

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

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

## **MANAGER AVEC SON ÂME**

*Valeurs et authenticité :  
Des leviers managériaux ?*

Anne SERRY

**DCS@16-17**

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

## REMERCIEMENT

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

Je tiens à remercier particulièrement Madame Hélène CHAPALIN, ma directrice de mémoire pour son soutien, sa disponibilité, sa bienveillance et son soutien tout au long de l'année.

Merci à l'ensemble de l'équipe de l'IFCS de l'ESM pour leur accompagnement, leur gentillesse et leur bienveillance tout au long de l'année.

Je remercie aussi l'ensemble de mes camarades et amis, qui m'ont permis d'orienter mes réflexions et mes recherches, grâce à nos échanges, même les plus ponctuels.

Je tiens aussi à remercier les professionnels de santé que j'ai rencontré tout au long de mon parcours, et ceux qui ont su prendre du temps pour enrichir ma réflexion.

Enfin, un grand merci à mon entourage, ma famille, mes amis, ceux qui ont croisé ma route de près ou de loin, mais qui m'ont soutenu tout au long de cette année.

# SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS .....	3
INTRODUCTION .....	4
1 CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE .....	5
1.1 Le constat de départ.....	5
1.2 Le cheminement.....	6
1.3 L'objet de recherche et problématique .....	7
2 CADRE THEORIQUE.....	8
2.1 Rôle du cadre et accompagnement .....	8
2.1.1 L'évolution de la fonction de cadre de santé dans le temps.....	8
2.1.2 Rôle du cadre.....	8
2.1.3 Positionnement .....	9
2.1.4 La posture professionnelle et accompagnement.....	10
2.2 L'équipe .....	11
2.2.1 Groupe et groupe restreint .....	11
2.2.2 Dynamique de groupe .....	12
2.3 Valeurs.....	15
2.3.1 Définition de valeur .....	15
2.3.2 Les valeurs professionnelles.....	15
2.3.3 Les valeurs institutionnelles .....	17
2.3.4 Les valeurs du cadre de santé .....	18
2.4 LES REPRÉSENTATIONS.....	20
2.4.1 Définition .....	21
2.4.2 Les représentations sociales, à quoi servent-elles ? .....	22
2.4.3 Élaboration et fonctionnement des représentations sociales .....	22
2.4.4 Évolution et transformation des représentations sociales .....	23
3 QUESTION DE DÉPART.....	25
4 ENQUETE DE TERRAIN .....	26
4.1 Méthodologie.....	26
4.1.1 Objectifs de l'enquête .....	26
4.1.2 Choix de l'outil.....	26
4.1.3 Présentation de la population interrogée .....	30
4.2 RESTITUTION .....	30
4.3 ANALYSE DES RESULTATS .....	32
4.3.1 Représentation sociale des équipes.....	32
4.3.2 Les valeurs issues d'un modèle soignant .....	35
4.3.3 Quel type de management adopter ? .....	39
4.3.4 Le prendre soin et la reconnaissance .....	45
4.3.5 Des valeurs portées par l'institution .....	47

5	SYNTHÈSE .....	51
5.1	Retour sur mon hypothèse.....	51
5.2	Perspectives professionnelles .....	51
6	LIMITES ET APPORT DE MON MEMOIRE .....	53
6.1	La rédaction.....	53
6.2	Le cadre conceptuel .....	53
6.3	Les entretiens .....	54
	CONCLUSION .....	56

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ANNEXES

## LISTE DES ABREVIATIONS

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANESM : L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CDS : Cadre De Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

GHT : Groupement hospitalier territoriale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

SSRO : Soins de Suite et de Réadaptation Orthopédique

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

# INTRODUCTION

Après six ans d'expérience en tant qu'infirmière dans des services de psychiatrie adulte, j'ai pu faire une année de faisant fonction cadre de santé dans le milieu des soins gériatriques, avant d'intégrer l'institut de formation des cadres de santé.

Mon parcours professionnel, essentiellement tournée vers le relationnel et l'accompagnement des patients. Mon souci de la qualité des soins que je pouvais apporter au patient, en lien avec un travail de collaboration avec mes collègues, a suscité en moi l'envie d'accompagner les professionnels de santé. Mon année de faisant fonction cadre m'a conforté dans ce choix professionnel. J'ai pu accompagner des équipes de soins, dans une spécialité que je ne connaissais pas, mais toujours tournée vers une cohésion et qualité des soins au service du patient.

Cette année de formation m'a permis de prendre conscience et d'approfondir mes compétences et connaissances pour assumer pleinement mes futures fonctions de cadre de santé.

Ce mémoire, nous est demandé pour valider cette formation, et je le conçois comme un travail de recherche me permettant d'approfondir et réinvestir mon apprentissage autour d'une question qui me sera bénéfique et pourra me permettre de me positionner comme cadre de santé.

Bien que cette année de faisant fonction m'ait conforté dans mon choix, j'ai été confronté lors de ma prise de poste à une dynamique d'équipe et une façon de fonctionner qui m'étaient inconnues. Forte de mes valeurs, j'ai dû m'adapter à la nouvelle spécialité, tout en gardant en ligne de mire les notions de l'humain et la qualité qui m'était chère. À mon sens, un accompagnement bienveillant et dans l'échange, peut créer une dynamique de travail positif, faisant évoluer et responsabiliser l'ensemble des professionnels impliqués. Cependant, je me suis rendu compte qu'il y avait d'autres facteurs dans le management que je n'avais pas encore assimilés.

Ma situation vécue m'a amenée à m'interroger à travers mes valeurs de bienveillance et m'ont conduit à me questionner sur mon positionnement cadre. Au-delà de la bienveillance que je pouvais apporter individuellement aux patients, j'avais le désir de pouvoir la partager avec une équipe et que cela ait un impact positif sur la prise en charge des patients.

J'ai donc choisi d'aborder le thème des valeurs à travers la fonction de cadre et l'impact que cela pouvait avoir sur l'équipe.

J'ai donc exploré dans un premier temps une situation, permettant de mettre en évidence un cadre contextuel, permettant de me rendre compte que l'accompagnement d'une équipe se fait aussi en fonction de la représentation qu'on en a.

Dans un cadre théorique, j'ai pu situer le rôle du cadre et son positionnement face à une équipe. Cette équipe, avec son vécu, son organisation, sa construction, à travers sa dynamique et comment elle pouvait la construire. Par la suite, la notion de valeur partagée a donc été la notion abordée avant de pouvoir comprendre ce qu'était une représentation sociale et comment la caractériser.

Toute cette réflexion m'a conduit à poser l'hypothèse suivante :

***Dans un souci d'authenticité, l'identification des valeurs communes peuvent être un outil stratégique du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes.***

C'est ainsi autour de celle-ci que c'est construit mon travail de recherche s'est construit que je présenterai après le cadre théorique, en y abordant notamment mes choix méthodologiques, mon analyse, les apports de ce travail et les difficultés rencontrées, avant d'apporter les conclusions que je tire de ce travail.

# 1 CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

## 1.1 Le constat de départ

En tant qu'infirmière, j'ai vécu un certain nombre de changements, tel que les réformes des hospitalisations sans consentement en psychiatrie. En effet, la loi du 5 juillet 2010 et du 27 septembre 2013 a suscité des changements dans l'organisation des soins pour les patients, mais aussi pour les soignants qui ont dû s'adapter et être vigilants au niveau administratif afin de garantir une qualité, mais aussi une sécurité des soins pour les patients hospitalisés sans leur consentement. Bien qu'il y ait des retours de soignant comme quoi cela augmentait la charge de travail, des répercussions directes visibles pouvant mettre le patient en danger, comme des levées d'hospitalisation alors que le patient avait besoin de soins et pouvant engendrer des démarches complémentaires. Dès le début, un travail impliquant l'ensemble de l'équipe (secrétaires, médecin, infirmières, aides-soignantes) a été réalisé pour comprendre les impacts de la loi sur les prises en charge avec la juriste de l'hôpital. Un lien étroit s'est créé avec elle, permettant une gestion rapide des différentes interrogations pouvant survenir au cours dans la prise en soins.

Au-delà de la psychiatrie, de nombreux changements sont intervenus dans le système hospitalier, nécessitant aux soignants de se questionner sur leur place, leur valeur et leur reconnaissance au sein même de l'institution. Il y a notamment la loi du 21 juillet 2009, dite HPST qui redéfinit la place de l'hôpital dans tout un système de santé, renforcé par la création des ARS le 1<sup>er</sup> avril 2010 au sein même des territoires. Les hôpitaux deviennent autonomes dans leur gestion, avec un contrôle aux certifications. Les certifications, inscrivant les hôpitaux dans une démarche qualité en perpétuelle évolution et donc une remise en question continue des pratiques soignantes. Depuis janvier 2016, la création des GHT (effectifs dès juillet 2016) a de nouveau repositionner les hôpitaux dans une nouvelle logique de gestion, replongeant les soignants dans une incertitude, notamment par rapport à leur place au sein de leur établissement de référence.

Impliquée moi-même dans cette évolution, en participant à différents groupes de travail dans l'institution, ou en étant référente pharmacie au sein de l'équipe dans laquelle je travaillais en tant qu'infirmière, il me semblait naturel de pouvoir se questionner et d'apporter des changements à nos pratiques, en fonction des demandes de la population, mais aussi permettant de s'adapter aux avancements technologiques, ainsi qu'aux contraintes politiques, économiques et législatives, tout en garantissant la sécurité des soins. Je me suis rendu compte, que cela n'était pas aussi naturel au sein des équipes et que nous avons tous des comportements différents face au changement.

Mon questionnement s'est affiné lors de mon année de faisant fonction de cadre. Une des équipes que j'encadrais prenait en charge simultanément au sein de la même unité des patients qui venaient pour des soins de suite et de rééducation orthopédique (en particulier des prothèses de hanches et de genoux), et des patients atteints de maladie d'Alzheimer. La cohabitation des deux populations était difficile et l'épuisement des soignants se faisait entendre aussi bien à travers leurs discours, qu'à travers de nombreux arrêts maladie.

La mixité de ce service est née 4 ans avant ma prise de fonction, suite à la réponse d'un appel d'offres de l'ARS dans le cadre du plan Alzheimer 2008/2012, afin d'ouvrir une Unité Cognitivo-Comportemental (UCC), devant accueillir des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée présentant des troubles du comportement.

Plusieurs personnes ont été impliquées dans la mise en place de ce projet, dont le chef de service et la cadre de santé présente à ce moment, qui devait relayer les informations sur l'avancée du projet et accompagner les équipes dans ce changement d'activité.

L'issue du projet était de pouvoir accueillir 12 patients atteints de maladie d'Alzheimer dans des locaux adaptés et sécurisés au rez-de-chaussée, avec une équipe dédiée et formée à la prise en charge de ses patients. L'échéance de l'installation dans ces locaux a été fixée à 6 mois aux professionnels.

La mise en place de cette mutation d'activité a commencé en soins de suite et de réadaptation orthopédique (SSRO) avec une orientation gériatrique, au deuxième étage. Ce service avait été choisi, car la configuration des locaux, semblait la plus adaptée pour l'accueil des patients. Une diminution de l'activité d'orthopédie s'est fait en même temps que l'augmentation progressive jusqu'à 6 des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

Afin de pouvoir développer la prise en soins des patients atteints de maladie d'Alzheimer, des créations de temps soignants et rééducateurs ont été créés, dont deux ETP d'aides Médico-psychologiques (AMP) au sein même du service.

Cependant, les travaux initialement prévus n'ont à ce jour pas commencé, et le départ de la cadre de service, avec seulement des remplacements ponctuels, a laissé cette équipe dans cette situation pendant quatre ans

Pas, ou peu de travaux ont été réalisé dans le service du deuxième étage, dans la perspective qu'il y aura le nouveau service au rez-de-chaussée. Cependant, la défenestration d'un patient (pensant que la fenêtre était la porte pour aller à la cour), de nombreuses fugues de patients (certains même retrouvés sur l'autoroute), la violence des patients Alzheimer qui ne pouvaient pas circuler librement, l'incompréhension des patients d'orthopédie de partager des locaux avec ces malades, a mis l'équipe de plus en plus dans l'insécurité. Bien que des sécurités aux fenêtres et un système d'alarme aux entrées du service aient été installés, l'équipe estimait que ce n'était pas suffisant, et à juste titre, pour accueillir en toute sécurité des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

Ces difficultés de prise en soins et l'insécurité, conduit le personnel vers un épuisement, une souffrance (surmenage, burnout), qui se manifeste par le mécontentement, mais aussi par de nombreux arrêts de travail. L'arrêt long maladie d'une AMP non remplacée n'aidant pas, l'organisation du service se fait autour de la sécurité et non du soin, qui est leur fonction première.

Alors qu'il avait été dit au personnel présent en début de projet, que s'ils n'étaient pas satisfait de ce changement d'activité dans les deux ans, ils pourraient faire la demande de changement de service.

Malgré cela, de nombreux facteurs n'ont pas permis aux soignants de faire cette démarche. J'inclurai dans ces facteurs une loyauté face à l'équipe, un sentiment d'abandon avec le manque d'un cadre de santé, la perspective d'une évolution avec la création du nouveau service...

## **1.2 Le cheminement**

Aujourd'hui dans le contexte des réorganisations de l'offre de soins sur les territoires de santé, les établissements sont amenés à modifier leurs activités pour correspondre au plus près aux besoins de la population. Le cadre de santé, au plus proche des équipes de soins, doit permettre l'accompagnement des équipes dans ces changements. Mais dans cet accompagnement de nombreux facteurs humains sont mis en cause, aussi bien en fonction du positionnement de chacun, des valeurs professionnelles, mais aussi de la représentation que l'on peut avoir du rôle de l'autre.

Cette problématique me semble donc être d'actualité et concerner de nombreux autres cadres de santé. N'ayant pas pu rencontrer d'autres cadres ayant vécu la même situation, c'est en me fondant sur mon expérience de faisant fonction, et l'accompagnement de mes collègues et de la hiérarchie.

Ce constat apporte une légitimité à mon sujet dans le contexte sanitaire actuel en mouvement où la problématique d'encadrement autour de l'accompagnement des équipes est de plus en plus présente.

Suite à cette observation, je me suis aperçue qu'il y avait plusieurs notions qui rentraient en compte. En effet, il y avait d'une part mon propre parcours professionnelles, et les valeurs professionnelles que j'ai pu développer, me conduisant à vouloir devenir cadre de santé. De plus, inscrite au cœur

d'une institution, accepter le poste de faisant fonction cadre de santé, c'est aussi accepter les missions qui me sont confiées, ce qui induit un positionnement auprès des équipes, mais aussi au cœur de l'institution. Enfin, confronté à l'encadrement d'une équipe, je me suis rendu compte que celle-ci avait aussi des attentes d'un cadre et une représentation du rôle que je devais jouer.

### **1.3 L'objet de recherche et problématique**

La rédaction de cette situation de départ m'a permis de pouvoir prendre de la distance vis-à-vis d'elle. Une réflexion sur la posture cadre a été évidente pour moi, afin de pouvoir transposer les compétences acquises à ce moment-là, sur d'autres situations qui se voudront similaires. L'accompagnement des équipes fait partie des missions quotidiennes du cadre de santé. Il m'est donc apparu essentiel de pouvoir l'inclure comme facteur dans mon cadre de recherche.

L'hypothèse posée suite à ce travail de raisonnement est donc :

« Comment le cadre de santé, avec son positionnement, ses valeurs et ses représentations sociales, peut-il accompagner son équipe dans la mise en place d'un projet ? »

## 2 CADRE THEORIQUE

### 2.1 Rôle du cadre et accompagnement

#### 2.1.1 L'évolution de la fonction de cadre de santé dans le temps

Pendant de nombreuses années, l'encadrement des soins était fondé sur un modèle de hiérarchie ecclésiastique, l'ancêtre de la surveillante étant la supérieure. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, avec les découvertes de Pasteur, l'approche de la maladie nécessite l'utilisation de techniques de plus en plus perfectionnées. Les médecins se trouvent dans la nécessité de déléguer certains soins à un personnel subalterne. L'auxiliaire médicale apparaît et les premières écoles d'infirmières ouvrent leurs portes. De son côté, le personnel religieux assume alors l'intendance et la surveillance des salles de malades. On distingue déjà à cette période une séparation entre les infirmières qui aident les autres et la fonction cadre qui permet de diriger les autres.

En 1938, à la demande de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat, un décret prévoit un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière qui permet d'exercer des fonctions de responsabilité. Mais avec la déclaration de guerre, rien ne put aboutir.

Après la Seconde Guerre mondiale, avec le développement de l'antibiothérapie et des techniques d'explorations, l'hôpital devient un lieu d'hyper technicité et l'on voit apparaître de nouveaux professionnels de santé (diététiciennes, manipulateurs en radiologie médicale, techniciens de laboratoire...) mais aussi de nouvelles compétences médicales délivrées aux infirmières. Les soins sont centrés sur la maladie ou l'organe atteint. L'hyper technicité entraîne une hiérarchie professionnelle construite sur tout un système de valeurs techniques. La surveillante, soucieuse du bon fonctionnement du service, voit son rôle se résumer à la bonne application des tâches et au maintien de la règle. La conception du travail est ici taylorienne, l'ordre est régi par la règle, le management est de type directif.

En 1958, le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice est créé par le Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Le mot "cadre infirmier" apparaît à partir de 1975 dans les structures hospitalières. L'encadrement infirmier se développe, s'interroge sur les organisations et s'intéresse de plus en plus aux sciences de gestion. C'est en 1995 qu'est créé le Diplôme de Cadre de Santé et qui marque un changement, puisque la formation s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et la notion de qualité

Aujourd'hui, la fonction de cadre de santé continue d'évoluer vers des fonctions managériales et de leadership, redéfinissant les missions et le rôle du cadre

#### 2.1.2 Rôle du cadre

Dans une organisation, les positions des individus les uns par rapport aux autres sont structurées et définies par les statuts et les rôles.

Le rôle de l'acteur principal est attendu dans son comportement et ses attitudes à un moment déterminé. Ce rôle est aussi une réponse aux attentes des partenaires, et donc ses subordonnés. Le rôle est défini dans la logique de la fonction à l'intérieur d'un système institutionnel.

Ces différents niveaux permettent encore de différencier des types de managers, selon qu'ils soient centrés sur la tâche ou sur le groupe.

Par conséquent, l'une des compétences du cadre est l'exercice du pouvoir. Il est à entendre ici comme une capacité d'agir, de produire du changement et s'inscrit avec la négociation de l'ensemble des collaborateurs et donc dans mon cas des soignants.

Dans les services de soins, le cadre de santé devient la personne compétente dans la coordination de l'ensemble des acteurs du soin, en réponse aux valeurs de la société, aux contraintes de l'organisation. Les soignants souhaitent alors une cohérence au travers des actes tant dans la stratégie et la transmission d'actions, que l'accompagnement, le contrôle, la délégation, le conseil, et enfin la reconnaissance.

Selon Henry Mintzberg, le manager est une personne investie de l'autorité formelle de l'organisation. Il s'inscrit dans une hiérarchie, détient des responsabilités et doit unir les efforts pour atteindre les objectifs attendus. Ainsi, dans son ouvrage « Le manager au quotidien », Henry Mintzberg décrit les 10 rôles du cadre, classés sous 3 items principaux :

- ~ Rôles interpersonnels
  - Rôle de symbole : il représente l'entreprise à l'extérieur ;
  - Rôle de leader : il guide, motive et fait preuve d'exemplarité ;
  - Rôle d'agent de liaison : il crée du lien, un réseau par le biais de relations ;
  
- ~ Rôles liés à l'information
  - Rôle d'observateur actif : il recherche des informations,
  - Rôle de diffuseur : il assure la propagation des informations auprès de ses subordonnés,
  - Rôle de porte-parole : il communique à l'extérieur de son service,
  
- ~ Rôles décisionnels
  - Rôle d'entrepreneur : il propose, innove, essaie et risque ;
  - Rôle de régulateur : il gère les conflits, les dysfonctionnements ;
  - Rôle de répartiteur : il distribue les ressources en fonction des moyens et des projets ;
  - Rôle de négociateur : il favorise les échanges, les discussions avec les partenaires internes et externes.

Au travers de ces 10 rôles, beaucoup sont en lien avec la communication. Elle est alors un élément fondamental du cadre de santé dans son positionnement et dans son accompagnement. Le cadre de santé doit favoriser la communication.

Enfin, selon Henri Fayol, en 1916, « il y a 5 fonctions de base de l'encadrement : planifier, organiser, coordonner, contrôler, commander »<sup>1</sup>. Pour Henry Mintzberg, cette théorie permet de définir ce qui devrait être fait par un cadre, mais pas ce qu'il fait de manière plus élaborée.

Le manager intermédiaire, pour nous le cadre de santé, est par définition, l'acteur incontournable de l'accompagnement des équipes. En effet, la « fiche métier » issue du répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, mise à disposition par le Ministère de la Santé et des Sports, précise que : le cadre responsable d'une unité de soins doit « *organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechnique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations* ».<sup>2</sup>

### 2.1.3 Positionnement

La position actuelle du cadre de santé est entre autres de permettre une interrogation des pratiques soignantes afin d'éviter une automatisation de l'activité soignante, et favoriser ainsi une remise en

---

<sup>1</sup> Mintzberg H, Romelaer P. Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre. 2e édition. Paris : Editions d'Organisation ; 2006. 283 p. Page 22

<sup>2</sup> Métier : Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales [Internet]. [consulté le 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>.

question perpétuelle, un réajustement des pratiques soignantes au plus proche des besoins et attentes des patients. Le cadre de santé en accompagnant les équipes est garant de la coordination des soins autour du patient.

Dans ce sens, le cadre de santé doit valoriser les compétences de chacun. Comme tout professionnel de santé, le cadre de santé doit en permanence faire évoluer ses compétences.

Selon Henry Mintzberg, « à la différence des activités de la plupart des non-cadres, celles des cadres sont caractérisées par la brièveté, la variété et la fragmentation. [...] En général, le travail du cadre est fragmenté et les interruptions sont fréquentes »<sup>3</sup>. Il en est de même pour le cadre de santé où l'opérationnel et le court terme priment dans ses activités. Il doit pouvoir répondre de manière rapide et efficace aux interrogations quotidiennes de fonctionnement de service de soins. Ces compétences doivent lui permettre de prendre des décisions rapidement. Cela nécessite une maîtrise de la gestion quotidienne, mais aussi la capacité d'animer une équipe soignante autour de projet. Le cadre de santé doit être dans une anticipation, mais aussi dans le soutien et la valorisation de l'équipe de soin.

Michel Crozier et Erhard Friedberg évoquent le "*management revisité*". Malgré les contraintes organisationnelles, le rôle des dirigeants est d'assurer les conditions de fonctionnement de l'organisation et de là, les dirigeants doivent permettre la permanence de la marge de liberté de chaque membre de l'organisation. L'existence du système dépend alors de la régulation de l'ensemble des jeux.

Cette régulation est un enjeu de réussite de l'organisation, « Pour canaliser et structurer les jeux organisationnels à leur profit (et/ou à celui des objectifs de l'organisation), ils pourront certes se servir - et se serviront effectivement - des différents leviers plus concrets à leur disposition, tels que, par exemple, l'information, les canaux de communication et d'interaction, la création ou la répartition des enjeux organisationnels à travers la politique du personnel, l'organisation des carrières, les arbitrages d'investissement »<sup>4</sup>. Les perspectives de changement doivent ainsi être une préoccupation de l'ensemble des acteurs de l'organisation. Le dirigeant doit néanmoins garantir la sécurité et la réussite, tout en garantissant la marge de liberté de tous.

Le cadre de santé dans son positionnement favorise alors le bon fonctionnement de l'équipe soignante, tout en permettant à chacun d'avoir leur propre marge de manœuvre.

Le cadre de santé, en tant que manager, est alors en capacité de disposer du pouvoir ou d'autorité afin de diriger, de coordonner l'ensemble des activités d'un groupe de professionnels.

Face à ses positions, le cadre de santé doit d'ailleurs faire preuve de règles et de négociation. Des modifications de comportements, des changements d'attitudes peuvent avoir lieu au travers de la relation. Par conséquent, l'échange dans une écoute des valeurs, des opinions de chacun semble nécessaire afin de favoriser l'action collective. Aussi, le cadre peut se positionner au travers de l'anticipation, du respect des règles et de chacun.

#### **2.1.4 La posture professionnelle et accompagnement**

« La posture définit la manière de s'acquitter de sa fonction (ou de tenir son poste). C'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique. La posture d'accompagnement suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne. Elle suppose une

---

<sup>3</sup> Mintzberg H, Romelaer P. Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre. 2e édition. Paris : Editions d'Organisation ; 2006. 283 p. Page 63

<sup>4</sup> Crozier M, Friedberg E. L'Acteur et le système. Les Contraintes de l'action collective. Paris: Points; 2014. 512 p. page 124

*compétence à passer d'un registre à un autre. [...]. Par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui »<sup>5</sup>.*

C'est ainsi qu'au-delà d'une posture, le positionnement situe l'individu dans un groupe et permet d'en apercevoir l'agir. En effet, avec cette définition, il n'est plus situé « par rapport à », mais dans l'interaction « avec ».

Dans le rapport De Singly, il est reconnu que « *Les cadres de santé doivent accompagner le changement et s'adapter avec beaucoup de souplesse aux exigences multiples (...) gérer le changement permanent (...) coordonner des acteurs et des cultures différentes et conduire des négociations nombreuses et complexes* »<sup>6</sup>. Ce positionnement reste primordial pour le cadre et nous reconnaissons l'importance qu'il a de faire du lien entre les différentes cultures dans un souci de dynamique d'équipe.

Ainsi, d'après Paule Bourre, « *Les cadres ne font que cela : lier, mettre de la cohérence au coup par coup entre les actions éclatées, éviter des dysfonctionnements, donner du sens. Cela consiste alors à arranger les choses tantôt dans l'intérêt du malade, tantôt dans celui de l'institution, tantôt dans celui de l'équipe soignante, le propre intérêt des cadres étant lui-même en jeu à chaque fois. En même temps, les actions qu'ils mènent pour ce faire, n'ont pas de visibilité en raison de leur caractère à la fois discontinu et permanent* »<sup>7</sup>. Ainsi, le positionnement du cadre de santé dans l'institution lui confère une posture de faire avec l'institution et avec l'équipe pour pouvoir donner du sens au travail réalisé.

## 2.2 L'équipe

*« Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée. »<sup>8</sup>*

### 2.2.1 Groupe et groupe restreint

On peut distinguer cinq catégories de groupes : la foule, la bande, le groupement, le groupe restreint, le groupe secondaire. Je resterai dans ce travail sur la notion de groupe restreint, celui-ci s'apparentant le mieux à une équipe de soin dans un service.

Pour Roger MUCCHIELLI, « *l'équipe est un groupe restreint, où tous les membres interagissent et se perçoivent directement* »<sup>9</sup>

Selon le même auteur, l'équipe doit respecter les caractéristiques pour travailler ensemble<sup>10</sup> :

- ~ Il contient un nombre restreint de membres, pouvant aller jusqu'à cinquante, ce qui permet à chacun d'avoir une perception individualisée de chacun des autres membres, être perçu réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu.
- ~ Poursuite en commun et de façon active des mêmes buts, dotés d'une certaine permanence, assumés comme buts du groupe, répondant à divers intérêts des membres.
- ~ Relations affectives pouvant devenir intenses entre les membres (sympathie, antipathie, etc.) et constituer des sous-groupes d'affinités.
- ~ Forte interdépendance des membres et sentiments de solidarité. Union morale des membres du groupe en dehors des réunions et des actions en commun.
- ~ Différenciation des rôles entre les membres.

<sup>5</sup> Maela P, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, l'Harmattan, 2004, p.153.

<sup>6</sup> DE SINGLY C. (2009). - Rapport de la mission cadre hospitalier.

<sup>7</sup> BOURRET P.. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Editions Seli Arslan. Paris. 2006, 238 p

<sup>8</sup> CAUVIN P. La cohésion des équipes. Paris : ESF éditeur, p. 9

<sup>9</sup> MUCCHIELLI R.. Le travail en équipe. Paris : ESF éditeur. 1996, p 6

<sup>10</sup> ANZIEU D. et MARTIN J-Y. (2004), La dynamique des groupes restreints, Paris : Presses Universitaires de France, p.36

- ~ Constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe (langage et code du groupe).

Dans cette description du groupe restreint, on retrouve assez bien les caractéristiques propres à une équipe de soin : poursuite en commun et de façon active des mêmes buts (en l'occurrence la prise en soin des patients), relations affectives intenses, différenciation des rôles entre les membres...

Selon CROZIER Michel<sup>11</sup> « *une équipe est composée d'êtres humains qui font partie d'un système* »<sup>11</sup>. Chaque personne constituant une équipe participe à la dynamique de groupe en y intégrant une partie de sa personnalité, se confrontant aux autres et créant un équilibre au sein de ce système.

BERNOUX Phillippe va plus loin en expliquant qu' « *Une équipe est un système où chacun peut être considéré comme un acteur jouant un rôle et se trouvant en interaction avec tous les autres membres du groupe. Il y a interdépendance entre tous les acteurs car les actions des uns ont obligatoirement une influence sur le comportement des autres qui adaptent eux aussi leurs comportements et leurs actions. Ceci, par effet de rebond, se répète sans cesse. « L'acteur crée le système », le système est un construit humain. Nous sommes tous des acteurs dans un système quel qu'il soit.* »<sup>12</sup>.

Ainsi, même si chacun contribue à la construction de l'identité de l'équipe, une régulation se fait pour construire une entité avec sa propre identité, ses valeurs mais aussi ses croyances et ses représentations. Chacun doit donc s'identifier à l'équipe pour pouvoir en faire partie

Il me semble donc judicieux de s'intéresser aux dynamiques de groupe afin de mieux discerner et comprendre l'impact des relations humaines au sein d'un service de soins.

## 2.2.2 Dynamique de groupe

La dynamique des groupes fait partie des sciences sociales et s'intéresse au fonctionnement des petits groupes et aux conséquences. Ainsi, appartenir à un groupe peut permettre l'émergence d'attitude de croyances et d'opinions. Il en ressort une identité groupale qui peut s'exprimer à travers ses valeurs comme nous l'avons vu précédemment.

En 1944, Kurt Lewin, psychologue expérimentaliste allemand introduit le concept de dynamique de groupe. Pour lui, « *les conduites humaines s'avèrent être la résultante du champ non seulement des forces psychologiques individuelles [...] mais des forces propres au groupe auquel l'individu appartient* »<sup>51</sup>.

Le groupe présente alors une fonction sociale importante permettant l'interface entre l'individu et la société. Le groupe a sa propre dynamique bien qu'en son sein, chacun à une dynamique qui lui est propre.

Une enquête de l'Association française pour l'Accroissement de la Productivité, cité par Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin dans leur ouvrage, constatait que « *la notion de groupe est inexistante pour la plupart des sujets. Le groupe est éphémère, dominé par le hasard. Seules existent les relations interindividuelles* »<sup>13</sup>. Cela induit donc que toutes les interactions entre les personnes ne sont soumises qu'à des relations interpersonnelles en fonction des caractères, quel que soit le milieu d'appartenance du groupe. Or, nous avons vu précédemment, avec Roger MUCCHIELLI qu'il existe plusieurs facteurs au-delà de l'interpersonnel pour que le groupe puisse être reconnu comme tel et fonctionner.

---

<sup>11</sup> CROZIER M L'acteur et le système. Éditions du seuil 500p

<sup>12</sup> BERNOUX P La sociologie des organisations éditions seuil p 145

<sup>13</sup> ANZIEU D. et MARTIN J-Y. (2004), La dynamique des groupes restreints, Paris : Presses Universitaires de France, p.19

De plus, selon Roger MUCCHIELLI « *savoir travailler en équipe n'est pas inné, c'est une compétence qui se travaille, car l'efficacité collective d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des principes, des règles, une dynamique, lesquels doivent être maîtrisés pour conduire à la réussite de l'équipe sur le terrain.* »

À son avis, le travail en équipe requiert plusieurs conditions<sup>14</sup>:

- ~ « La communication interpersonnelle bilatérale, facile dans toutes les directions ;
- ~ L'expression possible des désaccords et des tensions ;
- ~ La non mise en question de la participation affective au groupe ;
- ~ L'entraide en cas de difficulté de l'un de ses membres ;
- ~ La volonté de suppléance d'un membre défaillant ;
- ~ La connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives... de tous les autres par chacun ;
- ~ La division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche. »

En observant les comportements des groupes et à travers différentes approches, une part importante de la dynamique de groupe est laissée à la part émotionnelle et aux relations interpersonnelles. Selon Jacob-Lévi Moreno, « *le moral et par suite les performances d'un groupe, d'un équipage, d'une équipe de travaux dépendent de la prédominance des relations de sympathie entre les membres et à l'égard du leader* »<sup>15</sup>.

Selon Marc EDMOND, professeur de philosophie « *un groupe n'est pas seulement un ensemble d'individus en interaction ; c'est, plus fondamentalement, une institution porteuse de valeurs, de normes et de règles qui structurent la perception, les sentiments et les comportements de ses membres. L'expérience révèle aussi un lien d'identification profond de l'individu au groupe en tant qu'objet imaginaire, lumière qui éclaire aussi bien les caractéristiques de l'identité subjective que les processus groupaux.* »<sup>16</sup>.

Nous remarquons donc, à travers cette observation, que les comportements individuels au sein d'une équipe sont le résultat de la conformité aux normes, à des valeurs et des règles. De plus On note la présence du caractère subjectif de l'identité au sein du groupe qui fait appel au fantasme de chaque individu. On s'aperçoit donc que se dessine dans la dynamique de groupe l'imaginaire permettant d'accéder à la représentation

Si nous reprenons les expériences de Kurt LEWIN<sup>17</sup>, psychologue américain, elle démontre l'impact de la notion de dynamique de groupe sur l'individu. Le groupe est un système clos en équilibre. Si cet équilibre est rompu, des tensions se font sentir et des comportements vont être mis en place pour rétablir cet équilibre.

Lorsque de tensions négatives, comme des relations ou conflits interpersonnels, « *on observe l'apparition d'incompréhension, de conflits au niveau des individus, de désintérêt pour la tâche, de diverses manifestations étaient font dans de telles conditions qu'apparaissent des comportements de fuite.* »<sup>18</sup>

L'expérience de Kurt LEWIN<sup>19</sup> porté sur des ménagères dans un programme de la modification des habitudes alimentaire. Une première expérience montre que dans un environnement neutre, la présentation sous forme de conférence à peu d'impact sur la ménagère. Dans un deuxième temps, l'exposé est très bref, mais est créé un climat d'échange qui permet à chacune des participantes de

---

<sup>14</sup> MUCCHIELLI ROGER. Le travail en équipe. Paris : ESF éditeur. 1996, p. 58

<sup>15</sup> ANZIEU D. et MARTIN J-Y. (2004), La dynamique des groupes restreints, Paris : Presses Universitaires de France, p.80

<sup>16</sup> Marc E. Psychologie de l'identité - Soi et le groupe. Paris; Bagnaux: Dunod; 2005. 264 p, p. 101

<sup>17</sup> D Anzieu et J-Y Martin, La dynamique des groupes restreints, Puf, 2ème Edition Quadrige, novembre 2013.P170

<sup>18</sup> Ibid

<sup>19</sup> Ibid, p.86

s'exprimer. L'impact sur le changement est plus important du fait que chacune ait pu s'identifier à l'autre.

Le groupe a donc un impact majeur sur l'individu qui s'y identifie et ainsi, le groupe et son environnement constituent un champ social dynamique. De plus on note que la conformité au groupe est nécessaire pour son équilibre.

Dans la même lignée, Roger Mucchielli définit qu'un groupe primaire s'appuie sur "*la connaissance de tous par chacun, sur la cohésion et sur les relations affectives informelles*" et que "*l'équipe est un groupe primaire typique où dominant l'unité d'esprit, la cohésion, les liens interhumains, l'engagement personnel et l'adhésion totale des membres au groupe restreint avec lequel ils s'identifient.*"<sup>20</sup>

Pour MUCCHIELLI Roger « *L'identification au groupe, c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens. L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission mais au contraire, elle est un moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et par là valorisante* »<sup>21</sup>.

Pour Long Pham Quang, cadre supérieur à l'AP-HP, « *Pour fonctionner, une équipe a besoin de s'appuyer sur un certain nombre de repères appartenant à des registres différents : aspects législatifs, réglementaires, déontologiques, etc.* »<sup>22</sup>.

Nous avons vu qu'il apparaît dans un groupe des règles sociales pour permettre à l'individu d'exister et de survivre au sein du groupe, mais aussi de différencier les rôles et de répartir les tâches. Par ailleurs, l'appartenance à un groupe peut favoriser certaines croyances, attitudes ou opinions. Le groupe a alors une influence sur les représentations et les actions individuelles.

Considérant le cadre de santé comme un acteur au sein de l'équipe, il fait partie du système et est donc partie prenante de la construction et de la cohésion de l'équipe. C'est au cadre de santé de créer cette cohésion, cet échange de confiance entre les différents acteurs, la connaissance des uns et des autres, mais aussi des valeurs et des objectifs à atteindre clairement définis.

Au cœur d'un service de soins, nous avons vu que la notion d'équipe inclut divers acteurs réunis dans un même but, une même mission. Nous nous rendons compte, que l'identité d'une équipe est étroitement liée aux personnes qui la composent, mais aussi de son environnement, et s'inscrit dans un établissement, une spécificité de service, son vécu.

Depuis la loi HPST, l'équipe s'élargit aux pôles, redéfinissant les contours des services de soins plus flous, incitant les équipes à redéfinir leur construction afin de devenir plurielles, demandant à chaque individu d'adapter son identité professionnelle afin de se mutualiser.

« *Les pôles sont consacrés par la loi HPST comme le seul niveau de structure interne obligatoire et le support d'organisation interne de l'hôpital public. Plus qu'auparavant, ils sont les lieux de proposition et de mise en œuvre des stratégies médicales et donc de management des équipes soignantes.* »<sup>23</sup>.

