

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



*Accompagner et construire:
Du changement
à une identité d'équipe.*

Mémoire

Sonia NORDEY

2011-2012

DCS@11-12

Remerciements

Merci à toute l'équipe qui m'a accompagnée dans la construction de ce travail.

Mes premiers remerciements s'adressent à Laurence CHAMBRAUD, directrice de mon mémoire qui, par sa patience et ses remarques constructives m'a permis de mener à bien ce travail.

Merci aux cadres et aux équipes qui m'ont donné l'opportunité de produire un travail riche de leurs compétences professionnelles et de leur esprit réflexif.

Je tiens également à remercier l'ensemble des étudiants et des personnes de l'équipe de l'IFCS de Montsouris ainsi que mes collègues et amis. Ma réflexion et mes recherches ont pu être orientées grâce à nos échanges même ponctuels.

Une pensée particulière à mon compagnon de route Jérôme; pour son amitié, son soutien et ses encouragements de chaque instant.

Aucun mot ne pourra exprimer ce que j'ai ressenti de la part de toute ma famille qui m'a accompagnée dans tous les instants cette année. Alors un simple, grand et profond MERCI à Guillaume, Malia, Maryvonne ...

Sommaire

Glossaire	3
Introduction.....	4
1 De mon expérience à la question de départ.	5
1.1 Le contexte du service	5
1.2 Mes débuts dans la fonction de cadre.....	6
1.3 Constat de départ	7
1.4 Le questionnement de départ.....	9
2 Du cadre conceptuel à la question de recherche.....	11
2.1 L'équipe.....	11
2.1.1 L'équipe de soins	12
2.1.2 Une organisation propre au sein de l'institution.....	12
2.1.3 Un groupe d'individus qui travaillent ensemble	13
2.1.4 De l'identité individuelle à l'identité groupale.....	14
2.1.5 De l'identité groupale à la cohésion d'équipe.	16
2.2 Le changement.....	18
2.2.1 Le contexte sanitaire en mouvement :	18
2.2.2 Les enjeux du changement	20
2.2.3 La dynamique de changement.....	22
2.3 Le management	26
2.3.1 Du cadre de santé au manager	26
2.3.2 Différentes approches managériales.....	27
2.3.3 Le manager en établissement de soins.....	29
2.3.4 Le cadre de santé auprès de l'équipe.....	31
2.3.5 La communication : un outil du management	32
3 Problématique et hypothèses.....	35
4 Méthodologie de la recherche.....	37
4.1 Des entretiens semi-directifs auprès des cadres de proximité	37

4.1.1	Objectifs attendus	37
4.1.2	Construction des guides d'entretien	37
4.1.3	Tests et modifications.....	37
4.2	Des questionnaires auprès des équipes.....	38
4.2.1	Objectifs attendus.....	38
4.2.2	Construction des questionnaires.....	38
4.2.3	Tests et modifications.....	38
4.3	La phase d'exploration des données.....	39
5	L'analyse des données.....	41
5.1	L'analyse des entretiens.....	41
5.1.1	Comment est vécu le changement ?	42
5.1.2	L'accompagnement du changement.....	45
5.1.3	Sentiments d'appartenance de l'équipe.....	48
5.1.4	La construction identitaire de l'équipe.....	51
5.2	L'analyse des questionnaires.....	56
6	Synthèse des résultats.....	72
6.1	Comment est vécu le changement ?.....	72
6.1.1	L'utilité du changement.....	72
6.1.2	Le ressenti du changement	73
6.2	Comment est accompagné le changement ?.....	73
6.2.1	L'accompagnement institutionnel.....	73
6.2.2	L'accompagnement par les cadres	74
6.2.3	Sur quel socle l'appartenance de l'équipe repose-t-elle ?	75
7	Analyse critique.....	77
7.1	Revue des hypothèses.....	77
7.2	Perspectives professionnelles.....	78
	Conclusion.....	80
	Bibliographie.....	82
	ANNEXES.....	

Glossaire

AFNOR: Association Française de NORmalisation.

ARS: Agence Régionale de Santé.

AS: Aide Soignant(e).

ASH: Agent de Service Hospitalier.

CDS : Cadre De Santé.

CH : Centre Hospitalier.

DGOS: Direction Générale de l'Offre de Soins.

ETP Education Thérapeutique du Patient.

F-F : Faisant-Fonction.

FPH : Fonction Publique Hospitalière.

HAS: Haute Autorité de Santé.

HDJ : Hôpital De Jour.

HDS : Hôpital De Semaine.

HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoires.

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat.

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé.

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques.

UF : Unités Fonctionnelles.

USP : Unité de Soins Palliatifs.

Introduction

Dans le prolongement des différents textes législatifs et notamment la Nouvelle Gouvernance, les acteurs des établissements de soins vivent depuis quelques années des restructurations institutionnelles qui induisent des modifications structurelles des services de soins ainsi que de nouvelles orientations de prise en charge des patients.

Dans ce contexte en mouvement, les cadres de santé encadrent et accompagnent les équipes lors de nombreux changements et il s'avère que la mise en œuvre de cet accompagnement est parfois complexe.

En effet, les structures de services de soins sont parfois modifiées conduisant les soignants à devoir faire face à des réorganisations d'équipe.

Ayant exercé en tant que faisant fonction cadre de santé dans des unités de cancérologie j'ai de ce fait moi-même vécu de nombreux changements. Il m'a été donné l'opportunité d'encadrer deux équipes rassemblées sur un service unique. Cette première expérience m'a amenée à me questionner sur le vécu et le ressenti des agents lorsque interviennent ces bouleversements.

L'année passée en institut de formation de cadres de santé (IFCS) m'a permis de prendre du recul sur cette nouvelle réalité du métier et sur le rôle de cadre auprès des équipes en restructuration. De nombreuses questions se sont imposées alors:

Comment accompagner des agents après une phase de changement ?

Comment le cadre de santé va réussir à manager deux équipes réunies suite à une restructuration ?

Comment les accompagner vers une identité commune ?

Cette année en IFCS se finalise par la présentation d'un mémoire de recherche. Nous allons présenter le contexte de la situation ainsi que les cheminements vers l'axe de réflexion. Dans un second temps, nous aborderons les concepts mis en avant ainsi que la démarche de recherches poursuivies. Nous aboutirons enfin à une analyse et une réflexion concernant le management du cadre de santé.

1 De mon expérience à la question de départ.

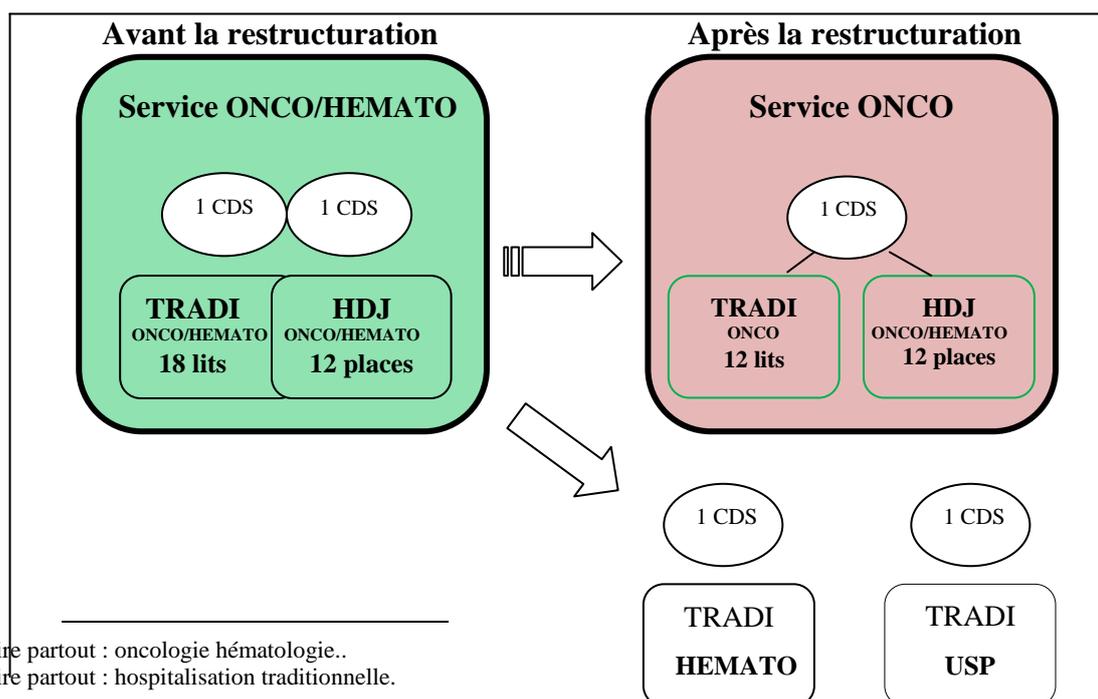
1.1 Le contexte du service

Infirmière depuis douze ans, j'ai obtenu un poste en tant que cadre de santé (CDS) « Faisant Fonction » (F-F) fin 2009 dans le Centre Hospitalier public dans lequel j'exerçais. J'ai débuté mes nouvelles fonctions au sein du service d'oncologie qui avait été réorganisé huit mois plus tôt.

Depuis sa création au sein du Centre Hospitalier (CH), le service d'oncologie hématologie existait en tant que service unique, réparti en deux sites géographiques. Le service d'onco hémato¹ disposait sur un même étage d'une unité d'hospitalisation traditionnelle de 18 lits sur une aile du bâtiment et d'une unité d'Hospitalisation De Jour (HDJ) de 12 places, accueillant 30 patients quotidiennement, sur l'autre aile.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le Centre Hospitalier au sein duquel j'exerce a effectué en 2009 de nombreuses réorganisations avec des regroupements de services en pôles. Pour ce faire de nombreux services ont été restructurés. Le service d'onco hémato a été ainsi séparé en cinq Unités Fonctionnelles (UF). J'étais responsable de trois d'entre elles, soit: l'oncologie traditionnelle, l'Hôpital De Jour (HDJ) oncologie et l'HDJ hématologie.

L'UF d'oncologie " tradi "² est restée dans ses anciens locaux avec 12 lits et les deux UF d'HDJ oncologie et HDJ hématologie ont conservé leurs locaux communs. L'hématologie traditionnelle a été déplacée à un autre étage et une Unité de Soins Palliatifs (USP) a été créée avec 6 lits. Cette unité autonome, avec son équipe paramédicale propre, un CDS et un chef de service, a été positionnée de manière provisoire, dans les « anciens lits » d'hémato dans les locaux de l'oncologie traditionnelle.



¹ Lire partout : oncologie hématologie..

² Lire partout : hospitalisation traditionnelle.

Selon les termes des membres de l'équipe présents lors de ces modifications, ils ont dû « *choisir leur camp en quelques jours : onco, hémato, HDJ ou USP (Unité de Soins Palliatifs)!* ». Les organisations de travail et les horaires ont également été modifiés en passant de 7h36 à 10 ou 12 heures quotidiennes. Il a été décidé par les responsables que certains membres du personnel resteraient de manière fixe sur un des services et d'autres personnes devraient maintenant " tourner " sur l'ensemble des unités, réparties sur deux ailes différentes d'un même étage du bâtiment hospitalier.

La **ligne hiérarchique** a elle aussi été **modifiée**. L'ancien service fonctionnait avec deux cadres : un sur l'unité traditionnelle d'onco-hémato et l'autre CDS sur l'HDJ. Chacun des cadres disposait d'un bureau situé géographiquement près de l'équipe dont il avait la charge. Ils travaillaient ensemble pour tout ce qui concernait l'organisation des plannings communs et des projets du service. Lors de la réorganisation, le cadre de l'unité traditionnelle a été affecté à l'hématologie qui augmentait sa capacité d'accueil de patients.

Le cadre de l'HDJ est resté seul pour la gestion de ce nouveau service, son bureau toujours situé en HDJ. Cela représentait la gestion de 35 personnes réparties sur deux ailes du bâtiment, travaillant sur trois unités, autour de deux spécialités oncologie et hématologie, avec un responsable de ce service oncologue.

La réorganisation a été **vécue** par l'équipe médicale et paramédicale comme extrêmement brutale. Les équipes, paramédicale et médicale, avaient subi ce changement et l'avaient vécu comme le démantèlement du travail de plusieurs années. Les désaccords entre les spécialistes médicaux et l'institution avaient rendu l'aboutissement du projet complexe pour le cadre resté en poste, celui-ci a souhaité quitter l'établissement quelques mois plus tard.

L'institution m'a nommée dans ce service pour mon premier poste de CDS F-F, dans ce contexte complexe pour les services et le personnel.

1.2 Mes débuts dans la fonction de cadre

A mon arrivée, plusieurs points m'ont été rapportés : c'était la première fois qu'un poste de F-F était pourvu sur l'oncologie et ce, sans l'approbation des médecins du service qui trouvaient ma nomination inadaptée compte tenu de la charge de travail et de la spécificité du poste. C'était également la première fois que le cadre n'avait pas d'expertise en cancérologie, l'équipe craignait donc un risque de perte de conscience des problématiques des traitements et du suivi des patients.

Mes **manques d'expériences** mettaient en péril, à leurs yeux, la qualité globale de prise en charge de l'encadrement de l'équipe soignante.

J'ai donc dû manager 35 personnes qui travaillaient sur des unités très spécifiques. Dans la réalité ce sont deux équipes regroupées autour d'une même **pathologie** : la cancérologie mais avec

deux spécialités (oncologie et hématologie). Les traitements de chimiothérapies dans leur ensemble étaient reconstitués dans le service, sous hotte à flux laminaire nécessitant du matériel technique autour de procédures très spécifiques en termes de risques et de qualité. Les deux unités (tradi et HDJ) accueillaient des patients avec des protocoles thérapeutiques différents. Les projets de soins et les projets de vie différaient également. Les prises en charges soignantes bien que complémentaires restaient spécifiques à chaque unité.

C'est autour de mon expérience des fonctions de cadre de santé en oncologie que j'ai souhaité m'orienter pour le travail de recherche qui nous est demandé à l'IFCS.

En effet, cette expérience a été pour moi très riche en termes de connaissances sur l'indispensable prise en charge globale des patients atteints de cancers et surtout, dans la mobilisation de mes valeurs professionnelles autour des relations aux patients, aux familles et à l'équipe de soins. En ce sens, elle a participé à la construction de mon identité professionnelle de cadre.

Mais « *Si les lieux de travail contribuent certes au développement des compétences et de l'identité professionnelles, la contextualisation qui les caractérise et leur visée essentiellement productive constituent une limite* »³. En effet, afin d'être à la hauteur de cette première mission d'**encadrement d'une équipe de soins**, j'ai développé et mobilisé l'ensemble de mes compétences acquises en termes d'organisation, d'anticipation des besoins, de gestion d'un groupe et d'accompagnement ; mais le contexte complexe a constitué une limite à ma prise de poste.

C'est ainsi que j'ai quitté le service après 21 mois empreints de doutes et de questionnements en ayant le sentiment d'avoir eu du mal à communiquer avec l'ensemble de l'équipe.

J'ai donc débuté la formation de cadre avec pour objectif personnel de travailler autour de la communication en général, tant au niveau conceptuel que dans la mise en pratique.

1.3 Constat de départ

Mes premiers questionnements lors du travail de mémoire se sont donc orientés vers " ma " communication avec l'équipe.

Dans mon management et ma communication avec les équipes : **Quelles avaient été mes forces et mes faiblesses ? Quels leviers n'avais-je pas mobilisés ?**

J'ai pu analyser ma pratique en prenant du **recul** sur la situation.

³ BECKERS, Jacqueline. Compétences et identité professionnelles. *Pédagogies en développement*, D. B. Université, Éd. 2007. pp. 265-305.

J'étais face à deux équipes distinctes qui pourtant s'inter pénétraient (personnes travaillant à la fois en oncologie et en HDJ). J'ai tenté de mettre en place plusieurs **outils de communication** afin d'être efficace: réunions avec les équipes séparées puis conjointes, avec et/ou sans les médecins, par catégories professionnelles. A l'évidence des tensions étaient présentes même si je percevais que le lien passé unissait encore ces deux équipes. Chacun se référait à l'organisation antérieure avec deux cadres.

Plusieurs personnes de l'équipe paramédicale m'ont exprimé des sensations de perte: « *perte de l'identité du service, perte d'une certaine qualité dans la prise en charge des patients, perte d'un poste de cadre donc de "temps de cadre"* ». Tout ceci créant un sentiment fort de manque de soutien voire d'abandon de l'institution.

Dans la pratique, j'avais un téléphone mobile compte tenu de mon affectation sur deux unités. Les deux équipes sollicitaient ma présence sur chacune de leur unité en me contactant pour de nombreuses tâches ponctuelles tout au long de la journée. Leurs demandes étaient en général d'ordre organisationnel et auraient pu être différées jusqu'au moment où j'allais venir sur leur service. Chaque équipe ignorant si j'allais être sollicitée longtemps sur l'autre unité m'appelait sans délai. Elles m'exprimaient leur insatisfaction concernant mon temps de **présence et d'écoute**.

Lorsque j'analyse les points positifs de cette étape de mon parcours professionnel, je perçois que j'ai réussi à améliorer de nombreux points organisationnels dans les unités. J'ai pu également me positionner lors de relations conflictuelles entre certains membres des équipes et apaiser certaines personnes par le dialogue et l'écoute. Au final, l'équipe paramédicale du service d'oncologie est restée complète jusqu'à mon départ.

Il me semble donc avoir réussi à conserver un certain niveau de satisfaction dans l'équipe. Je reste cependant avec le sentiment de ne pas avoir réussi à donner une impulsion constructive à l'ensemble de l'équipe.

Ici la complexité résidait non pas, dans ma manière de communiquer, mais davantage dans le temps que je pouvais accorder à chacune des personnes de l'équipe. Aussi et surtout la problématique s'est située autour de mon positionnement en tant que cadre du service. Non reconnue comme légitime à mon arrivée, ai-je su réellement prendre ma place de leader dans ce contexte ?

Après cette réflexion autour de ma pratique, l'orientation de départ à donner à mon travail de recherche m'apparaît plus clairement. Ce n'est pas uniquement la notion de communication, un outil du management, que je souhaite approfondir mais :

**Le management du cadre de santé auprès de deux équipes,
dans un contexte de changement.**

1.4 Le questionnement de départ.

Deux équipes pour un seul cadre...

Aujourd'hui dans le contexte des réorganisations des établissements de santé, le cadre de santé est amené à gérer davantage de personnes, réparties parfois en plusieurs équipes.

Cette problématique me semble donc être d'actualité et concerner de nombreux autres cadres de santé. Afin de confirmer l'orientation de mes axes de recherche, j'ai effectué des entretiens exploratoires ou entretiens d'information⁴ auprès de personnes-ressources : il s'agit de trois cadres étant chacun dans une des situations que j'avais rencontrées.⁵

Le premier cadre exerce en psychiatrie où il encadre plusieurs équipes depuis plusieurs années. Le second a été nommé après la fusion de deux services qui ont gardé les deux équipes paramédicales gérées par un seul CDS. Le troisième n'a qu'une équipe à encadrer mais, son service a vécu de nombreux changements organisationnels.

Au terme de ces entretiens, les CDS rencontrés ont évoqué des difficultés et des sentiments de perte de qualité de travail pour leur part et celle des équipes.

Ce constat apporte une légitimité à mon sujet dans le contexte sanitaire actuel en mouvement où la problématique d'encadrement de plusieurs équipes par un seul cadre est réelle.

« Faire émerger un projet scientifique n'est pas chose aisée lorsqu'on est soi-même partie prenante de l'action. »⁶

Mais dans la pratique, je considère donc aujourd'hui plusieurs approches :

Les équipes doivent-elles s'adapter et partager un manager unique qui va reproduire son management à l'identique avec chacune?

Le cadre doit-il adopter un management « intégratif » en rassemblant les équipes autour d'un même projet ?

Le cadre devra-t-il s'adapter à chaque équipe et assurer deux managements différents ?

⁴ALBARELLO Luc. La récolte des données par entretien. In: *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*. 3^e éd. Bruxelles : De Boeck, 2007, p63.

⁵ Cf Annexe I : Les enquêtes exploratoires.

⁶ALBARELLO Luc. *Op.cit.* p 12.

Dans le contexte sanitaire actuel en mouvement, le cadre de santé responsable de deux équipes, va-t-il devoir adapter son management à chaque identité ou tenter de les rassembler autour d'un dénominateur commun ?

Après m'être située dans le champ contextuel de la pratique, je dois m'investir à présent dans le domaine conceptuel.⁷

Pour affiner ma question de recherche je vais donc approfondir les trois concepts qui m'apparaissent ici primordiaux:

- le management.
- l'équipe.
- le changement.

⁷ ALBARELLO Luc. *Op.cit.* pp. 30-36.

2 Du cadre conceptuel à la question de recherche

J'ai débuté mes recherches autour de ces trois axes (management, équipe et changement) et il m'est apparu rapidement que je ne pouvais commencer mes recherches autour de la notion de management sans avoir approfondi en premier lieu les notions d'équipe et de changement. La partie concernant le management sera orientée par ces deux notions.

2.1 L'équipe.

Si le dictionnaire Le Robert définit l'équipe comme un « *groupe de personnes devant accomplir une tâche commune* »⁸, le Larousse y ajoute « *unissant leurs efforts dans le même dessein.* »

Selon ABRAMI, une équipe est « *un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe* »⁹ la nécessité de répartition des activités est ici soulignée. Dans le domaine sportif apparaît la notion d'encadrement de ces personnes qui sont guidées sur le terrain par un capitaine, lui-même issu de l'équipe et pratiquant le sport avec eux.

Dans le domaine des établissements de santé, nous pourrions donc considérer l'équipe comme l'ensemble des acteurs de terrain qui travaillent autour d'une **tâche commune** : prendre soin des patients, avec un capitaine d'équipe: le cadre de santé.

« *L'institution donne à voir le cadre comme faisant partie de l'équipe soignante* »¹⁰. Nous partirons ici du principe que le cadre de santé fait partie intégrante de l'équipe. Même s'il ne prodigue pas de soins directs aux patients, il est en effet issu de l'équipe ou en général du même corps de métier.

Pour ce qui concerne les acteurs de l'équipe au sein d'un même service, nous en avons une multitude. Nous allons donc nous attacher plus particulièrement au personnel paramédical ayant un lien hiérarchique direct avec le CDS ; soit ici les ASH (Agent de Service Hospitalier), AS (Aide Soignant) et IDE (Infirmier Diplômé d'Etat).

Pour cette première partie du document, nous parlerons de l'équipe paramédicale de soins en considérant implicitement le cadre de santé comme membre à part entière de celle-ci.

⁸ [http://dixel.bvdep.com/login .asp](http://dixel.bvdep.com/login.asp). Consulté le 18/12/11.

⁹ FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil, 2009, p. 169.

¹⁰ BOURRET Paule. Etre cadre de santé : un mode de présence spécifique. In : *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. 3ème édition. Paris : Seli Arslan, 2009, p. 76.

2.1.1 L'équipe de soins

Selon R. LAFON, « *Toute équipe doit être envisagée sous son quadruple aspect : structural, fonctionnel, relationnel et même émotionnel ; tous ces aspects sont, du reste, étroitement liés* ». ¹¹

Les équipes sont habituellement « *organisées hiérarchiquement et sont parfois dispersées géographiquement; elles doivent intégrer et synthétiser des éléments, et elles doivent assurer une coordination et collaborer à mesure que les exigences des tâches changent au cours d'un épisode d'exécution, pour accomplir leur mission* » ¹²

Les équipes de soins que nous avons définies ici sont donc l'ensemble des acteurs paramédicaux intervenant dans un lieu d'accueil de patients, au sein d'une structure de soins.

2.1.2 Une organisation propre au sein de l'institution

Pour BOYER et EQUILBEY (2003), « *le système est un ensemble de parties interdépendantes, agencées en fonction d'un but, et on appelle structure l'ensemble des relations non fortuites liant les parties entre elles et au tout.* » ¹³

Pour MINTZBERG, « *l'organisation est un ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite de la réalisation d'une action commune.* » ¹⁴ Un **établissement de soins** est structuré selon des principes hiérarchiques et organisationnels bien définis:

- Le « *sommet stratégique* » avec sa propre équipe dirigeante (nous l'évoquerons dans la seconde partie du cadre conceptuel autour de la notion de changement.).
- Le « *centre opérationnel* » que nous étudions aujourd'hui constitué de l'équipe de soins
- Les cadres de santé (entre autres) qui sont les « *liens hiérarchiques* » qui unissent les deux composantes de la structure citées précédemment. Nous aborderons ceci plus particulièrement dans la dernière partie du cadre conceptuel concernant le management.

Aujourd'hui, les collaborateurs des équipes de soins se situent dans une entité vaste: le **pôle** ¹⁵. Celui-ci prend sa place structurelle « au-dessus » du service de soins avec l'obligation pour les acteurs de tenir compte de cette nouvelle entité. Les pôles et les **services** de soins constituent également une organisation qui repose sur des accords et des conventions entre ses membres. « *Ce sont ces accords qui permettent à un groupe d'exister et à ses membres de se reconnaître quotidiennement. Leur coopération est au centre des organisations.* » ¹⁶

¹¹ MUCCHIELLI Roger. Les relations interpersonnelles dans l'équipe et l'esprit d'équipe. In : *Le travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective*. ESF éditeur, janvier 2007, p 52.

¹² LISHA Lo, M. *Le travail d'équipe, et la communication dans les soins de santé: une analyse documentaire*. Edition Edmonton: institut canadien pr la sécurité des patients, 2011, p3.

¹³ SEMACHE Sabrina. La diversité au coeur des équipes: quels enjeux? quelles méthodes de management? quelle place pour le management intermédiaire? *Management & avenir* Management Prospective Edition, 04/2006, n°10, p 206.

¹⁴ http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_lefevre_314_317.pdf. Consulté le 18/12/11.

¹⁵ Ordonnance du 2 mai 2005 au sein du Plan Hôpital 2007.

¹⁶ BERNOUX Philippe. Le changement est dans les interactions. In : *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Paris : Editions du Seuil, février 2010, pp57-58.

Dans la pratique, l'équipe dépend d'un **service de soins** et exerce dans une ou plusieurs **unités fonctionnelles**. Dans ce lieu d'exercice au plus proche des patients, une organisation interne est donc définie: « *Chacun des membres a une tâche ou un rôle en particulier à remplir et interagit, (...) elle fait partie d'un vaste système organisationnel.* »¹⁷

Pour SAINSAULIEU, « *les personnels de santé n'ont pas forcément le sentiment d'appartenir à l'établissement où ils travaillent ; ils peuvent avoir le sentiment d'appartenir à un service, à une profession* »¹⁸.

Au sein de l'organisation et de la structure des établissements de soins nous trouvons à l'évidence les notions de lien et d'interdépendance entre les membres des équipes. Ce point est d'autant plus essentiel et complexe que dans ce contexte vient se greffer la notion de pluridisciplinarité des acteurs.

Nous allons à présent approfondir cette notion de groupe et d'interactions entre les individus.

2.1.3 Un groupe d'individus qui travaillent ensemble

L'intérêt opérationnel pour les institutions est donc clairement établi : « **faire travailler ensemble** » les individus dans un but de rendement et d'efficacité. Dans la réalité des services de soins, si certains professionnels choisissent une spécialité, ils ne choisissent pas leurs collègues de travail ; c'est ainsi que « *se côtoient des personnes qui ne se seraient jamais rencontrées dans la société civile, voire n'auraient pas souhaité coexister.* »¹⁹

Ce qui rapproche ces individus est donc le « travail » autour des patients. Elton MAYO a « *mis en lumière la relation directe étroite entre les relations interpersonnelles dans un groupe de travail et le rendement de ce groupe.* »²⁰ Donc pour qu'il y ait une réelle efficacité, les individus devront « créer » bien au-delà d'un groupe de travail : une équipe, donc des **liens**.

« *Même si de nombreux prestataires de soins de santé doivent travailler en équipe, non seulement n'ont ils pas reçu une formation adéquate en matière de travail d'équipe et de communication, mais ils proviennent de différents milieux, et il est donc difficile d'établir un modèle mental commun dans le contexte du travail d'équipe.* »²¹

Si la plus value du travail en équipe paraît être évidente en termes d'efficacité et de création de liens, qu'est-ce que travailler en équipe ? Comment passe-t-on d'un groupe d'individus qui travaillent ensemble à une réelle équipe ?

¹⁷ LISHA Lo. *Op.cit.* p3.

¹⁸ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p11

¹⁹ BOURRET Paule. *Op.cit.* p 146.

²⁰ MUCCHIELLI Roger. *Op.cit.* p 18.

²¹ LISHA Lo. *Op.cit.* p1.

2.1.4 De l'identité individuelle à l'identité groupale

Il apparaît clairement que c'est l'institution qui réunit des **individualités diverses** sur un même lieu et dans un même but: prendre en soins les patients.

Pour réaliser cet objectif, chaque individu devra s'intégrer dans le groupe où des forces parfois antagonistes s'exercent, parasitant ou facilitant l'émergence d'une identité groupale. R. MUCCHIELLI évoque, suite à ses expériences de formation sur la **dynamique des groupes**, des éléments de frein dans « la vie affective groupale ». Pour lui, la seule obligation d'être ensemble engendre d'une part une anxiété collective et d'autre part la mise en état d'alerte générale des mécanismes de défenses sociales du Moi de chacun.²²

D'autant plus qu'au sein de ces équipes pluridisciplinaires, cohabitent par définition, des personnes ayant des formations diverses, leurs activités sont complémentaires mais toutefois différentes. Si « *Une approche d'équipe transdisciplinaire assure la valorisation et le partage des connaissances et des compétences des membres de l'équipe* »²³, il est parfois difficile que chacun **connaisse et reconnaisse** la tâche de l'autre. Il est donc important de trouver du lien entre ces personnes qui se côtoient au quotidien, le point d'appui est le souhait de travailler dans le domaine soignant. Ce contexte est particulier puisqu'il fait se confronter les individus à la maladie et à la mort.

Là encore des disparités dans les **motivations** peuvent apparaître : cette approche du soin est choisie par les AS et IDE, mais qu'en est-il des ASH ? Les formations initiales permettent aux soignants de postuler dans divers domaines (hôpitaux, maisons de retraite, domicile...). Ceux qui postulent en tant qu'agents d'entretien à l'hôpital comme ils le font dans d'autres sites sans lien avec le domaine de la santé, comme la grande distribution par exemple, n'ont peut-être pas tous conscience de la complexité due à la proximité avec les patients et la maladie. Il est évident que travailler en milieu hospitalier n'est pas anodin car c'est « *un lieu de vie, parfois de joie, d'autres fois de souffrance et de mort pour les malades ; pour les soignants, c'est avant tout un lieu de vie et de travail.* »²⁴

On perçoit que la structure hospitalière réunit des individus pour accomplir une tâche donnée, le groupe ainsi formé fonctionne sans toutefois former une réelle équipe au départ.

R. MUCCHIELLI définit trois niveaux d' « **existence groupale** » qui vont de l'établissement de la confiance interpersonnelle à l'état de maturité du groupe, en passant par une étape de retour à la tâche avec le besoin de structuration.²⁵

²² CARLE Nathalie. *Faire équipe*. Mémoire professionnel CAPE. ISFP La Tronche. Juin 2003. p13.

²³ LISHA Lo. *Op.cit.* p 3.

²⁴ BOURRET Paule. *Op.cit.* p 146.

²⁵ MUCCHIELLI Roger. *Op.cit.* p 27-30.

Pour SEA-GOE, « *Si le groupe n'est qu'un agrégat d'individus sans interactions, il n'y aura que peu d'efforts, parfois il se produira du parasitisme et occasionnellement de l'exploitation.* »²⁶

MUCCHIELLI évoque certaines situations de protection du groupe favorisant leur auto gestion, comme le groupement par affinités, le groupe à effectif réduit, le travail dans un temps défini et limité, la tâche à accomplir bien définie avec les moyens nécessaires alloués.²⁷

Il est bien clair que les équipes de soins ne sont pas dans ces situations de protection et que tous ses membres devront avoir la volonté et faire l'effort de travailler ensemble s'ils souhaitent aboutir à une prise en charge optimale des patients.

Ce qui peut donc permettre une identité groupale c'est la notion d'appartenance à une organisation hospitalière (publique ou privée), appartenance qui parfois paraît forte au-delà des diversités personnelles et/ou professionnelles. Dans ce contexte se véhiculent des valeurs profondément ancrées dans les soignants d'hier et d'aujourd'hui. Ces valeurs sont présentes dans toutes les institutions sanitaires et sociales : le « prendre soin », l'accueil des démunis, de non stigmatisation des personnes. Valeurs qui sont « attendues » dans les services de soins par l'ensemble des acteurs comme : l'équité, le partage, la collaboration.

Selon la pyramide des besoins de MASLOW, le besoin d'appartenance se situe une fois que les besoins physiologiques et de sécurité sont comblés; mais avant le besoin d'auto accomplissement et d'estime²⁸. Il apparaît donc bien que **l'appartenance au groupe se construit** sur des bases " solides ".

L'ensemble des individus qui composent un même groupe de travail peut être à la fois une ressource et un risque pour l'efficacité dans le travail et pour le groupe lui-même. Nous ne nous attarderons pas sur la complexité de certains individus à travailler avec les autres, ni sur l'approche des risques psycho sociaux qui en découlent. « *L'équipe, comme tout groupe de coopération, a fatalement ses problèmes humains. Ils ne sont dépassés que par et dans la cohésion.* »²⁹. Nous ne nous attacherons pas non plus à développer les processus identitaires individuels spécifiques de certains membres d'un groupe bien qu'il y ait de nombreuses pistes à approfondir. Les institutions qui comportent des équipes de soins auraient tout intérêt à développer des formations autour du « travail en équipe » plutôt que de considérer cela comme allant de soi pour les individus qui intègrent ces établissements.

Mais, au-delà des individualités qui pourraient être en difficulté dans une équipe, voyons comment le groupe qui a construit son identité propre va pouvoir développer une réelle cohésion d'équipe...

²⁶ *Ibidem.* p 33.

²⁷ *Ibidem.* p 100.

²⁸ ROBBINS Stephen, DECENZO David. Chapitre 10 : La motivation. In : *Management, L'essentiel des concepts et des pratiques.* 6^{ème} édition. Edition Pearson Education : Paris, octobre 2008, p 291.

²⁹ MUCCHIELLI Roger. *Op.cit.* p 41.

2.1.5 De l'identité groupale à la cohésion d'équipe.

C'est à partir du « travailler ensemble », donc de l'interaction, du respect et de la reconnaissance de la tâche de l'autre que se construit l'identité groupale. Cette identité doit pouvoir s'élaborer malgré la diversité des groupes et des tâches : « *Parler de diversité signifie prendre en considération les différences et les similitudes qui forment alors un ensemble. Un groupe peut être différent à un niveau (fonctions) mais homogène sur un autre plan (âge) : selon THOMAS on parlera tout de même de diversité. Cette définition nous semble plus proche de la réalité des équipes de travail où les différences ne se trouvent pas forcément à tous les niveaux.* »³⁰ Pour MISPELBLOM MEYER, il y aurait une " tonalité" correspondant à chaque équipe : « *Le type de contrats de travail et de qualifications présents dans une équipe, l'ancienneté ou la jeunesse de ses membres, les traditions des métiers, le fait qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, l'histoire passée ou récente, créent ainsi une « ambiance générale d'équipe.* »³¹

Chaque équipe serait donc une entité, leurs diversités au sein d'une même structure étant un facteur de complexité supplémentaire. R. MUCCHIELLI souligne que: « *Les formes de l'équipe sont infinies, elles varient non seulement avec chaque type de service, mais même avec chaque service. Et au sein d'un même établissement ou service, s'il y a plusieurs équipes, il ne saurait y avoir deux équipes identiques...* »³²

Il apparaît donc ici que si deux équipes sont amenées à travailler ensemble, il faudra tenir compte de l'identité de chaque individu qui les compose mais également de chaque identité groupale des deux équipes.

La complexité se porte ici, concernant notre sujet, dans la multiplication des facteurs à prendre en compte mais le processus d'évolution est semblable qu'il soit individuel ou groupal. De nombreux auteurs associent la diversité de l'équipe à sa performance avec des enjeux multiples, du fait que « *la diversité tend à favoriser la créativité donc l'innovation* »³³ et l'enjeu managérial va consister à utiliser cette diversité pour « *proposer de nouvelles solutions face aux problèmes rencontrés* »³⁴. Pour le manager, « *Les équipes de soins de santé sont caractérisées comme représentant une **collaboration interprofessionnelle**, le premier terme englobant les concepts de partage, de partenariat, d'interdépendance, de pouvoir et de processus, et le deuxième faisant allusion à l'intégration de deux cultures professionnelles ou plus qui s'exercent selon une approche transdisciplinaire.* »³⁵.

³⁰ SEMACHE Sabrina. *Op.cit.* p 201.

³¹ MISPELBLOM BEYER Frederik. Encadrer : c'est se débrouiller entre la pression d'en haut et celle d'en bas. In : *Encadrer un métier impossible?*. 2ème édition. Paris : Armand Colin, 2010, p117.

³² MUCCHIELLI Roger. *Op.cit.* p 40.

³³ SEMACHE Sabrina. *Op.cit.* p 202.

³⁴ *Ibidem.* p 203.

³⁵ LISHA Lo. *Op.cit.* p 4.

