. Il a opté pour un encadrement de proximité unicéphale, c’est-à-dire, un cadre de santé chef de bloc opératoire en charge de la gestion plénière du service. J’ai pris mes fonctions à ce poste en août 2022.



« DOCUMENT D'ORGANISATION GENERALE »

REFERENCE: QUA-GEN-023
VERSION : 03

CHARTE DU BLOC OPERATOIRE

Date d'application : 20/01/2020

Page 1/18

1. OBJET :

Cette charte définit :

- Les circuits de prise en charge et leur mode de fonctionnement, conformément à la réglementation et aux recommandations et aux règles de bonnes pratiques professionnelles en vigueur.
- Les responsabilités, les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.

2. DOMAINE D'APPLICATION :

Ce document d'organisation générale s'applique au bloc opératoire.

3. RESPONSABILITES :

L'exécution de ce document d'organisation générale engage la responsabilité de tous les agents travaillant au bloc opératoire.

La mise en application de ce document d'organisation générale est sous la responsabilité du président du Conseil de Bloc.

4. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE :

La charte de bloc opératoire en constitue le règlement intérieur, auquel tout professionnel du bloc se doit de se conformer. Il ne se substitue pas aux règles (règlement intérieur, gestion du temps de travail, etc.) du Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF), ni aux règles générales de la fonction publique de la Polynésie française en vigueur.

Elle est élaborée par le Conseil de Bloc puis validée par la CME et la direction générale et enregistrée dans la base documentaire eNNOV® du CHPF pour diffusion.

La charte est révisée annuellement ou en cas de nécessité.

Elle est remise en mains propres à tout nouvel agent intervenant au bloc, médical ou non médical : la prise de connaissance de la charte et sa signature sont obligatoires pour l'exercice dans le bloc.

La charte de bloc opératoire vise à :

- Réduire au maximum les risques encourus par le patient et par l'équipe opératoire.
- Coordonner et faciliter l'exercice professionnel des personnels médicaux et paramédicaux dans la prise en charge de l'opéré.
- Rationnaliser les coûts de l'unité bloc opératoire (pilotage médico-économique).

Document valide au jour de l'impression

Image 22: Charte du bloc opératoire du CHPf

Le bloc opératoire est un service stratégique, à la fois générateur de profits et vitrine de l'établissement hospitalier. La commande institutionnelle est simple et claire : le bloc doit fonctionner et être performant, tout en garantissant une qualité et une sécurité maximale des

soins pour la population polynésienne. La maquette organisationnelle des ressources humaines est établie comme suit :

Professions	Nombre de postes
Infirmier de bloc opératoire Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état	38 dont 6 ANT et 9 non occupés
Infirmier anesthésiste diplômé d'état	29 dont 6 ANT
Aides-soignants et aides-techniques	7 titulaires
Agent de service hospitalier	8 titulaires
Brancardiers	8 titulaires

Tableau 29: Effectifs du bloc opératoire central (Auteur)

Les AS, les ASH et les brancardiers ne sont pas affectés par un turnover significatif. Leur stabilité s'explique principalement par la prévalence d'un statut majoritairement titulaire et local. Les départs sont liés à des absences prolongées. Les IADE, quant à eux, connaissent un turnover maîtrisé. Bien qu'une majorité provienne de métropole, ils restent pérennes grâce à leur titularisation. Le recours aux agents « sac-à-dos » permet de combler les absences temporaires (mise en disponibilité, arrêt longue maladie). Les IADE sont poly-compétents, autonomes, force de proposition et jouissent d'une image positive. Ils sont également très soutenus par les médecins anesthésistes-réanimateurs, qui s'impliquent activement dans leur formation. Chaque équipe paramédicale d'intervention en salle d'opération est constituée au minimum, d'un IADE, de deux IBO/DE (dont un instrumentiste/aide opératoire travaillant au plus près du chirurgien, et un circulant chargé de la traçabilité, la préparation, et de l'évacuation du matériel). Les IBO/IBODE, en revanche, connaissent un turnover non maîtrisé depuis de nombreuses années. Cette situation est exacerbée par une pénurie nationale de cette spécialité, qui demeure peu attractive. La profession souffre d'une image péjorative (*« serveuse de chirurgien » « compteuse de compresses »*) et d'un manque de reconnaissance de leurs savoir-faire et expertises.

Vignette informative

Le métier d'infirmier de bloc opératoire a connu d'importantes évolutions ces dernières années. Historiquement, les chirurgiens étaient assistés de « panseuse », qui les aidaient durant les interventions. Les « panseuses » pouvaient être leur épouse, leur secrétaire ou une infirmière. Pour accompagner la professionnalisation de cette profession, le gouvernement métropolitain s'est appuyé sur les compétences fondamentales des infirmiers pour structurer un cadre réglementaire : *« jusqu'à présent y'avait pas d'obligation d'être IBODE pour travailler dans un bloc opératoire »* (Cadre de santé, entretien du 23/12/21).

Une formation spécifique a été mise en place pour reconnaître officiellement le métier d'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État (IBODE). D'une durée de 18 mois, elle alterne enseignements théoriques et stages pratiques. Ce cursus correspond au grade master et est accessible aux infirmiers par voie de concours.

À côté de cette professionnalisation, subsiste le statut d'Infirmier de Bloc Opératoire (IBO), désignant un infirmier généraliste exerçant un bloc opératoire sans avoir suivi la formation diplômante. Il s'agit souvent de jeunes diplômés en début de carrière, inscrit dans un parcours professionnel leur permettant d'acquérir l'expérience requise pour accéder à la formation IBODE. En revanche, l'ancienne génération ne souhaite pas accéder à la formation en raison de son expérience : *« Ils ont pris de l'âge et, comme la formation n'était pas obligatoire auparavant, ils ont accumulé suffisamment d'expérience pour travailler dans de bonnes conditions. De ce fait, ils ne perçoivent pas l'intérêt de suivre la formation »* (Cadre de santé, entretien du 23/12/21).

L'équipe des IBO/DE est instable pour diverses raisons :

- un turnover non anticipé et non maitrisé,
- une difficile pérennité de l'équipe en raison de l'origine majoritairement métropolitaine des professionnels,
- une expertise de certaines techniques détenue par les agents « sac-à-dos » et non transmise (volontairement et/ou non valorisée),
- des départs liés à des comportements inadaptés de certains chirurgiens en salle,

- une perte de confiance dans l'encadrement, particulièrement lors de la crise COVID-19,
- des individualités s'octroyant des privilèges au détriment des autres (informations, système de garde et d'astreintes).

Lorsque j'ai quitté le service, soit 3 mois après ma prise de fonction, 9 postes sur 38 restaient vacants. Les difficultés de recrutement dans cette catégorie sont multifactorielles :

- absence de formations IBODE sur le territoire,
- difficulté d'accès au financement pour 24 mois de formation continue en métropole,
- absence de représentant de l'encadrement dans les jurys des concours d'intégration de la fonction publique territoriale (FPT), entraînant la sélection de profils non conformes aux valeurs du bloc opératoire,
- réputation entachée par l'historique de l'unité (comportements déviants, mauvaise ambiance, mauvaise gestion des ressources humaines),
- pénurie nationale de ce métier.

Ce contexte, bien connu depuis de nombreuses années, avait déjà été relaté par mon prédécesseur lors d'un entretien semi-directif. Le bloc opératoire souffre de graves difficultés organisationnelles impactant la qualité et la sécurité des soins, auxquelles s'ajoutent des tensions relationnelles entre les corps de métiers.

À présent que le contexte général est posé, je vais revenir sur l'événement indésirable déclaré à partir d'un événement indésirable lié à un turnover) via le logiciel qualité ENNOV. Cette déclaration, a été effectuée par l'ancien cadre de santé du bloc opératoire, lui-même IBODE de formation initiale antérieurement à mon arrivée. Cette situation m'a particulièrement intéressé en raison de la nature des faits et des acteurs impliqués. Elle m'a offert l'occasion de rencontrer le cadre de santé et de l'inviter à un entretien semi-directif exploratoire.

Les faits se déroulent dans un contexte de tension en ressources humaines, pour des raisons déjà explicitées. Le cadre de santé du bloc peine à recruter des IBODE ou des IBO *« et bien parce il n'y en a pas ! »* (Cadre de santé, entretien du 23/12/21). Il doit composer les binômes en salle d'intervention selon plusieurs critères :

- les compétences techniques et expérientielles, et le niveau de formation,
- la connaissance de l'organisation du bloc opératoire,

- la connaissance des habitudes des chirurgiens et de la spécialité,
- la résistance à la pression et au stress.

Le turnover non maîtrisé du bloc opératoire ne permet pas de stabiliser les compétences et d'assurer une transmission optimale et efficiente des savoirs. Cette tâche complexe de calibrage des binômes est d'autant plus difficile dans un bloc opératoire dit polyvalent, où chaque salle d'intervention doit pouvoir être opérationnelle pour n'importe quelle spécialité.
Le cadre de santé explique : *« Nous sommes calibrés pour un certain nombre de personnes par salle, et chaque salle nécessite des compétences adaptées aux spécialités pratiquées. Par exemple, si une salle est initialement dédiée à la chirurgie viscérale mais qu'un créneau se libère et que les orthopédistes en ont besoin, il est possible que deux interventions viscérales soient suivies de deux interventions orthopédiques. Dans ce cas, je dois m'assurer que le personnel en place possède les compétences nécessaires pour couvrir les deux spécialités. »* (Cadre de santé, entretien du 23/12/21).

Description de l'événement[129]

Ce vendredi 10 décembre, 7 patients sont programmés en ophtalmologie : 5 patients pour une chirurgie de cataracte et 2 patients pour une IVT.
L'équipe d'IDE est composée de deux nouvelles personnes en ophtalmologie [redacted] qui était infirmier de bloc dans un centre privé d'ophtalmie à Nantes et [redacted] spécialisée en orthopédie et qui n'a jamais fait d'ophtalmologie. [redacted] a pas instrumenté de chirurgie depuis son arrivée au bloc récente. Ce matin, il s'est habillé pour instrumenter chaque chirurgie et [redacted] préparait le matériel, sans avoir été formée avant.

En fin de chirurgie de cataracte du premier patient, il est apparu un œdème de cornée, se traduisant par une opacification de cornée qui est normalement transparente. Cette complication est rare, la cause la plus fréquente est l'utilisation s'ultrasons de manière importante chez un patient ayant une cornée pathologique (cornea guttata). Or, cette pathologie n'avait pas été notée à l'examen pré opératoire, et le temps ultrasons a été bref pendant la chirurgie. Le matériel utilisé à été vérifié (coloration au …, gel de xylocaine) et ne comportait pas d'erreur à première vue.

[129] Pour des raisons de lisibilité, le document a été réécrit à l'identique pour ne pas dénaturer la façon dont les faits ont été rapportés par les protagonistes. Le document original est présent en annexe 4

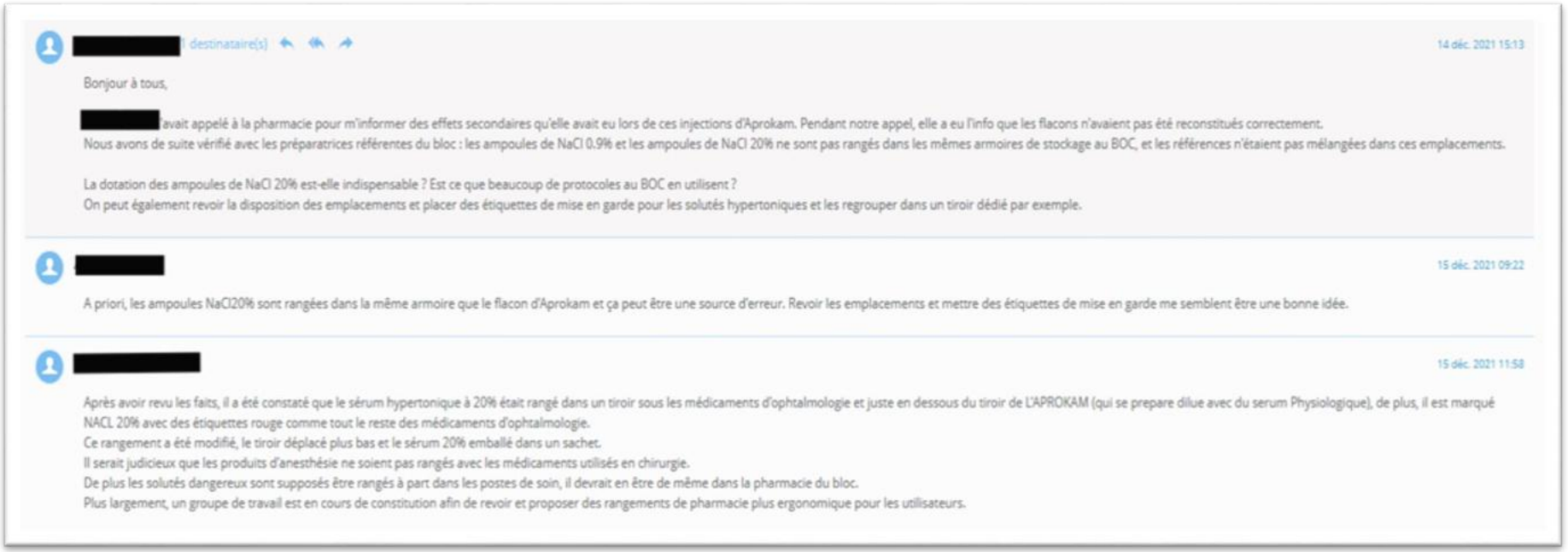
Lors de ma deuxième chirurgie, un œdème de cornée majeur est apparu en quelques secondes lors de l'injection d'Aprokam (geste réalisé en fin de chirurgie). La chambre antérieur de l'œil a immédiatement été rincée par du BSS. Après une nouvelle enquête, il s'est que l'aprokam a été préparé par une dilution de 5cc de chlorure de sodium 20% et non pas avec du chlorure de sodium 0.9%. Le cahier de préparation de matériel ne précisait pas quelle était la dilution du NaCl à utiliser pour la préparation d'Aprokam.

Les deux patients ont été examinés en post opératoire immédiat : la première patiente présentait une hypertonie oculaire et un œdème de cornée et a du être hospitalisée pour un traitement hypotonisant IV en urgence et des injections sous conjonctivales de Celestene quotidienne. Le deuxième présentait un œdème de cornée sans hypertonie. Un œdème de cornée toxique peut responsable d'une perte visuelle nécessitant une greffe endothéliale. Cette chirurgie n'est pas pratiquée sur le territoire et nécessite un Evasan en métropole.

Cette erreur de préparation de matériel nous amène à repenser l'organisation du bloc opératoire. 2 IDE nouveaux au bloc ne peuvent assurer le travail d'une matinée de chirurgie sans formation préalable ([redacted] n'a aucune formation et [redacted] n'avait pas encore instrumenté une chirurgie de cataracte) ni sans séniorisation par une personne compétente.

Depuis le reprise du bloc programmé, il y a eu plusieurs jours om la personne en formation était seule avec une personne spécialisée en ophtalmo. Celle-ci étant habillée en stérile, elle n'a ni les moyens ni le temps de lui apprendre quoi que ce soit sur notre spécialité. Les matinées opératoires d'ophtalmologie ont un rythme soutenu, les chirurgies sont rapides et il y a en plus de la salle 10, des patients à préparer pour les IVT dans une deuxième salle. Deux aides opératoires formées en ophtalmologie sont un minimum et si une personne est en cours de formation, elle devrait être comptée en plus.

Tableau 30: Déclaration d'un événement indésirable au bloc opératoire


[redacted] [redacted] destinataire(s)

14 déc. 2021 15:13

Bonjour à tous,

[redacted] avait appelé à la pharmacie pour m'informer des effets secondaires qu'elle avait eu lors de ces injections d'Aprokam. Pendant notre appel, elle a eu l'info que les flacons n'avaient pas été reconstitués correctement.
Nous avons de suite vérifié avec les préparatrices référentes du bloc : les ampoules de NaCl 0.9% et les ampoules de NaCl 20% ne sont pas rangés dans les mêmes armoires de stockage au BOC, et les références n'étaient pas mélangées dans ces emplacements.

La dotation des ampoules de NaCl 20% est-elle indispensable ? Est ce que beaucoup de protocoles au BOC en utilisent ?
On peut également revoir la disposition des emplacements et placer des étiquettes de mise en garde pour les solutés hypertoniques et les regrouper dans un tiroir dédié par exemple.

[redacted]

15 déc. 2021 09:22

A priori, les ampoules NaCl20% sont rangées dans la même armoire que le flacon d'Aprokam et ça peut être une source d'erreur. Revoir les emplacements et mettre des étiquettes de mise en garde me semblent être une bonne idée.

[redacted]

15 déc. 2021 11:58

Après avoir revu les faits, il a été constaté que le sérum hypertonique à 20% était rangé dans un tiroir sous les médicaments d'ophtalmologie et juste en dessous du tiroir de L'APROKAM (qui se prepare dilue avec du serum Physiologique), de plus, il est marqué NACL 20% avec des étiquettes rouge comme tout le reste des médicaments d'ophtalmologie.
Ce rangement a été modifié, le tiroir déplacé plus bas et le sérum 20% emballé dans un sachet.
Il serait judicieux que les produits d'anesthésie ne soient pas rangés avec les médicaments utilisés en chirurgie.
De plus les solutés dangereux sont supposés être rangés à part dans les postes de soin, il devrait en être de même dans la pharmacie du bloc.
Plus largement, un groupe de travail est en cours de constitution afin de revoir et proposer des rangements de pharmacie plus ergonomique pour les utilisateurs.

Image 23: Commentaires relatifs à la déclaration d'événement indésirable au bloc opératoire

La situation se déroule dans la salle d'intervention d'ophtalmologie. Cette spécialité prend en soins un grand nombre de patients relevant, pour la plupart, d'un parcours ambulatoire. Les interventions s'enchaînent rapidement.
Le binôme paramédical pour l'intervention est composé comme suit :

- une IBODE, formée sur l'ensemble des spécialités chirurgicales grâce à sa formation initiale, arrivée sur le territoire depuis six mois ;
- une IDE, arrivée sur le territoire il y a deux semaines, avec dix ans d'expérience en ophtalmologie.

Le cadre positionne l'IBODE en circulante (elle prépare, passe le matériel, veille aux problèmes techniques et assure la traçabilité durant l'intervention) et l'IDE en aide-opératoire (elle assiste le chirurgien pendant l'intervention en tant que deuxième paire de mains) : *« L'IBODE était circulante tandis que l'infirmier, qui avait une solide expérience en ophtalmologie, était habillé en stérile, ce qui me semble être la meilleure configuration possible. Parce que s'il fallait aller chercher du matériel, il aurait été gêné par sa méconnaissance des rangements et de l'architecture du bloc. En revanche, pour assister à l'intervention, il maîtrisait parfaitement les gestes et les spécificités de la spécialité. L'équipe était donc bien répartie, sans difficulté majeure. De plus, en tant qu'IBODE, elle est censée faire preuve d'une rigueur accrue et posséder une connaissance approfondie et précise du matériel chirurgical. »* (Cadre de santé, entretien du 23/12/21).

Tout en respectant les compétences de chacun, le cadre de santé tente d'accompagner les nouveaux arrivants en les positionnant dans une seule spécialité pour qu'ils prennent leurs marques. Ils sont binômés avec un ancien de bloc ou un agent expérimenté pour faciliter les échanges et le partage : *« Il y a toute la phase de préparation avant l'intervention, avec les multiples vérifications et l'installation de la salle. Ensuite, vient la phase post-intervention, qui comprend le rangement, la remise en état de la salle et la préparation de l'intervention suivante. Durant ces temps intermédiaires, les membres de l'équipe échangent, discutent et partagent leurs expériences. »* (Cadre de santé, entretien du 23/12/21).

Ainsi, le cadre met un place un système d'alerte pour s'assurer du niveau des agents en salle : *« J'essaie au maximum d'être attentif, mais ce n'est pas évident de tout surveiller dans un bloc opératoire de cette envergure, avec ses 12 à 13 salles. Il est impossible d'être partout en même temps, il faut donc pouvoir compter sur d'autres personnes pour faire attention […] Ce sont*

généralement des personnes plus impliquées dans le travail, qui viennent spontanément signaler un problème, en disant : « Écoute, là, il y a un souci, ça ne va pas ». » (Cadre de santé, entretien du 23/12/21).

Lors des interventions, un mélange antibiotique est préparé pour être appliqué sur le site opératoire, à savoir l'œil. Le patient est anesthésié localement et reste conscient de tout ce qui se passe dans la salle opératoire. Le mélange est préparé avec ce que l'IBODE croit être du sérum physiologique standard. C'est une solution neutre qui permet de diluer les médicaments injectables. Au bloc opératoire, il existe deux formes de sérum physiologique : le sérum standard pour la dilution et le sérum hypertonique, plus concentré que son homologue et qui a des conséquences sur l'équilibre ionique du corps. Le chirurgien applique la solution sur l'œil du premier patient. L'intervention se termine, et le patient est orienté dans la salle de réveil pour une surveillance post-opératoire.

Le deuxième patient entre en salle pour subir la même intervention, selon le même protocole. L'IBODE prépare à nouveau la solution, et le chirurgien applique. Cette fois-ci, l'œil du patient réagit en gonflant anormalement, alertant les opérateurs : un œdème de la cornée se forme. En réponse à cette alerte, l'IBODE vérifie les ampoules et découvre son erreur : elle a confondu les deux solutés. Des mesures correctives sont immédiatement prises pour éviter que le patient perde son œil. L'équipe de la salle de réveil est alertée pour prendre en soins le premier patient. Les deux patients resteront hospitalisés une journée et une nuit pour surveillance.

L'incident est déclaré et le cadre de santé organise un retour d'expérience pour comprendre les facteurs déclencheurs. Plusieurs facteurs sont identifiés :

- La pression et la charge de travail : *« Il faut du temps pour s'habituer aux rangements, aux habitudes du service et aux attentes des chirurgiens. L'ophtalmologie est une spécialité sous forte pression en raison du nombre important de patients à opérer et des programmes très chargés. On y attend des soignants qu'ils ne perdent pas de temps et qu'ils travaillent avec rapidité et efficacité. »* (Cadre de santé, entretien du 23/12/21).
- Le rangement du matériel : *« Le rangement du matériel a soulevé une problématique, notamment avec le sérum physiologique hypertonique, qui était stocké juste en dessous de l'antibiotique. Ainsi, l'infirmière a d'abord pris l'antibiotique, refermé le tiroir, puis,*

voyant un autre tiroir en dessous contenant du NaCl[130], l'a pris instinctivement et l'a intégré à son matériel. ». (Cadre de santé, entretien du 23/12/21).

- La fatigue de l'IBODE, qui était en heures supplémentaires pour pallier l'absentéisme.

Le cadre reconnaît la gravité de l'erreur et estime qu'elle *« aurait franchement pu être évitée facilement »* (Cadre de santé, entretien du 23/12/21). Plusieurs actions correctives sont mises en place pour éviter que ce type d'incidents ne se reproduisent. Au niveau du management : un retour d'expérience est mené pour d'identifier les sources d'erreurs. L'IBODE ne retournera pas en ophtalmologie *« je ne la mets plus en ophtalmologie pour ne pas la traumatiser davantage…* » (Cadre de santé, entretien du 23/12/21). Au niveau de l'organisation : les rangements sont revus, mais aucune action sur le turnover et/ou les équipes n'est engagée. Enfin, au niveau des patients : un traitement à base de cortisone leur est administré immédiatement et ils restent hospitalisés 24 heures pour une surveillance rapprochée. Si ces actions correctives témoignent d'une réaction rapide et structurée, aucune réflexion collective de l'événement n'est organisée. Ce qui limite l'intégration de cette expérience à la mémoire collective du service. Le cadre de santé agit en soutien mais son action demeure isolée et il ne capitalise pas sur un apprentissage organisationnel.

Le cadre de santé tente de pérenniser son équipe, en mettant l'intégralité des postes à la vacance lors du concours d'intégration de la fonction publique (qui n'avait pas encore eu lieu au moment de l'entretien). Lorsqu'il intègre des infirmiers jeunes diplômés sortant de l'institut de formation de Tahiti, il exprime ses difficultés à les envoyer en formation, en raison du cadre réglementaire contraignant pour l'accession à la promotion professionnelle, qui impose une titularisation de trois ans. Ce frein limite la pérennité de l'emploi, la montée en compétence et la professionnalisation des agents et de l'équipe.

[130] Chlorure de sodium, solution de dilution.

Conséquences réelles	Conséquences potentielles	Réaction de la vigilance collective
Hospitalisation prolongée, stress important pour l'équipe et les patients	Risque de perte de l'œil	Détection de l'erreur par l'IBODE elle-même, signalement immédiat à l'équipe de salle de réveil
Image négative et surcoût	Risque de contentieux, atteinte à la sécurité des soins	Organisation d'un retour d'expérience par le cadre, sécurisation immédiate du rangement du matériel, relai oral renforcé par les agents expérimentés
Tension interprofessionnelle implicite	Risque de perte de confiance dans les binômes, repli individuel	Transmission informelle renforcée (interpellations, affichage, rétroactions) dans les espaces de soins, diffusion des apprentissages issus des vagues précédentes
Degré de vigilance collective observé : modéré à fort en réaction, mais insuffisant en anticipation. Une vigilance collective qui ne s'est pas suffisamment manifestée en amont mais qui s'est activée fortement *a posteriori* par le relais d'agents expérimentés. La construction de la réponse repose sur des dynamiques de mémoire technique partagée et de circulation informelle de l'expérience.		

Tableau 31: Conséquences de l'erreur médicamenteuse (Auteur)

Le bloc opératoire est régi par une réglementation rigoureuse, particulièrement en matière d'hygiène et d'organisation. L'accès aux locaux est strictement contrôlé et la circulation est régulée par des couloirs principaux dont les fonctions sont précisément définies. Ces contraintes normatives façonnent profondément les dynamiques sociales et communicationnelles entre les agents : ne rentre pas qui veut au bloc opératoire et ne circule pas comme chacun l'entend.





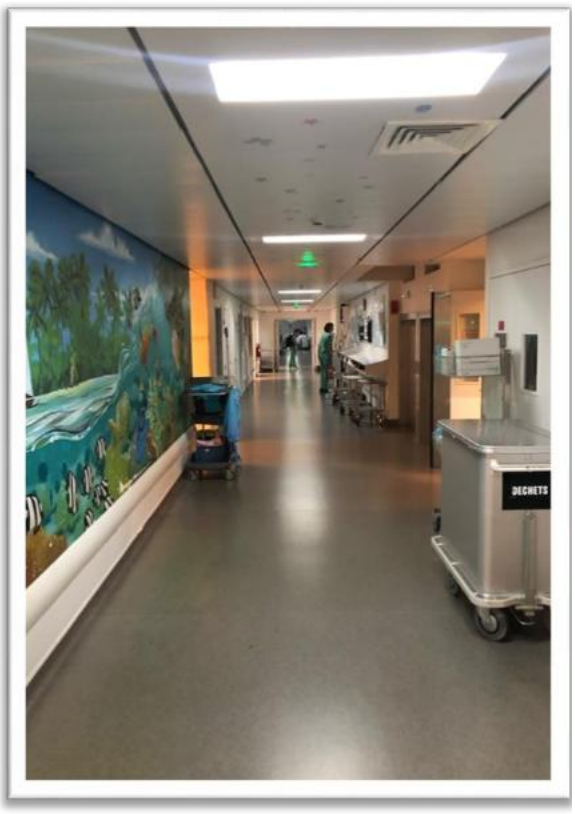


Photo 8: Couloirs du bloc opératoire central

Ce service se distingue par une culture normée, où la communication formelle prédomine largement : affichages, courriers électroniques, notes de service et réunions de services constituent les principales voies de transmission des informations. En revanche, la communication informelle, propice à des échanges spontanés, décontractés et non hiérarchisés, est limitée à des espaces situés en dehors du bloc opératoire lui-même. Ainsi, la terrasse où se retrouvent les fumeurs représente l'un des rares lieux de détente et d'interactions informelles, et de lien avec les agents de réanimation (le service voisin).

Scène de service au bloc opératoire

Nous sommes jeudi, un chirurgien est connu pour son comportement agressif au bloc. D'ailleurs, une IBODE a fini par demander une mise en disponibilité pour se reconvertir après de nombreuses altercations avec lui (antérieures à mon arrivée), sans jamais signaler ces incidents à la hiérarchie. Ce jour-là, ce chirurgien doit réaliser un pontage artériel sur la jambe droite d'un patient.

Après une réunion à la direction, je sors prendre l'air sur la terrasse. Deux IBODE fument et discutent.
IBODE : *« Tu as entendu ce qui s'est passé avec X aujourd'hui ? »*
Moi : *« Non, qu'est-ce qu'il a encore fait celui-là ? »*
IBODE : *« Ils se sont plantés de côté à l'anesthésie »*
Moi : *« Quoi ??? »*
IBODE : *« Oui apparemment C, l'IADE n'a pas bien vérifié le côté à anesthésier et le MAR (médecin anesthésiste réanimateur) non plus ou y'avait discordance entre le dossier et OPERA (logiciel du bloc opératoire) … bref je ne sais plus… Du coup, la jambe anesthésiée était la mauvaise du coup ils ont endormi la deuxième.*
Et puis X est arrivé, ils l'ont averti, et il aurait dit « ce n'est pas grave je vais en profiter pour amputer son orteil nécrosé. »
Je suis choqué. Le patient n'était même pas au courant qu'on allait lui amputer l'orteil. Cadeaux ! Deux pour le prix d'un…
Moi : *« L'incident a été déclaré ? »*
IBODE : *« Bah bien sûr que non, ils vont s'autocouvrir, X ne dira pas que l'anesthésiste c'est planté et l'anesthésiste ne dira rien sur le geste de P. Ils se tiennent par les couilles. »*

J'interpelle discrètement les agents présents durant l'intervention, dès que je les croise dans les couloirs du bloc, pour essayer de comprendre ce qui s'est réellement passé. Tous minimisent l'incident ou restent volontairement flous. Aucune déclaration n'a été faite et faute d'éléments factuels solides, je n'ai pas pu en établir moi-même.

Le cadre physique du bloc ne favorise pas les interactions entre les agents. Les deux offices de repos, par exemple, sont distincts et occupés de manière différente selon le profil des agents, renforçant un clivage perceptible au sein de l'équipe. Ce clivage se manifeste dans l'appropriation des espaces selon les origines et les fonctions des agents. Les équipes composées majoritairement d'agents métropolitains pour les postes de responsabilité (IBODE, IADE, médecins anesthésistes réanimateurs, chirurgiens) et d'agents polynésiens pour les fonctions de brancardier, d'aide-soignant et de femme de ménage, se mélangent difficilement.

Scène de service

Dès ma prise de fonction au bloc opératoire, un détail me frappe : la configuration des salles de repos. La séparation est flagrante : d'un côté, une salle tahitienne, de l'autre, une salle *popa'ā*[131]. Toutefois, quelques *popa'ā*[132] viennent dans la salle tahitienne.

Nous discutons : *« Je ne vais pas dans l'autre, elles ne font que se plaindre et critiquer Pierre, Paul et Jacques » « Ah non ici c'est calme et on rigole ».*

Intrigué, je demande aux agents polynésiens pourquoi ils ne se mélangent pas : *« c'est elles qui ne veulent pas, elles n'aiment pas l'odeur de notre mā'a*[133] *le matin ces farani*[134] *là. » « On ne va pas se prendre la tête au moins là on mange ce qu'on veut »* (levée des yeux au ciel en signe d'affirmation). Je n'en saurai pas plus. J'observe néanmoins que, lorsque les polynésiens sont en présence des *popa'ā*[135]*,* ils restent silencieux ou s'éclipsent discrètement.

[131] Blanc en *reo ma'ohi*
[132] *Idem*
[133] Nourriture en *reo ma'ohi*
[134] Français en *reo ma'ohi*
[135] Blanc en *reo ma'ohi*



Photo 9: Configuration des salles de repos (à gauche « polynésienne », à droite « popa'ā[136] », en bas le couloir de séparation

Les tensions entre les groupes ne s'expriment pas ouvertement mais se traduisent par des comportements implicites, par exemple les agents polynésiens, même s'ils circulent librement entre les espaces internes et externes du bloc, se retrouvent dans des espaces distincts, peu accessibles aux autres. Ce silence apparent, que j'ai remarqué dans d'autres contextes, ne doit

[136] Blanc en *reo ma'ohi*

pas être interprété comme un manque d'opinion ou de ressentiment mais comme une expression de résignation. Cette posture s'enracine dans un fatalisme selon lequel leur capacité d'agir sur la situation est limitée. La configuration même du bloc opératoire, marquée par un rythme soutenu et une rationalisation du temps opératoire via le logiciel OPERA, impose une ambiance de travail exigeante, centrée sur l'efficacité et la concentration. Les interactions dans les couloirs sont physiquement possibles mais restent rares, car les espaces de passage sont dédiés à la circulation et non à l'échange informel.

Au bloc opératoire, les marges de sécurité ne reposent pas uniquement sur les procédures écrites. En Polynésie française, les ajustements passent par une attention partagée entre les tâches et l'action (un échange de regard, une remarque informelle, le partage d'un souvenir). La parole formelle tend à être différée, surtout dans les environnements marqués par la hiérarchie, la pression temporelle et le respect tacite de l'autorité médicale. L'erreur n'a pas été immédiatement signalée par un collègue et l'alerte a reposé sur l'auto-contrôle de l'IBODE face à la réaction clinique. Ce fonctionnement souligne à la fois la charge assumée individuellement par certains agents et l'absence d'une vigilance collectivement distribuée à ce moment-là.

Cet incident révèle un dysfonctionnement majeur de la vigilance collective au bloc opératoire. Contrairement aux autres situations décrites dans ce chapitre, les mécanismes d'autorégulation et d'interaction spontanées, nécessaires à l'opérationnalisation de la vigilance collective, peinent à s'instaurer. Ce constat met en exergue plusieurs facteurs clés :

- la composition de l'équipe et l'équilibre des profils : l'hétérogénéité de l'équipe, tant sur le plan des fonctions que des origines culturelles, crée des tensions implicites. Ces tensions non exprimées mais vécues impactent la cohésion et la coopération nécessaires à la vigilance collective.
- L'équilibre entre communication formelle et informelle : la surreprésentation des canaux formels, au détriment des interactions informelles, limite la fluidité des relations et la transmission des signaux d'alerte au quotidien.
- La configuration spatiale et organisationnelle : les espaces de repos et de circulation ne favorisent pas l'entrée en interaction entre tous les agents, ce qui limite les opportunités d'observation mutuelle et d'intervention préventive.

La vigilance collective se heurte à des barrières structurelles, organisationnelles et culturelles.

Dans ce contexte normé et sous tension, l'attention se joue davantage dans les ajustements individuels que dans une coordination partagée. Le défaut de transmission, l'isolement et l'effritement des liens informels freinent l'émergence d'une sécurité partagée. Le cadre agit seul. Le collectif reste en retrait, sans interaction.

8.3.2 Le cas Reao

Encadré méthodologique : Cette situation a été consignée dans mon carnet de bord à partir de notes prises en temps réel et de rétroactions informelles. En tant que cadre de santé du service, j'ai été acteur direct de la scène, dans une posture de participation observante.

Cette situation emblématique se déroule dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHPf dont j'étais le cadre de santé. Le **19 juin 2021,** je reviens de congés annuels. Durant nos absences, nous nous auto-remplaçons entre cadres. Cette méthode montre des limites, car chaque service a ses spécificités organisationnelles. Lorsqu'il s'agit de remplacer des collègues dans un service du même département (chirurgie pour chirurgie), nous nous appuyons beaucoup sur l'expertise des soignants en place, car nous cumulons ce remplacement avec nos propres activités.

Pendant mes congés, ma collègue cadre du service de chirurgie voisin a assuré mon remplacement. À mon retour, elle me fait les transmissions :*« Il y a eu plein d'arrêts de travail, un moment où il n'y avait que des nouveaux* (ndlr « sac-à-dos ») *» « H et L ont été en arrêt* (ce sont des titulaires) *et la cadre supérieure de santé a fait tourner. »* Le constat est le suivant :

- Pendant deux semaines, aucun IDE titulaire n'était présent de jour sur le secteur 2.
- Les AS étaient tous des agents du pool de remplacement.
- La charge de travail des autres secteurs empêchait une véritable entraide entre les agents.

Un patient hospitalisé est accompagné par son fils, qui dort dans la chambre avec lui. Ce patient est pris en soins pour un abcès au pied. L'intervention chirurgicale s'est bien déroulée, les soins sont simples et la continuité de la prise en soins ne présente pas de difficulté particulière. Le patient est une personne dépendante, d'où la présence de son fils au quotidien. Tous deux viennent de l'archipel des Tuamotu, plus précisément de l'île de Reao. Pour mon retour, je décide de participer à la visite du chirurgien au côté de l'IDE, également de retour. Cet exercice

me permet de connaître le profil des patients hospitalisés et de rester vigilant face aux éventuelles difficultés pouvant survenir, notamment pour l'organisation des sorties.

Le chirurgien, un ANT, est en poste depuis six mois dans le service. Nous nous trouvons au chariot des dossiers. Après que l'IDE a donné les dernières informations sur le patient au chirurgien, il m'informe que ce dernier est sortant depuis deux semaines pour retourner sur son île, mais qu'il n'y avait pas de place dans l'avion. L'EVASAN avait cependant été organisé par ma collègue. Le chirurgien, quant à lui, montre peu d'intérêt pour cette situation. Considérant que les suites opératoires sont simples, il ne comprend pas pourquoi le patient est encore présent dans le service. En entrant dans la chambre, il laisse la porte ouverte, tandis que je reste au chariot à lire le dossier. En ressortant de la chambre, l'IDE m'interpelle de nouveau et invite le fils du patient à se joindre à nous :

- IDE *« Baptiste, son fils me dit que les dates prévues ne correspondent pas »*
- Fils : *« Il n'y a pas de vol le lundi pour Reao, c'est simment*[137] *le jeudi »*

(Les îles éloignées des Tuamotu ne sont pas desservies quotidiennement. Les retours EVASAN s'effectuent via les lignes domestiques commerciales opérées par la seule compagnie du pays. Pour Reao, il n'y a qu'un vol par semaine). Le discours est difficilement compréhensible car le patient et son fils ne maitrisent pas la langue française et ne parle pas tahitien (*reo mā'ohi*) mais le *reo paumotu* (très peu utilisé sur Tahiti). Ma collègue a réservé un billet pour la mauvaise île, une erreur due au fait que le lieu de résidence n'a pas été correctement inscrit dans le dossier du patient (le recueil de données est fait à chaque entrée d'un patient par les équipes paramédicales). Lors du recueil de données à l'entrée, les agents en poste ne maîtrisaient pas les langues polynésiennes. Le patient et son fils ont confirmé les réponses supposées, ce qui a renforcé les malentendus.

La procédure particulière pour les patients résidents aux Tuamotu n'a pas été respectée. Avant tout retour, ces patients doivent être adressés au dispensaire Tuamotu/Gambier situé à Pape'ete, où un médecin référent doit valider la faisabilité de leur prise en soins sur leur île et en organiser le suivi. Toutes les îles ne sont pas dotées d'un centre de soins, ou d'une présence médicale ou paramédicale, ni d'une pharmacie. L'île de Reao dispose d'un dispensaire avec la présence d'un adjoint de soins (agent avec une formation de soins dont le diplôme territorial n'existe plus).

[137] Expression tahitienne traduisible par *« seulement »*.

Vignette informative

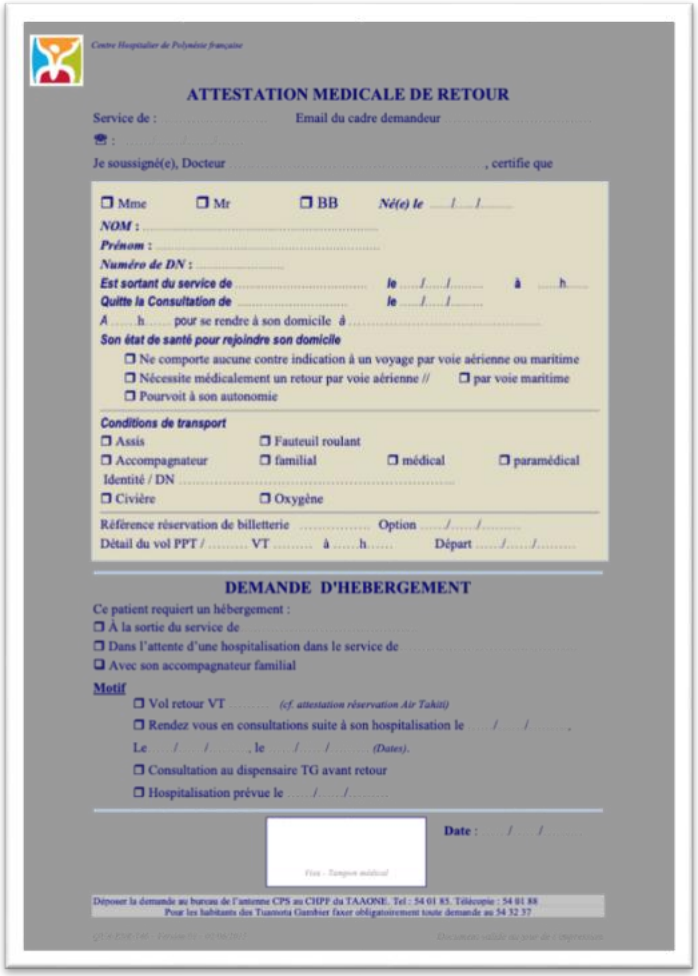
Le retour en EVASAN suit une procédure bien établie :

- le médecin remplit le formulaire « attestation de retour »
- le cadre de santé réserve le billet d'avion auprès de la compagnie aérienne conventionnée,
- le cadre valide la prise en charge auprès de la CPS et confirme la réservation auprès de la compagnie.

Une fois sorti, le patient consulte son médecin traitant (libéral ou en dispensaire) sur son île de résidence pour la continuité de la prise en soins.

Cependant, pour les patients résidant dans l'archipel des Tuamotu, une validation préalable de leur retour est obligatoire auprès du dispensaire Tuamotu/Gambier, situé à Pape'ete.

Cette démarche s'impose en l'absence d'un médecin affecté, disponible ou missionné pour leur suivi.



Centre Hospitalier de Polynésie française

ATTESTATION MEDICALE DE RETOUR

Service de : ..... Email du cadre demandeur .....

☎ : .....

Je soussigné(e), Docteur ..... , certifie que

❒ Mme ❒ Mr ❒ BB *Né(e) le* ..../..../....

NOM : .....

Prénom : .....

Numéro de DN : .....

Est sortant du service de ..... *le* ..../..../.... à ....h....

Quitte la Consultation de ..... *le* ..../..../....

A ....h.... pour se rendre à son domicile à .....

Son état de santé pour rejoindre son domicile

❒ Ne comporte aucune contre indication à un voyage par voie aérienne ou maritime

❒ Nécessite médicalement un retour par voie aérienne // ❒ par voie maritime

❒ Pourvoit à son autonomie

Conditions de transport

❒ Assis ❒ Fauteuil roulant

❒ Accompagnateur ❒ familial ❒ médical ❒ paramédical

Identité / DN .....