C'est dans une politique de santé en mouvance et évoluant de plus en plus vite, que chaque équipe doit sans cesse se recomposer, recréer une nouvelle culture, une nouvelle identité.

---

<sup>20</sup> Roger Mucchielli, Le travail en équipe, ESF éditeur, 14ème édition 2013. 72

<sup>21</sup> MUCCHIELLI R Le travail en équipe éditions esf 1996 p38

<sup>22</sup> Pham Quang L. Construire au quotidien des valeurs communes. Espace éthique AP-HP [la lettre], dossier spéciale « fin de vie et pratiques soignantes, n°9-10-11 automne-Hiver 1999/2000

<sup>23</sup> vademecum\_loi\_HPST.pdf [Internet]. [Consulté le 5 mars 2017]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf)

Si nous reprenons l'équipe de soin au sens le plus strict, elle se situe entre un travail en collaboration avec le corps médical et une hiérarchie directe. Son premier lien avec la hiérarchie directe reste le cadre de santé.

La place de ce cadre de santé est importante au cœur d'une équipe pour en créer sa dynamique, mais du fait de sa position, il a une part de distance dans l'équipe de soins. De part cette distance, c'est à lui de pouvoir évaluer les différents acteurs, leurs interactions, pour instaurer la dynamique et la cohésion, mais il doit pour cela comprendre et connaître ce qui anime l'équipe, ses valeurs et ses croyances.

## 2.3 Valeurs

### 2.3.1 Définition de valeur

Selon le Petit Larousse Illustré 2010, le mot valeur vient du latin « Valore » qui signifie être fort, être digne.

Le dictionnaire français propose plusieurs définitions du terme « valeur » ; pour mon travail, j'en retiens une tirée du Petit Larousse 2010 Illustré : « *Ce qui est posé comme vrai, beau, bien selon des critères personnels ou sociaux, et sert de référence, de principe moral* ». Cette définition rejoint la notion d'« *échelle des valeurs* » qui représente une « *hiérarchie établie entre les principes moraux* ».

Charlaine Durand<sup>24</sup> écrit : « *la valeur n'est ni un objet, ni un concept, elle ne peut être connue que si elle est vécue, c'est-à-dire mise en acte. Elle s'incarne* ». Elle ajoute : « *Croire qu'un soignant puisse exercer sans référence à des valeurs relèverait d'une hérésie. De même, il est impensable, qu'il puisse exister une hiérarchie dans ces valeurs professionnelles. Pourtant... Lorsque les valeurs viennent à créer un conflit entre elles, en nous, nous avons recours alors à l'éthique* ».

De plus, Philippe SVANDRA<sup>25</sup> souligne qu'« *il ne saurait y avoir d'éthique individuelle sans dimension collective* », dans le sens où « *la pratique soignante individuelle éthique* » permet « *le système collectif de soin* ». Plus loin dans son ouvrage, il précisera que « *la cohérence entre actes et convictions* »<sup>26</sup>, correspond à « *volonté d'agir en accord avec soi-même indépendamment de tout regard ou jugement d'autrui [...]* ».

Ce constat permet de poser que les valeurs ne sont pas uniquement personnelles. Elle relève d'un milieu, d'un environnement, certaines sont propre à une profession et relèvent même de règles professionnelles.

Ainsi, chaque professionnel est amené à faire des choix selon les textes réglementaires de leur profession, leur système de valeurs propres et la situation pouvant aboutir parfois à des conflits de valeurs. Le cadre de santé ne déroge pas à cette règle.

### 2.3.2 Les valeurs professionnelles

Les valeurs professionnelles permettent d'avoir une base commune, un sentiment d'appartenance à un ensemble de professionnels, « *s'imposent comme une évidence et, en même temps, [elles] exigent sans cesse qu'on en fasse preuve* »<sup>27</sup>.

Ces valeurs professionnelles « *participent des attachements imaginaires et qui permettent une dynamique identitaire, de ce qui relève du « sentiment intime », ces croyances qui assurent, au*

---

<sup>24</sup> Durand C : « le rôle des valeurs dans l'activité de soins », article de cadresante.com du 15 octobre 2007

<sup>25</sup> SVANDRA P. (2009).- Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.- Paris : Seli Arslan.- p.207

<sup>26</sup> SVANDRA P. (2009).- Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.- Paris : Seli Arslan.- p.261

<sup>27</sup> VIAL M., Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser, Soins Cadres, n° 53.- février 2005.- pp. 29-30.

*contraire une clôture identitaire au sujet »<sup>28</sup>. Pour Frédéric VENAUT, cadre de santé, le concept de valeur renvoie au « principe idéal auquel se réfèrent communément les membres d'une collectivité pour fonder leur jugement, pour diriger leur conduite »<sup>29</sup>.*

Nous voyons dans ces deux affirmations qu'il existe un lien fort entre l'idéal professionnel, son système de valeurs et le groupe auquel il appartient. Les interactions avec l'ensemble du groupe encouragent les comportements « socialement acceptables », mais ces actions doivent être en congruence avec ses valeurs pour se retrouver au sein du groupe et garder son authenticité. Il ne faut pas non plus négliger que le choix que dont l'action va être menée en fonction des valeurs de l'individu va influencer sur le groupe.

Les valeurs professionnelles liées aux soins naissent à travers une morale, une éthique, les rapports aux patients, mais aussi une législation qui régit les professions du soin.

### *2.3.2.1 Les valeurs collectives partagées*

Les valeurs partagées sont à la fois liées à un attachement fort à l'institution comme à la fonction soignante.

Philippe SVANDRA<sup>30</sup> apporte la notion sur « les valeurs collectives de base », en partant du constat qu'« une collectivité a besoin de normes morales pour assurer une certaine cohérence entre ses membres ». Cependant, « il s'agit de reconnaître l'individu comme un être libre et autonome possédant une dignité inaliénable », et bien qu'« il existe dans nos pays européens un large consensus sur les questions des droits de l'Homme et de la démocratie, les références personnelles peuvent être en revanche parfois très différentes ».

Les valeurs des soignants sont tournées vers la prise en soin du patient avec le respect, l'écoute, la disponibilité, et toute sa dimension relationnelle qui en découle. Chaque agent s'identifie à un service, à un système de valeurs mis en place en fonction de l'offre de soins du service.

Cependant, une remise en question de ses valeurs et d'une appartenance à un groupe est de plus en plus fréquente dans un contexte économique de plus en plus contraignant. En effet, la notion « économie » renvoie à une notion de productivité et se heurte ainsi aux principes de considération dans le temps consacré à la prise en soins des patients. En effet, un questionnement émerge entre la qualité de soins, « rendements », moyens disponibles et nécessaires. Il est important dans un contexte actuel de pouvoir garder du sens au travail réalisé.

Mais les valeurs professionnelles ne se construisent pas uniquement à travers les individus d'une équipe, mais sont aussi portés par une institution à travers les projets de soins, l'implication des agents dans la vie institutionnelle, la reconnaissance du travail « bien fait ». Le cadre de santé est à l'interface entre l'équipe et l'institution et devient porteur de valeurs, aussi bien de l'équipe que de l'institution.

Selon Charline DURAND<sup>31</sup>, « lorsque les valeurs viennent à créer un conflit entre elles, en nous, nous avons recours alors à l'éthique ». Pour l'auteure, « l'éthique intervient [...] dans toutes les situations où le savoir et le pouvoir pourraient prendre le pas sur l'intérêt individuel », c'est « l'initiative individuelle de bien faire, fondée sur les valeurs personnelles de l'individu ». Une grande part éthique et morale entre donc dans la construction des valeurs d'un groupe

---

<sup>28</sup> VIAL M., Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser, Soins Cadres, n° 53.- février 2005.- pp. 29-30.

<sup>29</sup> VENAUT F., Donner du sens aux valeurs soignantes - cadredesante.com [Internet]. [Consulté le 1 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Donner-du-sens-aux-valeurs>

<sup>30</sup> SVANDRA P. (2009).- Le soignant et la démarche éthique.- Paris : Estem.- Chapitre 6.- p.57.

<sup>31</sup> DURAND C., Le rôle des valeurs dans l'activité de soins - cadredesante.com [Internet]. [Consulté 28 févr 2017]. Disponible sur : <http://cadredesante.com/spip/profession/sante/Le-role-des-valeurs-dans-l>

La profession infirmière, fondée sur des principes religieux, distinguant les actions de « bonnes » ou « mauvaises », fait de la morale un principe des normes socialement admises. Bien qu'il y ait eu une évolution vers la laïcité, la nature des soins reste tournée vers des valeurs humanistes permet au soignant de se tourner vers « *la recherche de sens à travers les différentes situations* », lui permettant « *une tentative d'obtenir un peu de maîtrise sur la situation qui s'impose à eux* »<sup>32</sup>.

Dans notre organisation, les actions déterminées par la profession infirmière sont en lien avec le référentiel, permettant de définir un cadre réglementaire. Au-delà du rôle prescrit, ce référentiel détermine aussi un rôle propre, permettant aux infirmiers d'élaborer leur propre réflexion autour de la prise en soin du patient. Cependant, les choix et actions sont déterminés par rapport à une cohérence.

Vis-à-vis de l'équipe. Nous avons vu précédemment, dans la dynamique de groupe, qu'il était important de s'identifier à une équipe, et que cette dernière influait sur nos croyances et nos valeurs. Ainsi, les choix des actions sont empreints d'une réflexion collective, élaborée et transmise dès la formation initiale. Ces valeurs professionnelles constituées permettent de créer notre appartenance à un milieu de travail.

Ainsi, je me rends compte que les valeurs professionnelles ne sont pas figées, mais elle évolue en fonction du temps, des situations rencontrées, des nouvelles avancées technologiques, mais aussi des mouvements des personnes au sein des équipes et de la profession. Mais pour cela, faut-il pouvoir se questionner sur les situations rencontrées.

Selon Philippe SVANDRA « *c'est au moment du « je ne sais pas quelle est la bonne règle » que la question éthique se pose. C'est au moment où je ne sais pas quoi faire, où je n'ai pas de normes disponibles, où je ne dois pas avoir de normes disponibles, mais où il me faut agir, assumer mes responsabilités, prendre parti* »<sup>33</sup>. Philippe SVANDRA<sup>34</sup> évoque donc un « *ethos soignant* », qui est pour lui la manière de se comporter du groupe, y incluant donc les valeurs communes de l'équipe. À son avis, toute réflexion éthique est une analyse de pratique.

Toutes réflexions autour d'une prise en soin de patient sont donc pour une équipe le moyen de renforcer son identité sont les valeurs collectives qui la composent. On se retrouve donc dans une situation où le corps soignant se retrouve dans des valeurs professionnelles, mais nuancées, appropriées différemment en fonction des services et des unités.

Ainsi, je considère que dans un environnement de travail, le soignant se construit, évolue à travers ses pensées et son agir au sein d'une équipe permettant un développement d'une identité professionnelle où se retrouvent les valeurs individuelles et collectives.

Il me semble nécessaire pour comprendre toute la dynamique de la construction des valeurs professionnelles de pouvoir comprendre l'environnement au sens large dans lequel évolue le professionnel de santé. En effet, il s'inscrit au sein d'un établissement soumis à des évolutions de politiques de santé de plus en plus rapides.

### **2.3.3 Les valeurs institutionnelles**

Nombreux sont les endroits où peuvent exercer les soignants : établissements publics, privés, à but non lucratif, dans le sanitaire ou le médico-social, en libéral... Je n'évoque ici que le service public hospitalier, d'une part parce qu'il reste le premier lieu de soins en France, d'autre part, mon questionnement de départ est fondée sur une situation hospitalière.

---

<sup>32</sup> Ibid

<sup>33</sup> SVANDRA P. - Eloge du soin une éthique au cœur de la vie.- Paris : Seli Arslan.2009- p.28.

<sup>34</sup> SVANDRA P. – Cours de la préparation au concours d'entrée à l'IFCS – Ethique, déontologie et droit – Saint-Anne Formation – Paris - le 6 novembre 2015

Les valeurs traditionnelles de l'hôpital sont issues de l'histoire : œuvre de charité au Moyen Age, œuvre de bienfaisance durant la Renaissance, l'hôpital centre de soins au XX<sup>ème</sup> siècle.

De là, formalisée au début du XX<sup>ème</sup> siècle, ces valeurs du service public sont intégrées dans le Code de la santé publique et sont communes à tous les établissements de santé publics, auxquels s'ajoutent des missions d'enseignement et de recherche, de lutte contre l'exclusion sociale et de soins aux détenus<sup>35</sup>.

Le service public se caractérise essentiellement par des obligations spécifiques<sup>36</sup> :

- ~ L'égalité : égal accès aux soins, absence de discrimination (âge, religion, ethnique...) en matière de soins dispensés. De plus, des missions de lutte contre l'exclusion sociale et d'actions de santé publique viennent compléter les devoirs du service public français.
- ~ La neutralité
- ~ La continuité : accueil de jour comme de nuit (urgence), continuité des soins en veillant aux conditions d'existence à l'issue de l'hospitalisation. Lors de grèves ou manifestations, l'hôpital doit garantir un service minimum afin d'assurer l'ensemble des traitements.
- ~ L'adaptabilité : l'hôpital public est en perpétuelle évolution dans un intérêt général et en lien avec les besoins de la population. Il doit continuellement pouvoir proposer un service de qualité.

Avec la loi Hôpital patient Territoire du 21 juillet 2009, la conception du service public hospitalier s'inscrit dans une perspective de service d'intérêt général du droit communautaire. De plus la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), redéfinit les contours de l'hôpital avec l'élaboration du projet médical partagé, permettant de réorganiser une offre de soins au plus près de la population.

Ces missions de l'hôpital, avec une forte connotation morale et sociale, contribuent à renforcer la valeur symbolique et le caractère humain de cette institution.

Au-delà d'une simple volonté d'établissement les valeurs sont portées par l'HAS « [...] comme des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façon collective, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes »<sup>37</sup>. Ainsi, « Les établissements sont invités à mener une démarche autour de la définition de valeurs en évitant les écueils du formalisme ou du détournement »<sup>38</sup>.

De nombreux établissements affichent au public leurs valeurs, à travers les chartres, les livrets d'accueils, les règlements intérieurs ou encore les projets de soin et d'établissement.

### 2.3.4 Les valeurs du cadre de santé

Comme nous l'avons vu précédemment, les valeurs sont individuelles, mais elles se partagent pour devenir valeurs collectives et professionnelles pour qu'une équipe puisse travailler dans le même but. Le cadre de santé n'échappe pas à cette règle. Il fait partie du groupe restreint qui compose l'équipe, mais il représente son institution auprès de l'équipe soignante.

Pour Walter Hesbeen, les « valeurs même universellement proclamées, restent soumises à la façon qu'à chacun de les hiérarchiser, de leur accorder une importance concrète, cette importance étant elle-même sujette aux aléas des circonstances d'une situation »<sup>39</sup>. L'enrichissement d'un groupe

---

<sup>35</sup> Art. L6112-1 du code de la santé publique site Légifrance.

<sup>36</sup> Art. L.6112-3 du code de la santé publique site Légifrance.

<sup>37</sup> Haute Autorité de Santé, Manuel de certification des établissements de santé V2010, \_janvier2014.pdf. [Consulté 8 mars 2017]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf), p 15.

<sup>38</sup> Ibid

<sup>39</sup> Hesbeen W. Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin. Elsevier Masson 2011. p 29

passer par ce que chacun de nous fait de nos valeurs. « Rappelons-nous ainsi qu'une valeur est accessible à tous mais ne s'impose à personne, du moins si l'on souhaite qu'elle imprègne véritablement et subtilement la pratique. »<sup>40</sup>.

Ainsi, le cadre de santé s'inscrit dans les valeurs institutionnelles et les valeurs de l'équipe seulement s'il le souhaite. Cependant, nous avons vu dans la dynamique d'équipe, mais aussi dans les valeurs qu'il était important de pouvoir s'identifier au groupe, ce qui passe par le partage des valeurs.

Selon Ghislaine Xavier-Colomb, « bien que le cadre de santé ne symbolise pas à lui seul l'institution, il en est l'un des représentants, comme l'un des acteurs permettant qu'elle soit considérée comme Juste. »<sup>41</sup>. Nous voyons donc l'impact des valeurs institutionnelles sur le cadre de santé.

Walter. Hesbeen, dans « Prendre soin à l'hôpital », rappelle que l'infirmière a « la capacité d'aller à l'encontre de l'autre, de tisser des liens de confiance avec lui [...]. Cette rencontre et ce cheminement nécessitent d'écouter, d'être chaleureux, disponible, humble, authentique, compatissant et de faire preuve d'humour. »<sup>42</sup> Ces valeurs correspondent à l'ensemble des professions de soins. Le cadre de santé, issu d'une identité soignante, les réinvestit dans son accompagnement de l'équipe, dans la pratique du « prendre soin » signifiant « cette attention particulière que l'on va porter à une personne »<sup>43</sup>.

Les valeurs dans lesquelles nous nous inscrivons permettent de donner du sens à ce que l'on fait. Le cadre de santé, issu de la filière soignante porte des valeurs basées sur l'humanisme, la bienveillance et la coopération. Nous pouvons aussi retrouver ces valeurs portées dans des projets d'établissements<sup>44</sup>. À celles-ci s'ajoutent des notions de qualité, performance et économiques.

Selon Ghislaine Xavier-Colomb, « être cadre de santé aujourd'hui, c'est composé avec la réalité qui veut que l'aspect économique prédomine dans l'organisation des soins, et induit une rationalisation du travail. »<sup>45</sup>.

Maurice. Thévenet précise que l' « On a besoin de gens qui [...] s'occupent des autres »<sup>46</sup>. C'est le rôle du cadre de santé de pouvoir s'occuper de son équipe.

Il me semble important que le cadre de santé s'intéresse aux valeurs de l'équipe. Pour Jean-François Claude, « dans une équipe, [...], les valeurs centrales sont celles du métier. Autour d'elles s'articulent d'une manière privilégiée les valeurs sociétales et les valeurs institutionnelles »<sup>47</sup>. Ainsi, pour lui, les valeurs dominantes sont celles émanant de la profession, qui se définissent comme éléments structurant de l'équipe, car l'équipe « se fédère autour de sa structure technique et des résultats obtenus »<sup>48</sup>. Viennent par-dessus s'ajouter les valeurs sociétales, comme la famille, qui permet un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Enfin, bien que leur intégration soit plus difficile, il y a les valeurs institutionnelles. En effet, toute équipe « s'est constituée une identité qui la différencie, y compris à l'intérieur de l'entreprise »<sup>49</sup>.

---

<sup>40</sup> Ibid

<sup>41</sup> Hesbeen W, Gueibe R, Dupuis M. L'éthique du management et de l'organisation du système de soins. 1re éd. Paris: SELI ARSLAN; 2015. 224 p. page 100

<sup>42</sup> Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Elsevier Masson ; 2011. 209 p - p 110.

<sup>43</sup> Ibid - p 8.

<sup>44</sup> Projet d'établissement global 2015/2019 – AP-HP - Paris. [Consulté 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.aphp.fr/file/678/download?token=lsM4sgbU>

<sup>45</sup> Hesbeen W, Gueibe R, Dupuis M. L'éthique du management et de l'organisation du système de soins. 1re éd. Paris: SELI ARSLAN; 2015. 224 p. page 99

<sup>46</sup> Thevenet M. Quand les petits chefs deviendront grands. Paris : Editions d'Organisation, 2004. 179p. - p 10.

<sup>47</sup> Claude J-F. Le management par les valeurs : L'appartenance à l'entreprise a-t-elle encore un sens ? 2e éd. Rueil-Malmaison: Liaisons; 2003. 272 p.- p165

<sup>48</sup> Ibid p.166

<sup>49</sup> Ibid – p167

Dans cette dynamique, le cadre, soucieux de l'équipe, peut s'appuyer sur ses valeurs humanistes pour « *traiter autrui comme une fin et jamais comme un moyen* »<sup>50</sup>. Il me semble important pour le cadre d' « *affirmer par ses actions la valeur de la personne humaine et contribuer à son épanouissement.* »<sup>51</sup>. En effet, à mon sens, incarner des valeurs ce n'est pas uniquement les nommer, mais c'est de pouvoir agir en conséquence, que les actions donnent du sens au discours tenu.

Marie-Claude Miremont, reprend qu' « *ils (les soignants) ont besoin de ressentir que c'est bien une approche humaniste qui est attendu d'eux* »<sup>52</sup>. À son avis, les cadres de santé sont « *certainement les managers les mieux placés pour tenter de faire en sorte que la gouvernance hospitalière intègre "le care" à un niveau managérial* »<sup>53</sup>. Ainsi, l'attention à l'autre passe par une phase individuelle, une attention particulière par rapport aux compétences, mais aussi au niveau de l'équipe par le biais de l'intégration. Il me semble important en tant que cadre de santé de pouvoir prendre le temps d'échanger et de pouvoir communiquer en donnant du sens. À mon avis, les valeurs sur lesquelles peut s'appuyer un cadre de santé sont l'estime, la reconnaissance, la valorisation et le respect réciproque, lui permettant de faciliter l'information.

Cependant, selon long Pham Quang, « *C'est aussi prendre le risque de dire que les valeurs n'existent pas pour elles-mêmes, qu'elles sont à construire en permanence en fonction de la réalité que nous vivons* »<sup>54</sup>. À travers son rôle, c'est au cadre de santé de pouvoir faire vivre ces valeurs, de contribuer à leur construction en fonction de l'environnement dans lequel évolue l'équipe.

Le comportement du cadre de santé et ses paroles doivent donc être en accord avec les valeurs qu'il souhaite véhiculer. Pour cela, il doit être au clair avec ses propres représentations sociales de l'équipe pour l'accompagner au mieux, avec authenticité pour favoriser la mise en place d'un climat de confiance.

Sans équipe, le cadre de santé n'existerait pas, tous comme les soignants sans patients. Nous avons pu voir que le facteur humain avait une influence sur les valeurs et leur évolution dans une équipe. Il me semble donc important, au-delà des missions confiées au cadre, de pouvoir comprendre comment il perçoit une équipe. Cela passe par la représentation qu'il en a. Il me semble donc important de définir le concept de représentation sociale et de comprendre comment ce mécanisme fonctionne.

## 2.4 LES REPRÉSENTATIONS

En m'intéressant aux représentations sociales, je souhaite comprendre comment chacun peut interpréter et comprendre ce qui se passe autour de lui, en entrant en interaction avec les autres.

En effet, en entrant en interaction avec son entourage, nous sommes tous influencés d'une part par les personnes qui nous entourent et à qui nous nous identifions, mais aussi par l'environnement qui nous entoure. En effet, nous avons tous une façon unique de déchiffrer notre expérience au monde.

Le concept de représentation désigne « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »<sup>55</sup>

---

<sup>50</sup> ARNAUD Stéphanie, Le management humaniste : Enjeux, outils et obstacles, Revue internationale de Psychosociologie, 2008/34 Vol. XIV, p 210

<sup>51</sup> MASSON Philippe. - Manager humaniste - Paris : Editions d'Organisation, 2004.- p 31.

<sup>52</sup> Hesbeen W, Gueibe R, Dupuis M. L'éthique du management et de l'organisation du système de soins. 1re éd. Paris: SELI ARSLAN; 2015. 224 p. page 100 – p.49

<sup>53</sup> Ibid – p.55

<sup>54</sup> Pham Quang L. Construire au quotidien des valeurs communes. Espace éthique AP-HP [la lettre], dossier spéciale « fin de vie et pratiques soignantes, n°9-10-11 automne-Hiver 1999/2000

<sup>55</sup> Galand C, Salès-Wuillemin É. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. Sociétés. 15 mars 2010;(105):35-44.

Pour Moscovici, « *la représentation sociale a une double vocation : permettre aux individus de se positionner socialement par rapport à un objet, et fournir aux membres d'une communauté un référentiel commun pour la communication* »<sup>56</sup>.

Le concept de représentation s'inscrit dans un courant de recherche. C'est Serge Moscovici qui permet l'essor de ce courant, en 1961, en y introduisant la notion de représentation sociale. D'autres sociologues comme Denise Jodelet et Jean-Claude Abric se sont aussi penchés sur ces représentations.

### 2.4.1 Définition

Représenter vient du latin *repraesentare*, reproduire, rendre présent. Le dictionnaire Le Petit Larousse 2010 le définit ainsi : « *Image, figure, symbole, signe qui représente un phénomène, une idée* »<sup>57</sup> ou encore comme une « *. perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, ect., du monde dans lequel vit le sujet.* »<sup>58</sup>.

Pour Moscovici, les représentations sociales sont conçues comme « *« des théories » ou des « sciences collectives » sui generis, destinées à l'interprétation et au façonnement du réel. [Elles renvoient à] (...) un corpus de thèmes, de principes, ayant une unité et s'appliquant à des zones, d'existence et d'activité, particulières (...). Elles déterminent le champ des communications possibles, des valeurs ou des idées présentes dans les visions partagées par les groupes, et règlent, par la suite, les conduites désirables ou admises.* »<sup>59</sup>

Pour Jodelet, ce concept est comme « *une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique, orientées vers la communication, la compréhension, et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal.* »<sup>60</sup>. Mais c'est également « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social, [...]. On reconnaît généralement que les représentations sociales, en tant que système d'élaboration régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales [...], la diffusion de connaissance, le développement intellectuel et collectif, la définition des identités personnelles et sociales, l'expression des groupes et les transformations sociales.* »<sup>61</sup>

Enfin, pour Jean-Claude Abric, la représentation est « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* »<sup>62</sup>. C'est également « *comme une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place* »<sup>63</sup>.

Ainsi, les représentations sociales pourraient alors être une forme de connaissances socialement construites permettant de donner du sens et créant du lien. Elles sont le fruit des interactions et engendrent donc des attitudes, des oignons, des comportements et des valeurs.

---

<sup>56</sup> Ibid

<sup>57</sup> Collectif. Petit Larousse illustré 2010. Paris: LAROUSSE; 2009. 1814 p

<sup>58</sup> Ibid

<sup>59</sup> MOSCOVICI S., La psychanalyse, son image et son public, Paris, PUF, 1984 p 10-11.

<sup>60</sup> JODELET D., Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, sous la direction de MOSCOVICI S., Paris, PUF, Le psychologue, 1997, p 362.

<sup>61</sup> JODELET D., Les représentations sociales, Paris, PUF, 1989, p31.

<sup>62</sup> ABRIC J-C, Coopération, compétition et représentations sociales, 1987, p 64.

<sup>63</sup> ABRIC J-C, Pratiques sociales et représentations, sous la direction de J-C Abic, PUF, 1994, 2ème édition 1997.

## 2.4.2 Les représentations sociales, à quoi servent-elles ?

Les représentations sociales ont de multiples fonctions.

Dans la façon de pouvoir interpréter son environnement et générer de la connaissance, la représentation a d'abord **une fonction d'interprétation** et de construction de la réalité. En fonction de nos propres valeurs et du contexte, elles permettent de comprendre la vie quotidienne. Faisant appel à une élaboration personnelle, et en lien avec les valeurs, une représentation n'est donc pas figée, mais son évolution se fait lentement.

D'autre part, les représentations ont **une fonction d'orientation des conduites et des comportements**. Elles permettent de donner du sens et de créer du lien entre les individus. À ce sens, les représentations sont un outil de communication permettant d'expliquer et de construire des comportements, des attitudes ou des opinions « *socialement normées* »<sup>64</sup> ; « *elle définit ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné* »<sup>65</sup>

« *Les représentations ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social... (elles permettent) l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminées* »<sup>66</sup>.

Pour Long Pham Quang, « *La représentation, que se fait chaque soignant d'une valeur donnée, contribue à déterminer sa pratique quotidienne* »<sup>67</sup>. « *C'est donc la confrontation de ces représentations croisées qui permettra de construire cette valeur de « dignité », ou toute autre valeur* »<sup>68</sup>.

À ce titre, elles entrent dans l'identité d'un groupe professionnel ou social et s'inscrivent dans **une fonction identitaire**. Jodelet parle d'affiliation sociale : « *Partager une idée, un langage, c'est aussi affirmer un lien social et une identité* »<sup>69</sup>.

Enfin, nous pouvons donner aux représentations une **fonction de justification**. Selon Jean-Claude Abric, il s'agit d'un « *nouveau rôle des représentations : celui du maintien ou du renforcement de la position sociale du groupe concerné* »<sup>70</sup>. Cette fonction permet à chacun des membres d'un groupe de pouvoir justifier ses actions, ses prises de position.

L'élaboration de représentations reste un schéma cognitif complexe. Afin de mieux les comprendre, il me semble important de pouvoir évoquer l'objectivation et l'ancrage, deux processus essentiels à leur structuration.

## 2.4.3 Élaboration et fonctionnement des représentations sociales

« *Une représentation se définit par deux composantes : ses éléments constitutifs d'une part, et son organisation, c'est-à-dire les relations qu'entretiennent ces éléments d'autre part* »<sup>71</sup>.

---

<sup>64</sup> BONARDI C., ROUSSIAU N., Les représentations sociales, Ed. Dunod, les topos, Paris, 1999, p 25

<sup>65</sup> ABRIC J-C, Pratiques sociales et représentations, sous la direction de J-C Abic, PUF, 1994, 2ème édition 1997 – p.17

<sup>66</sup> MUGNY et CARUGATI, 1985, cités par J-C. ABRIC, Pratiques sociales et représentations, PUF, Paris, 1994, 2ème édition 1997, p 183.

<sup>67</sup> Pham Quang L. Construire au quotidien des valeurs communes. Espace éthique AP-HP [la lettre], dossier spéciale « fin de vie et pratiques soignantes, n°9-10-11 automne-Hiver 1999/2000

<sup>68</sup> Ibid

<sup>69</sup> Jodelet D., Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, Le psychologue, 1997, p. 51.

<sup>70</sup> ABRIC J-C., Pratiques sociales et représentations, sous la direction de J-C Abic, PUF, 1994, 2ème édition 1997.p.18

<sup>71</sup> ROUQUETTE M-L. et RATEAU P., Introduction à l'étude des représentations sociales, Presses Universitaires de Grenoble, 1998.

Ainsi, les représentations sociales naîtraient de deux processus : l'objectivation (avec la constitution d'un noyau figuratif) et l'ancrage, mis en évidence par S. Moscovici. Cela nous permet de comprendre la conception et l'organisation d'une représentation sociale. Denise Jodelet précise qu'ils « *rendent compte de la façon dont le social transforme une connaissance en représentation et de la façon dont cette représentation transforme le social* »<sup>72</sup>.

#### 2.4.3.1 Objectivation

L'objectivation permet de rendre concret ce qui est abstrait. Son but est de passer d'une notion abstraite, complexe, en un simple objet, une image concrète du monde réel, beaucoup plus significative. Elle se construit à travers la sélection d'informations, notamment sur des critères normatifs, permettant l'élaboration d'un noyau figuratif. Ce noyau représente la réalité pour un groupe donné, autour duquel se matérialisent l'ensemble des représentations sociales.

Ainsi, l'objectivation « *permet à un ensemble social d'édifier un savoir commun minimal sur la base duquel des échanges entre ses membres et des avis peuvent être émis* »<sup>73</sup>.

#### 2.4.3.2 Ancrage

L'ancrage complète l'objectivation et permet, au-delà de l'objet, de pouvoir inclure des nouveaux éléments à la représentation. Cela permet de donner du sens à l'objet pour le groupe.

De plus, il permet un lien, une construction des rapports sociaux et la création d'un langage commun : « *les éléments de la représentation ne font pas qu'exprimer des rapports sociaux mais contribuent à les constituer ... Le système d'interprétation des éléments de la représentation a une fonction de médiation entre l'individu et son milieu et entre les membres d'un même groupe* »<sup>74</sup>.

Pour Guimelli, « *la construction mentale de l'objet s'opère toujours en référence aux croyances et aux valeurs qui sont prégnantes dans le groupe à un moment donné. Autrement dit, on va « accrocher » quelque chose de nouveau à quelque chose qui est ancien [...] L'ancrage va donc consister, entre autres, dans l'intégration d'éléments de connaissance nouveaux dans un réseau de catégories plus familières, déjà signifiantes pour le groupe* »<sup>75</sup>. L'objet de la représentation devient familier à tous. Denise Jodelet parle alors d'« *enracinement social de la représentation et de son objet* ».

Cependant, une fois constituée, une représentation n'est pas figée est continue à évoluer et à se transformer.

### 2.4.4 Évolution et transformation des représentations sociales

La notion de noyau figuratif élaborée par S. Moscovici vu précédemment a été redéveloppée par Jean-Claude Abric sous le terme de noyau central. Pour lui, tous les éléments de la représentation ne jouent pas le même rôle. Ces éléments se répartissent en deux entités principales, constituant la représentation : un contenu et une structure.

#### 2.4.4.1 Le noyau central

Le noyau central caractérise à la fois le sens et les valeurs, mais aussi l'organisation de la représentation. Il est l'élément de base de la représentation. Il assure deux fonctions principales :

---

<sup>72</sup> Jodelet D. sous la direction de S. MOSCOVICI, Psychologie sociale, Édition PUF/Quadrige Manuels, 1984, p. 373.

<sup>73</sup> Ibid. p.374

<sup>74</sup> Jodelet D., Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, Le psychologue, 1997, p. 376

<sup>75</sup> GUIMELLI ., La pensée sociale, Edition PUF/que sais-je, Paris, 1999, p 67.

- ~ Une fonction génératrice à travers laquelle les éléments du noyau prennent signification et valeur
- ~ Une fonction organisatrice qui permet de comprendre et d'unifier les liens entre les différents éléments

Pour Jean-Claude Abric, il « *détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation* »<sup>76</sup>

Le noyau central est l'élément le plus stable de la représentation comprenant donc la nature de l'objet, sa relation avec l'individu ou le groupe, mais aussi le système de valeurs et de norme. En cela, il reste donc difficile à modifier.

Jean-Claude Albric émet l'hypothèse qu'il existe une « zone muette » dans ce noyau central, c'est-à-dire que l'individu n'exprime pas certains éléments constructifs de sa représentation, ces derniers pouvant être qualifiés

Nous pouvons alors définir la zone muette comme un « *sous-ensemble spécifique de cognitions ou de croyances qui tout en étant disponibles, ne sont pas exprimées par les sujets dans les conditions normales de production...* » et qui « *si elles étaient exprimées (notamment dans certaines situations), pourraient mettre en cause des valeurs morales ou des normes valorisées par le groupe* »<sup>77</sup>.

Ainsi, l'étude des différentes notions d'une représentation doit donc prendre en compte les relations entretenues entre les éléments, mais aussi cette zone muette non exprimée ;

Autour de ce noyau s'organisent les éléments périphériques.

#### 2.4.4.2 Les éléments périphériques

La deuxième composante des représentations sociales sont les éléments périphériques. Ces derniers engendrent une nuance personnelle par rapport à d'un noyau central commun, et personnalisant ainsi les représentations sociales. Ainsi, ces éléments périphériques sont importants dans la construction de la représentation car ils « *comprennent des informations retenues, sélectionnées et interprétées, des jugements formulés à propos de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances (...) ils constituent (...) l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation* »<sup>78</sup>.

Ces éléments périphériques, beaucoup plus actifs, ont trois fonctions principales :

- ~ Une **fonction prescriptive** : Ils indiquent ce qu'il convient de faire ou de dire. Ils donnent des règles qui permettent de " comprendre chacun des aspects d'une situation, de les prévoir, de les déduire, et de tenir à leur propos des discours et des conduites appropriés »<sup>79</sup>.
- ~ Une **fonction de personnalisation** : ils permettent de moduler la représentation en fonction du contexte. Elles permettent d'adapter la représentation en fonction de l'évolution et du milieu dans laquelle elle évolue.
- ~ Une **fonction de protection** ou de défense : elle contribue maintenir l'intégrité du noyau central.

Bien que le noyau central soit très résistant au changement, nous notons que les éléments périphériques autorisent de nouveaux éléments à enrichir la représentation, ce qui conduit petit à petit à sa modification.

<sup>76</sup> ABRIC J-C, Pratiques sociales et représentations, Ed. PUF, Paris, 1994, p 22.

<sup>77</sup> ABRIC J-C, Méthode d'étude des représentations sociales, Éd. ÉRÈS, Ramonville Saint-Agne, 2003

<sup>78</sup> ABRIC J-C, Pratiques sociales et représentations, les représentations sociales : aspects théoriques, Ed. PUF, Paris, 1997, p. 25

<sup>79</sup> Michel-Louis Rouquette M.-L. et Rateau P., Introduction à l'étude des représentations sociales, Presses Universitaires de Grenoble, 1998.p.38

### 3 QUESTION DE DÉPART

À la suite de l'évocation du cadre conceptuel, me permettant de prendre de la distance sur une situation vécue en tant que faisant fonction cadre de santé, je me suis questionnée sur la position du cadre de santé et sur ce qu'il apportait à une équipe de soins, dans la construction de son identité, à travers un projet.

À travers ce questionnement, le transfert de compétences infirmière à cadre de santé a été le premier élément de réflexion. Fortement appuyé par le concours d'entrée à l'institut de formation de cadre de santé, avec la réalisation du projet professionnel interrogeant sur les compétences et capacités qui permette de faire lumière sur les acquis professionnels permettant de prétendre à devenir cadre.

À travers cette réflexion, et mon expérience, le cadre de santé a une place importante dans le bon fonctionnement d'une équipe et la réalisation de projets. Ses compétences, son implication, la place qu'il occupe auprès d'une équipe sont d'autant des facteurs permettant un accompagnement au plus juste des équipes.

Après avoir étudié le rôle du cadre et son positionnement à travers différents auteurs, il me semblait naturel de pouvoir comprendre le fonctionnement d'une équipe, entité sans laquelle le cadre n'existerait pas. À travers des interactions humaines riches et complexe, le cadre de santé n'est pas à la marge de cette équipe, il travaille avec, et du fait de sa position de leader à une influence sur ce qui s'y passe.