Les notions **d'appartenance et de cohésion d'équipe** sont parfois loin d'être acquises pour les équipes de soins qui ont été " créées " par l'institution hospitalière ou " recomposées " lors des réorganisations. L'équipe va devoir " se construire " par elle-même au cours d'un processus long et complexe. Il faut que chaque individu, pour appartenir à l'équipe, puisse « *en accepter les valeurs, les codes sociaux, les rites, tout ce qui permet de forger un esprit d'équipe.*»³⁶ et soit conscient que « *Chaque membre d'une équipe est une ressource pour les autres membres, la convergence des efforts de chacun doit être soutenue par une collaboration efficace basée sur des interactions positives* »³⁷.

Chacun doit avoir conscience de sa propre « valeur professionnelle » pour se sentir inclus dans l'équipe. « *Les travaux issus de la psychologie sociale permettent de comprendre le processus d'identification sous-jacent aux travaux de MAYO qui soulignent l'importance du sentiment d'appartenance.(...) Pour TAJFEL, l'identification est réelle lorsque l'individu a conscience de son appartenance au groupe, ce sentiment doit avoir pour lui, de la valeur et une certaine signification émotionnelle.*»³⁸ Si l'on s'attarde sur la « *théorie de l'auto catégorisation* » (TURNER, 1985) où le groupe façonne le point de vue de ses membres ; sur la « *théorie de vérification de soi* » (SWANN et al, 2004), « *les individus vont s'assurer que leur expérience leur permettra d'obtenir la vérification de la vision qu'ils se font d'eux-mêmes, d'un point de vue personnel et social.* »³⁹

L'ensemble de ces travaux montre qu' « *il ne s'agit pas de renoncer aux caractéristiques de chacun mais bien de les mettre en avant pour tirer parti de ces différences* ». ⁴⁰

« *Loin de se culpabiliser de toute influence, de s'enfermer dans le laisser-faire ou de faire confiance aveugle à la nature, l'éducateur a à assumer d'abord une fonction de gardien des valeurs de l'égalité et de la réciprocité dans le groupe, puis une fonction de formation au travail en groupe, ce qui requiert une réflexion préalable sur les capacités requises, et un plan de formation ayant une progressivité et couvrant systématiquement tous les facteurs d'efficacité et de cohésion.* »⁴¹

³⁶ FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. *Op.cit.* p 169.

³⁷ *Ibidem.* p 169.

³⁸ SEMACHE Sabrina. *Op.cit.* pp 204-205.

³⁹ *Ibidem.* p 205.

⁴⁰ SEMACHE Sabrina. *Op.cit.* p 205.

⁴¹ MUCCHIELLI Roger. *Op.cit.* p 118.

Au sein des établissements de santé, il apparaît d'emblée que les personnels se reconnaissent comme identité forte : celle d'appartenir à la " grande famille " des soignants. Vient ensuite l'identité d'équipe de chaque unité. Cette identité s'est en général construite autour d'une personnalité à représentation symbolique forte : le chef de service, le cadre de santé ou un(e) infirmier(e) expert(e). Actuellement chaque équipe tente de conserver son identité de service propre mais, doit en définitive en construire une nouvelle, adaptée à la réalité du terrain et à ses nouveaux acteurs.

Rien n'est figé dès le départ et une fois que chaque individu se reconnaît dans le groupe et y trouve sa place, l'ajustement de ses membres se fera par " ajustement mutuel ". La démarche du travail d'équipe en passant par la reconnaissance identitaire individuelle vers une identité groupale commune se fera de la même manière pour une ou deux équipes. Le seul point de complexité pour le cadre de santé sera la multiplication des facteurs à prendre en compte. L'objectif reste cependant le même: celui de réussir à fédérer un groupe d'individus vers un but commun grâce à une cohésion d'équipe construite par et pour l'équipe. Si les équipes ont vécu un changement structural et organisationnel, le processus vers la construction d'une identité groupale va être remis en cause et devoir être réactivé.

Il faudra les accompagner dans ce nouveau processus identitaire.

Avant d'évoquer le management du cadre de santé auprès des équipes, nous allons approfondir la notion de changement qui semble être un facteur de déstabilisation du travail d'équipe et de la cohésion de celle-ci.

2.2 Le changement

Nous avons tous vécu, à titre personnel et professionnel, des changements et nous en vivons encore de nombreux. Comment intégrons-nous ces changements et l'instabilité qui en découle? La société est en mouvement permanent, comment le gérons-nous à titre individuel mais aussi collectivement au sein de notre établissement de référence et de notre équipe de travail ? Quels sont les impacts de ces changements ? Sont-ils et doivent-ils être accompagnés ? Comment ?

Autant de questions que nous allons tenter d'éclaircir.

2.2.1 Le contexte sanitaire en mouvement :

Nous pourrions évoquer le contexte d'instabilité de l'ensemble de la société et de la population française en particulier mais, ce n'est pas notre objet ici. Sans le développer il est cependant évident que ce contexte global joue un rôle dans la perception par les personnels de la santé, de l'ensemble des changements et réformes dans le contexte sanitaire.

Le contexte sanitaire est actuellement en "**mouvement**", ceci crée un sentiment d' "instabilité" chez les individus et nécessite l'étude de la dynamique de "changement". De nombreux termes sont utilisés pour caractériser cette mouvance, ceux ci contiennent souvent de nombreuses connotations négatives : mouvement social, résistance aux changements, société instable, le changement associé à la notion de perte, de deuil.⁴² En explorant les différentes définitions nous trouvons également dans le mouvement certaines connotations positives comme « être dans le mouvement » ou « le mouvement de l'horlogerie » qui par sa régularité a un aspect rassurant. Mais le mouvement est surtout employé de manière négative. Dans le Dixel nous lisons : « qui change sans cesse de place, de forme, d'aspect. Société mouvante » et « qui n'est pas stable, qui s'écroule, s'enfonce. Sables mouvants ». La notion d'instabilité est retrouvée « qui n'est pas fixe », avec un renvoi à l'équilibre fragile, précaire.

Dans les dictionnaires Robert⁴³ et Larousse⁴⁴, la notion de **changement** explore ces différents aspects : « Etat de ce qui évolue, se modifie. Rendre autre ou différent », « Changement graduel, progressif ou changement brusque, total. » nous retrouvons ici les idées d'évolution, mais aussi de perte, « quitter quelque chose ou quelqu'un. »

Nous garderons donc cette notion de changement et nous reviendrons plus tard dans le document sur les notions de pertes associées.

« La notion de changement peut couvrir à la fois des actions et leurs résultats, et inclut des modifications concrètes ou abstraites portant sur des choses, des personnes ou des situations ».⁴⁵

Voyons les conceptions en fonction des échelles d'actions du changement.

2.2.1.1 A l'échelle nationale, par la législation

Selon Peter DRUCKER, « l'entreprise est une institution créatrice de changement cherchant à satisfaire les gens de l'extérieur avant ceux de l'intérieur. »⁴⁶

Depuis les années 80, les politiques qui touchent l'organisation sanitaire, la santé publique et leurs financements évoluent constamment. Nous n'évoquerons ici que furtivement ce contexte, il a cependant modifié de nombreuses organisations sanitaires. Le Plan Hôpital 2007 a marqué l'arrivée progressive de la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles. De la Loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST)⁴⁷ de 2009 nous retiendrons les grandes instances créées : les regroupements sanitaires des établissements, les Agences Régionales de Santé (ARS), puis la redéfinition des missions de service public.

2.2.1.2 A l'échelle des établissements

⁴² VANDANGEON Isabelle. *GRH et conduite du changement*. Master 1 management et santé. Cours IAE. 2011-2012.

⁴³ <http://www.lerobert.com/dictionnaires-generalistes/le-robert-illustre-dixel-2012.html> Consulté le 21/12/11.

⁴⁴ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> Consulté le 21/12/11.

⁴⁵ CARTON Gérard-Dominique, *Eloge du changement, méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*. Paris : Edition Village Mondial, 2006, p 19.

⁴⁶ MANSENCAL Céline et MICHEL Didier. L'école néo-classique. In *Management théories des organisations*. Module de formation BTS NRC (Négociation et relation Client), Académie de Versailles, pp 14-37.

⁴⁷ <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 21/12/11.

« Dans un environnement instable, les changements organisationnels deviennent une des clés de réponse permettant réactivité et adaptation aux contraintes externes. Ces changements sont parfois synonymes d'évolution structurelle, des entreprises se réorganisent »⁴⁸

Sous la contrainte des instances, chaque établissement de santé est amené à engager des réorganisations internes, contraintes liées par exemple à leurs situations particulières de retour à l'équilibre financier. Ces **réorganisations structurelles** successives sont bâties autour des pôles devenus obligatoires. Mais ici, il s'agit en général d'imposer aux équipes cette nouvelle appartenance à une entité plus grande que le service, de là en découle parfois une perte d'identité de service qui était structurante pour certains.

Auparavant, une équipe existait grâce et au travers d'un chef de service et d'un(e) surveillant(e), binôme rassurant pour l'équipe. Aujourd'hui, la réorganisation des hiérarchies médicales fait disparaître le chef de service qui devient un responsable d'unité. Le " chef " restant est le chef de pôle éloigné du terrain et ne connaissant pas la spécificité et l'identité propre de l'équipe de chaque service en particulier.

Ici le changement apparaît brutal pour nombre d'agents qui doivent passer de l'identité de service à l'identité « polaire » avec plus ou moins d'accompagnement institutionnel.

2.2.2 Les enjeux du changement

2.2.2.1 Pour l'institution

Les institutions de santé sont dans une démarche de projet « *démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir* »⁴⁹ comme le définit l'AFNOR (L'Association Française de NORmalisation), il s'agit de **projet prescrit** : défini par la direction ou imposé par l'extérieur, ici par les autorités ministérielles et régionales.

Pour les établissements, les nombreuses réorganisations internes ne modifient pas la structure même de l'organisation au sens où l'entend MINTZBERG⁵⁰. En effet, quelle que soit la nature du changement, elle ne modifie pas la structure même de l'institution. Le « *sommet stratégique* » décide d'une modification, la « *ligne hiérarchique* » coordonne sa mise en place et le « *centre opérationnel* » la met en œuvre. Nous oublions souvent que cette configuration de l'organisation est appréhendée dans une « *idéologie* » commune à tous « *croyances, valeurs, traditions, comportements : culture, partagés par les membres de l'organisation* »⁵¹. Or, ici des écarts d'appréciation semblent pourtant se creuser. D'un côté les instances nationales imposent des changements qui se justifieraient pour permettre à notre système de protection sociale de perdurer,

⁴⁸ COMBES, LETHIELLEUX, 2008, <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php>, consulté le 23/02/12.

⁴⁹ <http://ns307980.ovh.net/dmdocuments/2001-05.pdf>. Consulté le 22/03/12.

⁵⁰ MINTZBERG Henry. *Le management. Voyage au centre des organisations*. 2^{ème} édition. Éditions d'Organisation : Avril 2004.

⁵¹ *Ibidem*.

d'autre part les agents du terrain qui voient leurs conditions de travail se complexifier et devenir plus difficiles. Ici trois visions idéologiques se confrontent : une vision collective nationale et à long terme pour les instances alors que les établissements sont dans une vision collective à moyen terme et que les agents ont une vision dans l'urgence du quotidien donc à court terme.

Mais tout changement d'organisation va avoir des conséquences pour l'ensemble des acteurs au niveau des établissements de santé.

En effet, « *Il existe des conflits dans toute organisation; dans une certaine mesure, les conflits sont signe d'un sain échange de vues et de créativité. Les conflits peuvent cependant être nuisibles et entraîner le mécontentement des employés, une baisse de la productivité, un piètre service à la clientèle, l'absentéisme et un plus haut taux de roulement du personnel, un stress plus important lié au travail* »⁵²

« *La tentative de constitution d'équipes dans un tel environnement ne peut manquer de susciter des résistances.* »⁵³

Voyons à présent les enjeux des différents acteurs.

2.2.2.2 Pour l'ensemble des acteurs

Selon ROSKIES, il existe **différents points de vue** dans l'entreprise face au changement : celui des décisionnaires, celui des gestionnaires et celui des exécutants de ce dit changement.⁵⁴

Nous allons voir qu'ici, une analyse stratégique des acteurs va avoir un intérêt tout particulier. En s'interrogeant sur les enjeux pour chaque catégorie d'acteurs, il est possible de mieux cerner ce que chacun pense gagner (enjeu positif) ou perdre (enjeu négatif) dans le changement. Il est également judicieux de connaître les possibilités d'action qu'ont les différents acteurs sur le projet afin de comprendre s'ils vont pouvoir faciliter ou contrer le changement, identifier la stratégie globale.⁵⁵

« *Tous les acteurs peuvent, à leur niveau, proposer ou freiner les initiatives, innover, rigidifier leurs comportements. Selon eux, le pouvoir n'est donc pas un attribut, une possession des uns au détriment des autres* ».⁵⁶ Nous n'allons pas ici faire l'analyse stratégique de la situation au travers des zones d'incertitudes existantes entre les différents protagonistes du changement comme nous le proposent CROZIER et FRIEDBERG; cependant nous noterons bien que les objectifs, délais et actions attendus sont différents. Chacun des acteurs va avoir des zones de pouvoir sur les autres à différents niveaux. Pour M.CROZIER et E.FRIEDBERG, le changement est un

⁵² <http://hrcouncil.ca/info-rh/milieux-de-travail-conflits.cfm>, Consulté le 3/03/12.

⁵³ ROBBINS Stephen, DECENZO David. *Op.cit.* p 271.

⁵⁴ INFORELEC Ressources humaines. Livret de formation: *Conduite de projet et accompagnement des équipes dans le changement*. Suivie en février 2010. P15.

⁵⁵ Formation : *Management des équipes, développement des compétences*. Suivie en 2010, Hôpital de Pontoise.

⁵⁶ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977. p 15.

phénomène, « Pour qu'il y ait changement il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social ». ⁵⁷

Pour BERNOUX, « les acteurs sont multiples, et le grand problème est celui de leur coopération. Leurs intérêts sont multiples, parfois antagonistes, cependant c'est leur combinaison qui fait la réussite ou l'échec des actions de changement. » ⁵⁸

Ici la coopération et le travail en équipe vont être nécessaires à la réussite d'un changement, l'identité de l'équipe va donc devoir se modifier quelque peu.

Voyons donc leur rôle dans le processus dynamique du changement.

2.2.3 La dynamique de changement

En tant que cadre, il m'apparaît essentiel de connaître les différentes étapes des **processus** de changement. Ces processus qui se déroulent dans le temps s'avèrent complexes, il faut être en capacité de les accompagner. Différents auteurs et différentes approches vont être abordés, ensuite nous nous centrerons sur l'approche des destinataires du changement : l'individu et le groupe.

2.2.3.1 Les phases importantes ⁵⁹

Au terme de mes lectures, plusieurs « découpages » apparaissent, je n'en retiendrai que trois.

- Celui de LEWIN en 1947 privilégie la compréhension des comportements et des forces existantes dans l'organisation, autour de 3 phases : « *Décrystallisation, Changement et Recristallisation* ».
- Le modèle proposé par WEICK en 1969, et sa théorie de l'«*enactement*» suit trois phases également : «*Variation, Sélection, Rétention*».
- Le modèle intégratif de KOTTER plus récent (1996) est de type stratégique composé de huit étapes: *Créer un sentiment d'urgence, Créer une équipe de pilotage, Identifier la vision et la stratégie, La communiquer, Lever les obstacles qui entravent l'action, Créer des réussites à court terme, Renforcer l'équipe, Consolider le changement.*

En tout état de cause, trois phases se retrouvent chez ces trois auteurs, comme nous le montre ce tableau.

Modèle de LEWIN	Modèle de WEICK	Modèle de KOTTER
-----------------	-----------------	------------------

⁵⁷ *Ibidem.* p 383.

⁵⁸ BERNOUX Philippe. *Op.cit.* p 344.

⁵⁹ LATIRI DARDOUR Imène Le changement organisationnel, In Thèse : Pilotage du changement organisationnel et recherche intervention en univers hostile. Ecole des Mines de Paris. Directeur de thèse ALBERT D . Décembre 2006 pp 41-54.

Phase 1	Décristallisation	Variation	Contre le statu quo
	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience de la nécessité de changer. • Remise en question. • Perte de repères et instabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte d'informations par les dirigeants. • Mobilisation des acteurs. • Création du sens explicatif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Susciter l'urgence. • Créer une coalition. • Elaborer une vision du changement.
Phase 2	Changement	Sélection	Introduire le changement
	<ul style="list-style-type: none"> • Mouvement vers le changement. • Discussion et réflexion sur les pratiques existantes, jugées efficaces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des informations. • Choix des schémas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer la vision. • Habilitier les acteurs et canaliser les énergies. • Créer des gains à court terme.
Phase 3	Cristallisation	Rétention	Pérenniser le changement
	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionnalisation des nouvelles pratiques. • Consolidation et appropriation de nouveaux comportements • Enracinement des nouvelles normes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des informations pour le futur 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolider les gains. • Ancrer les nouvelles approches dans la culture.

Tableau : Récapitulatif des trois modèles suivant une approche temporelle⁶⁰

Ces **phases** vont être à travailler avec les équipes de soins par les cadres de proximité. Cependant, il est bien évident que les instances dirigeantes doivent être dans la même démarche auprès de leurs cadres et des personnels : si la démarche n'est pas accompagnée, le vécu négatif du changement et les résistances seront exacerbés.

2.2.3.2 Le vécu de chacun dans l'équipe :

Chaque personne au sein de l'institution va vivre le changement proposé ou imposé de façon différente. Cette réaction se manifeste par le **stress** : « *état dynamique dans lequel l'individu se retrouve face à une opportunité à saisir, une contrainte ou une demande et pour laquelle l'issue semble aussi incertaine qu'importante. Le stress, problème crucial dans le fonctionnement de nos organisations, représente un problème majeur pouvant se manifester d'une façon positive ou négative.* »⁶¹

Pour nombre de personnes, toute modification même minime induit des pertes de repères. Selon la pyramide des besoins de MASLOW, une fois les besoins physiologiques comblés, le second palier est celui de la sécurité. Si celui-ci est mis à mal, les individus perdent confiance en leurs possibilités. Or, le troisième palier, celui du besoin d'appartenance concerne entre autre les groupes. Donc, si le **besoin de sécurité** n'est pas comblé, la personne ne pourra pas atteindre le palier supérieur et s'épanouir au sein d'un groupe ce qui va poser de grandes difficultés au sein des structures hospitalières où le travail en équipe est essentiel.

⁶⁰ LATIRI DARDOUR Imène. *Op.cit.* p53.

⁶¹ ROBBINS Stephen, DECENZO David. *Op.cit.* p204.

Il est bien évident que chaque individu aura sa réaction propre mais, celle-ci sera modifiée à deux niveaux : par l'effet du groupe et celui induit par l'accompagnement de ce changement.

« *Les préoccupations pourraient donc influencer les comportements de résistance et de soutien au changement.* »⁶²

Cette notion individuelle est essentielle car, si un changement est fréquemment vécu comme une perte, il peut être également une opportunité. Ici les phases d'accompagnement et de communication autour du changement vont être déterminantes pour les individus et donc pour l'équipe.

2.2.3.3 Les résistances au changement

Pour CROZIER et FRIEDBERG, « *Acceptons la résistance comme légitime* », puisque « *tout changement dans un système provoque dans celui-ci l'apparition de forces contraires au changement et se donnant pour objectifs de revenir à la situation antérieure.* »⁶³

Les sources de résistance au changement vont être multiples, elles proviennent à la fois : de la structure, de l'individu, du processus d'implantation et du groupe. Changer est un processus global où il faut tenir compte de chaque élément.

Pour certains auteurs, comme G. CARTON, le changement est tributaire du **processus d'implantation** pour chaque individu: « *Le temps nécessaire pour nous adapter à un changement est différent selon que nous soyons promoteur ou sujet d'un changement et selon que le changement soit souhaité ou contraint* ». ⁶⁴

LEWIN, quant à lui décrit « *les équilibres quasi-stationnaires* » dans les groupes ou le principe d'inertie. La première cause de résistance au changement est le conformisme, d'où la nécessité de casser les **normes du groupe**, de « *décristalliser* ».

Selon KUBLER-ROSS, le changement peut se rapprocher du processus de deuil⁶⁵. Le cycle de réponse au deuil se décrit en plusieurs étapes successives à partir de l'annonce du changement. Il s'ensuit pour chaque individu et en particulier si cet individu est au sein d'un groupe, **7 phases de préoccupations**⁶⁶: tout d'abord il n'a *aucune préoccupation envers le changement*, puis des *préoccupations centrées sur le destinataire*, puis *centrées sur l'organisation, sur le changement, sur l'expérimentation, sur la collaboration*, et enfin des *préoccupations centrées sur l'amélioration continue*. Les équipes vont donc vivre plusieurs phases à titre individuel ou collectif.

⁶² BAREIL Céline, MEUNIER Sophie, SAVOIE André. *Phases de préoccupations et comportements de soutien et de résistance au changement*. Intervention Université de Montréal. 2004, p22.

⁶³ Formation. *Management des équipes, développement des compétences*. Suivie en 2010, Hôpital de Pontoise.

⁶⁴ CARTON Gérard-Dominique. *Op.cit.* p 23.

⁶⁵ VANDANGEON Isabelle. *GRH et conduite du changement*. Master 1 management et santé. IAE Créteil. Cours du 18/01/2012.

⁶⁶ BAREIL Céline. *Gérer le volet humain du changement*. Editions transcontinental. 2004, p81.

ROBBINS et DECENZO affirment que : « *Le changement est une modification durable apportée à l'environnement, la structure, la technologie ou au personnel d'une organisation en vue d'une amélioration significative de son fonctionnement et de sa performance. Sans celui-ci, le travail du manager s'en trouverait simplifié, dans le contexte d'un lendemain identique au présent.* »⁶⁷ Ici la notion de recherche d'amélioration par le changement peut avoir un effet positif pour l'équipe.

Les individus qui constituent l'équipe peuvent donc être forces de levier s'ils sont partie prenante dans la construction du projet. A contrario, ils peuvent être aussi un frein et ralentir le processus de changement.

« *Réfléchir aux notions, concepts ou pratiques dans le domaine du management amène à s'interroger sur les éléments de contexte avec lesquels les managers doivent composer. Les changements économiques, les évolutions sociales et sociétales, les transformations des organisations de travail, les différences d'approches et de mentalités selon les générations, sont autant de facteurs à prendre en considération.* »⁶⁸

Les changements vécus dans les établissements de soins sont multiples. Ils se situent à différentes échelles (nationale, d'établissement ou du service) et touchent différents acteurs avec des implications et des points de vue divers (décisionnaire ou exécutant).

Lors de ces changements, les individus s'inscrivent dans des dynamiques complexes.

Pour les équipes en général et les individus en particulier, la notion d'appartenance apparaît comme un socle pour les soignants, le besoin de sécurité est essentiel dans ces périodes de mouvance.

Les équipes peuvent réagir face au changement par l'inertie ou la résistance.

Ici les rôles des responsables institutionnels et des cadres de santé en particulier, vont être prépondérants dans l'accompagnement en vue de l'acceptation et de la réalisation des changements.

« *Les managers, soumis eux aussi à ce rythme de transformation, sont les principaux facteurs de réussite de l'adaptation de leurs collaborateurs et de réponse à leurs attentes. Ceci explique pourquoi les modes de management connaissent des évolutions importantes.* »⁶⁹

Approfondissons donc maintenant la notion de management.

⁶⁷ ROBBINS Stephen, DECENZO David. *Op.cit.* p 192.

⁶⁸ MINET Francis, *Le management, entre notions, concepts et pratiques, dans le contexte hospitalier.* Recherche en soins infirmiers. n° 91 - Décembre 2007, p24.

⁶⁹ MINET Francis. *Op.cit.* p26.

2.3 Le management

Le terme de management, réservé au monde industriel dans un premier temps, s'est installé dans les établissements de soins depuis quelques années.

2.3.1 Du cadre de santé au manager

La première école de cadre a été créée par la Croix-Rouge Française, puis par décret en 1958⁷⁰ la formation est rendue nécessaire pour encadrer les équipes. Jusqu'en 1975, c'est en général une infirmière experte qui devient **surveillante**. C'est ensuite par le certificat de cadre infirmier en octobre 1975 qu'apparaît un métier d'encadrement à part entière dans les hôpitaux.

C'est en 2001 que le statut de **cadre de santé** voit le jour. En 1995, d'autres métiers paramédicaux peuvent accéder à la formation de cadre. « *Les agents du grade de cadre de santé exercent : des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements.* »⁷¹

Ce statut relativement récent s'est rapidement transformé et l'enjeu du management des organisations est devenu essentiel pour les instances: tant au niveau des établissements que dans les services, soucieux de la qualité des soins mais aussi de la **qualité de l'encadrement des soignants**. Les surveillants d'hier qui encadraient une équipe dans " leur " service sont devenus au fil du temps des cadres de santé qui " managent " des équipes dans un contexte sanitaire en pleine mutation.

Dès 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit le management comme un « *Ensemble de techniques de direction, d'organisation et de gestion des entreprises, des associations ou des organisations.* »⁷² Elle a élaboré un Guide d'autodiagnostic des pratiques de management ayant pour objectif d' « *Aider les établissements de santé publics et privés désireux d'évaluer la qualité de leur management et de s'inscrire ainsi dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, tant au niveau central que déconcentré (des services, pôles, départements...).* »⁷³

« *Dans un environnement mouvant, où le changement n'est plus un événement ponctuel, mais un mouvement permanent, il est nécessaire de rompre avec l'approche classique de la conduite du changement.* »⁷⁴

Aujourd'hui La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), définit la fonction de « **Cadre responsable d'unité de soins** » comme ceci: « *Organiser l'activité paramédicale, animer*

⁷⁰ Décret 58-1104 du 14 novembre 1958.

⁷¹ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

⁷² HAS. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Janvier 2005. p36.

⁷³ *Ibidem*. P6.

⁷⁴ www.manageris.com/fr-synthese-le-leadership-adaptatif-condition-de-performance-durable-422.html. *Le leadership adaptatif, condition de performance*. Consulté le 14/02/12.

l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. »⁷⁵

Actuellement, le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et la DGOS, ont réuni un groupe de travail afin d'établir un référentiel d'activité des cadres de santé. « *Le groupe souhaite intégrer le terme "management des soins" et enrichir la définition initiale du répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière.* »⁷⁶ Ce terme devient donc aujourd'hui une réalité de terrain et non plus uniquement un "concept" retrouvé dans la littérature.

Avant d'envisager l'impact de cette mutation sur les actions et la posture du cadre de santé, envisageons les différents concepts liés à la notion de management.

2.3.2 Différentes approches managériales

Dans la littérature de nombreuses orientations et une large terminologie autour du management sont décrites. Nous ne serons pas exhaustifs mais, allons envisager dans notre contexte de changement, plusieurs aspects du management qui s'inscrivent dans une démarche de gestion d'équipes.

Le dictionnaire interministériel de l'administration et de la fonction publique définit le terme de **manager** ainsi : « *Diriger, mobiliser, animer et valoriser les membres d'une équipe placée sous sa responsabilité, en évaluer le potentiel, en vue d'atteindre un objectif ou de remplir une mission. Obtenir la confiance de ses collaborateurs et les entraîner dans la poursuite d'un objectif partagé.* »⁷⁷

MINTZBERG, dans son ouvrage paru en 1989: *Le Management, voyage au centre des organisations*, affirme que les cadres ont de nombreuses compétences et activités qu'il a classifiées en 10 **rôles** communs. « *Représentant, Leader, Agent de liaison, Guide, Propagateur d'informations, Porte-parole, Entrepreneur, Régulateur, Répartiteur, Négociateur.* »⁷⁸ Il a répertorié 3 **types d'activités**: les « *activités de contact, interpersonnelles* », celles concernant « *l'information* », et enfin les « *activités de décisions* ».

⁷⁵ Ministère de la santé et des sports. *Cadre responsable d'unité de soins*. Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Direction Générale de l'Offre de Soins. p 1.

⁷⁶ Groupe de travail-référentiel d'activité des cadres de santé. *Compte rendu de réunion du groupe*. Janvier 2012. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et DGOS. p3.

⁷⁷ VERDIER Jean-François. *Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'État*. 2ème édition. 2010. p 87.

⁷⁸ DUMOND Jean-Paul. *Op.cit.* Cours du 22/09/2011.

Plus récemment, la HAS s'accorde à positionner le manager autour de **5 fonctions**: « *Un consensus semble se former sur une caractérisation du management à partir de cinq fonctions : prévoir; organiser ; décider ; motiver ; évaluer* ». ⁷⁹

Des activités et des fonctions décrites ci-dessus émerge la notion du **management situationnel** proposée par HERSEY et BLANCHARD⁸⁰, celui-ci identifie quatre styles: *dirigé, entraîné, épaulé et délégué*. Ici le manager va choisir et adapter son style de management en fonction des agents: de leur maturité, de leur degré d'autonomie, de leurs compétences et de leur engagement professionnel. Plus un agent ou une équipe se développe plus le leader va réduire son contrôle ici, le manager est reconnu grâce à son adaptabilité à l'équipe.

Etroitement liée à la notion de management, nous voyons apparaître la notion de leader.

Le **leadership** est donc une notion qui s'impose ici.⁸¹ C'est une position dominante du manager qui s'établit entre lui et la majorité des membres du groupe, dans la poursuite d'un objectif partagé ; c'est une relation temporaire qui implique la reconnaissance du groupe. Le charisme est en revanche une notion différente. C'est alors une qualité innée retrouvée chez certaines personnes, qui permet d'avoir une autorité sur le groupe.

Le **leadership charismatique** est un prolongement de ces deux positions, « *les subordonnés, face à certains comportements, attribuent au leader des compétences extraordinaires ou héroïques* »⁸². Le leader charismatique est confiant de sa position avec des compétences de visionnaire également. Les leaders charismatiques ont selon CONGER et KANUNGO en 1988, sept caractéristiques. Ils apparaissent entre autre comme vecteurs du changement radical, refusant le statu quo. Ils sont sensibles à l'environnement et savent formuler leur vision avec conviction.

Le **leader visionnaire** va quant à lui être dans « *la capacité de concevoir et dénoncer une vision réaliste, crédible et attractive du futur, correspondant à une évolution positive de la situation présente* »⁸³. Il va alors « *assurer l'investissement et la compréhension de ses collaborateurs quel que soit le service ou l'endroit où il travaille* ». ⁸⁴ Il explique, donne du sens au changement en l'intégrant dans un contexte.

Selon DECKER et ROTONDO, pour certains managers, nous retrouvons une forme de **leadership d'équipe** comme une aptitude naturelle. Mais ces leaders sont peu nombreux soit environ 15 % des managers. A l'inverse, d'autres (15 % des managers également) ne réussiront pas

⁷⁹ HAS. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Janvier 2005. p8.

⁸⁰ ROBBINS Stephen, DECENZO David. *Op.cit.* p 339.

⁸¹ LEDESMA Enrique. Cours. U.E.5.5 introductions aux pratiques managériales. Master 1, "management et santé ".Le 30/09/11.

⁸² ROBBINS Stephen, DECENZO David. *Op.cit.* p 341.

⁸³ *Ibidem.* p 343.

⁸⁴ *Ibidem.* p 357.

à gérer une équipe car « *cela va à l'encontre de leur personnalité* ». « *Entre les deux, il y a un nombre très important de gens pour qui le leadership d'équipe n'a rien de naturel, mais qui sont capables d'apprendre* »⁸⁵

Ici, les quatre rôles spécifiques d'un « *chef d'équipe efficace* » vont être : « *s'occuper des rapports avec les entités externes, résoudre les problèmes, gérer les conflits et animer son équipe.* »⁸⁶

Si tous les auteurs proposent des classifications quelque peu différentes, ils s'accordent tous à dire que la place du responsable de l'équipe en tant que leader est prépondérante.

Au sein des établissements, le rôle des cadres de santé a été modifié ainsi que leur formation, leur rôle de " **manager d'équipe** " évolue, leur place auprès des équipes également.

« *L'encadrement, encore plus que d'autres salariés, est confronté aux incertitudes et aux conflits, et est avide d'outils pour y faire face. Le management est la méthodologie de travail aujourd'hui la plus répandue à cet effet.* »⁸⁷ Si F. MISPELBLOM MEYER porte un regard critique sur ce terme de management, nous allons pourtant nous y attarder et en extraire des pistes de réflexion concernant le "comment être" cadre de santé au quotidien.

2.3.3 Le manager en établissement de soins

Aujourd'hui le "cadre manager" est clairement positionné **au sein d'une structure** où les valeurs humanistes sont toujours profondément ancrées mais, où le contexte sanitaire actuel le situe selon Paule BOURRET à l'interstice entre différentes logiques.

La particularité de l'organisation hiérarchique se retrouve dans l'approche documentaire que nous avons étudiée. Les missions du cadre de santé sont multiples et surtout en lien avec " les hommes ", le CDS est en général lié à une ou des équipes. Nous ne nous attarderons dans ce mémoire qu'aux **cadres de proximité** en charge d'une équipe pluridisciplinaire et rattachés directement à un service ou à une unité de soins.

La tâche est complexe car le cadre est contraint par les exigences et les objectifs de la structure dans laquelle il exerce. Il devra choisir son mode de management en fonction de ses collaborateurs et des facteurs liés à l'établissement.

Le manager aura différents modes d'expression selon LEWIN : *autoritaire, laxiste ou démocratique*. Ces trois types d'expression vont donner la " couleur " du management principal du

⁸⁵ *Ibidem*, p 347.

⁸⁶ *Ibidem*, p 357.

⁸⁷ MISPELBLOM BEYER Frederik. *Op.cit.* p 272.

cadre. Nous allons nous intéresser à différents styles de management, nous ne serons pas exhaustifs mais voyagerons autour de différentes approches managériales.

L'objectif du cadre n'est pas d'imposer un management *directif* basé sur une approche autocrate. Il s'agit de se familiariser avec des approches plus souples: celles de l'ordre, de la stimulation et de la persuasion. Ces notions s'illustrent dans le management *explicatif*. On peut également utiliser un management *délégitif* basé sur la confiance et la responsabilisation (tout en gardant la responsabilité et le contrôle), sans occulter le management *participatif* basé sur des modes d'expressions démocratiques.

« *Les ressources du changement ne se trouvent nulle part ailleurs que dans le système concerné par le changement.* »⁸⁸ La place donnée à l'équipe va donc être prépondérante.

Nous avons évoqué ci-dessus tous les changements auxquels se trouvent confrontés les établissements de soins, voyons la théorie développée par Robert HOUSE concernant la **théorie de l'objectif-trajectoire**⁸⁹. Il y définit deux classes de variables de contingence : l'une concernant *l'environnement* ou l'autre *propre à l'individu*. Le leader va donner à chacun des instructions et offrir le soutien nécessaire à l'atteinte d'objectifs professionnels compatibles entre le groupe et l'entreprise. HOUSE va définir quatre comportements de leaders : *directif, bienveillant, participatif et oriente vers l'accomplissement*. Ici on aborde la flexibilité du leader qui adoptera l'un ou l'autre des styles en fonction de la situation et du contexte.

« *Il s'agit de savoir trouver le juste milieu pour ne pas être autocrate, paternaliste, opportuniste, bureaucrate ni utopiste. Un bon manager est un manager qui fixe ses méthodes suivant son environnement et sait les changer lorsque ce dernier évolue.* »⁹⁰

Les cadres de " santé manager " sont « *soumis eux aussi à ce rythme de transformation, sont les principaux facteurs de réussite de l'adaptation de leurs collaborateurs et de réponse à leurs attentes. Ceci explique pourquoi les modes de management connaissent des évolutions importantes* »⁹¹

Le manager qui est en responsabilité de son équipe va donc prendre différentes formes d'action en tant que leader.

Il est évident au terme de nos lectures que l'efficacité du management dépend également de la situation dans laquelle le manager se trouve. Le cadre de santé va prendre sa position de **responsable d'équipe**, de capitaine comme nous l'avions vu en évoquant la notion d'équipe.

⁸⁸ KOURILSKY Françoise. *Du désir au plaisir de changer*. 4^{ème} édition. Dunod: Belgique, juillet 2009, p16.

⁸⁹ ROBBINS Stephen, DECENZO David. *Op.cit.* p 335.

⁹⁰ MERLE DES ISLES, GUERIN, SAGNIEZ. Rapport collectif : les Différents Styles de Management. p11 http://ww2.eivp-paris.fr/dptmanagement/uploads/Documents%20t%C3%A9%20chargeables/Stage%20encadrement/diff_styles_management.pdf

⁹¹ MINET Francis, *Op cit*, p26

« Pour les soignants interrogés, le cadre de santé doit être "le chef d'orchestre" du changement, le lien entre les différents protagonistes. »⁹²

2.3.4 Le cadre de santé auprès de l'équipe

Bien que le cadre de santé soit un acteur de proximité qui agit « dans l'intériorité de chacun des groupes, il amène l'extériorité, celles des autres groupes professionnels, celle de l'extérieur du service et de l'extérieur de l'hôpital. C'est peut-être aussi pour cela qu'il est qualifié d'"extérieur" ». ⁹³ Ici, selon P. BOURRET, la place du cadre de santé est à l'extérieur de l'équipe.

Dans la première partie du document, nous avons pris comme option que le CDS pouvait faire partie de l'équipe ; dans cette partie du document et pour des questions de clarté, lorsque nous évoquerons l'équipe, il faudra entendre: l'ensemble des agents sous la responsabilité hiérarchique du CDS.

L'équipe porte bien évidemment un regard sur le cadre de proximité : "son" cadre. Les agents sont attentifs à la présence physique du CDS en terme de temps mais aussi dans la manière dont le cadre est présent auprès d'eux; sur ses actions et sa façon d'agir "pour" l'équipe et "avec"elle.