❒ Civière ❒ Oxygène

Référence réservation de billetterie ..... Option ..../..../....

Détail du vol PPT / ..... VT ..... à ....h.... Départ ..../..../....

DEMANDE D'HEBERGEMENT

Ce patient requiert un hébergement :

❒ À la sortie du service de .....

❒ Dans l'attente d'une hospitalisation dans le service de .....

❒ Avec son accompagnateur familial

Motif

❒ Vol retour VT ..... *(cf. attestation réservation Air Tahiti)*

❒ Rendez vous en consultations suite à son hospitalisation le ..../..../.... ,

Le ..../..../.... , le ..../..../.... *(Dates)*.

❒ Consultation au dispensaire TG avant retour

❒ Hospitalisation prévue le ..../..../....

Date : ..../..../....

Visa - Tampon médical

Déposer la demande au bureau de l'antenne CPS au CHPP du TAAONE. Tel : 54 01 85. Télécopie : 54 01 88
Pour les habitants des Tuamotu Gambier faxer obligatoirement toute demande au 54 32 37

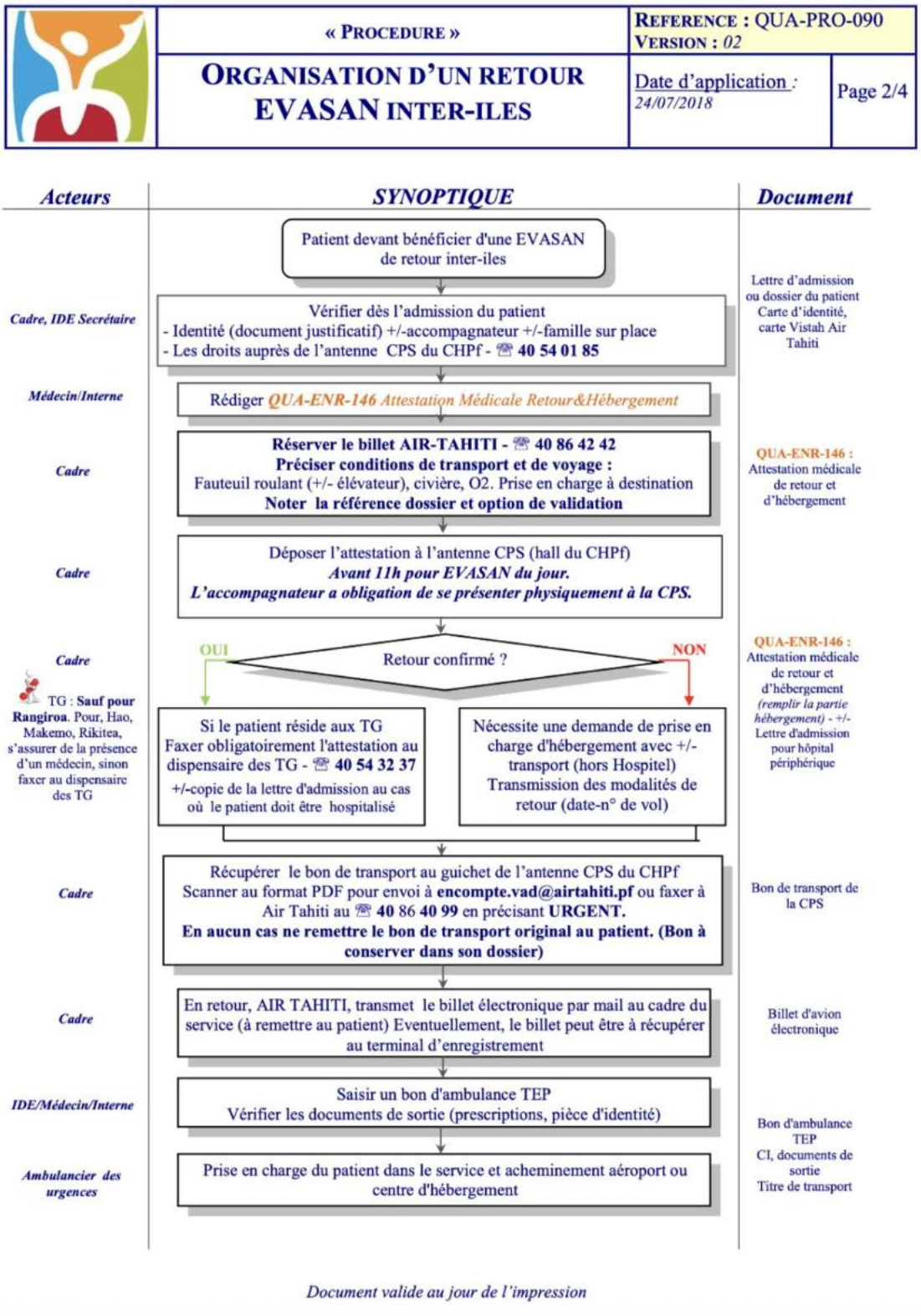


Image 24: Attestation médicale de retour et procédure EVASAN

En discutant tous ensemble dans le couloir à la porte de la chambre, je prends la décision de tout reprendre. Je demande à l'IDE de contacter la fille du patient, qui vit sur Tahiti, afin de faciliter l'organisation. Bien qu'elle ne puisse accueillir son père et son frère à son domicile, elle accepte de nous aider dans les démarches.

Je me rends à mon bureau pour réorganiser l'EVASAN. Je parviens à obtenir un billet d'avion pour la semaine suivante, car nous n'avons pas le feu vert du dispensaire. En parallèle, je suis alerté par une agente de la CPS par téléphone, avec qui j'ai une bonne relation (elle m'a beaucoup aidé quand j'ai commencé en tant que cadre, dans les démarches CPS). Elle m'informe que l'accompagnant du patient n'est pas enregistré à la CPS, ce qui empêche la prise en charge financière de son billet de retour. Cette situation, bien que fréquente pour les habitants des îles éloignées, aurait pu être évitée si les données du dossier paramédical avaient été correctement collectées dès l'admission par le binôme d'accueil (deux « sac-à-dos »). Avec l'IDE, nous procédons à une rétroaction régulière, dès que nous nous croisons, nous nous informons mutuellement de l'évolution de la situation. Grâce à l'intervention de la fille du patient, les démarches CPS sont régularisées, et elle accompagne son père au dispensaire pour valider le retour.

Les jours suivants, nous n'avons plus de nouvelle, nous supposons que tout est bon. Le départ se fera le jeudi à 6h, le vol est confirmé. L'accompagnant dispose de son billet et d'une couverture sociale, et nous avons fourni le matériel pour les soins. Cependant, le mercredi, à 17h (l'administration et moi-même terminons à 15h30), l'IDE en poste (ancienne et locale) reçoit un appel qui s'oppose au retour, car *« l'adjoint de soin sur Reao ne sait pas mécher les abcès ».* Face à cette nouvelle complication, l'IDE annule le transport et prévient le chirurgien (qui peine à comprendre la situation). Elle lui explique les conditions des soins sur l'île et informe la hiérarchie d'astreinte. En cas de méchage inadéquat, le patient risquerait une infection sévère pouvant entraîner un choc septique, soit une urgence vitale et une possible amputation. Compte-tenu de son lieu de vie, il aurait été très compliqué de pouvoir aller le chercher rapidement.

Le lendemain matin, l'IDE me relate les événements en détail, dès mon arrivée dans l'office pour prendre mon café :

- Moi : *« Je ne comprends pas pourquoi le dispensaire ne nous en a pas informés avant »*
- IDE : *« Apparemment, ils ont eu du mal à joindre l'adjoint sur place ».*

Ensemble, nous proposons une solution alternative : orienter le patient vers un centre d'hébergement sur Tahiti le temps de la cicatrisation. Cette option est soumise au chirurgien et au patient.

Conséquences réelles	Conséquences potentielles	Réaction de la vigilance collective
Désorganisation et perte de temps.	Diminution du capacitaire hospitalier (*bedblocking*)	Repérage de l'erreur par l'IDE de secteur et le fils du patient, relai immédiat auprès du cadre pour corriger les démarches
Stress, perte de crédibilité vis-à-vis de la famille	Risque de rupture thérapeutique, aggravation de l'état et réhospitalisation	Coordination entre l'équipe, le cadre, la fille du patient et la CPS, reprise complète de la procédure EVASAN
Erreur de recueil des informations à l'admission par des agents « sac-à-dos »	Précarisation du patient (retour sans soins disponibles sur place)	Construction d'une solution alternative (hébergement temporaire à Tahiti) par les agents expérimentés et le cadre
	Aggravation du sentiment d'amateurisme et tensions avec la famille	Formalisation progressive d'un savoir d'expérience sur les spécificités des EVASAN liées à l'insularité
Degré de vigilance collective observé : fort, mais déclenché tardivement. Une vigilance portée par les agents pérennes, activée à partir de signaux faibles (propos du fils, incohérence repérée lors de la visite). Ce sont les relations interpersonnelles, l'expérience du cadre, et les relais communautaires qui ont permis de reconstruire un parcours sécurisé. La vigilance collective s'exerce ici dans une logique réparatrice, fondée sur la connaissance des réalités polynésiennes.		

Tableau 32: Conséquences du cas Reao (Auteur)

Dans cette situation, la vigilance collective se manifeste à travers le rôle clé des agents pérennes et experts dans la détection des potentielles erreurs et la mise en œuvre des actions correctives.

Forts de leur expérience et de leur connaissance des spécificités locales, ces agents jouent un rôle central en alertant le cadre de santé sur les risques identifiés. Par son accessibilité et sa posture de coordination, ce dernier intervient ensuite pour orchestrer les mesures nécessaires. Les manquements relevés ici concernent principalement le recueil des informations à l'entrée du patient. Le patient et son fils, qui ne parlent pas français, n'ont pas donné d'alerte au moment des échanges avec les soignants. Comme souvent dans ce type de situation, le patient a répondu par l'affirmative sans comprendre, par pudeur ou pour éviter « d'avoir honte » dans un contexte où la maîtrise imparfaite de la langue française suscite une gêne souvent tue. Cette procédure, lorsqu'elle est réalisée par des soignants « sac-à-dos », se trouve fragilisée. Ces soignants ne disposent pas des connaissances des implications organisationnelles liées à l'insularité, un élément déterminant dans les parcours de soins en Polynésie française. L'absence d'agents pérennes pour superviser ou relire ces informations a conduit à ce que les corrections nécessaires ne soient effectuées qu'*a posteriori*, une fois les erreurs identifiées. De plus, la cadre de santé remplaçante, dans une posture courante, s'est appuyée sur l'expertise supposée des soignants sans tenir compte de leur profil ou de leur niveau réel de maîtrise des spécificités locales.

L'un des éléments importants dans cette situation est le processus par lequel les erreurs sont détectées et corrigées. La vigilance collective s'amorce grâce à l'attention portée aux signaux faibles, qui peuvent être négligés dans des contextes de forte pression organisationnelle. Ici, l'infirmier a su identifier un signal faible dans le discours du fils du patient, dont la maîtrise du français était limitée. Cette attention l'a conduit à vérifier la cohérence des informations consignées dans le dossier, enclenchant ainsi un processus d'investigation plus large. Ce rôle central accordé à la parole (même imparfaite) reflète l'importance des interactions dans la détection des dysfonctionnements. Pour sa part, le chirurgien illustre une autre facette de cette situation : son désintérêt manifeste pour la problématique organisationnelle souligne une focalisation exclusive sur l'acte opératoire. Cette attitude laisse la gestion des dysfonctionnements organisationnels entièrement à la charge des agents paramédicaux.

L'anticipation et la résolution des difficultés dans cette situation évoquent l'image d'une équipe de pompiers intervenant en urgence pour éteindre des incendies successifs. Les acteurs mobilisent leurs réseaux informels, construits sur des relations interpersonnelles forgées par l'expérience professionnelle ou par leur connaissance personnelle des dynamiques culturelles et familiales polynésiennes. Un recours ancré dans les pratiques où les liens communautaires

jouent un rôle important. La capacité à activer ces réseaux démontre une adaptation pragmatique et un ancrage culturel dans la résolution des imprévus. La vigilance collective a émergé des liens communautaires polynésiens mobilisés par les soignants et les proches du patient. L'appel à la fille, l'écoute du fils, le relais avec une agente de la CPS connue du cadre de santé ou encore les échanges avec le dispensaire illustrent comment les collectifs s'appuient sur des relations de confiance construites dans la durée. Au-delà du service de soins, mobiliser ces soutiens suppose une connaissance des dynamiques sociales et familiales locales. Cette forme d'attention témoigne d'une vigilance située, rattachée aux réalités de l'insularité.

Un autre aspect est l'utilisation stratégique des couloirs comme espaces de communication et de coordination. Les couloirs sont des lieux privilégiés pour les rétroactions entre les différents acteurs, ce qui permet des échanges rapides, des mises à jour d'informations, et des prises de décisions urgentes. Ces décisions, bien que fondées sur une connaissance des procédures, intègrent des éléments recueillis dans des interactions informelles et ne sont formalisées dans les outils de transmission qu'*a posteriori*. Cette dynamique, où l'informel précède et alimente le formel, démontre une adaptabilité collective face à des contraintes organisationnelles imprévues.

Cette première analyse met en avant plusieurs points :

- le rôle des agents pérennes : leur expertise et leur capacité à anticiper les risques sont importants pour pallier les méconnaissances des nouveaux arrivants.
- L'attention portée aux signaux faibles : la détection des erreurs repose sur une attention particulière à des signaux faibles, souvent négligés.
- L'importance des réseaux informels : ils jouent un rôle dans la résolution des imprévus, en s'appuyant sur des relations personnelles et communautaires.
- L'usage des couloirs comme des espaces de rétroaction : les interactions informelles dans ces espaces permettent une réactivité immédiate, avant une formalisation ultérieure dans les outils organisationnels.

Cette situation montre que la vigilance collective émerge à travers des liens humains, des gestes discrets et des signaux saisis dans l'instant. Lorsque les transmissions se délitent, les relations de confiance, les savoirs situés et les interactions informelles prennent le relais.

8.4 Travailler ensemble en temps de crise

Encadré méthodologique : Cette situation a été observée directement dans mon service pendant la crise COVID-19, dans une posture de participation observante. Elle a été consignée dans mon carnet de bord à partir de prises de notes quotidiennes et de rétroactions informelles partagées avec les équipes.

La situation suivante met en lumière les différentes dimensions identifiées et leur interdépendance. Elle se déroule durant la vague Delta de la pandémie COVID-19 au CHPf. Pour traiter la COVID-19, les autorités sanitaires recommandent un traitement médicamenteux : la dexaméthasone. Ce traitement a été largement utilisé pendant la vague dite Delta, qui a touché la Polynésie française de juillet à septembre 2021. Durant cette période, les organisations des services ont été profondément bouleversées, et l'ensemble des agents a été mobilisé pour faire face à cette crise sans précédent.

Nous sommes dans le service de CHO/CHA. Depuis quelques jours, l'unité a été transformée pour accueillir les patients atteints de la COVID-19. Aucun des agents présents n'avait encore pris en soins de patients porteurs du virus, et aucune procédure n'a été formalisée à partir des expériences précédentes. Les soignants ont le sentiment d'être livrés à eux-mêmes face à la gravité de la situation : afflux massif de patients, manque de ressources humaines, ratio patient/soignants élevé, absence de directives claires pour les prises en soins. Les procédures internes sont élaborées au fil des situations rencontrées, souvent notées sur des papiers volants classés dans un classeur accessible dans les salles de soins. Les nouvelles informations sont partagées de manière informelle entre les cadres de santé des services réquisitionnés, que ce soit par téléphone, lors de nos rencontres impromptues, ou par mail pour une diffusion plus large.

Le **17 août 2021**, en CHA.
Ce jour-là, toute l'équipe est novice face à la COVID-19. Leur expérience se limite à trois jours et le médecin est de passage sur le territoire. Initialement venu en vacances, il s'est porté volontaire pour nous prêter main-forte. Un patient est prêt à sortir de l'hôpital, mais il doit rester en isolement à domicile, car il est encore contagieux, bien que ses symptômes ne justifient plus

une hospitalisation. La sortie se déroule sans encombre, l'IDE lui remet l'ordonnance pour la dexaméthasone conformément aux habitudes du service en temps normal.

Vignette informative

Durant la vague Delta de la COVID-19, le corps médical s'est auto-organisé afin de prendre en soins le maximum de patients possible. Des médecins généralistes présents sur le territoire en congés ont été recrutés en renfort. Un roulement a été instauré afin que chaque service puisse compter sur la présence quasi continue de deux à trois médecins. Ces médecins étaient affectés pour une semaine dans un service, puis changeaient d'affectation (vers un autre service ou retournaient en métropole). Durant cette période, ils occupaient les fonctions de « référents d'unité » sous la supervision des médecins titulaires du CHPf.
Si ce turnover était nécessaire, il a néanmoins perturbé les organisations et accentué les risques psychosociaux chez les équipes pérennes.

Le lendemain, une AS m'appelle : *« Viens vite en CHA, taote crie sur S (IDE) ».* En arrivant je trouve S et le médecin référent COVID-19 sont dans le couloir. S n'a pas remis directement le traitement au patient. Ce médicament est en rupture dans les pharmacies de ville. Pour pallier le problème, l'hôpital a commencé à produire la dexaméthasone sur place, sans que nous en soyons informés, et elle est désormais délivrée nominativement avec le nombre exact de comprimés nécessaires. Suite à cet incident, l'équipe soignante s'organise pour s'assurer que le traitement soit remis directement aux patients lors de leur sortie.

MÉMO /RÉCAP

PATIENT SORTANT

- ***Si possible avant midi*** pour admission prochain patient en début d'après-midi (présence médicale en JC)
- **Etablir la « Fiche de liaison » si soins à domicile**
- **Patient doit sortir avec 1 CR d'hospitalisation + ordonnances + restituer Carnet rouge « longue maladie » + scanner+ livret de Kiné + traitement par DEXAMETHASONE si noté en traitement de sortie**
- **1 CR d'hospitalisation reste dans le dossier médical du patient + copie de la demande « longue maladie » si déclarée pour la COVID au cours de l'hospitalisation**
- **Le dossier patient est :**
  - mis sous enveloppe avec date d'entrée/date de sortie et service pour lequel a été hébergé en ABI le patient (ex : NPH HÉBERGÉ EN ABI)
  - placé dans le bureau du « personnel » qui sert de bureau médical (à gauche de la réserve des UU)

En période d'isolement

Si Isolement possible à domicile

⇨ Contacter BVS pour organiser le retour à domicile avec transporteur agréé (Dr FOLLIN réserve une ambulance)

Isolement impossible à domicile

=> Contacter BVS pour organiser l'hébergement en lieu dédié (Hotel TIARE TAHITI) + Transport agréé (Dr FOLLIN réserve hébergement + ambulance)

NUMÉROS BVS + hôtel TIARE TAHITI :

- ***Dr FOLLIN :87 29 96 77 ou 87 70 65 02***
- ***BVS : 40 46 49 39***
- ***HOTEL TIARE TAHITI : (Hélène : 89 30 85 27)***

Sortie d'isolement

- Prévenir la personne de confiance de la sortie avec : horaire fixé, demander N° plaque immatriculation/modèle de voiture/couleur de voiture, 1 seule personne dans la voiture masquée
- Prévenir le PC Sécurité pour laisser passer le conducteur qui vient récupérer le patient sortant en système de « dépose minute » sur le parvis des mères allaitantes
- Accompagnement du patient (+ affaires) jusqu'au conducteur

V2 MÉMO /RÉCAP ABI/COVID DOCUMENT DE TRAVAIL-TRUVA- CDS ABI /CCA MàJ LE 03/08/2021

Image 25: Extrait du classeur de procédures informelles de la gestion de la crise COVID-19

Le **20 août 2021**.

Cl, une IDE titulaire, expérimentée du pool de remplacement de chirurgie, est en renfort. Elle connaît bien le service et a déjà travaillé dans des unités COVID lors des vagues précédentes. Son attitude est posée, elle ne semble pas stressée. Elle gère son organisation efficacement et parvient même à dégager du temps pour encadrer des IDE en renfort, gérer les dossiers administratifs des patients et s'occuper du matériel. En passant dans la salle de soins, Cl remarque que la dexaméthasone sur la paillasse n'est pas identifiée de façon nominative. Elle m'interpelle :

« Baptiste, il n'y a pas de procédures mais la dexa est nominative, il faut mettre une étiquette sur chaque sachet sinon vous allez vous faire avoir ! ».

Je réponds : *« Oui avec S on s'est fait baiser, le patient est sorti sans la dernière fois »*

Cl reprend : « *Met des mots sur les tableaux, je ne pense pas que tout le monde soit au courant. Je te le dis car à la première vague on a tous fait la même connerie ».*

Je note immédiatement des messages d'alerte sur les tableaux et informe chaque agent dès que je les croise. Cl fait de même.



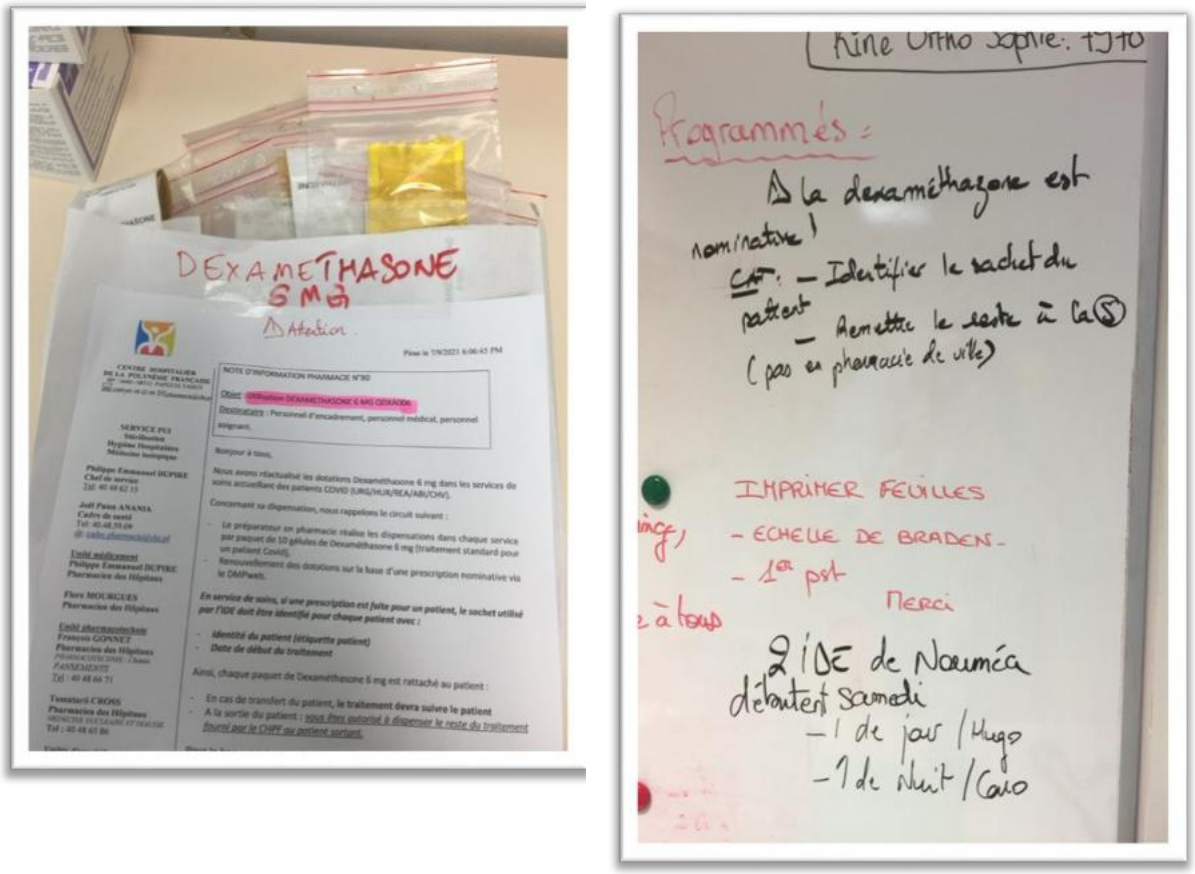


Photo 10: La Dexaméthasone

Le **31 août 2021.**

Sur le secteur 2 du service, un IDE ANT « sac-à-dos » est en poste. Il a été recruté il y a trois semaines, en renfort, après s'être retrouvé bloqué sur le territoire en raison du couvre-feu. Le médecin du jour est dans une situation similaire. Tous deux travaillent ensemble, mais ils ne sollicitent personne lorsqu'ils ont des interrogations. Lorsque des agents leur proposent de l'aide ou leur posent des questions, ils répondent systématiquement par la négative. Le lendemain, une IDE expérimentée reprend le secteur. Sortant vivement de la salle de soins, elle m'interpelle dans le couloir. Elle m'informe que la dexaméthasone, n'a pas été remise au patient sorti la veille. Nous vérifions dans le dossier du patient, qui, par chance n'est pas encore archivé. La continuité du traitement est effectivement nécessaire. L'équipe novice n'a pas remis le traitement et ne semble pas avoir vu les différentes annotations sur les supports d'affichage.

Le patient, une personnalité connue et réputée dans le milieu culturel polynésien, est également célèbre pour ses coups d'éclats de colère télévisés. Il est un fervent défenseur des traditions culturelles, notamment l'usage de la langue et de la médecine traditionnelle, etc. L'IDE tahitienne contacte la famille du patient, qui vient rapidement récupérer le traitement. Ouf !

Conséquences réelles	Conséquences potentielles	Réaction de la vigilance collective
Tension généralisée dans les équipes, agents novices livrés à eux-mêmes	Rupture thérapeutique, réhospitalisation, perte de chance	Interpellation informelle d'un cadre par une IDE expérimentée, affichage immédiat de consignes sur les tableaux du service
Délivrance incomplète du traitement, défaut de transmission	Risque vital (aggravation de l'état clinique), désorganisation du circuit du médicament	Activation de la mémoire collective des premières vagues, rétroactions interpersonnelles orales dans les couloirs et offices
Absence de procédure formelle institutionnelles	Perte de repères pour les agents en renfort, blocage organisationnel	Mise en place spontanée d'un classeur d'auto-procédures, circulation des informations par bouche-à-oreille, affichage et initiative individuelle
Clivage entre agents pérennes et « sac-à-dos »	Isolement, désengagement, erreur non détectée	Repérage tardif d'un oubli par une IDE expérimentée, rattrapage via réseautage, coordination interpersonnelle réactivée
Degré de vigilance collective observé : fort mais fragmenté avec des zones aveugles. La vigilance collective a été portée par des agents expérimentés en situation d'urgence. Elle s'est exprimée dans des formes improvisées, fragmentaires, très incarnées (affichages, alertes orales, relais interpersonnels). Mais cette vigilance n'a pas été partagée par tous car certains binômes sont restés isolés et les supports mis en place n'ont pas toujours été lus ou transmis. La vigilance ici prend la forme d'une réaction communautaire de terrain, sans appui structurel.		

Tableau 33: Conséquences relatives à la situation (Auteur)

La situation se déroule dans un contexte de crise qui perturbe les habitudes en place. L'absence de procédures et de conduites à tenir formalisées, amènent à des prises de décisions individuelles et collectives, souvent improvisées. Elles s'appuient principalement sur l'expérience antérieure et les habitudes des agents, sans garantie qu'elles soient adaptées aux enjeux spécifiques de la crise.

La légitimité des supports bricolés tient moins à leur forme qu'à la façon dont ils sont relayés. Des figures relais comme Cl ou le cadre de santé assurent leur circulation et leur appropriation. Leur autorité relationnelle et leur expérience leur confèrent une crédibilité supposée. Ils ne se

contentent pas de formaliser l'information, ils l'interprètent et l'expliquent lors les échanges. Cette double posture (écriture et incarnation) permet à ces dispositifs d'être reconnus comme des repères fiables, même sans validation institutionnelle.

Un point marquant dans cette situation est la prévalence de la communication orale entre les agents, qui précède systématiquement toute formalisation écrite. Les échanges se font principalement à travers des interpellations dans les couloirs ou des appels téléphoniques. Par exemple Cl, l'IDE expérimentée, interpelle directement le cadre de santé pour partager son expérience et signaler les erreurs commises antérieurement. En réponse, le cadre de santé agit immédiatement en affichant des recommandations et en diffusant ces informations à l'ensemble des agents à travers des rétroactions collectives.

Cependant, une dynamique différente s'observe dans le cas du binôme composé d'agents « sac-à-dos ». Bien que les agents pérennes leur portent une attention initiale en tentant de recueillir leurs éventuelles difficultés, ce binôme répond systématiquement de manière négative. Cette réponse, interprétée comme une absence de problème, conduit à une baisse d'attention de la part des agents pérennes, qui se concentrent alors sur leurs propres activités. Cette baisse d'attention envers ce binôme finit par voir survenir une erreur, corrigée *a posteriori* grâce à l'intervention attentive d'un autre soignant.

Dans cette dynamique, le contexte culturel joue un rôle crucial. En Polynésie française, le silence possède une valeur communicationnelle forte. Il est interprété par les agents polynésiens comme une absence de difficultés ou un choix délibéré de ne pas verbaliser un problème, par respect ou pour éviter une confrontation directe. La parole étant perçue comme créatrice, l'absence de propos signifie l'inexistence perçue des difficultés, ou peut être associée à une forme de honte empêchant leur formalisation. Par respect de ce choix implicite, les agents polynésiens préfèrent ne pas insister et s'abstiennent d'une intervention jugée intrusive.

En Polynésie française, le silence peut exprimer le respect, la retenue ou la gêne. Dans cette situation de crise, le silence du binôme « sac-à-dos » a été perçu comme l'absence de difficulté, alors qu'il traduisait sans doute une réserve. Les agents pérennes polynésiens évitent d'insister pour ne pas heurter ou imposer. Ce respect mutuel, intégré aux codes sociaux polynésiens, peut laisser des zones d'ombre lorsque aucune alerte n'est formulée ou qu'aucun acteur ne fournit

de clé de compréhension. La vigilance collective repose alors sur ceux qui savent observer, interpréter et traduire ces codes implicites des *popa'ā*[138] et des polynésiens.

La crise met en lumière une interaction intéressante entre improvisation et formalisation. Les interactions entre les agents, décrites précédemment, permettent la mise en place progressive d'une organisation qui répond aux nouvelles exigences. Cette organisation est ensuite ancrée dans les habitudes du service par une formalisation progressive. Les informations recueillies et les techniques expérimentées sont transcrites dans des outils ou sur des supports comme les tableaux d'affichage et les classeurs. Bien que ces outils ne soient pas institutionnalisés, ils deviennent des références pour l'organisation du service et assurent la continuité par la transmission des savoirs aux nouveaux arrivants. Cependant, un problème persiste : le binôme d'agents « sac-à-dos » ne semble pas utiliser ces supports, ce qui nous interroge. Ces manquements pourraient être attribués à une méconnaissance des outils, à une absence de transmission de ces informations par les agents pérennes, ou encore à un désintérêt des nouveaux agents pour ces supports. Ce constat met en avant une lacune dans la transmission des savoirs au sein de l'équipe de soins.

Ces insuffisances ont un impact direct sur la prise en soins des patients, avec des conséquences potentiellement graves, voire fatales. Dans cette situation, elles se traduisent par la non-délivrance du traitement indispensable à la guérison, provoquant une rupture thérapeutique. Il convient de rappeler que dans le contexte culturel polynésien, la perception de la maladie est liée au surnaturel. La maladie peut être perçue comme le résultat d'un désordre spirituel. Certains patients consultent en premier lieu au *tahu'a*[139] avant de se tourner vers l'hôpital, considéré comme un dernier recours lorsque la situation devient ingérable.

Un élément qui ressort de cette situation est le rôle des interactions informelles dans les couloirs. Ces échanges oraux, réalisés sous forme de rétroaction, permettent une identification rapide des erreurs et la mise en action immédiate de mesures correctives. Pourtant, l'équipe « sac-à-dos » n'a pas bénéficié de cette dynamique, s'enfermant sur elle-même, tandis que l'équipe pérenne n'a pas insisté pour des raisons que l'on ne peut qu'hypothétiser.

[138] Blanc
[139] Guérisseur

Ces éléments soulèvent des interrogations importantes sur la composition des binômes de travail. La responsabilité du cadre de santé est d'assurer un équilibre entre agents expérimentés et nouveaux arrivants, pour garantir et sécuriser une transmission efficace des savoirs et des compétences. Cette attention particulière à la constitution des binômes pourrait prévenir des erreurs similaires et renforcer la continuité des soins dans un contexte multiculturel complexe. Cette dernière situation, au cœur de la crise sanitaire, révèle une vigilance collective qui oscille entre adaptation immédiate, improvisation partagée, et silence respectueux. Elle éclaire l'attention portée aux plus fragiles dans un contexte instable, où culture, oralité et engagement individuel soutiennent une régulation collective non écrite.

8.5 Conclusion

La présentation du cas a reposé sur un effort de catégorisation des situations observées, à partir de la revue littéraire présentée dans les chapitres précédents. Ce travail d'ancrage théorique a conduit à organiser les situations en trois blocs, définis selon l'attention mobilisée par les acteurs, son intensité et sa focale, ainsi que son articulation entre les agents, l'organisation et les patients. Au cours de ce travail de description, cette trame a permis d'identifier les formes que prend la vigilance collective.

Les observations montrent que la vigilance collective se déploie dans un contexte marqué par l'instabilité, l'incertitude, les tensions organisationnelles et les fragilités relationnelles. Elle se matérialise à travers des formes d'attention situées, plus ou moins visibles, qui circulent dans les entre-deux de l'organisation, en marge des soins prescrits et des procédures établies.

À partir des situations présentées, cinq types de vigilance collective ont été distingués : la vigilance collective à bas bruit, la vigilance collective pragmatique, la vigilance collective fragmentée, la vigilance collective adaptative et la vigilance collective réparatrice. Ces formes ne sont ni exclusives, ni figées car elles s'entremêlent et se reconfigurent selon les événements et les variables en présence, qu'elles soient humaines, culturelles, spatiales ou organisationnelles.

Ce chapitre marque ainsi une étape. Il rassemble un corpus de situations qui, mises en perspective, font apparaître des régularités, des tensions et des dynamiques d'engagement

collectif. Les développements ultérieurs viendront prolonger cette exploration, en approfondissant l'analyse et en proposant un niveau d'interprétation supplémentaire, afin de mettre en avant les logiques et conditions de renouvellement de la vigilance collective dans les équipes de soins du CHPf.

Chapitre 9 Vers une compréhension située de la vigilance collective

Naviguer dans les dynamiques de la vigilance collective, c'est avancer en *va'a*[140] sur un océan changeant. Après avoir accosté sur différentes situations de terrain, cette nouvelle étape du voyage propose d'en lire la carte d'ensemble. Le passage de la compétence collective à la vigilance collective s'est opéré en observant l'attention portée par les acteurs aux détails individuels, organisationnels et contextuels ainsi qu'aux interactions avec autrui. Il s'agit cette fois de comprendre les leviers qui permettent aux collectifs de soins de tenir ensemble, de s'ajuster, de prévenir ou de réparer ; sans qu'un cadre formel ne l'impose. Les résultats qui suivent montrent que la vigilance collective est une dynamique en tension et en renouvellement permanent. Elle se renouvelle parce qu'elle est située : l'instabilité des équipes, la fragilité des référentiels partagés et la diversité des collectifs imposent une reconfiguration continue des dynamiques d'attention. Cette recomposition est corrélée avec des éléments concrets et mobilisables dans l'action, bien plus que dans des procédures prescrites.

Ce chapitre s'inscrit dans la continuité du précédent et en approfondit l'analyse en trois temps. Le premier examine les situations à travers trois niveaux d'éléments constitutifs inspirés par nos lectures sur les facteurs d'émergence de la compétence et de la vigilance collective (individuels, organisationnels et contextuels). Le deuxième met en avant des leviers transversaux qui soutiennent la capacité des collectifs à renouveler la vigilance collective. Enfin, le troisième regroupe ces éléments en configurations que nous nommons constellations empiriques, et leur diversité.

Dans ce voyage analytique, notre *va'a*[141] s'adapte à la mer en suivant les courants et en se repérant avec les constellations d'étoiles. C'est un voyage qui se construit en observant, en ajustant et en changeant la trajectoire à partir des conditions que nous rencontrons. La vigilance collective y apparaît comme un mouvement situé, fragile et renouvelable, porté par les acteurs qui, au quotidien, donnent du sens et de la cohérence à l'action.

[140] Pirogue en *reo ma'ohi*
[141] *Idem*

9.1 Une approche par niveaux d'éléments

La structuration des résultats a été complexe en raison de la densité des données ethnographiques ce qui a rendu difficile toutes les tentatives de catégorisation. Les éléments observés s'entrelacent, ils sont parfois similaires, parfois contradictoires mais toujours interdépendants. Pour autant, nous avons identifié trois niveaux d'éléments, eux-mêmes interdépendants. Nous faisons le choix de ne pas parler de facteurs car ce terme implique souvent une relation causale. Or, nos résultats tendent à mettre en évidence des éléments constitutifs présents dans les situations, c'est pourquoi nous préférons le mot « élément » pour les désigner et les décrire. Inspiré par la littérature qui distingue généralement des dimensions individuelles et organisationnelles, nous avons regroupé ces éléments selon trois niveaux (individuels et interactionnels, organisationnels, et contextuels) pour rendre compte de leurs logiques d'agencement sur le terrain.

9.1.1 Le niveau des éléments individuels et interactionnels

Le premier niveau s'organise autour de trois types d'éléments observables dans les situations. Ces éléments participent au renouvellement de la vigilance collective dans les équipes. Il s'agit des comportements porteurs d'attentions, des manières d'interagir dans le collectif et du niveau de connaissance relatif à l'environnement polynésien. Ces éléments prennent forme dans les gestes, les paroles, les anticipations ou les rétroactions opérées dans les collectifs de soins. Pour la plupart, ils rejoignent ceux que nous avons extraits des travaux sur la littérature sur la compétence collective et la vigilance collective.

9.1.1.1 Des comportements porteurs d'attention

Plusieurs situations du cas révèlent des comportements récurrents qui soutiennent ou freinent l'opérationnalité de la vigilance collective. Ces comportements sont rarement spectaculaires. Ils relèvent du quotidien, des habitudes de services, des rétroactions et ajustements discrets entre les agents. Ils participent à la fluidité des relations dans les équipes et structurent une attention partagée dans les services.

Les cas de X et I illustrent cette dynamique. Dès l'arrivée d'un nouvel arrivant, qu'elle soit anticipée ou non, le collectif organise implicitement son intégration, aussi bien dans les tâches formelles que dans les espaces informels de convivialité. Une posture d'observation discrète se met en place. Les agents pérennes évaluent les comportements du nouvel arrivant, ajustent leur niveau d'intervention et l'aident si nécessaire. Cette observation débute dès la phase de doublure et se prolonge au fil de son autonomisation. L'intégration ne repose pas uniquement sur le groupe. Elle suppose aussi que le nouvel arrivant s'implique dans la vie du service, participe aux échanges et aux tâches « ingrates », s'approprie les retours et ajuste progressivement ses pratiques. Lorsque ces dynamiques sont respectées, l'ambiance est conviviale, propice à la coopération. En cas de tension, comme dans la situation de I, les malentendus font l'objet de régulations orales entre collègues. Lorsque le nouvel arrivant reste en retrait ou rejette les codes relationnels, il se marginalise progressivement jusqu'à quitter l'équipe. Dans ces situations, le cadre de santé adopte une posture de retrait. Il n'intervient que pour formaliser des décisions collectives, laissant au groupe l'autonomie pour ajuster sa dynamique.

Cette dynamique collective ne se vérifie pas dans tous les services. Le bloc opératoire en est un contre-exemple, où la défiance relationnelle et l'isolement professionnel entravent toute attention partagée. Les agents coopèrent uniquement sur les tâches prévues par les procédures. L'observation mutuelle est réduite à sa fonction technique. L'alerte déclenchée lors de l'erreur médicamenteuse relève d'une attention individuelle qui repose sur l'expérience de l'infirmière aide-opératoire, sans appui collectif. L'attention reste centrée sur le geste et non sur la relation.

Dans le contexte de la crise sanitaire, une dynamique inverse s'est déployée. Le collectif s'auto-organise de manière informelle pour intégrer rapidement les nouveaux arrivants « sac-à-dos » venus en renfort. Les temps de convivialité, même brefs, permettent de maintenir des échanges, d'ajuster les pratiques et d'anticiper les erreurs. Ces comportements sont à associer au socle des valeurs communes aux professions paramédicales, capables de soutenir une vigilance collective, y compris en contexte instable. Toutefois, les situations rappellent que cette dynamique repose aussi sur le comportement du nouvel arrivant (observé chez certains agents « sac-à-dos »), par exemple, l'arrogance, le retrait, une posture de surplomb peuvent rapidement conduire à la mise à l'écart par le groupe.

Scène de service

Le 1er septembre 2021

Durant la vague delta de la COVID-19, nous avons reçu du renfort de la réserve sanitaire française. J'accueille la dernière « tournée » (trois ont précédé). Je reçois F, une IDE d'un certain âge. Je la salue et lui souhaite la bienvenue en la remerciant de venir nous aider. F a le visage fermé, elle ne sourit pas, son ton est glacial. Je lui présente les agents avec qui elle va travailler. Au milieu du couloir, face à mon bureau, elle s'exclame : *« Je refuse ! ».* Les agents sont dans le couloir, car nous sommes encore « armés COVID » et les zones d'habillage et de déshabillage sont à cet endroit.

Moi : *« Pardon ? »*

F : *« Oui on m'a vendu de la réa (service de réanimation) et on me colle dans un service »*

Moi : *« Tu sais on fait tous la même chose en ce moment »*

F : *« On sous-évalue mes compétences »*

Les affectations des agents de la réserve sanitaire sont gérées par le logisticien de l'organisme. En tant que cadre de santé, nous formulons nos besoins en nombre et éventuellement un planning, qui doit répondre à la législation française et non polynésienne (35h/semaine contre 39h/semaine + heures supplémentaires). F poursuit : *« Il est hors de question que je travaille trois jours par semaine, je n'ai pas le temps de profiter »*

Je suis abasourdi ! Le territoire est confiné, il n'y a pas d'activités ouvertes en extérieur.

F : *« En plus, je suis payée pareil, les autres travaillent moins ! »*

Le ton monte, l'équipe assiste à la scène dans le couloir et fixe F du regard.

Moi : *« Ce n'est pas moi qui vous affecte et qui fais vos plannings »*

F : *« Je n'en ai rien à foutre »*

Moi : *« Tu sais quoi ! Casse-toi ! Si tu n'es pas là pour nous aider, rentre à l'hôtel, on n'a pas besoin de toi ! »*

F : *« Ah non je vais me plaindre ! »*

Les AS locales arrivent en renfort près de moi.

AS 1 : *« Mea mā*[142] *rentre chez toi ! va te plaindre ailleurs ! respecte notre chef aue*[143] *»*

AS 2 : *« Ah non c'est quoi l'autre pas contente, qu'elle rentre (insulte tahitienne) »*

[142] Expression qui dans une phrase se substitue à un nom propre, un verbe, une particule, etc. *Mā* indique un ensemble et les autres. *Mea mā* peur se traduire par *vous autre*.