Dans la cohésion et une dynamique d'équipe positive, chacun doit pouvoir s'identifier, cela à travers des normes et des valeurs reconnues par tous. Je me suis penchée sur les valeurs professionnelles, mais aussi sur les valeurs institutionnelles dans lesquelles le professionnel pouvait se positionner.

À ce stade, je me suis donc interrogée sur la place du cadre de santé avec ses valeurs construites au cours de son vécu professionnel, et comment il pouvait les intégrer dans son management pour créer une cohésion et une dynamique d'équipe à travers des projets.

Une valeur ce n'est pas quelque chose que l'on affiche, mais c'est quelque chose que l'on vit, que l'on fait vivre et évoluer.

Enfin, la notion de représentation sociale a été pour moi importante à construire, afin de pouvoir comprendre comment le cadre se représentait son équipe pour pouvoir interagir avec elle et construire ensemble.

Ma question de recherche se fondera donc sur l'hypothèse suivante :

Dans un souci d'authenticité, l'identification des valeurs communes peuvent être un outil stratégique du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes.

## 4 ENQUETE DE TERRAIN

### 4.1 Méthodologie

#### 4.1.1 Objectifs de l'enquête

S'intéresser aux représentations que le cadre peut avoir sur son équipe, et rechercher quel est l'impact de ses valeurs sur son mode de management, c'est finalement, laisser s'exprimer ces cadres qui travaillent au plus près des équipes. J'oriente alors l'enquête vers une seule catégorie de professionnels mais ayant des parcours variés et des environnements d'exercices différents pour ne pas enfermer le cadre de santé dans une seule configuration.

L'enquête que j'ai réalisée c'est donc déroulée du 27 mars 2017 au 18 avril 2017. Elle ciblait une population de cadres de proximité de la fonction publique hospitalière. Mon choix a été de pouvoir aller interroger des cadres de santé de différents hôpitaux de région parisienne et de plusieurs secteurs professionnels.

Mon objectif était de pouvoir déterminer l'impact des valeurs dans le management auprès des équipes, tout en essayant de comprendre l'implication même du cadre de santé et le sens qu'il en donnait.

La grille d'entretien a été préalablement validée auprès de ma directrice de mémoire. Je réalise la retranscription des entretiens le jour même de sa réalisation. Cette retranscription est facilitée par le fait que les entretiens sont enregistrés avec l'accord de l'interviewé.

#### 4.1.2 Choix de l'outil

J'ai fait le choix de réaliser un questionnaire semi-directif couplé avec une évocation hiérarchisée des représentations. Mon questionnaire se découpe donc en trois parties : une partie de présentation, une partie sur l'approche structurale de la représentation sociale et un entretien semi-directif.

##### 4.1.2.1 Approche structurale de la représentation sociale

Elle s'est composée de plusieurs phases permettant de pouvoir approché au mieux le noyau central. J'ai choisi cette approche pour me permettre de mesurer comment le cadre de santé se représente son équipe et quelle peuvent être les écarts entre sa représentation et ses valeurs dans le travail. J'ai repris, sur une échelle moins importante, la méthode de Jean-Claude Abric, dite « évocation hiérarchisée ». Elle permet de mettre en avant l'organisation et la distribution des différentes composantes de la représentation et leur répartition entre le noyau central et les éléments périphériques.

Ma première question est la suivante :

**Question 1** : *Sans réfléchir, si vous deviez décrire votre (vos) équipe(s) en 5 mots, lesquels seraient-ils ?*

Elle permet l'expression spontanée face à un mot inducteur qui était « votre(vos) équipe(s) ». Ainsi, ils pouvaient donner les 5 termes qui leur viennent spontanément en tête.

Selon Jean-Claude Abric, « *L'association libre permet l'actualisation d'éléments implicites ou latents qui seraient noyés ou masqués dans les productions discursives.* »<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> ABRIC J-C, Méthode d'étude des représentations sociales, Éd. ÉRÈS, Ramonville Saint-Agne, 2003 p.65

Je numérote de 1 à 5 les mots donnés dans leur ordre d'apparition ; puis je redemande à l'interlocuteur de les classer en fonction de l'importance qu'il accorde à chaque terme pour définir l'objet en question de I à V (en chiffre romain) pour éviter toute confusion d'écriture, le I correspondant au terme le plus important.

Nous pouvons donc par exemple représenter ainsi les différentes représentations de « votre (vos) équipe(s) » :

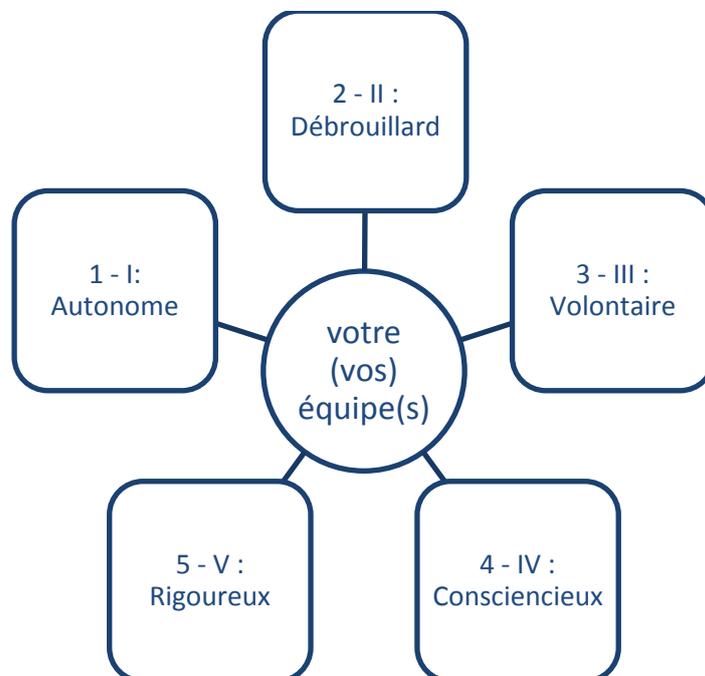


Figure 1 : Ordre d'apparition (chiffres arabes) et rang d'importance (chiffres romains) des termes autour de votre(vos) équipes(s)

Une fois tous les entretiens réalisés, j'obtiens un groupe d'items correspondant au contenu de la représentation, ainsi que deux variables quantitatives pour les éléments énoncés (la fréquence d'apparition ainsi que l'importance que le sujet accorde à cet item). « *Sa fréquence d'apparition (sa « saillance ») est donc un indicateur de centralité à condition de la compléter par une information plus qualitative, ici l'importance que le sujet lui accorde* »<sup>81</sup>.

Ces informations permettent alors un premier repérage des éléments de la représentation. On peut ainsi définir pour chaque item une fréquence d'apparition, mais aussi un rang moyen.

La fréquence d'apparition d'un item correspond à :  $\frac{\text{nombre d'apparition d'un item}}{\text{nombre total d'item}}$ .

La moyenne des fréquences des items permettra de déterminer si la fréquence est forte (supérieure à la moyenne) ou faible (inférieure à la moyenne).

Elle se calcule comme suit :  $\frac{\Sigma \text{ de fréquence des items}}{\text{nombre total d'item}}$ .

Une fois les items déterminés, nous pouvons calculer un rang d'apparition par item. J'attribue ainsi à chaque rang une valeur :

- ~ Rang I : valeur 5
- ~ Rang II : valeur 4
- ~ Rang III : valeur 3
- ~ Rang IV : valeur 2
- ~ Rang V : valeur 1

<sup>81</sup> Ibid. p.63

Je prends en considération le nombre de fois qu'un item apparaît dans un rang et le multiplie par la valeur correspondante, ainsi que le nombre de fois qu'apparaît un item au total. Je peux ainsi déterminer un rang moyen : 
$$\frac{\sum(\text{fréquence de chaque rang d'attribution} \times \text{valeur attribuée au rang})}{\text{fréquence totale d'apparition de l'item}}$$

Plus le rang moyen obtenu est élevé, plus l'item est considéré comme important dans l'organisation de la représentation.

La moyenne des rangs des items permettra de déterminer si l'importance est forte (supérieur à la moyenne) ou faible (inférieur à la moyenne).

Elle se calcule comme suit : 
$$\frac{\sum \text{de fréquence des items}}{\text{nombre total d'item}}$$

Une fois la fréquence d'apparition et le rang moyen défini, je peux ainsi classer les items dans le schéma suivant :

		IMPORTANT (rang d'apparition)	
		GRANDE (supérieure ou égale à la moyenne des rangs moyens)	FAIBLE (inférieure à la moyenne des rangs moyens)
FRÉQUENCE	FORTE (supérieure ou égale à la moyenne des fréquences)	Case 1 : ZONE DU NOYAU	Case 2 : PREMIÈRE PÉRIPHÉRIE
	FAIBLE (inférieure à la moyenne des fréquences)	Case 3 : ÉLÉMENTS CONTRASTÉS	Case 4 : DEUXIÈME PÉRIPHÉRIE

Tableau 1 - Analyse des évocations hiérarchisées.

Ainsi, la case 1 regroupe les éléments très fréquents et très importants. Elle représente la zone du noyau central.

Dans la case 2, on trouve les éléments périphériques les plus importants, nommée ici première périphérie.

La case 3 appelée Zone des éléments contrastés constitue des thèmes énoncés par peu de personnes (fréquence faible), mais qui les considèrent comme très importants. Pour Jean-Claude Abric, « *cette configuration peut révéler l'existence d'un sous-groupe minoritaire porteur d'une représentation différente, c'est-à-dire dont le noyau central serait constitué par l'élément (ou les éléments) présents dans cette case, en sus du noyau central repéré dans la case 1* »<sup>82</sup>.

Enfin, la case 4 représente la deuxième périphérie, constituée des éléments peu présents et peu importants dans le champ de la représentation.

Toujours dans l'idée de pouvoir se rapprocher du noyau central et de pouvoir explorer la zone muette de la représentation, je pose cette dernière question en fin d'entretien :

**Question 7 :** *Comment vos collègues qualifieraient-ils votre(vos) équipe(s) en 5 mots ?*

Après avoir échangé avec l'interlocuteur sur ses valeurs et son management d'équipe au sein de l'institution, cette dernière question va me permettre de nouveau de répondre autour du mot inducteur, mais comme le ferait un autre professionnel. Cette technique dite de « décontextualisations normative », « *visée à réduire la pression normative en plaçant le sujet dans un contexte éloigné de son groupe de référence, lui permettant d'exprimer plus librement sa pensée en*

<sup>82</sup> Ibid p.64

*réduisant les risques de jugement négatif de la part de son interlocuteur »<sup>83</sup>, dans la recherche de la zone muette.*

Je procéderai comme dans ci-dessus afin de déterminer l'organisation de la représentation.

#### *4.1.2.2 L'entretien semi-directif*

Le questionnaire semi-directif laisse ainsi aux professionnels un espace d'échange libre centré autour du thème de ma question de recherche. Je souhaite pouvoir recueillir leur propos de façon qualitative tout en évitant de leur induire mes propres perceptions. Dans ce sens, nous pouvons obtenir des réponses plus riches et élaborées.

Cette partie de l'entretien se compose de cinq questions numérotées entre 2 et 6. Elles sont posées dans l'ordre établi, permettant une évolution du travail du cadre auprès de son équipe à une projection au sein de son établissement. Elles s'enchaînent suit.

**Question 2 :** *Y a-t-il des valeurs soignantes que vous pensez transposables dans le management d'une équipe ?*

Je cherche à savoir si des valeurs professionnelles sont transposables au management, dans l'idée de favoriser une identification de la part des équipes vis-à-vis du cadre, mais aussi si les valeurs professionnelles de la fonction soignante sont transposables et donc véhiculées. (ex : sur lesquelles s'appuient l'accueil, le soin et ou l'accompagnement des malades, des familles)

**Question 3 :** *Pouvez-vous décrire votre mode de management ? Qu'est-ce qui est fondamental pour vous, qu'est-ce qui fait que l'on est un bon manager ?*

Je cherche à connaître comment le cadre de santé manage son (ses) équipe(s), quelles sont ses actions, à travers quels principes et valeurs il se reconnaît dans son rôle.

**Question 4 :** *pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous êtes sentie à l'aise auprès de votre équipe ? Une ou cela a été plus compliqué pour vous ?*

Je cherche à cibler, à travers toute l'activité du cadre, qu'est-ce qui motive le cadre dans son management d'équipe, indirectement, je recentre sur les valeurs principales.

**Question 5 :** *Pour vous qu'est-ce que le « care » ? La reconnaissance ? Quelle est la place leur donnez-vous dans votre travail au quotidien ?*

Je cherche à savoir si les valeurs du prendre soin et de la reconnaissance de l'autre issue de la pratique soignante font sens dans le management.

**Question 6 :** *Y a-t-il des valeurs affichées par votre institution ? Quels impacts ont-elles sur votre management du quotidien ?*

Je cherche à savoir si le cadre de santé connaît les valeurs de l'institution dans laquelle il travaille et comment cela se répercute dans son travail au quotidien, si un lien est fait entre les principes institutionnels et le travail des équipes.

Je tenterai de faire le lien entre la représentation sociale et l'entretien semi-directif en m'appuyant sur la sémantique, me permettant de comprendre quel peut-être la place du cadre à travers un management en lien avec ses propres valeurs.

---

<sup>83</sup> Ibid p.76

### 4.1.3 Présentation de la population interrogée

Ma population ne concerne au final que 6 cadres de santé. Les contacts ont été pris aléatoirement dans différents hôpitaux de la région parisienne. Ce sont des personnes que je ne connaissais pas ou que j'avais rencontré que très brièvement. Le fait de ne pas connaître ces personnes me permet de rester neutre et de ne pas influencer leur jugement au cours de l'entretien.

Les cadres ont entre 9 et 25 ans d'expérience en tant que cadre. Ils sont tous issus de la filière infirmière. Ils viennent d'établissements différents, bien que 6 d'entre eux s'inscrivent à l'AP-HP. Leur secteur d'activité reste divers et varié.

Je n'ai pas délimité de temps au niveau de l'expérience des cadres interrogés, dans le sens où les valeurs et représentations évoluent avec le temps. Ce n'est donc pas un critère d'exclusion pour moi.

La population que j'ai pu rencontrer se répartit de la façon suivante :

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5
Âge	44	60	58	45	54
Année d'obtention du diplôme de cadre	2006	2008	1995	1999	2008
Nombre d'équipe	3	2	3	2	3
Filière	IDE (1998)	IDE (1997)	IDE (1982)	IDE (1993)	IDE (1991) psy
Lieu d'exercice	Hors AP-HP	AP-HP	AP-HP	AP-HP	Hors AP-HP
Secteur	Neurologie	Psychiatrie	Médecine interne	Gériatrie/Soins palliatifs	Psychiatrie

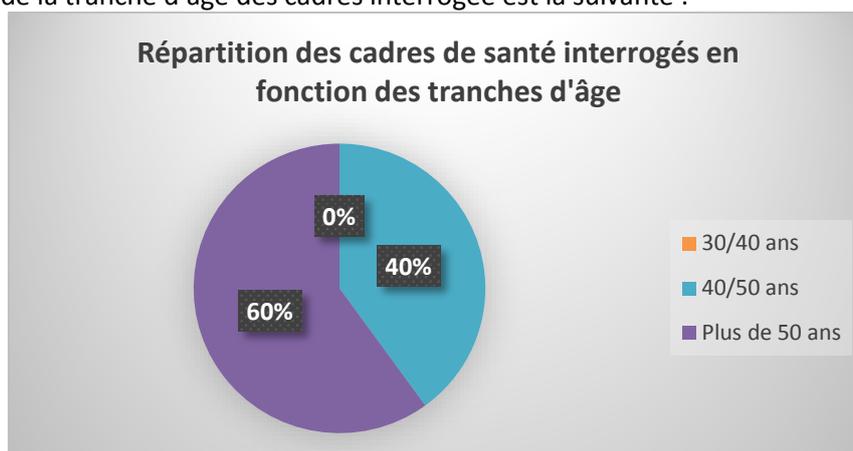
Les entretiens ont duré entre 45 et 60 minutes.

## 4.2 RESTITUTION

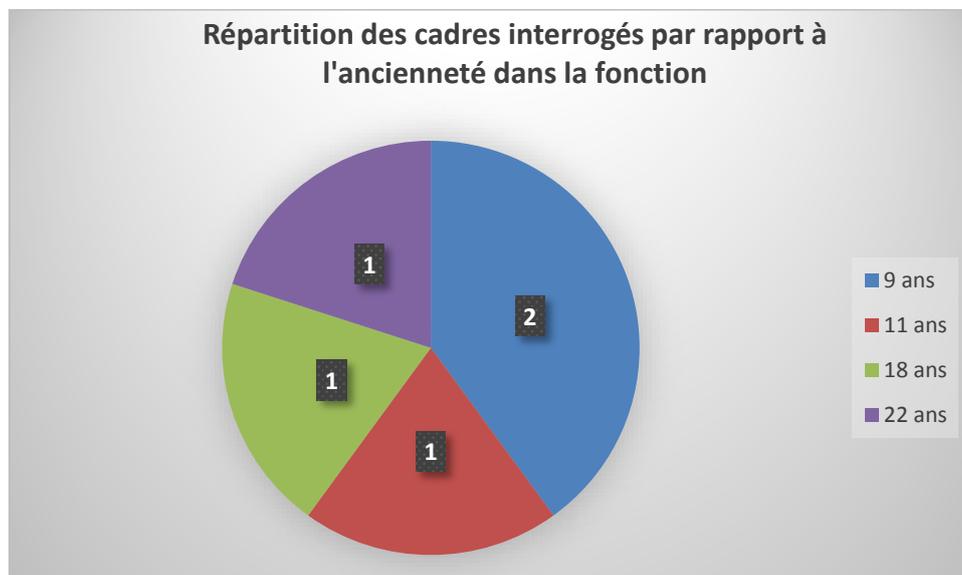
Afin de restituer les données le plus fidèlement possible, j'ai réécouté et retranscrit les entretiens afin de dégager les idées principales question par question afin de procéder à des comparaisons.

J'ai alors pu ressortir des éléments me permettant de faire du lien avec mon hypothèse de départ et les confronter à mon cadre de référence.

La répartition de la tranche d'âge des cadres interrogés est la suivante :

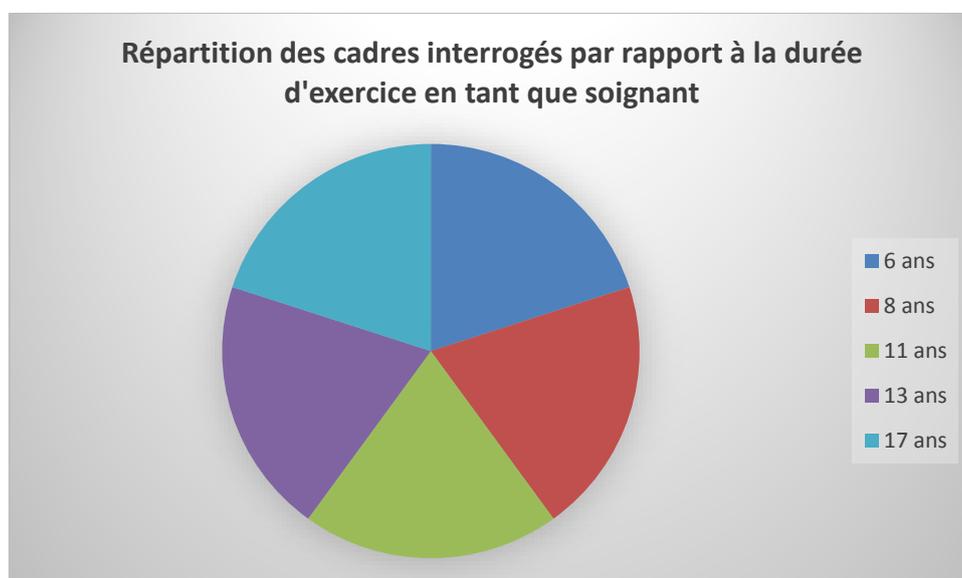


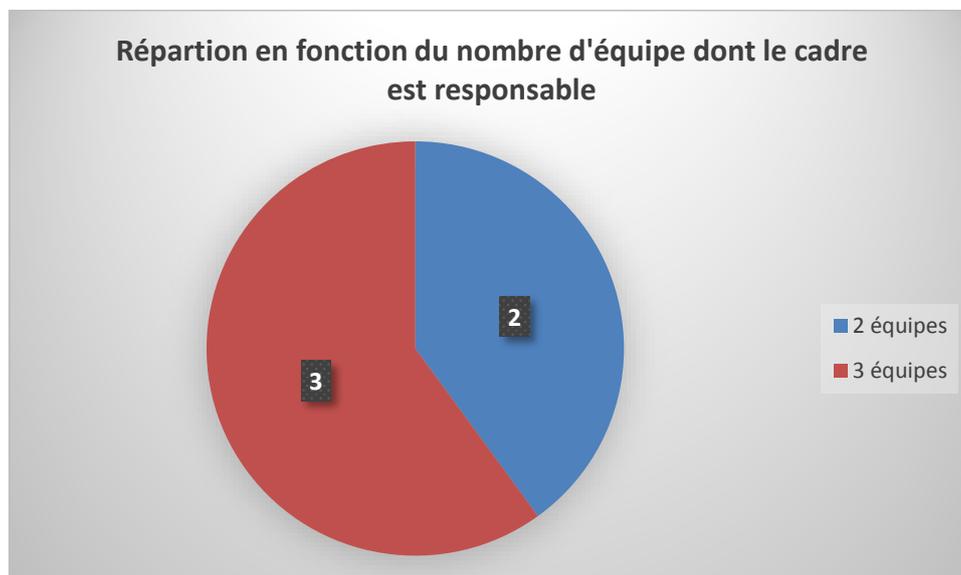
Les données concernant l'âge des professionnels n'ont pas permis de mettre en évidence un quelconque lien, entre âge et accompagnement par les valeurs des équipes. En effet, tous les professionnels que j'ai rencontrés se montrés tournée vers leurs équipes et soucieux d'un accompagnement de qualité en lien avec leurs valeurs.



Concernant l'ancienneté en tant que cadre, je ne peux pas conclure qu'il y ait un lien entre les actions mises en place et l'expérience dans la fonction. Cependant l'ancienneté permet d'avoir le recul nécessaire à l'analyse de sa pratique.

Tous les cadres rencontrés au cours de mes entretiens sont tous issus de la fonction infirmière. Je n'ai donc eu le retour d'autres filières paramédicales. Cependant, quel que soit le temps d'expérience en tant que soignant, ce qui ressort chez l'ensemble des cadres reste la notion de bienveillance.





## 4.3 ANALYSE DES RESULTATS

### 4.3.1 Représentation sociale des équipes

Après avoir regroupé les différentes réponses de la première question concernant les représentations que le cadre de santé peut avoir sur son équipe, j'ai pu créer le tableau suivant. Ainsi il permet de repérer les différents items collectés au cours de l'enquête et l'importance que les personnes ont pu leur donner.

	Rang I	Rang II	Rang III	Rang IV	Rang V	Totale d'apparition par item	Rang moyen d'apparition	Fréquence de l'item
Adorable					1	1	1,00	0,04
Aidant		1				1	4,00	0,04
Autonomie	2	1				3	4,67	0,12
Bienveillante			1			1	3,00	0,04
Chaleureuse				1		1	2,00	0,04
Compétente	2		1			3	4,33	0,12
Complicité/ Solidarité			1		1	2	2,00	0,08
Consciencieuse/ Rigoureuse		1		1	1	3	2,33	0,12
Dans le confort					1	1	1,00	0,04
Débrouillard		1				1	4,00	0,04
En crise			1			1	3,00	0,04
Fidélité				1		1	2,00	0,04
Implication				1		1	2,00	0,04
Leader négatif					1	1	1,00	0,04
Mature	1					1	5,00	0,04
Professionnelle		1				1	4,00	0,04
Vindictive				1		1	2,00	0,04
Volontaire			1			1	3,00	0,04
<b>Moyenne</b>							2,80	0,06

Tableau 2 : Analyse des représentations de l'équipe lors des évocations spontanées

C'est à partir de ces résultats que je peux monter le tableau suivant afin de déterminer l'importance et la place que prennent les items dans la représentation que peuvent avoir les cadres. Ce premier tableau (tableau 3) ne prend pas en considération les barrières psychiques mettant en place un filtre sur ce qui est acceptable de dire.

		IMPORTANT (rang d'apparition)	
		GRANDE (supérieure ou égale à la moyenne des rangs moyens)	FAIBLE (inférieure à la moyenne des rangs moyens)
FRÉQUENCE	FORTE (supérieure ou égale à la moyenne des fréquences)	ZONE DU NOYAU : Autonomie Compétente	PREMIÈRE PÉRIPHÉRIE : Consciencieuse/Rigoureuse Complicité/Solidarité
	FAIBLE (inférieure à la moyenne des fréquences)	ÉLÉMENTS CONTRASTÉS : Mature Aidant Débrouillard Professionnelle Bienveillante En crise Volontaire	DEUXIÈME PÉRIPHÉRIE : Chaleureuse Fidélité Implication Vindictive Adorable Dans le confort Leader négatif

Tableau 3 : Analyse des évocations spontanées hiérarchisées.

Ainsi, dans un premier temps, je constate que ce qui ressort et représente le noyau central se tourne vers une représentation des équipes autonomes et compétentes. S'inscrivent autour des éléments forts comme la rigueur et le travail consciencieux, mais aussi une forte notion de solidarité et d'esprit d'équipe.

Nous retrouvons dans les éléments contrastés de nombreux qualificatifs positifs, bien que la notion d'équipe en crise apparaisse comme importante pour un sous-groupe de cadres interrogés. De pouvoir l'énoncé, détermine un élément fort pour une minorité de cadres, mais marque à mon sens l'importance que le cadre peut porter au bien-être de l'équipe et la sensibilité qu'il a à évaluer l'ambiance qui règne à l'intérieur de son équipe permettant d'en évaluer une dynamique. Nous retrouvons ainsi dans ce noyau contrasté des notions tournées vers le groupe, tel que la bienveillance ou l'entraide, qui renvoie indirectement aux éléments périphériques forts qui sont la complicité et la solidarité.

Dans la deuxième sphère, je constate que certains éléments négatifs apparaissent permettant de représenter une équipe comme « *Vindictive* », « *dans le confort* » ou encore avec un « *leader négatif* ». Ces éléments restent cependant peu cités et peu importants dans la représentation que le cadre peut avoir de son équipe.

De cette première analyse, je peux donc supposer que les cadres de santé aspirent à des équipes autonomes et compétentes, malgré le fait que certaines, en minorité, puissent être en difficultés, avec un cadre de santé prêtant attention à une dynamique d'équipe favorable. La vision qu'a le cadre de son équipe reste dans un esprit valorisant et positif.

Après cette constatation, je vais analyser la question sept de mon questionnaire, reprenant cette notion de représentation d'équipe, mais mettant à distance les barrières psychiques, d'une part par le jeu de la décontextualisation, mais aussi que cette question a été posée en fin d'entretien et permettant de mettre les réponses de la première question à distance.

Tout comme la première question, j'ai donc procédé à un regroupement des différents items dans le tableau suivant (tableau 4), me permettant par la suite d'évaluer la place et l'importance des différentes notions énoncées par les cadres de santé.

	Rang I	Rang II	Rang III	Rang IV	Rang V	Totale d'apparition par item	Rang moyen d'apparition	Fréquence de l'item
Autonome	2	1	1			4	4,25	0,16
Bien-être					1	1	1,00	0,04
Bienveillante			1			1	3,00	0,04
Capricieux	1					1	5,00	0,04
Compétence	1		2			3	3,67	0,12
Complicité/Équipe soudée/Esprit d'équipe		1		2		3	2,67	0,12
Dynamique			1			1	3,00	0,04
Expérimenté				1		1	2,00	0,04
Facile					1	1	1,00	0,04
Gâté					1	1	1,00	0,04
Hétérogène					1	1	1,00	0,04
Intelligente					1	1	1,00	0,04
Peu de travail				1		1	2,00	0,04
Rebel		1				1	4,00	0,04
Résistante aux changements	1					1	5,00	0,04
Rigide		1				1	4,00	0,04
Rigoureux/Carré		1		1		2	3,00	0,08
<b>Moyenne</b>							2,74	0,06

Tableau 4 : : Analyse des représentations de l'équipe lors des évocations avec une décontextualisation normative

Tout comme précédemment, à partir des résultats du tableau 4, je peux évaluer la place de chaque notion dans le tableau suivant, me permettant une vision de la représentation que peuvent avoir les cadres de santé dans en introduisant une décontextualisation. Le tableau 5, correspondant à l'analyse des évocations hiérarchisées avec une décontextualisation est donc ainsi construit.

		IMPORTANTANCE (rang d'apparition)	
		GRANDE (supérieure ou égale à la moyenne des rangs moyens)	FAIBLE (inférieure à la moyenne des rangs moyens)
FRÉQUENCE	FORTE (supérieure ou égale à la moyenne des fréquences)	ZONE DU NOYAU : Autonome Compétence Rigoureux/Carré	PREMIÈRE PÉRIPHÉRIE Complicité/Équipe soudée/Esprit d'équipe
	FAIBLE (inférieure à la moyenne des fréquences)	ÉLÉMENTS CONTRASTÉS : Capricieux Résistante aux changements Rebel Rigide Bienveillante Dynamique	DEUXIÈME PÉRIPHÉRIE : Expérimenté Peu de travail Bien-être Facile Gâté Hétérogène Intelligente

Tableau 5 : Analyse des évocations hiérarchisées avec une décontextualisation normative

Je retrouve dans la zone du noyau la notion d'autonomie et de compétence précédemment cités. S'intègre dans cette zone la notion de rigueur qui initialement apparaissait dans les éléments de la première périphérie, donc important, mais ne faisant pas parti du noyau même. Dans cette recherche de décontextualisation permettant de se rapprocher au mieux de la représentation que

peut avoir le cadre de santé de ses équipes, il y a une justesse et une correspondance avec les résultats précédents, c'est-à-dire la notion de compétence et d'autonomie avec un renforcement de la notion de rigueur.

La notion d'équipe et d'esprit d'équipe reste elle aussi importante et présente, car elle s'intègre toujours dans les éléments périphériques les plus importants et se rapprochant au plus du noyau central.

Cependant, dans la zone contrastée du noyau, il apparaît des éléments plus négatifs, caractérisant l'équipe, mais pouvant se caractériser individuellement, comme la notion de « *rigide* » ou « *capricieux* ». Cependant nous retrouvons la notion de « *bienveillance* » dans les tableaux 3 et 5, l'incluant comme notion importante pour un sous-groupe de cadre de santé.

Enfin je trouve dans la deuxième périphérie des éléments de l'ordre de l'organisation tel que « *peu de travail* » ou « *gâté* », mais aussi des éléments autour de l'individu comme « *expérimenté* », « *intelligente* » ou encore « *hétérogène* ».

Autour de l'étude sur la représentation sociale que le cadre de santé peut avoir de ses équipes, j'ai pu constater une cohérence et une certaine authenticité de leur part, face à des résultats similaires entre l'évocation spontanée et les évocations avec une décontextualisation.

Il m'apparaît que des notions fortes comme l'autonomie et la compétence restent au cœur d'une représentation des équipes, tout comme la rigueur, mais aussi l'esprit d'équipe qui sont des éléments importants de la construction.

En effet, comme nous l'avons évoqué dans le cadre théorique, la dynamique d'équipe est liée tout aussi bien à une part émotionnelle qu'individuelle. Il y a un lien d'identification de l'individu au groupe permettant le passage de valeur individuelle à des valeurs groupales.

Nous avons vu aussi que le groupe ne se restreint pas uniquement à l'équipe soignante, mais qu'il prend en considération l'implication d'un chef. Dans ce sens, il est facile d'imaginer que le cadre de santé, dans un fonctionnement d'équilibre doit pouvoir partager des valeurs communes avec l'équipe.

Nous retrouvons cette notion de groupe en premier plan, cependant, il existe, de façon moins présente, dans les représentations, des éléments se rapportant à l'individu dans le groupe. À travers ses éléments, il est possible d'identifier la notion d'appartenance à un groupe à travers les valeurs qui y sont portées et l'impact de l'individu sur une dynamique de groupe.

Je me suis donc intéressée dans la discussion aux valeurs professionnelles que les cadres de santé ont pu développer avec leur parcours et dans lesquelles ils se sont identifiés, leur permettant de pouvoir les intégrer à leur propre système de valeurs.

### **4.3.2 Les valeurs issues d'un modèle soignant**

L'ensemble des cadres interrogés sont issus de la filière infirmières. Les valeurs professionnelles partagées viennent de ce modèle. Au-delà de la réponse faite, je me suis fondée sur la sémantique utilisée par le professionnel.

J'ai donc relevé la réponse en elle-même, mais aussi le nombre de fois que certains champs lexicaux apparaissaient au sein même de la réponse, permettant d'identifier ce qui semble important pour le cadre et imprégnée dans son discours.

Au-delà, j'ai recherché dans chaque entretien si des valeurs et champs lexicaux se retrouvaient.

À travers les réponses<sup>84</sup>, nous pouvons construire le tableau suivant :

<b>QUESTION 2 : Y a-t-il des valeurs soignantes que vous pensez transposables dans le management d'une équipe ?</b>	
CDS 1	<p>« <i>Le Respect. Le respect de la dignité, le respect de l'autonomie... de façon générale. (...) La solidarité, la tolérance et la bienveillance</i> »</p> <p>« <i>Plus on est proche, j'aurais dit, qu'on se connaît et qu'on peut partager (...), j'ai l'impression qu'elle est importante, cette solidarité. Et puis, elle s'éloigne géographiquement, ne serait-ce que dans les lieux, et plus elle est, moins elle est immédiatement perceptible</i> »</p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solidarité (6 fois) + « <i>compter les uns sur les autres</i> » (1 fois)</li> <li>- Respect (3 fois)</li> <li>- Bienveillance (2 fois)</li> </ul>
CDS 2	<p>« <i>C'est l'esprit d'équipe</i> »</p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe (5 fois) + collaborateur (1 fois)</li> <li>- Esprit d'équipe (5 fois)</li> </ul> <p>Les notions d'observation, de compréhension, de connaissance de son équipe et de temps apparaissent aussi dans la discussion.</p>
CDS 3	<p>« <i>On est soignante avant tout donc, pour moi, forcément déjà on prend soin des gens, on est bienveillante. (...). Alors, tu ne peux pas soigner sans bienveillance. Et après il y a le respect du patient.</i> »</p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienveillance (8 fois)</li> <li>- Respect (3 fois)</li> <li>- Qualité des soins (2 fois) + fiabilité (1 fois)</li> </ul>
CDS 4	<p>« <i>L'écoute et la disponibilité</i> »</p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensemble (2 fois) + participatif (1 fois) + équipe (1 fois)</li> <li>- Construire un projet (2 fois)</li> </ul>
CDS 5	<p>« <i>C'est la confiance peut-être en premier, la confiance et l'autonomie.</i> »</p> <p>« <i>Moi, je me dis que quelqu'un qui ne dit pas bonjour dans une salle d'attente, qui ne me dit pas bonjour là, je me pose la question comment elle peut être auprès d'un patient, voilà.</i> »</p> <p>« <i>Les valeurs communes a priori, il y a un projet de pôle qui définit les valeurs communes d'un pôle. Normalement, le projet de pôle est construit en collaboration justement avec tous les professionnels justement pour qu'il y a un consensus.</i> »</p> <p>« <i>C'est extrêmement compliqué de travailler avec nos propres valeurs et des valeurs que l'on ne partage pas au sein d'un pôle</i> »</p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect (10 fois)</li> <li>- Equipe (9 fois) + partage (4 fois) + communes (3 fois) + ensemble (1 fois)</li> <li>- Autonomie (8 fois)</li> <li>- Confiance (4 fois)</li> </ul> <p>Nous retrouvons aussi dans cet échange une grande attention à l'autre : « <i>chaque professionnel</i> », « <i>considérer l'autre comme un individu à part entière</i> », « <i>un professionnel qui doit fonctionner dans une équipe</i> »</p>

<sup>84</sup> Annexe III : Résultat de la question 2 : Y a\_t\_il des valeurs soignantes que vous pensez transposables dans le management d'une équipe ?

Les principales valeurs qui ressortent au cours de ces entretiens sont de valeurs humaines, tournées vers l'autre. Trois cadres sur les cinq rencontrés évoquent le respect.

Étymologiquement<sup>85</sup>, le respect vient du latin "*respectare*", et a pour sens "prendre en considération" et "*respectus*", "considération". Ainsi, le respect renverrait d'emblée à la façon de voir l'autre, en d'autres termes au regard que nous portons sur lui. Il implique donc la reconnaissance de l'autre, l'échange et la considération de ce que l'on peut porter à l'autre dans le travail. Cela commence par un savoir-être. Un des cadres interrogés indique que « *je me dis que quelqu'un qui ne dit pas bonjour dans une salle d'attente, qui ne me dit pas bonjour là, je me pose la question comment elle peut être auprès d'un patient* » ce qui questionne sur la reconnaissance de l'autre, accepter sa présence et lui signifier que l'on est présent avec lui.

Le respect est donc l'importance portée à l'autre, pouvoir « *considérer l'autre comme un individu à part entière* ».

Cette notion de respect est pour le soignant fait partie de sa construction professionnelle, mais s'inscrit au-delà de cela dans la loi. Ainsi, « *la personne malade a droit au respect de sa dignité.* »<sup>86</sup>, mais aussi « *l'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades* »<sup>87</sup>.

Valeur forte soignante, il peut donc être aisé de comprendre qu'elle fasse partie intégrante de la construction professionnelle des cadres de santé. Elle fait état de pilier, et est une référence pour tous, autour de laquelle le cadre de santé peut réunir l'ensemble de l'équipe. Tout soignant est à même de pouvoir se reconnaître dans cette valeur.

Une seconde notion forte qui apparaît dans cette question est la notion de bienveillance. Selon Catherine Gueguen, la bienveillance consiste « *à porter sur autrui un regard aimant, compréhensif, sans jugement, en souhaitant qu'il se sente bien, et en y veillant* »<sup>88</sup>. Elle implique au-delà de la reconnaissance et du respect, une notion d'implication personnelle tournée vers l'autre.