« Sa présence, son absence ont valeur de signes à interpréter. Son action est prise entre deux sens : celui qu'il donne, son intention, et celui que les autres donnent à son action. Il doit anticiper le sens qui va être donné à ses actes. Sa présence est un acte signifiant en partie fixé et compris par tous ; y déroger produit de l'évènement qui lui demande d'inventer de nouvelles stratégies pour renégocier le sens de sa présence.»⁹⁴

Le cadre de santé est "à la tête" d'une équipe pluri professionnelle. Il est bien extérieur au groupe, il va cependant devoir être intégré à celui-ci et être reconnu en tant que leader. Il est aussi « responsable de l'atteinte des résultats. Mais il ne peut produire ces résultats lui-même : il dépend pour cela de ses équipes. Quelles qualités développer pour soutenir la performance de ses équipes ? »⁹⁵

De l'accompagnement du cadre et de son adaptation aux équipes dépendra en partie la dynamique et l'identité d'équipe.

Concernant les cadres : « Leur position les conduit à faire un travail de mise en relation, à jouer un rôle de médiation, d'intermédiaire, entre les logiques, des personnes et des groupes »⁹⁶.

⁹² BETTLER Véronique. Restructuration et communication : quels enjeux pour les cadres ?. Dossier : communication interne, les nouvelles donnes. *Soins Cadres de santé*. Février 2007, N°61, p 24.

⁹³ BOURRET Paule. *Op.cit.* p 110.

⁹⁴ BOURRET Paule. *Op.cit.* p. 110.

⁹⁵ *Le leadership adaptatif, condition de performance durable. Op cit.* Consulté le 14/02/12.

⁹⁶ BOURRET Paule. *Op.cit.* p53.

Les objectifs des cadres de santé sont multiples et variés, il est clair que le travail auprès d'une ou plusieurs équipes nécessite d'être attentif aux relations entre les agents eux-mêmes mais aussi entre les agents et le cadre.

Réussir un travail et s'assurer de la mobilisation de l'équipe passe par la gestion des relations "humaines"; le CDS va favoriser les échanges d'informations, expliquer, transmettre des consignes ou différentes notions en adaptant ses moyens de communication à l'équipe.

2.3.5 La communication : un outil du management

« La crise de l'hôpital renvoie à une difficulté majeure des organisations de notre temps, la difficulté du « faire ensemble ».⁹⁷ Mais comment faire ensemble sans communiquer ?

Le Dictionnaire des compétences d'Etat donne cette définition de communiquer : « *Établir une relation avec autrui en transmettant une information, en délivrant un message clair et compréhensible et en s'assurant de sa bonne réception.* »⁹⁸

Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière⁹⁹ attribue au cadre responsable d'unité de soins des activités ainsi référencées: l'« **Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels** », avec des savoir-faire requis tels que: « *Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence* » et « *Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes* ».

A travers la communication, le cadre a toujours besoin de: « *dire, diffuser, faire connaître, transmettre ou taire, partager, expliquer, révéler ou dissimuler préserver, confier, relier, insuffler, enseigner...* »¹⁰⁰, mais il va aussi devoir entendre et écouter.

Communiquer est un **besoin** lorsque deux individus sont en interaction. La communication est alors un outil managérial pour atteindre un objectif auprès de l'équipe.

« *La plupart des outils utilisés pour améliorer les processus d'équipe relèvent du domaine des communications : séances d'information, séances bilans, SAER (Situation-Antécédents-Evaluation-Recommandation), langage assertif, langage critique, langage commun, communication en boucle fermée, écoute active et annonces* »¹⁰¹. Ces moyens seront utilisés de manière formelle ou informelle suivant le contexte et l'objectif.

⁹⁷ CLAVERANNE J.-P., L'hôpital en chantier : du ménagement au management, *Revue Française de gestion* 2003/ 5, n°146, pp. 125-129.p 128.

⁹⁸ Dictionnaire des compétences d'état. Disponible sur www.acteurspublics.com/files/DictionnaireCompetences.pdf p43.

⁹⁹ Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière. *Op.cit.* p1.

¹⁰⁰ Synonymes de communiquer dans Le Robert Illustré.

¹⁰¹ LISHA Lo. *Op.cit.* p 54.

Les notions: d'émetteurs, de récepteurs, de message, de canal, de codage; de rétroaction et de feedback vont être essentielles à travailler pour gérer une équipe car, la difficulté n'est pas tant de communiquer "sur"¹⁰² un sujet mais, de communiquer "vers" ou "avec" d'autres personnes.

Communiquer est une nécessité dans une équipe. De nombreux outils existent et chaque cadre va devoir adapter son mode de communication en fonction du nombre d'intervenants, du lieu et du contexte de la relation.

Nous avons vu précédemment combien le contexte des établissements de soins est en évolution ; comment la fonction de cadre évolue et comment les actions managériales se complexifient du fait de ces nombreux changements.

Le "cadre manager" doit donc: « Définir et mettre en œuvre des méthodes, des mesures et des dispositifs permettant de faciliter et de réaliser l'évolution vers une nouvelle situation ou de mettre en œuvre une nouvelle procédure, tout en gérant les résistances. »¹⁰³

Il peut aussi s'appuyer sur l'« intelligence collective » qui « naît du partage de la connaissance au sein d'un groupe, elle émerge selon un processus down-up, et ne peut donc être imposée par un pouvoir hiérarchique. »¹⁰⁴

« Observer une intelligence collective c'est surtout commenter l'émergence de coordination entre intérêts individuels et collectifs. Il ne peut y avoir d'intelligence collective sans intelligence individuelle, ce qui compte c'est la relation entre les deux. »¹⁰⁵ La place du cadre ne serait-elle pas cette relation entre les deux?

Si l'on reconnaît cette intelligence collective d'équipe dans l'accompagnement au changement, la communication avec les agents et le management participatif s'imposent alors.

« La fonction motivation est une dimension essentielle du management bien qu'elle soit difficile à définir et à mettre en procédure. »¹⁰⁶

Si « le principe même de l'encadrement d'une unité de soins n'a pas véritablement évolué, (...) l'environnement du soin est complètement bouleversé ». SAINSAULIEU en conclut que les cadres de santé sont attendus « dans une adaptation nécessaire »¹⁰⁷

¹⁰² POILROUX Richard. *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux*. Audit hôpital. Berger-Levrault.Paris, 2000, p25.

¹⁰³ Dictionnaire de compétences d'état. *Op.cit.* p49.

¹⁰⁴ <http://k.cognitic.com/cognition>. Consulté le 7/03/12.

¹⁰⁵ *Ibidem*

¹⁰⁶ HAS. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Janvier 2005.p24.

¹⁰⁷ Sous la direction d'Ivan SAINSAULIEU. *Fonction cadre de santé-Gestion des ressources humaines. Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*. Edition Lamarre, Juin 2008, Pays-Bas, p 201.

Le cadre de santé est un manager qui s'adapte à son environnement en changement, il adapte son style de management en fonction des situations rencontrées. Il encadre une ou des équipes et va également modifier son approche en fonction des agents qui composent son équipe, de leurs compétences évaluées, de leurs individualités mais aussi de l'identité d'équipe si elle existe. Sa présence et son " style " seront également spécifiques en fonction de sa personnalité et de ses valeurs professionnelles.

Le vécu du changement par l'équipe dépendra en partie de son approche managériale.

Il est évident que le travail présenté ici a quelques limites.

L'ensemble des lectures menées pour établir le cadre conceptuel a été plus riche mais, le rendu écrit nous impose de faire des choix. Nous avons renoncé notamment à évoquer certains aspects du management.

Cependant, cette étape nous a permis de prendre du recul sur notre pratique en tant que cadre faisant fonction et sur les notions abordées durant cette année d'IFCS. En effet, ce travail de recherche documentaire s'est avéré constructif dans l'élaboration de notre future identité professionnelle de cadre de santé.

3 Problématique et hypothèses

En début de travail ma problématique s'était posée en ces termes :

**Dans le contexte sanitaire actuel en mouvement, le cadre de santé responsable de deux équipes, va-t-il devoir adapter son management à chaque identité ?
ou va-t-il tenter de les rassembler autour d'un dénominateur commun ?**

Au terme de mes lectures et réflexions autour des concepts d'équipe, de changement et de management, mon raisonnement s'est quelque peu modifié et éclairé.

Le cadre de santé, en tant que personne, s'est construit une **identité de soignant** au sein d'une équipe.

Puis, dans le respect de ses valeurs il a développé son **identité de manager**.

Il va ensuite être responsable d'une **équipe** située dans un certain **contexte**: celui de la structure hospitalière en général et celui d'un service en particulier.

Il va devoir également ajuster son management au vu des situations et essentiellement en fonction des **changements** vécus par les équipes dont il a la charge.

Il va suivre sa **ligne managériale** en tenant compte ou non de l'**identité groupale** de chaque équipe.

Pour notre étude, nous nous intéressons à la prise en charge par un cadre de santé, d'une équipe suite à une restructuration. La nouvelle équipe est composée de plusieurs personnes venant de différentes équipes ayant chacune des identités groupales spécifiques.

Différentes approches managériales sont possibles avec des délais de mise en application et des résultats différents:

- Le cadre faisant table rase de ce qui n'est plus, impose d'emblée l'adoption d'une identité commune à un ensemble de personnes qui ne forme pas encore une réelle équipe.
- Le cadre s'appuie sur l'identité de chaque équipe, il utilise les expériences et atouts de chacune comme levier d'amélioration dans les nouvelles organisations. Ici, l'identité d'équipe est construite sous l'impulsion du cadre et portée par le groupe dans le travail.
- Le cadre garde les identités propres à chacune des équipes comme support "solide" pour appréhender cette phase de changement. La nouvelle identité d'équipe se créera d'elle-même sur le moyen, voire le long terme.

Aujourd'hui je vais orienter mon travail autour de ces deux hypothèses :

Dans un contexte de changement, la construction identitaire de l'équipe dépend de l'approche managériale du cadre auprès des soignants.

Des agents à fort ancrage professionnel ou ayant des personnalités charismatiques peuvent orienter la " coloration " de l'identité d'équipe.

4 Méthodologie de la recherche

Dans le cadre du travail de recherche il m'apparaît incontournable d'étudier les points de vue des acteurs du changement: les cadres de santé et les équipes. Il s'agit pour moi d'effectuer des « *entretiens de recherche* »¹⁰⁸ auprès des cadres de proximité ayant vécu des changements dans l'organisation structurelle des équipes dont ils ont la charge.

Je souhaite également me rapprocher de leurs équipes paramédicales et recueillir leur vécu au travers de questionnaires.

4.1 Des entretiens semi-directifs auprès des cadres de proximité

4.1.1 Objectifs attendus

Grâce aux expériences des cadres de santé que je vais interroger, je vais pouvoir mettre en perspective mes hypothèses. Le choix de ces cadres est important: ils devront avoir des expériences ou des lieux d'exercice différents afin d'être plus représentatifs.

4.1.2 Construction des guides d'entretien

*« Les entretiens semi directifs sont menés sur la base d'un entretien constitué de différents « thèmes questions » préalablement élaborés en fonction des hypothèses. Un guide d'entretien comprend généralement une douzaine de thèmes questions qui, sauf exception à justifier, seront abordés dans un ordre à chaque fois identique. »*¹⁰⁹ Il s'agit pour moi d'établir des questions qui vont les interpeller et les intéresser. Je pars donc sur une douzaine de questions comprenant des questions fermées, ouvertes et/ou semi-ouvertes.

J'ai dû me limiter pour ne pas avoir trop de questions ouvertes, l'élaboration des réponses auraient été trop chronophage.

Chaque entretien doit durer entre 45 minutes et une heure, les cadres qui m'accueillent ne pouvant m'accorder davantage de temps.

4.1.3 Tests et modifications

J'ai soumis ma grille d'entretiens à deux collègues : un cadre de santé et un étudiant cadre. Ils ont émis des remarques pertinentes quant aux termes que j'avais choisi, j'en ai donc modifié certains. Je décide de garder plus de 12 questions, certaines ne seront pas utilisées si le cadre est très occupé. Je n'ai cependant pas testé dans un entretien réel le déroulé de la grille. Le temps imparti était trop court et le nombre de cadres répondant à mes critères de choix¹¹⁰ était limité.

¹⁰⁸ ALBARELLO Luc. *Op.cit.* p 65-81.

¹⁰⁹ ALBARELLO Luc. *Op.cit.* p69.

¹¹⁰ Cf Annexe II: Les guides d'entretiens des cadres de santé.

4.2 Des questionnaires auprès des équipes

4.2.1 Objectifs attendus

Si les cadres de santé que je vais interroger m'autorisent à donner mes questionnaires à leurs équipes paramédicales, l'intérêt sera alors pour moi optimal. En effet, je pourrai ainsi comparer les intentions des cadres aux réalités vécues et ressenties par les agents sur le terrain.

Dans le cas contraire, je distribuerai mes questionnaires à des soignants ayant vécu un changement dans leur organisation d'équipe. Dans ce cas de figure je serai privée de cette comparaison possible entre les volontés du cadre et le vécu des équipes.

4.2.2 Construction des questionnaires

Afin d'éviter une perte de temps (si je devais remplir les questionnaires avec les soignants), je choisis d'élaborer des questionnaires "auto administrés".

La première étape étant celle de la formulation des questions.

Il m'est apparu relativement simple de construire les questions concernant le talon. Ensuite, j'ai dû être attentive à chaque question, définir si je les souhaitais fermées, ouvertes et/ou semi-ouvertes. Il me fallait atteindre un niveau de précision pertinent, être attentive à ce que « *chaque mot utilisé dans un questionnaire dès lors évalué et soigneusement choisi en tenant compte de la population à laquelle le questionnaire est adressé. Une question ne doit comprendre qu'une seule idée* »¹¹¹, afin d'éviter d'introduire des biais et de rester cohérente dans le déroulé du questionnaire.

Je déposerai enfin mes questionnaires dans les services avec l'accord des cadres de santé, je les confierai aux équipes avec une enveloppe de retour pour l'ensemble des documents remplis en indiquant une date de retour fixe pour les récupérer.

4.2.3 Tests et modifications

Une fois construits, j'ai testé les questionnaires auprès de personnes extérieures à mon sujet de travail (je voulais m'assurer d'avoir des questions univoques) puis, auprès de professionnels de la santé pour vérifier la pertinence des questions.

J'ai créé de nombreuses versions avant de finaliser. J'ai eu quelques remarques concernant les tableaux mis en fin de questionnaire, certaines personnes considérant qu'ils seraient peut être complexes à remplir pour les soignants mais, j'ai décidé de les conserver en comptant sur les compétences et l'intérêt des soignants concernant le sujet.

¹¹¹ ALBARELLO Luc. *Op.cit.* p100-119.

J'ai ensuite effectué un test en amont auprès de deux infirmières de terrain pour évaluer le temps nécessaire à l'élaboration des réponses, il leur a fallu de 8 à 10 minutes. Ce temps m'a semblé correct et gérable par les professionnels de terrain.

Mes supports étant construits j'allais pouvoir débiter mes entretiens avec les cadres puis confier mes questionnaires aux équipes.¹¹²

4.3 La phase d'exploration des données

J'ai contacté plusieurs cadres de santé de la région parisienne afin de les rencontrer pour l'entretien et distribuer les questionnaires à leurs équipes. J'ai convenu de rendez-vous avec 4 d'entre elles. Cette phase de recueil de données s'est donc déroulée en deux étapes.

Les entretiens ont pris différentes formes compte tenu des obligations de chacune des cadres.

La cadre 1 m'a reçue dans son bureau, en début de matinée après les transmissions aux médecins. Nous avons été dérangées 5 fois par quelqu'un qui frappait à la porte pour un renseignement et une fois par le téléphone.

La cadre 2 n'a pas souhaité me rencontrer dans son service craignant d'être dérangée et de ne pas être suffisamment à l'écoute pendant l'entretien. Je connaissais cette cadre, elle m'a donc proposé d'effectuer l'entretien à son domicile où elle était détendue. Nous étions seules, elle avait mis de côté son téléphone.

La cadre 3 m'a reçue dans son bureau, en début d'après-midi. Elle a prévenu l'équipe et affiché un panneau « Ne pas déranger : entretien » sur la porte de son bureau. Elle a été dérangée par le téléphone en tout début d'entretien et a donc décidé de l'éteindre totalement afin de ne pas être interrompue à nouveau. Nous n'avons plus été interrompues.

La cadre 4 : l'entretien a été reporté puis n'a malheureusement pas pu avoir lieu. Je lui ai fait parvenir mon guide d'entretien par mail afin qu'elle y réponde dans les grandes lignes. Ce que je rapporte ici n'est finalement pas un entretien réel. J'ai choisi malgré tout d'intégrer les données recueillies car ses réponses apportaient des notions complémentaires. Tout au long du travail, pour des questions de facilité d'expression, j'évoquerai ces réponses données par mail comme un entretien.

Compte tenu de l'avancement de mes travaux, je n'ai pas pu rencontrer de cadre supplémentaire.

¹¹² Cf Annexe III : Les questionnaires des équipes paramédicales.

Voici un bref récapitulatif du contexte de chacune.

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4
Structure	Etablissement public, région parisienne	Etablissement public, région parisienne	Etablissement privé à but lucratif, Région parisienne	Etablissement public, région parisienne
Service	Unité de Soins Palliatifs	HDJ de médecine	SSR oncologie avec lits dédiés soins palliatifs.	Pneumologie – cancérologie.
Ancienneté du changement	3 ans	5 ans	2 ans	4 mois
Spécificité du changement principal.	Unité créée en 2009 et déménagement en septembre 2011, dans des locaux spécialement réhabilités.	Unité créée en 2007, dans locaux provisoires, toujours utilisés.	Déménagement et regroupement de 2 spécialités.	Mise en place de lits d'HDS oncologie sur le service pneumologie.
Ancienneté dans le service	Cadre arrivée sur l'unité au moment du déménagement.	« Faisant fonction » de cadre, depuis 2 ans. Issue de l'équipe soignante au moment du changement	Cadre de l'unité depuis 3 ans.	Cadre en poste sur l'établissement depuis 7 mois.

5 L'analyse des données

5.1 L'analyse des entretiens

Suite à ces entretiens, j'ai retranscrit la totalité des données recueillies lors des enregistrements.¹¹³

« *L'analyse qualitative des données récoltées par entretiens se propose de rechercher les manières de voir les choses de la part des acteurs étudiés.* »¹¹⁴

Lors de la relecture, 4 grands thèmes me sont apparus, j'ai donc répertorié les phrases de chacune se rapportant à chaque thème et je les ai triées sans les modifier.

Voici les thèmes retrouvés:

Comment est vécu le changement	L'accompagnement au changement	Les sentiments d'appartenance de l'équipe	La construction identitaire de l'équipe
<ul style="list-style-type: none">• Le vécu des cadres.• Le vécu des équipes (selon les CDS)	<ul style="list-style-type: none">• Par l'institution.• Par les cadres.	<ul style="list-style-type: none">• A l'institution.• Au médecin responsable de service.• au cadre du service.• A un lieu.• A une pathologie, ou un mode de prise en charge.• A une personne charismatique.• A un pôle.	<ul style="list-style-type: none">• Par qui?• les facteurs favorisants.• Les freins.

Pour des raisons pratiques, j'ai choisi un code couleur me permettant de distinguer chaque interlocutrice:

- La cadre 1 : **C1 en noir.**
- La cadre 2 : **C2 en bleu.**
- La cadre 3 : **C3 en rouge.**
- La cadre 4 : **C4 en vert.**

Afin de synthétiser les idées de l'ensemble des cadres, j'ai retranscrit les idées principales de chacune sous forme de tableau. Pour chaque thème, les points sont retranscrits en quelques mots, puis un récapitulatif est fait pour chaque « sous partie » et enfin une synthèse est réalisée pour chacun des 4 grands thèmes.

¹¹³ Cf ANNEXE IV : Les entretiens retranscrits. et ANNEXE V: L'entretien du cadre par mail.

¹¹⁴ ALBARELLO Luc. *Op.cit.* p 64.

5.1.1 Comment est vécu le changement ?

1-a : Le vécu des cadres			
Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4
<ul style="list-style-type: none"> - Volonté institutionnelle. - Départ "forcé" du chef de service. 	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté institutionnelle. - Regrouper des spécialités de façon logique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté institutionnelle. - Adapter l'effectif à l'activité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté institutionnelle. - Fluidité des lits. - Pérennité d'une activité.
<ul style="list-style-type: none"> • Le changement est dans chaque cas une volonté institutionnelle, dans un objectif d'efficience qui apparaît bien accepté par les CDS. La cadre 1 n'étant pas présente à l'époque du changement, elle ne porte pas de jugement sur cette décision institutionnelle du départ forcé du chef de service. 			
1-b : Le vécu des équipes (selon les CDS)			
<ul style="list-style-type: none"> - Equipe en désaccord avec la direction concernant le départ du chef de service. - Deux identités d'équipes pour un même service : vécu difficile. - Sentiment de perte d'identité. - Souffrance et malaise, prennent des proportions graves. - Dans la région les gens sont habitués. - Moins difficile pour les jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe en accord total avec le projet de création de service. - Personnel volontaire. - Investissement important. - Difficile de dépasser la routine et de se remettre en question. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe en accord avec le projet de départ. - Volontaires pour travailler dans la spécialité. - Encore des appréhensions et des réticences. - L'institution adapte mais impose une nouvelle activité de chimio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe : pas tous en accord avec le projet. - Mal vécu pour les plus anciennes par rapport aux conditions de travail. - Mieux vécu par les jeunes en construction professionnelle.
<ul style="list-style-type: none"> • Les équipes sont globalement en accord avec le projet institutionnel. • Si dans un premier temps il peut y avoir accord concernant le changement (choix autour d'une pathologie ou d'une organisation) par la suite, s'il y a d'autres changements: de chef de service ou d'activité, cela semble mal vécu par l'équipe. 			

Synthèse du vécu du changement:

5.1.1.1 Le vécu des cadres.

Lors des entretiens, toutes les cadres de santé interrogées se sont montrées concernées par le changement puisqu'il s'agissait du contexte retenu pour la population cible.

Il apparaît que toutes ont vécu un changement profond de réorganisation ou d'ouverture de service. Ces changements émanent toujours d'une volonté institutionnelle et les cadres évoquent pour les justifier la notion d'efficience pour l'établissement et de pérennité des activités.

La seule qui n'évoque pas spontanément cette notion d'efficience est la cadre 1. Il apparaît pourtant que l'ouverture d'un service de médecine palliative a un impact fort dans la politique institutionnelle tant au niveau financier que pour l'image de marque de l'établissement.

Les changements structurels dans les services relèvent toujours d'une volonté institutionnelle, les cadres de santé comprennent les enjeux de ces restructurations et semblent globalement les accepter.

5.1.1.2 Le vécu des équipes selon les cadres.

On voit que les soignants ont fait des choix de spécialités médicales pour leur lieu d'exercice. Ils sont majoritairement volontaires pour exercer dans "leur service". C'est le cas pour toutes les spécialités vues lors des entretiens et également, je suppose, pour les infirmières plus expérimentées de pneumologie (cf Entretien du cadre 4) puisqu'elles ont choisi de rester dans cette spécialité.

Avoir le choix est une notion fondamentale dans l'acceptation et le vécu d'un changement comme dans l'exercice professionnel des soignants.

A la suite de ce premier changement structurel, il semble que tout autre changement ultérieur soit mal vécu par les équipes.

Je vais reprendre de façon schématique les changements successifs (chaque flèche symbolisant les étapes):

- **Cadre de santé 1** : Création du service en 2007 → Changements de chef de service en 2010 → de cadres de santé en 2010 et 2011 → Changement de locaux en 2011 → Changement d'horaire en 2012.
- **Cadres de santé 2** : Création du service en 2007 → Changement de spécialité au bout de six mois → Changement de cadres de santé en 2010 → Changement d'horaire en 2010.

- **Cadre de santé 3** : Création du service en 2009 → Changement d'horaire en 2011 → Changement d'organisation et réaménagement des locaux en 2012.
- **Cadre de santé 4** : Créations du service il y a quatre mois.

Plus les changements se multiplient, plus l'influence négative sur le moral des équipes se fait ressentir.

La notion de temps écoulé entre deux changements semble elle aussi importante.

En effet, dans ce récapitulatif, on perçoit que les équipes qui vivent actuellement un changement se trouvent dans des dynamiques "globalement négatives". La seule équipe pour laquelle la cadre de santé a évoqué des vécus positifs est la cadre 2 dont l'équipe ne vit plus actuellement une période de changement.

Il semble donc que toute période de changement induise un "inconfort" pour l'équipe. Seul un temps suffisamment long permet de "digérer" le changement et d'en retirer des aspects positifs.

Un autre facteur, évoqué par deux cadres, contribue à l'acceptation plus aisée du changement : **la jeunesse des professionnels**. Il leur paraît qu'une personne jeune, donc à l'identité professionnelle en construction, a plus de facilité pour accepter le changement à l'inverse d'une infirmière plus "ancrée" dans la profession ou dans un service.

Un autre point est soulevé (je ne peux pas le vérifier ici): La capacité d'adaptation aux changements serait plus "naturelle" car plus habituelle dans la **région parisienne** qu'en province. Il serait intéressant de s'interroger et d'élargir l'enquête pour savoir si les processus d'accompagnement sont différents entre les régions mais, ce ne sera pas mon propos ici.

Le changement est visiblement vécu comme une réalité complexe mais parfois indispensable. Les vécus des cadres de santé et des équipes diffèrent du fait de leur place respective dans l'institution.

Nous allons à présent approfondir la notion d'accompagnement au changement par les institutions et les cadres de santé. Voyons si un lien est clairement défini entre l'accompagnement au changement et le vécu des agents.

5.1.2 L'accompagnement du changement

2-a : L'accompagnement du changement par l'institution			
Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4
+	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de la cadre supérieure à la demande du CDS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitation du projet par la cadre de pôle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Directives claires dès l'embauche du CDS. - Dimension humaine d'accompagnement malgré l'établissement à but lucratif. - Attente avant la mise en place des projets. - Formation préalable. - Accompagnement en partenariat avec : la directrice des soins, les médecins. - Annonces et réunions avec les représentants de la direction. - Temps dégagé au CDS pour les entretiens de tous les agents en vue du choix de service.
-	<ul style="list-style-type: none"> - Annonce de l'arrivée d'un nouveau CDS par la hiérarchie. - Partenariat avec : le cadre supérieur, la directrice des soins, cadres des 2 unités, la pharmacie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les agents ont le sentiment de ne pas être entendus. - Pas de projet d'établissement ou de soins. - Beaucoup de mobilité chez les CDS (nouveaux arrivants ou faisant fonction) 	<ul style="list-style-type: none"> - Précipitation. - Pas de locaux aménagés avant et toujours en attente après 4ans ½. - Pas de possibilité d'augmenter la capacité d'accueil car pas l'effectif d'IDE suffisant.
<ul style="list-style-type: none"> • Il existe ici des différences en termes d'implication institutionnelle dans les anticipations et les actions mises en œuvre. <ul style="list-style-type: none"> Les C1 et C2 évoquent très peu les accompagnements institutionnels positifs. La C4 évoque également une place institutionnelle ancrée grâce aux partenariats. C1, C2 et C4 ont surtout des évocations négatives à l'égard de l'institution. • La C3 évoque elle une implication réelle de l'institution dans la politique de l'établissement. Elle se manifeste par un travail anticipé et accompagné de la direction des soins, en partenariat avec l'équipe médicale. 			

2-b : L'accompagnement du changement par les cadres de santé

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Moteur. - Souder. - Accompagner. - Les amener vers les mêmes objectifs et les mêmes attentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Repartir sur de nouvelles bases. - Accompagner. - Moteur et fédérateur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Moteur. - Atténuer les résistances au changement.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de réunions. - Parler pour désamorcer 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens individuels. - Formations. - Réunions d'équipes régulières. 	<ul style="list-style-type: none"> - Travail de groupe.
Attitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Ecouter. - Accepter leur choix de quitter le service. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas tout bousculer trop vite. - Laisser du temps. - Motiver. - "Pousser" un peu les équipes. - Déléguer, valoriser, responsabiliser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecouter les attentes. - Partir du factuel. - Expliquer 	<ul style="list-style-type: none"> - Gérer les conflits. - S'adapter.
Soutiens	<ul style="list-style-type: none"> - Chef de service parti prenante 	<ul style="list-style-type: none"> - Chef de service impliqué. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins acteurs - Directrice des soins. 	
Manques ou difficultés	<ul style="list-style-type: none"> - "Poids" sur le CDS. - Besoin de temps pour les réunions. 			<ul style="list-style-type: none"> - Présentation trop rapide du projet.

- Pour l'ensemble des cadres, la place du CDS est prépondérante dans l'accompagnement au changement auprès des équipes ; nous retrouvons des objectifs communs avec l'utilisation d'outils et d'attitudes variables.
- Le CDS est moteur dans cette dynamique grâce à l'écoute, à l'adaptation aux attentes et aux besoins des équipes. L'accompagnement s'articule principalement autour de la communication avec les agents.
- Des soutiens sont réels de la part des médecins des services et parfois de la direction des soins. Mais quelques difficultés sont pointées par la C1 qui évoque la pression pour le CDS de cet accompagnement et le temps important nécessaire à y consacrer.

Synthèse de l'accompagnement du changement :

Il apparaît clairement des disparités dans les stratégies institutionnelles autour du changement.

Il faudrait un recueil de données plus complet auprès d'autres cadres de santé pour en tirer des conclusions mais **il existe une différence significative entre les établissements publics et les établissements privés.**

En effet la direction des établissements publics semble prendre unilatéralement la décision du changement mais, sur le terrain, laisse la charge de l'accompagnement de l'équipe aux cadres de proximité.

Le cadre de santé semble être isolé par sa direction et ses cadres supérieurs; il trouve soutien dans son action auprès du médecin chef de service. Il existe une identité de service mais, il n'y a pas d'identité institutionnelle.

Bien que les cadres de santé regrettent ce manque de soutien institutionnel dans les processus de changement (celui-ci pourrait être pour eux un appui essentiel au quotidien avec les agents), **ils n'attendent cependant pas que l'institution conduise le changement avec les équipes: ils considèrent que cela fait partie de leur rôle de manager.**

Il ressort que dans un établissement à but lucratif, les objectifs de la politique menée et le respect des valeurs humaines ne sont pas incompatibles. Le souci permanent étant la pérennité de leur structure ces établissements se doivent d'être attentifs à leur personnel. En proposant un service de qualité aux patients grâce (entre autre) à des équipes "bien traitées", ils valorisent leur image de marque et s'inscrivent dans une rentabilité financière sur le long terme.

Les services publics pourraient s'inspirer de cette vision de management à long terme utilisée dans les établissements privés. N'est-ce pas là le processus engagé avec la Révision Générale des Pouvoirs Publics (RGPP), même si des affinements restent à apporter dans sa mise en œuvre ?

Les cadres de santé sont tous partie prenante dans l'accompagnement de leur équipe : même si cela semble complexe au quotidien, elles ont toutes des mots valorisants quand elles évoquent leur rôle dans le changement auprès des équipes.

Bien que l'accompagnement soit un des rôles majeurs des cadres de santé, leurs tâches quotidiennes peuvent néanmoins être un frein au temps qu'elles peuvent y consacrer. Leur place leur apparaît comme essentielle et positive pour l'équipe.

Elles évoquent leur rôle d'accompagnement, d'écoute et de soutien mais ont conscience d'être également leader et "catalyseur". Dans toutes leurs actions elles favorisent l'adaptation aux changements de leurs équipes. Si leur rôle est essentiel et qu'elles semblent être la pierre angulaire de "leur" équipe, qu'en est-il lorsque l'on évoque l'identité de l'équipe?

Considèrent-elles que leurs équipes ont un sentiment d'appartenance autour d'elles, ou sont-elles là pour accompagner l'émergence de cette construction identitaire?

5.1.3 Sentiments d'appartenance de l'équipe

La construction de l'identité d'équipe à partir de quel socle ?

3-a : Sentiment d'appartenance envers l'institution
<ul style="list-style-type: none"> • Pour les C1, C3 et C4 ; la construction de l'identité de l'équipe est en lien avec celle de l'institution. • Pour la C2 (faisant fonction) cet attachement n'est pas déterminant. • Le sentiment d'appartenance à une institution est considéré comme important mais n'est pas toujours effectif.
3-b : Sentiment d'appartenance envers le médecin responsable du service
<ul style="list-style-type: none"> • Les disparités sont importantes : pour la C1 et la C4 le sentiment d'appartenance autour du chef de service est réel, voire même primordial, alors que la C2 et la C3 n'ont pas ce sentiment.
3-c : Sentiment d'appartenance envers le cadre du service
<ul style="list-style-type: none"> • Les cadres expriment un sentiment d'appartenance de l'équipe autour d'elles. Pour la C3 c'est l'objectif d'un CDS de garantir cette unité de l'équipe. Pour les C1 et C2, ce sentiment est réel mais pas exclusif.
3-d : Sentiment d'appartenance pour un lieu
<ul style="list-style-type: none"> • Pour la C1 il apparaît malgré tout un attachement aux locaux, pour la C3 le fait de partager des lieux communs semble pouvoir rapprocher une équipe. Pour les cadres, le lieu n'est pas déterminant à la construction identitaire de l'équipe
3-e: Sentiment d'appartenance autour d'une pathologie (ou un mode de prise en charge)
<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'ensemble des cadres, l'attachement à une pathologie ou à un type de prise en charge est essentiel dans la construction de l'identité de l'équipe.

3-f : Sentiment d'appartenance envers une personne charismatique

- Les avis semblent partagés : Pour la C1, on retrouve l'attachement déjà exprimé au chef de service en tant que personne réellement charismatique. La C4 évoque cette possibilité mais sans la préciser toutefois.
- Les réponses montrent que globalement une personne charismatique n'est pas forcément à l'origine de la construction identitaire de l'équipe.

3-g : Sentiment d'appartenance envers le Pôle

- L'appartenance au pôle ne semble pas marquée, même si la C4 semble penser que cela devrait être le cas.

Synthèse du sentiment d'appartenance de l'équipe:

Du point de vue des cadres de proximité nous avons donc identifié les attachements de "leurs équipes". Ces sentiments d'appartenance peuvent être des socles sur lesquels la construction identitaire de l'équipe paramédicale pourra se baser.

Le pôle n'est pas un attachement prépondérant pour l'équipe. La mise en place des pôles de manière effective dans les services est récente (Loi 2005), les établissements ont intégré ce mode d'organisation ce qui n'est peut-être pas le cas des agents. Faute de recul suffisant, cette nouvelle entité n'entraîne pas pour eux un sentiment d'appartenance.

Il semble évident que l'attachement à des personnes charismatiques n'est pas un point important pour l'ensemble des cadres.

La construction identitaire ne se base donc ni sur des personnes charismatiques ni sur les pôles d'activité.

L'attachement au lieu n'est pas essentiel. Il peut participer à la création de liens lorsque le cadre est responsable de deux équipes travaillant sur des sites différents mais qui partagent au moins un lieu commun. Il est difficile de distinguer si elles évoquent réellement la notion de lieu ou davantage le fait de travailler ensemble.

Le lieu partagé peut donc participer en partie à la construction de l'équipe.

La notion d'appartenance à une institution semble être complexe. Les cadres de santé considèrent que le socle institutionnel devrait être fondateur et orienter l'identité de leur équipe. Ce sentiment d'appartenance n'est cependant pas une réalité sur le terrain, cela se vérifie pour les agents mais également pour les cadres.

Dans le champ de mon étude, le sentiment d'appartenance à l'institution n'est cependant pas établi.

Il est apparu clairement que du point de vue des cadres de santé, les soignants dans leur service sont attachés à la pathologie des patients. A l'évidence, pour les soignants, l'idée du choix de leur service d'appartenance est forte, cela les a guidés vers une spécialité de prise en charge. Certains soignants ne choisissent pourtant pas toujours leur service, ils postulent plus largement pour un établissement. *In fine*, c'est malgré tout le choix de la spécialité médicale qui les fera décider de rester dans leur unité. Les soignants gardent comme priorité le patient et sa pathologie.

La pathologie des patients est l'un des socles importants de l'identité de l'équipe de soignants.

Pour les cadres, l'appartenance identitaire autour du médecin du service est vécue de façon diverse: Si pour deux d'entre eux la place du chef de service est importante dans cette identité de l'équipe, pour les deux autres cadres il n'en est pas de même.

La représentation du chef de service dans l'hôpital public reste une valeur forte pour certains cadres et pour certaines équipes qui ont eu l'habitude de construire des projets avec ces chefs de service. Précédemment, leur identité était alors attachée aux médecins spécialistes qui avaient un poids important au sein de l'établissement. A présent, la fonction de "chef de service" n'existe plus, elle est remplacée par celle de "responsable d'unité" qui dépend du chef de pôle. Dans l'institution, les prérogatives du médecin responsable sont par conséquent amoindries. Certains médecins ont vécu cette "époque" et gardent ce fonctionnement, ils restent à la tête d'une unité et collaborent en binôme avec la surveillante devenue cadre de santé.

Le médecin responsable du service participe en partie à la construction identitaire de l'équipe paramédicale.

Bien que les cadres de santé reconnaissent que leur rôle paraît déterminant dans la construction identitaire de l'équipe, lors des entretiens, elles n'ont étonnamment pas considéré utile de développer leurs propos concernant leur place dans le socle identitaire de l'équipe. Elles sont conscientes et expriment le fait de n'être qu'une partie de ce socle identitaire.

Le cadre de santé occupe une place prépondérante dans la construction de l'identité de l'équipe dont il a la charge.

Nous avons vu que selon les cadres de santé, les socles sur lesquels s'appuient les soignants pour la construction de l'identité de l'équipe sont multiples. Le sentiment d'appartenance se situerait en partie autour d'un médecin de service, davantage encore auprès du cadre de santé. Il apparaît nettement que l'équipe se fédère autour des patients pris en charge, de leur pathologie et du mode d'accueil spécifique.