[143] Exclamation exprimant la peine, la douleur ou le plaisir

Devant la tournure de la situation, je l'accompagne voir ma supérieure hiérarchique dans son bureau. Je lui explique la situation. F est revendicatrice. Ma supérieure appelle le logisticien et une dispute éclate par téléphone.
Je pars…

Nous retenons qu'une ambiance fondée sur la confiance, l'engagement, la proximité relationnelle et la reconnaissance mutuelle facilite l'attention à autrui. Elle permet une intégration plus rapide, rend les frontières hiérarchiques plus poreuses et soutient l'opérationnalité de la vigilance collective dans l'action. Ces éléments ont été mis en avant dans plusieurs travaux déjà cités. Retour et Krohmer (2006) démontrent le rôle positif des interactions affectives et des relations informelles entre les acteurs. Chédotel et Pujol (2012) mettent l'accent sur le besoin de construire un climat d'écoute, de bienveillance et de confiance pour soutenir la compétence collective.

- **Éléments individuels identifiés :** Les comportements prosociaux
- **Types de comportements :** Confiance, engagement, proximité relationnelle, reconnaissance mutuelle
- **Favorise :** l'ambiance positive, une intégration rapide, porosité de la hiérarchie.

9.1.1.2 Des interactions situées et discrètes

Les interactions de terrain dépassent la simple transmission formelle d'informations. Elles soutiennent l'opérationnalité de la vigilance collective, en régulant l'action, en ajustant les comportements et en renforçant l'attention partagée de manière peu visible et non spectaculaire.

Dans les cas de X et de I, les échanges entre les agents portent principalement sur l'intégration du nouvel arrivant. Ils ont lieu dans les espaces informels du service, à voix basse, entre deux tâches. Ces discussions permettent d'évaluer les compétences, de corriger discrètement certaines pratiques ou de partager des impressions. Elles sont à la fois directes et indirectes parce qu'elles sont informelles. Ces interactions traversent les statuts et favorisent un dialogue orienté vers l'intérêt collectif. Cette porosité hiérarchique rend possible un dialogue orienté vers l'intérêt collectif. Elle soutient une vigilance collective discrète, peu perceptible mais efficace.

À ces échanges oraux s'ajoutent des signaux non-verbaux, subtils, qui se manifestent dans des postures, les regards, les silences qui participent eux aussi à l'ajustement collectif.

Dans le contexte de la crise COVID-19, ces interactions prennent une ampleur particulière. En l'absence de directives formelles et adaptées, l'organisation repose sur des rétroactions orales et situées. Les régulations se construisent dans l'action, par des échanges entre les agents pérennes qui partagent une histoire commune. La parole circule entre les agents, au fil de la journée. Pour les agents « sac-à-dos », cette oralité implicite constitue un obstacle. Ils ne savent pas toujours à qui s'adresser, hésitent à demander et ne perçoivent pas les signaux ou allusions d'arrière-plan. Cette asymétrie fragilise leur capacité à participer à la vigilance collective. La gestion des stupéfiants illustre ce frein. Un infirmier signale l'anomalie à sa cadre de santé de manière informelle. Cette intervention déclenche une autre vérification. Ici, la confiance entre membres de la même équipe, la porosité temporaire des liens hiérarchiques et le souci partagé de la conformité de la traçabilité rendent possible une vigilance collective réactive.

Une autre forme d'interaction émerge dans le cas Reao, fondée sur des liens interpersonnels qui vont au-delà du service et du collectif. L'interaction s'étend à toute personne impliquée dans la prise en soins du patient, en mobilisant les ressources disponibles pour pallier les manquements dans le déroulement de la procédure formelle. Le collectif élargi devient alors le support d'une vigilance co-construite.

L'ensemble des situations observées met en évidence une oralité dominante (doublée d'éléments non-verbaux) qui structure l'organisation des soins et l'ajustement du collectif. Ces interactions présentes dans l'ordinaire du travail, véhiculent les signaux faibles, diffusent de l'information, facilitent la coordination. Néanmoins, cette oralité demande un apprentissage parce qu'elle repose sur des codes induits par le contexte culturel polynésien et sur la façon d'habiter la relation à l'autre. Elle exige une acculturation progressive des nouveaux arrivants et des agents « sac-à-dos », condition nécessaire pour en saisir les nuances et s'y engager totalement pour (re)construire un langage partagé. Colin et Grasser (2009) montrent que l'arrivée de nouveaux agents dans les collectifs entraîne une déconstruction et une reconstruction de la compétence collective, c'est aussi une occasion de recréer l'organisation (Bonin & Grasser, 2025). Pour Beton et Bertolucci (2020), même si une compétence collective est forte, elle tend à se déconstruire si le nouvel arrivant n'adhère pas aux « valeurs » et aux modes de fonctionnement du groupe initial.

- **Éléments individuels identifiés :** Capacité à interagir
- **Types d'interactions :** orales prédominantes et non-verbales, situés dans l'ordinaire, véhicule les signaux faibles
- **Favorise :** structure l'organisation des tâches et ajustement du collectif

9.1.1.3 Des connaissances incorporées et locales

Plusieurs situations mettent en lumière le rôle décisif de certaines connaissances mobilisées dans l'ajustement des pratiques. Souvent tacites, ces connaissances s'acquièrent par socialisation native, une immersion prolongée ou une curiosité spontanée pour le contexte local, qu'il soit territorial, organisationnel ou culturel. Leur absence chez les agents « sac-à-dos » fragilise la vigilance collective.

Dans la situation de la gestion des stupéfiants, l'équipe, majoritairement composée d'agents « sac-à-dos » et remplaçants, présente un déficit de repères. Malgré l'existence d'une procédure affichée dans la salle de soins, plusieurs erreurs de traçabilité sont commises. À son retour, un agent pérenne les identifie et déclenche une régulation. Cette situation interroge : les agents « sac-à-dos » connaissaient-ils cette procédure ? Ont-ils cherché à la consulter ? Si la formation initiale d'infirmier transmet des standards, elle n'intègre pas les déclinaisons propres à chaque établissement. Ici, la méconnaissance de la procédure n'est pas liée à un manque de compétence technique, mais à un manque d'ancrage contextuel, compensé *a posteriori* par l'expertise des agents pérennes.

Le cas de Reao prolonge cette dynamique. Une procédure sur les évacuations sanitaires (EVASAN) existe mais elle n'est pas mise en œuvre correctement. Les agents « sac-à-dos » remplaçants n'y ont pas eu accès, ou n'ont pas su la mobiliser. Les erreurs ont été repérées par les agents pérennes à leur retour, grâce à l'attention portée à des signaux faibles (discours de l'accompagnant) et à des vérifications. Elle révèle l'écart fréquent entre la présence de procédures et leur mobilisation effective dans la pratique. Face à une incertitude, les agents « sac-à-dos » privilégient souvent l'appel à un collègue ou à un supérieur plutôt que la consultation de documents écrits. Quant aux différences culturelles et linguistiques, le patient concerné et son accompagnant s'exprimaient principalement en *reo pa'umotu*[144]. Par pudeur,

[144] Langue des habitants de l'archipel des Tuamotu

ils ont validé des informations qu'ils n'avaient pas réellement comprises, conduisant au malentendu. Les soignants « sac-à-dos », peu acculturés, n'ont pas perçu les signaux faibles révélant cette incompréhension. L'absence de connaissances culturelles et logistiques polynésiennes a fragilisé la prise en soins.

Une autre situation éclaire sur un registre différent les effets d'une méconnaissance des représentations polynésiennes. La situation de l'annonce du décès illustre un autre malentendu. Une interne annonce par erreur le décès d'un patient à une mauvaise famille. Ce n'est qu'au matin que l'erreur est identifiée. Ce délai interpelle. Si l'erreur d'identitovigilance est technique, le non-retour immédiat de la famille s'explique autrement. Dans les représentations polynésiennes, la parole du médecin s'apparente à celle du *tahu'a*[145]. Elle n'est pas remise en cause car elle revêt un caractère sacré. L'équipe de nuit, composée d'agents « sac-à-dos », n'a pas perçu cette réaction comme problématique. Le lendemain, les agents pérennes s'étonnent du calme de la famille et lancent les vérifications. L'annonce de l'erreur à la famille, faite tardivement, provoque alors une réaction vive.

Ces situations rappellent que la méconnaissance du contexte polynésien (qu'il soit culturel, linguistique ou organisationnel) fragilise la vigilance collective. Le risque augmente en l'absence de figures-relais capables de transmettre les connaissances implicites et de déclencher une mise en alerte. Elles jouent un rôle déterminant dans l'intégration des nouveaux arrivants et la sécurisation de l'action collective. Deux points méritent une attention : la composition des équipes qui peut affaiblir l'ancrage local en fonction des profils, et les modalités de transmission des procédures. Leur présence formelle ne garantit ni leur accès réel, ni leur mobilisation. Cela invite à repenser les formes de transmission : dans ce contexte, les canaux oraux, situés, incarnés, sont souvent perçus comme plus fiables que les supports écrits.

Scène de service

Le 1er septembre 2021 en CHO.
La scène se déroule dans un service d'hospitalisation transformé en unité COVID.

[145] Guérisseur en *reo ma'ohi*

Sur le secteur I du service, une IDE ANT présente depuis trois semaines et un médecin avec le même profil, sont de passage. L'accueil n'a été fait que brièvement, quelques jours auparavant. Sur les autres secteurs, il n'y a que des pérennes.

L'équipe du secteur II ne sollicite personne, ne pose pas de question et ne cherche pas à rentrer en contact avec les autres.

Je vais régulièrement voir l'équipe du secteur I pour m'assurer que tout va bien et vérifier s'ils ont des questions ou des étonnements : *« Non non ».*

Plusieurs patients sortent du service, car ils ne présentent plus de symptômes COVID.

L'un d'eux est prévu pour un retour à domicile avec une oxygénothérapie (c'est à moi de m'assurer de la mise en relation avec un prestataire local pour l'installation du matériel).

Je suis interpellé par l'AS pérenne et locale : *« Le papy de la 3028-1 sort, tu es au courant ? »*

Moi : *« Non, il est sorti d'isolement avec de l'oxygène ? »*

AS : *« Je crois oui… »*

Je vais voir l'IDE : *« Je ne sais pas, le médecin ne m'a rien dit »*

Je me rends auprès du médecin, elle répond : *« Oui avec de l'oxygène »*

Moi : *« Tu as vu le prestataire ? »*

Médecin : *« Ah bon il faut ? »*

Moi : *« Tu crois que l'oxygène arrive comment chez eux ? tu sais s'il a l'électricité ? car il habite au fond de la vallée ! »*

Le médecin écarquille les yeux : *« enfin il y a l'électricité partout ici »*

Moi : *« Bah justement non, surtout dans les vallées, le papy ne parle pas non plus français, il a dû te dire oui pour ne pas te contrarier ! »*

Je prends le relai et lui demande de rédiger les ordonnances. J'appelle la famille pour m'assurer des conditions de vie.

Le médecin part déjeuner sans faire les ordonnances et sans prévenir…

Le prestataire arrive pour une visite pré-installation, mais nous n'avons pas de conduite à tenir (litre, débit, durée).

Nous remarquons que le médecin a laissé sa session ouverte sur le logiciel de prescription de l'ordinateur du secteur : *« Attends, elle a laissé le DMP ouvert à son nom, je vais regarder ».*

Je n'ai pas le droit d'avoir accès mais je manipule le logiciel couramment.

Le médecin revient je lui explique que son oubli nous a mis en difficulté.

Médecin : *« Oui mais j'avais un Skype avec ma famille… »*

- **Éléments individuels identifiés :** Niveau des connaissances non techniques, relatives au contexte.
- **Types de connaissances :** individuelles (curiosité naturelle), organisationnelles, contextuelles (sur l'environnement, sur la culture, etc.).
- **Favorise :** référentiel commun et l'attention portée aux signaux faibles.

9.1.1.4 Une vigilance collective incarnée dans la présence et l'interaction

Nos résultats montrent que ce niveau d'éléments individuels repose sur une forte interdépendance entre ses dimensions. Les comportements porteurs d'attention instaurent une ambiance de service propice à l'émergence d'une attention distribuée, orientée à la fois vers autrui et vers les signaux faibles de l'environnement. Cette dynamique soutient l'apparition d'interactions orales et non verbales, qui s'exercent dans les espaces informels du service. Ces logiques d'ajustement situées permettent, dans l'action, des rétroactions continues et des régulations précises. Elles facilitent la coordination, renforcent l'anticipation et favorisent une résolution collective des difficultés.

Ces échanges, non prévus par l'organisation, s'inscrivent dans l'ordinaire du travail. La vigilance collective pragmatique est nourrie par l'expérience et la proximité. Le degré de connaissance du contexte, qu'il soit organisationnel, territorial ou culturel, conditionne cette dynamique. Il influence à la fois le repérage des signaux faibles, la capacité à réagir collectivement et l'anticipation des erreurs. L'ensemble de ces éléments compose un socle relationnel, attentionnel et situé, sur lequel repose la vigilance collective.

	Composants		Action sur le renouvellement de la vigilance collective
Éléments individuels	Comportements prosociaux	• Humilité, • Engagement et intérêt pour l'activité et les moments conviviaux • Entraide, partage, • Attentions aux détails et à autrui (observation).	Favorise l'émergence d'une ambiance propice à l'émergence d'une attention distribuée Soutien les interactions discrètes
	Capacité à interagir	• Par l'oral et la non-verbal • Utilisation des différents canaux de communication • Compréhension des différentes normes et valeurs des modes de communication	Structure l'organisation des tâches et l'ajustement du collectif dans l'ordinaire du travail
	Niveaux des connaissances non techniques, relatives au contexte	• Individuelles • Organisationnelle • Environnementales (géographie, institution, culturelle)	Font partie du référentiel commun. Permet de porter une attention aux signaux faibles

Tableau 34: Les éléments individuels et interactionnels (Auteur)

9.1.2 Le niveau des éléments organisationnels

Les éléments individuels de la vigilance collective prennent sens dans des configurations interdépendantes, toujours situées dans notre contexte. Ce contexte renvoie à un autre niveau d'analyse, celui de l'organisation. Le niveau des éléments organisationnels observés sur le terrain révèle des dynamiques multiples. Quatre blocs le structurent : la composition des collectifs, les modalités de transmission des informations, les espaces et les régulations managériales.

9.1.2.1 Des collectifs instables

La composition, la stabilité et la maturité des équipes influencent la vigilance collective. Dans les cas de X et de I, l'équipe observée est stable. Elle est constituée majoritairement d'agents

pérennes aux profils variés : des polynésiens, des *popa'ā*[146] ayant grandi en Polynésie française et des métropolitains installés de longue date sur le territoire. Ce collectif de soins connaît une relative stabilité dans le temps ; le turnover y est maîtrisé et les agents ont développé à la fois des habitudes de vie (rituel du café, repas partagé) et des habitudes organisationnelles non prescrites. Ces habitudes communes renforcent la confiance, la connaissance de l'autre et fluidifient les interactions. Bien qu'aucun dispositif formel d'accueil n'ait été activé (l'arrivée du nouvel agent n'ayant pas été anticipée), le nouvel arrivant est spontanément mis en doublure avec un ancien du service. Il bénéficie d'un environnement sécurisant, assuré par des agents repères qui veille discrètement sur lui en continu. L'organisation est à peine perturbée et la continuité des soins est maintenue. Le nouvel arrivant s'imprègne rapidement des habitudes de vie et du fonctionnement de l'équipe. En retour, sa présence réactive les mécanismes d'attention distribuée chez les agents pérennes. Cette situation témoigne de l'existence d'une mémoire collective, portée par l'équipe et transmise au fil de l'action et de la vie de service. Cette mémoire repose sur un référentiel commun (valeurs soignantes et compétences techniques communes), enrichi par les expériences partagées, les régulations informelles et une histoire collective incarnée. Au-delà de la composition majoritairement pérenne de l'équipe, nous avons ici une diversité équilibrée entre les polynésiens et les *popa'ā*[147], diversité qui semble renforcer la capacité du collectif à ajuster ses pratiques et à accueillir de nouveaux venus.

À l'inverse, dans les situations de l'erreur d'annonce du décès, de la gestion des stupéfiants et du cas Reao, les équipes sont constituées en majorité d'agents « sac-à-dos ». L'absence d'agents pérennes laisse le collectif sans relais, sans figure-repères capables de soutenir les nouveaux, de répondre aux incertitudes ou d'assurer une veille sur les incohérences et les écarts. L'équipe est instable et ne dispose pas de la maturité et de l'expérience nécessaire pour détecter les signaux faibles. Les manquements observés ne sont pas liés à un manque de compétences techniques mais bien d'une méconnaissance des habitudes de service, des habitudes organisationnelles et des spécificités culturelles polynésiennes. Dans ces configurations, la vigilance collective s'active tardivement en réaction à des signaux forts, comme une erreur manifeste ou une rupture dans le parcours de soins. Les ajustements sont alors rapides, bruyants et centrés sur des actions immédiates. Privé de mémoire collective, ce type d'équipe de soins se limite au référentiel professionnel commun, sans accès aux habitudes organisationnelles ou aux spécificités culturelles du soin.

[146] Blanc en *reo ma'ohi*
[147] *Idem*

Le bloc opératoire montre une situation encore différente. Ici, le turnover élevé et régulier, empêche une stabilisation durable de l'équipe de soins. Le cadre de santé compose les plannings en fonction des compétences techniques spécialisées requises par les disciplines chirurgicales, sans pouvoir tenir compte ni de l'ancienneté sur le territoire ni de la connaissance du contexte. Cette instabilité rend le travail d'organisation particulièrement complexe, d'autant qu'il reste tributaire de la disponibilité effective des compétences au moment des interventions. À cela s'ajoute un climat relationnel marqué par un clivage persistant entre les agents polynésiens et les métropolitains, qui freine l'imprégnation des nouveaux arrivants. L'ambiance délétère, accentuée par l'isolement structurel du bloc, limite la circulation des habitudes implicites. Le fonctionnement en silo circonscrit les échanges aux seules obligations techniques. La vigilance collective reste centrée sur l'acte opératoire, sans capacité de détection des signaux faibles aux alentours, et sans accès à la mémoire. De plus, certains agents disposant de compétences rares ont développé des stratégies de rétention des savoirs afin de préserver des avantages personnels (choix des interventions, souplesse sur le planning, heures supplémentaires rémunérées). Cette posture empêche le transfert de compétences et alimente un climat de défiance, consolidant les déséquilibres internes et affaiblissant les régulations collectives.

Une dynamique plus constructive apparaît dans un autre contexte d'instabilité ; celui de la crise COVID-19. Alors que l'équipe est initialement déstabilisée par la réorganisation d'urgence, elle parvient à intégrer les renforts. Grâce à la présence majoritaire d'agents pérennes, aux profils ethniques diversifiés et équilibrés, une nouvelle dynamique se met en place et des habitudes organisationnelles sont recréées rapidement. La mémoire collective est mobilisée pour pallier les manquements liés à la méconnaissance des renforts du fonctionnement du CHPf, de sa culture implicite et de son environnement géographique. En temps de crise, il faut aller vite. L'efficacité repose alors sur la capacité du collectif à offrir des repères sûrs, à sécuriser les circuits, à proposer des figures relais sur lesquelles s'appuyer. Cette configuration appelle de nouvelles formes d'interaction. La vigilance collective y est renouvelée. Elle s'adapte à une composition fluctuante et à une mémoire partagée différemment par chacun.

Nos résultats montrent l'importance de la composition des équipes. Bien que l'environnement soit instable, certaines configurations permettent une vigilance collective à bas bruit, rythmée par des rétroactions présentes dans l'action quotidienne. D'autres, plus précaire, se traduisent par une vigilance collective plus visible, déclenchée par des signaux forts, s'appuyant sur l'organisation ou sur le patient et activée dans l'urgence. La présence majoritaire d'agents

pérennes s'avère essentielle. Elle offre un relais sécurisant aux nouveaux arrivants et aux agents « sac-à-dos » en cas de difficulté. Elle permet également d'ancrer l'attention distribuée dans les habitudes collectives. Au-delà de cette opposition, nos observations suggèrent que le collectif gagne en efficacité lorsqu'il réunit de manière équilibrée des agents polynésiens et des agents *popa'ā*[148]. La diversité des profils constitue une ressource précieuse. Les relais culturels en particulier, assurent une qualité des soins ajustée aux spécificités du territoire, notamment dans les représentations de la maladie, les relations de soins ou la connaissance de l'insularité. Les agents *popa'ā*[149] pérennes, apportent de leur côté, une capacité de formalisation utile au collectif. Car ne l'oublions pas, par son histoire, le CHPf est un établissement de santé qui a été pensée à « l'occidental » dans son organisation et son fonctionnement. La maturité du collectif naît de cette articulation entre stabilité, diversité et mémoire partagée. Elle rend possible une vigilance collective auto-régulée, fluide, sans dépendance excessive à la hiérarchie. D'après la littérature, la compétence collective et la vigilance collective s'appuient sur la diversité des profils et la complémentarité des compétences individuelles pour nourrir les dynamiques de confrontations, de négociations qui conduisent à l'action commune. Ces processus ne sont pas réductibles à la somme des savoir-faire de chacun mais émergent de la manière dont le collectif apprend en situation, produit de la connaissance partagée et s'organise dans l'action (Colin & Grasser, 2009). Alors, lorsque l'intégration d'un nouvel arrivant s'inscrit dans un environnement favorable aux apprentissages, elle oblige les agents pérennes à réinterroger le référentiel commun et à réactiver la mémoire collective (Garcia, 2016). L'arrivée récurrente de nouveaux agents devient alors une opportunité de renouvellement, tout en ouvrant un espace de co-construction entre les agents pérennes et les nouveaux qui dynamise les apprentissages mutuels (Garcia, 2016).

[148] Blanc en *reo ma'ohi*
[149] *Idem*

Scène de service

Le 10 septembre 2021 (période COVID) en CHO.
Une aide-soignante locale (N) travaille avec une aide-soignante venue en renfort de métropole (S) sur le secteur. L'ambiance est détendue car les deux s'entendent bien. L'AS locale est habillée pour entrer dans les chambres COVID, tandis que sa collègue métropolitaine reste dans le couloir pour lui passer le matériel. On entend un discours décomplexé ponctué de rires très forts :

N : *« S'il te plaît, donne-moi un cotex ! »*

S : *« Un cotex ? »*

N : *« Oui ! une protection »*

S tend un change (couche) pour adulte.

N : *« Mais non un Always, la protection des femmes ! »*

A : *« Ah !!! »*

Éclats de rire

S : *« Bah faut le savoir le cotex (rire) »*

N : *« E mea, tu dis comment toi ? »*

S : *« Une protection périodique »*

N : *« Fiu*[150] *c'est long, c'est mieux cotex (rire) »*

S : *« Ce n'est pas faux (rire), je le saurai la prochaine fois (rire) ».*

- **Éléments organisationnels identifiés :** Composition d'équipe
- **Critères de composition :** stabilité et maturité, présence d'agents relais, diversité et équilibres des profils
- **Favorise :** la transmission de la mémoire collective, du référentiel partagé et des savoirs tacites (organisationnels, environnementaux, culturels).

9.1.2.2 Coordinations fragiles

Pour s'opérationnaliser, la vigilance collective repose sur des interactions régulières entre les membres de l'équipe. Nos résultats montrent que plusieurs éléments viennent soutenir ou fragiliser cette dynamique. Le cas met en lumière la nature de ces interactions, mais aussi leur

[150] Expression tahitienne pour exprimer de la lassitude.

mécanique, leurs conditions d'émergence et le rôle qu'y joue l'organisation. Toutes les situations étudiées montrent la prédominance de l'oralité pour chercher, transmettre, valider une information, échanger autour d'une attention ou mener des ajustements. Pourtant, des procédures et des organisations formalisées existent. La tension entre ces deux logiques traverse l'ensemble des collectifs de soins observés.

Les cas de X et I illustrent des formes de transmissions discrètes, non prescrites, qui permettent d'ajuster les comportements des agents en prévention. Ces échanges se déroulent dans les espaces informels et prennent la forme de conseils, de partages de savoirs tacites, d'informations professionnelles ou personnelles, de micro-ajustements peu visibles. Ils sont portés par une attention distribuée incarnée et constituent le principal levier de transmission de la mémoire collective du service. À ces échanges verbaux s'ajoutent des interactions non-verbales : regards, postures, expressions faciales, silences. Ces signaux activent des régulations fines, parfois imperceptibles, tant ils sont intégrés aux habitudes collectives. Ces formes de transmissions n'opèrent que si elles sont comprises et partagées par l'ensemble du collectif. Leur efficacité repose sur la connaissance implicite des codes linguistiques et culturels en vigueur. Lorsqu'un agent méconnaît ces modes de communication (en raison de son altérité culturelle et linguistique), le message ne circule pas et la régulation échoue. La parole ne fait alors pas le lien. Les décisions issues de ces régulations internes peuvent être formalisées *a posteriori* par le cadre de santé, qui agit comme un relais de transcription organisationnelle.

Au bloc opératoire, une autre configuration se donne à voir. Des échanges informels existent entre certains groupes d'agents (notamment hors du bloc, sur la terrasse fumeur), ceux-ci restent fragmentés. Le climat délétère et le clivage entre les profils métropolitains (majoritaire dans l'équipe) et polynésiens limitent la circulation fluide de l'information. La majorité des échanges servent à garantir la continuité de l'activité technique, à travers des procédures écrites, des tableaux, des affiches ou des logiciels de planification. On observe une différence nette dans les modalités de transmission. Les agents métropolitains privilégient les supports écrits et attendent une communication formalisée de leur hiérarchie. Les agents polynésiens, quant à eux, favorisent le recours à la parole. Cette dichotomie renforce les malentendus, nourrit les tensions et fragilise l'attention distribuée aux signaux faibles. Cette préférence pour l'écrit chez certains s'explique aussi par une recherche de traçabilité ; ce qui est formulé par écrit fait preuve. Il constitue une protection en cas de dysfonctionnement ou de conflit. Dans ce contexte de défiance, les agents cherchent à laisser une trace écrite de leurs signalements, là où d'autres

privilégient encore la confiance dans la parole échangée. Dans ce contexte, seuls les signaux forts (spectaculaires, visibles) sont détectés.

D'autres contextes montrent une configuration encore différente, dans laquelle l'absence d'agents-relais modifie les conditions de la transmission. Par exemple, même si des procédures formelles existent (identitovigilance, traçabilité des stupéfiants, retour EVASAN[151]) les agents « sac-à-dos » ou nouvellement arrivés ne les consultent pas, ou peu. Ils sollicitent plutôt un agent pérenne ou leur supérieur hiérarchique. Cela interroge sur l'accessibilité réelle des procédures, de leur lisibilité et de l'investissement des agents pour se les approprier. Il est possible qu'ils se réfèrent d'abord au référentiel commun des métiers paramédicaux, dont les valeurs sont transversales, tout en négligeant les déclinaisons contextuelles. Ou bien encore à la présence d'un référent humain rendant l'information plus accessible et l'oralité plus facilement assimilable, car plus rapide. Dans les situations étudiées, l'absence d'agents relais rend l'information difficilement accessible et les procédures sont mal appliquées. Les signaux faibles deviennent forts et la vigilance collective se déclenche une fois que les erreurs sont manifestes. Un second aspect mérite attention, l'oralité déborde des limites de l'équipe. Elle mobilise parfois des réseaux extérieurs (familles, collègues d'autres services, connaissances) qui participent à la résolution de la situation. Ce recours renvoie à l'esprit communautaire polynésien, où la solidarité du *feti'i*[152] s'active face à la difficulté. Ces acteurs n'appartenant pas à l'organisation viennent soutenir l'ajustement collectif.

La gestion de la crise COVID-19 illustre la prédominance de l'oralité en situation de crise. Face à l'instabilité, les agents s'organisent spontanément. Ils prennent des décisions à l'oral et construisent peu à peu une nouvelle organisation et de nouvelles habitudes. La formalisation par l'écrit vient progressivement, à mesure que les ajustements du terrain se conjuguent avec les règles institutionnelles.

Nos résultats confirment une préférence partagée pour la transmission orale ou non-verbale. Ces formes d'échange soutiennent une vigilance incarnée, adaptée au contexte et favorisent la circulation des savoirs organisationnels, culturels et techniques. Les procédures écrites, si elles existent, ne constituent pas le canal privilégié. Tous les agents, qu'ils soient pérennes ou « sac-à-dos », s'appuient sur des figures-relais. En leur absence, l'information se fragmente. Le « tout

[151] Évacuation sanitaire
[152] Famille étendue, parents en *reo ma'ohi*

oral » comporte aussi ses risques, car la parole n'est pas toujours remise en cause et parce qu'elle peut revêtir un caractère symbolique et sacré. Le cadre de santé joue ici un rôle charnière. Il relie l'échange informel à la formalisation, entérine ce qui a été co-construit, sans le figer. Dans les faits, les procédures servent de repères et non de normes fixes. Elles sont souvent réinterprétées selon les circonstances. Or, l'absence de réactualisation limite aussi leur valeur d'apprentissage. Ce décalage entre la norme écrite et l'usage réel accentue la distance entre les intentions organisationnelles et les pratiques du terrain des collectifs. Retour et Krohmer (2006) éclairent ces dynamiques en montrant que la compétence collective se nourrit autant d'interactions affectives que d'interactions formelles, articulées autour d'un langage partagé, d'une mémoire commune et d'un engagement subjectif. Dans la même logique, Chédotel et Pujol (2009) soulignent l'influence du style de management et du climat de communication sur la qualité de ce référentiel commun. Enfin, Brillet et al. (2016) rappellent que le manager, lorsqu'il assure un suivi attentif et instaure un climat de confiance, devient un facilitateur clé de la transmission et de l'intégration des savoirs, ce qui a pour effet de renforcer la cohérence collective.

- **Éléments organisationnels identifiés :** Mode de transmissions des informations
- **Types de modes de transmission :** écrit (procédures, dossiers patients), oral. Formel et informel
- **Favorise :** Croisement des informations, soutien à la détection des signaux, soutien à l'attention portée aux détails et permet la mise en place des rétroactions.

9.1.2.3 Des espaces d'ajustement

Les services hospitaliers s'organisent autour d'espaces formels régis par une logique déterminée. Ces lieux (salle de soins, bureaux, chambre du patient) constituent les centres névralgiques de la coordination et de la transmission des informations pour la prise en soins des patients, appuyés par des outils numériques et papiers. Pourtant, nos observations montrent que d'autres espaces, non dédiés *a priori* à l'activité de soins, jouent un rôle tout aussi crucial dans le fonctionnement quotidien. Il s'agit d'espaces dits informels (couloirs, offices, terrasses). Ils sont investis par les équipes pour échanger, s'ajuster, décompresser et se coordonner. Lorsqu'ils ne sont pas prévus par l'architecture, les collectifs de soins s'approprient un lieu et le redéfinissent pour en faire un espace partagé.

Par exemple, les offices de repos apparaissent comme des lieux de convivialité, de décompression et de conversation. Dans les cas de X et I, les nouveaux arrivants y partagent les repas avec les agents pérennes en poste. Ces échanges mêlent récits personnels et expériences professionnelles. Ils permettent la transmission d'informations autour des habitudes du service, des pratiques hospitalières spécifiques au CHPf et de l'environnement polynésien. C'est aussi dans ces lieux que se remarque une forme d'observation réciproque. Le collectif évalue le comportement du nouvel arrivant, tandis que celui-ci s'imprègne des habitudes non formalisées. Ces espaces accueillent des agents de tous métiers et de tous niveaux hiérarchiques, ce qui favorise la fluidité des interactions.

Les couloirs des services jouent un rôle tout aussi important. Ils sont le théâtre d'interactions brèves mais essentielles comme les rappels, les ajustements, les partages d'informations immédiates. Soignants, médecins, cadres de santé et intervenants extérieurs s'y croisent en permanence. Durant la visite médicale, un glissement entre registres s'observe. Tandis que les échanges sont formels dans la chambre du patient ou devant celle-ci quand la porte est ouverte ; ils deviennent plus libres lorsqu'ils se tiennent autour de l'ordinateur mobile, avec les portes des chambres fermées. Informations professionnelles, réflexions organisationnelles, commentaires personnels s'y entrecroisent. Cette hybridation rendue possible par l'aménagement de certains postes de soins en *open-space*, favorise un floutage des frontières hiérarchiques.

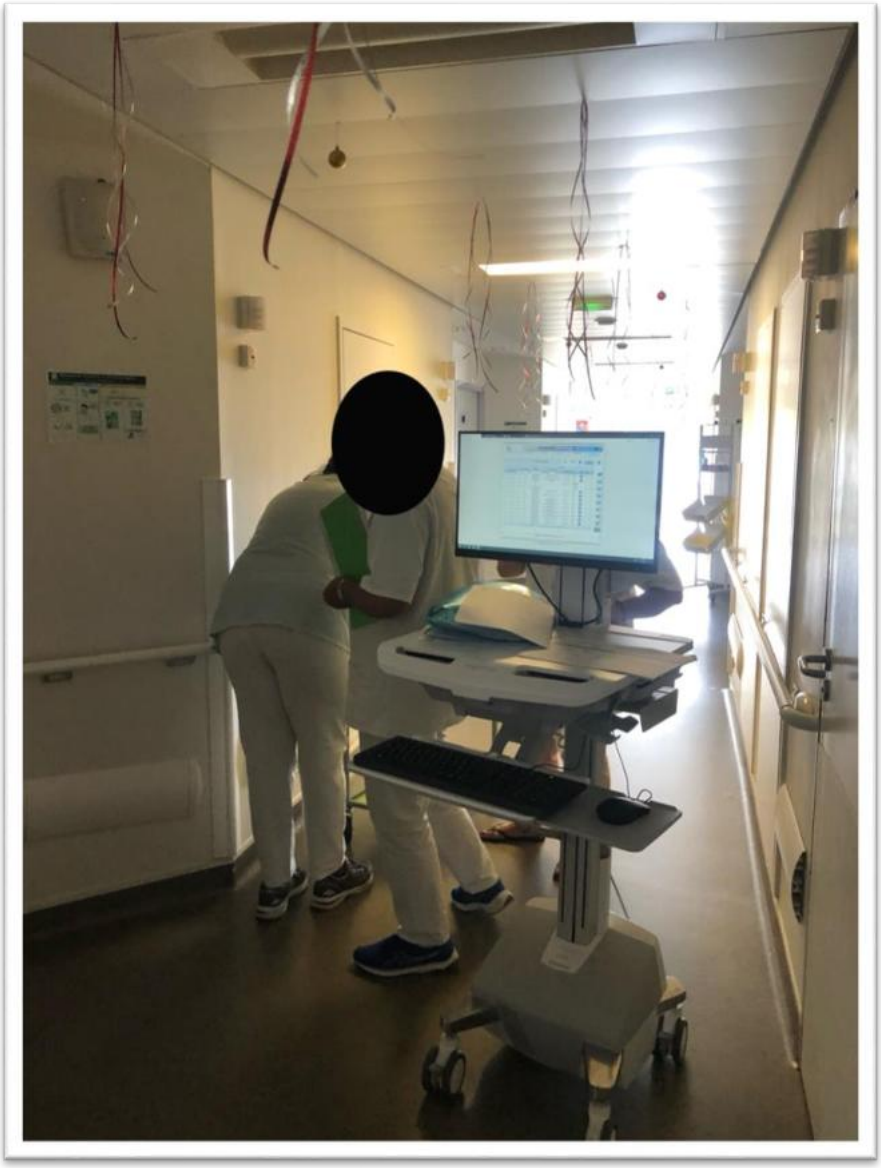


Photo 11: Visite médicale dans le couloir avec l'ordinateur mobile

Tous les services ne permettent pas cet usage partagé des lieux. Le bloc opératoire montre une configuration plus contrainte. Les espaces de repos sont segmentés, leur accès est implicitement régulé par des logiques de groupe. Une norme implicite réserve certains lieux à des profils d'agents particuliers. La circulation dans le bloc y est restreinte par les exigences d'hygiène et le rythme des interventions. Les échanges informels se tiennent en marge du bloc, notamment sur les terrasses extérieures, où les fumeurs se rendent majoritairement. Cet espace permet des échanges plus spontanés mais il reste difficilement accessible pour l'ensemble des agents, en raison de son éloignement et des contraintes vestimentaires (il faut sortir du bloc, changer de tenue, et en faire de même pour rentrer). À l'inverse, dans le cas I, la terrasse est située au sein même du service. Plus facilement accessible à tous, elle est malgré tout majoritairement

fréquentée par les fumeurs. C'est là que l'infirmière et l'aide-soignante ont pu réguler leurs tensions, dans un échange direct et non prescrit. Cet exemple illustre la fonction régulatrice de ces lieux, dès lors qu'ils sont investis librement.

En contexte de crise, ces espaces prennent une fonction plus importante encore. Déstabilisés par les réorganisations, les agents investissent massivement les espaces informels pour reconstruire un collectif opérationnel. L'office de repos, les couloirs et la terrasse deviennent des lieux de coordination, de partage et de soutien mutuel. On y échange sur l'organisation, les responsabilités, les besoins, l'histoire du service mais aussi sur les émotions, les ressentis, les inquiétudes. Les frontières hiérarchiques tombent. Les agents, quelle que soit leur fonction ou leur origine, partagent les repas et des moments de convivialité, se soutiennent, et expriment leur difficulté. C'est dans ces lieux que se recompose la solidarité d'équipe.

Nos résultats montrent que les espaces informels structurent la vie des collectifs. Ils soutiennent les interactions, facilitent la circulation des savoirs et des repères et renforcent la cohésion. Leur valeur réside dans leur capacité à accueillir une parole libre, à réguler les tensions, à atténuer les barrières hiérarchiques. Mais leur efficacité dépend d'une condition essentielle : leur accessibilité réelle pour tous. Certains agents, en particulier ceux qui maîtrisent moins bien le français ou qui se sentent en décalage culturel peuvent être intimidés à l'idée d'investir ces espaces. L'aisance relationnelle (inégalement distribuée) devient un facteur de sélection silencieuse. L'aménagement physique des lieux ne suffit pas. Ces espaces doivent être pensés en articulation avec les dynamiques sociales et culturelles qui structurent les collectifs de soins. La littérature récente s'intéresse davantage à l'environnement organisationnel et aux espaces de discussion formalisés qu'aux espaces physiques. Par exemple, les travaux de Beton et Bertolucci (2020) éclairent la dynamique de construction et de déconstruction de la compétence collective à travers des dispositifs organisationnels, sans toutefois aborder directement la dimension spatiale.

Scènes de service

Le 15 décembre 2022 en CHV.

Situation 1 :

Une AS ancienne et la nouvelle discutent, assises côte à côte, les yeux rivés sur leur téléphone portable. Elles échangent d'abord sur le tarif au cinéma et les différentes salles sur Tahiti ainsi que leur localisation. La discussion dérive ensuite sur les différentes banques locales. L'ancienne explique à la nouvelle comment fonctionne le système bancaire en Polynésie.

Situation 2 :

Dans la salle de soins, trois titulaires sont autour de la nouvelle. Elles discutent des bons plans, échangent des informations en consultant leur téléphone. Puis, la nouvelle interroge sur une question d'organisation. Immédiatement, une ancienne AS du groupe réagit : *« Viens, on y va, je vais te montrer ».*

J (cadre de santé) et moi discutons au sujet de l'IDE ANT en poste et du binôme qu'il forme avec MP (AS ancienne) : *« Je suis contente elle est avec G, elle l'organise, car il a des difficultés à comprendre. Il sait mais il percute tardivement. Après c'est l'un des seuls qui propose de l'aide et qui dit s'il est en difficulté ».*

J l'accompagne également en soutien.

Situation 3 :

Dans la salle de soins, l'AS ancienne et la nouvelle sont devant le poste informatique. L'ancienne explique le fonctionnement des logiciels utilisés. Elle lui montre où récupérer les demandes de billets de cinéma à tarif préférentiel pour les agents du CHPf. En retour, la nouvelle partage son expérience sur les avantages de son ancien hôpital.

- **Éléments individuels identifiés :** Environnement spatial de travail
- **Types d'espace :** espaces informels (couloirs, offices de repos, terrasses, *open-space*)
- **Favorise :** la convivialité, le partage. La transmissions des savoirs tacites, de la mémoire collective. Les rétroactions et la régulation de l'activité

9.1.2.4 Le cadre de santé, acteur des régulations organisationnelles

Nos observations montrent plusieurs niveaux d'intervention managériale qui influencent l'opérationnalité de la vigilance collective. En particulier, le cadre de santé occupe une position stratégique. Parfois présent au cœur de l'action, parfois en retrait, parfois même en creux (son absence devenant elle-même un élément d'instabilité).

Dans les cas de X et I, le cadre de santé est physiquement présent dans le service. Il participe aux temps collectifs, partage les moments de convivialité, tout en demeurant en retrait. Il observe, capte les signaux faibles, formule des recommandations et soutient l'équipe dans ses ajustements, sans prendre directement la main. Il laisse le collectif s'autoréguler, notamment dans l'accompagnement des nouveaux arrivants, puis intervient *a posteriori* pour formaliser ces décisions. Il agit alors comme une figure d'appui hiérarchique, rendant visible ce qui s'est élaboré de manière informelle. Tant que la vigilance collective opère à bas bruit (sans rupture manifeste ni événement critique) sa régulation est discrète mais constante.

En revanche, lors des événements graves (la gestion des stupéfiants, le cas Reao ou la crise COVID-19), son rôle prend une tout autre dimension. Une fois les manquements détectés ou les tensions identifiées, il s'implique activement dans la recherche de solutions. Il centralise les informations, coordonne les ajustements, accompagne les prises de décision. Il est auprès des agents, écoute, éclaire et transmet. Il adopte une posture à la fois pédagogique, explicative et directive, soutenant l'action autant que la réflexion. Son accessibilité et sa capacité à prendre des décisions permettent de sécuriser le collectif dans ces situations. Il régule l'organisation pour soutenir la vigilance collective qui ne peut plus s'appuyer uniquement sur l'auto-régulation du groupe.

Les situations observées montrent l'importance stratégique du cadre de santé. Sa posture managériale, sa disponibilité, son écoute et sa position dans l'organisation contribuent pleinement à la dynamique de la vigilance collective. Qu'il agisse à distance ou qu'il soit au centre de l'action, il soutient la vigilance collective en assurant sa cohérence, sa coordination et sa formalisation. À l'inverse, son absence affaiblit la capacité du collectif de soins à détecter les signaux faibles ou à anticiper les imprévus et les ruptures. C'est une figure intermédiaire entre la hiérarchie et le terrain et il occupe une position transversale dans l'organisation. Il relie les niveaux stratégiques aux réalités du soin, soutient les régulations discrètes et les ajustements

visibles. Il incarne ainsi une vigilance collective située à la croisée des logiques formelles et informelles présentes aussi bien dans les marges que dans l'organisation. Chédotel et Krohmer (2014) montrent qu'à travers les règles qu'il met en place, le manager fonde le cadre d'action des équipes et soutient le développement d'une compétence collective. Puis, Chédotel et Pujol (2012) soulignent que le rôle des figures managériales intermédiaires est déterminant pour garantir un langage partagé et organiser la décision collective.