La profession infirmière, dont sont issus les cadres de santé que j'ai interrogés, est chargée dans son histoire à ce dévouement qu'à l'infirmière, initialement des ecclésiastiques, pour les malades. La condition d'infirmière a fort évolué, mais cette notion de *bonté* inspirée par les nones a marqué cette profession.

Cette bienveillance est d'autant plus présente dans le milieu soignant, porté par l'HAS et l'ANESM, qui reprend la notion de bienveillance dans un guide de bonnes pratiques professionnelles, et qui la définit de façon suivante : « *La bienveillance, plus récente dans sa déclinaison professionnelle, se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui. En outre, parce qu'elle comporte la dimension de veille, cette notion revêt aussi bien un caractère individuel que collectif.* »<sup>89</sup>.

Ainsi, la notion de bienveillance, induite par un héritage historique de la profession de soignant, reste une valeur forte portée par les instances.

---

<sup>85</sup> Picoche J. Dictionnaire d'étymologie du français. New Edition. Paris : Le Robert ; 2015. 864 p.

<sup>86</sup> Art. L. 1110-2.LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

<sup>87</sup> Art. L. 1110-7.LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002

<sup>88</sup> GUEGUEN C. Vivre heureux avec son enfant. Paris : Pocket ; 2017. 312 p

<sup>89</sup> ANESM - Bienveillance.pdf - reco\_bienveillance.pdf – Juin 2008 (consulté le 9 mai 2017). Disponible sur : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bienveillance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf)

À taille beaucoup plus humaine, la notion de bienveillance est développée par Donald Winnicott<sup>90</sup>, pédopsychiatre avec la notion de mère « suffisamment bonne ». En effet, une capacité d'adaptation de la mère est un prendre soin qui n'est pas défini de manière générale mais relève d'un ajustement à un enfant particulier, à un moment donné du temps. Non pas que le soignant doive se comporter comme une mère avec les patients, mais il fait office de présence et l'accompagne dans la récréation de « l'objet perdu », dans un contexte de soins étant la santé dans sa représentation.

Dans cette notion de bienveillance, le cadre de santé accompagne son équipe, et chaque personne qui la constitue, dans une attitude positive. Elle doit permettre un épanouissement, un accompagnement des soignants pour leur permettre la construction de leur identité professionnelle, mais aussi un accompagnement dans les projets de service et de soins, permettant à chacun de se réaliser et de trouver sa place au sein d'une équipe.

Si nous reprenons les 10 rôles du cadre d'Henry Mintzberg, cette valeur s'intègre donc dans un rôle de leader du cadre, dans le sens de guide, de motivation, mais aussi d'exemplarité. Mais nous pouvons aussi la retrouver dans son rôle répartiteur, en tant que distributeur de ressources en fonction des moyens et des projets, adapté à chaque personne, ainsi que dans un rôle de négociateur, permettant de favoriser les échanges et la communication.

Tout comme le respect, la bienveillance est une valeur soignante, dans laquelle peut s'identifier nombreux professionnels, et notamment les soignants que manage le cadre de santé.

S'imbriquent dans ces deux grandes valeurs prédominantes, les notions de solidarité et d'esprit d'équipe. Cette notion a d'ailleurs été fortement évoqué par le second cadre de santé interrogé en évoquant spontanément « *C'est l'esprit d'équipe* » à l'évocation des valeurs. Cet esprit d'équipe fait sens aux liens entre les membres du groupe, permettant un sentiment d'unicité dans la réalisation d'un but commun.

L'esprit d'équipe émane d'une construction, de l'interaction et de l'échange entre les personnes, permettant de se coordonner. Prendre en considération chaque individu pour permettre une harmonie est donc aussi apparu dans les entretiens, notamment avec le dernier cadre de santé, avec une notion de confiance.

En reprenant l'analyse de la représentation sociale, j'ai pu retrouver la notion d'autonomie évoquée, notamment par le dernier cadre interrogé. Il existe donc une cohérence entre la représentation sociale que le cadre de santé peut avoir de son équipe et les valeurs qu'il porte.

À travers l'ensemble des entretiens, il existe un lien invisible qui vient tisser ces valeurs autour de la dynamique d'équipe et l'ensemble des personnes qui la constitue. Ce lien tient lieux d'échanges et plus largement sur la communication.

Les cadres de santé interrogés semblent s'appuyer sur des valeurs soignantes pour accompagner leurs équipes. L'hypothèse que ces valeurs sont transférables entre une activité soignante et une activité de cadre de santé. Elles semblent d'autant plus marquées, qu'au-delà de servir le patient, elles évoluent pour permettre l'accompagnement des équipes dans le respect et la bienveillance. Ces valeurs sont portées et véhiculée par le cadre, n'hésitant pas à interroger les membres d'une équipe qui ne semble pas les reconnaître, en référence au modèle soignant et en lien à l'objectif premier qui est de prendre soin des patients.

Mon questionnement suivant permettait de comprendre le type de management des cadres de santé et de pouvoir comprendre à travers une position prise comment ces valeurs pouvaient être portées.

---

<sup>90</sup> Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot; 1989. 464 p

### 4.3.3 Quel type de management adopter ?

Pour comprendre la place du cadre auprès de son équipe, il est essentiel de pouvoir évaluer pour quel type de management il opte. En effet, de nombreux ouvrages prônent des types managériaux différents et en perpétuel évolution. Afin de mieux comprendre les modes de managements mis en place, c'était de pouvoir me rendre de compte comment les cadres se les approprient sur le terrain.

Pour l'analyse, j'ai procédé comme la précédemment avec la question 2, avec dans un premier temps le recueil des éléments fort de la réponse, et par la suite un retour sur la sémantique au sein même des réponses.

Chaque élément de ces retours<sup>91</sup> qui m'ont semblé important ont été consignés dans le tableau suivant :

<b>QUESTION 3 : Pouvez-vous décrire votre mode de management ? Qu'est-ce qui est fondamental pour vous, qu'est-ce qui fait qu'on est un bon manager ?</b>	
CDS 1	<p>« J'aimerais qu'il soit participatif. Je me suis rendu compte que tout le monde n'était pas nécessairement intéressé par ce qui me semble être un projet. »</p> <p>« Je me dis que la prochaine fois, je serai peut-être un peu plus directive. Parce que ça sera sans doute nécessaire. Et puis, je m'en rends compte que... En fait, beaucoup attendent des limites. »</p> <p>« Mais il est très compliqué de jongler entre le fait de ne pas se rendre indispensable et le fait quand même d'être suffisamment assez présente. »</p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe (5 fois)</li> <li>- Projet (3 fois) + construire (2fois)</li> <li>- Participatif (2 fois)</li> <li>- Compliqué (2 fois)</li> <li>- Autonomie (1 fois)</li> <li>- Sémantique autour de diriger (directive ; Attendent des limites ; Beaucoup être là ; Arbitrer ; Réguler ; Il faut statuer ; C'est nécessaire ; On décide)</li> </ul>
CDS 2	<p>« Management participatif mais on ne peut pas être à 100 % dans le participatif. Il y a des moments où je dis : « C'est ça et pas autrement, on ne discute pas » ».</p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet (3fois)</li> <li>- Participatif (2 fois) + « les faire participer » + « donner la possibilité »</li> <li>- Compliqué (2 fois)</li> <li>- Equipe (2 fois)</li> <li>- Décidé (2 fois)</li> </ul> <p>Proposition d'un exemple reprenant la mise en place de la nouvelle organisation du temps de travail, permettant aux soignant de s'exprimer et de participer à ce changement.</p>
CDS 3	<p>« Fondamental pour moi, c'est la loyauté et l'équité. Ça, pour moi, c'est la base même du management ».</p> <p>Proposition d'exemple d'accompagnement de la bi-compétence pour permettre une fluidité dans l'équipe malgré des soins différents. Demande de la cadre pour des modification de planning pour permettre la formation, expression du mécontentement de l'agent, mais création d'un espace de discussion pour échanger sur cette décision.</p> <p>« J'ai un management participatif mais un management participatif bien conduit. »</p> <p>« Avec eux j'étais directive. J'ai pas une sorte de management, j'ai un management en</p>

<sup>91</sup> Voir Annexe IV : Résultat de la question 3 : Pouvez-vous décrire votre mode de management ? Qu'est-ce qui est fondamental pour vous, qu'est-ce qui fait qu'on est un bon manager ?

	<p><i>fonction de l'équipe que j'ai en face de moi. »</i></p> <p>Exemple permettant d'illustrer que le type de management s'évalue en fonction du niveau de compétence de l'équipe.</p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe (5 fois)</li> <li>- Ensemble (3 fois)</li> <li>- Participatif (3 fois)</li> <li>- Respect (1 fois)</li> <li>- Directif (1 fois)</li> </ul>
CDS 4	<p><i>« Le fait d'avoir 2 équipes très différentes m'oblige à penser vraiment à ce que je fais. Parce que je vois bien qu'ils n'ont pas les mêmes besoins. »</i></p> <p><i>« Donc, je parlais plutôt sur la confiance et un mode participatif, et en fait, j'en suis revenue. Pour être dans quelque chose de plus personnalisé. »</i></p> <p><i>« Il faut vraiment personnaliser son management aux individus qui forment un collectif, mais aux individus d'abord. »</i></p> <p><i>« (...) plus compliqué avec l'autre où il y a une hétérogénéité telle que l'adhésion, ou en tout cas l'acceptation de participer au projet collectif n'est pas là tout le temps. »</i></p> <p><i>« Avant tout, ce qui manque, c'est le sens. Le sens en termes de projet ».</i></p> <p>Proposition d'un exemple caractérisant le fait de donner du sens au travail fait passe par un projet paramédical, mais aussi médical qui ont le même objectif pour fédérer une équipe. Pouvoir accompagner le changement et proposer des alternatives pour ceux qui ne l'intégré pas (accompagnement dans le changement ou vers une autre poste plus adapté)</p> <p>Proposition d'un exemple relatant le fait qu'une équipe plus restreinte favoriserait un management participatif en lien avec des valeurs. Cela favoriserait les échanges dans la construction de projets et créerait une motivation facteur d'une dynamique positive. Le partage de valeur de base avec une équipe, favoriserait le management : <i>« Ça fait du bien, c'est pour ça que j'avais envie d'être cadre aussi. C'est-à-dire que là, je m'y retrouve bien par rapport à mes valeurs »</i></p> <p>Evocation que chaque changement, le fait qu'il y ait des modifications dans une dynamique d'équipe, crée du déséquilibre, et il est <i>« c'est plus compliqué et plus long d'arriver à reconstruire »</i></p> <p>La difficulté dans les équipes plus nombreuses est de pouvoir fédérer l'ensemble sur une même projet et de pouvoir concilier les avis de tous. Pouvoir coordonner avec la multiplicité des personnalités.</p> <p><i>« Donc, le mode directif, il m'arrive de l'adopter. Pas en permanence, mais en tout cas... un peu régulièrement. »</i></p> <p><i>« Donc, en fait, vous avez fait la comparaison qu'il y a... En fonction de la taille de l'équipe, il y a quand même un mode de management et des valeurs différentes ? Oui. Je suis obligée de faire cette conclusion moi, là où je suis ».</i></p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe (15 fois)</li> <li>- Projet (7 fois)</li> <li>- Compliqué (4 fois)</li> <li>- Collectif (3)</li> <li>- Confiance (2 fois)</li> <li>- Participatif (2 fois)</li> <li>- Directif (1 fois) + contrôle (1 fois) + il faut faire (1 fois)</li> </ul>

CDS 5	<p>Son management s'articule autour de l'animation autour d'un projet, fédérer une équipe, faire participer les soignants, être créatif dans l'échange. Il permet de Créer un espace d'échange et de paroles, de communication pour créer une cohésion, un partage entre ce que chacun peut attendre de l'autre.</p> <p><i>« Il y a aussi des compétences et il faut mettre en valeur les gens, voilà : La reconnaissance... »</i></p> <p><i>« La reconnaissance passe aussi par la mise en valeur de ce qui peut être (...) ce qui peut être important dans notre travail quoi, riche, partagé... parce que de toute façon au bout du bout, il y a la qualité du soin auprès du patient »</i></p> <p><i>« Je vais essayer avec l'infirmier, cette compétence puisse être sublimée et utilisée auprès du patient »</i></p> <p>Les mots retrouvés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe (4 fois)</li> <li>- Reconnaissance (2 fois)</li> <li>- Ensemble (2 fois) + cohésion + partage</li> </ul>
-------	--

La plupart des cadres de santé aspirent à un management participatif, et le nomment comme tel. Une place importante et laissée aux équipes, avec la possibilité de s'exprimer, de faire leur propre choix, de pouvoir travailler ensemble. Ainsi, le management participatif permet aux soignants le partage de valeurs, en les faisant grandir et évoluer au service du patient. Nous retrouvons cette notion, avec la cadre de santé qui explique que sa place est d'accompagner les soignants et qu'elle *« essaye avec l'infirmier, cette compétence puisse être sublimée et utilisée auprès du patient »*.

En effet, selon Tissier Dominique<sup>92</sup>, le management participatif garde une dominante relationnelle, Il favorise l'implication du personnel dans les choix ainsi que leur responsabilisation. La mise en place de consensus et l'engagement de chacun mènent à une stabilité de la dynamique d'équipe. Il permet aux soignants une autonomie dans leur travail et favorise le travail en commun et la réflexion collective, qui se retrouve notamment lors de groupes de travail au sein du service.

Nous retrouvons cette description du management participatif dans le discours du cadre de santé 5, même s'il n'est pas nommé. Son management s'articule autour de l'animation autour d'un projet, fédérer une équipe, faire participer les soignants, être créatif dans l'échange. Il permet de Créer un espace d'échange et de paroles, de communication pour créer une cohésion, un partage entre ce que chacun peut attendre de l'autre.

Cependant, la plupart des cadres interrogés nuancent leurs propos : *« J'aimerais qu'il soit participatif. »*. Une part de management directif semble nécessaire au bon fonctionnement des équipes.

En nous fondant sur Tissier Dominique, le management directif<sup>93</sup> permet, quant à lui, de structurer et d'organiser l'environnement de travail pour que les soignants soient efficaces. Le cadre donne des consignes vers des objectifs précis et suit leur progression. Le cadre de santé prend les décisions seul et transmet plus de l'information. Selon l'auteur, ce style est efficace dans les situations de crise, d'urgence ou pour les personnels peu expérimentés ou peu autonomes.

Nous retrouvons dans le discours des cadres, en fonction de leur expérience et de leur vécu, que de nombreux facteurs entrent en compte sur le style de management. D'abord tournée vers les équipes, l'échange et l'autonomie, avec un management participatif, ils peuvent adopter un mode directif dans certaines situations.

<sup>92</sup> TISSIER D. Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation. Paris : Editions Insep Consulting, 2001, p41à65

<sup>93</sup> Ibidem

Il y a l'attente des équipes d'un cadre, « *Je me dis que la prochaine fois, je serai peut-être un peu plus directive. Parce que cela sera sans doute nécessaire. Et puis, je m'en rends compte que... En fait, beaucoup attendent des limites.* ». Les limites peuvent mettre la règle, la loi et donner une ligne de conduite. Elles se veulent souvent rassurantes et sécurisantes. Elles peuvent être demandées par les agents eux-mêmes : « *Nous, on a besoin que vous nous disiez ce qu'il faut faire tous les jours, et on a besoin que vous soyez dans le contrôle plus que ce que, vous ne l'êtes.* »<sup>94</sup>.

Un autre cadre est plus direct en évoquant son management comme « *management participatif mais on ne peut pas être à 100% dans le participatif. Il y a des moments où je dis : « C'est ça et pas autrement, on ne discute pas »* ». Cette position s'appuie sur le fait que les équipes s'intègrent dans des projets et qu'elles doivent être cohérente avec l'organisation : « *et puis c'est à nous de nous adapter aussi à ces projets* ».

En effet, la notion de projet semble influencer le type de management. « *Je me suis rendu compte que tout le monde n'était pas nécessairement intéressé par ce qui me semble être un projet.* ». Impliquer une équipe dans un projet peut devenir une obligation et non un choix de cette dernière. Certains projets, comme, par exemple, une nouvelle organisation du temps de travail au sein d'une institution, peu devenir une obligation pour les agents.

Mais le type de management utilisé dépend aussi de la construction de l'équipe : « *Le fait d'avoir 2 équipes très différentes m'oblige à penser vraiment à ce que je fais. Parce que je vois bien qu'ils n'ont pas les mêmes besoins.* ». Pour cette cadre de santé, la composition de l'équipe est importante. Plus une équipe est composée d'individus tous différents, il est plus difficile d'adopter un mode participatif et de concilier tout le monde autour d'une même direction à suivre. La difficulté dans les équipes plus nombreuses est de pouvoir fédérer l'ensemble sur un même projet et de pouvoir concilier les avis de tous. Pouvoir coordonner avec la multiplicité des personnalités. « *Donc, le mode directif, il m'arrive de l'adopter. Pas en permanence, mais en tout cas... un peu régulièrement.* ».

La dynamique de l'équipe semble jouer aussi un rôle important dans le management du cadre de santé. En effet, s'il existe une dynamique négative, le cadre va fédérer autour d'une idée unique, orienter et décider pour créer une cohésion chaque changement, le fait qu'il y ait des modifications dans une dynamique d'équipe, crée du déséquilibre, et il est « *plus compliqué et plus long d'arriver à reconstruire* »

S'immisce aussi dans les facteurs d'un management plus directif, la notion de compétence de l'équipe. Une carte décrit une situation dans un service de néphrologie, avec une équipe constituée de jeunes infirmières. Elle explique qu'elle était plus directive, car il fallait que les soignantes appréhendent bien l'organisation et leur rôle d'infirmière avant de pouvoir être autonome. Dans cette forme de management, le rôle du cadre est d'accompagner les soignant, sans les mettre en difficulté, et en leur permettant une professionnalisation en garantissant la sécurité des patients, mais aussi des professionnels.

La majorité des cadres interrogées explique que le choix de management reste compliqué, « *qu'il faut doser tous les jours* ». Animé par l'accompagnement des équipes vers une autonomie, un esprit d'équipe, et le développement des compétences, le cadre doit pouvoir adapter son mode de management.

Le cadre de santé utilise donc des styles de managements différents en fonction des situations et ne s'enferme donc pas dans un mode unique. « *Il devient alors possible d'envisager pour un manager d'adapter son style en fonction de ce qu'il perçoit de la situation alors même que son caractère et ses goûts personnels l'inclineraient plutôt vers d'autres comportements* »<sup>95</sup>. Le cadre se doit d'être en adéquation avec l'équipe et de tenir compte de celle-ci dans son management.

---

<sup>94</sup> Tiré de l'entretien avec le CDS 4

<sup>95</sup> TISSIER D. Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation. Paris : Editions Insep Consulting, 2001, p.18

J'en tire des différents entretiens que le type de management du cadre est influencé par les valeurs qu'il veut porter auprès de ces équipes. Cependant, ce management se construit en fonction des individus, des équipes et de facteurs s'imbriquant dans l'organisation et le fonctionnement du groupe. Cependant, les valeurs restent présentes, permettant une ligne de conduite à atteindre, à suivre, autour desquelles, une équipe peut se fédérer.

Bien que cette question sur le type de management soit riche et déjà jalonnée d'exemple, j'ai reposé une question sur des exemples vécus, afin de consolider, à travers l'activité du cadre de santé la notion de management et de valeur. J'ai analysée cette question<sup>96</sup> non pas aux exemples, mais à travers la sémantique utilisée déjà évoquée précédemment.

<b>QUESTION 4 : Pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous êtes sentie à l'aise auprès de votre équipe ?</b>	
CDS 1	<p>« Elles sont beaucoup à venir, et puis après à considérer que c'est utile. »            « En fait, ce que je pense vraiment dans mon cœur en fait, c'est faire en sorte que le sanitaire et la ville collaborent davantage. Que le parcours du patient soit fluide, rationnel »            « Qu'on fasse perdre le moins d'énergie possible à tout le monde. »            « C'est une petite réussite. »            « C'est inimaginable. Et on fait partie d'un établissement, c'est quasiment comme si on devenait un peu endormi ou léthargique sur ses propres pratiques professionnelles, si jamais on n'a pas envie d'aller construire le projet médico-soignant. »</p> <p>Notions apparaissant dans le discours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction (2 fois)</li> <li>- Communication, parole, échange</li> <li>- Organiser (2 fois)</li> <li>- Rassurés</li> <li>- Fédéré (2 fois); participer (3 fois). Motivée (2 fois)</li> <li>- Projet (6 fois)</li> <li>- L'équipe (4 fois),</li> <li>- Participer (4 fois)</li> </ul> <p>Notions apparaissant dans un contexte de négation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imposer (2 fois), obliger</li> <li>- Limite</li> <li>- Obligés avec la précédente</li> <li>- Compliqué (entre ses propres valeurs et la dynamique d'équipe en place)</li> </ul> <p>A travers les exemples donnés par ce cadre, il y a une interrogation entre ses propres valeurs et sa façon de voir et le soin et le management d'équipe dans quelque chose de bienveillant, d'accompagnant, tout en se confrontant à une routine installée, à une dynamique qui ne représente pas les valeurs du cadre.</p>
CDS 2	<p>Exemple repris évoqué dans la question 3 sur la nouvelle organisation du temps de travail</p> <p>Notions apparaissant dans le discours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe (5 fois)</li> <li>- Ensemble</li> <li>- Confiance (2 fois)</li> <li>- Communication ; écoute</li> <li>- Responsabilité</li> <li>- Compliqué (4 fois)</li> </ul>

<sup>96</sup> Voir Annexe V : Résultat de la question 4 : Pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous êtes sentie à l'aise auprès de votre équipe ?

CDS 3	<p>« <i>Donc, mon management, il est participatif c'est-à-dire il est directif avec les jeunes équipes. Il est participatif avec les équipes confirmées mais il y a toujours une supervision</i> »</p> <p>Notions apparaissant dans le discours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Équipe (7 fois)</li> <li>- Notion autour de la délégation, l'apprentissage</li> <li>- Notion de responsabilisation (2)</li> <li>- Autonomes (2 fois)</li> <li>- Participatif (4 fois)</li> <li>- Indépendantes (4 fois)</li> <li>- Directif (7 fois)</li> <li>- Délégation (2 fois)</li> <li>- Proposer (1 fois)</li> <li>- Je garde le contrôle (4 fois)</li> <li>- Charge de travail</li> <li>- Compliqué</li> </ul>
CDS 4	<p>« C'est difficile de dire ce qui pose problème. »</p> <p>Notions apparaissant dans le discours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'équipe (14 fois)</li> <li>- Motivation (2 fois)</li> <li>- Volontariat.</li> <li>- Ensemble</li> <li>- Bienveillance</li> <li>- Respect</li> <li>- Laisser le choix</li> <li>- Prendre le temps</li> <li>- Directif</li> <li>- Non discutable</li> <li>- Entretien</li> <li>- On voulait</li> <li>- Compliqué, difficulté</li> <li>- Effet de groupe</li> </ul>
CDS 5	<p>Au cours de l'entretien de nombreux exemple donnée, exploité en même temps que les questions précédentes. L'exemple donné par ce cadre a été l'accompagnement individuel d'une infirmière pour y développer ses compétences et sa spécificité au sein de l'équipe.</p>

À travers sémantique des exemples donnés, nous pouvons nous rendre compte de la complexité à se positionner en tant que cadre, permettant un accompagnement des équipes et de chaque individu.

La construction de chaque décision, passe à travers une organisation, un projet. Il semble important pour les cadres de pouvoir fédérer, motiver une équipe autour d'un même but, que celle-ci s'y implique et qu'elle soit motivée par ce qui fonctionne dans une dynamique d'équipe.

Dans cette réflexion à travers le management, plusieurs valeurs telle la bienveillance, le respect, la communication ou encore l'autonomie semble ressortir. Elles s'articulent autour d'un consensus commun, permettant de laisser le choix, créant de l'échange et de la communication avec l'ensemble des acteurs.

Cependant, apparaissent des notions de contrôle « *Donc, mon management, il est participatif, c'est-à-dire, il est directif avec les jeunes équipes. Il est participatif avec les équipes confirmées mais il y a*

*toujours une supervision* ». Une différence est faite entre l'indépendance et l'autonomie, permettant dans le second une part de contrôle du cadre et le repositionnant dans ses fonctions. En effet, le cadre de santé est garant de la sécurité et la qualité des soins, mais aussi de celles de ses collaborateurs.

Cette notion de contrôle, bien que nécessaire, semble compliquée lorsqu'il s'agit de poser les limites, d'imposer lorsque les conditions, notamment face à un effet de groupe

À travers les différents exemples, j'ai pu remarquer, que quelle que soit la posture managériale adoptée, elle semble en corrélation un accompagnement des équipes vers des valeurs communes. Chaque décision est prise, allant vers un processus d'autonomisation des équipes.

#### 4.3.4 Le prendre soin et la reconnaissance

A mon sens, les valeurs soignantes, se construisent autour du prendre soin (care) et de la reconnaissance que l'on a de l'autre. Dans ce sens, je souhaitais aborder ces notions dans le management à travers la question 5.

J'analyserais cette question comme un complément des questions précédentes, permettant d'approfondir ces deux notions. Les résultats<sup>97</sup> ont été analysés dans le tableau suivant :

QUESTION 5 : Pour vous qu'est-ce que le « care » ? La reconnaissance ? Quelle est la place leur donnez-vous dans votre travail au quotidien ?	
CDS 1	<i>Question non traitée</i>
CDS 2	<p>« Vous êtes quand même au milieu de plusieurs corps de métier. »            « Il y a le niveau médical ; il y a le niveau horizontal avec ces collègues et puis il y a le niveau des collaborateurs. C'est trois choses différentes. Et puis il y a l'institution »</p> <p>Pour ce cadre, il y a un manque de <b>reconnaissance</b> du cadre et du travail qu'il réalise pour le corps médical et une distance de la part de l'institution, cependant, il y a un soutien et une reconnaissance de ses pairs, de même que par les équipes qui permet de donner du sens au travail de cadre.</p> <p>« Oui, les équipes dans l'ensemble, il y a vraiment cette reconnaissance. Ils savent et ils disent souvent : « Ah oui, merci de... » Ils savent reconnaître le travail que je fais. En tout cas, les collaborateurs de mon équipe »</p> <p>« Si on arrive dans une équipe comme au moment où j'avais été embauchée avec un cadre aussi qui était à l'écoute et qui était vigilante, où on se sentait vraiment qu'on... on était respecté dans ce qu'on faisait. Et ça donne vraiment l'image qu'on est content d'être dans ce corps de métier. »</p> <p>Le cadre place le respect au niveau de la reconnaissance.</p> <p>Pas d'évocation de la notion de care dans cet entretien.</p>

<sup>97</sup> Voir Annexe VI : Résultat de la question 5 : Pour vous qu'est-ce que le « care » ? La reconnaissance ? Quelle est la place leur donnez-vous dans votre travail au quotidien ?

CDS 3	<p><b>Le care</b>, pour ce cadre, c'est dire ce qui ne va pas mais aussi ce qui va, pouvoir donner la parole à tout le monde, le respect (vouvoiement), mais aussi faire en sorte de pouvoir sécuriser les pratiques soignantes, que les équipes se sentent bien. Le care passe par l'éthique et une exemplarité. C'est aussi pouvoir accompagner dans les projets, en permettant d'aller en formation, mais aussi la reconnaissance de l'investissement de l'autre, pouvoir donner la possibilité de réinvestir des formations, accompagner les personnes vers un épanouissement, vers une amélioration, faire émerger les potentiels, les accompagner.</p> <p><i>« Tu es là pour faire émerger des potentiel »</i></p> <p><i>« La manière que je vais prendre soin des équipes, c'est de les préparer à assumer le pire, assumer leur difficulté donc je ne les ménage pas et par contre de valoriser tout ce qu'elles font bien, tout le temps tout le temps tout le temps et de leur donner la parole en permanence. »</i></p> <p><i>« Prendre soin, pour moi c'est ma priorité. Je suis soignante, si tu ne prends pas soin de ton équipe, tu n'auras pas d'équipe. »</i></p> <p>Elle inclut la notion de bienveillance et de communication, ainsi que la notion d'entraide et de partage dans le prendre soin des autres.</p> <p>Quant à la <b>reconnaissance</b>, il passe d'abord par le respect du travail de l'autre, mais aussi donner du sens à ce qui est fait et pourquoi. Comprendre l'autre. Le respect passe aussi par de la disponibilité et de la bienveillance pour l'autre. L'instauration d'un dialogue est important.</p>
CDS 4	<p><b>Le Care...</b></p> <p><i>« Le Care, c'est que les conditions soient suffisamment bonnes pour qu'eux puissent aussi être dans le Care vis-à-vis des patients. »</i></p> <p><i>« Le Care, c'est les mettre en situation confortable sur ce plan-là. C'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'incertitude ou pas trop. »</i></p> <p><i>« (...) et qu'il y a des choses qu'on peut tout à fait résoudre ensemble, et pas moi seulement. »</i></p> <p><i>« le Care, c'est aussi qu'ils puissent travailler dans des conditions de confort psychique et matériel acceptables »</i></p> <p><i>« Le Care, il est beaucoup aussi dans l'accompagnement des situations de façon anticipée. »</i></p> <p><i>« C'est du prendre soin »</i></p> <p><b>La reconnaissance...</b></p> <p>Pour ce cadre, la reconnaissance passe pas l'individualisation des échanges, le respect, pouvoir nommer positivement ce qui est réalisé.</p> <p><i>« La reconnaissance, c'est oui, dans les choses qui sont très routinières et répétitives. Parce que sinon, je pense que la routine dans le sens négatif du terme, ça use. »</i></p> <p><i>« La reconnaissance, c'est de faire participer tout le monde, peut-être pas sur tous les sujets, mais un maximum de sujets. »</i></p> <p>Pour ce cadre, la reconnaissance n'est pas uniquement du ressort des cadre, mais aussi de l'ensembles de acteurs rencontrés au cours de la réalisation d'un travail.</p> <p><i>« Moi, mon rôle aura été de faire le relai ou de pousser ou d'accompagner (...) Mais la reconnaissance, ils vont la retrouver aussi dans le regard des autres. »</i></p>

CDS 5	<p>Le care dans le management, passe par la reconnaissance de l'autre, s'intéresser à l'autre pour instaurer de la confiance et du respect afin de travailler ensemble.  <i>« Le care, c'est quand même de l'affectif mais de l'affectif, ce n'est pas les effusions, des embrassades (...) quelque chose dans l'affectif mais avec une certaine distance de toute façon »</i></p> <p><i>« Le care, c'est toujours dans faire attention aux compétences, mettre en valeur les compétences »</i></p> <p>Le care c'est de pouvoir apporter le construit professionnel nécessaire à une personne</p>
-------	---

Les cadres de santé interrogés semblent plus tournés vers le care, le prendre soin. Cela fait partie intégrante du rôle du cadre : *« Prendre soin de l'équipe fait partie de mon job »*. Les notions s'intégrant dans ce prendre soin sont vastes, allant de l'individu à l'environnement. Cependant, il inclut tout ce qui peut être fait de l'ordre de la communication, le respect, mais aussi toutes conditions matérielles pouvant assurer un bien-être au travail. *« Le care, c'est les mettre en situation confortable sur ce plan-là. C'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'incertitude ou pas trop. »*.

Le care s'intègre dans une notion de bienveillance, aussi bien paracerque *« c'est toujours dans faire attention aux compétences, mettre en valeur les compétences »*, mais il se rapproche aussi de la notion de « mère suffisamment bonne » décrite par Winnicott, vu précédemment, et qui va être la possibilité de donner aux équipes de remplir les vides afin d'assurer une continuité de stabilité psychique dans le travail : *« La manière que je vais prendre soin des équipes, c'est de les préparer à assumer le pire, assumer leur difficulté donc je ne les ménage pas et par contre de valoriser tout ce qu'elles font bien, tout le temps tout le temps tout le temps et de leur donner la parole en permanence. »*.

La notion de care passe aussi par ce qui est ressenti, l'empathie, *« Le care, c'est quand même de l'affectif mais de l'affectif, ce n'est pas les effusions, des embrassades (...) quelque chose dans l'affectif mais avec une certaine distance de toute façon »*

La plupart des cadres ont marqué la reconnaissance comme partie intégrante du care. La composante humaine et individuelle reste cependant marquée. Elle passe par l'individualisation des échanges, la personnalisation, mais aussi le respect. C'est pouvoir reconnaître la place de chacun au quotidien dans l'organisation. *« La reconnaissance, c'est oui, dans les choses qui sont très routinières et répétitives. Parce que sinon, je pense que la routine dans le sens négatif du terme, cela use. »*

Le respect passe aussi par de la disponibilité et de la bienveillance pour l'autre, le comprendre. L'instauration d'un dialogue est importante. Mais le cadre de santé n'est pas le seul garant de la reconnaissance. Cela passe par le regard de l'ensemble des acteurs, la valorisation par un pair du travail réalisé. Ainsi *« La reconnaissance, c'est de faire participer tout le monde, peut-être pas sur tous les sujets, mais un maximum de sujets. »*, le cadre n'étant que le relais permettant les échanges.

Dans le care et la reconnaissance nous avons une forte composante tournée vers l'humain. L'instauration d'une communication adaptée entre l'ensemble des acteurs est essentielle pour faire vivre ces deux valeurs. Le cadre de santé du fait de son positionnement doit permettre et favoriser ces échanges au sein de ses équipes.

#### **4.3.5 Des valeurs portées par l'institution**

Le cadre de santé s'implique aussi dans une politique d'établissement à travers laquelle il accompagne ses équipes. Il me semblait important de pouvoir replacer le cadre dans son environnement et de comprendre l'impact de sa structure sur son management.

Il me semblait important de comparer l'écart entre son accompagnement à l'équipe et ce qu'il perçoit de son établissement à travers ses valeurs. J'ai donc procédé comme pour la question 2 et la question 3 à l'analyse des réponses<sup>98</sup> en fonction de ce qui était dit, mais aussi à travers les champs sémantiques utilisés. L'ensemble a été regroupé dans le tableau suivant :

<b>QUESTION 6 : Y a-t-il des valeurs affichées par votre institution ? Quels impacts ont-elles sur votre management du quotidien ?</b>	
CDS 1	<p><i>« c'était aussi les chemins cliniques et le patient dans son parcours. Essentiellement, c'était vraiment ça. C'était l'autonomie, la bien-traitance de chacun dans l'accompagnement de ce patient et dans son parcours un peu compliqué ».</i></p> <p><i>« Maintenant, c'est porté par une pensée comptable. Alors, elle est nécessaire, parce qu'il y a eu beaucoup de gâchis. »</i></p> <p><i>« Il faut faire les preuves de sa plus-value et de son utilité en tant que cadre. »</i></p> <p><i>« Je trouve que l'hôpital est aussi très dynamique. »</i></p> <p><i>« (...) qui sont là aussi la preuve d'une attention particulière portée non seulement personnel de l'établissement, mais en plus le patient a forcément en bout de course le bénéfice de tout ce qui est réalisé »</i></p> <p>Mise en place d'un exemple décrivant l'implication de l'établissement de la prévention des risques psycho-sociaux</p> <p><i>« Moi, je trouve que c'est très rassurant de savoir qu'on n'a pas du tout fait le silence. »</i></p> <p><i>« La aussi, la gestion des risques psycho-sociaux, je trouve que le seul exemple que j'ai eu depuis le début était plutôt satisfaisant »</i></p> <p>Notions apparaissant dans le discours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie</li> <li>- Bientraitance</li> <li>- Participation (3 fois)</li> <li>- Communication (3 fois)</li> <li>- Projet</li> <li>- Fédérer (2 fois)</li> </ul>
CDS 2	<p><i>« Maintenant c'est décliné dans les services. On est en train de travailler sur les règles de fonctionnement du service. Et là-dedans, le premier thème c'était sur les valeurs ; où cet après-midi ça va être sur le projet médical »</i></p> <p><b>I</b></p> <p><i>« On voit plus le sens du travail qu'on a fait parce que là, je trouve que ça manque de respect, un manque de reconnaissant ... Si on a mis un effectif de cadre, c'est qu'il y avait bien une raison. »</i></p> <p><i>« Il n'y a pas de reconnaissance dans le métier. »</i></p> <p>A travers de nombreux exemple le cadre explique du manque de reconnaissance et de respect nuise au travail du cadre. Le cadre de santé est plus impliqué auprès de ses équipes pour les valoriser. Il revendique une autonomie qu'il transmet à ses collaborateurs.</p> <p>Notions apparaissant dans le discours</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie (2 fois)</li> <li>- Respect (2 fois)</li> <li>- Equipe (2 fois)</li> </ul>

<sup>98</sup>Voir Annexe VII : Résultat de la question 6 : Y a-t-il des valeurs affichées par votre institution ? Quels impacts ont-elles sur votre management du quotidien ?