Voyons donc à présent qui est moteur dans l'évolution de l'équipe de soignants et quels vont être les leviers et les freins à la construction identitaire de l'équipe?

5.1.4 La construction identitaire de l'équipe

4-a : La construction identitaire de l'équipe se fait par qui ?

- La personne qui fédère les agents dans la construction identitaire de l'équipe est clairement le CDS.
- Il peut être soutenu par les médecins ou la direction (C1 et C3) et l'équipe elle-même peut participer à cette construction (C1).

4-b : Les facteurs favorisant la construction identitaire de l'équipe

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4
Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Je connais mes valeurs professionnelles. - J'ai des repères éthiques. - Valeurs partagées avec le chef de service. - L'équipe (service public) est bienfaitante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mêmes attentes, valeurs et visions de la part de tous les soignants. - Personnel volontaire. - Gain de temps et d'énergie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mêmes valeurs évoquées lors des recrutements. - Les agents choisissent la spécialité. - Volonté institutionnelle du bien-être des salariés. - Objectif partagé par tous : satisfaction du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Politique institutionnelle centrée sur l'accueil. - Valeurs transmises par les CDS. - Travailler sur les profils des agents recrutés.
Attitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Fédérer. - Construire. - Faire comprendre. - Mettre le passé de côté. - Faire confiance. - Innover. - Les laisser faire. - Dialoguer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Déléguer. - procéder par étapes. - Souder. - Favoriser l'initiative. - Prendre le temps. - Responsabiliser. - Valoriser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre son temps. - Favoriser l'expression de tous. - Laisser l'équipe chercher des solutions et prendre des décisions. - Favoriser l'équité dans les plannings. 	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter les projets. - Communiquer.
Actes	<ul style="list-style-type: none"> - Nombreux échanges avec les équipes, réunions. - Formations communes. - Travaux de groupes. - Favoriser l'expression. - Temps de réunion. - Travailler sur les organisations de la journée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions. - Formations. - Réfléchir aux organisations de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions. - Inciter au partenariat. - Lieux communs favorisants. - Travailler sur les organisations 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions. - Travaux de groupe paramédicaux.
Projets	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire le service dans l'établissement et le pôle. - Se centrer sur des projets. 	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler sur les objectifs essentiels (à l'accueil). 	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler autour d'un même fil conducteur concernant les patients. 	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler autour de projets en équipe.
Diversité des agents	<ul style="list-style-type: none"> - Si le CDS arrive en même temps que l'équipe, la construction est commune. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hétérogénéité des personnalités de l'équipe. - Accueil des nouveaux agents. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de nouveaux arrivants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Arrivée de plusieurs nouveaux agents en même temps (partage du vécu). - Jeunesse des IDE en construction professionnelle.

- L'ensemble des CDS évoque de nombreux facteurs favorisant la construction identitaire de l'équipe, ils sont de plusieurs ordres : valeurs communes, attitudes, actes du quotidien, accueil de nouveaux agents, projets mis en place. Certaines notions dépendent de l'institution mais la plupart sont entre les mains des managers de proximité.

4-d : Les freins à la construction identitaire de l'équipe

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4
Institution	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'identité institutionnelle. - Pas d'accompagnement institutionnel. - Absence de CDS durant un an. 		<ul style="list-style-type: none"> - Isolement géographique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de partage de lieu commun.
Service	<ul style="list-style-type: none"> - Forte identité construite autour de l'ancien chef de service ou du CDS. - Passé conflictuel. - Pas de partages de valeurs communes entre chef de service, CDS, soignants. - Pas de projet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Service ouvert avec 2 équipes ayant 2 identités de service différentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cloisonnement des fonctionnements des équipes. - Différentes organisations de travail. 	
Equipe / Personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de personnes charismatiques positives pour la dynamique du groupe. - Différences générationnelles. - Pas de temps de réunion. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel qui n'a pas choisi le service, construction plus lente et demande davantage d'énergie au CDS. - Une personne à caractère fort et négatif dans une équipe restreinte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personne charismatique avec emprise négative sur l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de choix du service par les agents.
CDS	<ul style="list-style-type: none"> - Pas préparé par l'IFCS à construire et entretenir un esprit d'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de temps. 		

- Les freins sont moins nombreux que les leviers positifs dans la construction de l'identité de l'équipe.
- La C1 évoque le problème du manque d'identité institutionnelle mais aussi à contrario la trop forte implication dans le passé de l'équipe envers une personne charismatique référente (chef de service ou CDS). Si tous les membres du service ne partagent pas les mêmes valeurs, ceci est problématique également.
- Elles mettent toutes en avant les influences possibles d'une personne sur l'équipe si celle-ci a une dynamique négative sur le groupe.
- La notion d'éloignement géographique est évoquée par la C3 et la C4.
- La C1 et la C2 abordent la notion temporelle.
- La formation en IFCS est évoquée par la C1 comme insuffisante sur ce plan.

Synthèse la construction identitaire de l'équipe:

Il apparaît clairement que, quels que soit l'établissement, la construction identitaire de l'équipe soignante dépend des différents socles que nous avons vu précédemment: la pathologie rencontrée dans le service, le médecin responsable du service et le cadre de santé. Ce dernier serait l'élément fédérateur et cristalliserait autour de lui le processus de construction d'une équipe vers une identité commune.

Les agents construisent leur identité autour de valeurs communes et partagées par tous. La communication et l'expression des différents points de vue sont essentielles; le travail en partenariat, les travaux de groupe, les réunions et les formations font également partie des outils utilisés par les cadres de santé. Ces axes de travail se développent dans le temps avec pour objectif de fédérer l'équipe, de "souder les agents" dans le respect de valeurs professionnelles notamment celles de l'équité, de la confiance et de l'écoute. Les cadres de santé considèrent également comme essentielle la réflexion d'équipe sur les organisations de travail et la construction de projets communs, en laissant place à l'initiative et à l'innovation.

Le management du cadre de santé est donc primordial pour l'équipe en construction.

Si nous analysons les facteurs considérés comme favorisant cette construction d'identité, nous en retrouvons certains qui dépendent uniquement de l'institution. Un point important évoqué concerne le recrutement des personnels: si les cadres de santé y participent, ce recrutement dépend essentiellement de la direction des ressources humaines. Si chaque nouvel arrivant est imprégné par les valeurs institutionnelles et également par celles du pôle d'appartenance, son intégration sera facilitée au sein du service spécifique, il sera en adéquation avec le socle identitaire institutionnel.

La politique de recrutement et la transmission des valeurs institutionnelles sont des facteurs favorisant la construction identitaire des équipes. La construction identitaire est également tributaire des volontés institutionnelles.

Sous la condition de l'appui et du soutien institutionnel, les cadres de santé disposent de nombreux leviers managériaux pour accompagner les agents dans la construction identitaire des équipes.

Les cadres ont cependant évoqué des freins dans la construction identitaire, ils apparaissent moins nombreux que les leviers mais concernent plusieurs niveaux au sein de l'institution.

Un des freins majeurs systématiquement évoqué par les cadres et déjà nommé ci-dessus est le manque de repères identitaires institutionnels pour les agents. D'autres freins relèvent aussi de l'institution elle-même et sont également évoqués en terme de manques: Pénurie de moyens

humains (personnel soignant, non remplacement des CDS), de matériels (locaux inadaptés), le manque global d'accompagnement en découle.

Pour ce qui relève du service lui-même, les cadres de santé considèrent qu'une seule personne peut entraver la construction identitaire de l'équipe. Cette personne peut être celle autour de laquelle l'équipe s'était ancrée de manière forte par le passé (son départ par exemple peut totalement déstabiliser l'équipe). De même que si une personne charismatique manifeste une dynamique négative auprès de l'équipe, elle peut bouleverser la construction identitaire en cours ou préalablement établie.

Les cadres de santé sont donc vigilantes dans le recrutement des agents et transmettent aux nouveaux arrivants les valeurs et objectifs du service afin de protéger l'équipe en place.

D'autres freins évoqués concernent le manque de temps nécessaire à l'encadrement des équipes pour mettre en place un processus de construction. Le frein lié à la notion temporelle se situe à deux niveaux: Au quotidien et à plus long terme. Dans les institutions, il est de plus en plus difficile de dégager au quotidien le temps indispensable à la communication dans l'équipe (charges de travail importantes). Sur le plus long terme, le temps manque également pour aboutir pleinement à la construction d'une identité d'équipe. Il est évident que le "turn-over" des cadres de santé dans les services ne favorise pas la possibilité de partage de valeurs communes ni la réflexion autour des projets d'équipe. Dans ce cas, la mise en œuvre de cette construction identitaire est alors mise entre parenthèses.

La notion même de changement n'a pas été évoquée clairement comme étant un frein à la construction identitaire de l'équipe mais toutes les cadres l'évoquent indirectement :

- La cadre 1 réaffirme l'attachement extrêmement fort aux anciens chefs de service et cadre de santé. Leurs départs ont entraîné pour l'équipe des pertes de repères profonds et une réelle déstabilisation.
- La cadre 2 parle du service ouvert avec deux équipes qui avaient chacune une identité propre.
- La cadre 3 souligne le cloisonnement des équipes fusionnées et les organisations de travail différentes.
- La cadre 4 évoque comme frein le changement de service imposé et le manque de partage de lieux communs.

Le changement lui-même est donc bien considéré comme un frein à la construction identitaire de l'équipe, surtout si les changements se succèdent, s'accumulent. Les cadres de santé situent les changements comme un contexte incontournable mais le travail qu'elles vont entreprendre auprès des équipes devra en tenir compte. Elles s'adaptent aux conditions du service dans lequel elles exercent en fonction des acteurs institutionnels, médicaux et paramédicaux.

5.2 L'analyse des questionnaires

Grâce aux entretiens réalisés avec les cadres de santé, j'ai pris connaissance des actions d'accompagnement au changement qu'elles mènent sur le terrain, j'ai également questionné leur point de vue sur le ressenti des équipes suite à ces actions.

Les cadres m'ont donc décrit leur vision du ressenti de leur équipe lors des changements, elles ont semble-t-il cerné l'ancrage du sentiment d'appartenance. Le point de vue des cadres de santé est-il le reflet fidèle de la réalité des équipes?

En fin d'entretien, j'ai présenté aux cadres la trame des questionnaires que je me proposais de diffuser aux agents par leur intermédiaire. Je n'ai pas distribué de questionnaires dans le service de la cadre 4 puisque, notre entretien a été réalisé par mail. Pour la cadre 2 et la cadre 3 cette démarche n'a posé aucune difficulté. La cadre 1 en revanche m'a exprimé clairement qu'elle n'était pas certaine de les laisser les remplir. *« Je pense que ce questionnaire peut remuer des choses dans l'équipe tant bénéfiques que négatives. J'en parlerai avec le chef de service, sur les conséquences que ça peut avoir ».*¹¹⁵

« Elles sont actuellement dans une évaluation négative du changement. Elles ont eu le changement de chef de service, le changement du cadre de santé, le changement de locaux et là, le changement d'organisation ; elles ont eu la totale ! Ce questionnaire va soulever des choses très importantes... mais pourquoi pas ce serait intéressant »

Ne comprenant pas les raisons de sa réticence, j'ai décidé d'approfondir ses interrogations *« je pense que si les choses sont écrites ça peut être bénéfique. Mais qu'est-ce que je fais de ça en tant que cadre? »*

Finalement, après une discussion entre elle et le chef de service, la diffusion des questionnaires a été acceptée.

¹¹⁵ Entretien cadre 1. Cf. Annexe IV.

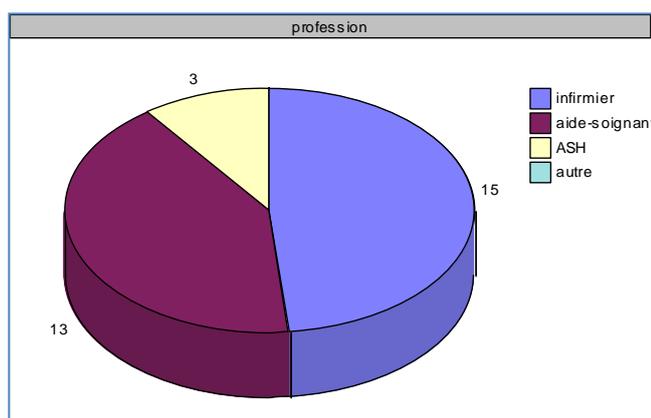
Les cadres 1 et 3 étaient intéressées par la démarche, elles trouvaient même dommage de ne pas pouvoir utiliser le recueil des ressentis des équipes comme levier d'action dans leurs services. Je leur ai donc indiqué la possibilité de leur transmettre mon mémoire finalisé, contenant une analyse globale et anonyme des questionnaires.

Au terme d'un délai de 15 jours laissés aux équipes, j'ai obtenu 31 questionnaires remplis selon les répartitions suivantes, cadre 1: 12 questionnaires reçus sur 25 déposés, cadre 2: 6 questionnaires reçus sur 10 déposés, cadre 3: 13 questionnaires reçus sur 20 déposés. Soit un total de 60 % de questionnaires rendus et remplis par les agents.

Pour des questions de compréhension, nous écrirons E1 pour l'équipe du cadre 1, E2 pour l'équipe du cadre 2 et E3 représentant l'équipe du cadre 3.

A partir de ces questionnaires, je vais effectuer une analyse globale couplée à l'analyse comparative des trois structures tout en m'attachant à vérifier la pertinence des données et celle de cette analyse couplée. L'ensemble des graphiques présentés est construit avec les données issues des 31 questionnaires. (n=31)

1) La profession exercée :



48% des agents sont des IDE, 42% des AS et 10% des ASH. Les 3 ASH qui ont rempli les questionnaires sont issus de l'E2 constituée exclusivement d'IDE et d'ASH. Les ASH des autres services n'ont pas souhaité s'exprimer.

2) Vous exercez depuis quelle année ?

début d'exercice professionnel	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 1	0	0,0%
De 1 à 5	6	19,4%
De 5 à 10	10	32,3%
De 10 à 15	8	25,8%
15 et plus	7	22,6%
TOTAL OBS.	31	100%

Minimum = 1, Maximum = 27
Somme = 334
Moyenne = 10,77 Ecart-type = 7,54

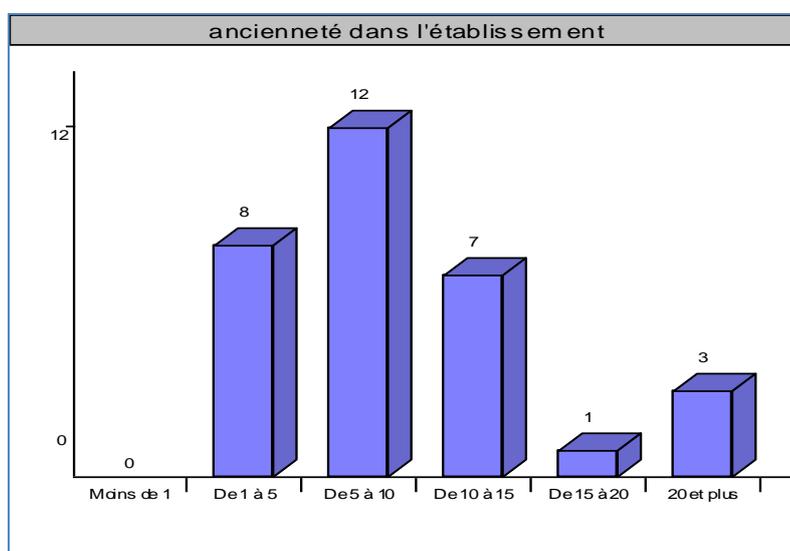
Profession	Exercice professionnel en années
Infirmier	13,67
Aide-soignant	8,54
ASH	6
Moyenne	10,77

Intéressons-nous maintenant à la question posée : "vous exercez depuis quelle année?" Nous en voyons immédiatement la limite car la réponse ne correspondra pas forcément à l'ancienneté dans la fonction actuelle (AS qui devient IDE par exemple). Ma question ne me permet pas de différencier le détail des fonctions exercées dans l'ancienneté déclarée. Un jeune professionnel IDE peut avoir une expérience préalable, non prise en compte ici.

Dans mon questionnaire j'avais uniquement considéré important le temps d'expérience professionnelle au sein d'un même établissement ou service. Les CDS semblent trouver le facteur "âge"(jeunesse des agents) important. Je n'ai pas abordé ce point de l'âge dans les questions, je ne peux donc pas vérifier si cette "jeunesse" agit sur la construction identitaire.

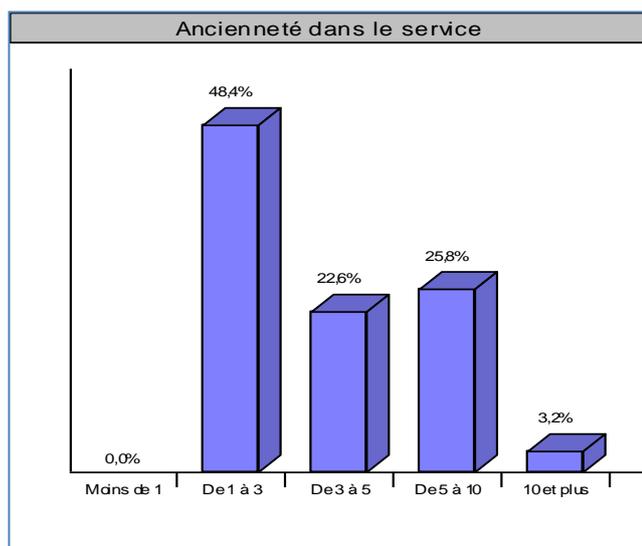
Nous observons que 20 % des agents ont moins de cinq ans d'expérience professionnelle dans le service, 30 % ont de 5 à 10 ans et 50 % ont plus de 10 ans d'expérience. Nous constatons donc que les équipes ont en majorité une expérience professionnelle significative. Si nous comparons les données concernant la profession et celles concernant le temps d'expérience, on retient que les IDE ont une moyenne de 13 ans d'expérience professionnelle, les AS 8 ans 1/2 d'expérience professionnelle et les ASH ont une moyenne de 6 ans d'expérience professionnelle. **A la suite de cette analyse, nous ne pouvons pas déterminer si l'ancienneté dans la fonction est un facteur favorisant pour la construction de l'identité d'une équipe.**

3) Vous êtes dans cet établissement depuis combien de temps ?



La moyenne se situe à 9 ans d'ancienneté avec une majorité de 49% dans la tranche des 5/10 ans d'ancienneté. Il apparaît également que 75% des agents exercent dans l'établissement depuis plus de 5 ans. Le cadre de santé devrait donc pouvoir utiliser cette spécificité comme levier managérial puisqu'il **existe une présence institutionnelle durable pour une majorité de son équipe.**

4) Vous êtes dans ce service depuis combien de temps ?



Profession	Ancienneté dans le service
Infirmier	3,80
Aide-soignant	2,69
ASH	2,33
Moyenne	3,19

25 % des agents travaillent dans les services depuis plus de cinq ans. On observe que durant les trois dernières années, la moitié des effectifs a été renouvelée (48,4%), que dans les 3 à 5 ans précédents un quart (22,6%) avait également été modifié. Si l'on croise les données des professions avec les données de l'ancienneté dans le service, il apparaît qu'en moyenne les IDE y exercent depuis quatre ans et que les AS et ASH y exercent depuis deux ans et demi environ.

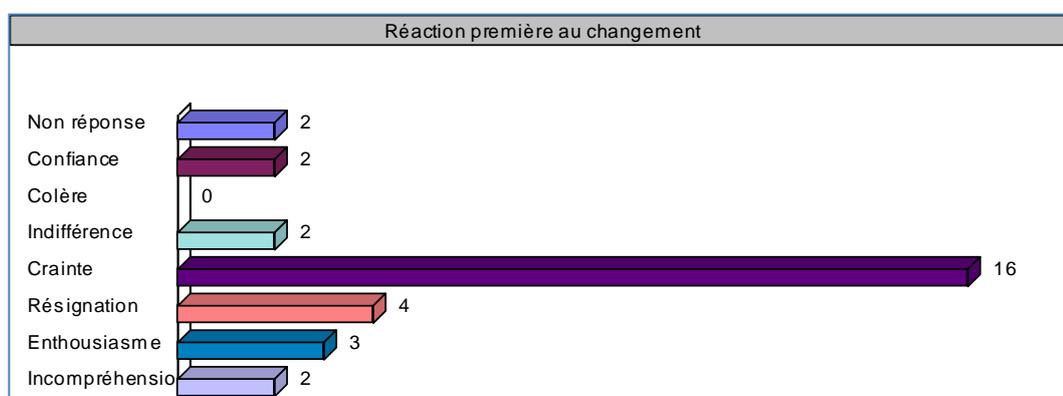
La stabilité dans les services ne concerne qu'un quart des équipes, cette gestion du flux des effectifs rend complexe la création d'une identité d'équipe pour les cadres de santé. Néanmoins, cette mobilité du personnel a également été évoquée par les cadres comme un levier possible pour la construction de l'équipe grâce à l'accueil de nouveaux arrivants dans le service; la "fraîcheur professionnelle" était également indiquée comme facteur facilitant.

5) Un changement d'organisation est pour une équipe plutôt une source de fragilité ou une source de motivation?



Il apparaît que le changement est source de fragilité pour la majorité des agents.

6) A titre personnel, lorsque l'on vous annonce un changement prévu dans votre service, qu'elle est votre première réaction ?

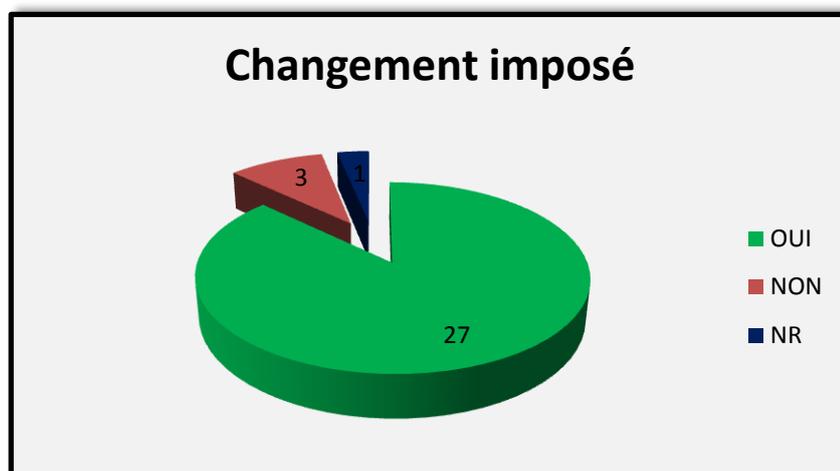


Si nous observons attentivement les sentiments caractérisés par une dynamique positive (confiance, enthousiasme) cela ne représente que 16 % des agents.

Concernant les sentiments de dynamiques neutres (indifférence, résignation, incompréhension), ils représentent 21 % des réponses. Enfin pour les sentiments induisant des dynamiques négatives (colère et crainte) nous retrouvons exclusivement la notion de crainte majoritaire à 51 %.

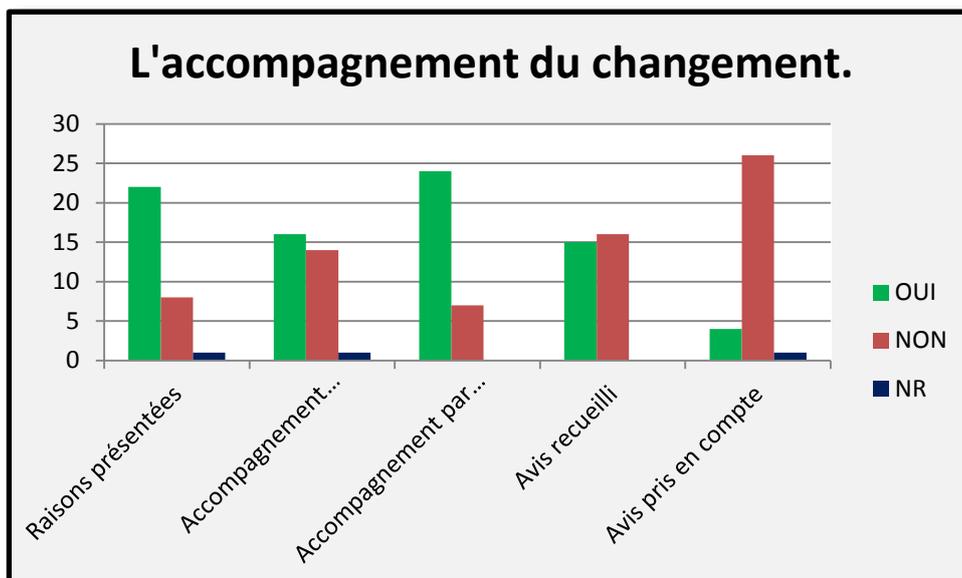
De cette analyse des émotions procurées par le changement, nous retiendrons que la notion de crainte est le sentiment prédominant. **Pour la majorité des agents, le changement est empreint d'une connotation négative.**

7) Vous avez vécu un changement dans votre service, selon vous il a été imposé ?



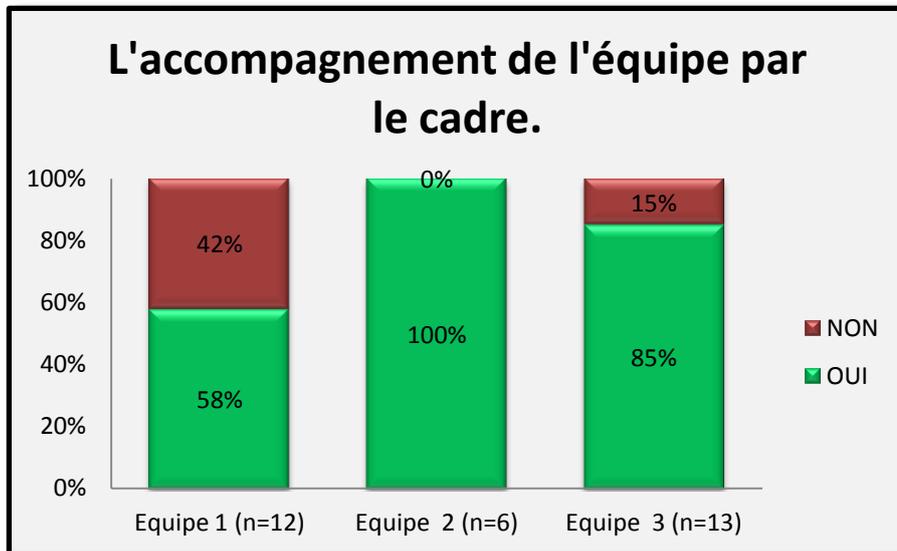
Si on convertit les réponses en pourcentages: 87 % des agents estiment que le changement est vécu comme imposé par l'institution.

Vous a-t-on présenté les raisons du changement? A-t-il été accompagné par l'institution? Accompagné par le cadre de santé du service? Votre avis a été recueilli ? Votre avis a été pris en compte?



S'ils estiment à 71% que les raisons du changement leur ont été présentées, ils pensent à 50% que leur avis n'a pas été recueilli et surtout une large majorité (84%) considère que leur avis n'a pas été pris en compte. Pour ce qui concerne leur sentiment

d'accompagnement par l'institution, les avis des agents sont partagés alors que l'accompagnement au changement est reconnu majoritairement (78%) par le cadre.



Le rôle de l'accompagnement du cadre dans le changement est cependant à nuancer pour l'E1 car il est seulement ressenti par une moitié de l'équipe. Pour l'E2 et E3, cet accompagnement est fortement reconnu.

8) Aujourd'hui, selon vous à qui a profité le plus ce changement d'organisation?

	Service du cadre 1	Service du cadre 2	Service du cadre 3
Plus profité ++	• A l'équipe médicale	A l'établissement	A l'établissement
	• A l'établissement	Aux patients	Au cadre de santé
	• Au cadre de santé	A l'équipe médicale	Aux patients
	• Aux patients	Au cadre de santé	A l'équipe médicale
Moins profité -	• A l'équipe paramédicale	A l'équipe paramédicale	A l'équipe paramédicale

Si l'on demande aux agents à qui profite le changement d'organisation, on observe des différences de réponses entre les 3 services. Cependant l'ensemble des services considère que c'est à l'équipe paramédicale (c'est-à-dire eux-mêmes) que ce changement profite le moins. En début de questionnaire étaient évoqués des sentiments plutôt négatifs concernant le changement, on retrouve ici nettement ce sentiment au niveau des équipes.

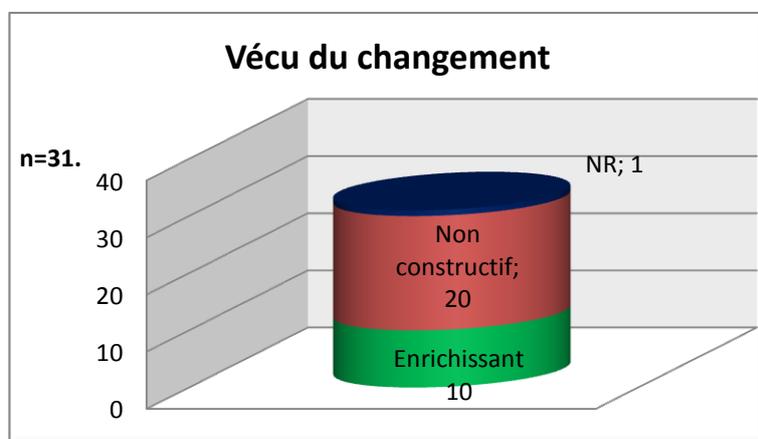
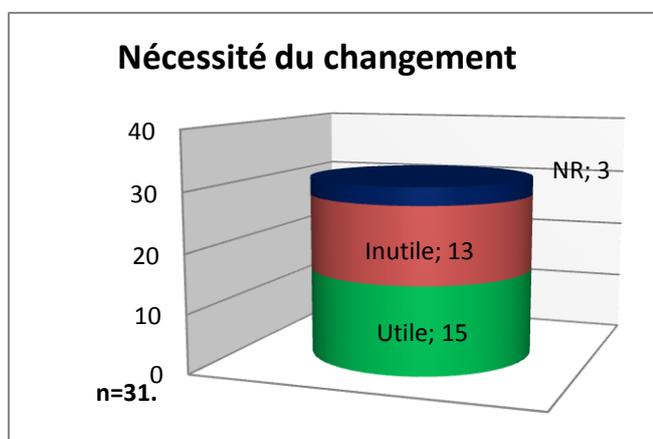
Les agents considèrent l'établissement comme principal bénéficiaire du changement.

On remarque la spécificité de l'E1, elle place le chef de service (à travers l'équipe médicale) comme principal bénéficiaire du changement. Est-ce que l'équipe paramédicale considère que c'est un bénéfice positif pour l'ensemble du service ou un bénéfice uniquement positif pour le seul médecin chef de service?

L'équipe paramédicale pense que les changements ne leur sont pas profitables.

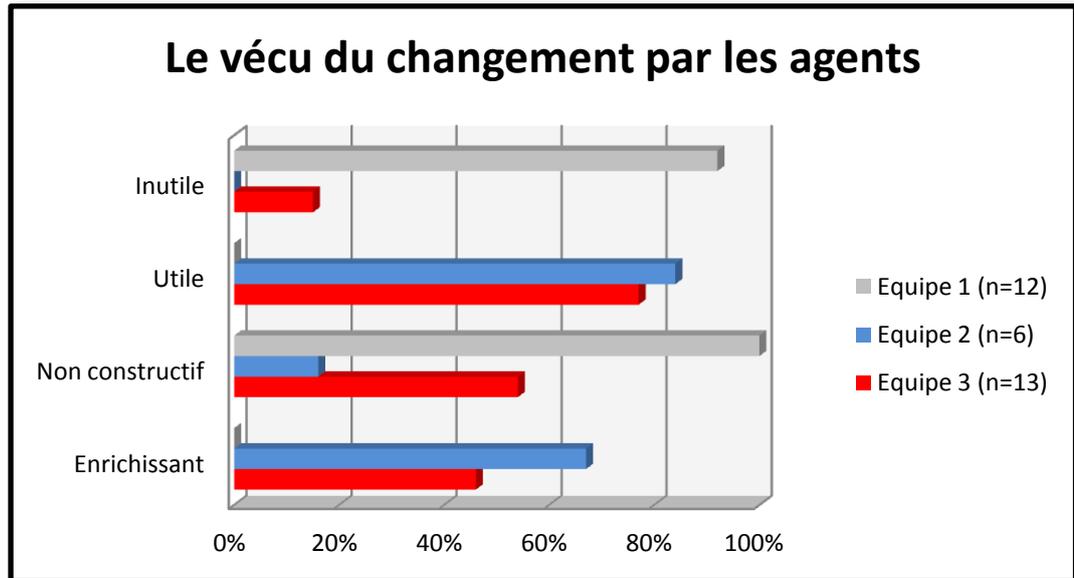
Le rôle du cadre de santé va être essentiel et nécessaire pour donner à l'équipe du sens au changement.

9) Aujourd'hui vous considérez que ce changement était : plutôt utile ou inutile ? Vous l'avez vécu de façon enrichissante ou de façon non constructive ?



Cette question concernant l'intérêt du changement a recueilli des avis partagés pour la globalité des équipes puisque : 48 % des agents considèrent ce changement utile contre 42 % qui le considèrent comme inutile. Pour 65 % des personnels, le changement a été vécu comme non constructif.

La nécessité du changement ne semble pas évidente pour les agents. Son vécu a été ressenti comme non constructif pour deux tiers d'entre eux.



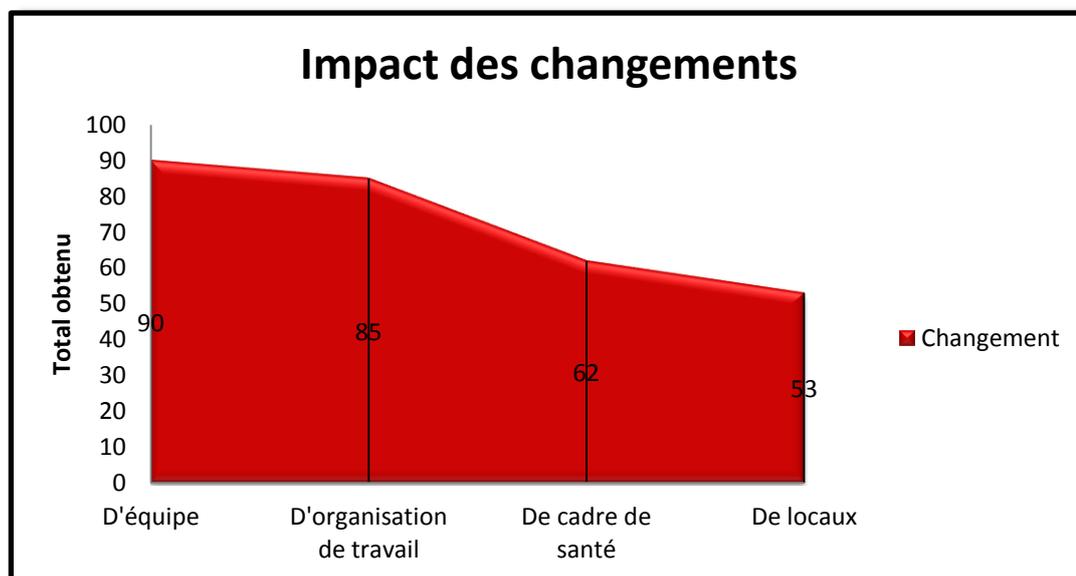
Si l'on observe dans le détail chaque service, des divergences significatives apparaissent. L'E1 a très largement trouvé le changement inutile et non constructif alors que, l'E2 trouve le changement utile et enrichissant et que l'E3 le trouve utile mais plutôt non constructif à 57 %.

Si l'on met en corrélation ces données avec le ressenti qu'ont les équipes face à l'accompagnement du cadre durant le changement, on observe: que plus une équipe a le sentiment d'avoir été accompagnée par le cadre de santé et plus elle vit ce changement comme utile et enrichissant.

10) Le changement a été vécu avec le cadre en place, ou avec un nouveau cadre?

Je pensais que cette question me permettrait de comprendre si l'arrivée d'un nouveau cadre de santé était un facteur influant dans la construction d'une nouvelle identité d'équipe. Ma volonté était de savoir si le changement et l'arrivée d'un nouveau cadre avaient coïncidés ou, si le changement avait eu lieu avec le cadre déjà en fonction. Cette question a été comprise différemment par les agents. Certains ont déclaré que ce changement a eu lieu avec le cadre de santé en place (aujourd'hui) alors que grâce aux entretiens, je sais que celui-ci n'était pas présent au moment où le changement s'est opéré. J'aurais sûrement dû écrire: *«le changement a été vécu: avec le cadre déjà en place ou avec un nouveau cadre arrivant»*. Ce biais des réponses au questionnaire rend celles-ci inexploitable.

11) Si vous deviez classer votre vécu des changements par ordre du moins impactant au plus perturbant



Si l'on analyse l'impact que peuvent avoir ces différents changements, on constate que ce qui est le plus perturbant est la modification des équipes de soins et également le changement des organisations de travail. Le changement du cadre de santé semble avoir un moindre impact.