- **Éléments organisationnels identifiés :** Management
- **Types de management :** accessibilité et proximité du cadre de santé. Soutien managérial.
- **Favorise :** les régulations, l'attention portée aux signaux, le lien entre les informations et les signaux.

9.1.2.5 Une organisation en tension, appuyée par un management agile

Les éléments organisationnels se composent de dynamiques interdépendantes qui soutiennent ou entravent la vigilance collective. Nos résultats soulignent combien la composition et la stabilité des équipes constituent un socle pour une attention distribuée durable. Nous avons montré comment les informations circulent (oralement, non-verbal, par écrit) pour ajuster les pratiques et partager l'attention portée aux signaux faibles comme aux signaux forts. Nous avons également observé le rôle des espaces informels (offices, couloirs, terrasses) en tant que lieux d'échange, de régulation et même de reconstruction collective, hors des cadres prévus par l'organisation. Enfin, la posture du cadre de santé apparaît comme un élément structurant : tantôt en retrait, tantôt moteur, il intervient à des niveaux différents selon les dynamiques du collectif de soins et le degré de tension apparent. Sa présence, son accessibilité et sa capacité de formalisation en font une clé de voûte de la vigilance collective.

Au-delà de leur analyse isolée, ces éléments révèlent leur interdépendance avec les éléments individuels. Les éléments individuels et organisationnels s'imbriquent, se répondent et se transforment mutuellement au gré des situations rencontrées. Ils coexistent dans l'instabilité, ils se réajustent en continu par les actions des agents, les configurations du collectif et les contraintes du contexte. Cette interdépendance amène à voir la vigilance collective comme une

dynamique relationnelle située, en renouvellement constant à travers les interactions entre les personnes, les structures et les temporalités.

	Composants		Action sur le renouvellement de la vigilance collective
Éléments organisationnels	Composition d'équipe	• Stabilité et maturité des équipes, • Présence d'agents relais, • Diversité et équilibres des profils	Favorise la transmission de la mémoire collective, du référentiel partagé et des savoirs tacites (organisationnels, environnementaux, culturels).
	Mode de transmissions des informations	• Écrit (procédures, dossiers patients), • Oral. • Formel • Informel	Croisement des informations, soutien à la détection des signaux, soutien à l'attention portée aux détails et permet la mise en place des rétroactions.
	Environnement spatial de travail	Espaces informels : • Couloirs. • Offices de repos. • Terrasses. • *Open-space.*	Favorise : • La convivialité, le partage. • La transmission des savoirs tacites, de la mémoire collective. • Les rétroactions et la régulation de l'activité.
	Management	• Accessibilité et proximité du cadre de santé. • Soutien managérial.	Permet : • Les régulations, l'attention portée aux signaux. • Le lien entre les informations et les signaux.

Tableau 35: Les éléments organisationnels (Auteur)

9.1.3 Le niveau des éléments contextuels, territoriaux, culturels et institutionnels

Dès le début de notre recherche, nous avons souligné l'importance de situer l'analyse dans son contexte. La présentation générale de la Polynésie française en première partie prend ici tout

son sens. Ce contexte géographique, culturel et institutionnel façonne les manières d'agir et de coopérer.

Au-delà des éléments individuels et organisationnels, notre travail révèle que certains éléments contextuels (culturels, territoriaux, linguistiques, logistiques) agissent comme des conditions d'arrière-plan qui influencent l'opérationnalité de la vigilance collective au sein des équipes de soins. Jusqu'ici, ces éléments contextuels apparaissaient en filigrane dans les pratiques observées. Nous les expliquons désormais en les rattachant directement aux situations analysées.

9.1.3.1 Les contraintes structurelles territoriales

L'insularité polynésienne induit une fragmentation structurelle du système de santé. Les établissements sont répartis sur les cinq archipels, chacun composé d'îles aux degrés d'isolement variables, accessibles uniquement par voie aérienne ou maritime. Cette dispersion géographique entraîne une logistique discontinue et rend la coordination difficile, surtout pour les sites les plus isolés.

Au-delà de l'insularité géographique, ces contraintes ont des effets organisationnels tangibles, notamment sur la continuité des parcours de soins. Ce constat s'illustre dans le cas Reao. Lorsqu'un patient des Tuamotu est admis, aucun agent pérenne n'est présent pour comprendre les particularités du dossier, repérer les incohérences logistiques ou vérifier. Les soignants « sac-à-dos » présents, ne possèdent ni l'ancrage territorial, ni la connaissance des spécificités insulaires et culturelles, ni la connaissance de la langue nécessaire à une régulation spontanée. Ici, l'erreur n'est pas d'ordre technique. Elle tient de l'absence d'une mémoire collective vivante et d'un regard expérimenté apte à capter des signaux faibles non formalisés. Le collectif, privé de points de repère tacites, ne peut ajuster l'action. La vigilance collective monte en intensité, non par négligence, mais faute de conditions propices.

Cette situation met en évidence une tension structurelle du système polynésien. La géographie agit ici comme une variable organisationnelle majeure. Une coordination inter-îles efficace suppose des relais humains acculturés au contexte, capables de lire et interpréter les contraintes logistiques et les réalités sociales propres à chaque île. Nous retenons que l'environnement géographique agit dans notre cas comme une variable organisationnelle critique. En l'absence

de continuité humaine (par des agents pérennes sensibilisés au contexte), la vigilance collective est rendue difficile, voire impossible. La qualité et la sécurité des soins dépendent alors de la capacité du système à structurer localement une veille incarnée, en appui des dispositifs techniques.

- **Éléments contextuels identifiés :** Environnement géographique
- **Types d'environnement :** insularité, éloignement, éclatement géographique
- **Favorise :** agit comme une variable organisationnelle critique

9.1.3.2 Les effets de structure du CHPf

Le système de santé polynésien présente des particularités institutionnelles qui affectent directement le fonctionnement des équipes de soins du CHPf. L'absence de statut d'établissement hospitalier, une fonction publique territoriale peu adaptée aux réalités contemporaines du soin et une gouvernance hospitalière encore en construction, ce qui rend difficile la stabilisation durable des collectifs de travail.

Même lorsqu'une équipe stable existe (comme dans les cas X et I), elle peut rapidement se fragiliser par un absentéisme non prévu, comme nous le montrons dans la situation de Reao. Ces remplacements bouleversent les habitudes interactionnelles, estompent temporairement la mémoire collective du service et déstabilisent les repères sécurisants pour les agents en poste. Les porteurs de savoirs tacites (environnementales, organisationnelles ou culturelles) étant absents, les habitudes informelles disparaissent, ceux qui permettent d'interpréter les signaux faibles, de poser une question ou de faire appel à un soutien discrètement. L'épisode de l'annonce du décès illustre cette dynamique : sans relais aguerri, les erreurs ne sont ni anticipées ni corrigées à temps.

Cette déstabilisation n'est pas induite uniquement par l'équipe concernée. Elle révèle des failles plus profondes du système. L'éloignement géographique, l'insularité, la rareté de profils spécialisés et le manque de dispositifs de formation continue adaptés aggravent cette instabilité. Les remplaçants et/ou les agents « sac-à-dos » sont souvent recrutés en fonction de leur disponibilité immédiate, avec un diplôme généraliste, sans expérience spécifique dans la discipline ou le contexte polynésien.

À cette instabilité humaine s'ajoute un autre élément, celui de la faible appropriation des procédures institutionnelles. Si une direction de la qualité existe au CHPf, elle peine à structurer et à animer une démarche qualité. En l'absence d'obligation réglementaire forte et sans incitations tangibles, les procédures sont peu actualisées, souvent mal connues, parfois contournées. Dans plusieurs situations observées, les agents pérennes les utilisent comme un socle mais les réajustent dans la pratique quotidienne en fonction du patient, du moment ou du contexte. Cette capacité d'adaptation repose sur l'expérience mais rend invisible la norme révisée. Ces ajustements restent informels et se transmettent oralement en étant intégrés dans la mémoire collective mais ils sont rarement formalisés. Ce défaut de mise à jour s'explique aussi par une acculturation difficile à la démarche qualité, par le manque de formation, par la faible lisibilité des enjeux, et par l'absence de soutien institutionnel. La démarche est souvent perçue comme lointaine, abstraite, contraignante.

Nos résultats montrent que ces contraintes structurelles infléchissent directement l'opérationnalité de la vigilance collective. L'organisation hospitalière elle-même (dans ses règles, ses statuts, ses modes de gestion RH[153]) génère une instabilité qui contraint les dynamiques de veille partagée. L'absence d'agents pérennes disponibles, la faible robustesse des procédures et l'inaccessibilité de certaines compétences sur le territoire obligent les collectifs à réinventer des formes de régulations (situation gestion des stupéfiants), en s'appuyant sur des relais humains et sur une mémoire collective fluctuante. Encore faut-il que cette mémoire soit incarnée, transmise et activée en situation. Faute de cela, la vigilance collective change d'intensité ; elle intervient pour rattraper les manquements. Cette tension oppose les fragilités du système à la volonté des acteurs de compenser, tant bien que mal, ses effets au quotidien dans la prise en soins des patients.

Lorsque surviennent des événements inattendus, certaines situations rompent avec les habitudes organisationnelles et obligent les équipes à inventer d'autres manières de coopérer et d'agir ensemble. Dans le service CHO/CHA, la crise de la COVID-19 constitue l'un de ces moments de rupture. L'arrivée massive de patients, l'absence de procédures adaptées et l'incertitude entourant la nature même de la situation contraignent les agents à élaborer dans l'urgence de nouvelles formes de régulation. Au départ, rien n'est stabilisé, ni les parcours de soins, ni la répartition claire des tâches et des responsabilités, ni la coordination formalisée. Seules

[153] Ressources humaines

subsistent les habitudes issues des pratiques antérieures du service transformé, les ajustements hérités du collectif déjà en place et une mémoire tacite du service. Dans cette instabilité contextuelle, les soignants réorganisent spontanément les tâches, revoient leurs rôles et redistribuent l'attention. Les transmissions se font oralement, sous forme de rétroactions brèves dans les couloirs, les offices ou les terrasses. Dans ces moments, l'organisation repose davantage sur la reconnaissance des compétences, les expériences partagées et la confiance forgée dans l'épreuve que sur les règles établies. C'est la proximité entre les agents, plus que les prescriptions, qui permet à la vigilance collective d'être opérationnelle. Le cadre de santé, présent, accessible et reconnu, agit comme une figure d'appui. Il ne centralise pas les décisions mais stabilise les repères, sécurise les initiatives et accompagne les régulations émergentes. Par sa posture de soutien, il légitime les ajustements du collectif, sans les enfermer dans un cadre rigide.

Cette situation donne à voir ce qui se joue lorsque l'organisation formelle recule et que les collectifs doivent improviser dans l'urgence. En contexte de crise, l'absence de procédure ne désorganise pas nécessairement le collectif, à condition que des repères partagés, une solidarité vécue et une reconnaissance mutuelle soutiennent l'action. L'épreuve agit alors comme un révélateur. Elle rend visibles les ressorts implicites du fonctionnement collectif jusqu'ici silencieux. Dans les marges de la crise, là où l'organisation formelle ne fait plus sens, la régulation collective émerge dans sa forme la plus personnifiée ; fondée sur les liens, les postures et les présences. Cette attention est une expression visible de l'attention partagée.

- **Éléments contextuels identifiés :** Organisation hospitalière
- **Types :** statuts, modes de gestion RH
- **Favorise :** contraintes et instabilités. Mais émergence des formes d'attention et de régulations soutenues par des relais humains. Les ajustements informels.

9.1.3.3 Les tensions culturelles

Les situations observées dans notre cas montrent que la vigilance collective s'ancre aussi dans les savoirs tacites et les références culturelles du contexte polynésien, au-delà des normes organisationnelles et des habitudes professionnelles. Cette dimension culturelle agit à deux

niveaux : dans la relation au patient mais aussi dans les dynamiques internes au collectif de soins, entre les soignants eux-mêmes.

Nos observations convergent vers certains comportements issus des particularités culturelles locales. Par exemple, on y retrouve une attention particulière portée à l'accueil des nouveaux arrivants, qu'il soit anticipé ou non. Dans les cas X et I, cette qualité de l'accueil facilite l'entrée en relation, soutient l'intégration et permet une première inclusion dans le collectif de travail. La pratique du tutoiement, perçue par les agents métropolitains comme un marqueur d'accessibilité et de proximité, participe à brouiller positivement les frontières hiérarchiques et professionnelles. À cela s'ajoute la logique du partage, qui est une valeur importante de la culture polynésienne. Elle s'exprime ici dans le partage des repas, des expériences, de l'attention, et par la mise en commun des réseaux et des soutiens, mobilisables en cas de besoin. Cette solidarité n'est pas seulement interne à l'équipe ; elle s'étend aux partenaires extérieurs au service, selon une logique communautaire (*feti'i*[154]). Toutefois, ces comportements avenants s'accompagnent d'une forme de prudence initiale. L'observation de l'autre, l'évaluation discrète de son attitude ou de ses croyances, constituent des mécanismes implicites d'auto-régulation. Ces observations ont lieu dans les espaces informels, discrètement, et conditionnent l'intégration effective du nouvel arrivant dans les habitudes du collectif.

Le rôle important de la parole dans les interactions mérite d'être souligné. Elle constitue un vecteur privilégié de transmission, d'ajustement et de régulation. Cette prédominance de l'oralité s'ancre dans une valeur culturelle accordée à la parole. Elle est perçue comme créatrice, signifiante, porteuse de lien avec les *tupuna*[155]. Les agents pérennes (qu'ils soient polynésiens ou non) l'intègrent dans leur manière de travailler, en l'opposant parfois à des procédures écrites perçues comme déconnectées des réalités du terrain. Mais cette préférence pour l'oralité n'est pas sans risque. Elle suppose une maîtrise partagée des codes implicites. Lors de la crise COVID-19 comme dans le cas I, les malentendus sont nombreux. En effet, les silences ne sont pas interprétés de la même manière selon les appartenances, les allusions implicites ne sont pas perçues et les régulations peuvent échouer à se mettre en place.

D'autres situations (Reao ou l'annonce du décès) illustrent des malentendus plus profonds, liés à la langue et à ses significations culturelles. Le patient acquiesce des informations sans les

[154] Famille étendue, parents en *reo ma'ohi*
[155] Ancêtre en *reo ma'ohi*

comprendre, par honte de ne pas maîtriser le français. Dans le cas du décès, la parole du médecin n'est pas remise en cause, car elle est associée à celle du *tahu'a*[156] ; figure d'autorité dans la culture polynésienne. Le cas Reao montre que le silence et l'acquiescement apparent du patient polynésien et de sa famille traduisent en réalité un retrait silencieux. Dans certains échanges, les patients n'interrompent pas, ne questionnent pas et ne s'opposent pas à leur interlocuteur. Ils écoutent mais cet acquiescement ne valide pas ce qui est énoncé. Cette forme d'acceptation extérieure, dictée par la pudeur, la honte ou par respect, ne signifie pas adhésion. Elle masque souvent une incompréhension de ce qui a été dit, liée à l'usage d'un langage non adapté ou à la non-maîtrise de la langue française. Sans médiation, les écarts entre le dire et le comprendre s'amplifient, ce qui affaiblit la vigilance collective.

Ces observations soulignent que le contexte culturel façonne la vigilance collective. Il influence la manière d'aborder l'autre, de communiquer, de transmettre mais aussi d'anticiper les malentendus. Un équilibre fragile se dessine puisque malgré des codes différents, un consensus émerge autour d'un référentiel commun, celui de l'identité soignante partagée, fondée sur les valeurs des métiers paramédicaux. Ce socle commun, lorsqu'il est soutenu par des figures-relais capables de faire le lien entre les logiques, favorise la médiation informelle. Ces agents non reconnus par l'institution, assurent une fonction essentielle de traduction culturelle. Le cadre de santé assume souvent ce rôle de médiateur symbolique en ajustant les écarts sans les figer et en soutenant les interactions sans les formaliser.

- **Éléments contextuels identifiés :** Contexte culturel
- **Types de spécificités culturelles :** Communication, relation à l'autre, représentation du soin et de la maladie.
- **Favorise :** Les malentendus si non connu. Favorise l'intégration les interactions

9.1.3.4 Un contexte composite, entre discontinuités et pluralité culturelle

Les résultats montrent que les éléments contextuels, en arrière-plan, exercent une influence structurante sur l'opérationnalité de la vigilance collective. L'environnement géographique, par son insularité et ses discontinuités logistiques, fragilise la coordination des soins en l'absence d'agents qui ont la connaissance du système. Les contraintes systémiques du CHPf

[156] Guérisseur en *reo ma'ohi*

entretiennent cette instabilité chronique des collectifs de soins, fragilisant l'efficacité attendue des procédures. Certaines situations mettent en lumière ces fragilités avec une intensité particulière, notamment lorsque l'absence du cadre de santé conduit les équipes de soins à s'appuyer sur d'autres éléments (mémoires partagée, confiance, relations construites dans le temps). La vigilance collective se nourrit alors des éléments plus profond, issus des savoirs locaux comme la valeur de la parole, l'importance de l'accueil, l'observation en « coin de l'œil », ainsi que les malentendus culturels ou linguistiques. Ces éléments invisibles dans l'organisation officielle constituent des leviers à la fois fragiles et importants.

Par ailleurs, le cas rappelle que les collectifs de soins s'inscrivent dans un système territorial, culturel et symbolique dont les équilibres s'ajustent constamment. Cela confirme que la vigilance collective ne peut être pensée en dehors du contexte. Elle est située, incarnée, et façonnée par des réalités à la fois géographiques, institutionnelles et identitaires.

	Composants		**Action sur le renouvellement de la vigilance collective**
Éléments contextuel	Environnement géographique	• Insularité. • Éloignement. • Éclatement.	Agit comme une variable organisationnelle critique.
	Organisation hospitalière	• Statuts. • Modes de gestion RH.	• Contraintes et instabilités. • Mais émergence des formes d'attention et de régulations soutenues par des relais humains. • Ajustements informels.
	Contexte culturel	• Communication • Relation à l'autre. • Représentation du soin et de la maladie.	• Les malentendus si non connu. • Favorise l'intégration les interactions

Tableau 36: Les éléments contextuels (Auteur)

9.1.4 Les bases situées de la vigilance collective entre acteurs, organisations et contexte

L'analyse des situations observées nous conduit à considérer la vigilance collective comme le produit d'une articulation continue entre trois niveaux d'éléments : individuels, organisationnels et le contexte plus large dans lequel les collectifs évoluent. Ces niveaux ne se

compilent pas comme des strates ; ils interagissent en permanence, se renforçant, s'opposant ou se réajustant dans l'action. À cet égard, nos résultats rejoignent les travaux existants qui mettent déjà en évidence le rôle de facteurs individuels (compétences, comportements prosociaux, attention stable et flexible), des leviers organisationnels (style de management, climat de confiance, dispositifs de GRH) et des dynamiques culturelles (culture, institution, temporalités). Toutefois, nos résultats insistent sur leur caractère situé. Les éléments prennent sens dans des configurations spécifiques des collectifs de soins du CHPf, influencés par le turnover, l'interculturalité et le contexte polynésien.

Ces observations montrent aussi que la vigilance collective ne suit pas un seul schéma. Elle se déploie à travers des modalités variées. La typologie proposée au chapitre 8, distinguant une vigilance collective à bas bruit, pragmatique, adaptative, fragmentée et réparatrice, illustre bien cette diversité. Elle montre que les formes de vigilance sont le produit de l'articulation entre individus, organisation et contexte, et qu'elles se renouvellent dans le temps de l'action, au gré des événements et des tensions rencontrées. Cette analyse permet ainsi de poser les bases d'une compréhension située de la vigilance collective. Elle ouvre vers l'examen des leviers transversaux qui soutiennent ces dynamiques.

9.2 Des éléments transversaux, leviers de la vigilance collective

En prolongeant l'analyse, nous avons remarqué que certains éléments apparaissent comme transversaux, tant ils sont omniprésents et leur portée structurante. Ils traversent l'ensemble des situations étudiées et conditionnent la capacité des collectifs de soins à renouveler une vigilance collective. Trois éléments s'imposent : les formes de communication, la qualité des interactions et les usages des espaces informels.

La littérature met en évidence que la communication, souvent envisagée à travers l'oralité, ne se limite pas à un canal prescriptif. Elle constitue aussi un espace de négociation, qui permet aux acteurs de reformuler, de s'accorder et de contourner les rigidités organisationnelles. Plusieurs travaux que nous avons préalablement cités soulignent que la qualité des interactions influence directement l'intensité de la vigilance collective : des interactions de mauvaise qualité majorent le risque d'insouciance (Dougherty & Takacs, 2004). Ces interactions mêlent les registres formels et informels et revêtent une dimension affective qui conditionne le climat du

collectif et la circulation des informations. Enfin, s'agissant des espaces informels, la littérature explorée demeure plus rare, ce qui confère une portée particulière à nos résultats empiriques.

Ces trois éléments omniprésents constituent des leviers transversaux. Leur analyse permet de comprendre comment la vigilance collective se renouvelle via les ressources relationnelles, communicationnelles et spatiales situées.

9.2.1 Les formes de communication

Les situations mettent en évidence la coexistence de plusieurs modes de communication, qui combinent oral et écrit, formel et informel, sans se limiter à ces catégories. Cette diversité s'inscrit dans une dynamique relationnelle, marquée à la fois par un ancrage culturel et par les contraintes propres à chaque collectif de soins. La communication apparaît comme un élément important de la vigilance collective, car elle structure les régulations discrètes et soutient les ajustements quotidiens.

Dans la majorité des situations, l'oralité s'impose. Les échanges informels, fréquents dans les offices de repos, les couloirs ou les points de passage, permettent de coordonner les actions, de transmettre les alertes, d'accompagner les régulations sans recourir à un dispositif formel. La parole circule au fil des interactions, dans une logique de proximité et de confiance. Elle dépasse l'échange technique car elle crée du lien, soutient la socialisation professionnelle et permet des rétroactions discrètes. C'est ainsi qu'au sein des équipes pérennes (cas X et I), les tensions naissantes peuvent être désamorcées dès leur émergence, grâce à des discussions spontanées et incarnées. Les échanges sont parfois non-verbaux et revêtent la forme d'une mimique, d'un regard ou d'un haussement de sourcils. Ces formes non-verbales traduisent une compréhension tacite, difficilement accessible à ceux qui ne sont pas immergés dans le collectif.

La communication dans les collectifs de soins repose d'abord sur la stabilité des équipes, la mémoire partagée et l'acculturation progressive aux codes relationnels. Pour les agents « sac-à-dos », qui ne connaissent pas le contexte polynésien, cette adaptation suppose un temps d'observation, accompagné d'une intégration progressive et l'accès à des agents-relais. Lorsque ces équipes sont majoritairement composées de nouveaux arrivants, ces repères manquent, ce qui fragilise la vigilance collective : les signaux circulent mais ne sont pas toujours interprétés, faute de référentiel commun.

Ces différences renvoient aussi au rapport contrasté entre culture et écrit. Dans le contexte polynésien, la parole conserve une forte valeur, tandis que l'écrit peut être perçu comme distant et impersonnel. La situation de la crise COVID-19 l'a illustré : les ajustements organisationnels ont d'abord été élaborés à l'oral, dans les échanges entre pairs et en marge des consignes directionnelles, avant d'être fixés par écrit *a posteriori*. Dans cette situation, les documents ne fondent pas la régulation mais viennent l'entériner après coup.

Dans d'autres configuration, l'écrit joue une fonction de protection. Au bloc opératoire, il est particulièrement mobilisé par les agents métropolitains dans un climat de défiance, de clivage professionnel et d'instabilité. Courriels, notes et supports numériques servent autant à transmettre de l'information qu'à anticiper d'éventuelles remises en cause. L'écrit devient alors un outil de preuve. Cette logique qui semble cohérente pour certains, reste difficilement compréhensible pour les agents polynésiens, et peut accentuer leur sentiment de mise à l'écart.

La situation de l'annonce erronée du décès montre une autre facette. La parole médicale y apparaît investie d'une autorité symbolique, silencieusement acceptée par la famille. Ce n'est que lorsque cette parole est révoquée qu'elle perd sa légitimité et déclenche une réaction émotionnelle visible. Ce basculement met en avant la manière dont les interprétations de la parole varient selon les contextes culturels.

Au-delà des dispositifs institutionnels, la communication emprunte également des réseaux relationnels ou communautaires, pouvant être déterminants. L'appel à un collègue d'un autre service, le recours à un lien familial ou l'usage de la proximité culturelle constituent autant de formes d'échanges en marge des circuits formels, mais qui soutiennent l'action et renforcent la vigilance collective.

Ainsi, la vigilance collective repose sur une communication située, articulant avec souplesse l'oral, l'écrit et le non-verbal. L'oralité assure la réactivité mais exige un socle commun ; le non-verbal mobilise une attention fine aux signaux ; l'écrit, s'il n'est pas réapproprié collectivement, risque de figer les échanges ou de créer de la distance. La vigilance collective devient effective lorsqu'elle parvient à combiner ces registres et leurs effets. Au CHPf, elle se construit d'abord par la parole, par le lien et par l'attention aux signaux.

Les travaux de Rouby et Thomas (2014) rappellent que la compétence collective émerge d'un climat de communication favorable, nourri à la fois par des interactions formelles et informelles. De leur côté, Retour et Krohmer (2011) soulignent l'importance des relations affectives entre les agents, mais aussi des dispositifs formels et du style de management. Enfin, Bijlsma-Frankema et al. (2008) montrent que la performance collective dépend d'un processus de communication attentive, le *heedful interrelating,* qui relie confiance, vigilance et coordination des actions.

9.2.2 La qualité des interactions, une matière vivante de la vigilance collective

La qualité des interactions constitue un élément important des régulations collectives. Elle ne tient pas tant à leur fréquence qu'à l'intensité des liens, à l'écoute, à la reconnaissance mutuelle et à l'envie de faire équipe malgré les différences. Elle se façonne dans l'ordinaire des relations professionnelles comme dans les manières d'accueillir, de se parler, de soutenir et de réagir. Cette matière interactionnelle rend possible la co-construction de la vigilance collective, ou l'entrave si elle fait défaut.

Ces qualités relationnelles apparaissent de manière concrète dans les collectifs de soins stables, comme l'illustrent les cas X et I. Les interactions s'appuient sur un climat de confiance construit au fil du temps. La co-présence prolongée des agents favorisent l'émergence de liens solides, d'habitudes partagées et de régulations spontanées. L'intégration des nouveaux arrivants se fait par observation et attention mutuelle. Les espaces informels y jouent ici un rôle essentiel, en ouvrant des échanges déhiérarchisés, l'expression des ressentis et la verbalisation des doutes. La proximité entre les agents, l'usage du tutoiement (norme sociale polynésienne), ainsi que les formes de soutien implicites créent une atmosphère propice à la coopération. Dans ce type de configuration, les ajustements se font sans tension majeure. La situation de la crise COVID-19 illustre aussi cette dynamique. Malgré l'arrivée massive de renforts extérieurs, les agents pérennes ont maintenu une qualité d'interaction suffisante pour soutenir une vigilance collective opérationnelle. Cette capacité s'appuie sur l'énergie relationnelle des équipes, nourrie par l'expérience, des valeurs partagées et une volonté commune d'assurer la prise en soins des patients.

Cependant, certaines configurations plus fragiles montrent une dynamique heurtée. Le cas Reao montre une situation initialement marquée par l'absence d'habitudes stables, l'alternance

d'intervenants et une faible coordination. Progressivement, le retour d'agents pérennes a permis de réactiver les mécanismes de veille, de réinterroger les actions en cours et de reconstruire collectivement une compréhension de la situation. Les interactions ont alors gagné en densité et en clarté, restaurant peu à peu la continuité des soins.

Le bloc opératoire met en évidence une autre forme de fragilité. Les clivages professionnels, hiérarchiques et culturels y entretiennent un climat de méfiance, fragmentant les échanges. La parole circule dans des sous-groupes, les interactions transversales sont limitées et l'écrit prend une valeur défensive plutôt qu'une fonction de régulation. Ce contexte réduit les rétroactions directes et fragilisent la capacité collective à anticiper les imprévus.

Dans les situations où la vigilance collective apparaît fragmentée ou réparatrice et où le langage partagé s'avère fragile (qu'il s'agisse d'un mode de communication privilégié au détriment d'un autre ou d'interactions altérées dans un climat délétère), les soignants mobilisent un registre commun, celui de la culture professionnelle de santé, acquise dès la formation initiale. Ce langage, partagé au-delà des appartenances culturelles ou organisationnelles, s'avère être un socle minimal de compréhension mutuelle. Il permet de maintenir un niveau d'attention collectif et de donner des alertes compréhensibles par l'ensemble des membres de l'équipe soignante.

Dans certaines configurations temporaires, comme dans la situation de la crise sanitaire, la qualité des interactions peut aussi être influencée par des malentendus interculturels. Les agents polynésiens, par respect, pudeur et attachement à la valeur de la parole donnée, hésitent à s'imposer lorsqu'un collègue « sac-à-dos » affirme ne pas avoir besoin d'aide. Cette déclaration est prise au sérieux, sans être questionnée, même lorsque des signes de difficulté apparaissent. Les agents polynésiens restent alors en retrait, dans une posture d'observation silencieuse, considérant qu'il ne leur revient pas de s'imposer. La vigilance collective ne disparaît pas, elle reste en retrait quand elle est freinée par l'absence d'un cadre relationnel autorisant de mettre en mot les choses.

Ces écarts entre configurations invitent à une lecture transversale du lien entre interactions et vigilance collective. La qualité des interactions en constitue la base. Lorsqu'elle est élevée, elle ouvre la voie à une attention distribuée et instaure un climat sécurisant qui facilite le signalement, l'interrogation et l'ajustement. L'échange devient alors l'espace de régulation. Il

autorise les rétroactions sans crainte de disqualification, favorise l'interprétation des signaux faibles et soutient la prise de décision partagée. La vigilance collective se déploie ainsi dans une écoute réciproque continue, sans recours à un formalisme excessif. À l'inverse, lorsque les interactions sont fragmentées, dégradées ou absentes, la vigilance collective devient incertaine. Les alertes sont retardées, les signaux faibles passent inaperçus et les ajustements deviennent plus difficiles. Le collectif agit de manière réactive, sur la base de signaux forts, faute d'avoir entretenu un climat relationnel propice à l'anticipation.

La vigilance collective se transforme au gré des dynamiques relationnelles, des configurations humaines et des ajustements possibles, plutôt que de reposer sur une base immuable. Elle se nourrit des interactions présentes, de la mémoire collective, de la présence d'agents-relais ou de figures stabilisatrices. Chaque recomposition d'équipe redéfinit ainsi le cadre relationnel qui conditionne, selon les histoires partagées et les liens mobilisables, la consolidation ou la fragilisation de la vigilance collective. Autrement dit, celle-ci se réinvente, se situe et se renouvelle en fonction des acteurs en présence, de leur passé partagé et de leur capacité à interagir.

9.2.3 Les espaces informels

L'organisation spatiale des services hospitaliers façonne les modalités d'interactions professionnelles. À côté des espaces formels (salle de soins, bureaux, espaces de transmission) sont présents des espaces informels qui participent activement à la régulation de l'activité. Couloirs, offices de repos, terrasses deviennent des lieux d'observation mutuelle, d'alerte discrète et de transmission de savoirs implicites. Leur usage, plus que leur fonction officielle constitue un support important de la vigilance collective.

Ainsi, dans les situations X et I, les ajustements et les coordinations spontanées émergent principalement dans ces espaces. Les agents partagent un doute, ajustent une procédure ou valident un ressenti dans ces interstices ordinaires comme l'entre-deux portes, autour d'un café, au détour d'un couloir. Les régulations informelles s'y déploient discrètement, portées par des regards, des mimiques, des mots brefs. L'attention distribuée s'y nourrit d'une observation partagée, de signaux faibles captés à la marge, loin des circuits formels. Cette dynamique s'ancre dans une logique d'incarnation et de proximité relationnelle. Dans notre cas, les

barrières hiérarchiques s'estompent, les rôles s'assouplissent et la parole se libère. Le collectif y éprouve son équilibre, teste ses tensions, réajuste ses positions.

Certaines configurations spatiales, plus normées, viennent perturber ces dynamiques. Au bloc opératoire, l'organisation de l'espace est fortement segmentée pour répondre à des exigences techniques et réglementaires liées à l'hygiène, à la sécurité ou à la traçabilité. Ce cloisonnement limite les interactions informelles : la circulation des agents est prédéfinie, les temps partagés sont réduits et les lieux de pause sont clivants. L'office de repos est divisé selon les appartenances professionnelles, culturelles ou statutaires. Le clivage entre agents polynésiens et métropolitains se matérialise jusque dans la répartition des usages. Dans ce contexte, les échanges informels s'appauvrissent, ce qui rend plus difficile la détection des signaux faibles, l'ajustement mutuel et la construction d'une attention distribuée. Cette situation témoigne de la difficulté à concilier le respect des procédures et l'adaptation aux réalités du terrain. La vigilance collective ne peut se faire par la seule contrainte normative, surtout dans un environnement où les liens entre agents sont fragilisés, les espaces d'échanges restreints et les identités mises en tension. Là où les habitudes devraient servir d'armure sécurisante, elles deviennent des carcans isolants si elles ne sont pas partagées, incarnées et réinterrogées collectivement. Le bloc opératoire fonctionne en silo sans que les fils de la vigilance collective puissent tisser un tissu commun de confiance et d'attention.

Dans le contexte de la crise COVID-19, les espaces informels se transforment en lieux de transmission interculturelle. Les agents pérennes y reformulent les attendus implicites, traduisent les normes locales, transmettent l'histoire du service et ses repères d'action. Ces espaces jouent un rôle de lieu d'intégration. Ils permettent de donner du sens à ce qui ne peut être dit dans les réunions ou inscrit dans les procédures. La vigilance collective y trouve un terrain d'ancrage et de renouvellement, particulièrement lorsque les repères organisationnels vacillent.

Ces espaces favorisent une parole directe, incarnée et parfois confidentielle. Ce qui importe n'est pas tant le contenu explicite des échanges que ce qui s'y construit en termes de reconnaissance mutuelle, d'ajustement immédiat et de régulation discrète. Les agents y confrontent leurs perceptions, partagent leurs inquiétudes, mettent à l'épreuve leurs hypothèses et avancent ensemble vers une compréhension partagée de leur environnement de travail. Dans ces marges de l'organisation se font les compromis, les accords tacites et les réponses

collectives aux imprévus. Compétence collective et vigilance collective se développent dans cette négociation permanente du sens, portée par des interactions qui transforment les points de vue individuels en une lecture collective de l'action. Lorsque le cadre de santé est présent, il peut capter les tensions émergentes, recueillir des signaux faibles et intervenir en médiation avant que les difficultés ne s'installent durablement.

Toutefois, ces espaces ne sont pas investis de la même façon par tous. Dans le contexte polynésien, certains agents d'origine locale hésitent à s'y engager lorsqu'ils sont occupés par des collègues *popa'ā*[157], métropolitains. Une forme de pudeur sociale, liée à la maîtrise imparfaite du français, à la crainte d'être jugés ou à une hiérarchie symbolique intériorisée, les conduit à se mettre en retrait. Ce retrait limite leur accès à l'information, aux dynamiques collectives et, *in fine*, à la vigilance collective elle-même. Le problème ne se réduit pas à la langue mais touche à l'acceptabilité relationnelle. L'invisibilité de certains agents dans ces lieux traduit une exclusion symbolique qui fragilise l'alerte, l'écoute mutuelle et la circulation des ajustements.

La situation de l'annonce du décès montre que le cloisonnement physique et symbolique des espaces (bureau fermé, absence d'interactions en amont) freine la circulation des signaux faibles. Dans une telle configuration, il devient difficile de mettre en discussion un doute ou de favoriser une régulation collective spontanée. L'espace ne permet ni observation croisée ni reformulation partagée. La vigilance collective s'en trouve étouffée, réduite à des corrections tardives plutôt qu'à une anticipation active.

La façon dont ces espaces sont investis révèle, en creux, la qualité des relations au sein du collectif. Lorsqu'ils sont investis, ils soutiennent l'attention distribuée et une régulation vivante. Lorsqu'ils sont désertés, ils traduisent plutôt un repli, une tension ou une forme de défiance. Leur rôle est double : d'une part, ils favorisent une proximité ajustée entre les agents ; d'autre part, ils ouvrent la possibilité d'exprimer ce qui ne peut être dit ailleurs. À ce titre, ils représentent une forme de régulation située, indispensable à la qualité organisationnelle et aux soins. À notre connaissance, la revue de littérature n'établit pas de lien direct entre espaces informels au sens matériel et vigilance collective. Les travaux disponibles se concentrent sur

[157] Blanc en *reo ma'ohi*

des espaces de discussion formalisés (supervisions, réunions) comme supports de régulation et de coordination (Fernandez, 2020 ; Beton & Bertolucci, 2020).

Scène de service

Le 6 septembre 2021 en CHO.
Durant la crise COVID-19, un service bénéficie d'un renfort en ressources humaines provenant de Nouvelle-Calédonie.
A est l'une des IDE de ce renfort calédonien. Une grande partie de l'équipe est réunie à l'office de repos autour d'un café.
Les échanges portent sur les différences de prise en soins des patients entre le *Caillou*[158] et le *Fenua*[159]. Plus précisément, la discussion s'oriente sur la perception de la maladie et sur le « fatalisme polynésien ».
Des verbatims interpellent :
« Esprit Océanie »
« On a les mêmes problématiques »
« On devrait faire plus d'échanges pour croiser nos regards et enrichir nos compétences »
« Votre facilité d'accueil et d'intégration sont une vraie compétence qu'il faut valoriser ».
Ces propos marquent les esprits et suscitent réflexion.

9.3 Des constellations révélatrices de dynamiques de vigilance collective

Après avoir présenté trois niveaux d'éléments influençant le renouvellement de la vigilance collective et mis en avant des leviers transversaux, nous poursuivons ici l'analyse du cas par une lecture synthétique des configurations empiriques. Certains éléments, omniprésents dans les situations observées, forment des agencements significatifs qui influencent la dynamique collective, le degré de coordination et la capacité du collectif à anticiper ou à absorber les imprévus.

Cette partie propose une interprétation structurée de ces regroupements que nous avons choisi de nommer constellations. Ce terme n'induit ni hiérarchie, ni causalité. Il permet de représenter

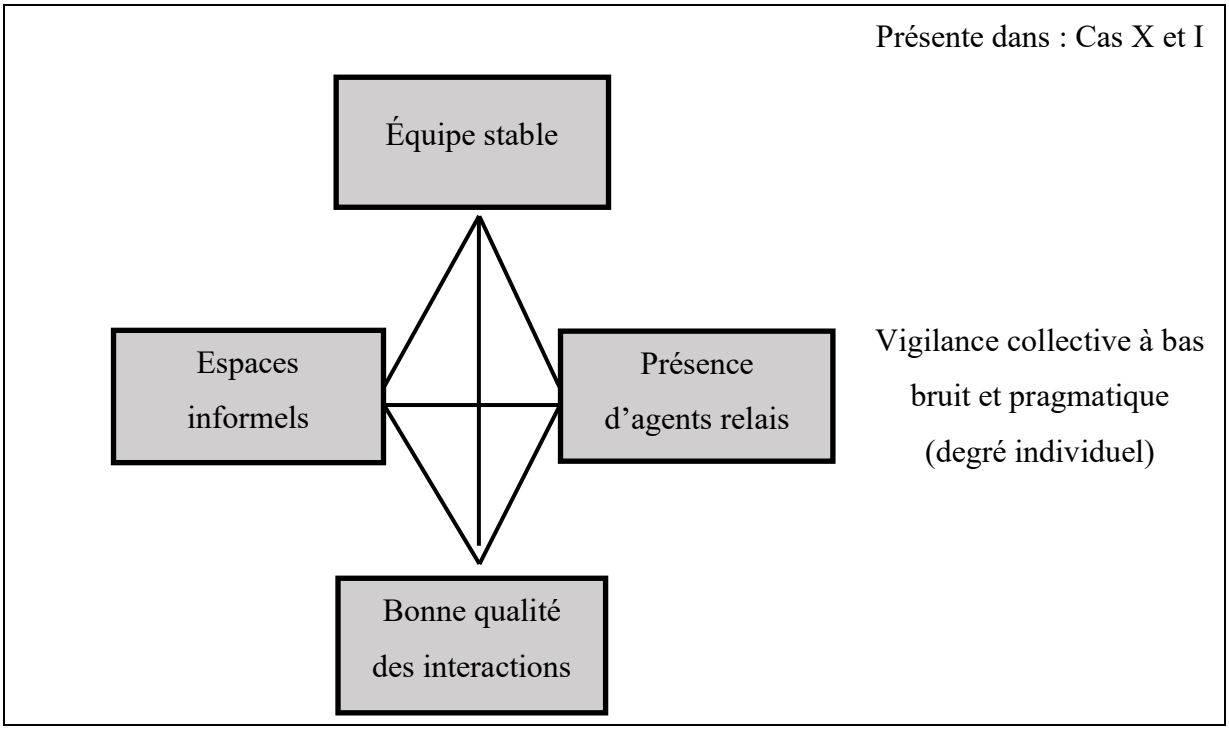
[158] Nouvelle-Calédonie
[159] Pays, terre en *reo ma'ohi*

des combinaisons d'éléments distincts qui, par leur co-présence, donnent forme à des modes situés d'organisation de la vigilance collective. À l'image des constellations d'étoiles, ces configurations tracent une lisibilité possible du terrain, ancrée dans l'expérience. En prolongement de cette lecture, nous consacrons une section spécifique au rôle du cadre de santé. Au-delà de sa fonction de soutien transversal, son positionnement s'apparente à celui d'une clé de voûte, dont l'influence multiple traverse l'ensemble des constellations identifiées.

9.3.1 Les trois constellations relatives aux types de vigilance collective

L'analyse des situations du cas met en évidence plusieurs regroupements d'éléments influençant les dynamiques d'équipe propices à la vigilance collective. Quatre éléments apparaissent comme structurants : la stabilité du collectif, la présence d'agents relais porteurs de la mémoire collective et des savoirs tacites, la qualité des interactions et le rôle des espaces informels. Leur combinaison donne forme à des configurations spécifiques que nous avons choisi de désigner sous le terme de constellations. Ces configurations permettent de visualiser, sans chercher à les hiérarchiser, les conditions concrètes dans lesquelles la vigilance collective devient opérationnelle, selon des degrés variables d'expression.