CDS 3	<p>« Je pense que les valeurs qui sont affichées dans l'institution actuellement, ils ont de la bienveillance, le respect du patient, la charte du patient. Et dans mon management ben oui, c'est-à-dire que tout ce que je fais, tout ce que je fais est motivé par le fait que je suis garante de la qualité des soins donnés au patient. Le patient est ma priorité. »</p> <p>« T'as une composante, t'as une composante affective, t'as une composante économique, tu t'occupes de l'entretien des locaux, tu fais attention à tout, prendre soin des gens aussi, c'est prendre soin de leurs conditions de travail »</p> <p>Plusieurs exemples donnés par rapport à des agents, sur la compréhension d'une situation avec bienveillance avant d'être dans le jugement.</p> <p>Notions apparaissant dans le discours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienveillance (3 fois)</li> <li>- Respect</li> <li>- Travail avec l'humain</li> <li>- Personnalité</li> <li>- Perception de ce qui t'entoure</li> <li>- Notion d'éthique</li> </ul>
CDS 4	Tournée vers ses équipes, ce cadre de santé ne s'est pas intéressé aux projets d'établissement.
CDS 5	<p>« Actuellement, l'hôpital essaie, de mettre en place ou met en place la bientraitance voilà dans le management »</p> <p>« On est en train de voir ; si justement, ça va être partagé »</p> <p>« Justement pour avoir une base commune de valeurs et pour pouvoir nous faire redescendre à tous les niveaux à nos professionnels sur le terrain qui seront bien évidemment, on le pense, du coup bien traitants avec nos patients parce que c'est la finalité quand même. »</p>

L'implication au niveau de l'institution, reste mitigée au niveau des cadres de santé. Ce qui ressort le plus s'inscrit dans une notion de bienveillance et de bientraitance. Une réflexion et une participation à la politique de soin afin que ce puisse être diffusé au sein des équipes. « Justement pour avoir une base commune de valeurs et pour pouvoir nous faire redescendre à tous les niveaux à nos professionnels sur le terrain qui seront bien évidemment, on le pense, du coup bien traitants avec nos patients parce que c'est la finalité quand même. »

Une cadre ajoute même « (...) qui sont là aussi la preuve d'une attention particulière portée non seulement personnel de l'établissement, mais en plus le patient a forcément en bout de course le bénéfice de tout ce qui est réalisé » faisant le lien entre ce qui est proposé par l'établissement jusqu'au patients pris en soins par les équipes.

En effet, les cadres évoquant les valeurs de leur institution parlent de bienveillance, de respect et d'éthique. On retrouve une dimension soignante tournée vers le patient dans laquelle se retrouve le cadre de santé. « Je pense que les valeurs qui sont affichées dans l'institution actuellement, ils ont de la bienveillance, le respect du patient, la charte du patient. Et dans mon management ben oui, c'est-à-dire que tout ce que je fais ».

Certain cadre évoque même une évolution dans la communication et l'échange, permettant de faire avancer des sujets délicats, comme la discrimination ou le harcèlement, pour permettre de développer une qualité de vie au travail, tournée vers la bienveillance et la bien traitance. « La aussi, la gestion des risques psycho-sociaux, je trouve que le seul exemple que j'ai eu depuis le début était plutôt satisfaisant »

Cependant s'intrique des valeurs économiques au niveau institutionnel, qui bien qu'ils en aient conscience, n'apparaît pas de prime abords dans les valeurs du cadre : « Maintenant, c'est porté par

*une pensée comptable. Alors, elle est nécessaire, parce qu'il y a eu beaucoup de gâchis. ». « Il faut faire les preuves de sa plus-value et de son utilité en tant que cadre. ».*

De plus certain cadre ne se sentent pas reconnu et valorisé dans leur activité et dans leurs missions, ne comprenant pas les valeurs institutionnelles. *« On voit plus le sens du travail qu'on a fait parce que là, je trouve que ça manque de respect, un manque de reconnaissant ... Si on a mis un effectif de cadre, c'est qu'il y avait bien une raison. »*

## 5 SYNTHÈSE

### 5.1 Retour sur mon hypothèse

Mon hypothèse de recherche était la suivante :

**Dans un souci d'authenticité, l'identification des valeurs communes peuvent être un outil stratégique du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes.**

À travers ma recherche théorique et mes entretiens menés auprès de cadres de santé, j'ai exposé les notions de valeur et d'authenticité dans le management.

Animée par des valeurs, permettant de donner du sens à leur activité, les pratiques managériales sont fondées sur l'observation des personnes, l'analyse de son environnement, ainsi que l'interaction entre tous ces éléments. En fonction des situations rencontrées, le cadre de santé adapte son mode de management.

La première partie de mon hypothèse s'interrogeait sur les valeurs du cadre de santé. Inscrite dans la continuité d'une identité professionnelle, les cadres de santé accompagnent les équipes et chaque individu qui la compose avec comme objectif la sécurité et la qualité des soins. Il articule l'ensemble autour de projets, de choix et de décisions pour permettre de créer et fédérer une dynamique d'équipe positive. Or, les valeurs ne sont pas un moyen en soi, mais elles permettent de donner du sens dans le travail demandé. Au-delà de cela, le partage des valeurs permet de créer une identité de groupe, une cohésion, un construit ensemble, où chacun peut se retrouver et s'identifier.

Ma seconde partie de mon hypothèse s'intéressait à l'authenticité, permettant au cadre de santé de garder une même ligne directrice. Elle permet dans un premier temps de pouvoir d'être en accord avec soi-même, mais aussi d'accompagner les équipes avec justesse. L'authenticité permet une réflexivité sur ses propres pratiques, mais aussi dans le management des équipes.

Le retour vers mon hypothèse de départ me permet de considérer aujourd'hui le cadre comme un guide pour les professionnels de l'équipe qu'il encadre. Dans les différents domaines d'activités, le cadre se positionne au centre de l'organisation de travail, pivot entre la hiérarchie et les professionnels de terrain.

Grâce à son organisation, il articule la réalisation du travail selon les valeurs partagées établies en permettant aux professionnels de collaborer, d'adopter une posture réflexive et de s'épanouir dans la réalisation de leur travail.

Adapter son type de management semble être l'expression d'une authenticité, permettant dans un premier temps au cadre de santé d'être en cohérence avec ses valeurs, mais permet d'accompagner et de créer à plus long terme une dynamique d'équipe positive avec des projets et objectifs communs. Néanmoins, le cadre de santé, pivot entre les équipes de soins et sa hiérarchie, doit s'inscrire dans une politique d'établissements. Il semble cependant plus délicat pour les cadres de santé de porter des projets dans lesquels ils ne se retrouvent pas avec leur valeur. Ils doivent à ce moment-là user d'adaptabilité et de stratégie pour accompagner leurs équipes vers ces projets.

### 5.2 Perspectives professionnelles

Dans le souci d'une construction professionnelle positive, et une notion de bien-être au travail, me permettant une motivation et un investissement dans mon rôle de cadre, je me suis questionné sur ce qui était important dans ma pratique quotidienne.

Le travail de recherche que j'ai entrepris pour écrire mon mémoire a été très enrichissant et m'a permis de mieux comprendre les attentes et les attitudes des professionnels que j'ai été amenée à encadrer dans le passé. Dans ma future pratique professionnelle, ce travail aura des répercussions.

Je serai encore plus vigilante aux interactions qui se jouent dans l'équipe et aux ressources pour adapter mon mode de management.

Après mon diplôme de cadre de santé, je vais réintégrer les Hôpitaux de Saint-Maurice. Grâce à ma formation d'infirmière, mon expérience dans différents services de psychiatrie, mais aussi en gériatrie en tant que faisant fonction de cadre, je suis en mesure d'organiser un service pour permettre une bonne articulation des professionnels.

Cette année de formation m'a permis de mieux comprendre les missions du cadre de santé et de réfléchir sur ma position en tant que telle.

Prendre le temps de faire connaissance avec l'équipe, comprendre les interactions entre chacun, leurs compétences et leurs capacités me paraît essentiel pour construire des projets adaptés. Effectivement, mes observations de l'équipe et du fonctionnement global me permettront de comprendre l'organisation et les enjeux. Je pourrai ainsi mettre en place une communication adaptée et une organisation du travail en accord avec mes propres valeurs tout en gardant une position entre les membres de l'équipe et la hiérarchie.

Il me semble important d'échanger régulièrement les informations concernant les orientations du service, les difficultés et remarques éventuelles avec la hiérarchie, permettant un échange constructif et une coordination adaptée en lien avec mes valeurs.

Au sein même des équipes, je favoriserai l'organisation de réunions pluridisciplinaires dans le but de favoriser une dynamique d'équipe positive. L'échange de points de vue et de valeurs pourra permettre de trouver ou construire des valeurs communes, permettant à chacun de s'identifier au sein même du groupe. Permettre à tous les collaborateurs de s'exprimer favorisera le sentiment d'appartenance, mais aussi permettra à tous de se sentir impliqué.

S'interroger sur les pratiques professionnelles et les difficultés rencontrées me semble important pour comprendre et donner du sens au travail, mais permet aussi d'accompagner dans une montée en compétence et la professionnalisation. Chacun doit être en accord avec ses propres valeurs.

Favoriser la collaboration de l'ensemble des acteurs de soins en valorisant les compétences individuelles et en provoquant leur créativité permettra une reconnaissance de chacun.

Il me semble aussi essentiel de pouvoir accompagner les jeunes professionnels, ainsi que les stagiaires dans la construction de leur identité professionnelle. Pouvoir les accompagner et assurer une formation de qualité en leur permettant d'acquérir une réflexivité

De nombreux axes peuvent être construits autour de de l'accompagnement des professionnels, à travers les valeurs, comme la bienveillance, le prendre soin, l'autonomie, permettant une reconnaissance, la montée en compétence et l'implication de tous.

## 6 LIMITES ET APPORT DE MON MEMOIRE

### 6.1 La rédaction

Lors de la rédaction du mémoire, je me suis retrouvée face à mes difficultés d'écriture. En effet, organiser, formuler et faire le lien par écrit de mes idées n'a pas été simple, je me suis retrouvée face à des difficultés de syntaxe mais également d'orthographe.

Comprendre la méthodologie, déterminer les différentes étapes d'élaboration, prendre le temps d'organiser ma pensée n'a pas été chose aisée dès le début. Je voulais toujours aller trop vite, cherchant la conclusion à atteindre avant de me questionner sur le fond du sujet.

La rédaction de ce mémoire m'a permis de comprendre les étapes dans le cadre d'une recherche afin d'organiser ma pensée, en adaptant les techniques appropriées pour y parvenir. J'ai alors pu apprendre et identifier la méthode me correspondant le mieux afin de structurer mes idées.

### 6.2 Le cadre conceptuel

Lors de mes recherches autour de ma situation de départ, les champs d'investigations étaient nombreux, et j'ai eu une difficulté à orienter mes recherches. Faire le tri de toutes mes lectures, et orienter de façon plus organisée mes recherches m'a demandé un effort de synthèse. Avec le recul et notamment avec la rédaction de la bibliographie, je me suis rendu compte que, même si toutes mes lectures avaient un intérêt, je ne les ai pas toutes dans le cadre de conceptuel. Cependant, toutes ces lectures ont contribué à l'enrichissement et à l'épanouissement de mon développement professionnel.

J'ai pu réutiliser les lectures pour comprendre des situations complexes vécues, me permettant ainsi de prendre du recul avec ma pratique professionnelle, mais aussi pour la compréhension de cours à l'ESM ou à l'université.

Au cours de la recherche de ces lectures, la difficulté a été de les orienter vers les concepts-clés nécessaire à la compréhension de ma problématique, mais aussi nécessaire au cadre de ma recherche. Le concept sur les représentations sociales a été le plus complexe à étudier, car peut d'auteurs ont écrit sur le sujet. Cependant, par le biais de connaissances, j'ai pu échanger avec des personnes ayant déjà utilisé et manié ce concept.

Un autre point frustrant a été de ne pas pouvoir aller au-delà de mes lectures, notamment la lecture des ouvrages dans leur intégralité. En effet, pour certains livres, même si l'intégralité pouvait être un enrichissement personnel, mais aussi pour ma pratique professionnelle, j'ai dû faire un choix orienté spécifiquement vers les thèmes abordés dans ce mémoire, lié en partie avec une gestion du temps. J'ai investi dans certains ouvrages, me permettant par la suite de pouvoir me replonger dedans afin d'enrichir mon raisonnement professionnel. Mon choix se tourne particulièrement vers les ouvrages de Walter HESBEEN que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de conférences organisées par mon établissement, et qui de par son parcours professionnel et ses recherches ont redéfini la dimension humaine dans les relations sociales.

J'envisage par la suite de pouvoir reprendre la lecture de certains ouvrages, notamment l'ouvrage sur « Le cadre de proximité : un métier au cœur du soin », mais également de Roger MUCCHIELLI sur « La dynamique des groupes », qui me permettent de continuer le travail de réflexion autour de la posture cadre, mais aussi dans la compréhension des enjeux qui peuvent se jouer au sein des équipes que je serai amenée à manager. J'ai pu, à travers la recherche de mon cadre conceptuelle, mais aussi au grès des entretiens que j'ai mené, constater que les valeurs étaient essentielles pour une bonne cohésion du groupe, et qu'un bon soignant, quel qu'il soit, s'il ne s'identifie pas à l'ensemble du groupe, pourra se retrouver exclu. Mon année de formation, et la réalisation de ce mémoire m'ont fait prendre conscience que le cadre de santé, du fait de son apprentissage, mais

aussi son expérience, a la connaissance de la culture diffusée au sein de son équipe, mais qu'il en est aussi le moteur.

### 6.3 Les entretiens

Il me semblait intéressant dans le cadre de ma recherche de pouvoir interroger un plus grand nombre de cadres de santé dit de « proximité » afin d'avoir une vision plus large du positionnement du cadre à travers ces valeurs. Il était nécessaire pour moi de rencontrer des personnes que je ne connaissais pas, permettant de lever le filtre du partage de valeurs communes, et le risque d'influencer leur réponse à travers un vécu commun.

La difficulté a été d'entrer en contact avec les différents cadres, se faisant principalement par messagerie électronique. Le délai de réponse, leur disponibilité et leur positionnement face à l'accord hiérarchique était aléatoire. Cette difficulté s'est rencontrée aussi face à certaines directions des soins pour avoir leur accord, mais aussi par le fait qu'elle souhaitait diffuser le questionnaire auprès des cadres à rencontrer, ce qui aurait biaisé le côté spontané de la réponse.

Le fait d'avoir interrogé 5 cadres ne me permet pas d'avoir une analyse objective des pratiques de terrain, mais m'a permis de mettre en place une méthodologie, de la tester, de me rendre compte des difficultés ou des axes à améliorer, pour éventuellement avoir la possibilité de construire une recherche plus étendue. Cependant, je ne cherche pas à faire une étude quantitative, mais qualitative, me permettant, au-delà de la représentation sociale, de pouvoir travailler sur les propos des cadres interrogés.

Il aurait pu être intéressant que je développe peut-être plus le parcours professionnel de chaque cadre, ayant vu que les valeurs s'enrichissent d'un service à un autre pour être reconnus dans au sein d'une équipe. Les parcours variés et différenciés des cadres interrogés leur ont permis de développer leurs propres valeurs, répondant à un moment précis de leur carrière à une norme de groupe.

Par ailleurs, il aurait été sûrement judicieux de pouvoir rencontrer des soignants, mais aussi des personnes s'inscrivant dans la direction des soins, afin d'évaluer l'impact et le vécu des valeurs aux différentes missions confiées dans un établissement de santé. Leur point de vue, au cœur du métier, ou à distance du terrain, aurait certainement apporté des éléments nécessaires à la compréhension des enjeux et rapports qui se jouent notamment avec le projet institutionnel et le projet de soins de l'établissement. J'ai cependant orienté mes recherches vers les cadres de santé de proximité, compte tenu du fait que j'exercerai très prochainement cette fonction.

Une autre limite de ma recherche est que je l'ai uniquement ciblée sur les établissements publics de santé. On doit y retrouver des valeurs, d'équité, d'égalité propre au service public. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer s'il existe une réelle différence dans un milieu soignant entre structure privée et publique et si cela avait un impact sur le management.

Les professionnels que j'ai rencontrés se sont montrés dans le partage et l'échange, soucieux de pouvoir transmettre leur expérience et que cette dernière puisse faire l'objet de recherches d'un mémoire. J'ai eu, au-delà des non-réponses ou des réponses tardives qui en me permettaient plus d'avoir assez de temps pour les analyser, des retours négatifs, évoquant des difficultés professionnelles, ne permettant pas de prendre le temps de me recevoir. Pour aller plus loin dans ma recherche, il me paraissait intéressant de pouvoir rencontrer des cadres de santé en difficulté, et de comprendre leur positionnement par rapport à leur valeur, leur équipe et l'institution.

Au niveau de la conduite des entretiens, une des limites a été le côté peu conventionnel de commencer par le fait de demander une liste de mots. En effet, j'ai eu l'impression que certains se retrouvaient en difficulté. Bien que dans mon résultat, j'ai retrouvé une certaine cohérence, le mot inducteur n'était peut-être pas le plus approprié. De plus plusieurs ont été en difficulté quand il a

fallu redonner des mots, mais en s'imaginant qu'il s'agissait de s'exprimer à la place de quelqu'un d'autre. Ainsi, certains détournent la question par un « c'est à eux qu'il faudrait demander ».

Une autre des limites de mon questionnaire a été la question 5, sur la notion de care et de reconnaissance. En effet, ce ne sont pas des notions qui avaient été spécifiquement évoquées en ces termes au cours des entretiens, et le fait de proposer les deux dans une même question a été un frein pour développer les deux. En effet, j'ai eu le sentiment que le cadre de santé interrogé s'orientait vers la notion avec laquelle il avait le plus d'affinité. Bien qu'orientée, je me pose la question de la pertinence de cette question dans mes entretiens. Elle introduit des notions non formulées par les personnes interrogées, et la richesse des réponses aux questions précédentes m'auraient permis d'ouvrir et d'approfondir des notions caractérisées par le cadre au cours de l'entretien.

Au cours des entretiens, j'ai eu peu d'interruption, ces derniers ayant eu peu d'incident sur le bon déroulé de l'entretien, mais malgré le fil conducteur établi à l'aide de mon questionnaire, il m'est apparu insatisfaisant. En effet, respecter strictement la grille d'entretien m'a semblé compliqué retirant la spontanéité à l'échange. Sans cette grille, je suis cependant consciente que j'aurai eu vite fait d'explorer des sujets en dehors de mon cadre de recherche.

## CONCLUSION

A l'aube d'intégrer une nouvelle fonction d'encadrement auprès d'une équipe de soin en milieu hospitalier, ce mémoire d'initiation à la recherche, empreint de théorie et de réflexion c'est avéré riche pour la construction de ma future identité professionnelle.

Réfléchir sur les valeurs de notre métier, et le positionnement du cadre de santé à travers son rôle m'ont permis de faire un état des lieux pour la compréhension de mon futur environnement de travail en perpétuel changement. La dynamique de groupe, c'est-à-dire les interactions entre chaque acteurs, répondant à des règles spécifiques et une reconnaissance individuelle au sein du groupe doit pouvoir être connu du cadre de santé pour adapter son management en cohérence avec ses valeurs et les valeurs institutionnelles.

Mon questionnement c'est naturellement tourné vers l'implication des valeurs et l'authenticité du cadre dans son management. En effet, dans un contexte sociétal, où les risques psychosociaux ne semblent plus épargner les cadres de santé, il me semblait pertinent de comprendre comment il était possible de donner du sens à notre travail, en restant en accord avec soi-même. C'est ainsi que ma recherche c'est orienté vers les valeurs et l'authenticité à travers le management des équipes de soins.

Ce travail n'a pas pour vocation d'apporter des réponses, mais une réflexion sur la nouvelle fonction qui s'ouvre à moi. Le rôle du cadre de santé implique responsabilité et exigence, entre équipe de soins et direction, qui ne semble pas toujours, d'un premier abord, évident à mettre en œuvre. En effet, le cadre de santé, garant de la qualité et la sécurité des soins, n'en est pas moins le pilier de communication, un leader, un guide, un diplomate, et la liste semble longue...

Mon ressenti au terme de ce travail, c'est que le cadre de santé doit adapter son management en fonction de l'environnement et de la dynamique d'équipe dans lesquelles il évolue. Ses valeurs, la perception qu'il a de ce qui l'entoure, allant de l'équipe, à l'institution en passant par le pôle, font partie prenante de ses choix, consciente ou non, lui permettant de construire sa posture managériale.

Enfin ce travail m'a permis de m'enrichir de l'expérience de cadres de santé, mais aussi de rencontrer d'autres professionnels permettant de m'ouvrir sur des nouveaux savoirs. Notre filière de base dont nous sommes issus, a développé des valeurs professionnelles fortes, et l'objectif de prendre soin se tourne désormais vers l'équipe, tout comme elle prend soin du patient.

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrage

ABRIC J-C, Coopération, compétition et représentations sociales, 1987, p 64.

Abric J-C. Méthodes d'étude des représentations sociales. Ramonville Saint-Agne, Eres ; 2003. 295 p.

Abric J-C, Pratiques sociales et représentations, les représentations sociales : aspects théoriques, Ed. PUF, Paris, 1997, p. 25

Anzieu D. et Martin J-Y. (2004), La dynamique des groupes restreints, Paris : Presses Universitaires de France,

Bernoux P. La sociologie des organisations : Initiation théorique suivie de douze cas pratiques. 6e édition revue et corrigée. Paris : Points ; 2014. 466 p.

Bonardi C., Roussiau N., Les représentations sociales, Ed. Dunod, les topos, Paris, 1999, p 25

Bourret P.. Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible. Editions Seli Arslan. Paris. 2006, 238 p

Cauvin P. La cohésion des équipes. Paris : ESF éditeur, p. 9

Claude J-F. Le management par les valeurs : L'appartenance à l'entreprise a-t-elle encore un sens ? 2e éd. Rueil-Malmaison : Liaisons ; 2003. 272 p.

Collectif, Abric J-C. Pratiques sociales et représentations. Paris : Presses Universitaires de France - PUF ; 2016. 312 p.

Crozier M, Friedberg E. L'Acteur et le système. Les Contraintes de l'action collective. Paris : Points ; 2014. 512 p

Gueguen C. Vivre heureux avec son enfant. Paris : Pocket ; 2017. 312 p.

Guimelli, La pensée sociale, Edition PUF/que sais-je, Paris, 1999, p 67.

Hesbeen W, Gueibe R, Dupuis M. L'éthique du management et de l'organisation du système de soins. 1re éd. Paris : SELI ARSLAN ; 2015. 224 p.

Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Elsevier Masson ; 2011. 209 p.

Hesbeen W. Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin. Elsevier Masson 2011

Jodelet D, Collectif. Les représentations sociales. Paris : Presses Universitaires de France - PUF; 2003. 447 p.

Jodelet D. sous la direction de S. MOSCOVICI, Psychologie sociale, Édition PUF/Quadrige Manuels, 1984, p. 373.

Jodelet D., Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, sous la direction de MOSCOVICI S., Paris, PUF, Le psychologue, 1997, p 362.

Jodelet D., Les représentations sociales, Paris, PUF, 1989, p31.

Jodelet D, Kalampalikis N. Représentations sociales et mondes de vie. Paris : Editions des archives contemporaines ; 2015. 385 p.

Maela P, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, l'Harmattan, 2004, p.153.

Mannoni P. Les représentations sociales. 7e édition. Paris : Presses Universitaires de France - PUF; 2016. 128 p.

Marc E. Psychologie de l'identité - Soi et le groupe. Paris ; Bagneux : Dunod; 2005. 264 p.

Masson P. - Manager humaniste - Paris : Editions d'Organisation, 2004.

Mintzberg H, Romelaer P. Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre. 2e édition. Paris : Editions d'Organisation ; 2006. 283 p.

Moliner P, Guimelli C. Les représentations sociales : Fondements historiques et développements récents. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble ; 2015. 139 p.

Moscovici S., La psychanalyse, son image et son public, Paris, PUF, 1984 p 10-11.

Mucchielli R. Le travail en équipe. Paris : ESF éditeur. 1996, p 6  
Paycheng O, Szerman S. L'éthique dans les soins : De la théorie à la pratique, Cas concrets. Thoiry : Heures de France ; 2001. 192 p.

Rouquette M-L. et Rateau P., Introduction à l'étude des représentations sociales, Presses Universitaires de Grenoble, 1998.

Svandra P. (2009).- Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.- Paris : Seli Arslan.

Svandra P. (2009).- Le soignant et la démarche éthique.- Paris : Estem.- Chapitre 6.

Thevenet M. Quand les petits chefs deviendront grands. Paris : Edition d'Organisation ; 2004. 179 p.

Tissier D. Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation. Paris : Editions Insep Consulting, 2001, p41à65

Valence A. Les Représentations Sociales. Bruxelles : De Boeck ; 2010. 174 p.

Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1989. 464 p.

## Dictionnaires

Collectif. Petit Larousse illustré 2010. Paris : LAROUSSE ; 2009. 1814 p.

Picoche J. Dictionnaire d'étymologie du français. New Edition. Paris : Le Robert ; 2015. 864 p.

Picoche J. Dictionnaire d'étymologie du français. New Edition. Paris : Le Robert ; 2015. 864 p.

## Articles

ARNAUD Stéphanie, Le management humaniste : Enjeux, outils et obstacles, Revue internationale de Psychosociologie, 2008/34 Vol. XIV, p 210

Durand C : « le rôle des valeurs dans l'activité de soins », article de [cadredesante.com](http://cadredesante.com) du 15 octobre 2007- [cadredesante.com](http://cadredesante.com) [Internet]. (Consulté le 28 février 2017). Disponible sur : <http://cadredesante.com/spip/profession/sante/Le-role-des-valeurs-dans-l>

Estryn-Behar M, Négri J-F, Le Nézet O. Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. Droit, Déontologie & Soins. septembre 2007;7(3):308-27.

Galand C, Salès-Wuillemin É. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. Sociétés. 15 mars 2010;(105) : p 35-44. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-societes-2009-3-page-35.htm>

Glée C, Beyer FM. Manager sans perdre son âme. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels. 7 juin 2012; XVIII(45):251-73.

Lecomte J. Raison de vivre Raison d'agir [Internet]. Sciences Humaines. (Consulté le 28 février 2017). Disponible sur : [https://www.scienceshumaines.com/raison-de-vivre-raison-d-agir\\_fr\\_9529.html](https://www.scienceshumaines.com/raison-de-vivre-raison-d-agir_fr_9529.html)

Loriot M. - Ethique et soins en milieu hospitalier : Un regard sociologique - (consulté le 17 février 2017). Disponible sur : [https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/702612/filename/Ethique\\_et\\_soins\\_en\\_milieu\\_hospitalier.pdf?frbrVersion=3](https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/702612/filename/Ethique_et_soins_en_milieu_hospitalier.pdf?frbrVersion=3)

Péoc'h N, Ceaux C. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... Recherche en soins infirmiers. (108):53-66.

Pham Quang L. Construire au quotidien des valeurs communes. Espace éthique AP-HP [la lettre], dossier spéciale « fin de vie et pratiques soignantes, n°9-10-11 automne-Hiver 1999/2000

Stanislas J.-L.. Manager selon le « care » : de quoi parle-t-on ? (Partie 1/3) [Internet]. managersante.com. (Consulté le 20 mars 2017). Disponible sur : <https://managersante.com/2017/01/20/%ef%bb%bfmanager-selon-le-care-partie-13/>

Stanislas J.-L. Manager selon le « care »: de quoi parle-t-on ? (Partie 2/3) [Internet]. managersante.com. 2017 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <https://managersante.com/2017/02/13/manager-selon-le-care-de-quoi-parle-t-on-partie-23/>

Stanislas J.-L... Manager selon le « care » : de quoi parle-t-on ? (Partie 3/3) [Internet]. managersante.com. 2017 (consulté le 20 mars 2017). Disponible sur : <https://managersante.com/2017/03/17/manager-selon-le-care-de-quoi-parle-t-on-partie-33/>

Stanislas J.-L. De l'individu à la personne : valeurs, vertus et principes, un détour par les concepts (Partie 1/2) [Internet]. managersante.com. 2017 (consulté le 4 avril 2017). Disponible sur : <https://managersante.com/2017/04/03/de-lindividu-a-la-personne-valeurs-vertus-et-principes-un-detour-par-les-concepts-partie-12/>

Venaut F., Donner du sens aux valeurs soignantes - cadresante.com [Internet]. (Consulté le 1 mars 2017). Disponible sur : <http://www.cadresante.com/spip/profession/pedagogie/Donner-du-sens-aux-valeurs>

VIAL M., Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser, Soins Cadres, n° 53.- février 2005.- pp. 29-30.

## Rapports et circulaires

Métier : Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales [Internet] (consulté le 20 mars 2017). Disponible sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>

DE SINGLY C. (2009). - Rapport de la mission cadre hospitalier. (Consulté le 20 mars 2017). Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf)

Vademecum\_loi\_HPST.pdf [Internet]. (Consulté le 5 mars 2017). Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf)

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

Art. L6112-1 du code de la santé publique site Légifrance.

Art. L.6112-3 du code de la santé publique site Légifrance.

Art. L. 1110-2.LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

Art. L. 1110-7.LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002

Haute Autorité de Santé, Manuel de certification des établissements de santé V2010, \_janvier2014.pdf. (Consulté 8 mars 2017). Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf).

Projet d'établissement global 2015/2019 – AP-HP - Paris. (Consulté 13 février 2017). Disponible sur : <http://www.aphp.fr/file/678/download?token=IsM4sgbU>

ANESM - Bienveillance.pdf - reco\_bienveillance.pdf – Juin 2008 (consulté le 9 mai 2017). Disponible sur : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bienveillance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf)

HAS - manuel\_v2010\_janvier2014.pdf [Internet]. (consulté le 8 mars 2017). Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)

## **Apports théoriques**

Svandra P. – Cours de la préparation au concours d'entrée à l'IFCS – Ethique, déontologie et droit – Saint-Anne Formation – Paris - le 6 novembre 2015

Chapalin H.- Une histoire des cadres de santé : d'hier à demain – . Enseignement. Institut de Formation des Cadre de Santé du 9 septembre 2016 – Ecole Supérieure Montsouris Créteil – Formation Cadre de Santé – Année 2016 – 2017

Le Gal M.- Introduction à la notion de compétence - Enseignement. Institut de Formation des Cadre de Santé du 14 septembre 2016 – Ecole Supérieure Montsouris Créteil – Formation Cadre de Santé – Année 2016 – 2017

Le Bastard V. : Fédérer l'équipe autour d'un projet – la stratégie des alliées - Enseignement. Institut de Formation des Cadre de Santé du 15 décembre 2016 – Ecole Supérieure Montsouris Créteil – Formation Cadre de Santé – Année 2016 – 2017

Dumond J.P. – GRH - Enseignement Master « Management des organisations de santé ». Université Paris-Est Créteil - Année 2016-2017.

Dumond J.P. – Théories de l'action organisée - Enseignement Master « Management des organisations de santé ». Université Paris-Est Créteil - Année 2016-2017.

Le Gal M. – Gestion des organisations soignantes - Enseignement Master « Management des organisations de santé ». Université Paris-Est Créteil - Année 2016-2017.

Farnault P. – Analyse et développement des pratiques d'encadrement - Enseignement Master « Management des organisations de santé ». Université Paris-Est Créteil - Année 2016-2017

## TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien exploratoire auprès des cadres de santé

ANNEXE II : Légende utilisées dans l'analyse des différents entretiens

ANNEXE III : Résultat de la question 2 : Y a-t-il des valeurs soignantes que vous pensez transposables dans le management d'une équipe ?

ANNEXE IV : Résultat de la question 3 : Pouvez-vous décrire votre mode de management ? Qu'est-ce qui est fondamental pour vous, qu'est-ce qui fait qu'on est un bon manager ?

ANNEXE V : Résultat de la question 4 : Pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous êtes sentie à l'aise auprès de votre équipe ?

ANNEXE VI : Résultat de la question 5 : Pour vous qu'est-ce que le « care » ? La reconnaissance ? Quelle est la place leur donnez-vous dans votre travail au quotidien ?

ANNEXE VII : Résultat de la question 6 : Y a-t-il des valeurs affichées par votre institution ? Quels impacts ont-elles sur votre management du quotidien ?

## **ANNEXE I :**

Guide d'entretien exploratoire auprès des cadres de santé

## Guide d'entretien (Avril 2017)

### Données générales :

Âge :.....

Année de diplômes :.....

Parcours professionnel/filière :.....

Arrivée dans l'hôpital et postes occupés : .....

Constitution de l'équipe :

**Question 1** : Sans réfléchir, si vous deviez-décrire votre (vos) équipe(s) en 5 mots, lesquels seraient-ils ?

-.....

-.....

-.....

-.....

-.....

*Hiérarchiser*

### Discussion

**Question 2** : Y a-t-il des valeurs soignantes que vous pensez transposables dans le management d'une équipe ?

**Question 3** : Pouvez-vous décrire votre mode de management ? Qu'est-ce qui est fondamental pour vous, qu'est-ce qui fait qu'on est un bon manager ?

**Question 4** : Pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous êtes sentie à l'aise auprès de votre équipe ?

**Question 5** : Pour vous qu'est-ce que le « care » ? La reconnaissance ? Quelle est la place leur donnez-vous dans votre travail au quotidien ?

**Question 6** : Y a-t-il des valeurs affichées par votre institution ? Quels impacts ont-elles sur votre management du quotidien ?

*Possibilité au cours de l'entretien de poser des questions visant une clarification et/ou une exploration plus précise des propos ou des représentations de la personne.*

**Question 7** : Comment vos collègues qualifieraient-ils votre(vos) équipe(s) en 5 mots ?

-.....

-.....

-.....

-.....

-.....

## Guide d'entretien

### Grille de compréhension : ce que je cherche à savoir

**Données générales :** pouvoir resituer la personne interrogée dans son contexte et prendre en considération son unicité en lien avec les spécificités de son parcours, de son environnement et son expérience dans la fonction

**Question 1 :** première approche de la structure de la représentation sociale

#### Discussion

**Question 2 :** Je cherche à savoir si des valeurs professionnelles sont transposables au management, dans l'idée de favoriser une identification de la part des équipes vis-à-vis du cadre, mais aussi si les valeurs professionnelles de la fonction soignante sont transposables et donc véhiculées. (ex : sur lesquelles s'appuient l'accueil, le soin et ou l'accompagnement des malades, des familles)

**Question 3 :** Je cherche à connaître comment le cadre de santé manage son (ses) équipe(s), quelles sont ses actions, à travers quels principes et valeurs il se reconnaît dans son rôle.

**Question 4 :** Je cherche à cibler, à travers toute l'activité du cadre, qu'est-ce qui motive le cadre dans son management d'équipe, indirectement, je recentre sur les valeurs principales.

**Question 5 :** je cherche à savoir si les valeurs du prendre soin et de la reconnaissance de l'autre issue de la pratique soignante font sens dans le management.

**Question 6 :** Je cherche à savoir si le cadre de santé connaît les valeurs de l'institution dans laquelle il travaille et comment cela se répercute dans son travail au quotidien, si un lien est fait entre les principes institutionnels et le travail des équipes. (les axes de travail les dernières années dans l'établissement)

**Question 7 :** Recherche de la zone muette du noyau central. Permet de réduire le niveau d'implication du sujet. Avec un rapprochement avec la question 1, permettant de comprendre la part inconsciente d'une cohésion entre ce qui est dit et ce qui est « pensé ». (Notion d'authenticité)

## **ANNEXE II :**

Légende utilisée dans l'analyse des différents entretiens

J'ai utilisé un code couleur pour repérer plus facilement les différentes notions apparaissant au cours des entretiens.

En gras italique : ***ce qui est de l'ordre du directif***

Notion de complexité

**Notion de projet**

Notion de respect.

Notion d'autonomie

Notion d'équipe, de partage.

équipe.

Notion de confiance

Notion de bienveillance

Notion de communication

### **ANNEXE III :**

Résultat de la question 2 : Y a-t-il des valeurs soignantes que vous pensez transposables dans le management d'une équipe ?

## QUESTION 2 : Y a-t-il des valeurs soignantes que vous pensez transposables dans le management d'une équipe ?

*Je cherche à savoir si des valeurs professionnelles sont transposables au management, dans l'idée de favoriser une identification de la part des équipes vis-à-vis du cadre, mais aussi si les valeurs professionnelles de la fonction soignant sont transposables et donc véhiculées. (ex : sur lesquelles s'appuient l'accueil, le soin et ou l'accompagnement des malades, des familles)*

### CDS 1

Le respect. Le respect de la dignité, le respect de l'autonomie et cetera de façon générale  
La solidarité.

La solidarité, la tolérance et cetera, la bienveillance

Et puis de la différence : Oui. C'est vraiment accueillir l'erreur, accueillir les débuts, accueillir tout un tas de moments et de situations et cetera avec un œil bienveillant

La solidarité : C'est-à-dire en fait, une sorte d'équilibre mais vraiment constante et qui... Constante et puis alternative et cetera.

Chacun sait qu'il peut donner parce que c'est une sorte d'équilibre

si une personne arrive à se débloquer ou arrive à donner un petit peu d'elle pour faire bouger une situation qui est bloquée immédiatement après, chacun, tous de l'équipe savent qu'ils peuvent compter les uns sur les autres.

Une notion importante en fait, qu'ils aient tous en tête que ça doit être nécessairement équilibrée. Et donc, solidaires.

**Solidarité entre cadre** existe, elle existe forcément « Plus on est proche, j'aurais dit, qu'on se connaît et qu'on peut partager... Bon, avec David, par exemple, j'ai l'impression qu'elle est importante, cette solidarité. Et puis, elle s'éloigne géographiquement, ne serait-ce que dans les lieux, et plus elle est, moins elle est immédiatement perceptible. On peut se dire que même si elle est lointaine, on pourra peut-être compter sur le collègue, mais c'est moins évident que juste avec notre petit binôme. *proximité géographique.*

Oui, exactement, je trouve. Je trouve qu'elle est un peu calqué sur la proximité géographique.

### CDS 2

C'est l'esprit d'équipe.

Ah oui, l'esprit d'équipe aussi bien au niveau de l'encadrement qu'au niveau des équipes, des collaborateurs ; d'ailleurs...

oui, un esprit d'équipe et c'est important parce qu'on est là pour le patient. Et il faut que chacun sache que c'est pour le patient qu'il est là.

Donc, pour ce patient, il faut qu'on travaille en bonne intelligence pour que chacun trouve sa place ; que chacun se sente écouté parce que je mets beaucoup de temps à aller voir les uns et j'observe beaucoup.

Et quand il y a un des membres de l'équipe qui ne va pas bien, je le sens et régulièrement, j'essaie de comprendre en prenant de côté ou savoir ce qui va, ce qui se passe.

Donc, il y a cet esprit d'équipe qui est vraiment primordial.