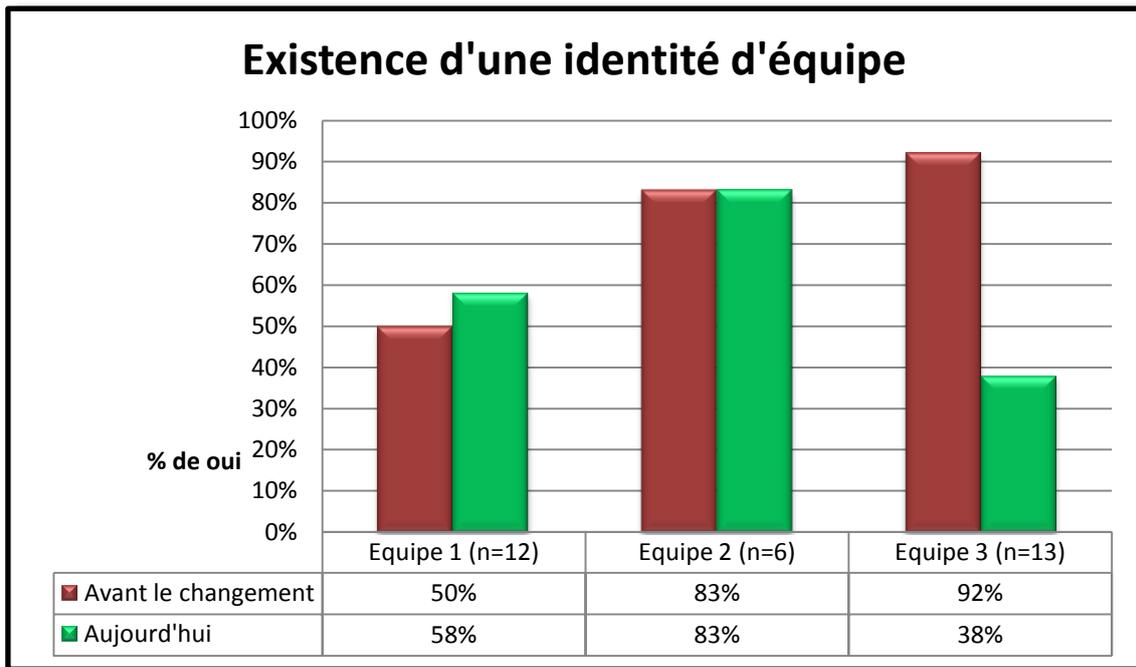
Pour les équipes, il apparaît donc une hiérarchie nette des impacts du changement

Le cadre de santé devra tenir compte de cette hiérarchisation pour mesurer l'impact des perturbations ressenties par les équipes face aux types de changements proposés.

12) Avant le changement, aviez-vous le sentiment que votre équipe d'origine avait une « identité » propre ?

13) Avez-vous aujourd'hui l'impression qu'une nouvelle identité d'équipe a été créée ?

La teneur des réponses est très disparate pour ce qui concerne le thème de l'identité d'équipe. Si on observe en globalité les équipes: 75 % d'entre-elles avaient des identités affirmées avant le changement alors qu'aujourd'hui l'impression qu'une nouvelle identité d'équipe s'est créée est seulement ressentie à 55 %. Pourtant, si l'on observe dans le détail les différences ressenties par les trois services, celles-ci se révèlent importantes.



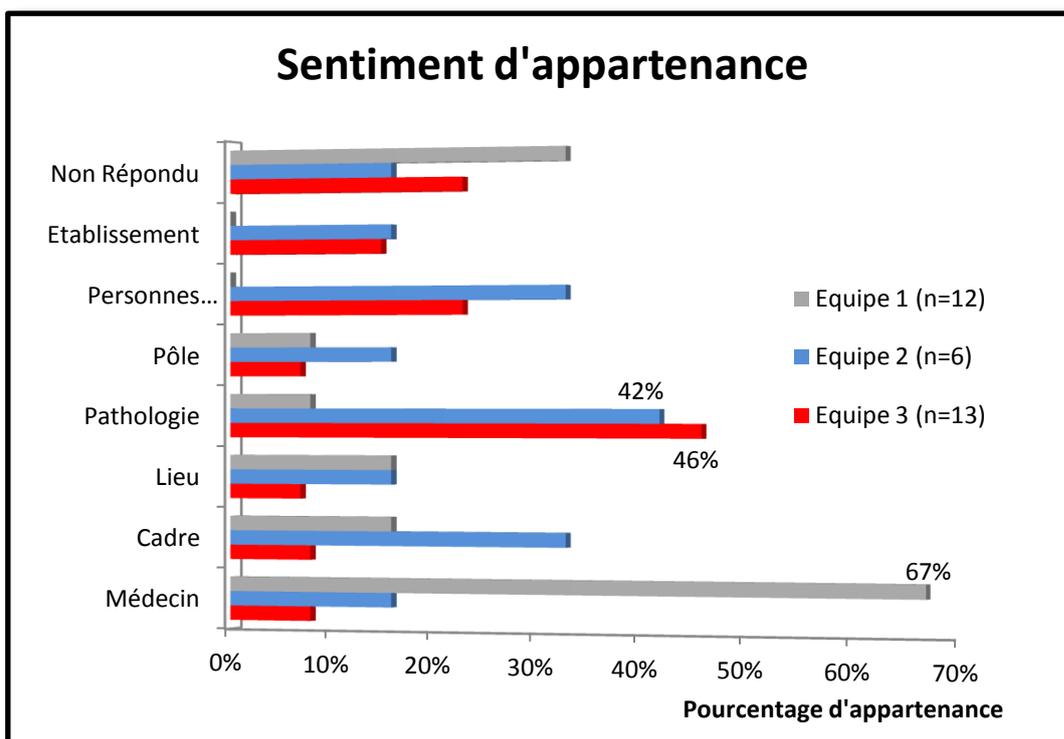
Mettons en perspective les changements vécus dans chaque service :

Pour l'E1 le premier changement a eu lieu en 2007, elle en a vécu d'autres depuis, il apparaît que **le nombre de changements a une influence néfaste sur la construction identitaire.**

Pour l'E2 le changement remonte à 2007 on peut considérer que la nouvelle construction identitaire a pu s'opérer et dire que : **le temps favorise la construction identitaire.**

Pour l'E3 le changement a eu lieu il y a 2 ans mais elle en subit un autre actuellement, on remarque que **la proximité des changements a une influence négative sur la construction identitaire.**

14) Selon vous, l'équipe est ancrée par ou autour de ...



Le sentiment d'appartenance d'E1 se situe autour du médecin pour 67% mais il apparaît que 33% des agents n'ont pas répondu. Pour E2 et E3 le sentiment d'appartenance se détermine autour de la pathologie prise en charge.

15) Qu'est-ce qui a favorisé la création de cette nouvelle identité d'équipe ?

Pour les trois équipes, les facteurs favorisant la construction identitaire sont:

- Le regroupement dans une même équipe de personnes venant d'horizons différents.
- La création d'un nouveau service ou de nouveaux projets
- La motivation des agents à travailler ensemble.

Dans l'E1: pour la moitié des agents (58%), la construction identitaire est effective, elle a été favorisée par:

- L'arrivée de nouveaux agents
- La création de l'unité
- Le travail autour d'un projet

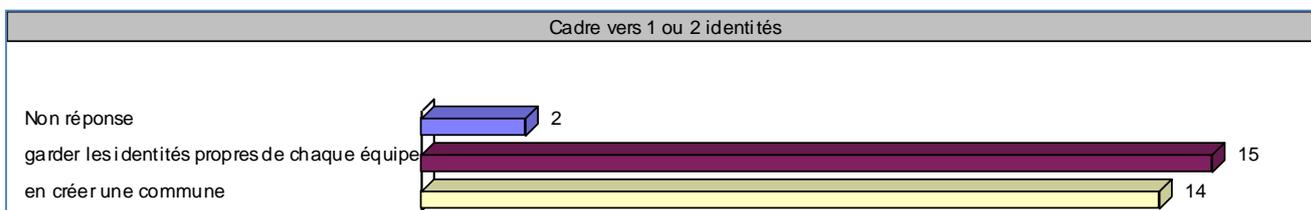
Dans l'E2: 83% des agents ressentaient l'existence d'une identité dans leur ancienne équipe et ils considèrent avoir réussi à en construire une nouvelle aujourd'hui. La création de cette nouvelle identité a été favorisée par:

- Le regroupement des services
- Le changement du personnel
- La pluri pathologie
- L'esprit d'équipe et la motivation.

Dans l'E3: les équipes ressentaient l'existence d'une identité propre (92%) mais ils considèrent ne pas avoir réussi à en construire une nouvelle aujourd'hui (38%). L'équipe relate pourtant des facteurs favorisant comme :

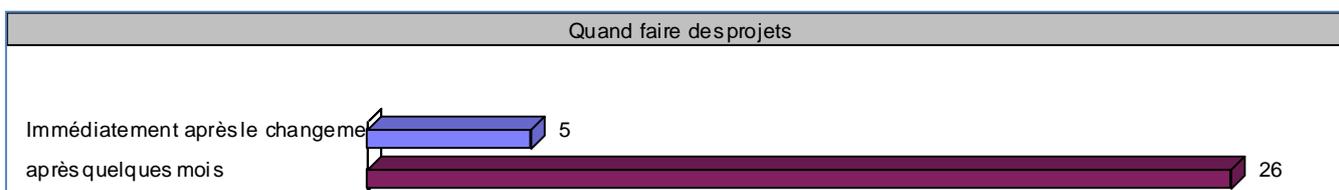
- La motivation et la volonté de travailler en équipe
- L'entraide.

16) Selon vous, le cadre doit-il garder les identités propres de chaque équipe ou en créer une commune?



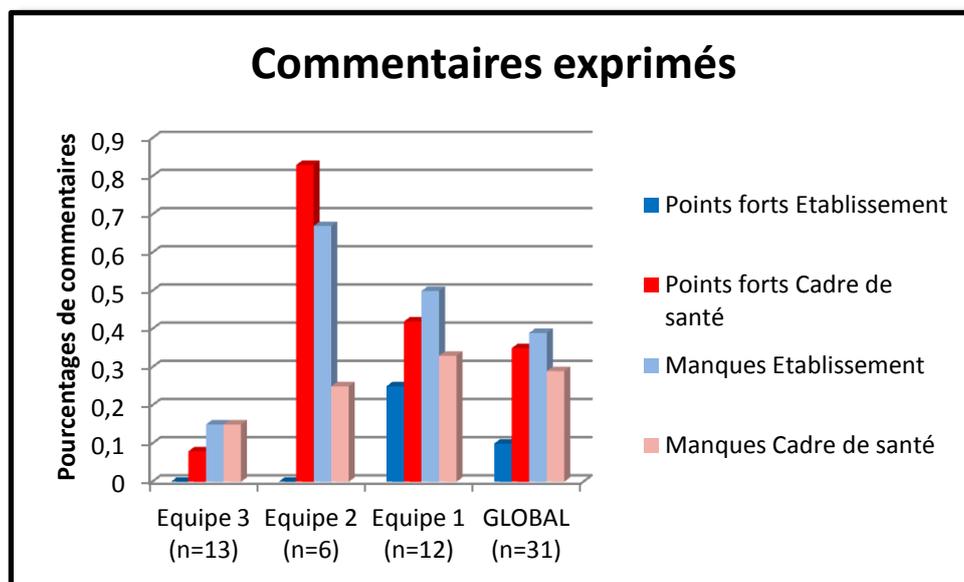
Les trois établissements sont partagés sur cette question. Nous pouvons cependant considérer que même si l'équipe est attachée à son identité propre, les agents ne refusent pas l'idée de créer une nouvelle identité commune. **L'intérêt pour le cadre de conserver les identités propres de chaque équipe avant d'en créer une commune n'est donc pas déterminé.**

17) Selon vous, peut-on élaborer des projets de service, immédiatement après le changement ou après quelques mois.



A 84 %, les trois équipes sont unanimes sur ce point: il faut attendre quelques mois avant d'élaborer de nouveaux projets. **Ce résultat nous montre que l'équipe a besoin de trouver un certain équilibre avant de s'engager dans de nouveaux projets qui seront eux-mêmes sources de changement.**

18) Quels sont selon vous les points forts et les manques, émanant de l'établissement ou du cadre de santé? (sous forme de tableaux)



J'ai hésité à laisser ces tableaux en fin de questionnaires pensant que les agents ne prendraient pas le temps de les remplir, finalement une majorité d'entre eux y ont mis des commentaires. Ils sont donc renseignés à 75 % pour l'E1 soit 9 commentaires sur 12 questionnaires, à 83 % pour l'E2 soit 5 sur 6 et à 15 % pour l'E3 soit 2 sur 13.

Pour l'E3, seules 2 personnes sur 13 ont donné des commentaires concernant les manques ou points forts, on peut penser que dans la structure privée à but lucratif les agents se sentent moins libres de s'exprimer. Cette hypothèse est renforcée par l'explication que m'a donnée la cadre de santé qui a dû répéter à plusieurs reprises aux agents que les questionnaires étaient anonymes; que ni elle ni la direction ne les liraient. Certains agents craignant d'être reconnus par leurs réponses concernant l'expérience professionnelle ou par leur écriture, ont malgré tout décidé de ne pas remplir cette partie du questionnaire.¹¹⁶

¹¹⁶ Cf Annexe VI : Les points forts et manques exprimés par les agents.

Commentaires concernant l'établissement :

Les points forts exprimés sont peu nombreux. Seules 3 personnes de l'E1 et l'E2 se sont exprimées, elles ont évoqué 2 points concernant la création d'un nouveau service et le changement de locaux. L'E3 n'évoque aucun point fort émanant de l'établissement.

A contrario, **les manques de l'établissement recensés par les 3 équipes sont nombreux.**

Ils sont répertoriés dans des champs divers, concernant les manques :

- D'écoute
- De soutien
- De projets
- D'informations et d'explications
- De moyens matériels et humains
- De considération
- De changements imposés.

Pour les agents, l'établissement semble essentiellement jouer un rôle négatif en imposant les changements sans donner les moyens nécessaires à leur réalisation et en n'accompagnant ni ne considérant suffisamment les équipes.

Commentaires concernant le cadre de santé :

Nous recueillons au total 30 points positifs de la part des agents lorsqu'ils donnent leur avis sur l'accompagnement effectué par les cadres de santé. **A toutes les étapes du changement les points forts énumérés sont donc nombreux.** L'E1 et l'E2 citent : l'écoute, le partage d'information, l'accompagnement, la motivation, les responsabilisations, la mise en place d'objectifs, le lien entre équipes paramédicales et médicales, l'encouragement, la favorisation de l'entraide, la place du cadre comme moteur, la compréhension, la résolution de problèmes, les pathologies, le soutien, le cadrage des équipes.

Nous voyons que les équipes considèrent le cadre de santé comme un acteur mettant en œuvre de nombreux points forts pour favoriser le changement dans leur service. Il apparaît que les points faibles de l'établissement sont les points forts des cadres : « *Le travail de rattrapage incombe au cadre* »¹¹⁷

¹¹⁷ BOURRET Paule. *Op Cit.* p 188.

L'unique réponse donnée par les soignants de l'E3 montre qu'il a fallu un an après le changement pour qu'ils ressentent le cadre plus investi, plus intégré à l'équipe et qu'il fasse preuve d'une écoute active.

Les soignants considèrent qu'un nouveau cadre de santé ne peut être pleinement favorisant qu'après un certain laps de temps nécessaire à son intégration à l'équipe.

Commentaires libres exprimés:

Une personne déclare: « *parler du changement de manière générique et non d'un changement en particulier est trop vaste.* » Celle-ci n'a donc pas exprimé de commentaire supplémentaire.

Les items cités concernent l'ensemble des thèmes abordés précédemment. Nous retrouvons 13 commentaires au total: la « *nécessité de l'accompagnement institutionnel et de celui des cadres de santé. Le besoin de ne pas imposer les changements, d'informer les équipes, de leur demander leur avis, d'organiser et planifier, donner du sens, donner les moyens, ne pas faire trop de changements.* »

Les commentaires reprennent l'ensemble des données exprimées, c'est-à-dire: le vécu négatif du changement, vécu comme imposé et qui profite à l'établissement mais pas aux équipes paramédicales.

Si beaucoup de changements ont lieu, la construction identitaire est complexe.

Il s'avère qu'en globalité, l'accompagnement institutionnel est insuffisant mais il est pris en charge par les cadres.

Si l'accompagnement des cadres est réel et que l'avis des agents est pris en compte, le changement est alors vécu comme utile et constructif par l'équipe.

6 Synthèse des résultats

6.1 Comment est vécu le changement ?

L'analyse des entretiens et des questionnaires montre que de nombreux changements ont été vécus par les cadres de santé et les équipes en quelques années. D'autres changements interviennent encore aujourd'hui.

Les changements sont de natures différentes :

Structurelles: réorganisation de l'hôpital par pôle ou regroupement de services.

Organisationnelles: changement d'horaires, changement de lieu.

Humaines: changement de chef de service, changement de cadre de santé, changement de membres de l'équipe.

6.1.1 L'utilité du changement.

Dans leur contexte de travail, l'ensemble des acteurs ressent des changements perpétuels; pour eux il n'y a pas de période de répit, ils doivent sans cesse s'y adapter et les accompagner. Ils considèrent tous que le changement est imposé par l'institution et/ou le contexte économique.

Dans le secteur public, même si le changement est parfois compris par les agents, l'orientation globale vers la rentabilité de l'institution est vécue comme un point négatif.

Nous avons vu dans la première partie du travail que, dans ce contexte institutionnel en mouvement, le cadre possède une vision à moyen et à long terme du système. Il a conscience de la nécessité des changements organisationnels envisagés. Il est au fait des enjeux de la nouvelle gouvernance et du contexte de la RGPP. Mais, «cette ligne hiérarchique» doit-elle partager ses connaissances avec les acteurs du «centre opérationnel?»

Dans le secteur privé, le changement est ressenti comme incontournable, les agents connaissent bien le lien direct établi entre rentabilité et pérennité des établissements.

L'analyse des questionnaires nous montre que, même si les raisons institutionnelles du changement sont connues et expliquées, les agents ressentent le changement comme imposé. De plus ils considèrent que le bénéficiaire principal du changement est l'établissement.

Pour le cadre de santé il faudra donc trouver une approche différente de celle de l'explication rationnelle et contextuelle pour introduire le changement auprès des équipes.

6.1.2 Le ressenti du changement

Si les cadres de santé sont conscients de l'utilité des changements, les soignants manifestent des réactions négatives car ils éprouvent un sentiment de crainte face aux projets. Les agents manquent également de confiance vis-à-vis des intentions institutionnelles qui selon eux, ne considèrent pas l'intérêt de l'équipe paramédicale comme essentiel. Le cadre de santé va être l'acteur privilégié de ce processus de mise en confiance car, selon MINTZBERG il est le "lien hiérarchique" entre le "sommet stratégique" et les "acteurs du centre opérationnel".

Le cadre de santé va devoir expliquer les intentions de l'établissement aux agents pour amoindrir leurs craintes. Si l'on observe la situation selon le regard de CROZIER et FRIEDBERG, les agents sont dans l'incertitude concernant leur avenir et le pouvoir est contrôlé par l'établissement. Le cadre de santé va devoir redonner du pouvoir aux agents en les rendant acteurs du changement et recueillir leur avis afin qu'ils ne vivent pas le changement de manière subie mais, qu'ils puissent faire des choix de mise en œuvre. Le cadre de santé devra favoriser la prise en compte de leurs propositions par les instances stratégiques. Il va tenter de mieux répartir les pouvoirs sur ces deux entités de l'organisation que sont la direction et les équipes.

Cette démarche de répartition des pouvoirs et de réduction des zones d'incertitudes va être essentielle. En effet nous avons vu que selon MASLOW le "besoin d'appartenance" ne peut être atteint que lorsque le "besoin de sécurité" est "comblé". Ce travail passe par de la présence auprès des équipes et de l'écoute pour tous.

Le cadre de santé a donc un rôle majeur à jouer dans l'élaboration d'un socle sécuritaire pour que la construction identitaire de l'équipe puisse s'engager.

6.2 Comment est accompagné le changement ?

6.2.1 L'accompagnement institutionnel

Dans les établissements publics l'accompagnement institutionnel est globalement considéré insuffisant par les cadres de santé et les équipes, dans les entretiens et les questionnaires de nombreux manques sont évoqués. Cependant dans l'établissement privé la cadre considère qu'il existe un investissement fort de l'institution avec un management participatif alors que l'équipe n'exprime pas ce ressenti d'accompagnement.

La C4 est la seule à évoquer des changements peu accompagnés par l'établissement public mais, ils ne sont pas mal vécus par les équipes qui s'appuient sur les valeurs fortes de l'institution. N'ayant pas transmis de questionnaires à cette équipe, je n'ai pas pu recueillir leurs ressentis qui seraient peut-être différents de la vision du cadre.

Par cette analyse nous mettons en évidence que l'accompagnement institutionnel est rarement vécu par les cadres et les équipes comme suffisant et ce quelles que soient les méthodes managériales engagées.

En utilisant les écrits de KUBLER-ROSS, nous avons évoqué les changements synonymes de perte et de deuil avec 7 phases de préoccupations. Nous avons mis en évidence que les agents considèrent que le changement profite d'avantage à l'établissement qu'à l'équipe paramédicale. Leurs avis n'étant pas pris en compte même lorsque qu'une méthode participative est engagée, les équipes ne se sentent pas reconnues par les établissements.

Dans les processus de mise en œuvre des changements, ce n'est pas tant l'accompagnement institutionnel qui est attendu par les cadres et les équipes mais, davantage le partage des valeurs et la création d'une culture commune de la part de l'institution. C'est effectivement le sens préconisé par l'État et la HAS dans les définitions du management et du changement qu'ils proposent.

Si cet échange institutionnel avec les agents était effectif, si la reconnaissance de valeurs partagées était mise en œuvre, cela représenterait un socle fédérateur dans la construction identitaire des équipes dans les services de soins.

6.2.2 L'accompagnement par les cadres

L'accompagnement au changement par les cadres prend une toute autre dimension.

En effet, les cadres de santé ont pour les équipes le rôle effectif de manager-leader. Ils prennent cette responsabilité avec enthousiasme car ils la considèrent comme faisant pleinement partie de leur fonction. Cependant, le changement est vécu par les cadres de santé comme complexe à gérer car il nécessite de ne pas perdre l'identité de l'équipe ou tout du moins de pouvoir la reconstruire si besoin. Le changement est peu évoqué comme levier permettant la construction identitaire mais est plutôt vu comme une source de fragilité. Le cadre de santé a conscience de devoir soutenir et accompagner son équipe pour éviter sa déstabilisation.

Cet accompagnement est chronophage mais, c'est le fondement du travail du cadre de santé responsable d'équipe. Ce travail d'accompagnement réalisé par les cadres se manifeste par la présence auprès de l'équipe, par l'écoute, par le travail en groupe, par l'information lors de réunions, par la responsabilisation des agents et par les conduites de projets. Le management situationnel décrit par le modèle de HERSEY et BLANCHAR est clairement utilisé et illustré dans l'adaptation à l'équipe. Les équipes reconnaissent que ces méthodes mises en œuvre sont des points forts des cadres de santé. Leur management est basé sur la théorie de « *l'objectif trajectoire* » de HOUSE.

Nous avons vu avec l'E2 par exemple que le changement sera vécu comme utile et constructif s'il a été conduit et accompagné par un « cadre leader charismatique ». Si cette place est reconnue par les équipes, la notion de leadership charismatique et visionnaire est pourtant peu apparue dans les entretiens avec les cadres de santé.

Ce positionnement du cadre de santé en leader d'équipe va être essentiel pour la construction identitaire suite à un changement organisationnel. Si le cadre de santé est un nouvel arrivant auprès de l'équipe ou si c'est un « faisant fonction », la position de leader visionnaire sera d'autant plus délicate à mettre en œuvre rapidement. Il semble que les changements diligentés par l'institution de façon directive ne facilitent pas cette posture de leader du cadre face à l'équipe.

La place du cadre de santé est considérée par tous comme primordiale dans l'accompagnement au changement. La gestion quotidienne des nombreuses tâches qui incombent au cadre de santé relègue souvent le management du changement au second plan. Cette relégation renforce d'autant plus le désir des équipes de voir le cadre de santé s'imposer comme un leader favorisant la construction identitaire: ce positionnement prend du temps. Cette contrainte temporelle est difficilement conciliable avec les nombreux mouvements des personnels cadres dans les services et avec la présence de faisant fonction (nommés en général sur des périodes transitoires).

Nous avons vu que l'accompagnement et le vécu du changement avaient un rôle primordial dans la construction identitaire de l'équipe.

6.2.3 Sur quel socle l'appartenance de l'équipe repose-t-elle ?

Nous avons vu précédemment que le besoin d'appartenance selon de nombreux auteurs, est une notion essentielle dans la construction identitaire d'un groupe. L'attachement du groupe à un point d'appui commun va permettre de favoriser la collaboration et la cohésion de l'équipe.

Les cadres de santé et les équipes ont exprimé que le sentiment d'appartenance n'est pas rattaché au pôle. Cette entité n'existe que depuis 2005, elle n'a peut-être pas encore pleinement pris sa place dans la vie des établissements. L'ancrage à l'établissement n'est pas identique dans les structures du privé ou du public. Les réponses de E2 montrent que le sentiment d'appartenance n'est pas nécessaire à la construction d'une identité d'équipe mais il peut s'avérer être un support managérial pour le cadre de santé dans l'accompagnement au changement.

Si la place du médecin chef de service a évolué vers celle de médecin responsable d'unité, l'ancrage des équipes autour de la principale figure médicale du service reste important. Pour les instances directionnelles, le poids du médecin dans l'organisation du service est devenu moindre, il reste néanmoins important aux yeux des agents.

C'est cependant au travers des pathologies prises en charge dans les services que les agents se sentent ancrés. Le cadre de santé doit donc poursuivre sa collaboration avec le médecin pour mener à bien les projets en lien avec la pathologie.

Si le rôle du cadre de santé a été mis en avant dans l'accompagnement au changement, il n'en demeure pas moins que le sentiment d'appartenance de l'équipe ne se structure pas autour de lui.

Pour le cadre, le levier managérial primordial dans la construction identitaire de l'équipe devra se baser et s'articuler sur l'ancrage le plus fort: la pathologie des patients pris en charge. Le médecin du service sera un point d'appui du cadre.

Cette réflexion conduit à s'interroger sur la place du cadre de santé manager en tant qu'expert. S'il est issu d'une autre branche professionnelle que celle des agents ou s'il n'a pas exercé dans la pathologie spécifique du service, comment sa légitimité va-t-elle être reconnue par les équipes? S'il est entendu que cette légitimité peut se construire, la reconnaissance de la part de l'équipe demandera un certain laps de temps.

Il semble évident que l'attachement à des personnes charismatiques ne semble pas être un facteur déterminant pour l'ensemble des cadres et des équipes. Cette observation est plutôt positive à l'heure actuelle, au vu de l'extrême mobilité des personnels. En effet, si l'équipe ne se construit qu'à partir d'une seule personne charismatique, le départ de celle-ci pourrait mettre l'équipe en péril.

Le cadre de santé pourra prendre appui sur ces personnes charismatiques en déléguant, responsabilisant mais, il devra cependant demeurer attentif à la place prise par chaque individu dans la construction identitaire.

Dans l'équipe, chacun occupe une place différente mais toutes sont complémentaires. Le cadre ne devra pas privilégier un ancrage exacerbé autour d'une seule individualité.

Le cadre prendra une place de leader en tant que chef d'équipe et non en tant qu'individu. Dans cette optique, un nouveau cadre pourrait poursuivre le travail en cours sans que la construction de l'équipe ne soit mise en danger.

7 Analyse critique

Au terme de notre analyse, il apparaît que le cadre de santé est le leader qui va accompagner l'équipe dans sa construction. Il devra prendre en compte l'impact du changement sur les agents, sur le vécu professionnel et sur les points d'ancrage qui pour eux sont modifiés (que ce soit en établissement privé ou public).

7.1 Revue des hypothèses

Nous allons pouvoir à présent nous recentrer sur les hypothèses de départ.

Dans un contexte de changement, la construction identitaire de l'équipe dépend de l'approche managériale du cadre auprès des soignants.

La construction identitaire de l'équipe est bien entre les mains du cadre de "santé manager leader". C'est grâce à son positionnement qu'il va fédérer les agents dans les projets.

Si le cadre est présent au moment des changements envisagés, de son rôle d'accompagnateur du changement dépendra l'adhésion des membres de l'équipe.

Si le cadre arrive une fois le changement principal effectué, il ne devrait pas réintroduire trop rapidement de nouveaux changements mais devrait s'appuyer sur les fonctionnements en cours. La pathologie étant l'ancrage majeur, il pourra travailler autour de projets en lien avec celle-ci pour motiver les agents. C'est de cette motivation que naîtra l'envie de construire ensemble de nouvelles organisations décidées par l'équipe et avec le cadre. Ces changements élaborés ensemble seront consensuels et pourront alors être vécus comme constructifs et moteurs de la vie d'équipe.

Des agents à fort ancrage professionnel ou ayant des personnalités charismatiques peuvent orienter la "coloration" de l'identité d'équipe.

Une personnalité charismatique peut effectivement "colorer" l'identité de l'équipe.

Cette personne est souvent incarnée par le médecin et/ou le cadre mais rarement par un agent de l'équipe paramédicale.

Au terme de notre travail, nous voyons bien que c'est le cadre de santé qui peut prendre éventuellement cette place.

7.2 Perspectives professionnelles

Pour favoriser la construction identitaire de l'équipe, la mise en place de projets sera un levier important pour le cadre de santé.

Les équipes estiment cependant qu'il faut attendre quelques mois après un changement majeur pour se réinvestir dans de nouveaux projets. Dans le contexte actuel où il est souvent "urgent d'agir" le cadre pourrait décider d'accompagner et de construire en même temps.

« *Gérer le changement est une compétence de plus en plus importante, non seulement pour les dirigeants, mais aussi pour tous les collaborateurs.* »¹¹⁸ Je retiendrai donc les phases proposées par KOTTER et surtout le mode de fonctionnement qu'il propose partant des ressources innovatrices de l'équipe.

Dans cette optique, les cadres de santé vont pouvoir utiliser le modèle intégrateur dans la conduite de changement et guider immédiatement l'équipe dans une dynamique constructive. En effet, le cadre de santé est en lien avec les directions des établissements qui projettent les réorganisations de changement. Il peut entamer son action par une première phase en travaillant à remettre en cause le statu quo auprès des équipes. Il peut mettre en évidence des situations non efficaces et favoriser la prise de conscience par les équipes de la nécessité de changements. Ici le cadre va « *former une équipe pour piloter le changement nécessaire* »¹¹⁹.

Dans une seconde phase, il va engager le changement grâce à une réflexion collective en recueillant les informations auprès des membres de l'équipe. La place de chaque agent et leurs compétences vont être mises au service de l'équipe afin d'améliorer les pratiques existantes. Cette réflexion collégiale permettrait une appropriation par l'équipe des évolutions nécessaires et éviterait de ressentir le changement comme une contrainte imposée.

La dernière phase consisterait à pérenniser le changement en s'appuyant sur les deux étapes décrites précédemment. Le changement serait effectif dans l'organisation quotidienne et les équipes s'approprieraient les nouvelles normes et comportements.

Dans ce modèle, ces trois phases vont permettre l'expression de tous, la réflexion sur l'amélioration des organisations et l'ancrage autour de nouvelles pratiques par le collectif.

La diversité des membres de l'équipe (issus de différents services et/ou ayant des expériences variées) sera alors perçue comme une ressource. En tenant compte du contexte institutionnel, des spécificités des acteurs du service et des pathologies prises en charge, l'équipe peut donner du sens à ce changement instauré par l'institution. Cela conduit l'équipe à un processus d'appropriation singulier et à une mise en œuvre unique.

¹¹⁸ KOTTER John et RATHGEBER Holger. Alerte sur la banquise ! Réussir le changement dans n'importe quelles conditions. Pearson : Paris, 2008. p 139.

¹¹⁹ Ibidem. p 55.

De cette démarche collective va émerger l'identité de cette nouvelle équipe. Cette identité construite avec le cadre leader pourra perdurer et servir dans l'avenir de socle. Les nouveaux changements seront abordés avec moins de crainte et dans une démarche de construction collective.

Pour MINTZBERG « Comment donc reconnaître les bonnes organisations? *Ce sont celles qui ont des équipes très fortes, des individus très engagés. Le leader doit être capable de comprendre et d'utiliser la force des équipes et des individus* ». ¹²⁰

¹²⁰ MINTZBERG, Henry. Propos recueillis par CABIN, Philippe. Nous vivons dans le culte du management, In : *Comprendre les organisations, Sciences humaines* . Hors Série N° 20, mars-avril 1998 .Consulté le 10/05/12..<http://www.radio-canada.ca/par4/vb/vb980414.html>

Conclusion

En abordant les notions d'équipe, de changement et de management, nous avons mis en évidence le besoin des équipes d'être accompagnées dans les phases de changements et dans leur construction identitaire.

Le travail que j'ai entrepris s'est avéré complexe. Dans les choix à établir pour construire le cadre conceptuel, j'ai dû effectuer certains renoncements nécessaires à son élaboration. C'est pourtant grâce à cette recherche documentaire que mes orientations managériales se sont éclairées. Ma rencontre avec l'ensemble des cadres en milieu hospitalier ou en stage, avec des équipes fortement mobilisées, m'a permis de mettre en évidence les besoins de chaque acteur. La vision des cadres supérieurs et des directions aurait pu apporter une dimension supplémentaire à ce travail autour du changement mais, il s'agirait alors d'un propos différent.

Aujourd'hui, je suis parvenue à une évidence: j'ai fait émerger ma volonté de travailler avec l'ensemble des acteurs pour que les projets à construire prennent appui sur les compétences de chacun.

C'est dans l'accompagnement des changements que le cadre va jouer le rôle d'élément fédérateur. Le cadre de santé jouera ce rôle de leader dans la **construction identitaire de l'équipe** en étant conscient du contexte sanitaire global et plus spécifiquement de celui de l'établissement. Il devra tenir compte de l'impact des changements sur les équipes, des vécus individuels et collectifs des agents.

Il semble évident aujourd'hui que l'accompagnement des équipes par les cadres est primordial pour les agents mais également pour les établissements de soins qui leur confient la mise en œuvre et l'aboutissement de leur politique.

Le cadre de santé doit utiliser ce **changement comme levier managérial** auprès des équipes. Il va mobiliser les agents dans des projets en considérant l'intelligence collective de l'équipe et en utilisant sa diversité comme ressources. En valorisant son appartenance à l'établissement, au pôle puis au service, l'équipe va construire sa spécificité autour de la prise en charge des patients qui demeure sa priorité.

C'est dans l'adaptabilité et dans un travail commun que les acteurs des établissements réussiront le pari d'un avenir pérenne des institutions de soins. Pour ce faire, ils devront mettre en exergue leur sens du collectif et maintenir le patient au cœur des problématiques. Ce sont par ailleurs les objectifs des instances que de favoriser les coopérations transversales; la réussite de sa mise en œuvre dépendra des volontés participatives de chacun.

L'écoute des besoins individuels et collectifs, la motivation dans l'amélioration des processus, la confiance mutuelle entre les partenaires sont pour moi des notions qui prennent tout leur sens aujourd'hui.

Croire en la motivation des agents, en leurs capacités à s'inscrire dans les politiques institutionnelles est un enjeu majeur ! Une utopie rétorqueront certains...

« Je préfère vivre en optimiste et me tromper, que vivre en pessimiste et avoir toujours raison »¹²¹

C'est dans cette optique que je souhaite me positionner, m'inscrire dans une démarche dynamique, être un **leader positif** pour l'équipe dans une réalité institutionnelle complexe.

Cette année de formation a été une période de changement personnel intense; à l'instar de la position du cadre de santé qui participe à la construction identitaire de l'équipe, ce travail enrichissant d'écriture du mémoire a participé à ma construction identitaire de cadre de santé.

¹²¹ GUENASSIA Jean-Michel. *Le club des incorrigibles optimistes*. Albin Michel, Paris, 2011. Préambule.

Bibliographie

Ouvrages :

- ALBARELLO Luc. Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique. 3ème édition. Bruxelles : De Boeck, 2007. 207 p.
- BERNOUX Philippe. Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Paris : Editions du Seuil, Février 2010. 368 p.
- BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible. 3ème édition. Paris : Seli Arslan, 2009. 288 p.
- CARTON Gérard-Dominique. *Eloge du changement, méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*. Paris, Edition Village Mondial, 2006. 256p Disponible sur http://books.google.fr/books?id=OY7_CuHhiJsC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard. L'acteur et le système. Editions du Seuil, Paris: 1992, Collection Points essais 1977. 500p.
- FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. Les concepts en sciences infirmières. Mallet conseil, 2009. 169p.
- GUENASSIA Jean-Michel. *Le club des incorrigibles optimistes*. Albin Michel, Paris, 2011.730p.
- KOTTER John et RATHGEBER Holger. Alerte sur la banquise ! Réussir le changement dans n'importe quelles conditions. Pearson : Paris, 2008. 144p.
- KOURILSKY Françoise. Du désir au plaisir de changer.4 ème édition. Dunod: Belgique, Juillet 2009. 335p.
- MINTZBERG Henry. Le management. Voyage au centre des organisations. Éditions d'Organisation. Avril 2004, 2^{ème} édition, 576 p.
- MISPELBLOM BEYER Frederik. Encadrer un métier impossible ?. 2ème édition. Paris : Armand Colin, 2010. 298 p.
- MUCCHIELLI Roger. Le travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective. ESF éditeur, Janvier 2007. 203p.
- POILROUX Richard. Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux. Audit hôpital. Berger-Levrault.Paris, 2000. 267p.
- ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques. 6^{ème} édition. Edition Pearson Education : Paris, octobre 2008. 523p.
- SAINSAULIEU Ivan (Dir.). Fonction cadre de santé-Gestion des ressources humaines, Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques. Edition Lamarre, Juin 2008, Pays-Bas. 220p.