Constellation 1 : Constellation de stabilité relationnelle

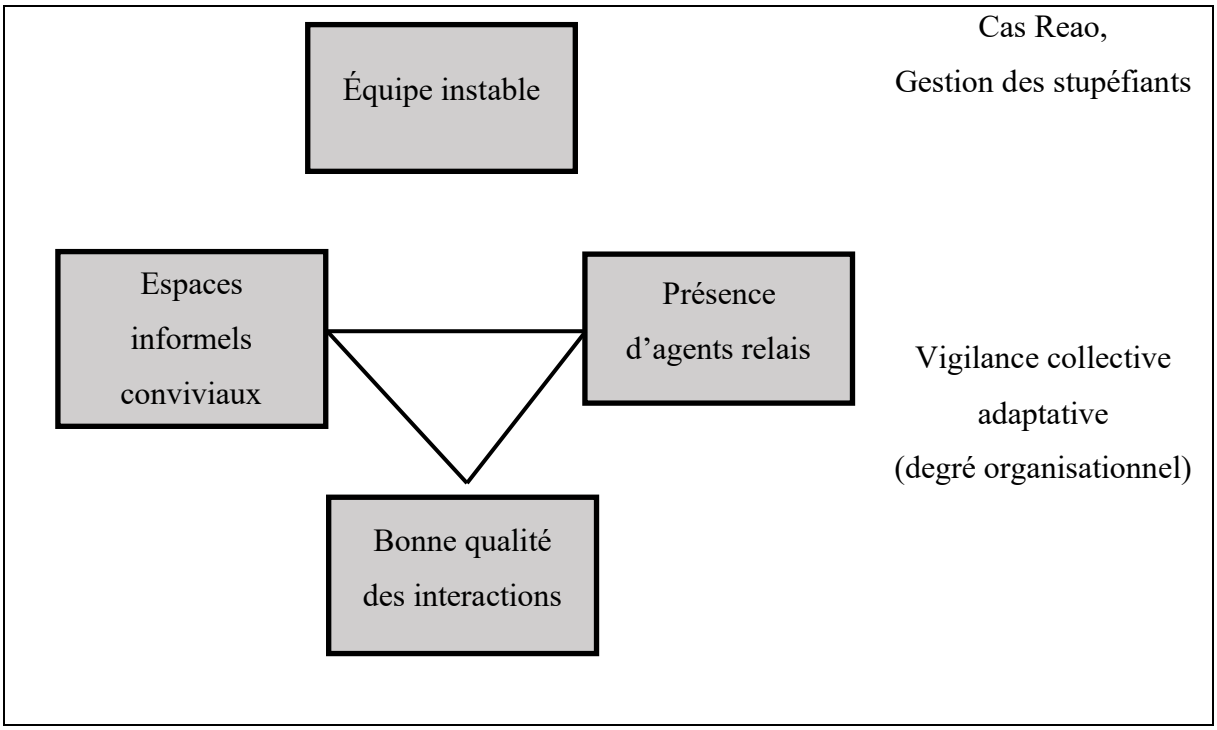


La première constellation apparaît dans les cas X et I. L'équipe y est stable, composée majoritairement d'agents pérennes disposant de repères partagés et de connaissances du service. Ces agents jouent un rôle d'appui auprès des nouveaux arrivants en soutenant leur intégration à la fois dans les tâches professionnelles et dans les espaces informels du collectif. Les échanges se déploient dans une ambiance conviviale, rythmée par des interactions brèves, orales et non verbales, empreintes de confiance. Les espaces informels sont investis pour partager des moments de vie, transmettre les habitudes du service et réactualiser la mémoire collective. Dans cette configuration, deux formes de vigilance collective apparaissent.

La première s'observe dans le cas de I. La vigilance collective se manifeste à bas bruit. Elle s'ancre dans les micro-ajustements du quotidien, portés par une attention discrète aux détails et à autrui. Elle ne revêt pas un caractère exceptionnel mais s'incarne dans la régularité de l'action située. Le degré de vigilance collective est ici élevé. Elle intervient même avant l'arrivée du nouvel arrivant par l'attention portée aux rumeurs.

La seconde s'observe dans le cas I, légèrement différente de la vigilance collective à bas bruit. Les conditions sont similaires, mais cette fois-ci elle est à la fois soutenue et fragilisée : l'équipe est mobilisée dans la durée, tandis que les malentendus relationnels et culturels limitent la fluidité de l'action. La régulation est constante mais dispersée. La vigilance collective apparaît alors davantage réactive qu'anticipative, puisqu'elle se construit au fur et à mesure de l'action en cours. Elle se manifeste dans l'observation exercée par les agents à l'égard de la nouvelle infirmière et de ses actions, avec des alertes et mesures correctives immédiates face aux perturbations mineures. Cette dynamique mobilise les relais attentifs et ajuste l'action ordinaire afin de restaurer la cohérence et d'assurer la continuité. Ce type de vigilance collective est qualifié de pragmatique.

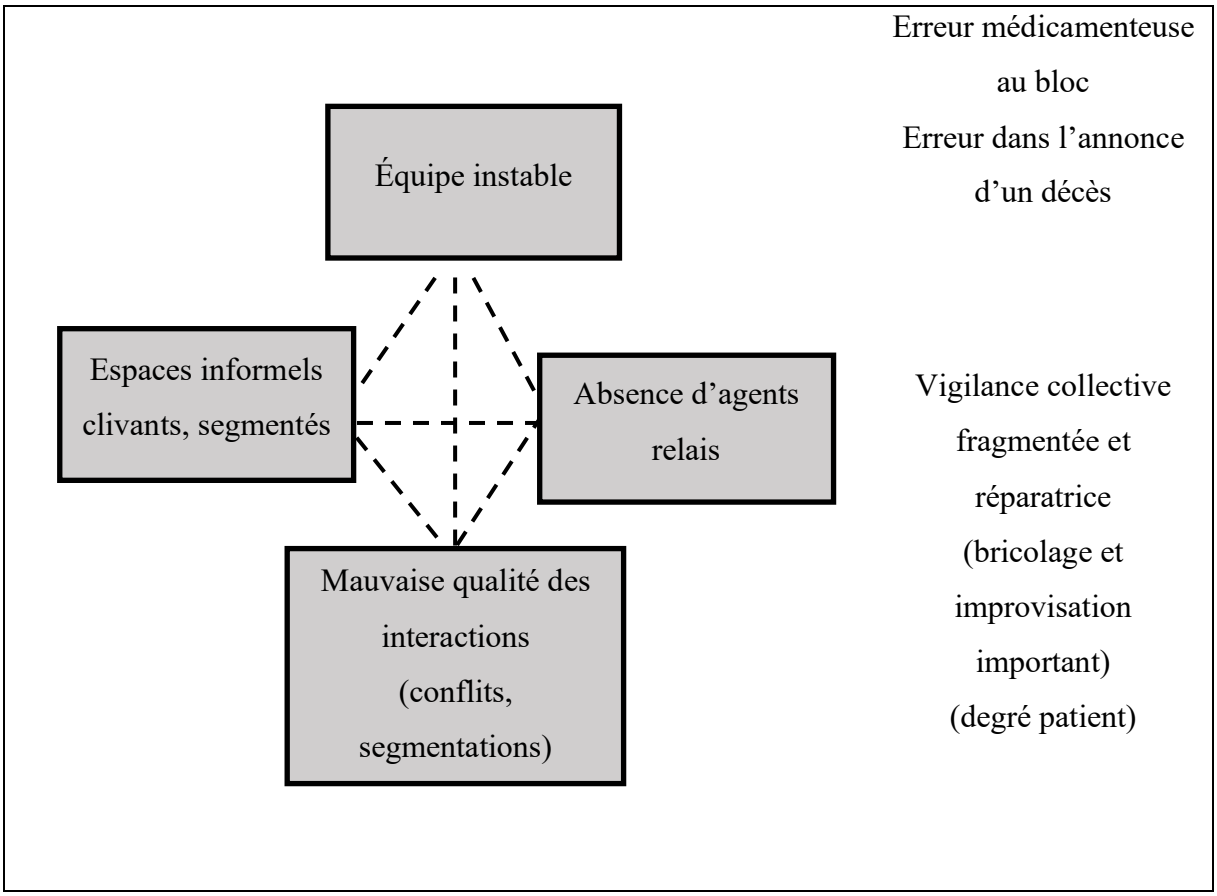
Constellation 2 : Constellation d'adaptation collective



Cette constellation se dessine dans des situations marquées par une instabilité ponctuelle de l'équipe ou une composition encore immature. Des agents relais sont présents, bien qu'en nombre réduit. Leur retour ou leur prise d'initiative permet de détecter les signaux faibles, de repérer les erreurs et de déclencher des régulations ciblées. Les espaces informels servent aussi de support pour ajuster les pratiques et coordonner les réponses collectives face aux décalages ou aux incertitudes. La vigilance collective s'y opérationnalise à un niveau intermédiaire, en mobilisant des formes de coordination organisationnelles. Elle reste réactive, tout en permettant d'anticiper certaines ruptures. Elle s'appuie sur une mémoire collective partiellement réactivée et portée par quelques figures d'appui.

La vigilance collective observée dans cette constellation est dite adaptative. C'est une forme de vigilance collective caractérisée par sa capacité à se renouveler en fonction des variations de l'environnement et de la configuration d'équipe. Elle s'appuie sur une lecture collective des signaux, qui conduit à des ajustements dans la coordination, la répartition des rôles et la redistribution des ressources. Cette adaptabilité repose sur l'existence d'un référentiel commun suffisamment souple pour tolérer les variations d'interactions et être réajusté en continu.

Constellation 3 : Constellation de fragilité critique



Cette constellation s'apparente davantage à une nébuleuse (représentée par des pointillés pour visualiser le caractère mouvant et instable des liens entre les éléments), tant les éléments sont défavorables à la vigilance collective et rendent difficile la mise en relation. Elle se manifeste dans les situations de rupture marquée, où les ajustements tardent à se mettre en place. L'équipe est instable, les agents-relais sont absents, marginalisés ou contraints par l'environnement. Les espaces informels se trouvent segmentés, parfois clivants, et ne soutiennent ni le partage d'informations ni la dynamique relationnelle. Les interactions demeurent fragmentées et se réduisent à des échanges techniques centrés sur l'exécution. Le climat relationnel freine ainsi l'émergence d'une attention distribuée. La vigilance collective subsiste, mais son activation repose sur un mode de rattrapage, prenant la forme d'un bricolage collectif *a posteriori* pour compenser l'absence de coordination en amont. Le degré d'expression est élevé en intensité car il concerne directement la sécurité du patient mais il repose sur des ajustements discontinus et fragiles.

Dans cette constellation, ou nébuleuse, deux autres formes de vigilance collective peuvent être identifiées. La vigilance collective fragmentée, qui correspond à un mode de régulation du collectif marqué par des discontinuités, des ajustements ponctuels et localisés, qui tente de relier les actions dans une dynamique d'ensemble. Elle apparaît lorsque l'attention circule difficilement entre les agents ou au cours de la situation, sans continuité ni transmission fluide, en raison de rupture dans les interactions, d'une forte instabilité de l'équipe ou de référentiels partagés fragiles. Il s'agit d'une attention des acteurs présente mais inégale et fragmentée, qui fonctionne par segments plutôt que comme un flux continu. La seconde forme correspond à une vigilance collective réparatrice. Elle est tournée vers la reconstruction *a posteriori* de la compréhension collective après une rupture afin de redonner du sens. Elle s'appuie sur les mécanismes d'improvisation et de bricolage, car elle apparaît dans les moments ordinaires, lorsqu'un individu du collectif prend conscience d'une rupture ou d'une faille. Elle peut découler des vigilances collectives adaptatives et fragmentées, selon la posture et les décisions managériales adoptées.

Un élément transversal managérial

Dans l'ensemble des situations analysées, le cadre de santé occupe une place singulière. Son rôle dépasse les logiques de constellations, car il intervient de manière transversale, tantôt visible, tantôt en retrait, selon les dynamiques du collectif et les tensions observées. Sa posture, son accessibilité, sa capacité à soutenir ou à structurer les régulations en font un acteur clé de l'opérationnalité de la vigilance collective. Ce rôle ne peut être réduit à une variable parmi d'autres. Il engage des dimensions managériales, relationnelles, institutionnelles et culturelles qui justifient qu'un sous-chapitre spécifique lui soit consacré. La contribution du cadre de santé au renouvellement de la vigilance collective ne tient pas seulement à ses décisions, mais à sa capacité à rendre possible l'attention partagée et à stabiliser les conditions de l'action collective.

L'analyse des situations montre que le rôle et la posture du cadre de santé évoluent en fonction de la forme de vigilance collective rencontrée. Dans une vigilance à bas bruit et pragmatique, il est présent mais en retrait, privilégie l'observation et la validation *a posteriori*. Face à une vigilance fragmentée ou adaptative, il s'implique davantage dans l'action, et il assure la coordination et la supervision, nécessaire à l'articulation des actions correctives. Enfin, dans une vigilance réparatrice, son intervention se situe surtout après coup. Il conduit l'enquête de compréhension des incidents, et il met en place les mesures correctives pour éviter la réitération des événements.

9.3.2 Le rôle du cadre de santé

Le cadre de santé occupe une place déterminante dans les dynamiques de la vigilance collective. Sa fonction ne se résume pas à une posture hiérarchique prescriptive. Il joue un rôle structurant en créant les conditions propices à l'émergence d'une attention partagée dans le collectif de soins. Sa légitimité repose sur sa disponibilité, sa compréhension des réalités du terrain et sa sensibilité aux spécificités culturelles du contexte polynésien.

Dans le cas Reao, le cadre de santé intervient en soutien après une erreur initiale. Informé par un agent pérenne, il mobilise des relais, redistribue les tâches et joue un rôle de médiateur entre les services et les acteurs. Sa réactivité, son écoute, sa capacité à activer les ressources disponibles démontrent une posture incarnée, tournée vers la régulation et la coordination. Il n'agit pas à la place des soignants mais facilite leur capacité à agir collectivement. Sa présence favorise la circulation des informations, sans alourdir le contrôle, ce qui constitue un élément important dans l'opérationnalité de la vigilance collective.

D'autres configurations (cas X et I) mettent en évidence une posture plus silencieuse mais tout aussi significative. Sans intervenir directement, le cadre de santé demeure un repère : il anticipe, accompagne et soutient les dynamiques spontanées. Sa présence discrète est perçue comme sécurisante. Lors de la situation d'annonce erronée du décès et de la gestion des stupéfiants, il intervient en aval, dans une logique de compréhension des faits. Son rôle consiste alors à comprendre la chaîne d'événements, à organiser la réponse institutionnelle et à intégrer les enseignements dans les procédures collectives. Cette fonction d'analyse *a posteriori* contribue à maintenir la continuité de la vigilance collective, même lorsqu'elle a failli en amont.

Dans un environnement marqué par l'instabilité des collectifs et la coexistence de référentiels hétérogènes (professionnels, relationnels, culturels), le cadre de santé assume la responsabilité d'un équilibre fragile. Il compose ses équipes en tenant compte des forces et des vulnérabilités de chacun (compétences techniques, aptitudes relationnelles, connaissances du territoire, du contexte et des codes implicites). Il organise ses équipes en fonction des ressources disponibles, en recherchant une configuration qui favorise la transmission de la mémoire collective, l'activation des différents modes de communication et la mise en cohérence des pratiques. C'est dans ce rôle de chef d'orchestre que s'élaborent les conditions d'une vigilance collective renouvelée, capable de s'adapter aux imprévus sans se fragmenter.

Cette posture d'accessibilité et de proximité, s'avère parfois ambivalente. Quand elle devient le seul repère, cette proximité peut court-circuiter les régulations formelles. Le cadre de santé devient le porteur de l'attention collective en devenant un relais incarné, au risque d'en endosser seul la charge. L'absence de consultation des procédures, remplacée par une sollicitation directe, déplace les attentes. Cette posture compense l'absence de régulation formelle, faisant de sa présence un garde-fou implicite, plus mobilisé que les procédures elles-mêmes. Le cadre de santé demeure accessible car il est souvent attendu, dans certaines représentations polynésiennes, qu'il endosse le rôle du chef qui prend les décisions et passe à l'action, qu'elles soient justes ou non. Le chef est perçu comme celui qui sait, qui tranche, qui maîtrise la situation. Sa parole est rarement contestée frontalement ; elle est suivie mais elle peut être critiquée en arrière-plan et discrètement.

Lorsqu'il fréquente les espaces informels, le cadre de santé capte des signaux faibles et consolide le lien social. Il peut alors agir de manière préventive, ajuster les perceptions, recadrer sans formalisation excessive. À l'inverse, son absence de ces lieux favorise l'apparition de rumeurs, d'incompréhensions ou de clivages latents. Dans ce rôle, il devient lui-même une figure-relais qui participe à l'attention aux détails et aux autres.

Cette capacité d'ajustement s'exprime particulièrement dans la gestion d'incidents. Son action s'organise en plusieurs temps : intervention immédiate, enquête orale, formalisation par écrit puis intégration pédagogique. Il transforme l'erreur en ressource et l'incident en levier d'attention partagée. Les différences entre services illustrent cette diversité de postures. Au bloc opératoire, le cadre de santé demeure en retrait, cantonné aux communications écrites et éloigné des dynamiques relationnelles, ce qui limite sa capacité à prévenir les dysfonctionnements. À l'inverse, dans les services d'hospitalisation, sa présence dans les espaces communs permet une régulation active, continue et incarnée.

En Polynésie française, son rôle repose en grande partie sur sa posture relationnelle : être accessible, observer sans juger, tutoyer sans perdre son autorité, reformuler sans humilier. Autant de qualités qui soutiennent un management ajusté, attentif et capable de préserver la cohésion d'équipes composites. Cette posture favorise l'attention collective, la circulation d'informations, la régulation des tensions et la mutualisation des ressources. Le cadre de santé représente ainsi un élément clé de la vigilance collective. Il fait le lien entre l'individuel et le collectif, entre les échanges informels et la formalisation, entre les pratiques culturelles locales

et métropolitaines et les normes organisationnelles. Son rôle n'est pas de fournir la solution, mais de rendre l'action collective possible. Il ne garantit pas la vigilance collective, mais il la rend opérationnelle, crédible et renouvelable au quotidien dans les soins.

Conclusion

Notre voyage, nous a mené à accoster sur des îles étapes et de découvertes. Explorer suppose tenir ensemble plusieurs conditions, parfois instables, qui doivent s'articuler pour que le *va'a*[160] avance sur l'océan. Notre étude empirique a montré que le renouvellement de la vigilance collective relève de la même logique. Elle ne s'impose pas comme une mécanique figée mais comme une dynamique qui se construit dans l'action et qui dépend d'équilibres fragiles entre des éléments individuels, organisationnels et contextuels. L'analyse des résultats a conduit à dégager des éléments transversaux : les formes de communication et la qualité des interactions, influencées par le contexte polynésien, ainsi que le rôle des espaces informels dans le soutien aux interactions et aux rencontres. Ces éléments ont permis de mettre en exergue des constellations articulant quatre composantes clés : la stabilité de l'équipe, la présence d'agents-relais, la qualité des interactions et le rôle des espaces informels.

L'étude empirique s'est inscrite dans une démarche constructiviste et interprétative, mobilisant une approche ethnographique combinant participation observante, *shadowing*, carnets de bord et entretiens. Le terrain du Centre hospitalier de la Polynésie française s'est révélé particulièrement riche. Il rassemble en effet des collectifs de soins marqués par un fort turnover, une instabilité récurrente, une interculturalité marquée et un contextuel local très prégnant. Cet environnement a constitué un terrain privilégié pour observer la vigilance collective.

Les situations étudiées montrent que la vigilance collective n'est pas un processus homogène, mais qu'elle s'exprime sous plusieurs formes. Une vigilance collective à bas bruit circule discrètement dans les interactions ordinaires et les ajustements tacites. Une vigilance collective pragmatique s'active face aux imprévus, en mobilisant des relais attentifs pour réorganiser l'action. Une vigilance collective adaptative reflète la capacité du collectif à ajuster ses habitudes et ses focales dans l'incertitude. Une vigilance collective réparatrice intervient après une rupture afin de restaurer la cohérence de l'action, tandis qu'une vigilance collective fragmentée traduit une attention fragile dans des configurations instables ou cloisonnées. Ces formes ne constituent pas des catégories figées mais des expressions interdépendantes, susceptibles de coexister ou de se succéder au cours des événements.

[160] Pirogue en *reo ma'ohi*

L'analyse souligne que ce n'est pas la présence isolée d'un élément qui soutient le renouvellement de la vigilance collective, mais bien leur configuration : stabilité des équipes, qualité des interactions, recours des espaces informels et rôle des figures-relais. Ces combinaisons renforcent ou fragilisent l'attention distribuée. Dans ce contexte, le cadre de santé apparaît comme une clé de voûte, médiateur entre les registres formels et informels, garant de la cohérence relationnelle et organisationnelle.

Enfin, notre analyse montre que la vigilance collective est indissociable de son contexte. Elle puise dans l'oralité, la mémoire et les liens entre les acteurs pour se renouveler. Ses différentes expressions sont les manifestations d'une même dynamique relationnelle, pour que le collectif soit dans la capacité de faire face aux imprévus.

Ainsi, la partie empirique a permis de mettre en avant des éléments et de décrire les modalités du renouvellement de la vigilance collective dans un environnement hospitalier polynésien. Ces apports définissent pour notre *va'a*[161], l'itinéraire du dernier voyage, celui de la discussion, pour rejoindre notre destination finale.

[161] Pirogue en *reo ma'ohi*

PARTIE 4 :

DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS

Introduction

Après un long périple sur le grand *Moana Patitifa*[162], notre *va'a*[163] accoste sur un nouveau *fenua*[164]. Le voyage mené dans les chapitres précédents nous a fait traverser des zones de calme et de tempête, suivre des courants inattendus, composer avec des vents changeants et découvrir de nouvelles constellations. Nous arrivons aujourd'hui à l'île qui constituait notre destination : celle où nous déposons nos découvertes issues de l'expérience de terrain et où nous proposons de partager avec ceux qui, demain, auront besoin de poursuivre l'exploration.

L'étape empirique nous a permis d'identifier ce qui, dans les collectifs de soins du Centre hospitalier de la Polynésie française, soutient ou fragilise le renouvellement de la vigilance collective. Nous avons observé cinq formes différenciées de vigilances collectives (à bas bruit, pragmatique, adaptative, fragmentée et réparatrice) qui coexistent et se recomposent selon les éléments et les événements. Nous avons montré que ces formes s'appuient sur des constellations d'éléments qui associent des dimensions relationnelles, organisationnelles et contextuelles. Enfin, nous avons mis en avant la place stratégique du cadre de santé (comme *peperu*[165]), à la fois garant de la continuité et médiateur entre logiques institutionnelles et habitudes d'équipe. Ces résultats dessinent une vigilance collective qui prolonge une compétence collective, et qui s'incarne dans l'action, dans les espaces de vigilance, dans les interactions et dans les régulations au quotidien.

Nous voici maintenant à l'étape où il nous faut relier ces enseignements au champ théorique hérité des *tupuna*[166] chercheurs/explorateurs et en tirer des contributions managériales. Cette partie se déploie en deux temps. Nous discutons d'abord les résultats en lien avec les apports littéraires, pour préciser ce que notre étude apporte à la compréhension de la vigilance collective et de son inscription dans un contexte interculturel. Nous proposons ensuite des recommandations managériales destinées aux cadres de santé, aux responsables hospitaliers, mais aussi aux managers confrontés à une problématique similaire, qui traduisent ces acquis en actions concrètes pour le travail quotidien.

[162] Océan Pacifique en *reo ma'ohi*
[163] Pirogue en *reo ma'ohi*
[164] Terre en *reo ma'ohi*
[165] Barreur de l'embarcation en *reo ma'ohi*
[166] Ancien en *reo ma'ohi*

Cette arrivée est un moment de partage et non une finalité. Les savoirs accumulés au fil de notre voyage trouvent ici un lieu où être déposés, discutés et transmis. Ils deviennent des repères disponibles pour d'autres praticiens-chercheurs, pour les cadres de santé qui doivent chaque jour naviguer entre formalisations et réalités, et plus largement pour toutes celles et ceux qui s'interrogent sur la manière de renouveler une vigilance collective située dans un environnement complexe et mouvant.

PARTIE 1 : LE CONTEXTE DU TERRAIN DE RECHERCHE

Chapitre 1
Notre parcours

Chapitre 2
Le système de santé de la Polynésie française

Chapitre 3
Turnover, instabilité des équipes et rôle du cadre de santé au CHPf

Chapitre 4
Soigner en Polynésie française

PARTIE 2 : LA REVUE DE LITTÉRATURE

Chapitre 5
La compétence collective comme socle d'analyse du travail en équipe

Chapitre 6
La vigilance collective comme réponse attentionnelle aux limites de la compétence collective

La question de recherche

PARTIE 3 : L'ÉTUDE EMPIRIQUE

Chapitre 7
Posture épistémologique et méthodologie de la recherche

Chapitre 8
La vigilance collective au Centre hospitalier de la Polynésie française

Chapitre 9
Vers une compréhension située de la vigilance collective

PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS

Chapitre 10
Discussion théorique

Chapitre 11
Contributions managériales

Chapitre 10 Discussion théorique

Les résultats de notre recherche sont à discuter en tenant compte de l'impact du contexte dans la manière dont les collectifs de soins travaillent et se coordonnent. Nous avons montré que la vigilance collective ne peut pas être conçue comme un processus abstrait et universel. Elle doit être comprise comme une dynamique située, ancrée dans des codes relationnels et organisationnels propres à chaque contexte. C'est précisément ce que souligne Vidaillet (2023), en proposant une définition de la vigilance collective qui articule plusieurs dimensions : la mise en place de procédures formelles et informelles de détection et d'anticipation, la sensibilité aux contextes opérationnels et la capacité à assouplir les liens hiérarchiques pour que l'expertise circule quand la situation l'exige. Cette définition met en évidence que la vigilance collective est à la fois une disposition commune de l'équipe et une pratique concrète, qui prend sens dans l'action et dans les relations. Nos résultats s'inscrivent dans ce prolongement. Ils montrent que la vigilance collective repose sur la qualité des interactions et l'usage des espaces informels. Ce choix analytique est nécessaire pour comprendre comment les équipes de soins du CHPf parviennent à renouveler une attention partagée et à sécuriser les prises en soins dans ce contexte polynésien.

Avant de poursuivre, il convient de rappeler les principales formes de vigilances collectives observées. Nous en avons identifié cinq : à bas bruit (présente dans les interactions ordinaires), pragmatique (mobilisée face aux petits imprévus), adaptative (qui permet de recomposer les repères dans l'incertitude, durant l'action), fragmentée (marquée par des discontinuités) et réparatrice (tournée vers la reconstruction d'une cohérence après une rupture). Ces formes coexistent, se succèdent ou se recomposent selon les événements et les ressources disponibles. Leur compréhension suppose de les replacer dans un environnement plus large, où se mêlent les éléments individuels et interactionnels, organisationnels et contextuels, configurés en constellations dynamiques, cette articulation met en avant le lien qu'il existe entre compétence collective et vigilance collective. La compétence collective repose sur des savoirs partagés et des habitudes stabilisées, alors que la vigilance collective correspond à la réactivation et à l'adaptation permanentes de ce socle dans des environnements marqués par l'instabilité. La vigilance collective est le prolongement en situation de la compétence collective, capable d'assurer la continuité organisationnelle malgré les aléas.

Ce chapitre se structure autour de quatre axes. Le premier souligne l'importance des interactions de qualité dans le contexte polynésien et leur rôle important dans la circulation de l'attention ainsi que dans la prévention des malentendus. Le deuxième développe la question des espaces informels que nous nommons espaces de vigilance, en tant que matrice de la vigilance collective. Le troisième examine la vigilance collective comme une dynamique située, indissociable des codes culturels et organisationnels propres à la Polynésie française. Enfin, le quatrième s'attache à la figure du cadre de santé, au cœur d'un management hybride qui combine les codes des pratiques, les organisations importés de la métropole et les attentes relationnelles locales pour soutenir le renouvellement de la vigilance collective située.

10.1 L'importance des interactions de qualité en contexte polynésien

Les résultats empiriques de notre recherche mettent en lumière un élément structurant de la vigilance collective dans les équipes de soins : la qualité des interactions. Cette qualité ne se réduit pas à de la courtoisie ou à la simple fluidité des échanges. Elle se caractérise par une densité particulière des liens, une attention mutuelle incarnée et une écoute active, capables de structurer la vigilance collective à bas bruit et la vigilance collective pragmatique. Elle se manifeste dans l'ordinaire des relations professionnelles, à travers une confiance entre les membres de l'équipe qui soutient les ajustements informels, la détection des signaux faibles, pour permettre une coordination fluide sans formalisme. Accueillir un nouvel arrivant, reformuler une information, partager un doute ou signaler une anomalie ou une tension, sont autant d'actes quotidiens qui contribuent au renouvellement de la vigilance collective.

Ce socle relationnel se nourrit de multiples comportements induits, absents des procédures ou de l'organisation, mais qui façonnent le quotidien des collectifs de soins. L'entraide spontanée, le conseil donné sur le vif ou le fait de montrer comment faire pour aider son collègue, constituent autant de pratiques rendues visibles et repérables pour ceux qui les vivent. Bargues et Perrot (2016) rappellent que ces comportements contribuent à la formation d'un capital relationnel, qui soutient activement l'apprentissage collectif et facilite la circulation des savoirs tacites. Ce registre de comportements se trouve hors du cadre prescrit. Il donne naissance à un référentiel implicite qui se transmet dans l'action et se reconfigure au fur et à mesure des situations rencontrées. Cette logique rejoint les apports de Guilhon et Trépo (2000). Pour ces auteurs, la compétence collective n'existe pas en dehors des interactions par lesquelles elle se

construit. Elle se forge dans les confrontations, les ajustements et les négociations qui permettent aux agents d'élaborer des représentations communes, de stabiliser des routines partagées et de permettre de nouveaux apprentissages. Roux-Dufort (2003) a prolongé cette approche en l'appliquant à la vigilance collective. Plutôt que de l'envisager comme une compétence individuelle ou comme une capacité organisationnelle, il la définit comme un processus cognitif distribué, prenant corps dans les échanges entre les agents. La vigilance collective se joue ainsi, dans la qualité des interactions, dans l'aptitude du collectif à partager des signaux faibles et à construire une attention distribuée. Quant à Laroche (2006), il insiste sur la nécessité d'interrelations vigilantes, qu'il définit comme des co-constructions nourries par des apprentissages réciproques et qui produisent, au cours de l'action, des combinaisons de jugement et d'advertance. Nos résultats confirment ces auteurs. Néanmoins, nous précisons que la forme et la dimension culturelle des interactions influencent la vigilance collective. En effet, elle ne se réduit pas à un échange d'informations ou à une dynamique cognitive puisqu'elle s'appuie sur des codes culturels qui donnent sens et valeur à ce qui est partagé.

Dans son analyse du désastre de Mann Gulch, Weick (1993) montre que la résilience organisationnelle repose sur la capacité d'un collectif à maintenir un processus de construction de sens dans un contexte d'effondrement. Ce processus s'appuie sur des interactions respectueuses, sur la faculté des acteurs à bricoler et à improviser ensemble pour retrouver une cohérence et une direction d'action. Les recherches plus récentes de Gentil (2025) prolongent ce constat en insistant sur le rôle des situations et de leurs équipements. Elle montre que la fiabilité organisationnelle ne peut pas être appréhendée uniquement à travers ses dimensions communicationnelles et cognitives. Elle repose aussi sur l'entrelacement des activités humaines avec des dispositifs matériels et immatériels qui soutiennent, orientent ou contraignent les ajustements collectifs. Les espaces physiques, les outils de coordination, ainsi que les règles formelles et informelles deviennent des ressources constitutives de la vigilance. Au CHPf, la capacité des équipes de soins à développer une vigilance collective dépend non seulement de la densité et de la qualité de leurs interactions, mais aussi du fait que celles-ci s'inscrivent dans un environnement culturel partagé. Lorsqu'elles sont contextualisées et soutenues par des espaces de rencontre informels, des modes de transmissions ou des règles implicites de communication, elles favorisent l'ajustement rapide et la régulation tacite.

En Polynésie française, la qualité des interactions repose sur des codes sociaux et langagiers spécifiques, qui influencent directement la vigilance collective. Le tutoiement généralisé

n'efface pas les marques de respect. Il constitue une norme relationnelle qui facilite l'accessibilité, réduit les barrières symboliques pour les agents métropolitains, et autorise une parole plus directe. L'attention discrète portée à autrui (particulièrement par les agents pérennes) traduit une culture du regard « en coin ». L'aide se déclenche par anticipation d'un besoin perçu, sans verbalisation. La convivialité, marquée par des repas partagés et des habitudes collectives, agit comme un levier de cohésion et structure les conditions d'une régulation informelle efficace. Comme le notent Audras et al. (2023 ; p. 72) : *« Dans un univers où l'obligation d'accueil est très grande et paraît inconditionnelle… »*, cette hospitalité contribue à créer un environnement relationnel favorable au renouvellement de la vigilance collective.

Dans ce contexte, la parole porte une valeur symbolique forte. Faessel (1995), Saura (1998) et Monconduit (2017) montrent qu'en Polynésie française, l'oralité conserve un caractère sacré, hérité des savoirs transmis par les *tupuna*[167]. Elle constitue un vecteur essentiel de mémoire et de continuité, reliant les générations tout en donnant du sens aux événements présents. Lorsqu'elle est maîtrisée, cette oralité facilite la transmission des habitudes et des repères implicites qui soutiennent la vigilance collective. Cependant, elle suppose une acculturation progressive, sans tomber dans la caricature des codes langagiers et interactionnels locaux, les signaux transmis peuvent rester opaques, compromettant la coordination. La vigilance collective peut ainsi être affaiblie non par absence de signaux, mais par un décalage dans la lecture de ce qui est dit, non-dit, montré ou tu.

Comme l'ont montré Rey (2017) et Meier (2016), la communication interculturelle ne repose pas seulement sur une communication orale, mais aussi sur les silences, l'humour, les implicites et les décalages culturels qui structurent les échanges. La qualité des interactions dépend également de la maîtrise de ces codes relationnels implicites. Comme le dit Hall (1976), la culture peut être envisagée comme un système de communication intégrant des dimensions de contexte (faible ou élevé), de temporalité (monochrone ou polychrone) et de proxémie. Le contexte polynésien se caractérise par un haut contexte puisque la communication repose sur les implicites, les sous-entendus et une communication non-verbale. Ce contexte encourage la présence d'une vigilance collective à bas bruit et pragmatique, il peut générer des incompréhensions chez ceux qui n'ont pas appris à lire entre les lignes. Cette logique de

[167] Ancêtres en *reo ma'ohi*

communication requiert en effet une forte capacité d'observation et d'écoute. La temporalité polychrone, où plusieurs activités se déroulent simultanément, induit une flexibilité organisationnelle propice à la vigilance collective adaptative, mais elle peut brouiller les repères temporels des agents issus de cultures monochrones, tels que les agents métropolitains. Néanmoins, elle contribue à renforcer l'importance des régulations et des ajustements permanents, car la simultanéité des tâches des services de soins hospitaliers, rend difficile l'application stricte de procédures séquentielles. Cette configuration institutionnalise en quelque sorte la valeur des relations interpersonnelles dans la régulation organisationnelle. Comme le souligne Audras et al. (2023 ; p. 124) : *« Dans le contexte d'un système institutionnel perçu et considéré comme complexe, les relations personnalisées sont un moyen efficace de surmonter certains obstacles ».* Ce recours au réseau relationnel suppose de cultiver en permanence la qualité des interactions pour garantir un accès rapide à l'information et aux soutiens nécessaires. Il explique aussi pourquoi certains espaces informels, comme les terrasses et les couloirs, deviennent de véritables lieux de régulation collective, plus efficace que les réunions formelles.

Les travaux antérieurs ont montré que la vigilance collective s'appuie sur l'interaction. Notre recherche prolonge ce constat en révélant que, dans le contexte polynésien, ces interactions s'inscrivent dans un tissu relationnel situé, caractérisé par des formes de reconnaissance implicites, une oralité dotée d'une forte valeur symbolique, des modes de communication non-verbal et une attention portée aux détails comme aux personnes. La vigilance collective apparaît fondamentalement relationnelle. Elle se nourrit du floutage partiel des frontières hiérarchiques, des paroles incarnées et des comportements prosociaux présents dans les pratiques culturellement contextualisées. Elle se cultive au quotidien. Comme le résume Audras et al. (2023 ; p. 116) : *« Et ces évidences sont intimement liées à une culture particulière, qu'il serait bien étonnant de retrouver sous d'autres cieux ».* Cette observation nous conduit à formuler notre première contribution : la vigilance collective repose sur des interactions de qualité, façonnées par des pratiques relationnelles et culturelles spécifiques. Cette dimension située interroge les approches managériales fondées sur des normes décontextualisées et uniformisées. Elle rappelle que les prescriptions managériales peuvent ignorer les ressources comme les contraintes propres aux environnements culturels. Comprendre et manager la vigilance collective suppose donc d'intégrer les codes, les temporalités et les valeurs qui structurent la qualité des interactions dans un contexte donné ; plutôt que de chercher à les uniformiser.

Contribution 1 :
La vigilance collective s'appuie sur des interactions de qualité, façonnées par des pratiques relationnelles et culturelles spécifiques. Elle apparaît fondamentalement relationnelle. Cet élément situé interroge les approches managériales fondées sur des normes décontextualisées.

10.2 Les espaces informels comme matrice de la vigilance collective

Nos résultats révèlent que la vigilance collective ne se déploie pas uniquement dans les espaces prévus par l'organisation. Elle se construit, se renouvelle et devient opérationnelle dans des lieux souvent considérés comme secondaire : couloirs, offices de repos, terrasses et seuils de porte. Ces espaces informels constituent pourtant des éléments d'appui essentiels aux relations, à la coordination et à l'anticipation des tensions comme des imprévus, dans un environnement marqué par l'instabilité des collectifs, la diversité professionnelle, statutaire et culturelle et la nécessité d'une adaptabilité permanente.

Nos observations montrent que ces espaces, loin d'être marginaux, participent à la régulation quotidienne des soins. Les échanges informels qui s'y déroulent mêlent registres professionnels et personnels, permettant d'instaurer un climat de confiance. Au CHPf, on observe dans l'informel une reconnaissance mutuelle fondée davantage sur l'expérience vécue que sur le statut hiérarchique. Cette reconnaissance tacite favorise la circulation des informations précises et la régulation rapide des situations. Toutefois, l'informel présente une ambivalence. Comme le rappelle Geoffroy (2011), il peut fonctionner comme un contre-pouvoir, notamment lorsque les ajustements implicites contournent des procédures jugées inadaptées. Dans le contexte polynésien, où la relation interpersonnelle prévaut sur l'écrit, ignorer ces espaces revient à priver l'organisation d'un levier important d'attention. Geoffroy (2011) insiste d'ailleurs sur le fait que l'informel constitue une infrastructure invisible et indispensable au fonctionnement organisationnel, ce qui nous permet de comprendre pourquoi des espaces à première vue périphériques, s'avèrent centraux pour la vigilance collective.

Fustier (2012) qualifie d'interstitielles ces zones de passage où s'entremêlent dimensions professionnelles et personnelles. Elles constituent des lieux de mémoire et de régulation implicite. Ces espaces interstitiels jouent un rôle d'amortisseur en absorbant les tensions et réinscrivant les événements critiques dans des récits collectifs partagés. Au CHPf, ils régulent

aussi bien les tensions personnelles qu'organisationnelles, offrant un cadre de négociation et de résolution des désaccords, indispensable pour élaborer des réponses communes aux imprévus. Leur force réside dans leur caractère paradoxal puisqu'ils sont à la fois légers et sérieux ; ludiques et critiques. Ces lieux offrent une souplesse organisationnelle, mais peuvent aussi produire une exclusion invisible. Les espaces informels observés possèdent également un caractère liminaire, au sens de Turner (1964). Ils suspendent temporairement les rôles formels et offre un environnement protégé où un doute ou une alerte peut s'exprimer. Cette mise en parenthèse favorise le renouvellement des dynamiques relationnelles et la réorganisation spontanée de l'équipe, mais elle comporte aussi un risque : celui d'une insécurité relationnelle pour ceux qui ne perçoivent pas les règles implicites. Dans le contexte polynésien, ces règles sont façonnées par la compréhension (ou la sensibilité) au registre des langues, aux modes de communication et aux codes interactionnels spécifiques, ce qui rend l'intégration plus complexe pour les nouveaux arrivants « sac-à-dos » et métropolitains.

Les espaces intermédiaires décrits par Renouf (2021) trouvent une traduction directe dans les habitudes que nous pourrions qualifier de rituels (pauses-café, repas pris en commun, *tāma'ā*[168] du dimanche, accueil des nouveaux arrivants). Ces rituels renforcent l'identité collective et offrent un espace de socialisation où se négocient subtilement les places et les rôles de chacun. Lorsqu'ils sont bien investis, ils facilitent la transmission des savoirs tacites et des repères organisationnels nécessaires au renouvellement du référentiel commun. Cependant, nos observations confirment aussi que ces espaces peuvent devenir des zones d'exclusion implicite si certains agents, par pudeur, méconnaissance ou rejet des codes, ne s'y engagent pas. L'inclusion n'est donc pas automatique, elle dépend de la capacité des agents pérennes à créer des points d'entrée accessibles à tous. Renouf (2021) montre que ces rituels relèvent de véritables rites de passage, intégrant ou excluant, ce qui montre leur importance dans le renouvellement de la vigilance collective.

Les travaux d'Iedema et al. (2010) mettent en avant le rôle des couloirs hospitaliers. Ces espaces, non conçus pour la coordination, deviennent des lieux stratégiques de communication incarnée. Les décisions y sont prises rapidement, sur la base d'observations partagées à un instant donné. Nos résultats corroborent cette fonction avec une spécificité culturelle. Les échanges se font fréquemment dans un registre non-verbal et l'humour, les allusions ou les

[168] Prendre un repas en *reo ma'ohi*

métaphores deviennent des moyens de transmettre les informations. Leur efficacité repose sur une acculturation préalable permettant d'en comprendre le sens et toute la portée, à la fois symbolique et implicite. Ces observations prolongent les travaux de Fayard et Weeks (2007), qui identifient trois conditions pour qu'un espace commun favorise les interactions informelles : la proximité spatiale, la confidentialité et la désignation sociale. Au CHPf, ces conditions tiennent moins à l'architecture qu'à l'appropriation sociale des lieux par les agents. Un seuil de porte ou un recoin devient stratégique dès lors que le collectif l'investit comme un point de passage et de discussion. Taylor et Spicer (2007) rappellent que l'espace organisationnel doit être compris selon trois dimensions : matérielle, sociale et vécue. Dans notre cas, la matérialité des espaces est indissociable des pratiques relationnelles qui s'y déploient et du sens que les agents leur attribuent. Les travaux de Schmidt et al. (2023) prolongent cette analyse en distinguant deux types d'espaces : les « espaces protégés », qui offrent une bulle de sécurité permettant au collectif de se recentrer, et les « espaces hybridés », où la régulation émotionnelle se conjugue à la coordination opérationnelle. Au CHPF, ces deux formes coexistent. L'office de repos joue le rôle d'un espace protégé, où la tension peut être relâchée, tandis qu'un couloir, une terrasse ou un *open-space* de soins peut s'hybrider pour devenir un lieu de coordination rapide et de soutien collectif. Ces configurations ouvrent la possibilité de renouveler la vigilance collective en créant des espaces d'expression qui échappent aux rigidités des dispositifs formels.

À la croisée de ces apports et de nos résultats, nous proposons de définir l'espace de vigilance comme un espace relationnel et informel, façonné par l'usage et la qualité des interactions situées. Il repose sur la confiance, la reconnaissance mutuelle et la liberté d'échanger au-delà des normes prescrites. Ces espaces permettent de détecter, interpréter, négocier et traiter collectivement des signaux faibles, d'anticiper les tensions et de réajuster l'action. En Polynésie française, ils s'inscrivent dans des codes relationnels façonnés par le contexte culturel et linguistique, constituant un élément discret mais central de la vigilance collective. Ce levier offre ainsi un cadre conceptuel transférable à d'autres environnements caractérisés par l'incertitude, l'instabilité des équipes et les limites des dispositifs formels de coordination.