Oui, Le cadre doit savoir observer, connaître son équipe. Il faut une bonne connaissance de son équipe. Et pour connaître son équipe c'est trouver du temps

par exemple l'évaluation annuelle, je crois que c'est un temps aussi précieux parce qu'on sort un peu de... puisqu'on fait... on contrôle régulièrement et à la fin de l'année quand on prend ce temps pour faire l'évaluation annuelle, c'est aussi parler d'autres choses que du travail parce que nous, comme nos collaborateurs, il n'y a pas que le travail ; il y a le travail et puis il y a la vie qu'on a à l'extérieur du travail et l'esprit d'équipe.

### CDS 3

Ah bah oui, bien sûr que tu transposes des valeurs soignantes. Pour moi, c'est déjà euh... les valeurs c'est euh... Alors comment je pourrais l'exprimer ? On est soignante avant tout donc, pour moi, on est forcément déjà euh... on prend soin des gens, on est bienveillante. Pour moi, la bienveillance, ça fait... Enfin, je veux dire c'est une des valeurs. Alors, tu ne peux pas soigner sans bienveillance.

Ouais, après il y a le respect du patient. Moi, je préfère qu'une infirmière m'envoie balader, qu'une infirmière devant moi le fasse avec un patient. Je ne supporte pas. Donc, la bienveillance, le respect

la qualité des soins hein, je veux dire pour moi, c'est la qualité et la sécurité, je veux dire.

Mon infirmière qui n'est pas fiable, même si elle est gentille, c'est dehors.

Je crois que c'est ce qui est essentiel, après le reste dans le détail hein. Je veux dire, on peut trouver plein de valeurs hein.

Ah oui voilà, c'est le respect au malade, c'est la bienveillance et c'est la qualité, la fiabilité des soins.

Ah, mais je les reprends avec bienveillance.

Ouais, mais je les reprends avec bienveillance, c'est déjà arrivé.

*exemple : pas que les collègues infirmières, j'ai une infirmière, Sandy, qui avait énormément de caractère et de temps en temps quand ça la prend, elle est très rebelle. Elle est très susceptible, tu lui fais une remarque, elle sort d'ici. Elle va voir ses collègues, elle ferme la porte, je passe dans les 2 minutes, j'entends : « Corine, elle m'a engueulée... ». Mais elle, quand elle râle aura... après, par exemple un jour j'arrive et elle gueulait dans le couloir après les médecins : « Ouais, ils arrivent à n'importe quelle heure. » Je lui ai dit : « Taisez-vous, on est dans le couloir. » Elle insiste. Je lui dis : « Bon, ça suffit Sandy. Viens à mon bureau. » Donc, elle venait pas, je l'ai attrapée, j'ai dit : « Viens à mon bureau. » J'ai dit : « Asseyez-vous. » J'ai dit : « Sandy, si vous avez quelque chose à dire, vous me le dites dans le bureau ou dans le poste vous fermez la porte. Vous hurlez pas dans le couloir. Il y a des médecins. Les paramédicaux sont gérés par moi, les médecins sont gérés par le Chef de service. C'est pas votre histoire, sauf si ça a une incidence sur votre travail. Est-ce qu'ils sont arrivés plus tard que prévu et que du coup vous aviez besoin d'eux ? Non. Est-ce que leurs prescriptions étaient faites ? Oui. Alors, c'est où le problème ? C'est vous qui gérez leur carte de repos et leurs heures. Ça vous regarde pas. » Non mais pour moi... et je lui ai remis en place, je lui dis : « Attendez, vous râlez parce que de temps en temps, on vous demande de faire des efforts. Les médecins... en plus c'était les médecins des étages. Et du coup, on avait une difficulté médicale, donc les praticiens des autres étages descendaient chacun leur tour. Si vous avait organisé ça, là un Chef de service pour qu'ils viennent assurer les vacances de médecine interne comme à l'hôpital de jour. J'ai dit : « Vous râlez les infirmières, les Médecins sont mangés à toutes les sauces. » Il manque quelques pas et j'ai dit : « Le soir, ils partent très tard. Donc, s'ils sont pas là à l'heure où vous, vous avez décidé, c'est pas à vous de décider de leur emploi du temps. C'est pas vous qui dirigez. » Donc, **ça c'était un manque de bienveillance**. Ou, je sais pas moi euh...*

*Autre exemple : Les écarts de langage à l'accueil, il arrive que Sandy des fois, elle a une manière de parler, on dirait un peu une marchande de poissons alors qu'elle est super gentille avec les patients mais de temps en temps, là, ça aussi on a **une image à véhiculer**. T'es soignante, t'es à l'accueil, seulement voilà. Euh... quelqu'un qui est à l'accueil doit être souriant, quelqu'un qui fait la gueule, je vais lui dire : « Moi, je ne supporte pas. » **Quelqu'un qui communique pas, je supporte pas non plus**. On a un métier alors on n'est pas tous à la même hauteur, on n'a pas tous les mêmes facilités pour parler mais tu peux pas être à l'accueil et pas à la hauteur des gens quoi. »*

#### CDS 4

L'écoute et la disponibilité

Oui, j'essaie vraiment de les transposer dans le management.

Le côté participatif du coup, c'est-à-dire construction du projet ensemble.

Exemple : Quand j'étais infirmière, pour moi, ce qui était important, ce n'était pas de **construire** le projet de soins toute seule, mais bien avec le patient dans le sens qu'est-ce qu'il veut lui, qu'est-ce qu'il a envie, Qu'est-ce qu'il peut, mais qu'est-ce qu'il a envie.

Et là, c'est un peu pareil, Pour moi, j'ai envie de faire comme ça avec mes équipes...

Que ce soit adapté, du coup...

C'est-à-dire, prendre en compte ce qu'ils peuvent et ce dont ils ont envie pour **construire** un projet **ensemble**. Et pas moi toute seule de mon côté et de leur vendre ou pas d'ailleurs... C'est principalement ça.

## CDS 5

C'est la **confiance** peut-être en premier, la **confiance** et **l'autonomie**.

D'ailleurs, je pense que j'étais embauchée sur ce poste parce qu'il y avait déjà une **équipe** qui avait de l'expérience, on va dire et qui travaillait en **autonomie** et qui avait besoin d'un cadre qu'il les **laisse travailler en autonomie**. Alors **l'autonomie** ne veut pas dire : pas de regard sur le travail qui est fait ni le contrôle, on va dire mais quand même une **autonomie** dans l'organisation du travail **auprès du patient**, on va dire. Voilà. Parce que ça, ce qu'elles font les entretiens infirmiers, je leur fais **confiance**, voilà.

Quand ça ne fonctionne pas de toute façon, il y a des formations, on reprend les choses...

Mais je dirais que c'est vraiment ces 2 valeurs qui sont très importantes parce que ça permet quand même de **communiquer**, de travailler ... ces infirmiers. C'est bien parce que des moments, il y a le relais...

Et ça, c'est bien ça. Quand on dit bonjour, ça... je trouve ça très bien, voilà. Ça, ça fait partie des choses qui sont importantes dans le travail et que je remarque beaucoup. C'est-à-dire de se dire bonjour, de se dire merci. C'est aussi le **respect**, le **respect** de l'autre, le... alors des petites choses... voilà. Par exemple, il y a aussi autres choses, le... Oui, le **respect** passe par beaucoup de choses. Le **respect** aussi c'est... c'est... **respecter** le... une valeur, c'est... comment dire ? **Respecter** la... la... parce qu'il n'est pas facile et puis bon ça ne la regarde pas, quoi.

La personnalité, voilà. Je **respecte** la personnalité de... de **chaque professionnel**, voilà. Il y a des gens qui sont plutôt introvertis, extravertis. Il y en a qui vont me dire un petit peu me raconter leur vie, voilà sans que je m'immisce dans leur vie et puis voilà, il y en a d'autres qui diront : Sylvie, je préfère ne pas te dire.

Ça, je **respecte** aussi, voilà. Mais avant, j'ai une infirmière, en ce moment, elle ne va pas bien du tout mais je... alors je lui ai dit : est-ce que tu veux en parler ? Elle me dit : non, je ne veux pas en parler, quoi. Mais je sais qu'elle ne va pas bien en ce moment donc je... vous allez... est-ce que tu vas bien ? Voilà, tout en **respectant** ce silence, voilà.

Ça, ça fait partie de mes valeurs aussi qui permettent de travailler aussi **ensemble** c'est-à-dire de **considérer l'autre comme un individu à part entière** mais quand même un professionnel dans une **équipe** qui... voilà, **un professionnel qui doit fonctionner dans une équipe**, voilà même s'il ne va pas bien ou qu'il va bien ou... voilà, on a chacun nos malheurs, nos bonheurs dans la vie mais **il faut que l'équipe**, elle fonctionne quand même, voilà. Et quand il y a des problèmes dans une **équipe** en général, c'est souvent le privé qui est là et les gens n'arrivent pas forcément à mettre de côté... voilà. Donc il faut à un moment donné... savoir gérer ça avec moi ou sans moi d'ailleurs mais on a pensé : ça fait partie de mes valeurs auprès du patient, voilà. C'est aussi le **respect** du patient, de l'autre de lui dire bonjour, de... voilà. C'est aussi... voilà, ce sont des choses qui vont en cascade. Voilà.

*Moi, je me dis que quelqu'un qui ne dit pas bonjour dans une salle d'attente, qui ne me dit pas bonjour là, je me pose la question comment elle peut être auprès d'un patient, voilà.*

lors de mes évaluations quand justement, il y a des choses à reprendre comme ça sur des comportements qui ne sont pas très professionnels, qui ne sont pas en adéquation peut-être avec les valeurs communes qu'on peut avoir en équipe.

Je dis les choses comme ça, que je me pose la question de comment on peut être le professionnel auprès du patient alors que auprès de moi, auprès de nous, auprès de l'équipe y a un problème. Il y a un décalage.

Les valeurs communes a priori, il y a un projet de pôle qui définit les valeurs communes d'un pôle. Normalement, le projet de pôle est construit en collaboration justement avec tous les professionnels justement pour qu'il y a un consensus.

Lorsque le projet de pôle est construit de façon unilatérale, il peut y avoir des problèmes du coup en cascade parce que ce n'est pas relayé, ce n'est pas relayé professionnel. Nous, les cadres de santé, si par exemple, on n'est pas d'accord avec les valeurs d'un projet de pôle non parce qu'on travaille quand même dans le pôle, soit on fait avec, soit on ne fait pas avec et là, c'est extrêmement compliqué de travailler avec nos propres valeurs et des valeurs que l'on ne partage pas au sein d'un pôle.

J'ai de l'expérience dans ce domaine, dans le cadre d'un projet de pôle qui est construit de façon unilatérale, c'est compliqué pour le cadre donc du coup de partager ces valeurs enfin... ces soi-disant valeurs de les... une certaine éthique aussi parce que valeurs éthiques...

pour moi c'est un petit peu... la même chose même si je pense que... on était différente parce que du coup, nous sommes aussi le... l'interface vers nos équipes.

C'est-à-dire que nous devons, par exemple, dans le cadre du projet de pôle, communiquer les valeurs du projet de pôle pour pouvoir avancer dans le pôle à nos équipes

*Exemple : la première fois qu'un patient vient sur notre pôle, jusqu'à présent, l'infirmier par exemple avait l'autonomie pour pouvoir accueillir le patient, orienter vers un médecin. Il peut y avoir un autre projet qui dit : l'infirmier doit être avec un autre professionnel pour faire l'accueil, voilà parce que il y a eu des problèmes, voilà et il vaut mieux que ce soit comme ça, alors je ne sais pas si on est dans les valeurs mais ça veut dire que jusqu'à présent, il n'y avait jamais eu de problèmes, on va dire...*

*Une autonomie, voilà qui fonctionnait bien. Donc c'est comment mettre en place ça alors que, par exemple, moi je dis que mes infirmiers, tous seuls, se sont... se débrouillent très bien et sont professionnels et au contraire, un entretien seul, le patient permet... peut dire beaucoup plus de choses que lorsqu'ils sont... il y a 2 professionnels dans une pièce, voilà...*

**Pour un double contrôle.**

Donc comment faire passer ce message auprès de l'infirmier en leur disant : maintenant, vos entretiens, c'est à 2 avec un autre professionnel, avec un psychiatre, voilà. Cette fois, ce sont des choses comme ça alors que je ne partage ça, voilà. C'est le genre d'exemple qui peut arriver et du coup, c'est extrêmement compliqué quand même de travailler, de faire passer le message sans heurter ou de dire à un moment donné : je ne partage pas forcément ces valeurs-là mais le projet de pôle est ainsi, voilà on est tous dans le même bateau, on doit travailler ainsi, voilà.

D'accord. Alors il y a une cohésion du coup...

Je ne sais pas si c'est vraiment une cohésion, c'est peut-être une résignation des fois aussi.

Voilà, une harmonie même si. Alors après, je vais revenir à la confiance et l'autonomie

## **ANNEXE IV :**

Résultat de la question 3 : Pouvez-vous décrire votre mode de management ? Qu'est-ce qui est fondamental pour vous, qu'est-ce qui fait qu'on est un bon manager ?

**QUESTION 3 : Pouvez-vous décrire votre mode de management ? Qu'est-ce qui est fondamental pour vous, qu'est-ce qui fait qu'on est un bon manager ?**

*Je cherche à connaître comment le cadre de santé manage son (ses) équipe(s), quelles sont ses actions, à travers quels principe et valeurs il se reconnaît dans son rôle*

**CDS 1**

J'aimerais qu'il soit **participatif**. Je me suis rendu compte que tout le monde n'était pas nécessairement intéressé par ce qui me semble être un **projet**. Tout simplement le **projet**. Donc, j'ai eu à demander la semaine dernière, qui voulait m'accompagner pour la construction du **projet** médico-soignant de l'établissement... Personne. Voilà. Alors là, par contre, c'est... J'ai été un peu secouée, parce que je me suis dit, ce n'est pas possible ! Comment peut-on ne pas se sentir concerné ? Donc, de ce management-là et cetera, je me dis que la prochaine fois, je serai peut-être un peu plus **directive**. Parce que ça sera sans doute nécessaire. Et puis, je m'en rends compte que... En fait, beaucoup attendent des limites. J'ai été étonnée, mais enfin... Je veux dire, finalement dans cette grande autonomie... Alors, à quelques équipes près, parce qu'ils ne fonctionnent pas du tout pareil, absolument pas du tout pareil. Il y a une équipe qui... pouvait être là, mais pas être là... Il faut chercher sa place en tant que cadre au sein de cette équipe, parce qu'elle fonctionne quasi toute seule. Extrêmement bien avec... Je veux dire un modèle un peu de type communautaire, familial et cetera. Un peu étonnant même d'ailleurs, dans tous les cas, ça marche. Je vois bien que ça marche. Pour tant de choses. Et puis à côté, pas du tout. Absolument pas du tout, et il faut au contraire beaucoup être là, **arbitrer**, **réguler** ça ne peut être **qu'alternant** en fait. Ça ne peut pas être puisque les équipes sont vraiment distinctes, aussi bien les ASH que l'URNV que les SSRN, il n'est pas le même. Je suis plus **directive** là-bas. En SSRN, parce qu'au bout d'un moment, je me dis quand même, **il faut statuer**, parce que sinon, on est encore là dans une semaine.

Oui. Et ça vient avec le temps, parce que le début, je ne me serais pas sentie, vous voyez, de faire les choses comme ça. Et puis après, je me dis, **c'est nécessaire**. Avec l'expérience, on voit bien que des fois même, c'est ce que les gens attendent un petit peu. Après, on **décide**, quitte à ce qu'après on puisse en discuter, mais que ça naisse de quelque chose, vous voyez ? Si jamais on laisse libre champ pour...

Avant, (plus sur le **participatif**). « Avant oui, mais on savait tous ce qu'on portait ». D'ailleurs, on a tous commencé... Le pôle soins en fait, il a commencé le jour... Le 1er septembre 2009 à mon arrivée et cetera. Donc en fait, les soignants sont arrivés les uns après les autres. Et en fait, on s'était tous comportés... En fait, c'était vraiment des adultes en situation de handicap à leurs domiciles, **construire** ...

Résumé : dans votre précédente équipe, nouveau pour les soignants. C'est à **construire** et tout le monde s'impliquait.

Alors, ce qui peut les porter encore, non. Ce n'est peut-être pas difficile à avoir et cetera, mais je trouve qu'il est plus difficile de s'inscrire en tant que cadre. On a une représentation du rôle de cadre qui est très... Vous voyez, dans... Par exemple, la construction des plannings dans... Un management de proximité, mais vraiment extrêmement présent et cetera sur... L'organisation au jour le jour d'un service, il n'y a pas besoin. Et donc en fait, je n'ai pas envie de me rendre indispensable, surtout pas. **Mais il est très compliqué de jongler entre le fait de ne pas se rendre indispensable et le fait quand même d'être suffisamment assez présente**. Alors que pour le coup, ils se sentent soutenus et un peu portés. Je trouve que c'est subtil, c'est fin, il faut doser tous les jours. Je n'ai pas encore trouvé la manière d'être avec chacun

C'est **compliqué**.

**CDS 2**

Management participatif mais on peut pas être à 100 % dans le participatif. Il y a des moments où je dis : « C'est ça et pas autrement, on ne discute pas ». Mais dans l'ensemble j'essaie de les faire participer aux décisions, en faisant des réunions. Et pendant ces réunions, je prends leur avis ; je prends en compte leur avis. Mais si l'avis est complètement à l'opposé de ce que moi, j'ai **décidé** ou qu'on a **décidé** à l'équipe d'encadrement, là, je ne vais pas mettre en place ce que, eux, ils demandent parce que il y a un **projet** médical, il y a un **projet** paramédical et puis, c'est à nous de nous adapter aussi à ces **projets**.

*Si, mais c'est pour ça que là, par exemple, en prenant l'organisation en temps de travail, ça a été très, très compliqué de le mettre en place. Mais beaucoup de soignants sont allés à la médecine du travail, et en sont revenus avec des restrictions. Par exemple, rester uniquement du matin ou rester que l'après-midi. Et pour les autres, on a fait une réunion en se disant que : OK, la loi nous demande de mettre en place l'organisation du plan de travail. En général 15 jours-15 jours. Mais comme l'équipe, il y a beaucoup d'anciens, étaient habitués à travailler avec des horaires figés, surtout les nouveaux. Ça fait que, on a établi un nombre de jours que certains devaient faire pour qu'on puisse respecter la loi mais c'était toujours très compliqué. On leur a donné la possibilité de voir entre eux et de faire les échanges...*

*Modulable, sauf que la Direction, je crois qu'elle n'est pas très contente parce que... là pour la mise en place de cette loi, il y avait un effectif très, très réduit qui est dedans.*

### CDS 3

fondamental pour moi, c'est la **loyauté et l'équité**. Ça, pour moi, c'est la base même du management. C'est ce que je disais tout à l'heure.

*C'est-à-dire que même si... bah j'étais confrontée à ça avant-hier. J'ai une infirmière qui est très chouette, qui s'implique beaucoup plus que les autres et qui pige tout très vite et qui est arrivée après les autres. Et pour une fois, on va faire une nouvelle technique de soin en aphérèse, on va faire des sites aphérèse et on veut que les quatre infirmières soient... alors on a trois infirmières sur ce secteur-là parce que t'as un secteur médecine, t'as un secteur aphérèse. Et sur la médecine, tu en a une qui est formée à l'aphérèse et sur l'aphérèse, t'en as une qui est formée. Elles ont toutes les deux la double casquette. Ce qui fait que de temps en temps, on peut échanger et là, je suis en train de travailler. J'ai pas pu parce que j'ai de la politique en effectif mais le but aussi c'est... alors les filles de l'aphérèse sont toutes venues sur la médecine interne apprendre à faire la chimio avec les arbres à chimio. Si un jour, elles devaient aider leurs collègues parce que même si elles ne sont pas polyvalentes, elles peuvent aider pour assurer la fluidité dans l'équipe.*

*Parce qu'on a beaucoup de mal, on est... pareil... deux équipes différentes hein. Elles se parlaient pas au début hein et, de l'autre côté, elles sont pas capables de manipuler les machines parce que je te dis, ça nécessite une formation pointue, et elles ne feront jamais. Pour autant, elles sont trop frileuses et il y a plein de choses qu'elles pouvaient faire autour du patient : accueil des patients, vérifier des culots, faire de tas de choses.*

*Installation, mesurer aussi la difficulté pour leurs collègues parce que d'un côté, elles sont un peu dans la tranquillité et de l'autre côté, côté aphérèse, elles sont dans la machine, tu vas voir, c'est assez impressionnant, t'as une machine, tu dois écouter la machine, tu dois faire gaffe à tout, c'est très stressant. Très stressant. Et euh... elles ne s'arrêtent pas, enfin je veux dire tant qu'il y a des échanges, elles s'arrêtent pas, des fois, elles mangent qu'à 14 h hein voire à 15 h. Alors que les autres euh... c'est cool. Alors, elles s'attendent toutes pour manger ensemble mais ça c'est parce qu'elles veulent bien, tu vois ?*

*Donc, l'infirmière Je lui ai demandé de déplacer son repos, elle faisait du boudin mais vraiment du boudin. Je l'ai attrapée, j'ai discuté gentiment avec elle. Je lui dis : « Sandrine, qu'est-ce qui se passe ». Je lui dis : « Je t'ai demandé pour une fois. » Je trouve que c'est normal. Je pensais que tu le faisais de bon cœur au départ et je vois que tu es bonne, il faut qu'on en parle : « Pourquoi tu me boudes comme ça ? »—Non mais c'est parce que je suis fatiguée Sandrine. Elle faisait bien les choses. « Alors, je pense que tu l'as mal pris, je t'ai demandé de retirer ton mercredi, oui mais tu vas t'organiser, c'est suffisamment à l'avance. Tu vas t'organiser avec tes parents pour faire garder ton*

petit. »Je lui dis : « Mais, ces nouvelles techniques, c'est comme ça... »Je dis : « Sandrine... » Elle me dit : « Oui, mais il y en a à qui on ne demande pas. » Je dis : « Ecoute, Sandrine... On n'avance pas avec les... On essaie de ressembler à ceux qui ne font rien...Alors, il y a certaines de tes collègues qui sont pas capables de le faire, je suis déçue si toi, tu deviens comme elles. » Enfin, moi, je pensais plutôt que tu avais tendance à te booster vers le haut. Maintenant, si c'est ton choix de baisser en qualité, de devenir tartignole comme celles qui ne font pas d'effort, bah tu choisis ton camp. Je dis : « Moi, je n'essaie pas de ressembler aux gens qui bossent pas, voilà. » A l'âge que j'ai, je fais des efforts, j'ai des collègues qui en font pas. » Tu vois, c'était pas facile à lui dire parce que je sentais bien mais voilà, c'est pas parce que les... Enfin, l'équité c'est de dire aux gens ce qu'on a à leur dire sur le plan professionnel tout en respectant l'individu. Mais il est hors de question, j'aurais ma meilleure amie, d'ailleurs, j'ai eu l'infirmière qui est partie en retraite qui m'a posé plus de problème, elle faisait ses études d'infirmière avec moi.

Et il y a pas eu de chouchoutage hein. Je suis capable d'avoir plus d'affinité, de parler, évidemment, on a des enfants de mêmes âges, on a fait nos études ensemble, on se connaissait bien mais je veux dire c'est pas pour ça que j'allais lui dire : « Bah oui, chérie tu viens quand tu veux, tu fais les horaires que tu veux, ne rêve pas. »Tu vois ?

Alors, pour rebondir sur ce qu'on a dit, j'ai un management participatif mais un management participatif bien conduit. C'est-à-dire que par exemple, pendant un an, j'ai géré l'équipe de mon pote qui était malade hein. Lui, il avait une équipe d'infirmières et d'aides-soignants qui n'étaient pas autonomes. Donc, avec eux j'étais **directive**. **J'ai pas une sorte de management, j'ai un management en fonction de l'équipe que j'ai en face de moi.**

Niveau de compétence de l'équipe = différent mode de management
---

J'ai été cadre en néphrologie. le planning c'était un morceau de gruyère avec des trous partout. Et les plus anciennes, elles sont cadres d'écoles et elles encadraient celles qui venaient d'arriver et qui avaient 3 mois d'écart avec elles, t'imagines hein ? Donc, elles avaient aucune expérience, j'avais même la peur au ventre en me disant : « Qu'est-ce qui va se passer ». Il est clair que là, je ne les manageais pas de manière participative, je leur déléguais pas grand-chose hein.
---

#### CDS 4

Le fait d'avoir 2 équipes très différentes m'oblige à penser vraiment à ce que je fais. Parce que je vois bien qu'ils n'ont pas les mêmes besoins. Le collectif, je parle collectif, mais après dans le collectif en plus, il y a les individus. Ce qui m'a fait aussi avancer, c'est entendre des gens me dire - et je ne le croyais pas quand je l'ai entendu - je me suis pensé... je suis un peu ancienne en formation cadre, et nous, on nous vendait beaucoup de management participatif. Genre il ne faut être que là-dedans, parce que c'est ça qui est beau, et...

ça me correspondait plutôt pas mal au niveau personnalité. Ce n'est pas que j'ai de l'autorité, mais côté un peu **directif**, je suis vraiment bien dans le costume. Sauf que ce qui m'a fait avancer, c'est que j'ai entendu de la bouche de certaines infirmières (...) « Nous, on a besoin que vous nous disiez ce qu'**il faut faire** tous les jours, et on a besoin que vous soyez dans le **contrôle** plus que ce que vous ne l'êtes. Moi, j'étais partie sur la confiance -sur une base de « On est des professionnels, on choisit d'être là où on est, on est acteur de ce qu'on fait,

Donc, je partais plutôt sur la confiance et un mode participatif, et en fait, j'en suis revenue. Pour être dans quelque chose de plus personnalisé. En fait, moi ce qui me... Aujourd'hui, oui, je ne sais pas... J'ai envie de dire « Il faut vraiment personnaliser son management aux individus qui forment un collectif, mais aux individus d'abord. » Et après, sur le collectif, je trouve ça simple avec une équipe, parce que... de soins palliatifs pour ne pas la citer, et plus compliqué avec l'autre où il y a une hétérogénéité telle que... l'adhésion, ou en tout cas l'acceptation de participer au **projet collectif** n'est pas là tout le temps. Donc... ça fonctionne plus ou moins bien, selon les moments.

Ce n'est pas le lien, **c'est le sens** qui manque. Enfin... Si je réfléchis, peut-être qu'il y aura certainement peu de monde. On trouvera bien sûr le lien ! Avant tout, ce qui manque, c'est le sens. Le sens en termes de **projet**. C'est-à-dire que sur **l'équipe** du premier étage, le **projet** de service – pas seulement de soins pur cadre paramédical – le **projet** de service médical-paramédical, il n'est pas encore assez bien ficelé pour que tout le monde trouve le sens.

Donner du sens au travail fait passe par un projet paramédical, mais aussi médical qui ont le même objectif pour fédérer une équipe. Pouvoir accompagner le changement et proposer des alternatives pour ceux qui ne l'intégré pas (accompagnement dans le changement ou vers une autre poste plus adapté)

*Alors, on a été sur une grosse restructuration, et certainement à l'origine du déséquilibre et de la crise qu'il y a encore aujourd'hui Mais ça date d'il y a 2 ans quand même. Ça ne s'est pas bien organisé, ça ne s'est pas bien goupillé, pour vous dire en langage un peu familier. Il y a des choses qui ne se sont pas organisées dans le bon sens, qui ne se sont pas enclenchées. Et comme il n'y avait pas de **projet** qui fédérait, on continuait à ramer avec ça. Et après, à l'intérieur de **l'équipe** et de cette restructuration, il y a eu aussi évidemment, quelques changements. Mais on a quand même réussi à se dire avec le chef de service, c'est qu'il fallait qu'on travaille vraiment là-dessus pour qu'on aille tous dans le même sens quoi. Ou que ceux qui ne veulent pas y aller puissent être soit accompagnés, soit partir d'eux-mêmes s'ils ne veulent pas être spécialement accompagnés. Mais qu'en tout cas, ce soit assez clair pour qu'on arrive à retrouver tous des repères. Je ne sais pas si je réponds à votre question, en fait.*

Parce que là, ce que vous me dites, c'était que du coup, vous avez quand même un bon travail en collaboration avec **l'équipe** médicale.

Et en même temps, **il faut être** clair pour pouvoir faire passer le message, **il faut être** quand même dans une **communication** pour essayer de lisser eu mieux en fait... Je ne sais pas si je reformule bien ! Avec mes mots.

Une équipe plus restreinte favoriserait un management participatif en lien avec des valeurs. Cela favoriserais les échanges dans la construction de projets et créerait une motivation facteur d'une dynamique positive.

Après, avec **l'équipe** de soins palliatifs, qui est plus restreinte. C'est sûrement un facteur très favorisant, ça je ne suis Je suis bien consciente aussi de ce qui est obstacle et de ce qui est facteur favorisant. **L'équipe** de soins palliatifs, elle a d'abord une forte motivation à être là où elle est, qui n'est pas forcément la même motivation en premier. Et on a une collaboration vraiment plus... très étroite avec le Chef de service, le médecin. Et le fait qu'on soit moins nombreux fait qu'on arrive tout de suite à se caler quand il y a des choses qui sont... pas bien calées ou mal comprises. Et le **projet** est très porteur, et puis on a beaucoup d'idées, **l'équipe**, elle en a aussi. Donc tout ça, c'est un peu... ça nous porte quoi ! Nos idées, les **projets**, ce qu'on fait avancer, ça porte tout le monde. C'est-à-dire que la motivation, elle s'auto-entretien dans **l'équipe** et avec ce qui se passe. Il y a une dynamique très positive, **bienveillante**

Le message, le sens... Oui, ça fait une cinquantaine... On est sur les paramédicaux, on doit être autour d'une cinquantaine. Donc, si on rajoute les médecins, puisque... On parle bien d'un travail **ensemble**... Oui, on arrive si on... Les internes, je ne sais pas si on les met ou pas, mais... On est à une soixantaine de personnes... ça commence à faire... Pour moi, c'est un... C'est dur de parler **d'équipe**, quoi. 60 personnes... A mon sens...

Partage de valeur de base avec cette équipe, plus facile à manager.

**Ca** fait du bien, c'est pour ça que j'avais envie d'être cadre aussi. C'est-à-dire que là, je m'y retrouve bien par rapport à mes valeurs, mais aussi par rapport Ce qui est **compliqué**, c'est de se dire... dans le détail, finement, qu'est-ce qui fait que ça marche comme ça à ce point-là, mais... Je me dis, je participe à ça, mais en tous les sens. En tant que manager, mais aussi par rapport à mes valeurs soignantes de base. Parce que j'ai travaillé moi aussi en soins palliatifs quand j'étais infirmière. Je pense, c'est simple. C'est simple de manager cette **équipe**.

D'accord. En fait, le fait qu'il y a changement, le fait qu'il y ait eu des modifications aussi dans la dynamique de **l'équipe**, a créé ce déséquilibre = construction de la dynamique d'équipe

Oui, mais je ne pourrai pas dire que la médecine gériatrique aigüe, ça ne me parle pas, ce n'est pas ça, le problème. Non. Là on... dans les facteurs qui sont des points de difficulté, en fait, avant cette restructuration, j'avais une partie de médecine gériatrique qui était de 20 lits avec une **équipe** qui allait avec. Et ça fonctionnait plutôt bien. C'est-à-dire que ce que moi j'identifie comme une fraction, c'est cet événement-là. Alors, tout n'allait pas merveilleusement bien. Mais **l'équipe** du premier à ce moment-là, avec le même cadre – moi – on fonctionnait mieux. Et il y avait une dynamique qui était plus positive. Voilà.

Ce déséquilibre. Et comme maintenant, **l'équipe** est par contre beaucoup plus grosse, je pense que c'est plus **compliqué** et plus long d'arriver à **reconstruire** quoi.

La difficulté dans les équipes plus nombreuses est de pouvoir fédérer l'ensemble sur une même projet et de pouvoir concilier les avis de tous. Pouvoir coordonner avec la multiplicité des personnalité.

Et effectivement là, vous avez plus le mode, ce que vous disiez, **directif** plutôt avec cette **équipe**-là, Pas que, mais en tout cas sur certains points oui. **C'est-à-dire que des fois, dans certaines situations, je ne me reconnais même pas.** Enfin... C'est-à-dire que je prends sur moi pour forcer un peu le trait. Sans tomber dans **l'autoritarisme**, mais pour dire c'est ça que je souhaite, et je veux qu'on le fasse. Voilà, comme ça. Alors que parce que je sais qu'on ne peut passer du temps... Je ne peux pas être dans la même écoute et disponibilité, je vais avoir du contre-argument par Pierre, Paul, Jacques, hop hop hop fois 60... ou presque, pas loin. Qu'il va y avoir des leaders négatifs, c'est plus...

Plus **compliqué**. Donc, le mode **directif**, il m'arrive de l'adopter. Pas en permanence, mais en tout cas... un peu régulièrement.

Donc, en fait, vous avez fait la comparaison qu'il y a... En fonction de la taille de **l'équipe**, il y a quand même un mode de management et des valeurs différentes ? Oui. Je suis obligée de faire cette conclusion moi, là où je suis.

## CDS 5

Animation autour d'un projet, fédérer une équipe, faire participer les soignants, être créatif dans l'échange

Bah c'est **l'animation** de **l'équipe**. Alors l'animation de **l'équipe**, ça fait genre colonie de vacances mais c'est quand même les plannings, les choses comme ça, ce n'est pas ce qui me fait le plus rêver dans mon travail mais par exemple, les réunions infirmières... animer une réunion infirmière avec des sujets et préparer une... là en ce moment... la dernière réunion infirmière, j'avais demandé à chacun d'écrire un petit peu ses représentations du référent infirmier psy auprès des patients et puis ça faisait l'objet de notre réunion infirmière donc avec un projet, de... voilà... je faisais un brainstorming et tout ça, voilà. C'est ça qui m'anime.

Voilà, les outils d'animation... voilà brainstorming, réflexion..., même les réunions avec les réseaux, les partenaires de... faire la coordination, d'animer les... voilà, moi j'adore ça, quoi.

Créer un espace d'échange et de paroles, de communication pour créer une cohésion, un partage entre ce que chacun peu attendre de l'autre = dynamique d'équipe ?

de réfléchir **ensemble** du coup, de trouver des idées **ensemble**, de se dire : ah bah oui ça c'est... c'est bien de trouver un consensus aussi peut-être par rapport à un sujet donné de se dire : bah voilà... oui en **équipe**, bah nous... nous, on travaille comme ça ou on pense comme ça et je trouve que... un espace de **parole** pour les infirmiers notamment les réunions infirmières, c'est très important. Ça permet... oui la **cohésion d'équipe** et puis c'est une partage d'information et puis aussi une... je ne sais pas comment dire... A ce moment-là, moi j'ai aussi... mon expérience qui me fait... là je sens que...

Voilà. Je sens qu'ils attendent quelque chose de moi et puis... et pourtant c'est moi qui attends

tellement d'eux mais... mais...

Et... voilà c'est... je trouve que c'est bien quoi. On n'est pas à l'école, voilà mais... ce sont des petits moments sympas. Alors, il y a eu d'autres moments où... par exemple, j'ai le psychomotricien... Alors le [partage d'expérience](#), ça c'est quelque chose aussi qui me... qui m'anime pas mal. Je ne sais pas si c'est dans les valeurs mais ça pour moi, c'est très important.

Une dernière réunion, le psychomotricien, je lui ai demandé de nous faire une présentation de son travail, de comment il travaillait avec les patients, ses techniques, voilà... en une heure auprès des infirmiers puisqu'on trouvait que... des fois, on se disait : mais qu'est-ce qu'il fait ? Qu'est-ce qu'il fait ? Comment il fait ? Voilà

Voilà. J'ai... j'ai travaillé au corps si je puisse dire pendant 3, 4 ans. Et cette année enfin, il a fait sa présentation et c'était vraiment très intéressant, quoi. Et pourvu s'il nous a fait un truc, ah c'est brillant, quoi. Du coup, je n'ai pas... je n'ai rien fait mais je veux dire, j'ai été le... le facilitateur en tout cas, voilà. Et ça, je trouve que c'est important. Chaque personne... moi, je disais... sa personnalité mais il y a aussi des compétences et il faut mettre en valeur les gens, voilà. La [reconnaissance](#)... voilà. [Reconnaissance](#)

*La reconnaissance passe aussi par la mise en valeur de ce qui peut être (...)ce qui peut être important dans notre travail quoi, riche, partagé...* parce que de toute façon au bout du bout, il y a la **qualité du soin** auprès du patient et... si je peux mettre en valeur quelque chose, une compétence... *Je vais essayer que avec l'infirmier, cette compétence, elle puisse être sublimée et utilisée auprès du patient* c'est-à-dire j'avais une infirmière... je prends un exemple. J'avais une infirmière...

Tourné vers l'individu

## **ANNEXE V :**

Résultat de la question 4 : Pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous êtes sentie à l'aise auprès de votre équipe ?

**QUESTION 4 : Pouvez-vous me donner une situation dans laquelle vous êtes sentie à l'aise auprès de votre équipe ?**

*Je cherche à cibler, à travers toute l'activité du cadre, qu'est-ce qui motive le cadre dans son management d'équipe, indirectement, je recentre sur les valeurs principales.*

**CDS 1**

Ce ne sera pas l'exemple du... De les amener avec moi vers la construction soignante.

Mais par contre, les sessions de formation. J'aime bien organiser des petites sessions de formation et cetera, avec des gens qui viennent de l'extérieur et tout ça. Et là en général, elles sont beaucoup à venir, et puis après à considérer que c'est utile. Vous voyez... Ou peut-être que... Enfin, voilà. Et surtout quand il s'agit là, comme la dernière fois. J'avais fait venir un prestataire qui s'appelle ELIVY que vous devez certainement connaître aussi, et qui s'occupe d'organiser le retour à domicile de nos patients, et notamment quand il y a besoin d'installer tout ce qui est nutrition entérale à domicile ou alors, ce serait l'équivalent aussi de la dette, tout ce qui est respiratoire ou des perfusions... enfin bref, tous les dispositifs médicaux réguliers à domicile. Et donc en fait, là ils ont bien vu... En fait, ce que je pense vraiment dans mon cœur en fait, c'est faire en sorte que le sanitaire et la ville collaborent davantage. Que le parcours du patient soit fluide, rationnel. Qu'on fasse perdre le moins d'énergie possible à tout le monde. Vous voyez ? Et donc en fait, c'est ce que je porte. Et donc quand... ça, ça marche bien. J'ai l'impression que ça, ça marche bien. Et donc, ils ont fédéré et ils participent. Voilà. J'ai trouvé que c'était...