- SAINSAULIEU Ivan. L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité. Editions Belin, Mars 2007. 272p.

Rapports, mémoires, formations :

- BAREIL Céline, MEUNIER Sophie, SAVOIE André. Phases de préoccupations et comportements de soutien et de résistance au changement. Université de Montréal. 2004, 27p. Consulté le 21/01/12. http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/seminaire_meunier_bareil_savoie.pdf
- CARLE Nathalie. Faire équipe. Mémoire professionnel CAPE. ISFP. Juin 2003. 45 p.
- COMBES, LETHIELLEUX. Changements organisationnels impliquant une évolution structurelle : les symptômes et raisons de l'échec. 2008. Consulté le 23/02/12. <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php>,
- Comprendre la cognitive. Consulté le 7/03/12. <http://k.cognitic.com/cognition>.
- DUMOND Jean-Paul. La spécificité des organisations de santé. Master 1 Management et Santé. E.C.U.E 3.1. Management des établissements. Cours du 22/09/2011.
- Formation. Management des équipes, développement des compétences. Suivie en 2010, Hôpital de Pontoise.
- GAREL Gilles, GIARD Vincent, MIDLER Christophe. Management de projet et gestion des ressources humaines. 2001 Mai. Consulté le 11/02/12. <http://hrcouncil.ca/info-rh/milieux-de-travail-conflits.cfm>
- Groupe de travail-référentiel d'activité des cadres de santé. Compte rendu de réunion du groupe Janvier 2012. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et DGOS. 10p.
- GUIHARD. JP. Mémoire : Le cadre de santé : un pivot entre la structure hospitalière et les partenaires extérieurs ? Consulté le 11/10/11. <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/desbordes.pdf>
- HAS. Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Janvier 2005. 40 p. Consulté le 13/12/11. http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0d-pratiques-cliniques/has/v2_guide_management.pdf
- INFORELEC Ressources humaines. Livret de formation: *Conduite de projet et accompagnement des équipes dans le changement*. Hôpital de Pontoise. Février 2011. 85 p.
- LATIRI DARDOUR Imène. Thèse : Pilotage du changement organisationnel et recherche intervention en univers hostile l'Ecole des Mines de Paris Spécialité «Sciences de Gestion» décembre 2006, 502 p. directeur : Albert DAVID http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/50/04/85/PDF/These_Imene_LatiriDardour.pdf
- Le leadership adaptatif, condition de performance. Consulté le 14/02/12. www.manageris.com/fr-synthese-le-leadership-adaptatif-condition-de-performance-durable-422.html
- LEDESMA Enrique. Cours. U.E.5.5 introductions aux pratiques managériales. Master 1, " Management et santé ". Le 30/09/11.

- LISHA Lo, M. Le travail d'équipe, et la communication dans les soins de santé: une analyse documentaire. Edition edmonton: institut canadien pr la sécurité des patients.2011, 78 p. Consulté le 12/12/11.
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf>
- MANSENCAL Céline, MICHEL Didier. Management théories des organisations. Module de formation. BTS NRC. Académie de Versailles. 37 p. Consulté le 11/11/11. http://www.creg.ac-versailles.fr/Dossiers_travail_%20mises_en_ligne/Formation/Fondamentaux/Management/Theories_organisations/Theories_des_organisations.pdf
- MERLE DES ISLES, GUERIN, SAGNIEZ. Rapport collectif : les Différents Styles de Management.p11.http://ww2.eivp-paris.fr/dptmanagement/uploads/Documents%20t%C3%A9%C3%A9chargeables/Stage%20encadrement/diff_styles_management.pdf
- Ministère de la santé et des sports. Cadre responsable d'unité de soins. Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Direction Générale de l'Offre de Soins. 3p.
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>
- MINTZBERG, Henry. Propos recueillis par CABIN, Philippe. Nous vivons dans le culte du management, In : Comprendre les organisations, Sciences humaines . Hors Série N° 20, mars-avril 1998. Consulté le 13/05/12.<http://www.radio-canada.ca/par4/vb/vb980414.html>
- VANDANGEON Isabelle. GRH et conduite du changement. Master 1 management et santé. Cours IAE. 18/01/2012.
- VERDIER Jean-François. Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'État. Deuxième édition. 2010. 87p.

Reuves :

- BECKERS, Jacqueline. Compétences et identité professionnelles. Pédagogies en développement D. B. Université, Éd. 2007. pp.265-305. Consulté le 16/10/12.
<http://www.cairn.info/competences-et-identite-professionnelles--9782804155209.htm>
- BETTLER Véronique. Restructuration et communication : quels enjeux pour les cadres ?.Dossier : communication interne, les nouvelles donnes. Soins Santé Cadres de santé. Février 2007, N°61, P24.
- CLAVERANNE J.-P., L'hôpital en chantier : du ménagement au management, Revue Française de gestion 2003/ 5, n°146, pp. 125-129.
- LEFEVRE Patrick. Approche conceptuelles du management. Les Cahiers de l'Actif-N°314-317. PP27-38.Consulté le 18/12/11.http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_lefevre_314_317.pdf
- MINET Francis, Le management, entre notions, concepts et pratiques, dans le contexte hospitalier. Recherche en soins infirmiers. n° 91 - Décembre 2007, 24 p.

- SEMACHE Sabrina. La diversité au coeur des équipes: quels enjeux? quelles méthodes de management? quelle place pour le management intermédiaire? Management & avenir. Management Prospective Edition, 04/2006, n°10, pp. 199-211. www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2006-4-page-199.htm.

Textes législatifs :

- Ordonnance du 2 mai 2005 au sein du Plan Hôpital 2007. Consulté le 11/11/11. www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/gouvernance-hospitaliere/
- Loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) Consulté le 22/11/11. <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>
- Décret 58-1104 du 14 novembre 1958. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=853CA4B71B4FFD158479FB3DD7CE9ECB.tpdjo10v_3?cidTexte=LEGITEXT000006062393&dateTexte=19950819
- Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005632011>
- Révision Générale des Politiques Publiques(RGPP). Consulté le 22/11/11. http://rgpp.modernisation.gouv.fr/fileadmin/user_upload/Sante.pdf

Sites ressources :

- www.acteurspublics.com/files/DictionnaireCompetences.pdf
- www.asso-arsi.fr
- www.cadredesante.com
- www.cairn.info
- www.has-sante.fr/
- www.infirmiers.com
- www.larousse.fr/dictionnaires/francais/
- www.legifrance.gouv.fr,
- www.lerobert.com/dictionnaires-generalistes/le-robert-illustre-dixel-2012.html
- www.strategies.fr/emploi-formation/management.html,

ANNEXES

ANNEXE I : Les enquêtes exploratoires.

ANNEXE II : Les guides d'entretiens des cadres de santé.

ANNEXE III : Les questionnaires des équipes paramédicales.

ANNEXE IV: Les entretiens retranscrits.

ANNEXE V: L'entretien du cadre par mail.

ANNEXE VI: Les commentaires, points forts et manques.

Les enquêtes exploratoires

Questions posées aux cadres de santé :

- Quels sont selon vous les conséquences de la gestion de deux équipes par un seul cadre ? (points positifs et négatifs)
- Y a-t-il des doléances des agents, en lien avec cette problématique, concernant votre activité ?
- Quel est votre ressenti personnel sur cette gestion de deux équipes en tant que cadre ayant vécu d'autres situations d'encadrement différentes auparavant ? (N.B : pour le troisième cadre : j'ai remplacé 2 équipes par contexte de changement)

Synthèse des réponses en reprenant leurs termes:

1- Le premier CDS exerce en psychiatrie

Bases définies dès le départ sur le temps réparti pour chaque équipe. Complexité pour les transmissions d'infos car répétitions pour le CDS et chronophage. En psychiatrie c'est un fonctionnement depuis la sectorisation et le développement des structures extra hospitalier., donc les équipes y sont habituées maintenant(nombreuses années depuis le changement). Facilitation par des sites éloignés géographiquement : (plusieurs kilomètres) donc pas de possibilité de venir sur place dans la minute donc moins de demandes. De plus l'autonomisation est facilitée ce qui arrange certaines équipes qui souhaitent garder leur indépendance et se sentent sans présence du CDS : « libres de toute hiérarchie », ce qui peut poser d'autres problèmes lors de décisions institutionnelles à faire appliquer. Mais plus de demandes de la part de l'équipe qui se situe dans les mêmes locaux que mon bureau.

2- Le second a en charge plusieurs équipes

Avant deux cadres pour deux équipes, les deux services ont fusionné depuis un an et donc un seul cadre (nouvellement nommé) pour les deux équipes qui sont en face sur le même pallier. L'équipe transmet ce sentiment que le CDS n'est jamais présent, qu'il ne répond pas aux demandes comme avant. « Quand on l'a sous la main on le garde », donc demandes multiples. La référence à l'ancien cadre de l'équipe est régulière, sentiment d'infériorité renvoyé au cadre en poste. . Le CDS a l'impression de courir partout mais n'a pas le sentiment d'être inefficace, court tout le temps.

3- Le troisième a vécu un contexte de changement.

L'équipe unique n'a pas été bougée en terme de personnel, mais c'est les spécialités qui ont été modifiées (passage d'une spécialité : l'endocrinologie, à 4 : endocrinologie, neurologie, gastro-entérologie et rhumatologie) avec changements des acteurs : plus nombreux, les médecins de chaque spécialité. Autre modification : l'organisation (passage d'un service traditionnelle en HDS). Du fait de la multiplicité des spécialités, sentiment de courir partout, de papillonner, sentiment de perte de qualité de travail // à l'ancienne spé, et sentiment d'incompétence concernant les autres renvoyés par les médecins. L'équipe renvoie au cadre une notion de faiblesse, qu'il a laissé l'institution faire cette erreur de réorganisation, qu'il s'est rangé du côté des bureaucrates et perdu la notion du prendre soin et de qualité

Guide d'entretiens auprès des cadres de santé des services

D'abord resituons le contexte de notre entretien : dans le cadre de mon mémoire de fin d'études IFCS Montsouris, j'effectue un travail de recherche concernant :

Le rôle du cadre dans la construction d'une identité d'équipe, dans un contexte de changement.

-Vous êtes cadre de santé depuis combien de temps ?

-Quelle était votre formation initiale ?

-Depuis combien de temps êtes-vous responsable de votre équipe actuelle ?

-Pourriez-vous me décrire rapidement votre équipe et le service dans lequel vous travaillez aujourd'hui ?

-Vous avez vécu un changement organisationnel au sein du ou des services, pouvez-vous me situer le contexte de ce changement en quelques mots ?

-A votre arrivée, comment avez-vous été accueilli par l'équipe en place ?

-Quelles étaient les avancées de ce changement à votre arrivée? (prévu, en cours, finalisé...)

-Quelle a été la politique institutionnelle lors de ce changement ?

-Cette approche, quelle en ont été les points forts et/ou les manques ?

-Si je vous dis : « Le cadre a un rôle majeur dans l'accompagnement des équipes au changement... » Qu'en pensez-vous ?

-Concernant le changement vécu dans votre service, quels ont été vos points forts et vos manques ou difficultés ?

-Lors du changement, selon vous, les équipes sont-elles arrivées avec des identités de service ?

-Comment avez-vous abordé ce « mariage » (plus ou moins forcé) d'équipes ?

-Pensez-vous que le cadre influe sur la construction identitaire d'une nouvelle équipe ?

-Comment ?

-Quels sont les socles spécifiques dans les services pour faire émerger identité forte ?

-Place de l'institution, du médecin, du cadre sup ?...

-Aujourd'hui, pensez-vous que votre équipe ressent un sentiment d'appartenance à une équipe autour de :(OUI/NON, plusieurs réponses possibles)

à une pathologie ?

à un service ?

à un lieu ?

à un pôle ?

à un établissement ?

à un ou des soignants ?

à un médecin du service ?

à un cadre de santé ?

-Selon vous, où en est votre équipe dans ce sentiment identitaire aujourd'hui ?

-Avez-vous des commentaires particuliers à ajouter ?

Questionnaires pour les équipes paramédicales.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de l'école des cadres (Institut de Formation des Cadres de Santé de Montsouris), j'effectue un travail de recherche concernant **l'accompagnement des équipes dans les changements.**

Merci d'accorder quelques minutes pour remplir ce questionnaire, votre avis est essentiel dans l'objectif d'amélioration des pratiques managériales.

Ce questionnaire est bien entendu anonyme.

Merci de le remettre dans l'enveloppe prévue à cet effet, avant le

Sonia Nordey, étudiante cadre de santé.

● Pour mieux vous connaître.

1. Vous êtes : Infirmier Aide-soignant
 ASH Autre : précisez.....
2. Vous exercez depuis quelle année ?
3. Vous êtes dans cet établissement depuis combien de temps ?
4. Vous êtes dans ce service depuis combien de temps ?

● Votre point de vue concernant le changement.

5. Un changement d'organisation est pour une équipe plutôt : (**cochez une seule case**)
 une source de fragilité **ou** une source de motivation
6. A titre personnel, lorsque l'on vous annonce un changement prévu dans votre service, qu'elle est votre première réaction : (**cochez une seule case**)

Confiance . Colère Indifférence. Crainte. Résignation. Enthousiasme. Incompréhension.

7. Vous avez vécu un changement dans votre service, selon vous il a été :
 - Ce changement a été imposé : Oui Non
 - Vous a-t-on présenté les raisons du changement : Oui Non
 - Accompagné par l'institution : Oui Non
 - Accompagné par le cadre de santé du service : Oui Non
 - Votre avis a été recueilli : Oui Non

- Votre avis a été pris en compte : Oui Non

8. Aujourd'hui, selon vous à qui a profité le plus ce changement d'organisation? (**classez dans l'ordre, de 1 à 5 ; 1= a le plus profité, à 5= le moins**)

- A l'établissement Au cadre de santé
 A l'équipe médicale A l'équipe paramédicale
 Aux patients

9. Aujourd'hui vous considérez que ce changement était : (**cochez une case par ligne**)

- Plutôt utile **ou** Plutôt inutile
 Vécu de façon enrichissante **ou** Vécu de façon non constructive

10. Le changement a été vécu avec le cadre en place, **ou** avec un nouveau cadre ?

11. Si vous deviez classer votre vécu des changements par ordre du moins impactant au plus perturbant (**classez de 1= peu d'impact à 4=très perturbant**)

- Changement d'organisation du travail. Changement de cadre de santé.
 Modification (regroupement ou séparations) des équipes de soins. Changement de locaux.

● Concernant l'équipe. Si lors de la période de changement, votre équipe s'est regroupée avec une autre ou si votre cadre a dû gérer 2 équipes et non plus une seule....

12. Selon vous : (**cochez une seule case**)

- Avez-vous le sentiment que votre équipe d'origine avait une « identité » propre ?
 Oui Non

13. Avez-vous aujourd'hui l'impression qu'une nouvelle identité d'équipe a été créée ?

Oui Non

14. Selon vous, l'équipe est ancrée par ou autour de : (2 réponses possibles)

- le médecin référent du service, le cadre, un lieu, une pathologie, un pôle
 quelques soignants charismatiques, l'établissement de santé dont vous faites partie.

15. Qu'est-ce qui a favorisé la création de cette nouvelle identité d'équipe ?

.....
 16. Selon vous, le cadre doit-il garder les identités propres de chaque équipe
ou en créer une commune?

17. Selon vous, peut-on élaborer des projets de service :

Immédiatement après le changement **ou** après quelques mois.

18. Quels sont selon vous les points forts et les manques qui ont marqué les processus de changement ? (*Donnez un mot, ou une phrase ; vous n'êtes pas obligé de remplir chaque case des tableaux*)

POINTS FORTS	Emanant de l'établissement	Emanant du cadre de santé
Avant le changement		
Pendant le changement		
Après 3-6 mois		
Après 1 an		

MANQUES	Emanant de l'établissement	Emanant du cadre de santé
Avant le changement		
Pendant le changement		
Après 3-6 mois		
Après 1 an		

19. Si vous le souhaitez, vous pouvez écrire un commentaire libre concernant le changement et votre vécu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation.

Sonia Nordey

Les entretiens des cadres de santé

Récapitulatif des situations :

Entretien N°1 : Cadre C1.

La **structure** : hôpital public de la région parisienne.

Le **service** : spécialisé de médecine palliative. (L'unité de soins palliatifs en hospitalisation traditionnelle, et l'équipe mobile de soins palliatifs).

Les **changements** : Création du service en 2009. Beaucoup de changements ensuite (chef de service, cadre de santé, locaux) et un nouveau en cours (horaires de travail).

L'**équipe** : en cours de construction mais qui reste fragile.

Le **cadre** : arrivée il y a quelques mois lors du déménagement. (Août 2011)

Spécificité : un binôme chef de service et cadre de santé soudé. Du temps dégagé pour des temps de réunion très régulièrement.

Entretien N°2 : Cadre C2.

La **structure** : hôpital public de la région parisienne (le même que cadre 1)

Le **service** : HDJ pluridisciplinaire de médecine. Création du service en 2007

Les **changements** : regroupement de deux équipes de deux services différents par la création d'un nouveau service. Changement d'horaires de travail en 2010.

L'**équipe** : soignants tous volontaires, équipe soudée, solidaire et montre une bonne cohésion.

Le **cadre** : faisant-fonction cadre depuis 2 ans.

Spécificité : la cadre de santé est issue de l'équipe, elle a donc un vécu d'infirmière puis de cadre de santé.

Entretien N° 3: Cadre C3.

La **structure** : établissement privé à but lucratif (SSR).

Le **service** : SSR oncologie et soins palliatifs.

Les **changements** : Déménagement du service oncologie et lits dédiés soins palliatifs regroupés en mai 2009. Actuellement travaux dans le service et changements d'horaires.

L'**équipe** : basée sur l'ancienne équipe, plus d'autres membres rattachés par choix personnel. Existence d'une équipe et d'une contre-équipe. Une identité dans une institution mais une identité de oncologie avec deux spécialités : oncologie et soins palliatifs.

Le **cadre** : en poste sur l'établissement et le service depuis l'ouverture.

Spécificité : Volonté institutionnelle d'accompagnement au changement et de bien-être au travail. Des travaux et un lieu commun de travail semble rapprocher ces deux équipes.

Entretien N°4 : Cadre C4.

La **structure** : hôpital public de la région parisienne (différent de C1 et C2).

Le **service** : Pneumologie –cancérologie.

Le **changement** : regroupement de deux spécialités, pneumologie et HDS oncologie dans le service de pneumologie il y a 3 mois.

L'**équipe** : « *ancrée* » en pneumologie, jeunes professionnels en onco, arrivée depuis quelques mois de la majorité de l'équipe.

Le **cadre** : en poste sur l'établissement et le service depuis 7 mois.

Entretien n°1

Mme M. T

Durée : 47 minutes.

Cadre depuis 12 ans, infirmière de formation depuis 88. Arrivée dans l'établissement il y a 3 ans.

• **Depuis combien de temps êtes-vous responsable de l'équipe actuelle ?**

Responsable de l'équipe depuis le premier août 2011 après un intérim de deux mois. (Pendant lequel elle a géré son ancien service et les soins palliatifs pour préparer l'organisation du déménagement).

• **Pourriez-vous me décrire rapidement votre service et l'équipe actuellement, une sorte d'état des lieux ?**

Unité de soins palliatifs qui existe depuis trois ans, à changé de locaux en septembre 2011, a connu de nombreux bouleversements, le chef de service, et le cadre de santé.

L'équipe paramédicale, un tiers était présente depuis l'ouverture du service, deux tiers sont arrivés par la suite.

• **Avez-vous le sentiment que l'équipe a actuellement une identité spécifique ?**

L'identité de l'équipe, était liée à l'ancien chef, et au cadre présent depuis l'ouverture.

L'identité est en train de changer, du fait du changement de chef de service et du cadre de santé, arrivés en même temps l'été 2011. Il y a eut une période compliquée de un peu plus d'un an sans cadre aussi.

L'équipe présente à l'ouverture du service a vu ses repères modifiés par ces changements donc aujourd'hui en binôme avec le chef de service, on tend vers une harmonisation, et une homogénéité pour l'ensemble de l'équipe.

Il y avait un certain fonctionnement et des modalités de prise en charge spécifique avec l'ancien chef de service, où les « anciennes » avaient des repères. Ces projets ont été bouleversés par le projet du nouveau chef de service. De ce fait il y a une réunification complète de l'équipe à créer.

On rentre dans un vrai projet d'équipe. C'était un bouleversement tellement important que certains, toutes catégories confondues depuis le psychologue en passant par les médecins et les paramédicaux ; certains font le choix de partir actuellement.

- **Cela représente beaucoup de personnes ?
Un médecin, un psychologue, une infirmière sont partis.**

Du fait de ce changement, les gens voient après six mois de fonctionnement et décident de rester ou non. S'ils ne s'y retrouvent pas, ils s'en vont.

Le chef de service nous a même conseillé un livre concernant la conduite de changement, c'est une histoire de pingouins, en lien avec le bouleversement actuel du service, qui s'appelle « Alerte sur la banquise », qu'il a conseillé de lire à toute l'équipe.

- **Donc le chef de service est conscient de cette période de changement ?**

Effectivement oui, il est conscient du bouleversement et même dans les prises en charge ça modifie les fonctionnements avec ses patients. C'est un médecin de formation anesthésique, qui s'est formé à l'éthique, et a des réflexions poussées en concernant la loi Léonetti. On est dans la réflexion autour des thérapeutiques actives qui sont arrêtées, même des arrêts du type de nutrition, et l'arrêt de la réhydratation. L'équipe n'était pas dans ces réflexions avec l'ancien chef de service, les « anciennes » en sont bouleversées, leurs certitudes sont déstabilisées, mais cela donne aussi la parole aux réflexions des plus jeunes nouvellement arrivés. Ce qui est intéressant concernant la dynamique d'équipe, mais tout cela prend du temps. Malgré tout, le noyau dur de l'équipe qui avait pris de l'autonomie et du pouvoir du fait de l'absence du cadre depuis un an, ...a du mal à devoir suivre un chef de service avec les idées différentes. Ce n'est pas simple tous les jours avec l'équipe. Du tout !

- **Donc là c'est le point où vous en êtes aujourd'hui. D'accord, c'était ma seconde question : Vous avez vécu un changement organisationnel au sein du service, lequel et comment s'est-il passé ?**

Le changement organisationnel c'était, bon cela restera anonyme, c'était le départ forcé par la direction, de l'ancien chef de service, qui a été « viré » avec une équipe qui à l'époque avait pris parti pour celui qui ait été remercié. Et avec dans ce service l'unité traditionnelle et l'unité mobile, entre lesquelles il y avait une véritable « guerre froide »...

Nous avons donc à l'arrivée du nouveau chef de service deux entités : l'unité traditionnelle de soins palliatifs et l'unité mobile. L'objectif du nouveau chef de service était de réunifier ces deux entités a bien exprimé son souhait de relayer le passé dans le passé, on pose les armes et on construit. On avance et on se centre sur les projets et sur les patients. Et les batailles qui ont pu avoir lieu ont été mises de côté.

- **Donc pour lui il y a une identité d' « unité de soins palliatifs » ?**

Pour lui n'y a pas deux unités mais un service de médecine palliative en tant que tel. Avec une seule et même équipe, mais avec dedans des missions différentes.

- **Est-ce que vous avez l'impression que ça c'est ressenti de la même façon par les autres membres de l'équipe ?**

Pour l'instant pas vraiment, ça commence. Je sais que c'est ce qui a été vécu difficilement par certains. Certains ont le sentiment de perdre leur identité construite, surtout pour l'équipe mobile qui avait l'impression d'être : se sont les mots de l'IDE « les quéqués en arrivant dans les services ! ». Aujourd'hui, le fonctionnement c'est qu'on appelle le service de médecine palliative et ensuite on décide si on prend les patients en charge en tradi ou par l'équipe mobile. Et ça c'est très mal vécu. Ils ont le sentiment d'avoir été pas passés au second plan. C'est ce qui motive aujourd'hui les départs de certains, mais pour retrouver une équipe mobile dans le département c'est compliqué, mais une infirmière notamment, si elle avait trouvée elle serait partie.

Ce n'est pas sans mal. Certains se sont un peu écorchés, mais aujourd'hui ce qui fait la force du cadre, moi, c'est qu'avec le chef de service nous avons les mêmes valeurs professionnelles nous avons les mêmes modes de fonctionnement, on est pragmatiques tous les deux, on ne fonctionne pas à l'affectif. Nous sommes sensibles aux patients mais pas dans l'affectif. Lui il est dans la conduite de projets, il est la locomotive qu'il faut suivre, et moi je suis dans les faits, j'essaie de ne pas trop être dans les sentiments car dans ce service des gens fonctionnent beaucoup à la compassion. Certes cela peut être intéressant pour les patients, mais pour faire avancer l'équipe il ne faut pas l'être de trop. Je suis garante de l'équilibre des équipes, je dois être dans l'écoute mais pas en permanence, on est dans un échange avec les équipes on leur permet de s'exprimer. Mais il m'a dit clairement, on doit suivre son chemin, qu'une équipe ne peut pas se gérer que dans l'écoute, à un moment c'est le capitaine du bateau qui doit donner la direction. Même si l'écoute de tous est réelle.

Interruption par une infirmière qui frappe et entre.

- **Est-ce que vous pensez que le contexte institutionnel peut jouer un rôle dans la construction d'une équipe peut jouer un rôle ?**

Le contexte institutionnel de l'hôpital, oui, joue un certain rôle dans les dynamiques de changement. J'ai le sentiment que les équipes sont actuellement en grande difficulté, pas entendues par la direction, sans projet de soins, sans projet d'établissement, beaucoup de faisant fonction, beaucoup de nouveaux cadres qui arrivent dans ce bateau où chacun gère son service comme il peut. L'unité de soins palliatifs, est « protégée » car à part dans son fonctionnement, comme les réas par exemple, on fonctionne en quasi-autonomie.

Normalement l'identité d'un service se construit à partir ou dans la continuité de l'identité d'un établissement, aujourd'hui cette identité, ici, est quasi inexistante. Moi qui suis arrivée il y a peu de temps sur l'hôpital, j'aurais du mal à vous dire quelle est cette identité institutionnelle. Mis à part l'identité de service public, et le fait que l'hôpital ait une bonne réputation, ce qui devrait être plus

fort, est aujourd'hui mis de côté. Les soignants ont d'abord une identité de service, mais peu d'identité institutionnelle.

Moi aujourd'hui c'est dommage mais j'ai l'identité du service mais pas de l'établissement. J'ai un exemple pour le livret d'accueil. On devait travailler sur un livret spécifique de soins palliatifs, mais celui de l'hôpital en attendant qui n'était pas distribué dans le service car inadapté ; il est donc distribué uniquement depuis 15 jours car je me suis dit que nous appartenions nous aussi à cet hôpital et que nous devions le proposer aux patients. Mais d'emblée ce n'était pas une évidence pour moi.

Interruption par une infirmière, concernant un laboratoire pharmaceutique.

- **Par rapport au changement, lors de votre arrivée, vous aviez l'impression que le projet était en cours, ou au démarrage ?**

Concernant le changement, j'ai le sentiment de redémarrer à zéro du fait qu'on a eu un changement de chef de service. Car il y a de ce fait, un changement de direction, que la prise en charge nouvelle des patients et il y a une identité à reconstruire autour d'un projet de service spécifique.

- **Donc pour vous l'identité de l'équipe se rattache au chef de service ?**

L'identité de l'équipe se construit en premier lieu autour du chef de service. Oui je pense. Dans l'idéal il faut que ce soit autour des deux partenaires : chef de service et cadre du service. C'est les deux je crois, car une équipe peut se rattacher à un cadre de service, mais il faut qu'il soit en accord avec le chef de service, sinon ça peut pas le faire. De toute évidence si les deux ne sont pas en accord, ça va au clash. C'est mon sentiment en tout cas.

- **Est-ce qu'il y a aussi un sentiment d'appartenance en lien avec une pathologie ?**

Euh, quand même oui, c'est une spécialité, ils y sont attachés dans leur identité à cette spécialité de soins palliatifs. Ils sont là aujourd'hui pour cette spécialité pas pour une personne en particulier, pas pour les beaux yeux du chef de service ou les miens ! Ce qu'ils ont tous choisit c'est la spécialité de soins palliatifs.

- **Par rapport à un pôle ?**

Non, pas par rapport à un pôle.

- **Par rapport à un lieu ?**

Je dirais oui et non. Elles y sont attachées avec les nouveaux locaux qu'on a actuellement, elles ont participé à la préparation des travaux donc elles y tiennent à leur nouveau service tout neuf. Mais est-ce qu'il y a un sentiment d'appartenance qui se construit autour des locaux je ne crois pas.

- **Par rapport à un ou des soignants charismatiques ?**

Oui : le chef de service en particulier. Mais ici on considère que tout le monde fait partie de l'équipe soignante. (du médecin aux ASH). Certains membres peuvent être charismatiques comme lui, mais dans les paramédicaux immédiats, j'ai pas aujourd'hui de personnalités fortes bien au

contraire. Il y a des membres qui ont des compétences techniques mais qui n'ont pas de compétences positives pour l'équipe et l'esprit d'équipe, qui sont même au contraire identifiées comme des freins pour la dynamique d'équipe. Ils ont été identifiés par le chef de service et moi-même en tant que tel et nous y travaillons aujourd'hui. Ils ont des capacités relationnelles auprès du patient. S'ils ont des capacités et l'envie, ils vont suivre et s'intégrer au projet, ou sinon ils partiront. Ça leur a été clairement dit par le chef de service et en accord avec moi.

- **Selon vous, en analysant la politique institutionnelle, quels ont été les points forts ou les manques, à titres individuels ou collectifs ?**

L'accompagnement institutionnel... Les changements nécessitent un accompagnement et une présence importante au quotidien auprès des équipes. Mais cela nécessite tellement de présence réelle du cadre que j'ai dû reporter mon diplôme universitaire pour être présente auprès d'eux. Ils sont en demande, l'équipe paramédicale, de temps de présence de cadre. De ce fait au début la délégation est compliquée, difficile, donc dans la construction identitaire pour l'instant ils se reposent beaucoup sur moi. Tout se repose énormément sur le cadre au départ.

Le cadre de pôle... a été présent lorsque j'ai eu des difficultés organisationnelles, à ma demande, mais dans la construction identitaire je n'ai pas du tout été aidée ni par la CGAS, ni par le cadre de pôle d'emblée. De toute façon, c'est même pas abordé. Le cadre est livré à lui-même, il doit se débrouiller, il faut que ça roule et c'est tout.

Les points forts viennent du fait que moi, je connais mes valeurs professionnelles, j'ai des repères éthiques, sur lesquels je peux travailler avec les soignants pour les fédérer, pour construire une identité. Je les exprime parfois et le chef de service aussi. En manque, on peut considérer que l'école des cadres ne nous prépare pas à construire cette identité d'équipe. On n'apprend pas à entretenir un esprit d'équipe. Surtout aujourd'hui où les générations, sans être dans la critique des nouveaux professionnels, ce n'est pas le même fonctionnement.

- **Les valeurs sont les mêmes selon vous ?**

Par contre on peut s'appuyer sur les mêmes valeurs enfin quelques-unes en s'orientant autour de la bienfaisance des patients, on peut fédérer d'équipe autour de ça. Mais il y a des différences entre les équipes : on a fait une réunion d'équipe jour/nuit, en travaillant depuis quelques semaines sur les organisations de travail et les horaires, on observe que l'équipe de nuit est très attachée au binôme soignant (en même temps elles sont que deux la nuit, une IDE et 1 AS), alors que l'équipe de jour est attachée au bien-être et à la prise en charge des patients. La poursuite du binôme vient en second plan dans la journée pour les deux infirmières et les trois aides-soignantes. Ce choix complexifie les prises en charge, ça désorganise tout, on leur a dit qu'elles pouvaient privilégier les organisations de service, en considérant bien sûr les patients, mais il faut qu'elles arrivent à

prioriser l'organisation pour le patient oui, mais pas que. Surtout que c'est souvent au détriment d'elles-mêmes.

Interruption par une secrétaire.

Aujourd'hui l'identité est en construction autour de ces valeurs mais la priorité des équipes parait aujourd'hui : c'est le patient, le patient !!, elles doivent comprendre que pour bien s'occuper des autres elles doivent prendre soin d'elles-mêmes, prendre le temps de manger par exemple. Des journées de 12 heures sans déjeuner, ce n'est pas gérable. En plus, elles ne sont pas présentes aux réunions avec les médecins car n'arrivent pas à s'organiser, ce qui pose un gros problème au chef de service. Il n'accepte pas que l'on ne vienne pas en réunion d'équipe.

En fait, le problème c'est que les équipes de jour ont le sentiment que les patients sont « leurs patients », elles veulent bien s'en occuper, elles veulent une reconnaissance de leurs soins. Mais normalement lorsqu'on est dans une équipe, on doit faire confiance à l'ensemble de ses collègues, avoir confiance dans l'autre ça fait partie de la construction d'identité d'équipe. Ce n'est pas du tout le cas aujourd'hui, on n'est pas arrivés là, y'a encore du chemin. Tout n'est pas acquis, sur la confiance...

Par exemple à mon arrivée sur l'établissement, j'avais postulé sur les soins palliatifs, je n'avais pas eut le poste, je suis allée en médecine. Le cadre du service en place tombe malade, ensuite il y a eu deux faisant fonctions. A mon arrivée j'ai eu l'impression de prendre la place de l'ancien cadre qui lui avait une légitimité. Les anciennes, encore maintenant après 8 mois, m'ont bien fait comprendre que j'avais pris la place de l'ancien cadre, je n'avais pas de reconnaissance. Même pour le cadre il faut du temps pour se poser et se construire en tant que tel dans une équipe, avant de construire quelque chose avec cette équipe. Dans ce genre de service en tout cas.

En tant que cadre quand tu arrives, l'équipe qui est déjà constituée t'observe, te met à l'épreuve avant de t'accepter ou non. C'est peut-être plus facile que tout le monde arrive en même temps, ce serait plus facile pour le cadre si l'équipe se construit en même temps qu'elle mais c'est rarement le cas sauf pour l'ouverture d'une nouvelle unité. Et c'est sûrement pour ça que l'équipe était très attachée à l'ancienne cadre qui avait créé l'unité à l'époque.

- **Là si je vous dis : « Le cadre a un rôle majeur dans l'accompagnement du changement auprès des équipes »**

Ah oui et dans la construction de l'identité de cette équipe. Oui, oui, beaucoup de choses reposent sur lui. C'est très lié à la personnalité du cadre, si l'équipe ne se reconnaît pas dans le cadre il faudra qu'il s'en aille.

- **Vous parliez tout à l'heure d'être accepté par l'équipe, vous pensez que d'abord, pour construire une identité commune, il faut que l'équipe ait choisit sa locomotive ?**

Oui, je vais faire un aparté concernant un autre service : la pneumologie lors du changement de chef de service n'ayant plus les mêmes valeurs professionnelles et les mêmes projets de soins pour les patients, certaines personnes de l'équipe sont restées grâce au cadre, mais beaucoup sont partis à cause du nouveau chef de service. La vision de la prise en charge des patients ne leur convenait pas, au total un tiers du personnel a quitté l'équipe en un an. Mais le chef de service reste tout-puissant. Ils se laissent en général six mois à un an avant de prendre leur décision. Après il faut s'interroger, est-ce que le cadre doit convaincre les équipes de rester ou entendre leurs arguments et les laisser changer de service ? Si l'équipe perd son repère de cadre, certaines personnes quittent le service en même temps que lui et c'est salvateur sinon le climat devient invivable.

Interruption par une infirmière

A un moment, les soignants avaient du mal à faire la part des choses et ils auraient pris parti soit pour le chef de service soit pour le cadre de cela peut être compliqué dans une équipe. Mais les paramédicaux, en tout cas les infirmières ne peuvent pas travailler sans collaborer avec les médecins...

Interruption par la cadre de pôle au téléphone.

- **Alors maintenant concernant le rôle de manager...En partant du postulat que vous êtes en accord avec les valeurs et les principes du chef de service, comment avez-vous abordé ce « mariage forcé », si des personnes n'ont choisi d'être là ensemble. Quelles sont les leviers que vous pouvez utiliser pour les rassembler ?**

C'est le projet de service et le projet de soin et les valeurs professionnelles, on y revient toujours. Certaines des actions de formation communes, les travaux de groupe ensemble et aussi : laisser des temps d'expression, des réunions où elles peuvent exprimer ce qu'elles ressentent. Ici c'est spécifique dans ce service, on fait régulièrement des réunions mais là je parle de réunions de régulation où on n'est pas centrés sur le patient mais sur les organisations du service et le fonctionnement. On parle de : comment travailler et de l'organisation, on intègre les patients dans nos missions mais pour ces réunions, on voit qui fait quoi ?, comment on doit s'organiser ensemble dans la journée et pourquoi on a fait comme ça ?, quel choix... Les leviers c'est vraiment ça, des projets identifiés, on ne peut pas être dans une routine dans un fonctionnement où rien ne change, il faut innover c'est très important.

- **Et ça c'est bien accueilli par les équipes ? comment vous les présentez ces réunions ?** J'appelle ça des réunions de régulation pour les soignants. J'avais appris ça à l'école des cadres. On n'est pas là pour parler des patients, on est là pour que les soignants puissent nous dire ce qui ne va pas, ce qui gêne au fonctionnement. La fréquence, ici j'ai prévu de le faire tous les deux mois, mais aussi ponctuellement si besoin. Là par exemple, j'étais absente pendant 15 jours et nous avons eu

un changement dans les horaires ; en revenant j'ai senti des tensions donc j'ai créé un temps de réunion qui n'était pas prévu pour que les gens puissent désamorcer la situation.