Contribution 2-a :

Les espaces de vigilance désignent des espaces relationnels informels, influencés par des interactions situées, la confiance mutuelle et l'attention discrète entre professionnels. Ils émergent de pratiques collectives qui produisent une veille incarnée et discrète, au croisement de l'informel, de l'interstitiel et du liminaire.

Contribution 2-b :

Ces espaces de vigilance soutiennent la régulation organisationnelle en favorisant la circulation des signaux faibles, l'ajustement en continu des pratiques et la reconfiguration des collectifs. En contexte polynésien, ils constituent un levier important du renouvellement de la vigilance collective.

10.3 La vigilance collective située en contexte polynésien

L'analyse des données empiriques recueillies au Centre hospitalier de la Polynésie française, nous a conduit à identifier cinq formes de vigilance collective : une vigilance collective à bas bruit, pragmatique, adaptative, fragmentée et réparatrice. À notre connaissance, la littérature (anglo-saxonne) sur la vigilance collective ne propose pas à ce jour de typologie descriptive et analytique de ses manifestations. Les travaux de Weick et Roberts (1993) sur le *heedful interrelating*, de Laroche (2006) sur l'advertance, ou encore de Weick et Sutcliffe (2007) sur *High Reliability Organizations* abordent ses propriétés et ses conditions, mais ne qualifient pas ses modes opérationnels dans l'action. Nos résultats confirment et prolongent la définition proposée par Vidaillet (2023), qui conçoit la vigilance collective comme une disposition partagée orientée vers la détection précoce et la correction des écarts, mobilisant à la fois des dispositifs formels et informels. Elle souligne plusieurs variables clés comme la capacité à mettre en place des dispositifs de détection et d'anticipation des erreurs, une sensibilisation accrue aux contextes opérationnels et aux signaux faibles, ainsi que l'aptitude à assouplir les liens hiérarchiques pour faciliter la circulation des expertises lorsque la situation l'exige. Dans notre cas, ces éléments se traduisent par l'attention portée aux autres et aux détails, par une capacité renforcée d'observation et d'interaction. Ils se manifestent aussi dans la possibilité de redistribuer temporairement l'autorité afin que celui qui détient le savoir le plus pertinent puisse guider l'action collective. Nos résultats confirment que la vigilance collective s'appuie sur une

configuration relationnelle et organisationnelle qui permet les ajustements rapides. Elle n'est pas que cognitive, elle est aussi située.

Ce que notre terrain apporte, c'est une mise en évidence de formes différenciées et situées, indissociables du contexte polynésien et des dynamiques spécifiques qui le traversent. Cette typologie ne se présente pas comme un classement rigide, mais comme une grille de lecture. Les cinq formes semblent pouvoir coexister dans un même collectif à des temporalités différentes, se succéder ou se combiner en fonction des événements, des ressources disponibles et des constellations en jeu. Elles ne peuvent donc être interprétées qu'à la lumière des conditions relationnelles, organisationnelles et culturelles dans lesquelles elles apparaissent.

10.3.1 La vigilance collective à bas bruit

Cette forme se caractérise par une attention diffuse, continue, peu visible, qui circule dans les interactions ordinaires. Elle s'exprime dans les habitudes, lorsque la stabilité relative de l'équipe et un référentiel commun (Retour & Krohmer, 2006 ; Dupuich, 2011) permettent une coordination fluide, quasi-silencieuse. Dans nos observations, elle se manifeste par des micro-ajustements, des échanges, la transmission orale des savoirs tacites et l'anticipation discrète des besoins, sans recours aux procédures.

Cette vigilance collective à bas bruit rejoint l'advertance décrite par Laroche (2006), entendue comme une attention orientée vers celle d'autrui, qui entretient une coordination par anticipation au sein des relations d'agence. Elle correspond également au *heedful interrelating* de Weick et Roberts (1993), défini comme la combinaison de trois opérations cognitives distribuées : la contribution (chaque agent apporte sa part d'action), la représentation (chaque agent se représente les contributions de ses collègues) et la subordination (chaque agent ajuste ses propres actions à l'ensemble). La vigilance collective à bas bruit observée au CHPf peut être comprise comme l'actualisation quotidienne d'un *collective mind*, où l'attention se maintient dans le tissu des interactions.

Au CHPf, elle est soutenue par la proximité culturelle, la confiance entre les agents et l'usage privilégié de l'oralité, qui renforcent la qualité des interactions et la bonne circulation de l'attention partagée. La vigilance collective à bas bruit se nourrit des habitudes relationnelles stabilisées, des récits et de signes implicites qui permettent à chacun d'agir en fonction d'un

système collectif imaginé. L'efficacité de cette vigilance tient donc moins à des procédures formelles qu'à la capacité des acteurs à ajuster leurs gestes et leurs paroles dans un cadre commun de confiance et de compréhension sous-entendu.

10.3.2 La vigilance collective pragmatique

La vigilance collective pragmatique se manifeste lorsque l'attention diffuse et discrète ne suffit plus et qu'un imprévu impose une réponse immédiate et concrète. Elle s'appuie sur un socle minimal de confiance et de langage partagé garantissant que les décisions rapides soient comprises et suivies. Cette forme se rapproche du *heedful interrelating* décrit par Weick et Roberts (1993), dans la mesure où chaque acteur engage son attention en tenant compte de celle des autres. Toutefois, elle s'en distingue par son orientation pragmatique, transformant l'attention diffuse en décisions rapides ou en réorganisations immédiates, et entre en résonance avec l'advertance de Laroche (2006). La vigilance collective pragmatique rejoint également les travaux sur la compétence collective, puisqu'elle assure la continuité lorsque celle-ci est fragilisée. Là où la compétence collective fournit des repères stabilisés, elle en permet la réactivation en situation.

La vigilance collective pragmatique s'exprime par des actions situées qui adaptent les habitudes existantes, et dont les ajustements rapides deviennent des points d'ancrage pour de futures coordinations. Au-delà de la réponse immédiate, l'imprévu déclenche alors un travail collectif qui contribue à réorganiser et à renouveler les référentiels partagés, le langage commun et les interactions.

10.3.3 La vigilance collective adaptative

La vigilance collective adaptative apparaît lorsque le collectif ajuste en continu ses focales d'attention et ses interactions pour répondre aux variations contextuelles. Elle mobilise la compétence collective (Retour & Krohmer, 2006 ; Dupuich, 2011) comme socle, mais en la réactualisant en situation pour absorber l'incertitude et la complexité. Dans nos données, elle se traduit par la reconfiguration spontanée des rôles, l'ajustement des priorités et la redistribution des tâches lors d'imprévus. Cette forme montre la capacité du collectif à recomposer ses repères (*sensemaking*) à partir de pratiques partagées et des éléments

disponibles, façonnés par le contexte (espaces de vigilance, figures-relais, mémoire collective, etc.).

Peyrat-Guillard et Dufresne (2009) montrent que la compétence collective se manifeste dans des « traces » observables, comme l'usage d'un langage opératif commun ou l'activation d'une mémoire partagée, qui permettent aux collectifs de préserver une cohérence malgré l'instabilité des situations. Ces éléments, repérables dans les ajustements quotidiens, sont au cœur de la vigilance collective adaptative, car ils assurent la continuité du collectif en reconfigurant rapidement des référentiels communs provisoires. Dupuich (2011) insiste sur l'émergence de la compétence collective comme une intelligence situationnelle fondée sur la coopération, l'interdépendance et l'anticipation. Ce processus se retrouve clairement dans les services du CHPf. Face à des imprévus, les équipes de soins réorganisent d'elles-mêmes la répartition des tâches, chacun mobilisant son expérience et sa polyvalence pour soutenir l'ensemble. L'incertitude devient alors un moteur d'ajustement collectif, où les frontières hiérarchiques se desserrent pour laisser place à la pertinence de l'expertise mobilisée.

La vigilance collective adaptative observée au CHPf montre que la continuité des soins dépend de la capacité du collectif à transformer les contraintes contextuelles en opportunités de coordination, en s'appuyant sur des pratiques relationnelles et culturelles inscrites dans le contexte.

10.3.4 La vigilance collective fragmentée

La vigilance collective fragmentée se manifeste lorsque la continuité de l'attention distribuée se rompt. Les interactions ne s'articulent plus dans un flux commun, mais par « à-coups », de manière plus ou moins isolée, limitant la portée collective de l'action. Cette configuration survient dans des équipes instables, dépourvues de relais porteurs des savoirs tacites, ou lorsque l'organisation des espaces cloisonne les échanges. Ce phénomène rappelle l'importance du *« savoir-agir collectif reconnu en situation »* (Bataille-Chédotel, 2001 ; Michaux, 2003). Sans base commune dépassant la seule technicité, la coordination se limite à des interventions ponctuelles et réactives.

Nos observations indiquent que cette fragmentation traduit un affaiblissement du *heedful interrelating* de Weick et Roberts (1993). Dans une vigilance collective fragmentée, la

contribution, la représentation et la subordination ne s'articulent plus. Elles se font de manière isolée et perdent leur dimension collective. De la même manière, l'advertance décrite par Laroche (2006), entendue comme une attention orientée vers celle d'autrui se délite, car chacun reste attentif à sa propre tâche mais n'anticipe plus les gestes des autres. Peyrat-Guillard et Dufresne (2009) rappellent que la compétence collective s'appuie sur une mémoire en acte et sur un langage opératif partagé. Dans certaines équipes du CHPf, cette mémoire s'affaiblit, car les récits collectifs ne circulent plus et les ajustements quotidiens manquent d'un référentiel commun. La vigilance collective se fragmente en actions isolées, rendant difficile la recomposition d'une continuité. La fragmentation est le témoin d'un collectif en tension qui ne parvient pas à se coordonner faute de conditions relationnelles, organisationnelles et culturelles adéquates.

10.3.5 La vigilance collective réparatrice

Enfin, la vigilance collective réparatrice intervient après une rupture, lorsque le collectif recompose ses repères pour restaurer la cohérence de l'action (*sensemaking*). Elle mobilise l'improvisation et le bricolage en situation (Weick, 1993) mais avec un objectif de rétablissement d'un socle commun. Cette forme rejoint l'idée d'une capacité à se coordonner pour co-construire des solutions, que nous retrouvons dans la définition de la compétence collective (Bataille-Chédotel, 2001 ; Michaux, 2003). Dans notre cas, cette vigilance collective se traduit par le repérage de l'erreur par un individu, mais dont les actions sont ensuite menées collectivement. Elle fait l'objet d'une reconstitution et d'une analyse *a posteriori* du déroulement des événements, l'échange de ressenti, l'identification des erreurs et la mise en place d'ajustements.

La vigilance collective réparatrice s'inscrit dans la continuité des travaux de Bonin et Grasser (2025), qui montrent que l'évolution des compétences collectives repose sur l'articulation entre *performing* et de *patterning*. Dans une logique réparatrice, le *performing* renvoie aux actions concrètes mises en œuvre pour corriger l'erreur et rétablir la continuité, qu'il s'agisse de décisions ponctuelles ou d'ajustements situés. Quant au *patterning*, il correspond à la stabilisation progressive de ces ajustements en nouveaux repères collectifs qui, bien qu'implicites, orientent l'action future. Cette dynamique éclaire la façon dont la vigilance collective réparatrice transforme discrètement les habitudes. Elle ne conduit pas nécessairement

à des règles formalisées, mais laisse des traces organisationnelles qui deviennent autant de points d'appui pour les futures interactions.

10.3.6 Des formes situées de la vigilance collective

Ces cinq formes de vigilance collective (à bas bruit, pragmatique, adaptative, fragmentée et réparatrice) ne sont pas des catégories rigides. Elles sont interdépendantes et situées, car elles coexistent, se succèdent et se transforment selon les événements et les constellations. La typologie proposée constitue davantage une grille de lecture des dynamiques de la vigilance collective, révélant la diversité de leurs manifestations dans le contexte polynésien et la manière dont elles s'enracinent dans les pratiques relationnelles, organisationnelles et contextuelles.

Le CHPf rassemble des soignants aux parcours, aux cultures et aux codes relationnels variés. Cette multiculturalité, conjuguée à un turnover important, engendre des collectifs aux référentiels communs hétérogènes, constamment remis en question. Dans les équipes stables, l'existence d'un langage partagé, des savoirs tacites liés au contexte et aux habitudes organisationnelles, ainsi qu'une mémoire collective inscrite dans les habitudes, favorisent la vigilance collective à bas bruit. Inversement, dans les configurations instables, la vigilance collective tend à se fragmenter : les ruptures relationnelles entravent la transmission des habitudes et fragilisent les ajustements. Cette instabilité ne supprime pas la vigilance collective, mais en modifie sa forme, la rendant plus visible et plus dépendante de médiateurs humains capables de relier les fragments d'attention (figures-relais, cadres de santé).

Comme le rappellent Chédotel et Pujol (2012), la compétence collective repose sur l'ancrage contextuel des pratiques. Au CHPf, l'oralité constitue le mode dominant de circulation des informations et de transmission des savoirs expérientiels. Elle soutient la vigilance collective à bas bruit et adaptative, car elle permet des ajustements rapides et contextualisés. Toutefois, son efficacité dépend de la présence de figures-relais, agents reconnus par leur expérience et leur rôle relationnel, capables d'identifier les signaux faibles et de traduire les implicites pour les nouveaux agents, en particulier les « sac-à-dos ». Leur absence fragilise l'attention collective et ouvre la voie à la vigilance collective fragmentée, voire réparatrice.

Nos résultats confirment que la performance de la vigilance collective ne repose pas sur la présence isolée d'un élément, mais sur leur articulation au sein des constellations spécifiques.

Ainsi, une vigilance collective adaptative se déploie plus facilement dans des constellations où coexistent la stabilité relative de l'équipe, l'action de figures-relais actives, des espaces de vigilance investis et des codes relationnels compris et partagés. À l'inverse, une vigilance collective réparatrice apparaît dans des constellations où la mémoire collective a été affaiblie à un moment donné, mais où un noyau d'acteurs parvient, en différé, à recomposer rapidement un référentiel commun après une rupture.

Les approches de type *High Reliability Organizations* (Weick & Sutcliffe, 2007) mettent l'accent sur la formalisation de la vigilance à travers cinq dimensions : l'attention portée au contexte opérationnel, la réticence à simplifier, l'engagement en faveur de la résilience, la préoccupation constante pour les échecs et la valorisation de l'expertise. Dans ces organisations, ces principes sont traduits en routines, procédures partagées et dispositifs d'entraînement conçus pour être reproductibles dans le temps et dans différents contextes. Au CHPf, les formes situées de vigilance collective observées ne s'appuient pas sur un cadre normatif explicite ; elles relèvent d'une intelligence relationnelle incarnée, fondée sur la proximité, l'accessibilité, la confiance et l'expérience partagée. Cette attention s'appuie sur des régulations discrètes, souvent invisibles aux dispositifs formels, mais indispensables sur le plan opérationnel. Alors que les HRO cherchent à formaliser et à stabiliser les pratiques vigilantes, le CHPf met en évidence une vigilance collective vivante, située et ancrée dans l'ordinaire, qui transforme les habitudes en situation (Bonin & Grasser, 2025) et mobilise l'improvisation comme réponse nécessaire à l'imprévu, dans un cadre échappant à la volonté délibérée de l'organisation.

La vigilance collective observée au CHPf n'est ni décrétée ni directement transposable : elle s'acquiert dans la durée, à travers la qualité des interactions, la confiance mutuelle et l'expérience partagée des situations instables. Elle prolonge la compétence collective lorsqu'elle est fragilisée, mais peut aussi pallier son absence ponctuelle en recomposant les repères nécessaires à la coordination. Cette capacité de réinvention en contexte permet de donner du sens à l'action et éclaire la diversité des formes observées et leur enchaînement possible. La typologie proposée traduit donc moins des catégories figées que des modalités de renouvellement façonnées par un contexte singulier.

Contribution 3-a
La vigilance collective peut prendre différentes formes (à bas bruit, pragmatique, adaptative, fragmentée et réparatrice) selon les constellations en jeu et la temporalité.

Contribution 3-b :
La vigilance collective prolonge la compétence collective, car elle est située. Elle prend en compte les éléments contextuels, organisationnels et relationnels propres au CHPf.

Contribution 3-c :
La vigilance collective ne relève pas uniquement d'un processus cognitif. Elle s'inscrit dans l'expérience vécue, l'attention sensible et les perceptions partagées.

Contribution 3-d :
La vigilance collective située s'exerce dans l'ordinaire des organisations. Son intensité varie selon des constellations d'éléments interdépendants.

10.4 Le cadre de santé, au cœur du management hybride en contexte polynésien

10.4.1 Le rôle du cadre de santé dans le renouvellement de la vigilance collective

Nos résultats mettent en évidence la place stratégique du cadre de santé au Centre hospitalier de la Polynésie française. Véritable clé de voûte de la vigilance collective située, son rôle dépasse largement l'activité de gestion. Sa mission consiste à créer et entretenir les conditions permettant au collectif de maintenir une attention partagée dans un environnement marqué par le turnover, les imprévus, la diversité statutaire et professionnelle ainsi que la multiculturalité. Concrètement, il soutient les dynamiques d'équipe par l'écoute, la proximité et l'accessibilité, tout en assurant la coordination et l'accompagnement des apprentissages individuels et collectifs. Sa posture varie selon les formes de vigilance collective en jeu : en retrait, observateur et validant *a posteriori* dans le cas d'une vigilance collective à bas bruit ou pragmatique ; coordinateur, superviseur et acteur explicite dans l'action face à une vigilance collective fragmentée ou adaptative ; enquêteur et correcteur dans une vigilance collective réparatrice.

Ces résultats rejoignent les rôles identifiés par Mintzberg (2006), en particulier les rôles liés à l'information (observateur actif, diffuseur) et ceux relevant de la décision (régulateur, répartiteur de ressources). Toutefois, le terrain montre que le cadre de santé assume des rôles supplémentaires, rarement explicités dans les modèles classiques ; celui de médiateur (Chevrier, 2003). Il arbitre les tensions entre prescriptions organisationnelles et pratiques de terrain, traduit les implicites culturels et relationnels entre les agents et particulièrement auprès des nouveaux arrivants « sac-à-dos » et rétablit une cohérence entre les codes professionnels et les codes sociaux polynésiens. Dans cette perspective, il agit comme un véritable traducteur des mondes et des codes, non seulement entre les agents du collectif de soins, mais aussi entre les logiques organisationnelles, institutionnelles, opérationnelles et celles des patients.

Cette fonction de médiation et de traduction correspond à ce que Bourret (2011) nomme le travail invisible du cadre : une activité non prescrite, peu reconnue, mais indispensable au fonctionnement du collectif. Elle suppose de composer avec des attentes hétérogènes, parfois contradictoires, liées aux statuts d'emploi, aux professions, aux différences culturelles et aux représentations du soin. Le cadre de santé devient et incarne ainsi une figure de référence, un relai en assumant la charge mentale de la continuité collective, de la sécurité et de la qualité des soins.

Par ailleurs, il accompagne les apprentissages individuels et collectifs par sa proximité, son accessibilité et son observation, dans un contexte fortement marqué par l'oralité et l'informel. Ce rôle rejoint les travaux de Kammoun et Boutina (2015), qui soulignent l'importance du manager dans la reconstruction du sens et la résilience organisationnelle, notamment à travers la mobilisation de la mémoire collective, l'appui sur les expériences passées et l'encouragement d'échanges informels. Le cadre de santé se trouve donc au croisement du management, du leadership et du renouvellement de la vigilance collective, en assumant une responsabilité de garant de la qualité des interactions et des espaces de vigilance.

Aujourd'hui, le rôle du cadre de santé est fragilisé par une tendance à l'éloigner progressivement du terrain, happé par des réunions et la multiplication des dispositifs de gestion. Comme le montrent Detchessahar et Grevin (2009), le *« tournant gestionnaire »* conduit l'encadrement à alimenter en priorité des *« machines de gestion »* (Girin, 1983), au détriment de l'animation du collectif et du soutien aux équipes. Leur étude souligne que cette dynamique produit une forme de *« gestionnite »* dans laquelle les managers passent plus de

temps à remplir des tableaux de bord, à produire des indicateurs ou à participer à des réunions qu'à réguler le travail réel avec leurs équipes. Cette dérive se traduit par une désertion des espaces de vigilance locale et une difficulté à maintenir un dialogue de proximité sur les problèmes concrets du travail et des agents. Appliqué à notre terrain, ce constat montre que le rôle du cadre de santé repose avant tout sur sa capacité à demeurer auprès des pratiques ordinaires, à soutenir la régulation quotidienne du travail et à préserver les espaces de vigilance, plutôt que de se cantonner à une fonction limitée à la logistique, à la gestion des ressources humaines et au contrôle des procédures. Alors que la logique procédurale et les notes de service tendent à réduire la communication à un flux descendant et instrumentalisé, le cadre de santé, par sa présence et sa disponibilité, reste l'un des rares garants de la mise en discussion du travail ; condition indispensable au renouvellement de la vigilance collective.

10.4.2 Les représentations du chef en Polynésie française, entre tradition et modernité organisationnelle

Notre cas montre que le cadre de santé ne peut être compris uniquement à travers les grilles de lecture occidentales du management. En Polynésie française, le chef occupe une place symbolique et relationnelle singulière façonnée par l'histoire et les pratiques culturelles. En s'appuyant sur les travaux de Hofstede (1980) la culture polynésienne semble se caractériser par une forte distance hiérarchique, qui implique une attente d'autorité claire et visible, ainsi qu'une reconnaissance implicite du rôle du supérieur comme garant de la cohésion du collectif. Cette qualité ne repose pas uniquement sur la technicité managériale, mais aussi sur la capacité du chef à incarner une autorité protectrice et à apporter les réponses attendues par ses collaborateurs. D'Iribarne (1989), rappelle d'ailleurs que chaque société construit des systèmes de sens qui orientent la légitimité de l'autorité et les modes de coordination. En Polynésie française, ce système de sens accorde une place centrale à la figure du chef. Le cadre de santé au CHPf se trouve investi d'attentes spécifiques. Il doit à la fois incarner une autorité protectrice et assurer la régulation des tensions, en s'appuyant sur des codes implicites propres au contexte polynésien.

La figure du chef rappelle les rôles des *ari'i*[169] ou des *tahu'a*[170], à la fois détenteurs de savoirs, arbitres des conflits et transmetteurs de mémoire. Bien que ces références n'aient pas été transposées dans le champ des sciences de gestion, elles apparaissent dans les discours quotidiens et influencent les attentes implicites vis-à-vis des cadres de santé, notamment de la part des agents polynésiens. Ainsi, on attend du cadre de santé qu'il « sache », qu'il apporte des réponses immédiates et qu'il assure une présence visible dans le service. Cette attente, héritée de l'autorité sacrée associée au *mana*[171], légitime son rôle. Nos résultats illustrent ce prolongement. Le cadre de santé est sollicité non seulement pour les tensions organisationnelles, mais aussi pour transmettre une mémoire partagée des pratiques, jouer le rôle de relais entre les générations de soignants et entre les agents pérennes et « sac-à-dos » et être une ressource mobilisable face aux imprévus. Cette fonction rappelle la fonction régulatrice des chefs traditionnels et aujourd'hui des *tāvana*[172], décrits comme médiateurs sociaux (Audras et al., 2023). L'autorité du cadre de santé ne réside donc pas uniquement dans son statut hiérarchique, mais dans sa capacité à endosser ce rôle de garant symbolique de la cohésion collective. Toutefois, cette projection culturelle peut générer une forme de dichotomie managériale, car les cadres de santé doivent répondre simultanément aux prescriptions normatives d'une organisation hospitalière pensée à la française et aux attentes relationnelles d'un collectif multiculturel pour des patients polynésiens. Cette tension souligne la nécessité d'envisager leur rôle dans une logique d'hybridation managériale. Nos résultats indiquent que cette hybridation se décline différemment selon les formes de vigilance collective. La figure d'autorité s'affirme avec force dans les vigilances collectives réparatrice ou adaptative, où le collectif recherche un soutien et un appui, tandis qu'elle demeure en retrait dans la vigilance collective à bas bruit, davantage soutenue par les ajustements implicites.

Cette réflexion nous amène à deux questions. La première concerne la situation où le cadre de santé est lui-même un « sac-à-dos », nouvel arrivant porteur de référentiels importés : comment endosse-t-il ce rôle de chef alors qu'il n'est pas encore acculturé aux codes implicites du collectif ? La seconde interroge les différences d'attentes et d'appropriations entre les cadres polynésiens et les cadres *popa'ā* [173] : les premiers sont perçus comme inscrits dans une continuité symbolique qui leur confère une légitimité relationnelle immédiate, tandis que les

[169] Roi, reine en *reo ma'ohi*
[170] Guérisseur en *reo ma'ohi*
[171] Pouvoir sacré en *reo ma'ohi*
[172] Chef, gouverneur, chef de district, maire en *reo ma'ohi*
[173] Blanc en *reo ma'ohi*

seconds doivent composer avec des représentations parfois décalées de ce que doit être un chef. Ces décalages influencent la manière dont s'exerce leur rôle et la façon dont le collectif les reconnaît.

10.4.3 Une autorité relationnelle et vigilante pour un management au quotidien

Le rôle du cadre de santé ne se réduit pas à la supervision, au contrôle ou à l'application des règles. Il se déploie dans une vigilance collective incarnée, inscrite dans les interactions ordinaires et quotidiennes et dans les espaces de vigilance. Pour Laroche (2006), le manager institue une forme d'advertance, entendue comme une attention tournée vers celle d'autrui, qui entretient une coordination par anticipation dans les relations d'agence et soutenant la continuité de l'action collective. Dans nos résultats, cette advertance se manifeste dans des interventions brèves du cadre de santé, des observations discrètes, des reformulations ou encore dans sa disponibilité constante aux signaux faibles émis par les équipes. L'advertance, définie comme l'attention à l'attention d'autrui, vise à maintenir chacun en position de contribuer efficacement à l'action collective. Elle ne produit pas directement des connaissances, mais elle entretient la qualité de la pratique et garantit la continuité de l'action sans rupture. Cette attention relationnelle se double d'une fonction de construction de sens, que Laroche (2006) articule autour du jugement, c'est-à-dire une ponctuation de l'action permettant de reconfigurer temporairement la compréhension collective d'une situation. Cette tension met en avant la nécessité de penser leur rôle dans une logique d'hybridation managériale. Nos résultats suggèrent que cette hybridation se décline différemment selon les formes de vigilance collective. La figure d'autorité s'exprime avec force dans la vigilance collective réparatrice ou adaptative, où le collectif cherche un soutien et un appui, tandis qu'elle reste en retrait dans la vigilance collective à bas bruit, davantage soutenue par les ajustements informels.

Nos résultats indiquent que le rôle du cadre de santé est avant tout relationnel et attentionnel plutôt que prescriptif. Il repose sur la qualité des interactions et sur sa capacité à incarner la vigilance collective. Cette posture peut sembler en décalage avec le contexte polynésien, marqué par une attente d'autorité visible, mais c'est précisément dans l'équilibre entre autorité symbolique et attention que réside son efficacité managériale.

10.4.4 Une hybridation managériale nécessaire en contexte polynésien

Avant de poursuivre, il importe de clarifier la différence entre les approches universaliste et culturaliste dans les pratiques managériales, car elles structurent les débats. L'approche universaliste considère qu'il existe des « bonnes pratiques » de management, valables indépendamment des contextes, fondées sur des procédures standardisées et une logique de conformité. Quant à l'approche culturaliste, elle repose sur l'idée que les pratiques managériales doivent s'ancrer dans les valeurs, normes et représentations culturelles. Comme le rappellent Pichault et Nizet (2013), ces deux logiques, si elles sont prises isolément, trouvent rapidement leurs limites.

L'analyse du cas montre que les cadres de santé du CHPf doivent composer en permanence avec ces deux approches. L'établissement est structuré par des référentiels administratifs et juridiques hérités de l'administration française. Toutefois, l'activité quotidienne repose sur la reconnaissance des spécificités polynésiennes, qui orientent les modes de communication, de régulation et de cohésion. Cet équilibre place les cadres de santé dans une posture de médiation et d'improvisation organisationnelle. Ils doivent traduire, au sens de Pichault et Nizet (2013), les instruments de gestion importés dans un langage accessible aux équipes de soins, en articulant normes hospitalières et codes relationnels locaux. C'est dans cette tension que s'inscrit le concept de management hybride. Shamba et Livian (2014) parlent d'« hybridation segmentée », montrant que les organisations africaines combinent des pratiques importées et des pratiques locales selon des dosages variables en fonction des types d'organisation. De manière comparable, au CHPf, l'hybridité varie selon les services, les compositions d'équipes et les formes de vigilance collective mobilisées.

Kamdem et Etogo (2025) introduisent la notion d'« équilibration socio-économique ». Plutôt qu'un équilibre statique entre universalisme et culturalisme, l'hybridité managériale est un mouvement permanent d'ajustement, où les managers cherchent à réduire le décalage entre les prescriptions normatives et les logiques de terrain. Ce mécanisme se traduit par un jeu de couplage et de découplage. Il s'agit de s'appuyer sur des normes pour obtenir des ressources et une légitimité institutionnelle puis s'en distancier pour maintenir une cohérence avec le collectif. Nos résultats le confirment : les cadres de santé appliquent les standards de gestion hospitalière mais les ajustent, de manière invisible et peu reconnue, pour garantir la continuité du travail collectif.

Au CHPf, l'hybridité managériale s'impose comme une nécessité. Elle rapproche le cas polynésien d'autres terrains déjà étudiés. Ainsi, Henry (1991) montre que, dans les entreprises africaines, le management se construit toujours dans l'articulation entre les modèles organisationnels exogènes et les logiques sociales endogènes. Cette articulation ne relève pas d'une simple juxtaposition : elle produit des configurations originales, adaptées à la complexité du terrain local. Un parallèle peut être établi avec la Polynésie française. Sans transposition directe, nous comprenons que là où se rencontrent plusieurs référentiels, l'hybridation devient une condition du fonctionnement organisationnel.

De ce fait, au CHPf, le cadre de santé ne peut ni imposer un modèle standardisé et homogène, ni s'appuyer exclusivement sur les codes culturels polynésiens. Son rôle consiste à maintenir un compromis dynamique. Cette hybridation en mouvement repose sur une compétence interculturelle, entendue comme la capacité à identifier, comprendre et ajuster les logiques culturelles en présence (Rey, 2017 ; Meier, 2016). Le cadre de santé devient alors le garant d'une vigilance collective située, capable de se renouveler malgré les contraintes institutionnelles et la multiculturalité des équipes.

Contribution 4-a :
Le cadre de santé joue un rôle déterminant dans le renouvellement de la vigilance collective. Il agit comme médiateur et traducteur garantissant la cohésion et la qualité des interactions.

Contribution 4-b :
Le rôle du cadre de santé peut être interprété à travers des représentations culturelles polynésiennes de l'autorité. Ces attentes non-dits renforcent sa légitimité mais l'exposent à des tensions dans son rôle quotidien.

Contribution 4-c :
Le cadre de santé adopte un management hybride qui allie règles institutionnelles et ajustements culturels. Cela lui permet de concilier des logiques parfois contradictoires pour assurer la continuité organisationnelle.

Contribution 4-d :
Le management interculturel permet de soutenir le renouvellement d'une vigilance collective située.

10.5 Répondre à la question de recherche

Les contributions théoriques présentées dans ce chapitre nous permettent de répondre aux questions de recherche qui ont guidé notre travail. La première interrogeait la manière dont les équipes de soins s'adaptent au contexte par le biais du renouvellement de la vigilance collective. Nos résultats montrent que ce renouvellement n'est pas uniforme. Il s'incarne dans des formes différenciées (vigilance collective à bas bruit, pragmatique, adaptative, fragmentée et réparatrice) qui traduisent la capacité des collectifs à transformer leur attention partagée en fonction des événements. Cette typologie met en évidence le caractère situé de la vigilance collective. En effet, elle ne se réduit pas à un état latent, mais ce module en fonction des ressources disponibles et des configurations relationnelles.

Nous avons identifié des constellations d'éléments qui influencent le renouvellement de ces formes de vigilance collective. Ces constellations regroupent des éléments individuels et interactionnels (qualité des interactions), organisationnels (stabilité des équipes, présence de figures relais, circulation de l'information) et contextuels (espaces informels, ancrage culturel, mémoire collective). Ce ne sont pas ces éléments pris isolément qui suffisent, mais leur combinaison dynamique qui rend possible ou entrave l'expression de la vigilance collective. En ce sens, les constellations proposées (stabilité relationnelle, adaptation collective et fragilité critique) éclairent la manière dont les différentes formes de vigilance prennent appui sur des configurations situées de ressources relationnelles, organisationnelles et culturelles. Elles permettent de comprendre que la vigilance collective n'est jamais acquise. Elle est le produit d'une (re)configuration fragile et réversible, qui dépend de l'articulation de ces éléments dans le temps et dans l'action.

La deuxième question portait sur le rôle des cadres de santé dans ce renouvellement. Nos analyses confirment qu'ils occupent une position stratégique dans le renouvellement de la vigilance collective. Leur rôle dépasse la mise en œuvre stricte des règles et des procédures : il inclut une fonction de médiation, de traduction et de régulation, permettant de maintenir la continuité organisationnelle et des soins malgré l'instabilité. Ils créent les conditions favorables au renouvellement de la vigilance collective en valorisant des espaces de vigilance et en veillant à la qualité des interactions. Ces leviers (espaces et interactions) constituent des apports majeurs, car ils montrent que la vigilance collective se nourrit des lieux informels et d'une densité relationnelle incarnée, dépassant largement les règles établies.

La troisième question interrogeait l'influence du contexte polynésien. Nos résultats mettent en évidence que les spécificités culturelles (oralité, tutoiement, convivialité, mémoire collective, distance hiérarchique, valeur symbolique du chef) façonnent directement les formes et l'intensité de la vigilance collective. Elles expliquent pourquoi les pratiques managériales au CHPf ne peuvent être ni totalement universalisées ni exclusivement culturalistes. Elles s'inscrivent dans une hybridation managériale qui combinent l'héritage organisationnel hospitalier français et les codes culturels polynésiens. Cette hybridité devient une condition nécessaire au renouvellement de la vigilance collective en contexte.

Ces résultats montrent que la vigilance collective ne peut être comprise qu'à travers l'articulation de ses formes, du rôle des cadres et de l'ancrage culturel dans lequel elle se déploie. Les espaces de vigilance et la qualité des interactions constituent des leviers transversaux qui assurent la continuité du collectif et soutiennent le *sensemaking* dans l'incertitude. La vigilance collective se révèle comme une construction située, dimensionnée et dynamique, qui prend forme à travers l'attention portée aux autres, la médiation assurée par le cadre de santé et l'intégration des spécificités culturelles.

Ces apports théoriques ouvrent la voie aux contributions managériales, qui viseront à montrer comment les acteurs peuvent s'approprier ces enseignements pour accompagner concrètement la vigilance collective dans des organisations marquées par l'instabilité et la pluralité culturelle.

Chapitre 11 Contributions managériales

Ce chapitre s'inscrit dans la continuité des contributions théoriques qui ont éclairé la compréhension du renouvellement de la vigilance collective. Lorsque nous avons commencé ce travail de recherche, notre objectif était de produire des recommandations managériales concrètes, destinées à nos pairs et à tous les managers confrontés à une problématique similaire, pour outiller leurs pratiques dans un environnement marqué par l'instabilité et la diversité. Nous y arrivons enfin !

Ce travail mené au Centre hospitalier de la Polynésie française montre que le renouvellement de la vigilance collective se cultive au quotidien, dans les relations, les espaces et les postures managériales. Les recommandations proposées émanent des pratiques que nous avons observées et des constellations mises en évidence. Elles offrent des repères managériaux qui peuvent être mobilisés et adaptés par les cadres de santé dans leur quotidien.

Le chapitre se structure autour de cinq orientations. La première insiste sur la nécessité d'une politique d'accueil et d'intégration adaptée au contexte. La deuxième montre combien la composition des équipes influence directement la capacité à renouveler la vigilance collective. La troisième met l'accent sur la posture managériale hybride en contexte interculturel. La quatrième souligne la valeur de tous les registres de communication. Enfin, la cinquième explore la place des espaces informels, qui doivent être reconnus comme de véritables espaces de vigilance.

11.1 Adopter une politique d'accueil et d'intégration adaptée au contexte

L'intégration constitue un moment critique dans la vie des équipes hospitalières. Chaque arrivée, qu'elle soit le fruit d'un recrutement local ou dit « hors-sol », déstabilise temporairement le collectif. Dans une institution marquée par un turnover important et régulier, les contrats courts et la diversité des parcours professionnels, l'intégration ne peut pas se limiter à un dispositif purement administratif et standardisé. Elle doit être pensée comme un levier stratégique pour soutenir le renouvellement du référentiel commun des équipes, permettre la transmission de la mémoire collective et renforcer un langage partagé, qui s'enrichissent au contact des nouveaux venus. Autrement dit, accueillir un agent, c'est à la fois transmettre et

transformer, mobiliser les éléments qui fondent la vigilance collective et l'adapter aux réalités changeantes.

La diversité des profils apparaît comme un principe de gestion des ressources humaines important. La complémentarité entre agents pérennes, nouveaux arrivants et agents « sac-à-dos » ne relève pas seulement d'une diversité des profils, mais constitue une condition de vigilance collective. Les différences de parcours, d'expériences et d'origines créent des occasions d'apprentissage réciproque, à condition que cette diversité soit reconnue et valorisée comme une ressource. Toutefois, cette reconnaissance exige d'éviter toute folklorisation du contexte polynésien. Les spécificités polynésiennes ne sont pas un décor exotique ; elles structurent le quotidien des équipes de soins et influencent directement le travail.

Les premières actions doivent sécuriser la période d'entrée, souvent la plus fragile. Le doublage avec un agent expérimenté (connaissant à la fois les techniques et le contexte) joue un rôle déterminant. Il assure la continuité des pratiques de vigilance à bas bruit, tout en instaurant un climat de confiance où observation, interactions et expérimentation se conjuguent. Dans cette phase initiale, l'intégration ne se limite pas à montrer « comment faire » : elle implique de partager les valeurs du collectif et les savoirs tacites liés au contexte organisationnel et polynésien. Elle permet d'apprendre à voir, anticiper, ressentir et agir face aux imprévus. Ce compagnonnage de proximité contribue à réactualiser la mémoire collective et les pratiques, car le binôme ne transmet pas un savoir figé : il le réinterroge et l'ajuste. Cependant, cette approche suppose des ressources humaines disponibles et volontaires, physiquement et mentalement, ce qui limite son efficacité dans un contexte de tension sur les effectifs. Elle requiert une prise en compte institutionnelle et politique de son coût. En effet, la période de doublage implique de ne pas compter le nouvel arrivant dans les effectifs actifs du service. Cette contrainte budgétaire et organisationnelle doit être intégrée dans la politique RH[174] et anticipée dans les budgets, afin de mettre en lumière les coûts liés au turnover non maîtrisé et à l'obsolescence des statuts de la fonction publique territoriale et de l'établissement.

À mesure que le collectif se stabilise autour du nouvel agent, l'intégration gagne à être structurée. Le tutorat institutionnalisé, soutenu par des outils tels qu'un livret d'accueil recensant des situations emblématiques de soins et d'organisation, co-construit avec les agents

[174] Ressources humaines

pérennes, permet de dépasser le simple face-à-face entre pérenne et nouveau. Il contribue à instaurer un espace de vigilance, où la vigilance collective s'apprend à travers l'exemple et la transmission des expériences. Pour soutenir cette dynamique, des supports médiateurs peuvent être proposés (MOOC, capsules vidéo, bibliographies thématiques) afin de rendre l'information accessible en continu. Néanmoins, leur efficacité repose sur la responsabilité individuelle des agents à s'y engager. Le passage par le récit, oral ou écrit, facilite le renouvellement du référentiel, de la mémoire et du langage partagé, sans lesquels les ajustements demeurent ponctuels et fragiles. Cependant, le risque est de transformer ce dispositif en simple outil administratif s'il est trop normatif ; il perdrait alors en adaptabilité et freinerait l'apprentissage collectif.

À long terme, l'intégration doit être pensée comme un véritable parcours organisationnel, dépassant le seul périmètre du service. Dans le contexte polynésien, il s'agit d'aller bien au-delà d'une simple sensibilisation culturelle. L'enjeu est d'outiller les professionnels « sac-à-dos » pour qu'ils comprennent la configuration particulière du système de santé local, ses contraintes géographiques et logistiques, les représentations en santé et les arbitrages politiques qui façonnent l'offre de soins. En dotant les nouveaux arrivants métropolitains ou étrangers de ces clés de lecture, l'institution offre l'opportunité de renouveler une vigilance collective située et durable. Un tel dispositif suppose néanmoins une vision stratégique de la politique des ressources humaines et de la qualité, des moyens financiers et une coordination inter-institutionnelle (autant de conditions qui dépassent le champ d'action du seul management de proximité).

Ainsi, penser l'intégration comme une politique managériale ne revient pas à superposer des dispositifs d'accueil présents de manière individuelle dans chaque service. C'est envisager chaque nouvelle arrivée comme une opportunité de recomposition collective, où la mémoire, le référentiel commun et le langage partagé se transmettent, s'enrichissent, garantissant la vitalité de la vigilance collective située dans cet environnement instable.

Contribution managériale à court terme :

- Mettre en place un dispositif de doublage du nouvel arrivant par un agent pérenne.

Contribution managériale à moyen terme :

- Initier une politique de tutorat institutionnalisé et mettre en place un livret d'accueil basé sur des situations emblématiques de soins et d'organisation, des repères organisationnels, culturels.

Contribution managériale à long terme :

- Créer un parcours d'intégration adapté au contexte polynésien (santé, géographie, anthropologie, organisation, politique).

11.2 Composer des équipes de soins au service du renouvellement de la vigilance collective située

La manière dont le cadre de santé compose une équipe de soins, influence directement la capacité de celle-ci à renouveler une vigilance collective située. Dans un hôpital marqué par l'instabilité des effectifs et par la rareté des compétences, la composition n'est pas un arrière-plan organisationnel, mais une pratique managériale déterminante. Elle mobilise la mémoire, la confiance et la continuité qui permettent aux soignants d'agir ensemble malgré les imprévus.

À court terme, la priorité du cadre de santé consiste à préserver un noyau stable. Une équipe ne peut pas fonctionner lorsque la majorité de ses membres sont des agents de passage. Il est essentiel de maintenir une proportion plus élevée d'agents pérennes par rapport aux agents « sac-à-dos ». Ces soignants pérennes portent la mémoire collective et servent de repère aux nouveaux. Sans cette assise, les savoirs tacites se fragmentent et l'attention se fragilise. Le doublage de chaque nouvel arrivant avec un agent pérenne et expérimenté contribue à sécuriser cette transition. Observation, imitation et explicitation des signaux faibles constituent des apprentissages immédiats, impossibles à transmettre uniquement par des documents. Le rôle d'agent-relais, aujourd'hui en grande partie informel, apparaît ici comme déterminant. S'il est reconnu et valorisé, il peut devenir un point d'appui formel de la continuité collective.