**Intervieweur** : D'accord. Quand dites utile, c'est qu'ils en ressentent la nécessité, et qu'ils s'en resservent après dans leur prise en charge... ça les aide dans la prise en charge du patient du coup ?

**Interviewé** : Disons que je trouve objectivement pour le moment qu'en effet, c'est une bonne idée. Que c'est une bonne idée, ces prestataires-là. Vous voyez ? Je veux dire que ce qu'ils portent est une bonne idée et tout ça. Donc, ils y réfléchissent. Pour le moment, il va y avoir un seul exemple. Là, dans quelques temps, de l'application très concrète de la venue de ce prestataire-là pour organiser le retour à domicile de nos patients. Donc après, ce sera réévalué, mais en tous les cas, ils ont considéré qu'en effet, c'était un dispositif utile.

**Intervieweur** : D'accord. Oui, donc cette implication va pouvoir ouvrir un champ plus large en fait.

**Interviewé** : Voilà. Donc, je considère que c'est une petite réussite.

Et du coup, un exemple où on vous a dit « Ah là, **il faut** que je réajuste, je me sens moins à l'aise... » ?

**Interviewé** : Ben écoutez là par exemple, quand... Qu'est-ce que je pourrais.... Que je réajuste, c'est-à-dire que je revoie ma copie et ma manière de demander des choses, et de motiver l'équipe, c'est typiquement l'exemple de « Venez avec moi vous impliquer dans cette construction du **projet** médico-soignant », ou alors de me dire : « Mon Dieu, mais les plannings sont faits, ils roulent, tout va bien, qu'est-ce que je fais ? »... Si tant est que ça ne se limite pas, ça notre rôle, c'est évident... Mais je veux dire que dans la représentation qu'on a, ça représente un gros volume. Vous voyez ? La gestion RH et cetera, et à travers les plannings, ça représenterait un gros volume. Et bon ben là, je me dis, c'est encore à tâtons. Et surtout, le bon exemple, c'est de les fédérer, de les motiver. Parce que de participer à un **projet** de service, de participer à un **projet** d'établissement et tout ça, c'est quand même fondamental.

Exactement. Ben oui, parce que c'est quand même triste d'avoir à imposer une présence. Même si je pense qu'au bout d'un moment, quasiment, ça va faire... Je n'ai pas du tout un drâme, vous voyez... Je ne sais pas comment on pourrait le dire, mais... Je ne suis pas quelqu'un qui fait arbitrairement, qui impose de façon naturelle. Mais mon métier, ma position des fois, les gens, on ne le sait pas, mais sont rassurés avec ce type de limite-là. Et puis pour qu'une fois ils aient été... ou déjà été obligés avec la précédente équipe et cetera, à venir à des formations ou à faire quelque chose avec moi... A faire... A intervenir, réaliser et cetera... Voilà. Et ça leur a plu, et ça a réveillé des choses. Voilà, par exemple, le **projet** 0:18:58.3 par exemple, pour moi, c'est inimaginable. Et on fait partie d'un établissement, c'est quasiment comme si on devenait un peu endormi ou léthargique sur ses propres pratiques professionnelles, si jamais on n'a pas envie d'aller construire le **projet** médico-soignant.

Ils ont peut-être peur de prendre la **parole**, peur de surtout de... d'avoir déjà **participé** à des choses, et puis qu'il n'y ait jamais eu de retour. Vous voyez, sur leur investissement en temps et cetera... Enfin... Aussi bien en temps qu'intellectuel, bon, parce qu'on planche pendant toute une matinée et cetera, avec des petits post-it pour essayer de refaire le processus de prise en charge du patient de son admission jusqu'à sa sortie. Ça nous demande un travail colossal. Et c'est quand même important de savoir déjà ce qu'on va faire de tout ça. Et puis, comment on va leur restituer. Donc, ça a continué de démotiver.

**Intervieweur** : D'accord. Et donc pour ça, pour vous, le cadre doit être rassurant, et vous êtes plus dans quelque chose de... dans l'échange, dans la **communication** que d'imposer alors.

**Interviewé** : Exactement. Pour le moment, c'est encore comme ça. Voilà.

Je me questionne exactement sur « Est-ce que je ne dois pas faire pencher la balance ? ». Je me questionne exactement là-dessus, parce qu'au fond de moi, ça heurte mon système de valeur que ça... Pour avancer, **il faut** avoir des objectifs... **Il faut** avoir lointainement un horizon. Et si jamais on avance et puis qu'on n'a plus rien envie de voir, c'est que... D'une certaine manière, il y a comme une sorte de routine ou d'automatisme qui a pris la place. Et là, je considère que c'est dangereux. Professionnellement parlant, je trouve que c'est dangereux. On ne s'interroge plus sur rien. Et là...

**Intervieweur** : D'accord. Donc, vous êtes en balance entre vos propres valeurs et votre façon de voir... Et le soin et le management **d'équipe** dans quelque chose de **bienveillant**, d'accompagnant... Et entre le fait où il y a quand même... C'est une **équipe** qui a installé depuis un certain temps, il y a eu une routine et que vous voulez un petit peu avoir de nouveaux objectifs, redynamiser et c'est beaucoup plus **compliqué**, et il faut mieux qu'on fasse un petit peu.

**Interviewé** : Exactement. D'autant qu'en plus, la période est charnière, la période veut ça. Il y a eu ce GHT, et puis surtout maintenant, institutionnellement il est question de construire un **projet**. Enfin, je veux dire... Je ne suis pas la seule à porter le... C'est un établissement qui demande à ses agents d'être partie prenante dans la construction de ce que propose l'hôpital. Bon, c'est intéressant.

## CDS 2

Ah oui, très complexe et cette mise en place de l'organisation du temps travail a vraiment apporté beaucoup... a beaucoup perturbé le personnel, les gens qui habituellement étaient posés, calmes, quand vous leur demandez quelque chose, c'était fait ; mais là, c'était des conflits. Vous travaillez avec des gens qui vous agressent carrément en disant : « s'il m'arrive quelque chose, j'ai déjà dit à ma famille, c'est votre faute ». Et vous, vous savez que... vous avez toujours été très proche de vos **équipes** et que là, c'est quelque chose qui vous tombe dessus.

Et l'impuissance vraiment de se retrouver devant... et puis, pas à l'aise parce que quelqu'un qui vous menace que, à cause de la loi, comme si c'est vous qui l'avez pendue, s'il lui est arrivé un problème, vous êtes responsable ; même si vous savez que vous n'êtes pas responsable.

**Intervieweur** : Oui, mais vous vous sentez pas à l'écoute suffisamment du coup de l'autre, c'est ça ?

**Interviewée** : Oui, mais c'est pas se sentir pas à l'écoute. Je ne peux pas lui apporter la solution qu'elle veut, cette personne. Et là, du coup, c'est la médecine du travail qui vient apporter... qui apporte une solution puisque cette personne a eu la restriction comme quoi elle peut rester du matin. Mais nous, on devait appliquer la loi.

**Intervieweur** : D'accord. En fait, du coup, vous me dites que dans cette situation difficile... enfin pour vous, du coup, parce que ça a été difficile, vous avez fait appel à des tiers, du coup là dans la médecine du travail justement pour... alors vous appuyer ou aussi bien envers vos **équipes**, aussi bien pour appuyer vos **équipes** envers la direction et ces changements de...

**Interviewée** : Oui. Et le cadre doit savoir ce milieu de solution ; il n'y a pas que... déjà il y a le M+1, quand les choses se **compliquent**, il y a déjà le M+1 qui est là. Et si quelqu'un qui vous dit : « Oui, j'ai des problèmes de santé, votre organisation de temps de travail, je peux pas... moi je peux pas venir d'après-midi parce que je... » C'est la médecine du travail qui va trancher. Donc chacun son domaine. Savoir passer la main quand ça dépasse nos compétences.

**Intervieweur :** D'accord. Alors c'est pas dans les questions mais du coup est-ce que vous avez une... c'est une limite au niveau sensation que vous avez par rapport à... *il faut* que je passe la main ou c'est plus quelque chose où vous arrivez à délimiter.

**Interviewée :** Ah oui, oui. Oui, clairement. Après plusieurs années de pratique, on arrive quand même à savoir à quel moment... non, ça dépasse ; ... quand c'est un problème entre collègues, bon, je fais une petite réunion. Je vois déjà chaque personne ensemble après je vois les... ceux qui sont en conflit et ensuite je dis : « Bon, c'est ça, vous êtes là pour le patient, travaillez ensemble et trouvez le moyen de travailler professionnellement ».

**Intervieweur :** D'accord.

**Interviewée :** On ne met pas ses sentiments... non on travaille pour le patient.

**Intervieweur :** Du coup *réguler* un petit peu cette situation, enfin...

**Interviewée :** Oui, oui.

**Intervieweur :** Une situation qui s'est bien passée.

**Interviewée :** Oh il y en a beaucoup tous les jours. Il y en a beaucoup. C'est quand... là, comme on a des collègues qui sont partis en arrêt maladie, une qui s'est arrêtée à la fin de l'année dernière et qui n'est pas prête à revenir, donc il a fallu qu'on fasse des évaluations de son équipe. On s'est réparti. On était deux sur les quatre restantes ; on s'est réparti. Et dans cette équipe, il y a quelques agents qui sont très, très durs, très durs. C'est... quand ils sont en nombre, le nombre... le chiffre qu'on a déterminé pour l'après-midi c'est toujours la bagarre ; c'est toujours compliqué, coincé ; des grosses colères. Et j'ai donc fait l'évaluation d'un des agents, et puis au niveau de la communication, je crois que j'ai... avec l'âge et puis mon côté humain, j'aime l'être humain.

**Intervieweur :** Ouais. Oui.

**Interviewée :** J'aime l'être humain, et mon côté humain et puis peut-être maternant quelque part ; ce jeune homme a réussi à parler et à me parler de sa vie avant d'entrer dans l'institution.

**Intervieweur :** Ça a débloqué justement cette tension quoi.

**Interviewée :** Et qui m'a dit aussi... là je peux vous en parler parce que vous ne faites pas partie de l'institution, et qui a fini par me dire... parce qu'au niveau de son comportement à chaque évaluation, c'est signaler... et je lui dis : « Mais là, ce serait bien peut-être que vous fassiez un effort et tout ». Et puis il me regarde, il me dit : « Madame, je vais vous confier un secret, mais là, je ne l'ai encore dit à personne, ma partenaire est enceinte ». Waouh ! Je lui dis : « Jean-Baptiste, merci pour la confiance ». Donc là j'ai gardé l'information. Et donc c'était pour corroborer aussi le fait que son comportement lui pose aussi des soucis parce qu'il est très intransigent, et c'est trop... Du coup, je lui dis : « travaillez un peu sur la flexibilité de votre comportement parce que là bientôt vous allez être papa ».

**Intervieweur :** Ouais.

**Interviewée :** Du coup on a pu passer de l'évaluation qui est souvent stressante pour...

**Intervieweur :** Oui.

**Interviewée :** ... pour parler de ce bébé qui allait naître, à être papa ; donc il m'a parlé de ses inquiétudes, comment il veut être un bon papa. Il m'a parlé de sa compagne qui travaille aussi du coup.

**Intervieweur :** Oui donc du coup ça débloque, ça met de la confiance et c'est agréable quoi, c'est une vraie sensation.

**Interviewée :** Oui voilà.

### CDS 3

Je vérifiais qu'elles avaient déjà fait correctement les soins. J'ai créé plein de documents pour que quand j'étais pas là, etc. Là, j'ai une équipe par exemple quand je suis arrivée. Euh... quand j'étais en polyclinique hein, elles avaient jamais fait de commande parce que l'ancienne cadre disait : « L'hôpital de jour fait du commande pour les deux. » Bah voyons, il était comme ça à la ligne économique à nous le retirer quoi. Donc, j'ai appris aux infirmières de consultation à faire des commandes. Après, elles savaient les faire, c'est les mettre en bouteille. En hôpital de jour, elles faisaient toute seules par exemple Sandy organisait toutes les journées de dépistage du SIDA.

Je suis arrivée alors dans la cour des miracles. Je la cherche, on me dit : « Bah non, elle est pas là. » Bah, je dis : « Sur le planning, elle est marquée présente, elle est où ? ». Elle est à la

mairie. J'ai dit : « Bah, c'est bien, je suis contente de le savoir. Et elle a demandé : « Avec qui ? » Ah, bah elle a toujours fait comme ça parce que pour préparer les journées SIDAction, pour voir le Maire pour... » Bien sûr. Mais si c'est un ordre de mission, tu rends compte. Donc, à l'hôpital de jour, j'aurais appris à me rendre des comptes parce qu'en fait, c'est pas qu'elles étaient autonomes, elles étaient indépendantes.

Et une équipe, elle a pas à être indépendante, tu vois la nuance ?

Indépendante, c'est « Je fais ce que je veux. Ah ben, je **décide** aujourd'hui, je vais avec ma collègue euh... » Voilà. Euh... ça c'est le danger hein. C'est comme dans les services où il y a des secrétaires hospitalières en hospitalisation complète. Je ne sais pas si t'as remarqué parfois tu appelles pour avoir la situation des lits. Moi, j'étais cadre aux Urgences, j'appelle en certains services. On me dit : « Bah, attends, je sais pas. Je te passe ma secrétaire. » — T'es cadre et tu sais pas qui ont les traces de lits. C'est un peu grave hein.

Moi, ce que je regrette, c'est... Je demande à ma secrétaire de rentrer des malades, c'est vrai que sur l'ordinateur et tout ça, je déprime. Je sais plus rentrer les patients. Après, si demain **il faut** le faire, je dis : « Remontre-moi et je le fais. » Je leur ai montré au départ, je le pratique plus. J'ai oublié. Par contre, quand je remplace mes collègues en hospice, j'ai dit : « On a combien de lits ? Je suis la fin de la visite. Combien on a d'entrants ? Est-ce qu'il y a de problème de lit ? Est-ce qu'il y a des isolements ? Est-ce qu'il y a des urgences qu'on ne peut pas prendre, etc. » Je garde le contrôle.

**Intervieweur** : Oui ben oui, oui. Ça permet au moins de savoir quelle est la charge de travail pour tes équipes.

**Interviewée** : Donc, mon management, il est **participatif** c'est-à-dire il est **directif** avec les jeunes équipes. Il est **participatif** avec les équipes confirmées mais il y a toujours une supervision. Moi, je ne parle pas d'indépendance hein. Je parle d'autonomie et je contrôle que les choses sont faites. Je suis dans la délégation mais dans la délégation **directive**.

Peut-être du public que j'ai... ouais alors tu peux... ça s'appelle **participatif**. Effectivement, tu n'es pas autoritaire en disant : « Je vous ai dit que ça serait comme ça » et genre. Quand il y a quelque chose que je propose, si par exemple je... tu vois on a travaillé sur les missions, quand je suis arrivée ici, elles avaient toutes les mêmes horaires.

J'ai dit : « Ça, ça ne va pas être possible. » Il y en a une qui veut ouvrir, une autre qui veut faire un horaire décaler à prendre en fonction des besoins. La polyclinique, elle a ouvert à 7h00 alors qu'avant elle ouvrait à 8h00. Donc, l'hôpital de jour n'a pas besoin d'être ouvert à 7h00 parce que les gens n'arrivent pas à cette heure-là. Et puis euh... elles ont... on a fait plusieurs missions. On a retravaillé sur le déroulé des journées, et là, on est en train de se rendre compte qu'il vaudrait mieux qu'elles soient plus le matin. Donc, je pense que même si on a créé des missions, une qui arrive, une en décalé et elles ont une décalée plus tardive et de fermeture. Moi, je pense que c'est deux le matin pour attaquer tout de suite. Parce que je vais leur dire. C'est pas parce que j'ai dit quelque chose, c'est pas grave. Alors, là, si on s'aperçoit qu'il y a un truc qui vapes, voilà. Et tu contrôles en permanence, ce que tu dis.

**Intervieweur** : Ouais.

**Interviewée** : Tu vois. Et là, encore je te le passe. Je suis en train de me dire que la semaine dernière, j'avais demandé un truc, je suis sûre qu'elles n'ont pas fait. Je vais le contrôler lundi. Tu vois ? T'es tout le temps dans le contrôle.

**Intervieweur** : D'accord. Ouais, ouais.

**Interviewée** : Même avec une équipe mature parce que de toute façon personne ne couvre personne et personne ne sait tout. Elles sont super expérimentées. L'autre jour, il y a eu pour une fois un truc qui s'est mal passé. Elles ont programmé un hôpital de jour, le médecin aussi est responsable. Le médecin de l'unité nous a demandé de faire un hôpital de jour pour une dame qui parle pas français, qui est âgée, qui a un garçon et une fille qui ne s'entendent pas. On demande une fibro mais la fibro j'ai appris après qu'elle était sous anesthésie générale. La patiente, est donc, elle est sur brancard. Le fils, alors, j'entends l'infirmière qui dit : « On retrouve pas le fils, on lui avait donné le vêtement pour aller changer sa maman. » Non, non même pas en rêve. Il fallait que la dame revienne en hôpital de jour pour que nous, on la prend pas la tension, qu'un médecin la voie et sache si elle pouvait s'alimenter, qu'après ... parce que là, elle était dans le couloir et

pour pas s'habiller dans le couloir, elle est partie en chemise de bloc. D'accord. Et au vu de ce que... cette dame était âgée, en fait, elle était à jeun depuis la veille au soir.

A 17h00, ils avaient fermé l'hôpital de jour. L'infirmière était partie. Le brancardier, il cherchait à nous la ramener, il y avait eu personne. Heureusement, il y avait eu Corine à l'hôpital de jour, qui a pris la tension de la dame. J'ai appelé le médecin et j'ai fait le boulot. Le lendemain, je peux dire qu'elles ont pas appelé Arthur.

Ah ouais, mais on a pas pensé une fibro... Je dis : « Ah, ouais une fibro sous anesthésie générale, ah non, c'est pas... » parce que c'est pas mon attitude. Après, on a eu aussi un patient qui est arrivé et l'hôpital de jour s'est transformé en hospitalisation complète, elle a failli aller en Réa. Donc, après, elle a pas été en Réa tout de suite mais, en fait, elle était dans lit des services. Mais du coup, Réa, pas de vestiaire donc moi, j'ai pris le vestiaire L'infirmière qui dit qu'elle a de l'expérience parce qu'elle le fait plus hein. J'entends bien mais : « Ah... Madame Corine, comment on fait pour faire un dépôt, je sais pas. Mais ça, c'est une formule de base. Tu vois ? Elles savent plus faire un dépôt. Si demain, il y a un décès, elles savent pas comment on fait un décès. Elles n'étaient pas à l'abri quand même en hôpital de jour. Moi, un jour en...

... en hôpital de jour de néphro, on a fait une dialyse péritonéale à un patient, tu sais ... on leur apprend comment la faire pour chez eux. Et là, c'était pas sûr, mais il est mort pendant la séance.

Donc, je leur redis fréquemment : « Si, on a besoin d'un cadre, si, si, si, si. »

Tu parles de management à force de plus assurer notre rôle de cadre pour certaines de nos collègues hein. Effectivement, c'est grâce à des comportements non responsables et les gens peuvent dire à un cadre, finalement, ça sort pas grand-chose. Peut-être que quand je partirai en retraite, ils remplaceront pas hein parce qu'ils sont à l'économie de cadres. mais je peux te dire qu'au départ il y avait zéro cadre parce que sur le régime général, ils disaient : « Bonjour. Au revoir. » mais c'était ce qui pensait qu'elles faisaient. Elles ont jamais eu de matériel. Elles font jamais d'inventaire. Elles avaient les relents de ce qu'il y avait avant. Là, aussi je leur ai déjà dit. Elles se rendent pas compte, moi, depuis que je suis là, elles ont eu plein de matériels, rien que ça.

Donc, **il faut** prouver si tu veux... Tu vois, toi qui veux être cadre, **il faut** vraiment prouver à ton **équipe** quand ils veulent –parce que eux, ils voulaient pas de cadre hein. Moi, j'ai vécu 1 an en quarantaine ici hein. Il fallait que je leur prouve que je leur apportais quelque chose. Si tu prouves pas, t'existes pas hein, en clair. Donc, pour moi, c'est... **il faut** être à la fois **participative** mais **directive**, et même avec les **équipes** **autonomes** de temps en temps, t'es **directive**. De temps en temps, je dis : « Non, c'est pas comme vous avez décidé que ça se passait. » Je dis : « C'est comment ça va se passer parce que... peut-être, j'ai tort mais je vais vous expliquer. A l'issue, le résultat c'est moi qu'on demandera des comptes. Donc, c'est moi qui prends la décision parce que c'est moi qui vais assumer ce qu'on va récolter. J'ai semé des choses, si ça se passe mal, c'est pas vous qu'on engueulera, c'est moi. Donc, vous allez pas **décider** pour moi parce qu'après si vous **décidez** quelque chose qui est pas bien, c'est moi qu'on engueulera. C'est pas vous les **décideurs**, c'est moi. » C'est ça être chef hein, entre guillemets.

**Intervieweur** : Oui, mais...

**Interviewée** : Même si tu échanges. Après, dans le management, je sais pas comment l'exprimer. Moi, je reste convaincue qu'**il faut** rester humble c'est-à-dire que quand tu es cadre, **il faut** savoir, tu diriges, tu expliques aux gens, t'as un regard infirmier, etc. **Il faut** savoir dire aux gens : « Ah tiens, par contre, j'ai besoin de comprendre une demande de résoudre tel et tel problème. Moi, qui suis cadre et qui n'ai pas fait ça depuis longtemps ou qui ne l'ai jamais fait, est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous faites ça ? » C'est pas honteux de dire à une infirmière : « Montre-moi comment. » Ou alors : « Je voudrais vous aider aujourd'hui à un plan blanc, je voudrais vous aider mais moi, je sais plus faire un électro. Vous voulez me montrer ? Je ferai le prochain. »

**Intervieweur** : Ouais, c'est ça ouais.

**Interviewée** : Tu vas pas dégringoler parce que... alors si elle est conne et qu'elle dit : « Hein, bah... ». Si elle est conne, c'est pas grave, ça, tu t'en fous.

**Intervieweur** : Voilà, c'est sûr ouais. Ah ça me donne un exemple.

**Intervieweur :** Oui, bien sûr. De toute façon, ça après si... Je vois plein de gens ! Mais j'essaie ! Du coup, est-ce que vous pouvez me donner des exemples concrets dans les situations de management dans lesquelles vous vous êtes sentie à l'aise ? Où vous vous êtes reconnue ? Et une situation aussi dans laquelle vous avez été plus **compliquée**... Parce que là, vous m'expliquez par exemple, des fois... comment dire... Dire « c'est comme ça », et on y va dans ce sens-là, c'est-à-dire quoi, un peu plus **compliqué** pour vous ? Et est-ce que vous avez un exemple plus concret ?

**Interviewée :** Alors, un exemple plus concret... ça va être l'organisation de quoi... on va prendre... Là, on est en train de – je vous prends des choses brûlantes d'actualité – on est en train de travailler autour de la réorganisation du secrétariat hospitalier qui fonctionne avec une aide-soignante qui est en inaptitude. Alors, sur l'organisation du secrétariat hospitalier. On a défini... On a une secrétaire... une aide-soignante qui est en inaptitude aux soins. Elle, elle est secrétaire hospitalière de fait. Et puis, on a... Nous, on a déterminé qu'il nous fallait deux personnes par jour pour ses 51 lits de court séjour, pour que ça fonctionne bien. Le deuxième poste, il a été dans le passé occupé, soit par des gens en inaptitude aussi, soit par des personnes qui ne l'étaient pas et qui ont été... décision qui vient de plus haut... remises aux soins d'emblée, parce qu'on manquait d'aides-soignants auprès des malades. Et du coup, à nous de trouver des solutions pour faire en sorte que si on voulait tenir le secrétariat hospitalier, ça fonctionne. Bon. Depuis quelques... Enfin... ça nous parasite depuis un moment, on va dire 2 ans, par exemple.

En même temps, voilà ! Et là, depuis quelques mois, on a été encore déstabilisés, puisqu'on nous a renvoyé une personne aux soins. On cherche une organisation qui soit plus pérenne. On n'a pas à être à chaque fois perturbé dans notre organisation en fonction de ce qui se passe. Et de ce qui est décidé pas par nous. Donc, nous faisons le choix... avec ma collègue et avec l'aval du cadre sup qui est sur le secteur, de se dire qu'il faudrait que dans **l'équipe** aide-soignante, il y ait 3 personnes idéalement... - enfin... un peu le calcul – 3 personnes qui, sans changer leur roulement, puissent assurer le secrétariat hospitalier sur le mode du volontariat. C'est-à-dire, on lance un appel à candidature, on explique en réunion **d'équipe** ce point-là parmi d'autres en essayant de mettre en évidence les avantages. Ça ne change rien... en disant que ça ne change rien à notre tableau des emplois, et en essayant de vendre cette organisation. Voilà. Bon. ça a été intéressant d'entendre... Alors, il y a évidemment ceux qui étaient pour, ceux qui étaient contre. Mais ce qui était intéressant à écouter, c'était de voir ce qui se passait aussi dans **l'équipe** par rapport à ça. Mais il a fallu vraiment que sur le mode de là, plutôt **directif** non discutable, on dise qu'on maintiendrait... Nous, on veut que cette organisation-là se mette en place, parce qu'on pense que c'est celle qui présente... C'est celle qui est la moins pire, et celle qui présente le plus d'avantages pour tout le monde. Ce n'est peut-être pas le meilleur exemple... C'est celui qui est venu tout de suite, et...

C'est de tenir cette organisation en... En allant chercher un petit peu les uns et les autres pour aller voir un entretien, pour essayer de percevoir la motivation qui peut y avoir... Les compétences, la motivation, sachant qu'en fait... on savonnait la planche derrière. Voilà. Donc... Et pour que ce ne soit pas un sujet non plus en réunion **d'équipe** tous les 4 matins. C'est-à-dire que ce n'est plus... Nous, on a dit que ce n'était plus un sujet. On s'est expliqué sur ce qu'on souhaitait, et que ce n'était peut-être pas... ce que tout le monde souhaitait, mais que ce serait comme ça, parce qu'on voulait que ce soit comme ça, et qu'on pensait que c'était la moins pire des solutions.

**Intervieweur :** Oui. Et donc en fait, les gens ne se sont pas spontanément dit... dès la première réunion « ben oui, ça c'est intéressant, nous on serait pour, et on voudrait **participer**... »

**Interviewée :** Pas majoritairement... Enfin...

**Intervieweur :** Il a fallu aller les chercher, en fait ?

**Interviewée :** Oui, mais parce qu'on a senti qu'il y avait un... Quand je dis savonner la planche, c'est-à-dire que certains pouvaient être intéressés, mais que l'effet de groupe, histoire de la loyauté envers le groupe a été en défaveur de cette proposition. Voilà.

**Intervieweur :** Et du coup, on vient à vos leaders négatifs avec toujours cette crainte du changement.

**Interviewée :** Oui, c'est difficile de dire ce qui pose problème. Certains n'avaient peut-être pas tout à fait compris que ça ne changeait rien au niveau des emplois. Mais il y a quelque chose de toute façon, qui nous échappe par rapport à certains individus. C'est-à-dire qu'ils sont plutôt contre, mais... Je n'arrive pas bien à comprendre pourquoi.

Ils l'expriment plutôt de façon véhémement, quoi. Après... Peut-être que j'ai un autre exemple... L'autre point de votre question, c'était un exemple...

**Intervieweur** : Positif dans lequel vous vous êtes sentie à l'aise en disant « ben oui, ça si c'était à refaire, je le referai comme ça »

**Interviewée** : Oui... Si je ne vous parle pas de la même **équipe**, ce n'est pas grave ?

Non ? Bon... J'en ai plusieurs. Je ne sais pas, je vais prendre un truc très cadre, on va dire. Nous avons sur le site dû appliquer au sens strict la grande **équipe** depuis septembre. C'est ce qu'avait affirmé... dit, ou réaffirmé, je ne sais pas comment dire... Monsieur Hirsch par rapport à l'organisation du temps de travail. Ceux qui étaient en **équipe** fixe passaient en grande **équipe** à partir de septembre. Sur **l'équipe** de soins palliatifs, ça concernait 2 aides-soignantes sur 4. La moitié. Qui... Parce qu'on n'a pas découvert ça... Ils n'ont pas découvert ça, ça faisait partie de leur crainte quand même. Donc, ce n'était pas un sujet qu'on a abordé 15 jours avant, mais qui était très fortement... Alors, opposé, je ne peux pas dire ça, mais en difficulté, parce que ce sont plutôt des aides-soignantes anciennes qui avaient organisé leur vie autour de ces horaires fixes. Une du matin, une de garde exclusivement. Et... On nous avait donc dit... Il y a eu quand même un peu de souplesse sur le nombre. C'est-à-dire, on ne nous a pas dit « Tout le monde fait moitié en septembre, dès septembre - moitié de garde, moitié matin – mais il était question que ça soit quand même effectif en septembre. Donc moi, je les ai vus plusieurs fois, il y en a une qui était particulièrement... je ne sais pas... ça l'a touchée viscéralement. Elle pleurait beaucoup chaque fois qu'on se voyait, en disant que ce n'est pas possible, son mari, sa fille... Bon, c'était **compliqué** pour elle de changer. Celle qui était d'après midi, c'était... Elle ne me l'exprimait pas comme ça, mais c'est... Moi, sa personnalité de toute façon, elle s'exprime... enfin... elle ne développe pas beaucoup, mais elle était aussi très en difficulté. Je leur ai proposé en fait de le faire, le planning. Sachant que les deux autres collègues qui étaient déjà en grande **équipe** seraient **bienveillantes** sur **l'ensemble** du planning, puisqu'elles faisaient... Les deux autres étaient au contraire plutôt à dire qu'on leur fiche la paix, laissez-les tranquilles... Je leur disais, ce n'est pas possible. Pour l'équité de tous, **il faut** qu'on applique... **il faut** qu'on arrive à l'appliquer. Mais par contre, sur les modalités, comme moi j'ai un peu de souplesse, je ne vais pas imposer 15 jours – 15 jours, je ne vais pas faire le planning comme moi je veux. Donc, je vais les laisser. Et ça marche plutôt bien. Donc, je me dis que sur des sujets comme ça où on peut avoir une opposition assez forte, en plus on est très **directif**... Ou un absentéisme, je ne sais pas, ça peut prendre différentes formes. Bon ça, je me disais, je leur ferai pareil, parce que... Au début, pour une en particulier, je me suis dit, je ne sais pas si elle va me mettre sur les après midi dans le planning. Mais pour moi, le principe c'était qu'elle en pose, peu importe le nombre. Et puis, le premier mois, elle n'en a pas mis, je n'ai pas fait de commentaire. Sa collègue, par contre, elle s'est plus pliée à la mesure. Et je pense qu'en fait, il y a eu aussi un... Quelque chose, si on ne veut peut-être pas être à la marge, et qui a quand même... Parce qu'elle est quand même très **respectueuse** du cadre, cette aide-soignante, même si elle était en difficulté. Elle a fait cet effort-là sans que moi j'aie eu besoin d'être...

**Intervieweur** : Le fait d'être... C'est une notion imposée, en fait, de devoir passer comme ça en grande **équipe**. Mais de laisser le choix, un petit peu, de s'organiser.

**Interviewée** : De laisser le choix, de ne pas être sur elles pour ni compter les jours, ni dire « Ah ! ce mois-ci, vous n'en avez pas mis... ». En me disant, moi je vais arriver à m'expliquer ça si on me demande des comptes. Et puis, je vais prendre du temps ! Voilà, je vais prendre le temps. Bon, c'est un des exemples.

Ca s'est bien passé. Et puis maintenant, en fait, je leur laisse le planning horaire... même quasiment repos, d'ailleurs. Elles gèrent le planning.

**Intervieweur** : D'accord. Et du coup en fait... C'est vrai que ça... C'est comme ça sur une petite **équipe**, on sent quand même qu'il y a quelque chose de soudé, de vraiment très commun. Et c'est vrai que j'ai du mal à me représenter ce type d'action sur une **équipe** à 50, parce qu'**il faut** qu'ils se coordonnent tous, et... Je comprends que ça peut être plus **compliqué**.

**Interviewée** : Carrément, quoi. Mais même de se rencontrer physiquement, quoi. Ça déjà... Oui, oui. Moi, n'en rêverais, hein ! Au premier étage, en neuro, mais non. Ça ne va pas être une bonne idée ! Non, non, mais je pense que ça va mettre le feu. Ce n'est pas une bonne idée.

Oui, et puis même... Enfin... Là encore, très clairement, je suis à peu près sûre que certains diraient « Non, non, au-delà du... C'est votre boulot qu'ils diraient. Non, non, **il faut** que ce soit vous qui **décidez**, pas nous ! » Vraiment. Je suis certaine de ça.

J'avais une infirmière qui voulait faire de l'ETP, voilà. Elle voulait faire de l'ETP parce que j'anime un programme d'éducation nutritionnelle, un ETP. Ça faisait des années qu'elle voulait faire cette ETP et puis je me suis rendue compte qu'en fin de compte, elle avait une façon de travailler qui ne correspondait pas du tout aux valeurs de l'ETP mais aussi aux modes de fonctionnement de l'ETP c'est-à-dire qu'il faut... enfin je ne veux pas expliquer mais... voilà.

Au bout d'un moment, elle veut l'ETP mais je... ce n'est pas possible. Ça ne va pas fonctionner... Bon comment lui dire ? Comment lui dire que ça ne fonctionnait pas, voilà. Et puis du coup, elle avait quand même une envie, une envie de faire quelque chose ; comment ne pas la démotiver et du coup, la mettre sur un autre projet, trouver ce qui pourrait compenser... voilà. Et puis j'ai trouvé, quoi... voilà.... surtout la compétence qui lui permettait de faire autre chose auprès des patients, voilà. Ça c'est... donc... et du coup, pour elle c'est... j'ai reconnu autre chose en elle. Du coup voilà, elle n'a pas été trop... vexée, on va dire, ou... oui on peut... voilà c'est...

## **ANNEXE VI :**

Résultat de la question 5 : Pour vous qu'est-ce que le « care » ? La reconnaissance ? Quelle est la place leur donnez-vous dans votre travail au quotidien ?

**QUESTION 5 : Pour vous qu'est-ce que le « care » ? La reconnaissance ? Quelle est la place leur donnez-vous dans votre travail au quotidien ?**

*Je cherche à savoir si les valeurs du prendre soin et de la reconnaissance de l'autre issue de la pratique soignante font sens dans le management.*

### CDS 1

Non traitée

### CDS 2

Et la reconnaissance. La reconnaissance de la part de qui ? Parce qu'il y a reconnaissance, vous êtes le cadre, vous êtes quand même au milieu de plusieurs corps de métier.

Il y a le niveau médical ; il y a le niveau horizontal avec ces collègues et puis il y a le niveau des collaborateurs.

C'est trois choses différentes. C'est trois choses différentes. Et puis il y a l'institution hein. Puis il y a l'institution.

**Intervieweur :** D'accord donc en fait c'est plus la reconnaissance vous, de votre management par rapport au corps médical... j'essaie de faire un résumé, au corps médical et que du coup, ils apprécient la façon dont vous menez les équipes par rapport à leur projet.

Il y a un manque de reconnaissance du cadre et du travail qu'il réalise pour le corps médical (méconnaissance du travail ?)

Le corps médical, là, pourquoi est-ce qu'il y a aussi les problèmes rencontrés ces derniers temps, c'est que pour le corps médical, le cadre doit être là. Il doit être là tout le temps, tout le temps. Il n'est pas en arrêt hein, il est... il n'a pas à aller en formation. Il faut qu'il soit là. Et quand le cadre n'est pas là, oh la la, le cadre, on ne voit jamais le cadre. Alors ça... et du coup il n'y a pas vraiment la reconnaissance du travail accompli. Parce que je crois que ce que vous avez dû voir à l'école : un cadre absent et que tout fonctionne, c'est un bon cadre. Donc quand je suis pas là, les choses fonctionnent ; mais non, on veut quand même ma présence. Ça veut dire non mais qu'est-ce que vous allez faire à l'école ? Il y a même un qui m'a dit un jour : « Je vais vous frustrer l'envie d'aller à l'université ». Parce que je demandais à aller faire un master en éducation thérapeutique. Donc pour dire qu'on ne voit pas le travail du cadre ; il y a un manque de reconnaissance du travail qu'on fait. Pour eux c'est les « susu », vous savez l'expression

Soutient et reconnaissance entre paires

Par rapport aux pairs, je vous ai parlée au début de l'esprit d'équipe.

Des conflits, ça peut arriver. Mais c'est vraiment... je mets un point d'honneur sur le travail vraiment qu'on soit soudé, parce que quand on n'est pas soudé, c'est là où... il y a exclusion, l'autre se sent seul et va décompenser... donc entre pair, c'est bien.

Une reconnaissance de la part des équipe du travail de cadre : dire merci

Oui, les équipes dans l'ensemble, il y a vraiment cette reconnaissance. Ils savent et ils disent souvent : « Ah oui, merci de... » Ils savent reconnaître le travail que je fais. En tout cas, les collaborateurs de mon équipe.

Distance de la part de l'institution

Oui. Et puis l'institution met du temps à regarder de près comment les choses se passent.

Non mais c'est comme si on attend qu'il y ait quelque chose pour mettre des mots, on est tellement éloigné par rapport à eux donc il faut qu'il y ait le feu pour que les actions soient faites.

C'est la sensation peut-être que l'institution penserait à son boulot ; c'est mon ressenti.