- **Et là, lors de ces réunions, ils expriment le fait qu'ils ont besoin de travailler autour des valeurs et d'un projet ? ou c'est vous qui êtes à l'origine de ça ?**

C'est eux qui font les choses, qui font que les choses avancent, ils sont d'ailleurs dans la demande. Ils trouvent, l'ensemble de l'équipe, qu'en général les choses ne vont pas assez vite et que « là-haut » ça ne suit pas. Et là mon rôle c'est de leur faire comprendre aussi que tout ne tourne pas autour d'eux, qu'on est aussi en plus d'être une unité, dans un établissement et dans un pôle. Hélas pour eux effectivement c'est un frein, c'est un handicap cette identité institutionnelle.

- **Ces réunions vous aviez pu les mettre en place dans votre ancien service ?**

Ces réunions de régulation je n'ai pas réussi à les mettre en place amplement en pneumologie. Ou en tout cas très difficilement j'en ai fait que 3. Une fois forcée par un droit d'alerte à Noël où là il fallait vraiment désamorcer les choses mais non je ne...

Interruption par une infirmière qui rentre dans le bureau.

Non effectivement, en pneumo je n'avais pas réussi. Mais clairement, si ce temps tu arrives à le mettre en place, tu peux faire avancer les choses. Bon le problème du temps est un souci au quotidien. Alors c'est difficile car en tant que cadre tu sais que l'équipe a besoin de dire des choses et que les choses ne vont peut-être pas être agréables à entendre, mais il faut monter au créneau quand même. Je crée un temps de parole où elles peuvent exprimer des choses. Pour certaines tu peux leur apporter des solutions très vite et pour d'autres je dis que je n'ai pas de réponse pour l'instant mais j'y réfléchis. Si tu as un chef de service qui peut t'aider à trouver des solutions là c'est le top. Si ce n'est pas le cas là il faut se retourner vers la cadre Sup', il faut se faire aider, ça permet d'avoir une équipe qui ne t'expose pas à la figure.

- **Ce temps, vous le faites avec le chef de service ?**

Non pas spécialement, par contre là actuellement j'ai une nouvelle psychologue, qui est à temps plein et qui est pour moi une aide importante car elle ressent ce qu'il peut se passer dans l'équipe et je confronte mes réflexions avec les siennes et ça c'est une aide. Pour la dernière réunion elle m'a dit : « là, c'est bon, le dialogue est en place, les choses ont pu se dire ». Il faut qu'il y ait du dialogue pour la construction de l'identité, il faut qu'il y ait un dialogue qui soit possible et réel.

- **Avez-vous des choses à rajouter que nous n'avons pas abordées concernant le changement ou l'identité de l'équipe ?**

Non, juste un aparté concernant des fusions et des regroupements de services et d'équipes. Je connais quelqu'un qui travaille à l'hôpital de Lorient où il y a cette modification institutionnelle énorme où tous les services vont être mélangés. Ce qui crée actuellement énormément de souffrance et de malaise dans les équipes, ce n'est pas anodin cela peut prendre des proportions graves pour certaines personnes en difficulté. Tu déconstruis quelque chose qui existait, ils créent les services en mélangeant les spécialités et en prenant des personnes de différents endroits et apparemment c'est très difficile. Encore je pense que pour nous dans la région parisienne les gens ont pris l'habitude du changement. Mais en province où les choses sont installées et plus stables, c'est plus complexe. Mais je pense que dans la région parisienne les gens ont plus l'habitude de brassage, de restructurations, de déménagements que dans d'autres régions ; ils ont donc peut-être moins de mal. En plus, la population est peut-être plus jeune dans la région et les jeunes ont peut-être moins de mal à subir le changement.

- **Merci, je vous présente à présent les questionnaires pour les équipes.**

Je pense que ce questionnaire dans l'équipe, peut remuer des choses dans l'équipe tant bénéfiques que négatives. J'en parlerai avec le chef de service, sur les conséquences que ça pourrait avoir. Dans notre stratégie, ce peut être positif mais il ne faudrait pas que ça fasse plus de dégâts. Je lui montrerai et nous déciderons si nous ne diffusons car là en ce moment on est en train de rajouter un changement d'organisation des horaires avec des chevauchements jour nuit en 12 heures. Si là je distribue les questionnaires, comme elles ne sont pas convaincues par l'utilité des horaires de ce binôme qui a été décalé. Le bénéfice a été présenté par le chef de service comme un bénéfice pour le patient, mais pas pour le personnel. Donc elles sont actuellement dans une évaluation négative du changement. Elles ont eut le changement du chef de service, changement du cadre de santé, changement de locaux et là, changement d'organisation ; elles ont la totale ! Ce questionnaire va soulever des choses très importantes ... mais pourquoi pas, ce serait intéressant.

- **Vous pensez que cela peut soulever quoi ?**

Bon, parler, oui. Mais je pense que les choses soient écrites serait peut-être bénéfique mais ça veut dire que là si y'a des choses négatives qui sortent de ce changement, qu'est-ce que je fais de ça moi en tant que cadre ? est-ce que je considère que c'est juste votre travail et que je n'en fais rien ? ou est-ce que je l'utilise pour réfléchir à la nouvelle organisation à. Le je suis en plein dedans et ce serait dommage de ne pas retravailler dessus après sauf si c'est leur volonté. On verra avec le chef de service.

Entretien n°2

Mme I.D.

Durée : 37 minutes.

Diplômée IDE 89, sur l'établissement depuis 1995, FF janvier 2010.

- **Si tu devais me décrire le service et l'équipe aujourd'hui en quelques mots :**

C'est une petite équipe de six infirmières et 4 ASH, elles sont polyvalentes, avec neuf spécialités dans le service, impliquées, consciencieuses, il y a une conscience professionnelle. C'est une équipe solidaire.

Le service est ouvert depuis 2007, on a eut une nouvelle infirmière depuis septembre 2010 et de nouvelles ASH en janvier 2011. Le reste de l'équipe est là depuis l'ouverture.

- **Le changement consiste en l'ouverture d'un nouveau service, est-ce que tu peux m'expliquer le contexte de ce changement.**

C'était une volonté d'ouvrir un service d'hôpital de jour de médecine et de regrouper toutes les spécialités qui effectuaient dans les services tradi. C'était logique, des HDJ il y en avait partout dans l'hôpital. À l'origine cela regroupait trois disciplines soit deux services : la gastro-dermato et un autre service la rhumatologie. À l'époque 4 infirmières venaient du premier service et 3 autres de la rhumato ; les ASH : moitié-moitié.

- **Est-ce que l'hôpital était lui aussi dans un contexte de changement au était-ce uniquement le service ? comment est-ce que cette période a été vécue ?**

C'était partout dans l'hôpital. Pour l'HDJ, ça a été bien vécu puisque c'était du personnel volontaire qui a postulé pour la création du service, donc il y a eu de l'investissement, il n'y a eut aucun poste forcé. C'était un choix pour tous.

- **Pour nous situer dans le changement, à quel moment tu es arrivée ?**

En fait, moi je faisais partie des infirmières à l'époque, des trois infirmières de gastro-dermato. Donc je suis issue de l'équipe et lors du départ du cadre en janvier 2010, j'ai pris le poste de faisant fonction en gardant un 80 %. Le fonctionnement d'hospitalisation de jour me plaisait, cela restait nos spécialités mais à terme comme cela devait s'ouvrir à de nombreuses autres spécialités c'était intéressant.

- **Et ça vous étiez au courant dès le début ?**

Oui clairement, la cadre sup' nous avait dit que c'était en attendant que cela se développe. Mais le développement de l'hôpital de jour n'est arrivé que petit à petit. En fait, il y avait sept infirmières au départ pour l'activité donc on a perdu un poste. Or maintenant l'activité a explosé et on se

retrouve aujourd'hui avec une pénurie d'infirmières d'autant plus que moi en tant qu'infirmière j'étais à 75 % et lors de mon passage cadre, ils ont recruté un 50 %. Au total ça fait aujourd'hui cinq ETP au lieu de 6,25 à l'ouverture. Sachant qu'on a 12 % d'augmentation d'activité par an, la capacité nette est de 17 places mais on accueille jusqu'à 24 patients. Et pour l'instant on ira pas au-delà tant qu'il n'y aura pas plus d'infirmières.

- **Donc toi, qui es faisant fonction depuis 2010, as-tu vécu des changements avec l'équipe depuis ta prise de poste ?**

Oui le passage en douze heures pour les infirmières. En janvier 2010, il a fallu revoir l'organisation du service et l'organisation des soins. Le changement était prévu mais c'est moi qui l'ai mis en place dès la prise de fonction.

- **Etant issu de l'équipe, comment as-tu été accueillie en tant que cadre ?**

Il m'a fallu environ six mois pour trouver ma place et me dire que je ne faisais plus parti de l'équipe. Mais ça s'est bien passé elles sont toutes responsables et suffisamment matures pour faire la part des choses, il n'y a pas eu de souci majeur.

- **Par rapport à l'ouverture et du but du service, qu'elle était la politique institutionnelle et quelles ont été les manques ou les points forts ?**

Ça a été fait dans la précipitation, enfin encore on a eu deux ou trois mois pour tout mettre en place. On a travaillé avec la cadre de l'époque pour organiser le service on a eu du temps pour le monter. On s'est installé pour six mois dans un service en attendant d'aller dans un autre service qui devait être plus adapté et des travaux faits en fonction des besoins. Et puis finalement on est resté toujours à la même place, dans les locaux qui n'avaient pas été aménagés pour. Ce qui a péché, c'est que le service est installé un peu de bric et de broc en terme de matériel et en terme de locaux. La majorité de l'aménagement du service est à revoir. Et pour l'instant c'est un gros manque au niveau institutionnel.

- **Et les points forts ?**

A l'époque je n'étais pas faisant fonction, je n'étais qu'infirmière et je ne voyais pas les choses du même œil. Je n'aurais pas de points forts à te donner au niveau de l'institution. L'institution on la voyait à travers ce que disait le cadre et surtout de ce qu'elle pouvait nous dire... Donc je ne retrouve pas aujourd'hui de points forts.

- **Si je te dis : « le cadre a un rôle majeur dans l'accompagnement des équipes au changement » qu'est-ce que tu en penses ?**

Oui, ça c'est sûr. À l'époque je n'étais qu'infirmière mais la cadre a eu un rôle énorme pour arriver à nous souder, autour des termes de l'union de deux équipes différentes pour arriver à faire de deux équipes, en faire une seule, avec les mêmes objectifs et avec les mêmes attentes. Notre équipe est soudée aujourd'hui, au départ on a fonctionné comme ça : nous avons chacune une expertise dans notre spécialité et elle nous a laissé dans nos spécialités car on ne pouvait pas changer comme ça du jour au lendemain. Mais petit à petit, grâce à elle on a pu passer d'une spécialité à l'autre et acquérir tous une polyvalence

- **Tu dis « grâce à elle », qu'est-ce qu'elle a fait concrètement dans ce sens ?**

Elle nous a poussé car d'emblée, par nous-mêmes nous étions installées dans une routine de spécialité et nous n'avions pas envie d'aller découvrir autre chose. Car il fallait se remettre en question. Donc effectivement, elle a été moteur dans ce sens et nous a poussé à faire ces changements au sein du service, ces changements de prise en charge c'était pour nous pousser, nous motiver dans ce sens.

- **La motivation, dans l'organisation du quotidien ? Dans des projets ?**

Dans du quotidien surtout et dans les projets aussi sûrement, puisque l'objectif était d'augmenter la capacité d'accueil et le nombre de spécialités. Il a fallu se former à d'autres spécialités qui sont arrivées et elle nous a donné les moyens de pouvoir gérer.

Il y avait beaucoup de réunions, assez souvent des réunions paramédicales. Le chef de service était présent, était motivé pour cette augmentation d'accueil. Elle nous a donné à chacun des responsabilités au fur et à mesure. Par exemple, moi j'étais responsable de la stérilisation, une autre de la pharmacie. Elle nous a délégué pas mal de choses, tout en nous laissant une marge de manœuvre, tout en contrôlant mais on pouvait prendre des initiatives et ça je pense que c'était très important. Même quand elle n'était pas là, nous avions suffisamment d'autonomie pour ne pas « crier à l'aide » à un autre cadre pour rien. Au départ on se disait... on n'acceptait pas forcément parce qu'on se disait « c'est du boulot en plus, elle se décharge de telle ou telle chose sur nous », mais à l'arrivée on arrivait à de l'autonomie et c'est valorisant. On sort de la tâche banale, on a des responsabilités c'est vraiment valorisant. Et l'autonomie est toujours de rigueur avec moi, même si dans l'équipe au départ il y a eu quelques tentatives pour me redonner certaines missions mais ça c'était un non catégorique. Ce qui avait été mis en place a perduré et je pense que c'est essentiel.

Aujourd'hui c'est vraiment une équipe soudée et autonome, même si elles sont arrivées avec deux identités de service.

- **Cette identité de service est rattachée à quoi selon toi ?**

C'est l'intérêt qu'elles portent aux patients, la priorité c'est le patient avant tout. C'est la conscience professionnelle, c'est le souci du travail bien fait. Par exemple, le patient se trompe de jour dans sa convocation et qu'il habite loin, on ne le renverra pas chez lui on le garde, on se débrouille ; un patient qui n'est pas bien, on va le prendre charge, on va s'arranger. Un patient qui n'était pas arrivé à 9 :00 on va l'appeler chez lui pour savoir pourquoi n'est pas arrivé, est ce qu'il peut venir ? C'est vraiment le patient d'abord et puis c'est l'intérêt là d'avoir plusieurs spécialités avec différentes choses à voir, à faire, c'est jamais la même chose, même si ces patients et sont souvent les mêmes qui reviennent car c'est en priorité les pathologies chroniques. Ce qui est primordial c'est l'accueil. Ca, j'insiste beaucoup auprès des ASH lors du recrutement car c'est elles qui en priorité voient les patients à leur arrivée, car les infirmières sont en général enfermées dans les chambres. Donc pour moi c'est très important et c'est très important pour toute l'équipe.

- **Ça avait été travaillé avec l'ancienne cadre cette notion d'accueil ?**

Oui, plus ou moins. Mais de toute façon on avait tous le même état d'esprit. Bien sûr chacun avait son caractère mais tous avaient la même vision des choses, c'est un travail qui c'est fait naturellement autour de valeurs communes.

- **Tu m'as dit tout à l'heure que la cadre avait fait ça en plusieurs étapes en vous laissant d'abord chacune sur vos spécialités puis en vous ouvrant petit à petit aux autres. Est-ce que tu penses que ça a favorisé cette construction d'identité commune ?**

Oui, je pense, car au départ le service était tout neuf, on ne pouvait pas d'emblée aller travailler dans différentes spécialités car il y avait déjà à travailler sur l'organisation donc il fallait construire une base solide en nous laissant chacune dans nos spécialités et après sur cette base solide on a pu se développer.

- **Pendant combien de temps vous a-t-elle laissé asseoir cette base ?**

6 mois je pense

- **Et là cette construction identitaire qui existe aujourd'hui, à ton avis elle existe depuis combien de temps ?**

Rapidement. Je dirai au bout d'un an après

- **Le fait que tout le monde soit volontaire au départ, est-ce que tu crois que ça a été un facteur important dans cette construction d'équipe ?**

A mon avis oui, car les personnes étaient volontaires et parties prenantes. On peut réussir à créer une équipe à partir de personnes qui viennent d'horizons différents même s'ils ont été mis là « de force », mais ça prendra beaucoup plus de temps, que si d'emblée les gens sont partie prenante. C'est clair, ça fait gagner beaucoup de temps et d'énergie.

- **Aujourd'hui à ton avis autour de quoi ou autour de qui ce sentiment d'appartenance existe ?**
- **Le chef de service ?**

Non

- **L'institution ?**

Non

- **Le cadre ?**

Oui, il peut l'être.

- **Alors si on part du principe que le sentiment d'appartenance existe avec la cadre... quelle a été la réaction de l'équipe lors du départ de l'ancienne cadre ?**

Non ça n'a pas effondré l'équipe, l'équipe, l'identité de l'équipe n'a pas été perturbée ni dans un sens ni dans un autre elle existait déjà et elle est restée comme avant, ni plus ni moins.

- **L'appartenance se fait autour de la pathologie médecine et d'hôpital de jour ?**

La polyvalence des pathologies oui et l'objectif d'accueil des patients dans l'HDJ. Car quand ils arrivent, la plupart ceux qui viennent depuis longtemps sont un peu chez eux en arrivant, ils retrouvent leurs marques et on essaye de conserver ces supports. On connaît les préférences de certains patients en termes de goût pour un jus d'orange par exemple ou un jus de raisin et les ASH vont être attentives à ça. Et du coup, les gens se sentent à l'aise avec ça. Une patiente, un jour m'a

dit qu'elle avait l'habitude d'être prise en charge en HDJ dans un grand hôpital parisien et qu'elle avait l'impression d'aller en enfer, mais que quand elle venait chez nous, elle avait le sentiment de venir au Club Med. Pour le soleil, je ne sais pas trop, mais c'est que les GEO devaient être bons donc ça m'a fait plaisir. On veut garder cet esprit, c'est très important.

- **Le lieu ?**

Non

- **Autour d'un ou plusieurs soignants plus charismatiques ?**

Non

- **Autour du pôle ?**

Non

- **As-tu des choses à rajouter concernant le changement ou l'identité que tu voudrais me transmettre que nous n'avons pas abordées?**

On a de plus en plus de spécialités et ce n'est pas facile de s'adapter rapidement, c'est important d'avoir des formations. On organise en interne des petits cours pour remettre les IDE à niveau, on l'avait fait pour la neurologie et on va bientôt le faire pour la pneumologie. Au niveau des techniques aussi avec les laboratoires concernant les nouveaux traitements, il faut toujours être à la page. Ca fait partie de l'accompagnement au changement, il faut donner les moyens aux gens d'arriver à suivre au niveau théorique.

- **À ton avis le fait que cette équipe soit « petite » ce sont tes termes, est-ce que tu penses que c'est un facteur important dans la création d'identité d'équipe ?**

Oui je pense car moins y'a de caractères différents dans une équipe plus c'est facile de trouver un consensus. Bon, a contrario, si dans une petite équipe il y a un caractère vraiment fort ça peut jouer en sa défaveur. Mais globalement, je pense quand même que c'est plus facile d'avoir une identité d'équipe sur une petite équipe que sur une grosse.

- **Penses-tu que d'extérieur on ressent cette identité, par exemple que les médecins ressentent l'identité d'équipe ?**

Je ne sais pas s'ils voient ça sous l'angle d'une identité d'équipe mais en tout cas ils le ressentent comme une cohésion, en général on a un bon retour des médecins qui parlent surtout des infirmières et sont satisfaits reconnaissant une implication de leur part. De toutes, pas plus de l'une que l'autre mais de l'équipe dans son ensemble ; on me dit « vous avez une bonne équipe ». C'est ce qu'ils me font remonter comme message.

- **Toi en tant que cadre est-ce que du travailles sur cette identité, pour la faire évoluer ou la faire perdurer ?**

Oui je n'y travaille pas au quotidien mais quand je reçois de nouveaux agents, je leur dis que l'équipe est petite mais qu'elle est soudée, que je tiens à ce que ça reste ainsi, que tout le monde ait la même vision du soin et du patient, que l'objectif est que ça perdure. Et que globalement je ne tolérerai pas que ce soit autrement, quelqu'un peut avoir des idées différentes et au contraire c'est riche, c'est avec la différence qu'on avance, mais en tous les cas il faut garder à l'esprit le patient

d'abord et ça ne pourra pas fonctionner autrement. Pour moi c'est essentiel, la base de l'HDJ en tant que telle, s'il fonctionne comme il fonctionne actuellement, c'est justement parce qu'il y a cette équipe, cette identité d'équipe, qui fait la force de l'hôpital de jour. Le jour où on enlève ça je ne suis pas sûre que cela fonctionne tout aussi bien.

Entretien n°3

Mme V.S.

Durée : 47 minutes.

- **Depuis combien de temps êtes-vous responsable de l'équipe actuelle ?**

Eh bien, c'est la troisième année, cela fait bientôt trois ans.

- **Si vous deviez me décrire rapidement le point d'étape de votre service et de l'équipe aujourd'hui, comment vous me la présenteriez de manière simple en quelques mots ?**

Le service a été réorganisé il y a bientôt 2 ans. On fonctionne ici avec des horaires en 12 :00, on a une équipe qui fonctionne en roulements et on a ce qu'on appelle équipe et contre équipe. Donc pour organiser le travail et organiser la vie du service il faut donner l'information à une équipe et refaire une autre réunion avec la contre équipe. Il faut toujours penser équipe et contre équipe pour travailler. Sinon c'est une équipe qui a choisi, d'être là en tout cas pour tout le personnel qui est dans ce service, de travailler en cancérologie ça c'est quelque chose qui est primordiale. Ils sont volontaires.

Interruption par le téléphone.

- **Pourriez-vous, juste me décrire rapidement votre équipe et le service dans lequel vous travaillez ?**

Donc service de cancérologie avec des lits dédiés de soins palliatifs et avec un effectif qui a choisi de travailler dans ce service. Quand on embauche quelqu'un sur ce service on voit si c'est vraiment leur souhait ou pas de travailler en cancérologie parce que c'est trop difficile comme approche si on n'a pas choisi de travailler en cancérologie.

- **Donc ça fait partie des incontournables pour vous ?**

Oui après c'est sur le service en entier il y en a qui peuvent arriver sur l'unité de lits dédiés mais qui n'ont pas spécifiquement choisi d'être sur les lits dédiés du fait des roulements.

- **Donc le choix en tout cas sur la cancérologie.**

Sur la cancérologie c'est obligatoire ça, s'ils veulent ou pas travailler en cancérologie, il y a eu des changements de service pour certains personnels quand la cancérologie a été regroupée sur un étage ici puisqu'avant c'était sur deux étages avec du SSPI (Soins de Suite Palliatifs Identifiés) mélangé, quand on a sectorisé, les gens ont choisi d'aller dans tel ou tel service donc c'est tout un personnel qui a choisi d'être en cancérologie. Après sur les lits dédiés il y a des contraintes c'est vrai puisque notamment les infirmières qui tournent sur le 8h / 16h n'avaient pas choisi d'être sur les lits dédiés.

- **Et le choix pour le lieu de travail, c'est pour les équipes infirmières mais aussi pour les aides soignantes ?**

Pour les deux, c'est la même chose. Ça a été la même optique pour les deux. J'ai fait un entretien quand je suis arrivé dans l'établissement il y a trois ans avec tous les personnels pour un connaître

et voir leurs attentes ; et travailler le projet. Entretien en binôme cadre- médecins. J'ai fait une partie des entretiens avec M. A. et une partie des entretiens avec le docteur B. Ca a été fait d'emblée. Donc il y en a aussi qui ont basculé de nuit par exemple. Personnel qui était de jour qui a basculé de nuit.

- **Donc ça veut dire que vous vous étiez là...les avancées du changement à votre arrivée étaient en cours mais au tout début, c'est bien ça ?**

Voilà, c'était au tout début quand je suis arrivée l'unité des lits dédiés n'était pas ouverte, le regroupement des lits dédiés n'était pas fait. Il y avait des patients de cancérologie sur deux niveaux et on a choisi de tout mettre sur un niveau au deuxième étage et de regrouper que des patients de cancérologie.

- **Donc vous vous avez été embauchée pour ça ? Enfin dans l'idée de ce projet ?**

Oui dans l'idée de ce projet avec tout être le cadre sur toute l'unité de cancérologie. Donc on m'a demandé de recevoir tous les personnels qui étaient sur le deuxième et le troisième étage pour savoir quelles étaient leurs attentes et où est-ce qu'ils souhaitaient aller, sur les lits dédiés ?, rester ou ne pas rester en cancérologie ? et on a fait une synthèse de tout ça. Et donc entretiens en binôme médecins-infirmière.

- **Donc il y en avait qui avaient plus une identité, vous parliez d'étage, donc en fonction des pathologies accueillies sur chaque étage.**

Tout à fait, il y avait notamment au troisième beaucoup de SSPI, de la diabétologie et il y en a qui ont voulu être en diabétologie et non en cancérologie. Et on a pu effectivement satisfaire les demandes qu'on a eut. Après il y a des gens pour lesquels on n'a pas satisfait à la demande, je pense notamment à une infirmière et une aide-soignante, elles ont quitté l'établissement. Il y en a une, elle ne voulait absolument pas faire de la cancérologie, une jeune infirmière, infirmière débutante nous ont trouvé qu'elle était trop jeune et qu'il fallait se donner du temps et que de toute façon on ne pouvait pas mettre tout le monde en cancérologie non plus puisqu'on avait plus de personnel qu'il nous fallait, donc on a été obligé de trancher et on lui a dit que dès qu'un poste se libérerait dans l'avenir on reverrait notre position et elle pourrait être amenée à venir en cancérologie mais elle a quitté l'établissement avant, une aide-soignante de même.

- **Et en pourcentage est ce que vous avez l'impression qu'il y avait beaucoup de personnes qui venaient par exemple du deuxième où beaucoup de troisième, enfin comment ça s'est réparti au départ en tout cas?**

La cancérologie était déjà majoritairement au deuxième, il y avait quand même plus de cancérologie au deuxième qu'au troisième et majoritairement le personnel qui était déjà en cancérologie est resté en cancérologie. Après il y a eu quelques personnes du troisième qui sont venues au deuxième étage mais ils avaient déjà quelques patients de cancérologie, elles avaient à peu près la moitié sur le service.

- **Ils étaient minoritaires en tout cas dans la nouvelle équipe ?**

Oui mais elles se connaissent, elles se connaissaient déjà puisqu'il y avait une entraide entre le deuxième et le troisième. Mais on ne peut pas dire par exemple que c'était de manière égale du deuxième et du troisième et qu'elles se sont regroupées mais il y a plutôt quelques infirmières qui ont été intégrées à l'équipe. Oui, la majorité de l'équipe était déjà en poste, tout à fait.

- **Donc vous vous avez construit ce nouveau service. Donc, j'avais une question sur l'accueil, votre accueil par l'équipe en place, mais du coup c'est vous qui avez construit cette équipe ?**

Et oui. Oui quelque part l'équipe a été choisie par le cadre et le binôme cadre-médecin. Les deux médecins qui étaient à l'époque sur la cancérologie. Donc on avait travaillé ensemble avec les médecins sur le questionnaire et on avait travaillé quand même les profils et les attentes au niveau de l'équipe. En cancérologie on avait abordé par exemple pour ne citer que ça, le groupe de paroles, et à l'entretien ça a été abordé. Comment elles vivaient les groupes de paroles ? est-ce que c'est quelque chose qu'il leur parlait ?, est-ce qu'elles y adhéraient ? est-ce qu'elles n'y adhéraient pas ?. Il y en avait déjà en place, pour les deux équipes à l'époque troisième et deuxième mais ça avait du mal à fonctionner. Voire même au moment où je suis arrivé ça a été supprimé puisque elles ne venaient pas. Puisque ce n'est pas quelque chose obligatoire, le groupe de paroles au départ. Donc on avait travaillé sur ça.

- **Par rapport à la politique institutionnelle, pour instaurer ce changement, puisque c'était un gros changement dans l'établissement, du coup vous aviez du temps de dégagé pour ça ? C'est-à-dire que, avant l'ouverture du service vous étiez déjà dans la démarche, vous avez eu du temps dégagé pour construire votre équipe, faire les entretiens ?**

Oui et non parce que quand je suis arrivée j'avais quand même les deux étages, deuxième et troisième étage donc c'était un petit peu... il n'y avait pas de cadre au troisième étage quand je suis arrivée. Donc j'avais deux étages quand même. Mais je travaille en partenariat avec Mme F. (la directrice des soins) qui avait gardé certaines tâches, par exemple je ne faisais pas du tout de planning au départ, j'avais commencé à gérer le planning avec Mme F. qu'à partir du moment où l'étage a été construit au deuxième étage. Donc quand j'avais les deux étages par exemple je ne gérais pas du tout le planning. Donc j'avais des tâches que je n'avais pas, donc j'avais quand même du temps pour... voilà, on avait convenu que j'avais un certain nombre d'entretiens à faire et donc j'avais du temps pour ça quand même. L'après-midi avec les médecins on avait formalisé un planning et on s'y est tenu.

- **Donc si dans cette approche justement de changement, si vous deviez au niveau institutionnel me donner des points forts ou des manques, qu'est-ce que vous en gardez par rapport à cette période là, au niveau institutionnel, dans l'accompagnement au changement, dans le processus ?**

C'est vrai que là avec la directrice des soins il y a eu un partenariat, car elle connaissait déjà les équipes puisque c'était elle qui gérait avant. Avant qu'on agrandisse la structure, qu'on augmente le nombre de lits et qu'on construise la nouvelle aile elle gérait quasiment... enfin pas la rééducation mais le troisième c'est elle qui le gérait. Donc quand je suis arrivée, ça m'a été exposé dès le départ, le projet m'a été expliqué et le temps m'a été donné d'après-midi au niveau institutionnel.

- **Ça c'est un gros point fort ?**

C'est un point positif. Et puis il y a eu le partenariat et le travail avec les médecins qui était important. Ça c'est aussi un point positif parce que les médecins avaient déjà... connaissaient le personnel, mieux que moi d'ailleurs et avaient déjà des idées très arrêtées sur certaines personnes, ça par contre je le mettrais plutôt en point négatif. Parce que quand il y avait eu échanges après les entretiens pour savoir qui on mettait dans l'équipe, comme on construisait l'équipe, les médecins

avaient déjà des idées sur le personnel avec qui ils avaient travaillé alors que moi je ne les connaissais pas donc ce n'était pas évident de leur faire comprendre, aux médecins, qu'elles étaient avant, avec des patients de différents horizons et pas que de cancérologie, et que cette idée-là il fallait la mettre un peu de côté et qu'on reformait une nouvelle équipe et qu'il fallait repartir quelque part sur de nouvelles bases et qu'il fallait un peu garder de côté les connaissances qu'ils avaient de l'équipe. Et ça ça n'a pas été facile. Pour choisir toute l'équipe ça n'a pas été un problème mais c'était notamment pour mettre certains sur l'équipe des lits dédiés et d'autres sur la cancérologie. On a beaucoup abordé le relationnel de chaque personne du coup. Parce qu'en soins palliatifs en est encore plus... à tout niveau, on est dans le relationnel sur la cancérologie, mais encore plus en soins palliatifs et en fin de vie, c'est plus marqué en tout cas.

- **Ca c'était discuté ouvertement avec les équipes, avec chaque agent ?**

Oui tout à fait. Au niveau du relationnel cela a été abordé, on a beaucoup abordé effectivement la question de la fin de vie. Qu'est-ce que c'était pour elles la fin de vie ?, où elles en étaient au niveau de la réglementation, des textes ?, qu'est-ce qu'elles aussi attendaient qui soit mis en place dans ce service par rapport à la prise en charge ?. Donc il y avait aussi des attentes de la part de l'équipe. Des attentes vis-à-vis du cadre, des attentes vis-à-vis du médecin.

- **Donc là, on était sur la politique institutionnelle, on a parlé des médecins aussi. Si je vous dis « le cadre un rôle majeur dans l'accompagnement des équipes au changement », qu'est-ce que vous en pensez ?**

Moi je pourrais reprendre l'exemple de la chimiothérapie ambulatoire où effectivement je suis d'accord le cadre a un rôle majeur. En chimiothérapie ambulatoire on a adapté et on est en train pour le coup d'adapter l'effectif à l'activité et si on n'avait pas accompagné les équipes on n'aurait pas pu faire ce que l'on a fait, c'est-à-dire supprimer un poste. Il y a effectivement le cadre doit être moteur, fédérateur et revoir les équipes régulièrement. Ici c'est ce qu'on a fait, on a quand même mis un an, on a un an de recul de statistiques qu'on utilise pour leur montrer réellement qu'on est à moins de 50 %, ou on va dire à 50 % de remplissage et qu'on a laissé deux infirmières. Donc avec ce recul, on a travaillé avec elles pour leur montrer qu'il fallait qu'on adapte nos effectifs à l'activité et ça a été aussi l'occasion de faire travailler en partenariat le service d'hospitalisation et le service de chimiothérapie ambulatoire mais ça ça c'est fait... il y a eu une réunion de toutes les infirmières pour leur dire qu'on allait supprimer ce poste. Mais quand on a dit qu'on allait supprimer ce poste, au moment où on l'a annoncé, on ne l'a encore fait que trois mois après pour permettre aux infirmières du service de pouvoir aller toutes se former, de descendre en chimio et on est toujours en cours. Là il y a encore des infirmières qui descendent, avec actuellement un temps donné de 8 :00 à 16 :00, pour vraiment voir toute la journée de chimiothérapie ambulatoire. Il y a encore des appréhensions, on vient de revoir deux infirmières là dernièrement, il y a encore des appréhensions donc on continue à être sur cette formation. Et on verra, si on augmente l'activité, on a bien dit qu'on remettrait le deuxième poste. Après il y a vraiment un accompagnement d'équipe. Et ça c'est fait avec la directrice des soins qui est aussi partie prenante dans un établissement comme le notre qui est aussi assez proche des équipes donc qui travaille avec le cadre de proximité.

- **Ca peut paraître étonnant puisque d'extérieur, on pourrait dire qu'un établissement à but lucratif à partir du moment où il voit qu'il y a trop d'effectifs par rapport à une activité, doit prendre la décision d'enlever le personnel par exemple. Là c'est vraiment un choix institutionnel ?**

C'est un choix d'accompagner les personnels et de ne pas quelque part braquer les gens et se dire qu'on a fait ça que pour l'argent dans un lieu où c'est privé. Au niveau des aides soignantes c'est la même chose, on a un poste en 8h-13h qui n'est pas pourvu sur l'étage. Sur l'étage total de cancérologie ce poste est toujours occupé par des aides soignantes vacataires. Un, ça nous permet de fidéliser les vacataires donc quand on a un souci au niveau de l'équipe on ne fait pas du tout appel à un intérim et on a des gens qui connaissent le service qui sont fidélisés pour travailler avec leurs collègues. Et en fonction de l'activité du service, on met où on ne met pas et on essaye de travailler avec elles, c'est vrai que l'équipe a tendance à le demander en systématique ce poste. Et là on est obligé de se poser, de reprendre de temps en temps la charge de toilettes, comment sont les patients, s'ils sont autonomes ou pas autonomes, l'aide à la toilette comment est l'aide, est-ce que c'est une toilette complète au lit, quand on l'accompagne est-ce que le patient il se déplace tout seul ou il se déplace pas, donc on est obligé... alors on reste sur une charge de travail qui est à visée du nursing. C'est beaucoup dans ce cadre là qu'on voit puisque le 8h/13h c'est le matin et c'est effectivement la mobilisation, le change de tous les patients, l'environnement du patient et ce poste là est mis... c'est pareil le week-end il n'y a pas de visite du médecin, les patients ne descendent pas en kiné donc il n'y a pas d'horaire pour être préparé donc on voit si réellement il y a besoin de mettre cette AS et il n'est pas mis en systématique.

Mais ça c'est un travail d'équipe, c'est un accompagnement d'équipe mais c'est un accompagnement dès le départ, dans l'institution. Je, quand on fait des réunions d'équipe à chaque niveau, le cadre avec son équipe, on leur parle effectivement d'adaptation des effectifs en fonction de l'activité. Il y a toujours des réticences. Il y a toujours du personnel qui pense effectivement qu'il en faudra toujours plus et qu'elles ne sont pas assez nombreuses, mais dans l'ensemble ça se passe quand même plutôt bien. Elles ont compris le fonctionnement et puis il y a quand même peu d'absentéisme même si là il y a des arrêts. Sur la totalité de l'établissement il y a quand même peu d'absentéisme. Il y a un personnel qui est fidèle et qui vient travailler et les manques sont minimes. Il y a une participation aux bénéfices, donc il y a une prime d'intéressement tout ça joue aussi et fidélise les personnels. En fin d'année la prime, elle est liée à toutes les absences.

• **Donc il y a quand même un intérêt pour l'équipe et puis pour le travail au niveau financier ?**

Oui pour fidéliser.

• **Vous avez travaillé dans d'autres établissements à but lucratif, vous pensez que c'est comment cet accompagnement ? positif, négatif... L'accompagnement ici par rapport à toute structure, est-ce que ça change pour le cadre la façon de travailler, l'accompagnement institutionnel?**

Alors pour moi ici en tout cas dans cette institution il y a une réelle volonté de faire en sorte que le personnel se sente bien au travail. Ça c'est quelque chose qui est ressenti. C'est d'ailleurs une politique du directeur qui lui-même dit bien si on est bien au travail on sera aussi bien chez soi et si on est bien chez soi on sera bien au travail, il faut que les deux soient liés. Donc moi depuis que je suis arrivée, il y a toujours eu cette politique de sensibilité et d'essayer de faire en sorte que le personnel se sente bien au travail. Ce qui n'est pas effectivement le cas de tous les établissements privés. Il y a des établissements privés où le lucratif prime beaucoup plus. Ici on est aussi dans du MCO SSR où les durées de séjour sont un petit peu plus longues, on est pas dans le service où il y a la rentabilité... est autre comment la chirurgie, on doit tourner beaucoup plus ; là c'est un petit peu différent. Ici on a des durées de séjours qui sont un peu plus longues et ça tourne un peu moins.

- **Donc ça favorise le fait qu'on prenne le temps.**

Oui qu'on prenne plus de temps, qu'on soit plus posé.