À moyen terme, composer une équipe ne se réduit pas à remplir un planning ou à garantir un bon ratio patients/soignants. La force d'un collectif de soins repose également dans la complémentarité de ses profils. Diversifier les compétences individuelles fournit un socle à la vigilance collective et élargit les solutions possibles face aux imprévus. Associer des personnalités différentes, capables d'interagir et de se soutenir, favorise la mise en œuvre des actions collectives pour résoudre les problèmes. Dans le contexte polynésien, la présence de soignants locaux est importante. Ils offrent un repère rassurant pour les patients polynésiens et jouent le rôle de relais culturels et linguistiques pour les collègues venus de l'extérieur. Cette diversité répond à un besoin opérationnel dans la prise en soins des patients. Elle facilite la détection des signaux faibles, la traduction des inquiétudes et des non-dits, la reformulation du jargon médical et la prise en compte des représentations de la maladie, contribuant ainsi à rassurer et à lever les incompréhensions.

La composition de l'équipe doit s'inscrire dans une vraie politique de la stratégie des ressources humaines au niveau des cadres de santé de proximité, afin qu'ils recrutent les profils se rapprochant le plus de leur besoin (pour piloter la vigilance collective). Tant que les cadres de santé de proximité n'ont pas connaissance de la durée prévue des séjours ni de l'ouverture de postes permanents, ils restent condamnés à gérer des flux instables sans avoir la possibilité d'une maîtrise minimale. Assumer cette responsabilité suppose d'évaluer les projets de vie des nouveaux arrivants et de configurer les équipes en fonction des temporalités annoncées. Les cadres supérieurs de santé (actuellement responsable des recrutements) doivent quant à eux, rester positionnés à un niveau stratégique, en collaborant avec les directions fonctionnelles (direction des soins, direction des ressources humaines). Leur rôle consiste à solliciter l'organisation régulière des concours d'intégration et à élaborer une véritable stratégie d'attractivité et de fidélisation des ressources humaines.

Pour composer les équipes, l'institution et les managers doivent changer leur regard sur le turnover et accepter cette instabilité structurelle afin de ne plus en être victime, mais de tenter d'en faire un levier d'innovation et d'agilité. Cela implique de préparer les équipes à se recomposer régulièrement et à concevoir cette instabilité comme une donnée de fonctionnement, plutôt que comme une anomalie permanente. Dans ce cadre, la question du recours à l'intérim se pose. Même si le dispositif n'est pas prévu dans le cadre réglementaire polynésien, il constitue une piste financièrement intéressante pour l'établissement en réduisant certains coûts RH (ingénierie RH et logistique) et en apportant plus de souplesse. Néanmoins,

cette option doit être envisagée avec prudence, car un recours mal calibré risquerait d'accentuer les déséquilibres entre agents pérennes et flux « sac-à-dos » et d'alimenter les tensions au lieu de les résorber.

Assumer cette dimension stratégique permet de dépasser la gestion quotidienne des plannings pour inscrire la composition dans une trajectoire de long terme. La vigilance collective ne peut se renouveler dans un environnement contraint qu'à condition d'articuler des mesures immédiates et de sécurisation des nouveaux arrivants, des dispositifs structurés favorisant la complémentarité et une politique de recrutement durable.

Contribution managériale à court terme :

- Maintenir une majorité d'agents pérennes sur une équipe pour assurer un *on-bording* sécurisant à l'agent « sac-à-dos ».
- Formaliser le rôle et les missions des figures-relais.

Contribution managériale à moyen terme :

- Veiller à la diversité des compétences, des personnalités et des cultures (présence d'agents polynésiens dans chaque équipe.

Contribution managériale à long terme :

- Redonner au cadre de santé de proximité la main sur le recrutement et la temporalité des affectations.
- Remettre le cadre supérieur de santé sur ces missions stratégiques et en collaboration avec les directions des soins et des ressources humaines, pour établir une politique des ressources humaines.
- Ne plus subir le turnover mais l'accepter, le comprendre pour mieux le maitriser.

11.3 Adopter une posture managériale hybride en contexte interculturel pour manager la vigilance collective située

La posture du cadre de santé constitue un élément important dans la construction et le renouvellement de la vigilance collective. Au CHPf, les cadres de santé ne sont pas uniquement des organisateurs du travail, mais ce sont aussi des médiateurs entre plusieurs logiques. Ils

doivent satisfaire aux exigences institutionnelles, garantir qualité et la sécurité des soins, soutenir les équipes, tout en évoluant dans un contexte contraint et interculturel. La manière dont ils se positionnent à l'articulation des logiques influence directement la circulation des informations et de la mémoire, la détection des signaux faibles et la capacité du collectif à se renouveler.

À court terme, le manager doit d'abord installer un climat de confiance avec son équipe. Cette confiance se construit par la valorisation de comportements prosociaux incarnés (disponibilité, entraide, soutien mutuel et reconnaissance des efforts). C'est en animant et en cultivant ces comportements au quotidien que le cadre de santé anime des valeurs qui peuvent sinon paraître mécaniques. Les soignants (pérennes ou « sac-à-dos ») perçoivent et expriment les signaux d'alerte de diverses façons. Certains verbalisent directement, d'autres de manière détournée, d'autres encore se taisent, mais manifestent leur doute dans leur comportement. Un management trop contrôlant étouffe les interactions, tandis qu'une distance excessive ou un désintérêt les rend invisibles. Le cadre de santé doit faire preuve d'agilité et de souplesse, car son rôle consiste à ouvrir l'espace de vigilance où les interactions sont reconnues et prises en considération. Adopter une posture de veilleur plutôt que de contrôleur revient à accepter que l'alerte puisse prendre des formes multiples et mérite d'être entendue, même lorsqu'elle ne correspond pas aux codes attendus.

À moyen terme, sa posture évolue vers la création de conditions favorables à l'apprentissage collectif. Il ne s'agit plus seulement de détecter des signaux, mais de favoriser leur mise en commun. Les équipes de soins ont besoin de temps et de lieux pour confronter leurs expériences, échanger leurs points de vue et élaborer ensemble des interprétations. Dans ces espaces de vigilance, les agents relatent les situations vécues, partagent leurs actions et transforment leurs expériences individuelles en savoir collectif. Le cadre de santé ne s'impose pas comme celui qui détient la solution, même s'il peut y contribuer : il est avant tout le facilitateur du récit et de la circulation des interprétations. Dans un contexte interculturel, ce rôle de médiation est crucial. Il implique de valoriser la diversité des points de vue, de reconnaître l'importance des relais linguistiques, et d'expliciter ce qui peut rester non-dit ou non-verbal entre équipes et agents. L'hybridation managériale se joue précisément à ce niveau : plutôt que de standardiser les pratiques par procédures et protocoles, le cadre de santé transforme la diversité en ressource pour enrichir le référentiel partagé et la mémoire collective. Cette posture exige un recul réflexif constant et suppose de protéger les moments de partage

face aux contraintes organisationnelles, faute de quoi ils risquent de disparaître au profit d'une culture de l'urgence permanente.

À long terme, le cadre de santé ne peut se limiter à accompagner les équipes de soins dans leur quotidien. Il devient le garant de la fiabilité organisationnelle et le porteur d'une vision stratégique du collectif. Cela implique de défendre auprès de l'institution hospitalière l'élaboration d'une politique des ressources humaines fondée sur l'attractivité et la fidélisation, de prendre en compte les causes du turnover, d'inscrire les pratiques réflexives dans le fonctionnement ordinaire et de reconnaître la vigilance collective comme une compétence transversale à l'organisation. Ce rôle engage une responsabilité politique : représenter la voix des équipes soignantes dans les instances, négocier de la flexibilité ou de l'agilité managériale, et rappeler que la qualité et la sécurité des soins reposent sur une vigilance collective située, et pas uniquement sur des procédures et des prescriptions médicales. Les mécanismes de rétroactions sont ici essentiels. À l'échelle des équipes, le cadre de santé doit instaurer des retours continus qui valorisent les contributions, ajustent les pratiques et entretiennent la dynamique d'apprentissage. À l'échelle institutionnelle, la transmission revient aux cadres supérieurs de santé, chargés de relayer contraintes et besoins vers la direction des soins et les instances décisionnelles pour transformer ces signaux en leviers.

Dans le contexte polynésien, ce rôle stratégique doit intégrer la complexité interculturelle. Le manager devient garant d'une conformité minimale aux standards institutionnels et aux valeurs professionnelles, tout en promouvant une fiabilité contextualisée, adaptée aux réalités polynésiennes (géographiques, économiques, sociales et culturelles). L'hybridation se définit alors comme une politique managériale assumée, qui fait des différences un levier de continuité.

Un tel management se construit dans le temps. À court terme, il installe la confiance et légitime les interactions dans le collectif. Progressivement, il structure la réflexivité collective et transforme la diversité en ressource. Sur le long terme, il s'affirme comme une vision stratégique, capable d'institutionnaliser une vigilance collective située. La posture managériale hybride devient ainsi une condition de renouvellement de la vigilance collective dans un environnement instable, traversé par des différences culturelles et marqué par un turnover important et régulier.

Contribution managériale à court terme :

- Adopter une posture du veilleur.
- Reconnaissance des interactions exprimées de manières plurielles.

Contribution managériale à moyen terme :

- Organiser et protéger des espaces de vigilance, où les expériences individuelles sont mises en commun et transformées en apprentissages collectifs.

Contribution managériale à long terme :

- Le cadre de santé est garant d'une fiabilité contextualisée et d'un management hybride assumé.

11.4 Reconnaître la valeur de tous les registres de communication

La communication dans les équipes de soins constitue le socle des interactions, qui soutiennent la vigilance collective située. Elle prend des formes différentes : écrite, orale, non-verbale. Dans un contexte interculturel comme celui du CHPf, ces registres ne sont pas interchangeables, car ils possèdent chacun une valeur et une reconnaissance propres. Certains soignants privilégient l'oralité et les échanges sous-jacents, tandis que d'autres s'appuient sur des écrits normés et une parole technique. Ces différences peuvent fragiliser la continuité des activités, mais elles deviennent une ressource dès lors qu'elles sont reconnues, articulées et équilibrées par un management attentif.

À court terme, le cadre de santé doit sécuriser la circulation de l'information. Chaque message écrit (note de service ou consigne), doit être relayé par une transmission orale afin de s'assurer de sa compréhension par l'ensemble de l'équipe, lever les ambiguïtés et ouvrir le dialogue. À l'inverse, les décisions prises oralement, dès lors qu'elles ont un impact organisationnel ou une influence sur la prise en soins, doivent être formalisées *a posteriori* pour garantir leur traçabilité, leur suivi et enrichir la mémoire collective du service. Cet aller-retour permanent entre oral et écrit limite les malentendus et confère à l'information une légitimité partagée, surtout lorsqu'elle émane du manager. L'exemple des transmissions ciblées en est une illustration. Ce dispositif de traçabilité et de valorisation des actions soignantes, est présent dans tous les hôpitaux. Au CHPf, malgré de nombreuses formations et l'introduction récente d'un logiciel

informatique, son appropriation reste incomplète. Les soignants expriment une difficulté pour concilier un outil normatif et informatisé avec la richesse des transmissions orales (avec une méthodologie), perçues comme plus souples, immédiates et adaptées aux situations. Ce décalage rappelle combien la reconnaissance des différents registres doit rester équilibrée, sans opposer formalisme et pratiques relationnelles.

À moyen terme, la communication doit être structurée comme un espace de vigilance et de rencontre entre les registres. Les temps de retour d'expérience, les discussions d'équipe ou les tutorats ne se limitent pas à relayer des faits, ils sont émotionnellement marqués. Ils permettent de croiser les apports de l'oralité, de l'écrit et de l'attention portée au non-verbal et au ressenti. Le management interculturel joue ici un rôle d'équilibriste. Il valorise la richesse de l'oralité (notamment dans les récits pratiques), protège l'écrit (lorsqu'il s'agit de formaliser des décisions collectives) et reste attentif aux signaux non-verbaux (qui expriment ce que les mots taisent). En favorisant ce passage entre les modes de communication, le cadre de santé contribue à la (re)construction d'un langage commun, élargi et accessible à tous.

À long terme, la communication doit être reconnue comme un pilier organisationnel indispensable à la qualité et à la sécurité des soins. Le cadre de santé doit soutenir une politique institutionnelle qui valorise la médiation linguistique, reconnaisse le rôle stratégique de l'oralité et équilibre écrit et oral.

Contribution managériale à court terme :

- Accompagner chaque écrit d'une explication et/ou d'une reformulation orale, accompagner les décisions orales ayant un impact durable sur l'organisation et sur les prises en soins d'une formalisation.

Contribution managériale à moyen terme :

- Valoriser ou organiser des temps de partage où oralité, écrit et non-verbal se croisent pour construire un langage commun et accessible.

Contribution managériale à long terme :

- Reconnaître tous les registres de communication comme piliers institutionnel.

11.5 Manager les espaces de vigilance

Loin d'être de simples décors où s'exerce le travail, les espaces informels structurent les interactions et participent activement au renouvellement de la vigilance collective. Ils conditionnent la circulation des informations, nourrissent la confiance et renouvellent les repères communs. Dans un hôpital traversé par des flux continus de soignants, de patients et de situations imprévisibles, ces espaces apparaissent comme de véritables ressources managériales.

À court terme, le rôle du cadre de santé consiste à reconnaître et à légitimer ces lieux comme des espaces de vigilance ; scènes où se déploient les interactions et leurs charges émotionnelles. Souvent perçues comme secondaires, ces interactions sont pourtant essentielles. Elles offrent la possibilité d'exprimer discrètement des signaux d'alerte, de transmettre des savoirs tacites et de maintenir une attention diffuse. Pour les nouveaux arrivants, ces espaces deviennent des lieux privilégiés d'apprentissage des codes implicites et d'accès à des relais de socialisation, sans lesquels leur intégration reste fragile. Le management doit cesser de les considérer comme des temps perdus et affirmer leur utilité pour la cohésion et la sécurité du collectif. Reconnaître ces espaces de vigilance, c'est donner aux équipes la possibilité de renouveler une vigilance collective située.

À moyen terme, la vigilance collective demande que ces espaces de vigilances soient légitimés. Cela ne veut pas dire de les transformer en salles de réunion ou de gestion de crise, mais de les valoriser pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des lieux de mise en commun, de négociation, de conflits et d'interactions à la frontière entre le travail et la pause. Le cadre de santé peut soutenir cette reconnaissance en s'y rendant présent, en valorisant les échanges qui y prennent place et en favorisant la porosité hiérarchique qui libère la parole. Pour les nouveaux arrivants, c'est dans ces espaces de vigilance que se transmettent les savoirs tacites et que s'opère l'entrée progressive dans la mémoire collective du service. Le cadre de santé doit inclure ces temps de convivialité dans l'organisation du service, afin qu'ils soient reconnus comme des leviers de socialisation et de régulation.

À long terme, il s'agit d'inscrire cette reconnaissance dans la culture organisationnelle en affirmant la légitimité de lieux intermédiaires où les professionnels entretiennent leur attention en dehors des procédures et des protocoles. Le management doit porter auprès de l'institution

l'idée que ces espaces sont indispensables à la qualité et à la sécurité des soins. En ce sens, leur valorisation relève d'une politique RH et qualité plus large, intégrant leur rôle dans l'accueil, la socialisation et la fidélisation des soignants.

Ainsi compris, les espaces de vigilance sont avant tout des milieux sociaux. Ils existent parce qu'ils sont investis et reconnus par les équipes. À court terme, il s'agit de les préserver ; à moyen terme, de les légitimer ; et à long terme, les défendre comme partie intégrante de la culture hospitalière. Ce sont eux qui offrent à la vigilance collective des points d'ancrage concrets et qui permettent son renouvellement dans l'ordinaire du travail.

Contribution managériale à court terme :

- Reconnaître et protéger les espaces informels investis par les agents.

Contribution managériale à moyen terme :

- Valoriser et légitimer les espaces de vigilance reconnus par les équipes.

Contribution managériale à long terme :

- Défendre la place des espaces de vigilance dans la culture organisationnelle.

11.6 Conclusion

Les cinq recommandations managériales proposées s'appuient sur l'idée que le renouvellement de la vigilance collective ne repose pas sur des dispositifs techniques ou des procédures supplémentaires, mais sur la qualité des interactions et sur la manière dont elles sont soutenues par des pratiques managériales adaptées. Accueillir, composer, incarner, reconnaître et défendre, telles sont les actions qui structurent un management capable de renouveler la vigilance collective située.

Ce chapitre a mis en évidence que ces actions s'inscrivent dans une temporalité. À court terme, elles sécurisent l'entrée et la stabilité immédiate des collectifs. À moyen terme, elles construisent des espaces de transmission, de complémentarité et de partage. À long terme, elles demandent une vision stratégique qui dépasse le seul périmètre du service pour toucher la

politique institutionnelle. Cette temporalité a été synthétisée dans le tableau récapitulatif présenté en fin de chapitre.

Reconnaître la valeur de ces recommandations, c'est accepter que le management hospitalier ne se limite pas à la gestion des plannings et des procédures. Il doit être pensé comme une pratique relationnelle et contextuelle, attentive aux ressources locales et être capable de transformer les contraintes en leviers. Dans le contexte polynésien, cette démarche repose sur une hybridation assumée, qui conjugue les prescriptions importées et les codes culturels du quotidien. C'est dans cette tension que la vigilance collective peut se renouveler, assurer la qualité et la sécurité des soins et la continuité organisationnelle.

Contributions managériales principales	Court terme	Moyen terme	Long terme
Adopter une politique d'accueil et d'intégration adaptée au contexte	• Mettre en place un dispositif de doublage hors effectifs des nouveaux agents par un agent expérimenté	• Initier une politique de tutorat et mettre en place un livret d'accueil contextualisé avec des situations clés et des repères.	• Créer un parcours d'intégration adapté au contexte polynésien (santé, culture, organisation, territoire)
Composer des équipes de soins au service du renouvellement de la vigilance collective située	• Maintenir une majorité d'agents pérennes pour sécuriser l'intégration des nouveaux. • Reconnaître et formaliser le rôle de figure-relais.	• Assurer la diversité des compétences, des profils et des cultures. • Garantir la présence d'agents polynésiens dans chaque équipe.	• Redonner au cadre de santé de proximité un rôle actif dans le recrutement et la durée des affectations. • Construire une politique RH[175] avec les directions pour mieux anticiper le turnover et l'intégrer à la gestion des équipes.

Tableau 37: Recommandations managériales 1 (Auteur)

[175] Ressources humaines

Contributions managériales principales	Court terme	Moyen terme	Long terme
Favoriser une posture managériale hybride en contexte interculturel pour manager la vigilance collective située	• Adopter une posture du veilleur. • Reconnaissance et valoriser les interactions de tous registres.	• Organiser et protéger des espaces de vigilance, où les expériences individuelles sont mises en commun et transformées en apprentissages collectifs.	• Faire du cadre de santé le garant d'une fiabilité adaptée au contexte et d'un management hybride assumé.
Reconnaître la valeur de tous les registres de communication	• Accompagner chaque écrit d'une explication et/ou d'une reformulation orale. • Formaliser à l'écrit les décisions orales ayant un impact durable sur l'organisation et les prises en soins.	• Valoriser ou organiser des temps de partage où oralité, écrit et non-verbal se croisent pour construire un langage commun et accessible.	• Reconnaître tous les registres de communication comme des piliers institutionnels
Manager les espaces de vigilance	• Reconnaître et protéger les espaces informels investis par les agents.	• Valoriser et légitimer les espaces de vigilance reconnus par les équipes.	• Défendre la place des espaces de vigilance comme partie intégrante de la culture organisationnelle.

Tableau 38: Recommandations managériales 2 (Auteur)

La fin du voyage

Notre voyage était motivé et guidé par trois questions : comment les équipes de soins s'adaptent au contexte, en renouvelant la vigilance collective, en quoi le rôle du cadre de santé soutient ce processus, et comment le contexte polynésien influence ces dynamiques. Au terme de ce voyage empirique et théorique, nous accostons sur une île nouvelle et vierge, dont nous supposions l'existence et qui constituait notre cap. C'est ici que nous déposons les savoirs acquis dans cette longue traversée incertaine et que nous racontons ce que les collectifs de soins observés nous ont appris.

Le cas du CHPf a d'abord montré que la vigilance collective n'est ni un état latent, ni une déclinaison de la compétence collective. Elle est un processus vivant, situé, qui se renouvelle en permanence au gré des imprévus et des ressources disponibles. Cinq formes différenciées se sont dégagées : une vigilance collective à bas bruit, pragmatique, adaptative, fragmentée et une vigilance collective réparatrice. Ces formes ne sont pas figées, statiques, elles coexistent, se combinent et se succèdent en fonction des événements et des configurations collectives. Elles démontrent la capacité des équipes de soins à transformer leur attention partagée en fonction des situations.

Nous avons aussi mis en évidence les constellations d'éléments qui soutiennent ou fragilisent le renouvellement de la vigilance collective. Ces constellations associent des éléments relationnels, organisationnels et contextuels (qualité des interactions, stabilité de l'équipe, présence de figures-relais, usage des espaces informels). Le renouvellement de la vigilance collective ne repose jamais sur un élément isolé, mais sur les agencements qui se construisent dans l'action. Le comprendre, c'est analyser des configurations dynamiques où se rencontrent et s'articulent individus, collectifs et contextes.

Dans ce processus, le rôle du cadre de santé apparaît comme une véritable clé de voûte. Plus qu'un gestionnaire, il se situe à l'intersection de plusieurs logiques et agit comme médiateur, traducteur et garant symbolique. Il porte la dimension relationnelle et attentionnelle par ses observations, ses reformulations, sa disponibilité et son attention aux signaux faibles. Il favorise l'apprentissage collectif en valorisant les espaces de mise en commun. Il endosse une responsabilité stratégique invisible en défendant la reconnaissance de la vigilance collective

comme levier organisationnel à part entière. Dans le contexte polynésien, ce rôle est renforcé par des attentes liées aux représentations culturelles de l'autorité et à la mémoire des chefs traditionnels. Son rôle prend alors la forme d'une hybridation managériale, qui conjugue prescriptions et attentes institutionnelles et spécificités polynésiennes.

Ces résultats empiriques prolongent et enrichissent les apports théoriques. Ils montrent que les espaces informels ici qualifiés d'espaces de vigilance, les modes de communication et les représentations culturelles façonnent directement le renouvellement de la vigilance collective. Ils ouvrent ainsi un champ de recherche où la compétence et la vigilance collective apparaissent comme des processus étroitement liés dans des contextes organisationnels et culturels, plutôt que comme de simples propriétés cognitives du groupe.

Ces apports théoriques s'accompagnent de contributions opérationnelles à destination des managers. Cinq axes principaux se dégagent. Penser une politique d'accueil et d'intégration adaptée, fondée sur le compagnonnage et la reconnaissance des spécificités polynésiennes, constitue un levier pour sécuriser les entrées et réactiver la mémoire collective. Composer les équipes de soins en recherchant l'équilibre entre agents pérennes et « sac-à-dos », en valorisant la diversité des profils et en anticipant, autant que possible, les temporalités, permet d'accompagner le renouvellement de la vigilance collective malgré l'instabilité. Adopter une posture managériale hybride, fondée sur la confiance, les comportements prosociaux et les rétroactions, transforme la diversité en ressource et inscrit la vigilance collective dans un apprentissage collectif. Reconnaître la valeur des différents registres de communication (oralité, écrit et non-verbal), prévient les malentendus et contribue à reconstruire un langage commun. Enfin, considérer les espaces informels comme de véritables espaces de vigilance donne corps aux interactions, facilite la socialisation des nouveaux arrivants et inscrit la vigilance collective dans l'ordinaire du travail. Ces recommandations servent de repères pour transformer les observations en orientations d'action. Elles articulent l'analyse théorique et l'expérience de terrain, montrant que le renouvellement de la vigilance collective se cultive par des choix managériaux contextualisés.

Comme toute recherche, ce travail comporte des limites. Sur le plan méthodologique, le cas étudié reste centré sur un nombre restreint de services du CHPf. Le caractère ethnographique de la démarche limite la généralisation des résultats. Les observations se sont déroulées dans un contexte particulier, marqué par notre propre posture au sein de l'établissement. Elles

gagneraient à être confrontées à d'autres structures sanitaires en Polynésie française, mais aussi ailleurs, pour éprouver la robustesse des constellations mises en évidence. Sur le plan conceptuel, la vigilance collective située interroge la possibilité de généralisation. Les formes décrites et le rôle du manager pourraient varier dans d'autres environnements culturels. Les types de vigilances collective appellent à être davantage explorées pour être précisées. La notion d'hybridation managériale mérite d'être davantage précisée et explorée dans d'autres contextes. Enfin, sur le plan pratique, les recommandations impliquent des moyens humains et financiers qui ne sont pas toujours mobilisables. Le compagnonnage, le tutorat, la reconnaissance des espaces de vigilance ou la construction de parcours d'intégration nécessitent une volonté institutionnelle et des ressources durables. Sans cet appui, ces leviers restent fragiles.

Cependant, ces limites ouvrent des perspectives. Elles invitent à élargir l'analyse à d'autres organisations polynésiennes (hôtellerie, administrations, entreprises) où l'instabilité et la multiculturalité influencent également la vie des collectifs. Elles incitent à mettre en regard d'autres contextes internationaux, qu'il s'agisse d'hôpitaux ultramarins ou métropolitains (inscrit dans des régions à fortes identités culturelles) ou encore d'organisations insulaires confrontées à des réalités proches. Elles amènent aussi à interroger les évolutions générationnelles : comment les nouvelles générations, plus mobiles et plus connectées, transforment-elles la vigilance collective ? Elles posent des questions politiques et organisationnelles, quelle place donner à l'intérim, à la standardisation des soins, aux certifications, aux gouvernances importées ? Faut-il continuer à calquer les modèles métropolitains ou à penser des modèles hybrides adaptés aux réalités locales ?

Nous avons accosté sur l'île qui constituait la destination de notre voyage. C'est ici une terre où nous déposons les savoirs collectés pour les rendre disponibles à ceux qui reprendront la mer. Nos observations, nos analyses et nos recommandations dessinent une vigilance collective située, fragile, mais féconde, enracinée dans le quotidien des équipes de soins et dans les pratiques managériales qui les soutiennent. Nous laissons derrière nous un océan parcouru de turbulences et de découvertes. Devant nous s'ouvrent d'autres horizons, d'autres explorations possibles, où ces repères pourront être éprouvés, adaptés, enrichis.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La traversée du *Moana Patitifa*[176] est arrivée à son terme, et comme tout voyage, ce n'est qu'au moment où nous posons les pieds sur la terre ferme que l'on mesure le chemin parcouru et les défis relevés. Notre *va'a*[177] a quitté la terre ferme avec ses incertitudes et ses espoirs, il a franchi le lagon et sa barrière de corail, affronté les houles imprévisibles, glissé aussi sur des eaux paisibles, et s'est laissé porter ou contrer par les vents et les courants. Cette aventure n'a jamais été un itinéraire tracé à l'avance car elle fut une navigation entre des défis invisibles et des découvertes inattendues. En refermant ce manuscrit, il ne s'agit pas seulement de clore un exercice académique mais bien de reconnaître la transformation d'un chercheur, d'un manager et d'un homme durant ces cinq dernières années, emporté par l'expérience que nous avons vécue et par les voix qui nous ont accompagnés.

Nous sommes parti d'une question opérationnelle : comment le cadre de santé prend en compte le phénomène récurrent du turnover pour manager les équipes de soins du Centre hospitalier de la Polynésie française ? Cette question nous a conduit à explorer des rivages différents, ceux de la compétence collective, de la vigilance collective, de la dynamique organisationnelle, des représentations culturelles polynésiennes et des pratiques de soins. À chaque escale, nous avons rapporté des fragments de réponses. Progressivement, un cap s'est dessiné, une cartographie renouvelée de ce que signifie « être vigilants ensemble » dans un contexte où les repères sont sans cesse remis en mouvement.

L'expérience empirique conduite au Centre hospitalier de la Polynésie française a montré que la vigilance collective prolonge la compétence collective, puisqu'elle ne repose ni sur un processus stable ni sur un acquis définitif. Elle se construit, se fragilise et se renouvelle au fil des départs, des arrivées, des recompositions des équipes, dans l'action ordinaire, au gré des interactions quotidiennes marquées par le contexte polynésien. La vigilance collective est une dynamique vivante qui dépend d'équilibres fragiles entre individus, organisation et contexte. Elle se déploie dans la tension permanente entre les règles établies et les ajustements du terrain.

[176] Océan Pacifique en *reo ma'ohi*
[177] Pirogue en *reo ma'ohi*

Au cœur de cette analyse, une évidence s'est imposée. La vigilance collective revêt un caractère situé car lorsqu'elle se renouvelle, elle ne peut être comprise sans tenir compte du contexte polynésien. Les modes de communication, l'importance de l'oralité, la valeur accordée à l'altérité, la reconnaissance des espaces de vigilance, tout cela influence la façon dont les équipes de soins maintiennent une attention distribuée et réactive. Dans ce cadre, le rôle du cadre de santé apparaît comme celui d'un *peperu*[178]. Il maintient l'équilibre du *va'a*[179], en répartissant les forces et les faiblesses, en lisant les signes du ciel et de la mer pour transmettre aux rameurs et maintenir le cap. En Polynésie française, le cadre de santé doit conjuguer la maîtrise des outils d'une organisation hospitalière d'inspiration occidentale avec la compréhension des représentations polynésiennes de la relation et du collectif de soins. De plus, le manager venu de l'extérieur doit apprendre à naviguer dans cet environnement, à reconnaître les courants invisibles qui structurent les interactions, sans perdre pied dans une organisation dont les règles lui paraissent familières. Ce double mouvement d'adaptation constitue l'un des apports de cette recherche. Il s'agit d'observer comment la vigilance collective est influencée par un contexte qui est, dans notre cas interculturel. Elle devient ainsi le lieu d'une hybridation entre logiques institutionnelles et logiques relationnelles. Le renouvellement de la vigilance collective se révèle alors comme un processus situé, sensible aux contextes, et porteur d'enseignements plus larges pour d'autres organisations confrontées à des situations comparables. Tout au long du voyage, des constellations se sont progressivement dessinées. Elles regroupent quatre éléments déterminants : la stabilité des équipes, la qualité des interactions, les espaces de vigilance et la présence d'agents-relais. Ces constellations ne sont pas fixes car elles se recomposent en permanence selon les éléments en jeu. Elles montrent que la vigilance collective ne se décrète pas et ne se standardise pas parce qu'elle est soutenue par des conditions qui favorisent les échanges, la confiance et la reconnaissance mutuelle.

L'apport théorique de ce travail réside aussi dans l'articulation entre compétence collective et vigilance collective. En observant les limites de la première, où le référentiel commun et la mémoire collectives sont fragilisés par le turnover, nous avons montré que la vigilance collective pouvait apparaître comme une réponse attentionnelle, une manière de compenser par la coordination et l'ajustement ce que l'organisation ne parvient pas toujours à stabiliser. Cet éclairage permet de montrer que dans des contextes marqués par l'instabilité et un turnover important et régulier, la compétence collective atteint ses limites. C'est alors la vigilance

[178] Barreur de l'embarcation en *reo ma'ohi*
[179] Pirogue en *reo ma'ohi*

collective qui prend le relais, comme une continuité permettant de maintenir la coordination et la sécurité malgré la fragilité des collectifs de soins.

Sur le plan méthodologique, le choix d'une recherche située pour laquelle nous avons assumé notre posture de cadre de santé/apprenti chercheur, nous a permis d'accéder à des dimensions souvent invisibles des interactions quotidiennes. Loin d'avoir constitué un biais, ce positionnement s'est révélé être un atout. Il a ouvert l'accès aux doutes, aux silences, aux espaces informels, à tout ce qui se joue en marge de l'organisation mais qui reste déterminant pour la qualité et la sécurité des soins. Assumer cette posture réflexive a été exigeant, car il a fallu négocier en permanence entre implication et distanciation, entre la voix du praticien-manager et celle du chercheur. Néanmoins, cette tension permanente a donné de la profondeur à l'analyse et permis de restituer la complexité de la réalité observée.

Les contributions managériales sont multiples. Elles incitent les organisations hospitalières à reconnaître et à soutenir les espaces de vigilance, ces lieux où se tissent les liens, où s'échangent les expériences et où se répare la fragilité des collectifs de soins. Elles mettent également en avant l'importance de trouver un équilibre entre les différents modes de communication, afin que chacun puisse accéder aux informations et aux signaux, les comprendre, les discuter et les confronter. Elles rappellent enfin que le cadre de santé est un acteur central du renouvellement de la vigilance collective, en tant que traducteur du collectif de soins.

Toute recherche comporte ses limites et il est important pour nous de les reconnaître. La première tient à l'ancrage même du terrain. En se centrant sur le CHPf, nous avons travaillé sur un cas singulier, dont la portée doit être discutée avant toute généralisation. La deuxième limite réside dans notre maîtrise imparfaite de l'anglais, qui a restreint notre accès à une partie de la littérature scientifique internationale. La troisième concerne notre posture réflexive, si elle a constitué une richesse, elle a comporté aussi des risques comme de surinterpréter certains phénomènes ou de rester trop proche de l'expérience vécue. Cependant, ces limites ouvrent des perspectives intéressantes. Il serait pertinent d'explorer le phénomène du renouvellement de la vigilance collective dans d'autres contextes organisationnels marqués par un fort turnover ou par une diversité culturelle prononcée, afin de voir si les constellations identifiées au CHPf se retrouvent ailleurs. Il serait également pertinent d'élargir le regard aux directions supports, souvent reléguées à l'arrière-plan alors qu'elles influencent de manière décisive les conditions de travail des soignants et, par conséquent, leur attention. La question de la temporalité de la

vigilance collective mérite aussi d'être approfondie. Les ouvertures concernent enfin les pratiques managériales et les politiques de santé. L'intérim et la mobilité croissante des jeunes professionnels modifie durablement la gestion des équipes de soins, tandis que les procédures de certification renforcent la logique de standardisation. Dans ce contexte, la Polynésie française s'apprête à voter un nouveau statut pour le CHPf. Les effets sur les collectifs de soins, de cette réforme seront déterminants sur la stabilité, la cohésion et la capacité à se projeter dans la durée. La vigilance collective, telle que nous l'avons observée, constituera un indicateur sensible de la manière dont cette transformation institutionnelle sera vécue et intégrée par les équipes. Elle invite également à une lecture anthropologique. En tant que phénomène situé, elle s'ancre dans des représentations culturelles qui orientent les interactions et structurent la façon dont les membres d'une équipe se positionnent dans le collectif de soins. En Polynésie française, explorer la figure du chef transposé à la fonction managériale permettrait de mieux comprendre les logiques interculturelles qui traversent les équipes.

Ce voyage de recherche nous a transformé. Cadre de santé devenu chercheur, praticien resté présent sur le terrain, nous avons appris à naviguer entre ces identités. Cette expérience dépasse la dimension personnelle : elle illustre ce que signifie mener une recherche en sciences de gestion à partir d'une expérience de terrain, en acceptant les incertitudes et les tensions. La recherche n'est pas un chemin balisé mais bien une traversée qui transforme autant qu'elle éclaire. En refermant cette épopée, nous savons que le *va'a*[180] n'accoste jamais définitivement. Il repartira avec d'autres rameurs vers de nouveaux horizons. La vigilance collective, telle que nous l'avons observée, reste une quête fragile et précieuse. Elle invite à demeurer attentif, à cultiver la parole et l'écoute, et à reconnaître la valeur des espaces informels. Dans l'océan des organisations, ce qui fait tenir le collectif n'est pas uniquement la solidité de la pirogue, mais la capacité des rameurs à trouver ensemble le rythme et à maintenir le cap malgré les courants contraires.

[180] Pirogue en *reo ma'ohi*

Bibliographie

Agar, M. (1996). *The professional stranger : An informal introduction to ethnography* (2nd ed). Academic Press.

Audras, F., Bambridge, T., Gaulme, F., d'Iribarne, P., & Torrente, F. (2023). *La République, le Pays et le Tavana : des politiques publiques à l'échelle communale en Polynésie française. Regards socio-anthropologiques* (Études de l'AFD, n° 16). Agence française de développement. https://www.afd.fr/fr/ressources/la-republique-le-pays-et-le-tavana-des-politiques-publiques-lechelle-communale-en-polynesie-francaise-regards-socio-anthropologiques

Barbier, R. (1996). *La recherche action*. Anthropos diff. Economica.

Bargues, É. et Perrot, S. (2016). « Pourquoi n'est-il pas resté ? » Comprendre le processus et les résultats de l'intégration des nouvelles recrues dans les PME. *@GRH*, 20(3), 43-79. https://doi.org/10.3917/grh.163.0043.

Bataille-Chédotel, F. (2001). Compétence collective et performance. *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 40, 66-81.

Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales* (collection « Repères »). La Découverte.

Beton, L., & Bertolucci, M. (2020). Dynamique de déconstruction de la compétence collective. *Revue française de gestion*, N° 290(5), 85-106.

Bijlsma-Frankema, K., de Jong, B., & van de Bunt, G. (2008). Heed, a missing link between trust, monitoring and performance in knowledge intensive teams. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(1), 19-40. https://doi.org/10.1080/09585190701763800

Blumer, H. (1969/1986). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method* (facsimile ed.). University of California Press.

Bonin, F. & Grasser, B (2025). Le performing/patterning, moteur d'évolution des compétences collectives ? Le cas de la gestion forestière en contexte de grands défis. *Management international*, 29(2), 105-115. https://doi.org/10.59876/a-69yg-mfzhf

Bourret, P. (2011). *Prendre soin du travail : Un défi pour les cadres à l'hôpital pour sortir le travail réel de son invisibilité*. S. Arslan.

Brillet, F., Garcia, J.-F., & Montargot, N. (2016). Conditions de réussite d'une politique d'intégration et développement des compétences : Cas d'une entreprise publique en mutation. *Management Avenir*, 88(6), 105-130.

Brion, S. (2000). *Un modèle de vigilance organisationnelle : Le cas des processus de conception de produits industriels* [Phdthesis, Université de Savoie]. https://shs.hal.science/tel-01616640

Brion, S. (2005a). La coordination par la vigilance collective réciproque. *Revue française de gestion,* 154(1), 141-157.

Brion, S. (2005b). Le concept de vigilance Une réponse au dilemme entre rapidité et fiabilité des projets. *Revue française de gestion*, 156(3), 105-128.

Cajaiba, A. P., & Avenier, M.-J. (2013). Recherches collaboratives et constructivisme pragmatique : éclairages pratiques. *Recherches Qualitatives*, 32(2), 201–226. https://doi.org/10.7202/1084628ar

Cavestro, W., Colin, T., & Grasser, B. (2007). *La gestion des compétences à l'épreuve de la compétence collective* (p. 15). Economica. https://shs.hal.science/halshs-00146593

Chédotel, F., & Krohmer, C. (2014). Les règles, leviers de développement d'une compétence collective – deux études de cas. *@GRH*, n° 12(3), 15-38.

Chédotel, F., & Pujol, L. (2009). De la compétence individuelle à la compétence collective : l'influence des processus d'identification sociale et le rôle du manager. In D. Retour, T. Picq, & C. Defélix (Coords.), *Gestion des compétences : nouvelles relations, nouvelles dimensions* (pp. 79–99). Vuibert.

Chedotel, F., & Pujol, L. (2012). L'influence de l'identité sur la compétence collective lors de prises de décisions stratégiques : Le cas de SCOP. *Finance Contrôle Stratégie*, 15-1/2, Article 15-1/2. https://doi.org/10.4000/fcs.121

Chevrier, S. (2003). *Le management interculturel* (Que sais-je ?, n° 2535). Presses universitaires de France.

Colin, T., & Grasser, B. (2009). Des compétences individuelles à la compétence collective : les apports d'une grille de lecture en termes d'apprentissage dans un service d'urgence hospitalier. In Retour, D., Pick, T., Defélix, C. (Coord), *Gestion des compétences : Nouvelles relations, nouvelles dimensions.* (p. 59-78). Vuibert.

Coze, J.-C. L., Perinet, R., & Herchin, N. (2010, septembre 13). *Opérationnalisation de la résilience par l'intermédiaire de la vigilance collective, son appropriation au sein d'une approche interdisciplinaire en sécurité industrielle.* 45. Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française « Fiabilité, Résilience et Adaptation » (SELF 2010). https://ineris.hal.science/ineris-00973595

Czarniawska, B. (2014). Why I think shadowing is the best field technique in management and organization studies. *Qualitative Research in Organizations and Management : An International Journal*, 9(1), 90-93. https://doi.org/10.1108/QROM-02-2014-1198

Defélix, C., Boulaire, M. L., Monties, V., & Picq, T. (2014). La compétence collective dans le contexte de la globalisation du management : Retrouver le lien avec la performance. *@GRH*, 11(2), 31-50.

Denker, K-J., Rausch, K. et Williams, S.E. (2020). Learning through the process : Failure, frustration, and forward movement in autoethnography. In *The Routledge International Handbook of Organizational Autoethnography* (353-365). Routeledge

Denzin & Lincoln (2005). The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 1–32). Sage Publications Ltd.

Detchessahar, M. et Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionnite » *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 98(4), 27-37. https://doi.org/10.3917/geco.098.0027

Dougherty, D., & Takacs, C. H. (2004). Team play. *Long Range Planning*, 37(6), 569-590. https://doi.org/10.1016/j.lrp.2004.09.003

Dubois, M., & Retour, D. (1999). La compétence collective : validation empirique fondée sur les représentations opératoires de travail partagées. *Psychologie du travail et des organisations*, vol. 5(2-1), 225-243.

Dumez, H. (2010). Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion. *Le Libellio d'Aegis*, (6)(4), 3-15.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive* (2e éd). Vuibert.

Dupuich, F. (2011). Emergence of Collective Competencies to a sustainable management. *Gestion 2000*, 28(2), 107-125.

Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory Building From Cases : Opportunities And Challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32. https://doi.org/10.5465/amj.2007.24160888

Faessel, S. (1995). Au confluent de deux cultures : L'île des rêves écrasés de Chantal Spitz. Dans F. Angleviel (Dir.), *Parole, communication et symbole en Océanie* (pp. 233-246). l'Harmattan.

Fayard, A. L., & Weeks, J. (2007). Photocopiers and Water-Coolers: The Affordances of Informal Interaction. *Organization Studies*, 28(5), 605-634. https://doi.org/10.1177/0170840606068328

Fernandez, V. (2020). *L'émergence de la compétence collective en contextes extrêmes. Le cas des équipes de secours en montagne* [Phdthesis, Université Côte d'Azur]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03097362

Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry,* 12(2), 219-245. https://doi.org/10.1177/1077800405284363

Fustier, P. (2012). L'interstitiel et la fabrique de l'équipe. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 14(2), 85-96. https://doi.org/10.3917/nrp.014.0085

Garcia, J.-F. (2016). La transformation des compétences collectives : L'influence d'une politique d'intégration des nouveaux arrivants. *@GRH*, 21(4), 11-45.

Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2018). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : réussir son mémoire ou sa thèse* (3e éd.). Pearson.

Gentil, S. (2025). Equiping Organizational Reliability : Between Organization and Situated Activity, the Contribution of Situational Approaches. *M@n@gement*, 28(1), 53-77. https://doi.org/10.37725/mgmt.2025.8910

Geoffroy, F. (2011). Penser l'informel : non-concept ou méta-concept pour le management ? *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol. XVII(43), 49-62. https://doi.org/10.3917/rips.043.0049

Gilbert, P., & Raulet-Croset, N. (2023). *L'Enquête de Terrain en Management*. EMS. https://hal.science/hal-04226848

Girin, J. (1983). Les situations de gestion. In M.Berry (dir), *Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexe* (p.1-5). Rapport pour le ministère de la Recherche et de la Technologie.

Goody, J., Paulme, D., & Ferroli, P. (1994). *Entre l'oralité et l'écriture*. Presses universitaires de France.

Grand, S. (2007). *Tahu'a, tohunga, kahuna : Le monde polynésien des soins traditionnels*. Au vent des îles éd.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. A. S. (1989), *Fourth Generation Evaluation,* Sage, London

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications.

Guilhon, A., & Trépo, G. (2000). La compétence collective : le chaînon manquant entre la stratégie et la gestion des ressources humaines. *Actes de la 9e Conférence de l'AIMS*, 1-19.

Hae-Ok, P. (2015). Former les managers publics, placés sous le « regard de l'autre », à faire face courageusement Le cas des administrateurs territoriaux. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels* - RIPCO,. XIX(51), 99-115. https://doi.org/10.3917/rips1.051.0099

Hall, E. T. (1976). *Beyond culture*. Anchor Press.

Hall, E. T. (1984). *Le langage silencieux*. Seuil.

Henry, A. (1991). Vers un modèle du management africain. *Cahiers d'études africaines*, 31(124), 447-473. https://doi.org/10.3406/cea.1991.1566

Howard-Grenville, J., Nelson, A., Vough, H., & Zilber, T. B. (2021). Achieving fit and avoiding misfit in qualitative research. *Academy of Management Journal*, 64(5), 1313-1323. https://doi.org/10.5465/amj.2021.4005

Hugon, M., & Seibel, F. (Dir.). (1998). *Recherches impliquées, recherches action : le cas de l'éducation.* De Boeck Université.

Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy* (D. Carr, Trans.). Northwestern University Press. (Original work published 1936)

Hutchins, E. (2006). *Cognition in the wild* (8. pr). MIT Press.

Iedema, R., Long, D., & Carroll, K. (2010). Corridor communication, spatial design and patient safety: Enacting and managing complexities. In A. van Marrewijk & D. Yanow (Eds.), *Organizational spaces: Rematerializing the workaday world* (pp. 41–57). Edward Elgar Publishing.

Iribarne, P. d'. (1989). *La logique de l'honneur : Gestion des entreprises et traditions nationales*. Seuil.

Jönsson, S. & macintosh, N.B. (1997). Cats, rats, and ears: making the case for ethnographic accounting research. Accounting, *Organizations and Society*, vol. 22, n°3-4, p. 367-386

Journé, B. et Raulet-Croset, N. (2008). Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude. *M@n@gement*,. 11(1), 27-55. https://doi.org/10.3917/mana.111.0027

Kamdem, E. et Etogo, G. (2025). Le management hybride des ressources humaines dans un contexte africain. L'apport à l'analyse du concept d'équilibration socio-économique. *Management & Avenir*, 87-103. https://doi.org/10.3917/mav.147.0087

Kammoun, M., & Boutiba, R. (2015). Malgré l'effondrement du sens dans les organisations, échapper à l'emprise comportementale grâce à la résilience : Quelles sources de résilience ? *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. XXI(52), 235-254. https://doi.org/10.3917/rips1.052.0235

Koenig G. (1996b), *Management stratégique. Paradoxes, interactions et apprentissages*, Paris, Nathan.

Koening Robert, 1991. « Avant-propos » in Paul Pétard *Plantes utiles de Polynésie-Ra'au Tahiti* (pp. 5-19). Ed. Haere Po no Tahiti

Krohmer, C. (2005). *Vers le management des compétences collectives : Propositions pour le repérage et la mise en oeuvre : le cas d'une entreprise du secteur de la chimie* [These de doctorat, Université Pierre Mendès France (Grenoble, Isère, France ; 1990-2015)]. https://theses.fr/2005GRE2A001

Langevin, C. (1990). *Tahitiennes : De la tradition à l'intégration culturelle*. l'Harmattan.

Laroche H. (2006) « Karl E. Weick et les managers : advertance et jugement dans l'action managériale », *Les défis du sensemaking en entreprise. Karl E. Weick et les sciences de gestion*, Autissier D., Bensebaa F. (éd.), Economica, Paris, p. 97-110.

Laroche, H. (2020). Observation as photography : A metaphor. *M@n@gement*, 23(3), 79-99. https://doi.org/10.37725/mgmt.v23i3.5513

Le Moigne, J.-L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ».

Le Pontois, S., Duncan, M., & Pelly, R. (2025). « Telle est ma quête, suivre l'étoile » : auto-ethnographie d'une expérience doctorale en management. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur,* n° 41(1), 1-20.

Le Theule, M.-A., & Mourey, D. (2023). Saisir le contrôle en action et en contexte par une approche ethnographique. Dans C. Dambrin & D. Mourey (Éds), *Les grands courants en contrôle de gestion : approches organisationnelles et sociétales du contrôle* (pp. 457-478). Éditions EMS.

Lemaître, Y. (2009). *Lexique du tahitien contemporain : Tahitien-français, français-tahitien*. IRD.

Leplat, J. (2000). Compétences individuelles, compétences collectives. *Psychologie du travail et des organisations*, vol. 6(3-4), 47-73.

Leroy, B. (2020). *La citoyenneté organisationnelle : Levier pour le cadre de santé. Agir sur le bien-être au travail en outre-mer* (Mémoire de master, DIEF CHU Angers). DIEF CHU Angers. https://chuangers.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=45431

Liarte, S. (2022). La recherche qualitative. In *La recherche qualitative* (p. 232-241). EMS Editions. https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2022.02.0232

Mammar El Hadj, S. (2017). *Comprendre le lien entre l'identification et la compétence collective dans un groupe inter-organisationnel : Étude de cas comparative dans le secteur culturel en Bretagne* [Thèse de doctorat, Université Rennes 1]. HAL-TEL. https://hal.science/tel-03958259

March, J. G., Sproull, L. S., & Tamuz, M. (1991). Learning from Samples of One or Fewer. *Organization Science*, 2(1), 1-13.

Meier, O. (2016). *Management interculturel. Stratégie, organisation et performance* (6°éd.). Dunod.

Michaux, V. (2003). *Compétence collective et systèmes d'information : Cinq cas de coordination dans les centres de contacts* [Thèse doctorat]. Université de Nantes.

Mintzberg, H. (2006). *Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre*. Eyrolles/Ed. d'Organisation.

Monconduit, D. (2017). *Anthropologie du silence polynésien : « gémir n'est pas de mise aux Marquises »*. l'Harmattan.

Mourey, D. (2022). Contrôle de gestion et grande consommation : observation participante. Dans B. Pras (Éd.), *La recherche qualitative* (3e éd., pp. 65-92). Vuibert.

Organ, D. W. (1988). *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. Lexington Books.

Pelly, D.R. (2024). Telling the entire story of entrepreneurship: an autoethnography on autoethnography in entrepreneurship. Dans A. Fayolle, S. Le Pontois, R.D.M. Pelly, *Big questions and great answers in Entrepreneurship research* (48-78). Edward Elgar.

Pémartin, D. (1999). *Gérer par les compétences ou comment réussir autrement ?*. EMS (Éditions Management & Société).

Perrow, C. (1984). *Normal accidents : Living with high-risk technologies*. New-York, Basic Books

Peyrat-Guillard, D., & Dufresne, D. (2009). La compétence collective : Une approche par l'analyse de ses traces textuelles. *20ème congrès AGRH*. https://univ-angers.hal.science/hal-03097784

Pichault, F., & Nizet, J. (2013). Le management interculturel comme processus de traduction. Le cas d'une entreprise béninoise. *Management international*, 17(4), 50-57. https://doi.org/10.7202/1020669ar

Pina e Cunha, M., Rego, A., & Kamoche, K. (2009). Bricolage in Organizations: Toward an Epistemology of the Improvised and Improvisational. *Management and Organization Review*, 5(2), 75–95.

Racine, S. (1997). Le silence : valeur ancestrale ou préoccupation sociologique contemporaine ? Dans G. Fève (Dir.), *Polynésie, Polynésiens, hier et aujourd'hui* (pp. 63-76). l'Harmattan.

Renouf, J. (2021). Accompagner la transition liminale d'entrepreneurs avec les rites de passage. *Management & Prospective*, 38(3), 97-117. https://doi.org/10.3917/g2000.383.0097

Retour, D., & Krohmer, C. (2006). La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences. Dans C. Defélix, A. Klarsfeld & E. Oiry (Coord.), *Nouveaux regards sur la gestion des compétences* (pp. 149-183). Vuibert.

Rey, D. (2017). *Management et communication interculturels*. AFNOR Éditions.

Richebé, N. (2007). La fabrique des compétences collectives. Dans W. Cavestro, C. Durieux & S. Montchatre (Éds), *Le travail et la reconnaissance des compétences* (pp. 47-60). Economica.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage Publications.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Sage Publications.

Rigo, B. (1997). *Lieux-dits d'un malentendu culturel : Analyse anthropologique et philosophique du discours occidental sur l'altérité polynésienne*. Au vent des îles éd.

Rouby, É., & Thomas, C. (2014). La construction de compétences collectives en environnement complexe : Une analyse en termes d'attention organisationnelle. *@GRH*, 12(3), 39-74.

Rouleau, L. (2013). L'ethnographie organisationnelle d'hier à demain. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels* (Supplement, HS), 19, 27-43.

Roux-Dufort, C. (2000). Le regard de Karl Weick sur la fiabilité organisationnelle [Texte imprimé] : Implications pour la gestion des crises / Christophe Roux-Dufort,... ; [Publ. Par le] Laboratoire de recherches économiques et sociales EDHEC Université catholique de Lille. In *Le regard de Karl Weick sur la fiabilité organisationnelle : Implications pour la gestion des crises.* Université catholique de Lille.

Roux-Dufort, C. (2003). La construction d'une théorie de la fiabilité organisationnelle. Dans B. Vidaillet (Dir.), *Le sens de l'action* (pp. 139-157). Vuibert / Institut Vidal-Roux.

Ruuska, I., & Teigland, R. (2009). Ensuring project success through collective competence and creative conflict in public–private partnerships – A case study of Bygga Villa, a Swedish triple helix e-government initiative. *International Journal of Project Management*, 27(4), 323-334. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2008.02.007

Ryle, G. (1949). *The concept of mind* (University of Chicago Press ed). Hutchinson & Co. Ltd.

Sandelands, L. E., & Stablein, R. E. (1986). Self-consciousness and bias in social interaction. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 14(2), 239-252. https://doi.org/10.2224/sbp.1986.14.2.239

Saura, B. (1996). Thérapie et religion chrétienne à Tahiti. L'espace du tradipraticien et du prêtre. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, (30), 41–65.

Saura, B. (2011). *Des Tahitiens, des Français : Leurs représentations réciproques aujourd'hui* (2e éd). Au vent des îles éd.

Saura, B. (2021). *Des Tahitiens, des Français*. Au vent des îles.

Schmidt, G., Mourey, D., & Bobadilla, N. (2023). La fabrique des Lejaby : Artistes et ouvrières en lutte Entre mobilizing et organizing, une odyssée spatio-temporelle. M@n@gement, 26(1), 3-34.

Schutz, A. (1987). *Le chercheur et le quotidien : Phénoménologie des sciences sociales* (trad. de l'allemand). Méridiens Klincksieck. (Œuvre originale publiée en 1962)

Shamba, P. B., & Livian, Y. F. (2014, mai). *Le management africain introuvable : Pour une approche de l'hybridité segmentée* [Communication présentée à la 4e conférence ATLAS-AFMI, Marseille, France]. HAL-SHS. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01025783v1

Spender, J.C. (1998). The Dynamics of individual and organizational knowledge. In Eden, C. & Spender, J.C (Eds). *Managerial and organizational cognition: Theory, methods and research*: 13-39. London: Sage.

Spitz, C. T. (2003). *L'île des rêves écrasés*. Au vent des îles éd.

Spry, T. (2001). Performing autoethnography: An embodied methodological praxis. *Qualitative Inquiry*, 7(6), 706-732. https://doi.org/10.1177/107780040100700605

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications.

Taylor, S., & Spicer, A. (2007). Time for space : A narrative review of research on organizational spaces. *International Journal of Management Reviews*, 9(4), 325-346. https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2007.00214.x

Thompson, J. D. (1967). *Organizations in Action : Social Science Bases of Administrative Theory.* McGraw-Hill.

Tomkins, L. (2020). Autoethnography through the prism of Foucault's care of the self. Dans *The Routledge International Handbook Of Organizational Autoethnography* (54-68). Routledge

Turner, V. (1964). Betwixt and between: The liminal period in rites de passage. In J. Helm (Ed.), *Symposium on new approaches to the study of religion: Proceedings of the 1964 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society* (pp. 4–20). American Ethnological Society

Van Maanen, J. (2006). Ethnography then and now. *Qualitative Research in Organizations and Management:* An International Journal, 1(1), 13-21. https://doi.org/10.1108/17465640610666615

Van Maanen, J. (2011). Ethnography as Work : Some Rules of Engagement. *Journal of Management Studies*, 48(1), 218-234. https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2010.00980.x

Vidaillet, B. (2003). *Le sens de l'action. Karl E. Weick : sociopsychologie de l'organisation.* Vuibert.

Von Glasersfeld, E. (2001). The Radical Construcvist View of Science. *Foundations of Science*, 6(1/3), 31-43. https://doi.org/10.1023/A:1011345023932

Weick K. E. (1999c). Sensemaking as an Organizational Dimension of Global Change, in Dutton J. et Cooperrider D. (éds.). *The Human Dimensions of Global Change,* Thousand Oaks, CA, Sage Publications, réimprimé dans Weick (2001b), *Making Sense of the Organization*, Malden, Blackwell Publishers, 458-472.

Weick, K. E (1998b). The Attitude of Wisdom: Ambivalebce as the Optimal Compromise, in Srivastva S. et Cooperrider D.L. (éds.), *Organizational Wisdom and Executive Courage*, San Francisco, CA, Jossey-Bass, réimprimé dans Weick, K. E. (2001b). *Making Sense of the Organization*, Malden, Blackwell Publishers, p. 361-379.

Weick, K. E. (1987b). Organizational Culture as a Source of High Reliability. California *Management Review*, 29(2), 112-127.

Weick, K. E. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations : The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628. https://doi.org/10.2307/2393339

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Sage Publications.

Weick, K. E. (1998a). Improvisation as a Mindset for Organizational Analysis. *Organization Science*, 9(5), 543–555.

Weick, K. E. (1999a). Theory Construction as Disciplined Reflexivity: Tradeoffs in the 90's. *Academy of Management Review*, 24(4), 797-806.

Weick, K. E. (1999b). That's Moving: Therories that Matter. *Journal of Management Inquiry*, 8(2), 134-142.

Weick, K. E. and S. (1999). *Organizing For High Reliability : Processes Of Collective Mindfulness*. http://archive.org/details/organizing-for-high-reliability

Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1993). Collective Mind in Organizations : Heedful Interrelating on Flight Decks. *Administrative Science Quarterly*, 38(3), 357. https://doi.org/10.2307/2393372

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007*). Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty* (2e éd.). Jossey-Bass.

Witte, M. N. (2021). Inspiration for a libidinal cinema: Klossowski, Lyotard, and the tableau vivant. *Journal of Comparative Literature and Aesthetics*, 44(3), 99–106.

Wittorski, R. (1997). *Analyse du travail et production de compétences collectives* (collection Action et Savoir). l'Harmattan.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : Design and methods* (Sixth edition). Sage Publications.

Zumthor, P. (1983). *Introduction à la poésie orale*. Éditions du Seuil.

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the unexpected : assuring high performance in an age of complexity* (1st ed). Jossey-Bass.

Table des images

Image 1: Carte de la Polynésie française 35
Image 2: ministère de la Santé de Polynésie française 44
Image 3: Direction de la Santé 52
Image 4: Le Centre hospitalier de la Polynésie française 52
Image 5: Localisation des hôpitaux de la Direction de la Santé sur le territoire polynésien 53
Image 6: Hôpital colonial de Vaiami 67
Image 7: Hôpital militaire de Jean-Prince 67
Image 8: Centre hospitalier territorial de Mamao 67
Image 9: Interface AS400 82
Image 10: Extraits du journal officiel de la Polynésie française n°13 du 5 mai 1982, portant sur le règlementent intérieur du Centre hospitalier territorial 117
Image 11: Articles de presse « Pénurie de personnel » (Septembre 2022) 121
Image 12: Campagne de recrutement sur les réseaux sociaux 122
Image 13: Extrait du journal Radio 1 du 1er mai 2024 127
Image 14: Extrait du journal de Polynésie 1 du 25 mai 2025 128
Image 15: Extrait du journal de Radio 1 du 27 mai 2024 147
Image 16: Extrait du journal Tahiti Infos du 27 mai 2024 148
Image 17: Extrait du journal Tahiti Infos du 28 mai 2024 148
Image 18: Extrait du journal Tahiti Infos du 28 mai 2024 149
Image 19: Procédure de gestion des stupéfiants 264
Image 20: Feuilles de traçabilité des stupéfiants 265
Image 21: Plan du bloc opératoire central 272
Image 22: Charte du bloc opératoire du CHPf 274
Image 23: Commentaires relatifs à la déclaration d'événement indésirable au bloc opératoire 280
Image 24: Attestation médicale de retour et procédure EVASAN 293
Image 25: Extrait du classeur de procédures informelles de la gestion de la crise COVID-19 300

Table des tableaux

Tableau 1: Comparatif entre le système métropolitain et polynésien (Auteur) 46
Tableau 2: Les organes consultatifs du CHPf (Auteur) 72
Tableau 3: Récapitulatif du guide de Gestion du Temps de Travail (Auteur) 79
Tableau 4: Synthèse des motifs de recrutement extrait de la Circulaire 5581/PR/CM du 3 août 2023 (Auteur) 90
Tableau 5: Profil des professionnels « sac-à-dos » (Auteur) 95
Tableau 6: Ce que viennent chercher les professionnels « sac-à-dos » en Polynésie française (Auteur) 96
Tableau 7: Les avantages (Auteur) 97
Tableau 8: Investissement au travail des professionnels « sac-à-dos » (Auteur) 98
Tableau 9: Des attitudes de partages et d'entraide (Auteur) 99
Tableau 10: Expériences professionnels des agents « sac-à-dos » (Auteur) 105
Tableau 11: Comparatif de la profession de cadre de santé avant et après l'arrêté de 1995 (Auteur) 114
Tableau 12: Conception de la maladie en Polynésie française (Auteur) 143
Tableau 13: Éléments constitutifs de la compétence collective (Auteur) 163
Tableau 14: Facteurs influençant l'émergence de la compétence collective (Auteur) 169
Tableau 15: Synthèse de la revue de littérature (Auteur) 187
Tableau 16: Facteurs d'émergence de la vigilance collective (Auteur) 192
Tableau 17: Comparatif conceptuel de la compétence collective et de la vigilance collective (Auteur) 202
Tableau 18: Les courants constructivistes (Auteur) 215
Tableau 19: Argumentaire du choix des cadres de santé choisis (Auteur) 228
Tableau 20: Les 15 situations emblématiques initialement retenues (Auteur) 236
Tableau 21: Postures épistémologique et méthodologiques choisies (Auteur) 240
Tableau 22: Ressources secondaires de données (Auteur) 240
Tableau 23: Conséquence du cas X (Auteur) 247
Tableau 24: Conséquences du cas I (Auteur) 252
Tableau 25: Répartition des effectifs en MDI (Auteur) 256
Tableau 26: Extrait de la déclaration d'événement indésirable MDI 260
Tableau 27: Conséquences de l'erreur d'annonce d'un décès (Auteur) 261
Tableau 28: Conséquences des erreurs de traçabilité (Auteur) 269

Tableau 29: Effectifs du bloc opératoire central (Auteur) 275
Tableau 30: Déclaration d'un événement indésirable au bloc opératoire 279
Tableau 31: Conséquences de l'erreur médicamenteuse (Auteur) 284
Tableau 32: Conséquences du cas Reao (Auteur) 295
Tableau 33: Conséquences relatives à la situation (Auteur) 303
Tableau 34: Les éléments individuels et interactionnels (Auteur) 318
Tableau 35: Les éléments organisationnels (Auteur) 332
Tableau 36: Les éléments contextuels (Auteur) 339
Tableau 37: Recommandations managériales 1 (Auteur) 400
Tableau 38: Recommandations managériales 2 (Auteur) 401

Tables des figures

Figure 1: Synthèse de la Caisse de Prévoyance Sociale (Auteur) 49
Figure 2: Organigramme du système de santé polynésien (Auteur) 58
Figure 3: Statuts des agents présents dans l'administration polynésienne (Auteur) 63
Figure 4: Organes du CHPf (Auteur) 73
Figure 5: Organigramme du Centre hospitalier de la Polynésie française (2022) 76
Figure 6: Ligne hiérarchique paramédicale dans les hôpitaux métropolitains (Auteur) 116
Figure 7: Ligne hiérarchique paramédicale au CHPf (Auteur) 116
Figure 8: Synthèse de l'opérationnalité de la compétence collective (Auteur) 175
Figure 9: Opérationnalité de la vigilance collective (Auteur) 196

Tables des photos

Photo 1: Exemple de travail analytique à partir des carnets de bord 224
Photo 2: Extraits de carnet de bord 225
Photo 3: Travail d'analyse des situations 233
Photo 4: *Headworking* 234
Photo 5: Open-Space de CHA 251
Photo 6: Service de MDI 255
Photo 7: Service de chirurgie viscérale (CHV) 267
Photo 8: Couloirs du bloc opératoire central 285
Photo 9: Configuration des salles de repos (à gauche « polynésienne », à droite « popa'ā », en bas le couloir de séparation 288
Photo 10: La Dexaméthasone 302
Photo 11: Visite médicale dans le couloir avec l'ordinateur mobile 327

ANNEXES

Annexe I

Trame entretien « sac-à-dos »

MODALITÉS :

- Entretiens semi-directifs, individuels
- Échantillon : agents en CDD, avec une arrivée au CHPF inférieure à 3 semaines

- saisir les ressentis « à chaud »
- saisir les premières impressions, sans analyse de la part de l'interviewé.

- Avec autorisation d'enregistrement
- Anonymat garanti
- Prise de notes durant l'entretien
- Téléphone éteint, dans un bureau isolé au calme et confortable.

BUT : S'entretenir avec les professionnels « sac-à-dos » pour recueillir leur rapport d'étonnement sur nos organisations.

DÉROULEMENT :

- Introduction : présentation de mon parcours, de la démarche, anonymat, autorisation d'enregistrer.
- Entretien : Échange autour des questions suivantes et prise de notes (recueillir le non verbal)
- Conclusion : Notifier la fin de l'entretien, remercier, éteindre l'enregistrement lors de la sortie de la salle.

QUESTIONS :

QUESTIONS	**OBJECTIFS**
Parle-moi de ton parcours professionnel et ce qui t'a amené à travailler en Polynésie (Âge, origine, ancienneté dans la profession, combien de temps prévu en PF)	• Établir un profil des professionnels « sac-à-dos » • Recenser leurs motivations à venir exercer
Quelles sont tes impressions sur le CHPF par rapport à ton établissement précédant ?	• Recueillir les ressenties sur le CHPF et son organisation. • Recueillir les spécificités polynésiennes qui interpellent le nouvel arrivant.
Quelles sont tes impressions concernant le fonctionnement du service ?	• Recueillir les spécificités polynésiennes qui interpellent le nouvel arrivant. • Identifier des pistes d'exploration théorique possibles
Comment as-tu vécu ton intégration au sein de l'équipe ? Comment vis-tu ta prise de poste ? <u>Si positif</u> : qu'est-ce qui t'as aidé ? <u>Si difficultés</u> : qu'est-ce qui a été mis en place ? Comment ont-elles été surmontées ?	• Identifier les atouts et les freins dans l'intégration des « sac-à-dos » • Identifier ce que les pérennes mettent en place pour aider l'intégration et la prise de poste.
Comment décris-tu les relations avec les autres membres de l'équipe en place ? Le fait d'être là temporairement change quelque chose, et quoi – peut-être en dernière question	• Apprécier la qualité des relations entre « sac-à-dos » et pérennes

N°	Date de réalisation	Commentaire
1	21 septembre 2021	
2	22 septembre 2021	
3	23 septembre 2021	
4	5 novembre 2021	
5	10 novembre 2021	
6	19 novembre 2021	
7	19 novembre 2021	
8	22 novembre 2021	
9	30 novembre 2021	
10	14 décembre 2021	
11	26 décembre 2021	Non exploitable, mauvaise qualité audio
12	31 décembre 2021	
13	12 janvier 2022	
14	24 janvier 2022	
15	3 février 2022	
16	10 février 2022	Non exploitable, mauvaise qualité audio
17	28 février 2022	
18	1er mars 2022	
19	1er mars 2022	

Trame d'entretiens

- à destination de la Directrice générale des ressources humaines de la fonction publique de la Polynésie française et de la Directrice des ressources humaines du Centre hospitalier de la Polynésie française.
- Entretiens semi-directifs

	Questions
1	Expliquez-nous l'historique de la fonction publique territoriale ?
2	Un concours d'intégration a eu lieu (chez les personnels non médicaux) • Quelles sont les conséquences pour l'administration ? le CHPf ? et les équipes de soins ?
3	En quoi le système impacte le turnover des équipes ?
4	Quelles solutions (réflexions) pour quels objectifs ?
5	Critiques du système : ces points forts et ses points faibles
6	Le système est l'héritage du système métropolitain. En quoi et comment il s'est océanisé ?

Entretien Directrice des ressources humaines du Centre hospitalier de la Polynésie française.	30 novembre 2022
Entretien Directrice générale des ressources humaines de la fonction publique territoriale	21 décembre 2022

Trame d'entretien

- Auprès de la responsale du pôle formation du Centre hospitalier de la Polynésie française.
- Entretien semi-directif.
- Entretien réalisé le 6 décembre 2022

	Questions
1	Expliquez-nous les principes de la promotion professionnelle ? (+ formation continue)
2	Quels impactent sur les équipes de soins ? (turnover)
3	Quelle est la stratégie pour la pérennisation des équipes ? et la qualité des soins ?
4	Que pensez-vous de la politique d'océanisation des cadres ? Pourquoi ne pas upgrader le plus de monde ?

Annexe II

Date session de *shadowing*	Lieu	
20 juillet 2022	NPH : Hospitalisation de néphrologie	
2 août 2022	PED : Pédiatrie	
15 décembre 2022	CHV : Chirurgie viscérale, urologie, vasculaire thoracique	La gestion des stupéfiants Scènes de service (9.1.2.3)
12 janvier 2023	MDI : Médecine Interne HTO : Hématologie	
26 janvier 2023	CAR : Cardiologie	
27 février 2023	HEM : Hémodialyse	

GRILLE D'OBSERVATION

ENVIRONNEMENT :	
1. Espaces et temps d'échange :	
○ Formels	
○ Informels	
2. Type de management :	
○ Projet/Participatif/Collaboratif /Directionnel/Situationnel	
○ Politique QVT/Bien-être au travail	
○ Bienveillant/Confiant/Autonomie/Écoute	
○ Droit à l'erreur	

○ Règles individuelles et organisationnelles	
3. Comportements intra-groupe : (comportement positifs et négatifs dans l'émergence de la compétence collective : vigilance)	
○ Entraide/esprit d'équipe/vertus civique	
○ Partage d'expérience	
○ Type de communication	
○ Conflit et gestion	
DESIGN DE L'ÉQUIPE :	
1. Comment sont constitués les équipes ?	

2. Les règles individuelles et organisationnelles sont-elles clairement définies ? (Organisation, procédures, contrôle, objectifs…)	
3. Politique de recrutement :	
○ Comment se déroule le recrutement ? Qui recrute ?	
○ Quels sont les critères de recrutements, qui les établies ?	
○ Diversité des profils	
○ Diversité des compétences individuelles	

POLITIQUE D'INTÉGRATION :	
1. Outils :	
○ Internes au service	
○ Institutionnels	
2. Actions managériales :	
○ Préparation de l'accueil	
○ Période de doublage (comment ? quand ? durée ? par qui ?)	
Actions informelles interne au collectif	
3. Formations d'intégration	

○ Formelles : internes et institutionnelles	
○ Informelles	
RESSENTIS	

Annexe III

objet :identitovigilance

famille prévenue du décès de leur parent hospitalisé en MDI mais non décédé

inversion des dossiers médicaux/paramédicaux lors de l'appel à la famille

version IDE:

patient retrouvé sans vie par l'IDE vers 2h du matin

appel de l'IDG de médecine à 2h10 pour qu'elle vienne constater le décès, en attendant la venue de l'IDG l'IDE fait un ECG selon la procédure

l'IDG constate le décès, l'IDE oriente cette dernière vers le bureau médical où se trouve les dossiers patients, pendant ce temps l'IDE procède avec l'AS a la toilette mortuaire dans la chambre du patient.

l'IDG passe ses appels à la famille et reste dans le service sur demande de l'autre IDE en difficulté avec un autre patient.

après cela, les IDE et IDG discutent du patient décédé, l'IDG dira a l'IDE que la famille semblait très étonnée du décès,

Suite a mon investigation sur ce sujet, je joins l'IDE qui me fera part que cette dernière données l'étonne car elle avait bien eu la transmission soignante que la famille était informée de l'état précaire du patient et des risques de décès. Mais IDE du pool, ne faisant qu'une nuit de remplacement en MDI, elle n'avait pas plus relevé que ça.

analyse selon ALARM

fact lié au patient:

patient 1 (décédé) évolution défavorable de sa maladie ayant entrainé le décès, famille non présente au moment du DC

patient 2: patient non moribond, admis depuis 24h dans le service au moment de l'évènement

fact lié au personnel: IDE du pool médecine 1, habituée a remplacer en MDI, connait les procédures du services et de l'établissement et les a appliqué cette nuit la pour le décès (appel IDG/ECG/Soins)

fact lié a l'équipe: 2 IDE du pool en MDI cette nuit là mais pas de difficultés de connaissances pour ces 2 soignantes habituées a travailler en MDI/transmissions d'équipe faites le soir avec IDE de jour/ transmissions écrites vues

fact lié aux tache: connait les procédures et les applique/connait les taches soignantes et l'organisation du service pas de difficulté ressentie

conditions de travail: dossiers de soins se trouvent dans les chariots dans le bureau médical, les 2 dossiers sont côte a coté (chambre 3095 et 3097) (pas de ch3096). pas de connaissance par IDE de savoir si les dossiers étaient dans leur (bon) emplacement ou sortis sur un bureau quand l'IDG est venue (l'ide se trouvant dans la chambre du patient décédé pour la toilette)

fact lié au management et organisation: bonne collaboration cadre/IDE/pool/médecin

fact lié au contexte institutionnel: ras

Annexe IV

Description de l'événement

Ce vendredi 10 décembre, 7 patients sont programmés en ophtalmologie : 5 patients pour une chirurgie de cataracte et 2 patients pour une IVT.

L'équipe d'IDE est composée de deux nouvelles personnes en ophtalmologie [redacted] qui était infirmier de bloc dans un centre privé d'ophtalmie à Nantes et [redacted] spécialisée en orthopédie et qui n'a jamais fait d'ophtalmologie. [redacted] a pas instrumenté de chirurgie depuis son arrivée au bloc récente. Ce matin, il s'est habillé pour instrumenter chaque chirurgie et [redacted] préparait le matériel, sans avoir été formée avant.

En fin de chirurgie de cataracte du premier patient, il est apparu un oedème de cornée, se traduisant par une opacification de cornée qui est normalement transparente. Cette complication est rare, la cause la plus fréquente est l'utilisation d'ultrasons de manière importante chez un patient ayant une cornée pathologique (cornea guttata). Or, cette pathologie n'avait pas été notée à l'examen clinique pré opératoire, et le temps ultrasons a été bref pendant la chirurgie. Le matériel utilisé à été vérifié (coloration au bleu, gel de xylocaine) et ne comportait pas d'erreur à première vue.

Lors de la deuxième chirurgie, un oedème de cornée majeur est apparu en quelques secondes lors de l'injection d'Aprokam (geste réalisé à la fin de la chirurgie). La chambre antérieur de l'oeil a immédiatement été rincée par du BSS. Après une nouvelle enquête, il s'est avéré que l'aprokam a été préparé par une dilution de 5cc de chlorure de sodium 20% et non pas avec du chlorure de sodium 0.9%. Le cahier de préparation de matériel ne précisait pas quelle était la dilution du NaCl à utiliser pour la préparation d'Aprokam.

Les deux patients ont été examinés en post opératoire immédiat : la première patiente présentait une hypertonie oculaire et un oedème de cornée et a du être hospitalisée pour un traitement hypotonisant IV en urgence et des injections sous conjonctivales de Celestene quotidienne. Le deuxième présentait un oedème de cornée sans hypertonie. Un oedème de cornée toxique peut responsable d'une perte visuelle nécessitant une greffe endothéliale. Cette chirurgie n'est pas pratiquée sur le territoire et nécessite un Evassan en métropole.

Cette erreur de préparation de matériel nous amène à repenser l'organisation du bloc opératoire. 2 IDE nouveaux au bloc ne peuvent assurer le travail d'une matinée de chirurgie sans formation préalable ([redacted] n'a eu aucune formation et [redacted] n'avait pas encore instrumenté une chirurgie de cataracte) ni sans séniorisation par une personne compétente.

Depuis le reprise du bloc programmé, il y a eu plusieurs jours où la personne en formation était seule avec une personne spécialisée en ophtalmo. Celle-ci étant habillée en stérile, elle n'a ni les moyens ni le temps de lui apprendre quoi que ce soit sur notre spécialité. Les matinés opératoires d'ophtalmologie ont un rythme soutenu, les chirurgies sont rapides et il y a en plus de la salle 10, des patients à préparer pour les IVT dans une deuxième salle. Deux aides opératoires formées en ophtalmologie sont un minimum et si une personne est en cours de formation, elle devrait être comptée en plus.

[redacted] 1 destinataire(s) 14 déc. 2021 15:13

Bonjour à tous,

[redacted] l'avait appelé à la pharmacie pour m'informer des effets secondaires qu'elle avait eu lors de ces injections d'Aprokam. Pendant notre appel, elle a eu l'info que les flacons n'avaient pas été reconstitués correctement.
Nous avons de suite vérifié avec les préparatrices référentes du bloc : les ampoules de NaCl 0.9% et les ampoules de NaCl 20% ne sont pas rangés dans les mêmes armoires de stockage au BOC, et les références n'étaient pas mélangées dans ces emplacements.

La dotation des ampoules de NaCl 20% est-elle indispensable ? Est ce que beaucoup de protocoles au BOC en utilisent ?
On peut également revoir la disposition des emplacements et placer des étiquettes de mise en garde pour les solutés hypertoniques et les regrouper dans un tiroir dédié par exemple.

[redacted] 15 déc. 2021 09:22

A priori, les ampoules NaCl20% sont rangées dans la même armoire que le flacon d'Aprokam et ça peut être une source d'erreur. Revoir les emplacements et mettre des étiquettes de mise en garde me semblent être une bonne idée.

[redacted] 15 déc. 2021 11:58

Après avoir revu les faits, il a été constaté que le sérum hypertonique à 20% était rangé dans un tiroir sous les médicaments d'ophtalmologie et juste en dessous du tiroir de L'APROKAM (qui se prepare dilue avec du serum Physiologique), de plus, il est marqué NACL 20% avec des étiquettes rouge comme tout le reste des médicaments d'ophtalmologie.
Ce rangement a été modifié, le tiroir déplacé plus bas et le sérum 20% emballé dans un sachet.
Il serait judicieux que les produits d'anesthésie ne soient pas rangés avec les médicaments utilisés en chirurgie.
De plus les solutés dangereux sont supposés être rangés à part dans les postes de soin, il devrait en être de même dans la pharmacie du bloc.
Plus largement, un groupe de travail est en cours de constitution afin de revoir et proposer des rangements de pharmacie plus ergonomique pour les utilisateurs.

Annexe V

Situations	Vie de service	Organisation	Soins/Patient	Stratégie + Impact sur l'ensemble
Journal de bord 1 du 25 février au 15 septembre 2021				
25 février 2021			X	
26 février 2021		X		
1er mars 2021	X	X		
2 mars 2021				X
3 mars 2021 : Une « sac-à-dos » en CHA			X	
4 mars 2021	X			
8 mars 2021		X		
9 mars 2021		X	X	
10 mars 2021	X	X		X
11 mars 2021	X			X
12 mars 2021	X	X		
15 mars 2021	X	X		
16 mars 2021	X			X
17 mars 2021	X	X		
19 mars 2021		X		
22 mars 2021	X			
23 mars 2021 : Le cas I	X			
24 mars 2021 : Le cas I				X
25 mars 2021	X	X	X	
26 mars 2021	X	X		
27 mars 2021 : Le cas I	X	X		X

Situations	Vie de service	Organisation	Soins/Patient	Stratégie + Impact sur l'ensemble
30 mars 2021 : Le cas I	X	X		
31 mars 2021		X		X
1er avril 2021	X	X		X
6 avril 2021	X	X	X	X
7 avril 2021	X			X
8 avril 2021 : Le cas I	X	X		
9 avril 2021 : Le cas I	X			X
12 avril 2021		X		
13 avril 2021	X			
14 avril 2021	X	X		
15 avril 2021	X			
16 avril 2021		X		
19 avril 2021	X	X		
20 avril 2021	X	X		
21 avril 2021		X		
22 avril 2021		X		
23 avril 2021 : Le cas I	X	X		
3 mai 2021	X	X		
4 mai 2021	X	X		
5 mai 2021				
6 mai 2021	X	X		
7 mai 2021		X		
10 mai 2021		X		
11 mai 2021		X		
25 mai 2021	X			
26 mai 2021	X	X		X

Situations	Vie de service	Organisation	Soins/Patient	Stratégie + Impact sur l'ensemble
27 mai 2021	X			
31 mai 2021	X	X		X
1er juin 2021	X	X		
2 juin 2021		X		
3 juin 2021		X		
4 juin 2021	X			X
7 juin 2021		X	X	
8 juin 2021	X			
9 juin 2021	X			X
9 juin 2021	X			X
10 juin 2021	X			X
14 juin 2021	X	X		
15 juin 2021		X		
16 juin 2021				
Situation 1		X	X	
Situation 2		X	X	
17 juin 2021	X	X		
18 juin 2021				
Situation 1		X	X	
Situation 2		X	X	
19 juin 2021 : Le cas Reao		X	X	X
21 juin 2021				
Situation 1	X			
Situation 2		X	X	
Situation 3		X	X	
23 juin 2021		X	X	
24 juin 2021		X	X	
28 juin 2021	X	X		
30 juin 2021	X	X		

Situations	Vie de service	Organisation	Soins/Patient	Stratégie + Impact sur l'ensemble
1er juillet 2021				
Situation 1		X	X	
Situation 2		X	X	
2 juillet 2021	X	X	X	X
5 juillet 2021	X	X		
6 juillet 2021 : Scène de service (9.2.3)		X		
7 juillet 2021 : Le cas des lits mobiles		X	X	
15 juillet 2021		X	X	
16 juillet 2021				
Situation 1		X		
Situation 2		X	X	
23 juillet 2021				
Situation 1		X	X	
Situation 2			X	
27 juillet 2021				
Situation 1			X	
Situation 2		X	X	
28 juillet 2021				
Situation 1 : L'absence de transmission			X	
Situation 2			X	
29 juillet 2021				
Situation 1 : Une histoire de tampon		X	X	X
Situation 2		X	X	

Situations	Vie de service	Organisation	Soins/Patient	Stratégie + Impact sur l'ensemble
2 août 2021				
Situation 1		X	X	
Situation 2		X		
4 août 2021		X		
6 août 2021				
Contexte	X	X		
Situation 1			X	
Situation 2		X		
Situation 3		X		
Semaine du 9 au 15 août 2021				
Situation 1		X	X	
Situation 2		X	X	
Situation 3		X		
17 août 2021 : Travailler ensemble dans la crise		X	X	
18 août 2021		X	X	
19 août 2021		X	X	
20 août 2021 : Travailler ensemble dans la crise		X	X	
30 août 2021		X	X	
31 août 2021 : Travailler ensemble dans la crise	X	X		

Situations	Vie de service	Organisation	Soins/Patient	Stratégie + Impact sur l'ensemble
1er septembre 2021				
Situation 1 : Scène de service (9.1.1.3)		X	X	
Situation 2 : Scène de service (9.1.1.1)	X	X	X	
3 septembre 2021		X		
6 septembre 2021	X	X		
7 septembre 2021				
Situation 1		X		
Situation 2		X	X	
8 septembre 2021				
Situation 1			X	
Situation 2	X			
Situation 3		X		
10 septembre 2021 : Scène de service (9.1.2.1)	X			
12 septembre 2021			X	
15 septembre 2021				
Situation 1		X		
Situation 2			X	
Journal de bord 2 du 16 septembre 2021 au 31 octobre 2022				
16 septembre 2021		X		
27 septembre 2021				
Situation 1		X		
Situation 2		X	X	

Situations	Vie de service	Organisation	Soins/Patient	Stratégie + Impact sur l'ensemble
1er octobre 2021				
Contexte		X	X	
Situation 1			X	
Situation 2			X	
16 novembre 2021		X		
20-21novembre 2021		X	X	
1er décembre 2021		X		
1er décembre 2021		X		
Décembre 2021	X	X		
4 décembre 2021	X		X	
7 décembre 2021		X	X	X
8 février 2022		X		X
10 février 2022 : Un transfert raté		X	X	
28 mars 2022	X			
11 avril 2022	X	X		
12 avril 2022	X			
13 avril 2022	X	X		
14 avril 2022	X	X		
19 avril 2022	X	X		
20 avril 2022	X	X		
25 avril 2022	X			
26 avril 2022 : Le cas X	X	X		
27 avril 2022 : Le cas X	X		X	
28 avril 2022	X	X		
29 avril 2022	X			
2 mai 2022 : Le cas X	X	X		

Situations	Vie de service	Organisation	Soins/Patient	Stratégie + Impact sur l'ensemble
3 mai 2022	X	X	X	
9 mai 2022	X	X		
25 mai 2022 : Scène de service (3.2.3)	X			
Situation RH	X			
Situation RH (2)	X			
8 juillet 2022	X	X	X	
Du 16 au 19 août 2022	X	X		
Du 22 au 28 août 2022	X	X	X	
Du 29 août au 2 septembre 2022	X	X		X
Du 5 au 11 septembre 2022 : - Scène de service (8.3.1)				
Du 12 au 18 septembre 2022 : - Scène de service au bloc opératoire (8.3.1)				
Du 19 au 25 septembre 2022 : - Guerre d'égo au bloc				
Semaine du 26 septembre au 2 octobre 2022				