- **Vous en tant que cadre, donc vous accompagnez les équipes au changement. On voit bien que vous avez le soutien au niveau institutionnel et au niveau de la direction des soins. Puisque vous m'avez parlé de beaucoup de confort, si vous deviez évoquer des manques ou des difficultés que vous avez rencontrées malgré tout. Si vous deviez reproduire le changement, qu'est-ce que vous modifieriez ?**

Peut-être quand on fait un changement, au départ du projet peut-être de mieux présenter le projet de départ. Parce qu'en chimio même si on a accompagné l'équipe, on a supprimé un poste, on a peut-être un peu imposé au départ quand même les choses. On leur a dit on va se réunir, enfin on fait une réunion on va vous expliquer qu'on doit adapter les effectifs à l'activité. On aurait peut-être pu le développer un peu plus avec elles et un petit peu moins imposer parce que là l'information qu'on a fait, en fait on l'a imposée. Et ça quand on parle avec elles maintenant elles nous disent « oui vous adaptez mais quelque part vous nous imposez les choses ». Alors c'est vrai, mais quelque part est-ce qu'une direction d'établissement a vraiment le choix ? Si on doit tenir compte réellement des soignants, enfin de toutes les idées qui nous sont redonnées, c'est difficile d'adapter des effectifs à l'activité sans imposer réellement.

- **Ça, ça fait parti des limites ?**

Oui ça ce sont effectivement des limites. Quelque part c'est ce qu'on a répondu à une infirmière, oui on vous impose... Parce qu'elle nous disait moi je n'avais pas envie de venir en chimio je me sens plutôt un peu angoissée dans ce service et le matériel je ne le connais pas donc j'ai peur quelque part. Donc on lui a bien expliqué que c'est la raison pour laquelle on faisait une formation et que pendant la formation elles ne sont jamais seules et que de toute façon elles ne seront jamais seules, qu'on avait besoin d'un partenariat d'équipe pour travailler dans ce service, on ne pouvait pas mettre quelqu'un qui vient de l'extérieur dans ce service-là. Donc oui on a imposé pour adapter les effectifs à l'activité, on a imposé un changement. Mais a-t-on le choix ? Réellement on pense que non. Même si on est là pour accompagner une équipe il y a quand même des choses auxquelles on ne peut pas déroger. Après l'équipe adhère ou n'adhère pas mais va le faire effectivement malgré tout. Ça aurait pu être beaucoup plus compliqué et on aurait pu leur dire « en chimio on supprime une infirmière, maintenant vous allez en chimio et puis il n'y a pas de formation, il n'y a rien » et du jour au lendemain elles auraient basculé en chimio sans... Puisque dans la réalité, elles sont capables d'aller en chimiothérapie, elles piquent déjà sur chambre, elles surveillent les produits donc la différence en bas c'est quoi ? Si ce n'est de recevoir un patient le matin qui peut être au départ n'est jamais venu dans l'établissement et auquel il faut faire toute la démarche d'accompagnement de départ, d'entretien par rapport à la maladie, on ne va pas lui sauter dessus comme ça, le perfuser. Voilà donc il y a toute cette démarche d'accompagnement en général, de toute façon il est venu en consultation avant et il a déjà vu le service avant. Mais ça peut être quand même, le jour où il vient pour la première fois, pour sa première cure, il y a toute une approche à faire pour ce patient-là alors que si il est dans des énièmes cures avec un énième J, il connaît déjà le service effectivement. C'est le même type de patients qu'elles ont en hospitalisation quelque part.

- **Effectivement la différence avec ce qu'elles font au quotidien, c'est ça, cette première prise en charge...**

Un tout petit peu plus de technicité. Parce qu'elles ont des pompes et des pompes il n'y en a pas dans le service. Donc il faut apprendre à manier la pompe, mais bon elles manient une seringue électrique, elles manient du matériel dans le service voilà. Après la pompe effectivement il faut savoir la manipuler donc c'est la raison pour laquelle aussi on a voulu les former.

- **Voilà par rapport au changement. Donc là je vais parler des identités les équipes justement suite à ce changement, cette organisation de nouveau service. Lors du changement puisque ça c'était le premier changement, est-ce que les équipes sont arrivées avec des identités propres ?**

Certains avaient déjà un mode de fonctionnement, il a fallu caler certaines organisations de façon à ce que tout le monde aille dans le même sens vis-à-vis du patient. Caler l'organisation également avec les médecins. Je reprends un exemple simple, les Durogésic® dans le service à quel moment on les change, on n'en change pas un à 10 h, un à 12 h, un à 17 h. Donc il a fallu caler certaines organisations avec les médecins. Donc j'ai fait un listing de certaines prescriptions, les perfusions à quelle heure le médecin prescrit...les Durogésic® à quelle heure... parce que comme on s'est informatisé fallait que... Voilà le Lovenox® on fait à telle heure pour que l'équipe infirmière ait une organisation en place.

- **Donc uniformiser un petit peu au niveau des pratiques infirmières.**

Voilà les horaires, les pratiques. Au niveau des pansements aussi on a fait un travail parce qu'on a des protocoles mais on a notamment un nouveau médecin qui est arrivée, qui elle veut voir les pansements alors que les autres médecins laissaient un peu faire des équipes. Et on s'est aperçu qu'en laissant faire les équipes...une équipe va faire d'une certaine façon et puis la contre-équipe va peut-être pas faire tout à fait pareil. Donc là il a fallu guider les équipes et apporter effectivement des prescriptions claires et vérifier ce qui a été fait et avoir un suivi au niveau du pansement. Elles avaient peut-être quelque part trop d'autonomie et de différences de pratiques entre équipe et contre équipe, au milieu de tout ça le patient il était perdu. « Ah oui mais votre collègue elle m'a pas mis ça la dernière fois »... Donc ça c'est gênant pour le patient. Donc on a travaillé là-dessus. Donc au niveau identité c'est vrai il a fallu faire des réunions équipe/contre-équipe pour que chacun explique et exprime la façon dont on allait mettre en place le travail. Quand on a demandé aux médecins par exemple la pose de l'alimentation parentérale, l'équipe de cancérologie et l'équipe qui est sur les lits dédiés ont par exemple pas choisi le même horaire, elles ne changent pas au même moment par exemple parce que la charge de travail n'est pas la même au même moment, il y a des temps différents. Donc c'est elles qui ont en commun décidé à quel moment cela serait fait.

- **Donc là vous avez dans votre service eu un « mariage » de plusieurs organisations. Du coup, il n'y avait pas d'obligations d'équipes, puisque c'était des choix des soignants, par contre quand vous me parlez du service vous me parlez quand même presque de deux micro sous services, mais pas de deux services.**

Oui voilà c'est le service du deuxième étage, alors on dit le service de cancérologie mais il y avait quelque part on peut dire deux unités, unité ou secteur peu importe. L'unité de cancérologie et l'unité de soins palliatifs. Et elles, elles le disent bien, elles emploient que le terme de lits dédiés mais elles emploient ou « le patient est en cancérologie » ou « le patient il est en soins palliatifs ».

Elles emploient beaucoup plus ce terme-là d'ailleurs. Alors on leur a demandé aussi de travailler en partenariat puisque c'est sur un même étage côte à côte. Alors c'est vrai que certaines équipes fonctionnent bien, une équipe fonctionne bien en contre-équipe c'est un peu plus difficile. On peut dire qu'il y a un partenariat dans le travail sur une équipe pour la cancérologie et pour les soins palliatifs, sur l'autre équipe c'est plus compliqué. C'est-à-dire que quand par exemple une infirmière, en soins palliatifs n'a pas de soins techniques et est plus dans le relationnel elle va voir sa collègue pour voir si elle peut l'aider elle reviendra effectivement dans son service mais elle ira voir sa collègue. Ça existe dans une équipe mais ça n'existe pas dans l'autre. Donc ça crée des tensions puisque certaines personnes qui travaillent sur les deux équipes, qui sont en roulement décalé, se retrouvent à tourner un petit peu sur deux équipes. Effectivement on entend « mais pourquoi tu vas l'aider, les autres ils ne viennent pas nous aider », « c'est pas à toi de le faire », enfin des choses un petit peu dur à entendre. Donc il faut qu'on essaye de retravailler un petit peu ça, leur dire que c'est tout l'étage qui travaille ensemble et que nous notre espérance c'était qu'on ait un peu moins ce cloisonnement. D'arriver effectivement à une identité d'étage.

Là est arrivée une phase de travaux, qui a fermé et isolé une partie de cancérologie mais qui a rapproché l'autre moitié de la cancérologie des soins palliatifs puisqu'elles ont la même infirmerie. C'est vrai qu'il y a deux infirmeries distinctes cancérologie et soins palliatifs mais là avec les travaux...on verra quand on va rouvrir...je pense que c'est à analyser ça, il va falloir qu'on observe comment les choses vont évoluer une fois qu'on va rouvrir le service parce que là il y a quand même des liens qui se sont créés entre les équipes. Du fait d'avoir eu la même infirmerie pour travailler.

- **Même si ça a été court comme période ?**

Ça sera quand même trois semaines. Trois semaines où finalement l'équipe de soins palliatifs et la moitié de l'équipe de cancérologie se sont retrouvées à travailler ensemble. Réellement puisque occupant la même infirmerie. Donc là un rapprochement de lieu et du coup un rapprochement de deux équipes qui ne travaillaient pas obligatoirement ensemble.

Non donc je pense qu'il faut qu'on en reparle justement, saisir la balle au bond et une fois que tout va être rouvert, savoir comment elles l'ont vécu et qu'est-ce que ça leur a apporté ou pas? Le fait de travailler ensemble et voir si dans le temps ça perdure cette entraide. Notamment aussi au niveau des aides-soignantes parce qu'en cancérologie, il s'avère qu'à certains moments à 11 h, tout est quasiment fini, suivant la charge de travail tout est quasiment fini au niveau nursing et installation du patient. Après elles font les menus, et ce qu'on a déjà essayé de leur faire comprendre c'est que les menus ce n'est pas une priorité. Ça peut être plus important d'aller voir leurs collègues de soins palliatifs savoir si au niveau de la prise en charge des patients tout est vraiment fini pour que tout le monde puisse peut-être avoir fini à midi et que les menus on les enchaîne au moment du repas et à partir de 12 h30, 13 h pour la commande des repas par exemple. Et on voit bien que là il y a un partenariat actuellement puisque les aides-soignantes qui sont en cancérologie puisqu'elles sont dans la même infirmerie elles viennent, elles voient que leurs collègues n'ont pas fini et elles se proposent elles-mêmes de les aider alors qu'avant il fallait aller les chercher. Et l'équipe de soins palliatifs me disait, « oui mais c'est pas à nous d'aller les chercher ». Donc j'espère que ça va développer ce partenariat.

- **Donc là un levier possible important.**

Oui tout à fait, qui a été cette obligation de séparer le service en deux pour pouvoir avoir des travaux en zone fermée. Qui aura peut-être du bon de ce côté-là. Et peut-être qu'il va faire aussi

comprendre à l'équipe de cancérologie qu'il ne faut pas laisser isolée l'équipe de soins palliatifs. Parce qu'elles ont compris que la collègue qui se retrouvait toute seule là-bas, elle est isolée. Donc d'être isolé ce n'est pas une bonne chose.

Elles ont pourtant des temps communs, les pauses sont communes. Elles essayent d'être en même temps à la pause. Elles ont ce temps commun et en plus elles ont les mêmes patients parfois. Les patients qui sont sur la cancérologie qui sont fin de vie qui sont dans une chambre double, puisque de l'autre côté il y a des chambres doubles, ce qu'il n'y a pas sur les lits dédiés. Les patients rebasculent sur l'unité de lits dédiés et donc elles ont les mêmes patients. Ou un patient qui arrive dans l'unité de lits dédiés parce qu'il y avait une place que dans cette unité s'il est « bien » il vient pour une inter cure, il va rebasculer de l'autre côté au moment où il y aura une sortie de l'autre côté parce qu'on aura un patient de fin de vie à prendre sur cette unité. Donc il y a un échange de patients entre elles.

• **Et vous diriez qu'il y a quand même deux identités ? C'est-à-dire qu'il y a quand même dans votre équipe des soignants des soins palliatifs, de la cancérologie et malgré tout la chimiothérapie ambulatoire. Vous diriez qu'il y a encore des identités différentes pour chaque spécialité ? ou est-ce qu'elles sont quand même regroupées autour d'une identité commune au jour d'aujourd'hui, ...?**

Oh je pense qu'elles sont...le moteur c'est quand même la cancérologie il y a un fil conducteur et une idée commune et une équipe commune. Avec après certaines un peu plus spécialisées dans un domaine. Mais on peut dire qu'il y a une idée commune et une identité commune puisqu'elles travaillent aussi avec les mêmes médecins, elles ont les mêmes approches. Les patients passent sur les trois unités d'ailleurs puisque les patients hospitalisés descendent dans l'unité ambulatoire pour leur chimiothérapie. Donc il y a comme un partenariat entre les trois équipes. Et quand elles ont des demandes spécifiques, par rapport au travail, par rapport aux horaires ou des choses bien spécifiques qu'elles ont à faire remonter, là on sent bien qu'il y a une équipe, une seule. Il n'y a pas : la demande de soins palliatifs, la demande de la chimio et la demande de la cancérologie. Il y a vraiment une équipe. On sent qu'il y a une équipe, il y a une identité et c'est la cancérologie le terme générique qui fédérerait tout le monde. Après on peut dire avec des spécialisations.

• **Donc les socles spécifiques qui ont fait émerger cette identité forte c'est vraiment la pathologie cancéreuse.**

Oui la prise en charge des patients dans le cancer.

• **Je vais vous citer plusieurs personnes ou plusieurs entités toujours avec la même question : pensez-vous que votre équipe ressent un sentiment d'appartenance autour de... C'est-à-dire que là pensez-vous que votre équipe a un sentiment d'appartenance autour du médecin-chef de service par exemple?**

Il n'y a pas de médecin chef de service. C'est un peu la particularité ici de l'établissement, c'est qu'il n'y en a pas un qui est chef plus que l'autre. Il y a trois médecins qui fonctionnent dans l'unité et les médecins fonctionnent ensemble. Et il n'y en a pas un qui est plus chef que l'autre. Je dirais que l'équipe travaille en collaboration avec tous les médecins.

• **Mais quel que soient les médecins, l'équipe n'est pas fédérée par un médecin en particulier ?**

Non.

- **Est-ce que vous diriez que l'équipe a par contre un sentiment d'appartenance autour du cadre de santé ?**

Oui car quand elles ont des demandes effectivement, elles savent passer par le cadre de l'unité où elles sont. Il y a un cadre dans chaque unité, elle passe bien par le cadre de leur unité et leur demande passe par la cadre à tous les niveaux.

- **Et la personne en tant que cadre, donc là vous, votre poste vous pensez qu'il est fédérateur pour cette identité d'équipe ?**

Quelque part on est un leader au moins chef de file effectivement par rapport à cette équipe. On les a tous les jours, sur le terrain, on est proche de l'équipe, on les voit fonctionner donc on est l'élément qui va leur donner effectivement le positif ou le négatif. Pas plus tard que ce matin, on est revenu à parler de la difficulté de la distribution des petits déjeuners qui s'est pas bien passé ce matin. Donc elles veulent qu'on refasse une réunion ASH/ équipe soignante de distribution pour savoir comment ça fonctionne réellement, quelle est la position de tout le monde. D'un autre côté on aborde ce sujet, mais je suis revenue par exemple sur le problème des couches qui sont facturées dans l'établissement qui est quelque chose qui est actuellement bien géré par toute l'équipe. Donc je leur ai dit au niveau des couches, je vous félicite parce qu'au départ quand je suis arrivée fallait toujours être derrière parce que un coup c'est facturé, l'autre c'est pas facturé à la pharmacie, dans des paquets c'est pas mis dans les chambres. Là tout fonctionne et tout le monde a bien compris la démarche.

Et elles font de plus en plus appel au cadre à la pause du matin. Ce matin on m'a demandé, « bon vous venez avec nous on va parler un petit peu des menus ». Voilà c'est le moment souvent privilégié le matin où s'il y a une problématique elles aiment bien qu'on en parle. Donc oui il y a une identité avec le cadre. On est là pour qu'il y ait unité justement.

- **Un sentiment d'appartenance en lien avec la pathologie, ça vous m'en avez déjà parlé clairement. Sauf si vous souhaitez ajouter quelque chose ?**

Non.

- **Ici il n'y a pas de pôle mais il y a quand même un sentiment d'appartenance selon vous à l'établissement ?**

Je pense que oui. Même si elles travaillent dans une unité, elles retrouvent des collègues, elles parlent avec leurs collègues d'autres secteurs. Notamment quand un service ne tourne pas assez, comme c'est le cas, comme ça été le cas il y a quelques temps, quand un service à plus de demandes et que l'autre n'en a pas, pour des histoires de remplissage puisqu'il faut qu'on soit à des remplissages optimums, on met de la cancérologie dans un autre étage par exemple. Donc actuellement on a mis de la cancérologie sur le service de rééducation de soins de suite indifférenciée ; il y a un travail en partenariat avec les autres équipes de la clinique. C'est-à-dire qu'une infirmière du premier étage qui ne sait pas gérer par exemple une chambre implantable elle fait appel à la collègue du deuxième étage et la collègue va descendre l'aider. Au niveau de l'établissement il y a un partenariat aussi. C'est quelque chose aussi que l'on travaille nous, puisque ne serait-ce que sur le rez-de-chaussée et le troisième étage il y a un partenariat. Rez-de-chaussée qui est l'hôpital de semaine où les patients basculent au troisième étage et l'équipe troisième rez-de-chaussée fonctionne beaucoup ensemble.

- **C'est une même équipe en fait qui tourne ?**

Non, il y a une équipe au rez-de-chaussée, une équipe au troisième, sauf que comme c'est un hôpital de semaine, l'équipe du rez-de-chaussée par exemple ne travaille pas le week-end mais elle garde dans leur roulement des week-ends pour pouvoir aller au troisième étage fonctionner avec les collègues du troisième étage. On n'a pas voulu donner quelque part un privilège à certains plus que d'autres nous voulons que tout le monde est quelque part les mêmes principes, les mêmes bases. Parce qu'il y a des postes qui peuvent être un petit peu différents avec des avantages un peu différents. On essaye de fidéliser les choses par exemple on a beaucoup de mamans et des équipes qui vont parfois demander de ne pas travailler le mercredi, ça dans une équipe ça peut poser souci. Donc on n'a jamais accordé ou embauché quelqu'un en lui disant qu'il aurait ses mercredis. On leur dit vous en aurez déjà un sur deux puisque ce sont des équipes/contre équipe, ce sont des roulements. Par contre on est favorable aux échanges entre équipe et si on a une personne qui trouve à échanger avec une collègue ça n'a jamais posé de problème. Nous on le note, elles nous font ce qu'on appelle un bon d'échange, si elles échangent une journée on a ce qu'on appelle un bon d'échange, elles le signent toutes les deux et après ça roule. On essaye aussi à ce qu'elles s'arrangent entre elles, elles trouvent des solutions. Je pense que ça dans une équipe c'est important. On leur dit bien que nous on a une vision d'ensemble et une vue globale. Elles à leur niveau on sent bien qu'elles ont plus une vue personnelle, ce qui est logique. Mais nous notre rôle est d'avoir une vue d'ensemble et faire que l'ensemble fonctionne. Quand on a quelque chose à expliquer comme sur la chimio et la cancérologie, nous on leur explique qu'on a une vue d'ensemble. Quand on veut changer un roulement pour quelqu'un ce qu'on leur explique, c'est que oui il faut que cela fonctionne et qu'au bout du compte il ne faut surtout pas perdre de vue qu'on a un patient et qui va trinquer c'est le patient ? Donc nous il faut qu'il y ait une satisfaction du patient et que l'établissement fonctionne, on peut comprendre qu'il y ait des désidératas personnels mais on ne peut pas toujours satisfaire ses désidératas malheureusement.

- **La priorité reste à l'établissement et au patient.**

Oui et ça c'est quelque chose qu'on explique au niveau de l'institution. Là on est en train d'essayer de voir justement pour modifier des roulements sur les soins palliatifs, on leur demande de voir un petit peu comment ils voient les choses, d'en discuter entre eux et que si eux-mêmes n'ont pas trouvé de solution nous on sera vraiment obligé de trancher et que on va trancher parce qu'on a besoin d'une solution au niveau de l'établissement. On appartient avant tout à un établissement. On appartient ce n'est pas vraiment le terme, mais on travaille dans un établissement et on travaille pour une institution. Et ça c'est quelque chose qu'on avait aussi un moment donné abordé, quand on a un manque de personnel important, qu'on a de l'absentéisme, exceptionnellement on peut basculer sur un autre service. C'est vrai que même si on va travailler sur l'étage de cancérologie toute l'année si un jour il y a un problème au premier et que le matin il n'y a pas d'aide-soignante au premier et que les deux aides-soignantes ont toutes les deux un problème, on va déplacer les personnels. Ça c'est quelque chose qu'on explique quand même au départ. L'entraide entre services c'est quelque chose qu'on inculque. Je pense que c'est ce qu'il faut bien leur expliquer qu'il y a une vision de l'établissement et que la finalité c'est le patient et qu'il doit y avoir une répartition avec une bonne prise en charge du patient.

- **Ma dernière petite partie c'était par rapport, est-ce que vous avez l'impression que l'équipe a un sentiment d'appartenance envers un ou quelques soignants charismatiques dans l'équipe. Ça ne transparait pas du tout dans ce que vous dites, c'est-à-dire que des fois on a**

connu des équipes qui tenaient par une infirmière qui est là depuis très longtemps autour de laquelle l'équipe est mobilisée. C'est le cas ici ?

Non je dirais que non. Alors il y a des personnes plus anciennes que d'autres mais c'est pas pour autant effectivement qu'elles sont plus meneuses que d'autres. Je trouve que tout le monde a sa place.

• **Moi j'ai terminé par rapport au changement et à la construction d'identité, est-ce que vous auriez des choses à rajouter dont on n'a pas parlé qui pour vous sont importantes dans justement l'identité d'une équipe. Dans une construction dans votre rôle de cadre. Pour favoriser cette identité ?**

Ce qu'on n'a pas abordé là dans une équipe je dirais c'est quand il y a des nouveaux arrivants dans une équipe. Ça c'est quelque chose que j'ai aussi vécu, j'essaie de bien accompagner les nouveaux arrivants. Qu'ils trouvent bien leur place au niveau de l'équipe et qu'ils soient bien intégrés par tout le monde. Et c'est quelque chose qui m'a marqué quand même dans cet établissement. Quand quelqu'un arrive il y a un réel accueil, qui ne retrouve pas partout. Pour avoir fait plusieurs établissements, on essaye au maximum d'intégrer ce nouvel arrivant. Que lui aussi le plus rapidement possible fasse parti de l'équipe qui est déjà en place. Je dirais par rapport à une équipe qui est déjà là, arriver sur une équipe qui s'entend et qui fonctionne, trouver sa place en tant que nouvel arrivant, c'est important.

• **Donc ça c'est un point essentiel pour nous.**

Oui pour moi quand il y a quelqu'un qui vient travailler dans le service, c'est effectivement ...bon il y a ce premier entretien d'embauche d'abord par la directrice des soins souvent après elle m'appelle et on est en binôme. Et après dans le service, de faire un peu le point comme pour les élèves, de faire des points réguliers avec eux et faire à ce que l'intégration soit vraiment réelle. A contrario on a vu l'inverse, qu'elle n'ait pas non plus une emprise sur les personnels et qu'elle veuille tout révolutionner en tant que nouvelle personne. Il faut un juste milieu. Dans une identité d'équipe voilà il peut y avoir cet élément qui arrive. Voilà comment on l'intègre.

Entretien n°4 recueilli par mail.

Cadre : Mme.....C . Service :.....*pneumologie*

Date de l'entretien, *par mail*.....

D'abord resituons le contexte de notre entretien : dans le cadre de mon mémoire de fin d'études IFCS Montsouris, j'effectue un travail de recherche concernant :

Le rôle du cadre dans la construction d'une identité d'équipe, dans un contexte de changement.

-Vous êtes cadre de santé depuis combien de temps ? 2003(FF) 2006 diplôme de cadre

-Quelle était votre formation initiale ? IDE

-Depuis combien de temps êtes-vous responsable de votre équipe actuelle ? 7 mois

-Pourriez-vous me décrire rapidement votre équipe et le service dans lequel vous travaillez aujourd'hui ?

Equipe : IDE assez jeunes (entre 3 mois et 6 de DE, sauf pour une IDE 20 ans de DE). Pour la grande majorité des IDE, seule expérience prof. L'équipe est constituée de 9,80 ETP dont 1 IDE aux EFR (donc un autre lieu, qui d'ailleurs ne se sent sans doute pas concernée par la notion d'identité d'équipe!!!) et une IDE 30%EFR et 50% hospi. Pour les AS : équipe en plein renouvellement sur 9 ETP 5 nouvelle AS arrivées entre septembre 2011 et maintenant.

Pour le service : 30 lits avec des prises en charges variées : pneumologie infectieuse (pneumopathie, tuberculose...) pneumologie « pathologie chronique » (DDB, BPCO, muco, sarcoidose...), cancérologie pulmonaire (de la découverte de la patho à la prise en charge des traitements nécessitant une hospitalisation à la fin de vie) et trois lits de post réa (notamment la ventilation on invasive).

-Vous avez vécu un changement organisationnel au sein du ou des services, pouvez-vous me situer le contexte de ce changement en quelques mots ?

Mise en place de trois lits d'HDS d'oncologie avec une prise en charge mixte des patients par l'équipe d'oncologie et l'équipe de pneumologie. Lits sous responsabilité du service d'oncologie.

Projet mis en place....3 mois après mon arrivée

-Selon vous, comment a été vécu ce changement par l'équipe ?

Pour les « jeunes » du service d'onco ça a été plus simple car elles se construisent professionnellement en même temps que le nouveau service. Pour les « anciennes » de pneumo,

beaucoup plus ancrées dans la pathologie et les projets de services construits avec le chef de service, c'est plus difficile.

-A votre arrivée, comment avez-vous été accueilli par l'équipe en place ?

Très bien. L'équipe n'avait plus de cadre depuis le mois d'avril et était donc en attente. De plus, l'accueil a été préparé institutionnellement. Annonce de mon arrivée par le cadre sup et la directrice des soins.

-Quelles étaient les avancées de ce changement à votre arrivée? (prévu, en cours, finalisé...)

En prévision au niveau institutionnel mais non annoncé au personnel

-Quelle a été la politique institutionnelle lors de ce changement ?

L'idée du projet était de répondre à un besoin institutionnel :

-permettre l'hospitalisation des patients d'onco pour les traitements ne pouvant pas se faire en HDJ et libérer qqs lits des services initiaux (pneumo, ORL, gastr...) et donc de permettre une meilleure fluidité des lits.

- permettre de stabiliser l'activité oncologique sur le CH et garantir sa pérennité

-Cette approche, quelle en ont été les points forts et/ou les manques ?

- Points forts : implication des cadres des deux unités (onco pneumo), implication forte des équipes médicales et positionnement institutionnel. Lien avec la pharmacie pour la mise en place de la centralisation des cytotoxiques

- annonce tardive aux équipes qui n'a pas permis une réelle implication des équipes

-Si je vous dis : « Le cadre a un rôle majeur dans l'accompagnement des équipes au changement... » Qu'en pensez-vous ?

Évident, il me semble que c'est l'un des rôles principaux du CDS. Le cadre est moteur du changement. Sans implication du cadre, la résistance aux changements est majorée.

-Concernant le changement vécu dans votre service, quels ont été vos points forts et vos manques ou difficultés ?

-Points forts : connaissance de la spécialité d'onco et des modes d'organisation d'un service HDJ/HDS d'onco. Capacité à gérer les éventuels conflits, capacité d'adaptation.

-Points faibles : projet mis en place peu de temps après mon arrivée. Projet qui avait déjà été mis en place et mal vécu par l'équipe de pneumo car il y a augmentation de la charge de travail.

-Lors du changement, selon vous, les équipes sont-elles arrivées avec des identités de service ?

L'équipe de pneumologie avait effectivement une identité de service très marquée par la pathologie car l'ensemble des IDE la constituant est arrivé en même temps dans l'unité et ont construit une partie de l'activité actuelle (lits de post réa).

Concernant l'équipe d'oncologie, l'identité était moins marquée car c'est un service nouvellement créé : « jeune », avec une équipe en cours de constitution

-Comment avez-vous abordé ce « mariage » d'équipes ?

Présentation très rapidement du projet en réunions. Malgré le peu de temps, travail de groupe en intégrant des paramédicaux des deux services (IDE, AS souhaitant cette modification d'organisation et d'autres ne le souhaitant pas).

-Pensez-vous que le cadre influe sur la construction identitaire d'une nouvelle équipe ?

Oui,

-Comment ?

Par les valeurs qu'il souhaite développer, les projets travaillés, le profil des agents recrutés, le mode de communication, et l'écoute.

-Quels sont les socles spécifiques dans les services pour faire émerger identité forte ?

Pour moi je pense que cela s'appuie sur la politique institutionnelle, les valeurs transmises par les cadres successifs, le dynamisme du médecin responsable d'unité et le fait que l'équipe actuelle se soit constituée sur une même période avec des jeunes IDE dont c'était la première expérience professionnelle. Elles ont sans doute vécu et ressenties les mêmes choses au même moment.

-Qu'elle est la place de l'institution, du médecin, du cadre sup ?...

La construction identitaire d'une équipe devrait se faire en lien avec un sentiment d'appartenance à une institution et/ou à un pôle.

-Aujourd'hui, pensez-vous que votre équipe ressent un sentiment d'appartenance à une équipe autour de : (OUI/NON, plusieurs réponses possibles)

à un médecin du service ? oui

à un cadre de santé ? oui

à une pathologie ? oui

à un lieu ? non

au pôle ? oui

à un ou des soignants charismatiques ? oui parfois

-Selon vous, où en est votre équipe dans ce sentiment identitaire aujourd'hui ?

Etonnamment, assez marqué bien qu'arrivée depuis peu de temps dans ce service et dans l'institution. Sans doute lié au fait que l'accueil institutionnel et dans le service ont été de qualité. Mais également lié à ce projet travaillé avec l'équipe, à la qualité du travail quotidien des paramédicaux et du travail en collaboration avec l'équipe médicale. Service dynamique (mais

également établissement) avec des projets de service variés (fête du souffle, journée de l'asthme, journée de la BPCO, mise en place du commun informatisé...)

-Commentaires à rajouter ?

.....

POINTS FORTS	Emanant de l'établissement	Emanant du cadre de santé
Avant le changement	<ul style="list-style-type: none"> . un nouveau service . création d'un nouveau service . respect des objectifs de service 	<ul style="list-style-type: none"> . écoute dans le cadre non officiel . écoute . mise en place des objectifs, . c'est en pont entre les équipes médicales et paramédicales, . cadrage les soignants . information . échanges entre les équipes. . accompagnement, . encouragement
Pendant le changement		<ul style="list-style-type: none"> . arrivée d'un nouveau cadre de santé . explications . communication, . écoute, . favorise l'entraide entre personnels . motivations de son équipe . moteur . encouragements . compréhension
Après 3-6 mois		<ul style="list-style-type: none"> . enrichissements de plusieurs pathologies, . plus de responsabilité, . résolution de problèmes . écoute de son équipe, . suivis
Après 1 an	<ul style="list-style-type: none"> . changement de locaux 	<ul style="list-style-type: none"> . remis en place des objectifs . écoute . intervention auprès des soignants . Ecoute . équipe bien soutenue par le cadre . cadre plus investi et intégré à l'équipe. . Ecoute active

MANQUES	Emanant de l'établissement	Emanant du cadre de santé
Avant le changement	<ul style="list-style-type: none"> . information, . soutien l'équipe . absence du lien avec notre projet de soins . absence d'explications . information sur la charge due au changement . locaux non revus, peinture non refaite, . matériel récupéré, et non fonctionnels, . changement imposé 	<ul style="list-style-type: none"> . difficultés d'organisation et d'anticipation . changement subi . cadre peu présent.
Pendant le changement	<ul style="list-style-type: none"> . absence, . baisse des moyens mis en œuvre, . méconnaissance de notre projet de soin, . aucun soutien, . manque d'information, . soutien d'équipes médicales et paramédicales . pas ou peu d'explications . pas d'implication . manque de personnel . personnel soignant peu considéré, . services coupés avec beaucoup de déplacements d'étages en étages 	<ul style="list-style-type: none"> . manque un cadre . nombreuses absences . beaucoup de stress, . manque d'organisation, . changement de cadre, . faisant fonction ne peut pas toujours imposer son avis à la direction . arrivée d'un nouveau cadre, relation de confiance non en place.
Après 3-6 mois	<ul style="list-style-type: none"> . changement d'horaire imposé . manque de moyens, . absence, . pas de réactivité vis-à-vis des remarques 	<ul style="list-style-type: none"> . soutien de l'équipe, . écoute, . cohésion d'un projet commun, . ne trouve pas sa place, . peu de réactions vis-à-vis des difficultés rencontrées . manque d'information . beaucoup de changements apportés en même temps.
Après 1 an	<ul style="list-style-type: none"> . manque d'information, . manque de soutien, . absence . personnel infirmier non augmenté malgré l'activité qui augmente, . pas d'information sur le devenir 	<ul style="list-style-type: none"> . manque de poigne face aux soignants

Commentaires Libres

3 Changement toujours difficile à vivre en équipe et personnellement besoin de soutien, d'organisation et d'unité

7 Annonce brutale de changement du chef de service, après un investissement de toute une équipe en créant l'unité. Mauvais vécu de ce changement imposé par la direction, d'un sentiment d'abandon, pas de cadre dans le service, et difficulté pour pouvoir survivre et se donner la force de reconstruire en gardant une seule idée en tête nos patients.

8: Rapport aux horaires, une perte d'information niveau des transmissions est perceptible la prise en charge est la prise en charge en pâtit.

9 : Trop de changements sans information qui brisent les soignants et l'équipe. Un soignant mal dans son travail n'apporte qu'une aide technique et devient un poids pour ses collègues.

11 : parler du changement de manière générique et non d'un changement en particulier est trop vaste

10 : La non prise en compte des avis de l'équipe paramédicale sur un changement d'organisation la touchant directement, a entraîné des difficultés car la personne choisissant le changement d'organisation pour nous, n'a pas connaissance de l'organisation propre (devoirs et obligations de service)

12 : Les changements sont parfois nécessaires mais ils ont besoin d'être accompagnés par le cadre et l'institution et surtout il est important de comprendre le sens

1: J'ai vécu un regroupement de services aux débuts difficiles mais très constructifs au final

2: Le changement a consisté au passage de 12 :00 pour les infirmières. Donc une nouvelle organisation et surtout plus de responsabilités pour les ASH

4 Partages d'expériences et de connaissance avec les différentes parties, tout le monde ne venant pas du même service, Une entraide beaucoup plus importante que dans son service classique

6 : Quand les changements sont prévus et planifiés avec les deux parties ça va, le vécu est donc positif et une motivation préservée

7 : Les changements sont subis de manières différentes en fonction de leur caractère. Ceux qui sont imposés sans demander l'avis des soignants sont toujours plus difficiles à intégrer et à accepter. Le rôle du cadre est primordial face aux nouvelles organisations

6: Nous avons subi des travaux d'agrandissement, l'ouverture d'un nouveau service et l'arrivée d'un nouveau cadre de santé. Manque de moyen et de personnel la première année accompagnée de beaucoup de réorganisation des méthodes de travail par la cadre de santé.



42, Bd Jourdan 75014 PARIS - Tél 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

Diplôme de cadre de santé

DCS@11-12

TITRE DU MEMOIRE

Accompagner et construire : du changement à une identité d'équipe.

AUTEUR

Sonia NORDEY

MOTS CLES

Cadre de santé, équipe, changement, management, construction identitaire, leader, pathologie.

KEY WORDS

Health manager, team, change, management, identity structure, leader, pathology

RESUME

J'ai exercé 2 ans en tant que **cadre de santé** auprès de deux équipes d'oncologie et d'hématologie. Le contexte était le suivant: ces équipes avaient vécu de nombreux changements l'année précédant mon arrivée. En tant que cadre je devais gérer deux équipes ; devais-je les gérer de manière séparée ou les rassembler autour d'un dénominateur commun ?

Après avoir étudié la littérature autour des notions d'**équipe**, de **changement** et de **management**, ma question de recherche s'est orientée sur : la place du cadre de santé dans la **construction identitaire** de l'équipe, dans un contexte de changement.

La méthode de recherche a consisté en des entretiens avec les cadres de santé et des questionnaires destinés aux équipes. Au terme de l'analyse, il apparaît que le cadre devra tenir compte du vécu des agents, de l'impact des changements et de leurs sentiments d'appartenance.

Le management du cadre doit permettre la construction d'une identité d'équipe commune en lui donnant une « coloration » particulière en fonction de sa personnalité de **leader**. L'élaboration de projets, en lien avec la **pathologie** des patients, apparaît comme un des éléments fédérateurs pour l'équipe.

ABSTRACT

I worked for two years as an acting **health manager** in charge of two teams: oncology and haematology.

The context was that these teams went through many changes in the year before my arrival.

I had two teams to manage and deal with: should I manage them separately or manage them as a single team?

After having studied the existing literature on the notions of **team**, **change** and **management**, my research was directed towards the role of the health manager in the **identity structure** of the team in a context of change.

My research method consisted in interviews with health managers and questionnaires for the nursing teams. After completion of the analysis, it appears that the manager will have to take into account the past of the agents, the impact of changes and their feelings of membership.

The management framework must allow the construction of an identity of a common team by giving a particular "tone" according to the manager's **leadership style**. The project's development taking into account the **pathology** needs of the patient appears to be one of the founding principles for the team.