Ben déjà, si dans l'équipe, il y a ce soutien, ça permet déjà de... de tenir. Et déjà personnellement, le cadre doit être conscient du travail qu'il accomplit, où il y a une grande partie qui est invisible, qu'on ne voit pas.

Que le cadre **reconnait sa propre valeur** ; ça c'est un point qui est important. Donc pour un jeune cadre, ça peut être... quand il arrive dans une phase, par exemple, comme nous on a connu des turbulences là à la fin de l'année, le cadre qui arrive dans une ambiance comme ça, ça peut être très difficile.

Il peut être même très dégoûté du métier de cadre.

Ouais. Mais par contre si on arrive dans une équipe comme au moment où j'avais été embauchée avec un cadre aussi qui était à l'écoute et qui était vigilante, où on se sentait vraiment qu'on... on était respecté dans ce qu'on faisait. Et ça donne vraiment l'image qu'on est content d'être dans ce corps de métier..

Et est-ce que je peux mettre « respecter » à la même hauteur qu'au niveau de la « reconnaissance » en fait ?

oui.

### CDS 3

Care : dire ce qui ne va pas mais aussi ce qui va, pouvoir donner la parole à tout le monde, le respect (vouvoiement)

Prendre soin de son équipe c'est toujours s'adresser à l'équipe en n'oubliant pas de leur dire ce qui ne va pas mais on leur montrant que quand en leur demande de faire quelque chose autrement, c'est que pour que ça se passe mieux pour le patient et que ça se passe mieux pour elle.

Ne jamais oublier aussi de dire au quotidien tout ce qui est bien fait. Il ne suffit pas de faire des reproches et ça, c'est important, et toujours de laisser les gens s'exprimer. Quand je suis en réunion avec elles, systématiquement, je refais le tour en leur disant : « On fait un tour de table parce que tout le monde s'exprime. » Donner la parole à tout le monde. Mes infirmières, alors, si une infirmière à qui je disais : « Vous » au départ, on séparait le vouvoiement et le tutoiement, c'est un truc très particulier. J'ai été amenée à dire : « Tu », quand j'étais chez une cadre. Je me suis rendue compte que c'était peut-être la meilleure solution. Après, j'ai toute une période où je disais : « Vous » à tout le monde. Et maintenant, je suis à la fin de ma carrière, je me dis : « Je dis 'Vous'. » Et parfois le : « Tu », il vient spontanément et si les gens sont respectueux, bah je laisse venir. Après, ça engage que moi, je pense comme ça. Je m'en fous si l'institution n'est pas d'accord avec ça

Care : faire en sorte de pouvoir sécuriser les pratiques soignantes, que les équipes se sentent bien

.Ouais, je suis pas toujours euh... Si, si des fois mon cadre sup aussi, des fois, me dit : « Corine, vous ne devriez pas... » Moi, j'ai appris aussi à lui dire euh... : « Et bah, écoutez, ça c'est votre avis mais c'est pas le mien. » Aussi, ce que je pense qu'il ne faut pas non plus... Je respecte vis-à-vis de la hiérarchie mais il faut pas toujours que ça se fasse dans la hiérarchie et tout accepter. Elle, elle accepte tout par exemple. Parce que entre nous, c'est...

Mais je veux dire, tu vois par exemple, on est en difficulté. Je suis en train d'aider ma collègue. On a deux absences pour maladie. Bien sûr, les postes ne sont pas pourvus. Elle pourrait demander quelqu'un ou demander une personne parce que c'est être respecté.

On tire vachement sur la ficelle. J'ai pris rendez-vous avec elle, je lui dis : « Là, sache que moi, je vais dire à mon équipe : « Combien de temps je vais tirer sur la ficelle ? On va me prendre pour un bouche-trou en bas. » Je l'ai fait pour ma copine parce que trouve qu'effectivement, au moins elles sont pas confortables mais elles sont carrément en danger en bas

C'est pas une mauvaise personne, j'ai vu pire mais, non, non, c'est son éthique. Voilà, genre je fais pas de chèque en bois. Un jour j'ai dit : « J'adore récupérer parce que je suis quelqu'un qui travaille énormément. » Je lui dis : « Ben aujourd'hui je mets un RTT mais pour demain, je mets rien. » C'est toutes les heures. Elle m'a dit : « On peut pas faire ça. » —Bon d'accord, OK. Alors

après j'y allais parce que j'ai un gros problème de santé et elle me dit alors après quand elle l'a appris, c'était parce que j'avais une dysplasie majeure du col hein. J'ai frôlé le cancer, j'avais déjà été opérée. Tu vois ? Elle dit : « Non, mais prenez vos heures. », etc. et puis finalement, elle te dit ça mais la première, et ce que je sais, c'est qu'elle vient pas travailler que s'il y avait des gens. Je sais pas pourquoi.

Dans ces cas-là, tu le fais discrètement. Voilà, ensuite il y a plein de petites choses comme ça, Pour moi, c'est pas une grande dame, quoi. C'est...

C'est le côté **exemplarité** un petit peu ?

Pouvoir aller en formation pour

J'ai fait les déménagements pendant je te dis quatre ans. Comme j'étais honnête et que je disais : « Je vais aller en formation. », c'était « Ah, ouais. Non, mais peut-être pas, non je préfère que vous soyez là. L'autre jour, j'ai fait mon évaluation pour l'année dernière avec elle mais j'ai bien fait comprendre que j'avais des **projets** à mettre en place, en œuvre que je voulais me former et que clairement, elle me disait : « Je me sens différente. J'ai envie de partir du pôle. » Bah, je dis : « Si j'y trouve et que je peux être formée et faire ce que je veux, je reste, sinon je pense qu'effectivement je partirai. » T'inquiètes pas quand je demande une formation, c'est mieux pour tout le monde.

Reconnaissance de l'investissement de l'autre, pouvoir donner la possibilité de réinvestir des formations, accompagner les personnes vers un épanouissement, vers une amélioration, faire émerger les potentiels, les accompagner

Ah, bah tout ça, ça n'a aucun intérêt. Mais ça aussi, tu parlais de management, moi je suis pour la formation, je ne fais aucune censure, je leur donne toutes les listes de formations et j'exige qu'elles me ramènent quelque chose. Alors, ça aussi, elles y ont pas été habituées. Pour un réinvestissement. Sinon... dans le management, il faut booster les gens vers le haut. C'est aussi ma marge de manœuvre. Tu n'es pas là pour manager les gens, **tu es là pour faire émerger des potentiels**. Elles ont pas de notion parfois de la richesse de ce qu'elles savent faire. Donc ça aussi, je leur dis : « Mais arrêtez d'être modeste, vous savez le faire. » Je les pousse à prendre la **parole**, etc. Elles vont au congrès à Marseille souvent tous les ans et elles faisaient rien. Moi, j'aurais demandé un retour sur l'expérience. J'ai demandé ça, j'ai vu qu'elle allait s'évanouir, mais je pourrai pas prendre la **parole** bien sûr que si, je vais vous aider.

Ben je te disais **pour moi, ce qui est important...**

Prendre soin. **La manière que je vais prendre soin des équipes, c'est de les préparer à assumer le pire, assumer leur difficulté donc je les ménage pas et par contre de valoriser tout ce qu'elles font bien, tout le temps tout le temps tout le temps et de leur donner la parole en permanence.** C'est-à-dire qu'à chaque fois que je peux, je leur demande leur avis. C'est tout bête, on a ouvert l'hôpital de jour, elles ont travaillé sur des plans avec moi. Elles ont choisi la couleur de leurs meubles. Elles ont choisi leur chariot dans la mesure de ce qui était accepté par la direction. C'est par Corine qui a choisi toute seule.

Et la place que je donne à la **bienveillance**, dans **l'équipe** : prendre soin, pour moi c'est ma priorité. Je suis soignante, si tu ne prends pas soin de ton **équipe**, tu n'auras pas **d'équipe**.

Je suis convaincue de ça, Pour moi c'est une priorité. Les gens qui manquent de **bienveillance**, je vais je vais leur faire prendre conscience qu'il faut être **bienveillant**, je vais tout faire pour qu'ils arrivent à être **bienveillants**. *Moi, j'ai une aide-soignante qui parle pas à sa collègue, on fait des réunions, je leur demande comment elles ont travaillé ensemble, pour que ça émerge, elles **communiquent** pas du tout, elles s'entendent pas.*

*Non, non, ça passe pas avec eux quand ils travaillent, elles se parlaient que pour le travail donc je les oblige à faire des choses **ensemble**, ça dure depuis deux ans hein. Et ça finira par émerger, bon j'en ferai pas des copines, je pense pas mais...Christelle, elle est en train de bouger, enfin de parler un peu. Elle appelait pas du tout avant.*

Je sais pas. Il y a des caractères aussi, quelqu'un de particulier. Elle est particulière, je changerai pas. Après elle fait dans la vie ce qu'elle veut mais au travail je lui demande d'être en **équipe**. On travaille **pas en solitaire** dans une **équipe**. Tu peux pas.

#### Notion d'entraide et de partage dans le prendre soin des autres

Ben oui, oui. Ben une **équipe** voilà, je veux dire... dans le management ce qui est important, prendre soin des unes et des autres c'est quand il y a un secteur et là j'ai beaucoup de mal, quand il y a un secteur qui est en difficulté, les autres doivent les aider donc j'arrête pas en permanence de créer des liens, de créer des liens, de créer des liens. Il y a parfois elles sont cinq à manger toutes **ensemble**, il y en a une qui est de l'autre côté toute seule est en train d'en baver, ça leur vient pas en tête de dire... pas toutes. Voilà. Elles vont se préparer une bouffe mais les filles d'à côté sont pas au courant.

fort, il y a deux mois de ça, elles ont préparé une bouffe dans l'unité, Christelle, Chantal alors que la responsable médicale et moi, on n'était pas au courant. Donc elles sont sorties un peu le con puis le jour venu, elles nous ont dit : alors on s'est pas fâché, ça aurait été avec plaisir mais pas en une réunion.

Et les filles qui avaient pas été prévenues et qui l'ont su, forcément, elles ont amené leurs gamelles en faisant elles s'installent avec elles, puis les autres se sont trouvés très cons. Et sur la même unité quand même hein. Tu te rends compte ? petit peu manquer de **bienveillance** quand même.

#### Le respect du travail de l'autre, mais aussi donner du sens à ce qui est fait et pourquoi. Comprendre l'autre

*Et un jour, on a un patient qui était pas bien et qui a été hospitalisé au-dessus à la MAP, la médecine hémi polyvalente et, ce qui est normal, même en étant à l'hôpital de jour, elles vont rendre visite à leurs patients qu'elles connaissent, qui n'a pas fait ça ? Quand tu as un patient que tu connais tu vas le voir, moi je l'ai fait quand j'étais infirmière. Le patient était tellement mal, figure-toi qu'au moment où il est décédé, c'est dans la chambre, tu sais ce qu'elles ont fait ? Alors là j'ai cru que j'allais m'évanouir. Elles ont... je l'ai appris par ma collègue qui était cadre à l'époque à la MAP qui vient de m'appeler. Elles avaient assumé le décès, c'est-à-dire qu'elles ont consolé la femme, elles ont fait la toilette mortuaire, elles ont fermé la bouche, elles ont tout fait mais... parce que je pense qu'elles étaient dans l'émotion hein...*

*Mais déjà à ce point-là, voilà. Elle ont assumé le décès, tout ça et puis elles sont descendues, elles chialaient et c'est leur collègue qui ont trouvé le patient, préparait le machin c'est quoi ce machin ? Mais c'est quoi ça ? C'est... Elles ont accompagné la femme. La cadre de la MAP, moi, les infirmières de la MAP, les infirmières de mon service **ensemble**. Là, vous allez vous excuser tout de suite. Vous vous rendez compte, c'est violent ce que vous venez de faire. Vous prenez vos collègues pour qui ? Elles ont reconnu qu'elles étaient dans l'empathie, qu'elles avaient... enfin, elles se sont retrouvées, on est la soignante du patient. et j'ai dit : « Tu partages avec tes collègues et tu viens rendre visite, tu vas voir l'infirmière, tu dis : 'Le patient, il va pas bien.' » J'aime beaucoup ce patient, est-ce que tu veux que je fasse la toilette avec toi parce que c'est la manière*

Mais elles passaient par la tête là. Vous vous rendez compte ce que vous avez fait ? C'est violent. Tu vois, tu te rends compte ? Ben la **bienveillance**, quand elles ont réalisé que j'étais au courant, elles se mirent à nous massacrer ? Non, on les a réunies, elles pleurent, elles pleuraient. Elles ont décompensé, elles se sont mises à chialer, je pense qu'elles étaient dans le deuil quoi. J'ai dit : « Est-ce que vous mesurez ce que vous venez de faire ? » Bon je dis : « Maintenant vous allez parler, c'est pas grave. » Après elles nous en remercient hein, puisqu'on s'entendait avec Maria. Il fallait qu'on fasse prendre conscience. La **bienveillance** aussi, faire prendre conscience aux **équipes**, je pense que ça aussi c'est important.

Ah oui. Le **dialogue** c'est que l'**animation d'équipe**, c'est une obligation dans le métier de cadre. Je ne se supporte pas les cadres qui sont en permanence dans leur bureau, ben tu vois là, tu es arrivée, je n'étais pas dans mon bureau.

Je devais y être en plus aujourd'hui j'ai plein de trucs que j'ai pas faits mais j'arrive jamais à faire mon boulot pour ça parce que je me dis : « Je vais faire ça », je dis : « Non, il faut d'abord que j'aille voir l'équipe ».

Non mais c'est fermé quand je ne suis pas dans le bureau parce que c'est compliqué ce rez-de-chaussée. C'est comme ça que tu peux voir à l'extérieur mais sinon je suis jamais dans mon bureau mais quand les filles elles viennent, elles viennent pour le café, je dis voilà... c'est aussi leur cachette des fois.

j'ai repéré qu'il était un peu à l'écart du coup,

Ça, c'était un choix de ma part. Il y avait pas assez de place dans l'unité et quand j'ai pris l'équipe, je te dis elles voulaient pas de cadre et puis elles voulaient un peu trop être la copine de la copine, moi je dis : « Je suis par leur copine hein ». Je suis bienveillante, j'arrive le matin, j'embrasse tout le monde mais je suis pas leur copine. Il m'arrive de leur apporter des trucs, c'est pareil, en ce moment elles sont un peu dures, c'est jamais définitif. Il y a pas longtemps elles m'ont fait des crasses, un comportement pas opportun, je veux dire pas bienveillant justement.

Comme tu n'es pas bienveillante, je te montre que tu n'es pas bienveillante donc je montre que je suis un peu blessée. Je recule mais c'est pas définitif.

Elle revient après : « Ça va, Corine ? Vous voulez prendre un café ? » Je dis : « Merci, je vous remercie, j'ai pas le temps là. » Elles ont compris, t'inquiètes pas. Et voilà et donc quand j'ai pris le poste, je me suis dit, je ne veux pas être puisque quand j'étais en consultation, mon bureau il était à côté des infirmières, toutes les 5 minutes, dans mon bureau. Moi, ***j'ai besoin de calme aussi et puis le métier de cadre est dur comme je le disais.***

#### CDS 4

Le Care... On ne peut pas s'empêcher de faire le parallèle par rapport au prendre soin, mais... ça me parle beaucoup, et encore plus sur l'unité de soins palliatifs. Moi, pour l'équipe prendre soin de l'équipe fait partie de mon job, quand bien même on est au travail. Le truc, c'est de bien être au clair sur ce que c'est que le Care. ***Le Care, c'est que les conditions soient suffisamment bonnes pour qu'eux puissent aussi être dans le Care vis-à-vis des patients.*** Donc, les bonnes conditions de travail, ça va du planning ( le planning, on peut en parler des heures en disant que... ça prend du temps, mais c'est un outil de pilotage, quoi.

Et le Care, c'est les mettre en situation confortable sur ce plan-là. C'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'incertitude ou pas trop. Que les incertitudes soient parallèles avec eux.

Pour moi, ça fait partie du Care. C'est-à-dire que je ne maîtrise pas tout, et qu'ils ont décidé aussi, et qu'il y a des choses qu'on peut tout à fait résoudre ensemble, et pas moi seulement.

Donc, le confort dans le planning, c'est leur laisser une marge de manœuvre aussi sur les changements d'horaire ou de repos. C'est de dire... du moment... les conditions de planning soient respectées. Dans le lieu de travail, le Care, c'est aussi qu'ils puissent travailler dans des conditions de confort psychique et matériel acceptables... plus qu'acceptables, confortables. Psychique, c'est de pouvoir faire en sorte de cadrer dans certaines situations, d'aider à cadrer dans des situations qui peuvent être conflictuelles avec des familles. Je pense beaucoup à ça, parce que ça nous arrive quand même régulièrement. Donc... Participer à ça, recevoir les familles, prendre la main, le relai, leur dire un petit peu comment on peut faire dans telle situation, quand ils se sentent dépassés. C'est mettre en place – là, c'est déjà le cas – un groupe de parole, parce que... C'est prendre soin d'eux que de permettre la parole de choses qui sont difficiles. Au niveau matériel, c'est de leur permettre de travailler avec du matériel en état dans des locaux acceptables... Le Care... Enfin... Pour moi, il est beaucoup... Aussi dans l'accompagnement des situations de façon anticipée. Et ça, c'est peut-être plus vrai avec les jeunes infirmiers, jeunes aides-soignants... Surtout jeunes infirmiers, parce que les responsabilités sont différentes, mais d'arriver à accompagner un jeune infirmier en lui disant que dans telle situation, s'il n'y arrive pas, les ressources sont là, là et là, et qu'il peut s'appuyer sur ça ou sur cette personne, qu'on en reparle après. Ça, c'est du prendre soin dans... on va dire peut-être plus, la période d'intégration, mais pas que. C'est aussi après, plus collectivement dans des situations

particulières, et notamment le week-end, quand on n'est pas présent, c'est de parler de ce qui s'est passé comme événement pour l'analyser, quoi. Pour moi, ça fait partie du Care.

La reconnaissance. La reconnaissance... C'est un gros sujet. La reconnaissance, c'est... ça commence par **l'individualisation des échanges**. Je ne m'adresse pas aux aides-soignants, mais à untel, untel... Dans le bonjour, dans ce que je demande. La reconnaissance, c'est aussi de ce qui est fait, même si normal, comme certains le disent. Donc, ça fait partie du job. Quand dans des situations où justement, ça n'est pas fait si normalement que ça par l'ensemble, ceux qui le font normalement, il faut le souligner comme un point positif, ça permet de reconnaître leur travail. La reconnaissance, c'est oui, dans les choses qui sont très aussi très routinières et répétitives. Parce que sinon, je pense que la routine dans le sens négatif du terme, ça use. Donc, reconnaître cette routine-là... Que ce soit, je ne sais pas moi, des tâches à faire en tous soins, bêtes et méchantes comme le contrôle des stups ou le rangement du poste de soins, mais aussi dans l'accompagnement des patients déments, parce que ça, c'est très... ça demande beaucoup de mobilisation de la part des soignants, de ne pas leur dire, c'est normal, mais de reconnaître une prise en charge qui a marché, qui a fonctionné. Des choses qui apaisent les patients, de reconnaître vraiment, mais de façon très personnalisée quoi. Ce qui ressort de positif de la situation. La reconnaissance après, c'est aussi... C'est faire... alors... des compliments... C'est-à-dire, au-delà du reconnaître le travail de qualité, c'est faire des compliments particuliers à quelqu'un quand c'est mérité évidemment. Donc du coup, ce n'est pas forcément tous les jours pour tout le monde. Et ce n'est pas seulement dans l'appréciation, de l'évaluation annuelle. La reconnaissance, c'est

de faire participer tout le monde, peut-être pas sur tous les sujets, mais un maximum de sujets. Des idées, il y en a dans la tête de tout le monde, pas seulement dans la tête de ceux qui sont plus diplômés ou plus gradés ou plus je ne sais pas quoi. Donc, un aide-soignant a aussi un avis sur... des **projets** de travaux... enfin... de travaux ou d'organisation de la même façon qu'un infirmier. La reconnaissance, c'est... Qu'est-ce que je peux vous en dire d'autre ? C'est de demander la surprise pour telle ou telle personne quand on me la demande, mais... Et de pouvoir l'argumenter, pas seulement de... Ce qui doit être le cas normalement, mais être capable vraiment de l'argumenter, de l'effort particulier... de l'implication particulière. Je pense que la reconnaissance, ce n'est pas que moi qui la donne ou qui la montre. Mais là aussi où je peux avoir un rôle, c'est dans... faire participer à des choses qui sont moins dans les missions de tous les jours, où ils vont trouver la reconnaissance, mais de quelqu'un d'autre.

Moi, **mon rôle aura été de faire le relai ou de pousser ou d'accompagner**. Comme faire des cours, que ce soit en IFSI, en formation continue... C'est-à-dire que moi, je les reconnais, bien sûr, quand je leur demande. Parce que je ne demande pas à tous tout et n'importe quoi, mais je cible quelqu'un en particulier. Donc, ça je pense que c'est de la reconnaissance. Mais la reconnaissance, ils vont la retrouver aussi dans le regard des autres. En allant parler de ce qu'ils font tous les jours ou il ne boit peut-être pas, que ce qu'ils font cette qualité en allant parler ailleurs dans un colloque, une formation continue, une journée particulière sur un thème... Ils vont la trouver dans ce que va leur envoyer le public. Et ça, c'est... ça, je trouve que ça fonctionne fort en fait. Parce que ça leur demande de s'impliquer souvent beaucoup sur un travail qui n'est pas toujours habituel, maîtrisé et confortable. Mais du coup, comme ils ne sont plus dans leur zone de confort, ils s'en rappellent plus, quoi après coup. Il y a quelque chose, une petite décharge quand ils participent notamment, quand il y a de la prise de **parole** en public, il y a quelque chose qui est plus fort et qui entretient la reconnaissance.

*Valorisation de ce qui est fait en le montrant*

## CDS 5

Alors le care dans le management, c'est ce que je disais tout à l'heure : bonjour... je ne sais pas. Ne serait-ce que bonjour et de dire... à l'autre : bah, je sais que tu es là. Voilà. Je sais que tu es là, tu es là aujourd'hui.... Voilà c'est... Alors, on dit qu'ils ne font pas d'affectif. Le care, c'est quand

même de l'affectif mais de l'affectif, ce n'est pas... les effusions, des embrassades et de... on se voit en dehors du boulot. Là, c'est... c'est autre chose, c'est un affectif. Moi, j'aime... j'aime mes infirmiers et mes infirmières ; je les aime et c'est vrai que quand... il y en a une qui ne m'aime pas du tout, ça me... je... alors on dit que le sentiment... pas trop mais oui... Je disais : ta colère, c'est de la connerie tout ça. Voilà.

**Intervieweur** : C'est...

**Madame Sylvie** : On est dans... oui quelque chose dans l'affectif mais avec une certaine distance de toute façon mais... par exemple, moi chacun de mes... de mes infirmiers, je connais un petit peu de sa vie ou de ce qui se passe ou de... ou comment il peut être ou quand il est comme ça, c'est que... voilà. Et puis si je sais que... il n'y a qu'un... un infirmier m'a dit, juste un minimum de truc, qu'il a un chat, par exemple, un chat. J'ai dit mais... je ne connais que ça de Sandy, le chat. Mais j'irai converser...

**Intervieweur** : Sur le chat.

**Madame Sylvie** : ... sur le chat, voilà. C'est... et du coup, l'autre se dit : bah, elle s'intéresse à ce sujet, elle s'intéresse à moi et voilà. Et du coup, on retrouve toujours un terrain d'entente qui permet de se... d'être en **confiance** aussi, voilà, d'être en **confiance** dans le travail c'est-à-dire de se dire elle... elle m'entend mais elle **respecte** aussi mon intimité, voilà et on est... on travaille **ensemble**, voilà.

Je ne sais pas si c'est très clair ce que je dis.

**Intervieweur** : Si, c'est très clair en fait.

**Madame Sylvie** : Mais... voilà, c'est... Et du coup pour le cours, on a des... si je ne veux... la valeur du chat, c'est une valeur commune que l'on partage.

**Intervieweur** : Oui, oui.

**Madame Sylvie** : Donc du coup, on peut travailler **ensemble** sur d'autres sujets et moi je sais où je peux aller, jusqu'où je peux aller et la personne en face aussi, elle sait... voilà.

**Intervieweur** : Bah ça, c'est l'expérience.

**Madame Sylvie** : Oui mais... Oui, c'est ça... Et donc le care, oui c'est ça, faire attention à l'autre, quoi comme ça... Alors, c'est aussi... par exemple, j'ai... comme je suis intérimaire sur notre structure, je les connais sans vraiment les connaître les infirmiers, les aides-soignants enfin il y a deux ASH et il y a 2 ASH, je ne connais pas beaucoup de leur vie alors qu'elles sont persuadées que j'en connais beaucoup. Des fois, elles me sortent : « bah oui, Sylvie, j'ai déménagé avec mes enfants et... » Je dis : « ah bon, tu as déménagé ». Alors, je tutoie les gens. Je tutoie les gens mais je leur demande... Pour tout professionnel, je dis : voilà, j'ai la mauvaise ou bonne habitude, je ne sais pas, de tutoyer les gens mais est-ce que ça vous dérange ça ? Par contre, ça n'empêche pas le **respect** entre nous.

**Intervieweur** : D'accord. Il faut le signifier du coup.

**Madame Sylvie** : Voilà. Alors, tous les... je commence à vieillir donc tous les jeunes professionnels me disent : « ah non, ça ne me dérange pas ». Ils me vouvoient tous par contre et ça, je **respecte**. Il y a un... il y a quelques médecins ici que je tutoie et qui me vouvoient donc voilà mais... enfin je veux dire, c'est... ça n'a jamais me... voilà, il n'y a pas de manque de **respect** donc les ASH ... par exemple, quand elles viennent avec un nouveau parfum ou une tenue... enfin une coiffure, tout ça c'est important de dire : « ah bah, tu as changé de coiffure ou... » voilà. Ça, ce sont des petites intentions et c'est le care ça. Alors on va dire : ça c'est... on va dire le paquet d'emballage. Oui, parquet d'emballage. Après le care, c'est toujours dans... faire attention aux compétences, mettre en valeur les compétences, de dire par exemple à une infirmière qu'il y a des qualités dans la transversalité de son rôle infirmier « bah écoute... moi, je sens en toi quelque chose qui pourrait t'amener vers le métier de cadre », par exemple. Voilà.

C'est aussi dans le professionnel le care. Le care c'est de dire... « écoutes, là au niveau des entretiens, je sens que tu n'es pas à l'aise ou dans... ou les urgences c'était... tu recules, tu as peur... » Une formation, voilà, c'est ça aussi l'équité dans le cadre du travail.

**Intervieweur** : Oui.

**Madame Sylvie** : Moi, je dirai comme ça, quoi.

**Intervieweur** : Et du coup, on est aussi sur la limite enfin la reconnaissance...

**Madame Sylvie** : Tout le temps, tout le temps.

**Intervieweur** : ... en fin de compte qui inclut la reconnaissance dans le care.

**Madame Sylvie :** Tout le temps. Ça c'est vraiment mon crédo. Je ne peux pas imaginer faire un travail avec des référents ou des gens qui sont portés volontaires sans, à un moment donné, leur dire : écoutez, on a fini le travail, je vous remercie beaucoup pour le travail, votre engagement... ça c'est... je trouve ça incontournable.

**Intervieweur :** Oui non mais oui, oui. C'est...

**Madame Sylvie :** Voilà.

**Intervieweur :** ... pour ça que j'essaie d'en profiter mais ce n'est pas facile.

**Madame Sylvie :** Ça c'est incontournable et malheureusement... ça c'est on va dire c'est... en aval ; malheureusement en amont, nous les cadres de santé, on a telle... très peu de petits mots gentils de reconnaissance dans notre travail qu'on met des **projets** c'est... ce n'est pas toujours facile d'entendre que le... on n'entend rien, pas forcément que de travailler mais on n'entend rien. Si ce n'est moi... je vais dire : avec la... la cadre de pôle, quoi parce qu'on est... mais on sait particulier aussi à mon pôle, on va dire. Mais dans notre cadre de pôle, heureusement que nous sommes une **équipe** de cadres soudée justement avec les valeurs communes, avec une reconnaissance de notre travail, de... mais aussi de pouvoir dire : c'est mon point faible, je n'arrive pas... j'ai un agent, je n'arrive pas, voilà. Qu'est-ce que tu en penses ? Voilà et... ça c'est... du coup... du coup bah, on fait avec parce que comme on est entre nous bah la reconnaissance... c'est bien aussi quand l'institution reconnaît, quoi... parce qu'après le pôle, il y a aussi l'institution en valeurs...

## **ANNEXE VII :**

Résultat de la question 6 : Y a-t-il des valeurs affichées par votre institution ? Quels impacts ont-elles sur votre management du quotidien ?

**QUESTION 6 : Y a-t-il des valeurs affichées par votre institution ? Quels impacts ont-elles sur votre management du quotidien ?**

*Je cherche à savoir si le cadre de santé connaît les valeurs de l'institution dans laquelle il travaille et comment cela se répercute dans son travail au quotidien, si un lien est fait entre les principes institutionnelles et le travail des équipes. (les axes de travail les dernières années dans l'établissement).*

**CDS 1**

Pour le moment, ce serait aussi... Moi j'aurais dit qu'essentiellement, c'était aussi les chemins cliniques et cetera et le patient dans son parcours. Essentiellement, c'était vraiment ça. C'était l'autonomie, la bien-traitance de chacun et cetera dans l'accompagnement de ce patient et dans son parcours un peu compliqué. De l'enfance à l'âge adulte, et puis même à l'âge... A son vieil âge. L'établissement était quand même grosso modo attentif... C'en est la preuve qu'il essaie de... d'avancer et cetera... Et puis d'avancer aussi, parce qu'on va être en dotation modulable à l'activité et cetera, et que c'est... On a tout intérêt aussi à se définir nous-mêmes avant de se faire croquer par les gestionnaires et cetera, comme c'est le cas depuis une trentaine d'années. Il y a 30 à l'hôpital, c'étaient les médecins qui avaient le pouvoir et cetera. Donc en fait, c'était porté par l'expertise, vous voyez ? Par les gens qui exercent le métier et cetera. C'était porté par ça. Maintenant, c'est porté par une pensée comptable. Alors, elle est nécessaire, parce qu'il y a eu beaucoup de gâchis. Mais si jamais on ne veut pas être complètement défiguré, notre activité, nous et cetera, par un système comptable, il faut se définir nous-mêmes. Et puis ça, on résiste. On résiste monstrueusement, mais par contre, le jour où on nous dira « Ecoutez, vous ne voulez pas vous définir, on l'a fait pour vous ! » - il sera trop tard... enfin... il sera un peu tard, quoi. Donc, c'est de participer à ça. C'est ça aussi que porte l'hôpital, j'ai l'impression. Donc, c'est aussi une valeur qu'on a... Consultation de l'être humain concerné par tout ça. C'est dans tous les cas en apparence pas arbitraire. Vous voyez, c'est vraiment faire participer à un projet général.

**Intervieweur :** Et du coup, est-ce qu'on peut dire que vous avez cette sensation quand même que l'établissement est sur quelque chose qui rassemble les professionnels de santé, quelque chose qui fédère ? Vous travaillez en groupe en fait ?

**Interviewé :** Je trouve. Je trouve. Mais c'est peut-être... Bon, c'est peut-être ma supérieure hiérarchique qui me fait aussi sentir ça et cetera, parce que je trouve qu'elle est très engagée, elle est très... Justement, elle fédère beaucoup. Je trouve qu'elle fédère beaucoup, et puis elle invite à la communication. A la rencontre, à la communication. En fait, voilà. Nous raisonnons par filière. Alors, ça ne veut pas dire... Ce n'est pas au sens de balkaniser et cetera, ça veut dire vraiment... justement entremêler les gens qui d'un bout à l'autre de la filière sont concernés, mais sans le savoir, et ne communiquent pas trop, mais participent à un même objectif, vous voyez ? Elle est très... elle fédère beaucoup, et... Et puis, il y a quand même pas mal de rencontres de cadres. Vous l'avez vu aussi en un an et cetera. Donc, je trouve qu'on est pas mal...

Alors, on a en tout cas sollicité beaucoup pour donner notre avis et cetera. Après, je ne sais pas si on est bien porté, parce qu'on nous demande aussi... Alors, peut-être que c'était... Vous avez connu Madame X ?

Vous avez connu, c'est maladroit ce que je viens de faire... Notre DRH... Voilà. Je trouve que ce n'est pas tout à fait le modèle de quelqu'un qui a envie de concertation et cetera. Je veux dire, ce n'est pas... Vous voyez ce que je veux dire ! Ce n'est pas du tout...

Alors, ce n'est pas... Alors, grosso modo, il faut faire les preuves de sa plus value et de son utilité en tant que cadre. Alors, vous voyez, quand vous entendez ça, et cetera, je veux dire, on n'est plus tout à fait dans... dans le management de la bien-traitance quoi. Enfin, c'est...

Bien guidé, oui. Voilà, bien guidé. C'est le mot. Chacun vient s'enquérir de son manque en termes de formation, de tout un tas de... connaissances et cetera. On prend les rendez-vous pour qu'on soit aussi guidé pour le médicament, son... Le cheminement du médicament, ça porte un nom... Le parcours médicament, le...

Ils sont soucieux tout du moins si on se limite à la DSI et cetera, du fait qu'on travaille dans des conditions de travail qui sont telles qu'on ait envie de... Vous voyez ? D'accompagner correctement le patient.

Je trouve que l'hôpital est aussi très dynamique. Très dynamique, ça ce n'est pas... Bon, voilà. Dans le... ce qui pourrait être... le fait... de la stimulation intellectuelle et cetera, et puis de tout ça, il extrêmement dynamique dans tout ce qui est journée de prévention, journée d'information et cetera. La douleur, la question éthique, le rein malade ou... Enfin bref, la prévention des troubles du rein et cetera. Voilà, il y a plein... il y a plein de semaines comme ça, d'information, de dépistage et de formation et cetera, et qui sont là aussi la preuve que... d'une attention particulière portée non seulement personnel de l'établissement, mais en plus... Voilà. Le patient a forcément en bout de course le bénéfice de tout ce qui est réalisé et cetera.

Et puis une situation de... Justement en plein dans les risques psycho-sociaux et cetera, on est vite... Le relais est vite... installé... Enfin, je veux dire... établi. On a immédiatement le risque et cetera... la direction des soins et cetera, et puis ils relaient à la DRH. Et puis tout à fait récemment... C'est une situation qui... qui est souterraine et... qui n'est plus souterraine du tout, mais qui est... ça a éclaté en fait, cet hiver avec une soignante et cetera qui est... on peut dire, harcelée, en fait. Et donc... en fait, petit à petit, cette femme-là a été entendue. Et puis, elle va être changée et cetera. Donc même, quand même, ça a été, je trouve assez rapide. A partir du moment où elle a osé – parce que c'est... il faut qu'elle parle, vous voyez ? Il faut que dans ces cas-là, elle parle aussi. Mais je trouve que ça a été bien mené.

Plus rien n'est enterré, vous voyez ? Je trouve que c'est aussi... C'est ce qu'on dit au-dehors. C'est ce qu'on dit au-dehors, ne surtout pas faire le silence et cetera sur la tyrannie, sur les violences et tout ça. Et ça a été bien appliqué. Moi, je trouve que c'est très rassurant de savoir qu'on n'a pas du tout fait le silence. J'aurais imaginé il y a quelques années, ce n'est même pas que j'aurais imaginé, c'est que je... Quand j'étais infirmière là ici, et que dans ces cas-là, on est toute nouvelle et qu'on voit les choses telles... On se dit il y a des choses qui ne sont quand même pas... Voilà. Bon, je ne sais pas, bref... On se fait tout un tas de réflexions, et puis... Et puis c'est enterré, et puis on apprend quelques années après que la personne n'était vraiment pas bien ou...

C'était plutôt étouffé pour ne pas faire... En fait, phrase type, c'était de ne pas faire de vague. Voilà, ne pas faire de vague, ne pas faire tout éclatera et cetera. Et là justement, le formidable, ça n'a pas du tout été ça. C'est que personne n'a eu la flemme d'écrire des rapports, de transmettre des rapports... On a eu peur de transmettre des rapports et cetera. Puis... La aussi, la gestion des risques psycho-sociaux, je trouve que... Le seul exemple que j'ai eu depuis le début était plutôt satisfaisant... Vous me dites si je parle trop !

## CDS 2

Maintenant c'est décliné dans les services. On est en train de travailler sur les règles de fonctionnement du service. Et là-dedans, le premier thème c'était sur les valeurs ; où cet après-midi ça va être sur le **projet** médical et c'est le chef de service qui va le présenter devant tous les agents. Et puis après il y a plusieurs thèmes ; on est en train de respecter...

On va le faire. On va le faire. Là, on est... sauf qu'il a fallu qu'un agent fasse une... on va dire, une IMV ; on ne peut pas utiliser le mot de TS.

Donc aujourd'hui, on a plein de choses que des actions qu'on va mettre en place ; or, on voyait que le sous-effectif était là. Qui le voyait... On le voyait mais... ben oui, si elles sont à quatre, à deux on peut faire le travail de quatre, eh ben non.

Et soi-disant, on a des CPP dans... mais le CPP, c'est le nombre de cadres par exemple qu'on a par service et quand il manque la moitié, je pense quand même qu'on doit être vigilant et faire en sorte qu'il y ait un effectif au moins trois sur quatre, ça va ; mais quand c'est deux sur quatre, non. C'est pas possible.

Et du coup, on voit plus le sens du travail qu'on a fait parce que... non. Et là, je trouve que ça manque de respect, un manque de reconnaissant de : pourquoi c'est... Si on a mis un effectif de cadre, c'est qu'il y avait bien une raison.

En fait, après voilà, c'est comprendre pourquoi on a cette situation peut-être et... parce que peut-être, on trouve pas d'autres personnes sur le temps...

Après voilà, je suis... je reste nuancée dans le sens que cette année, enfin sur l'école des cadres, par exemple, ils ont pas réussi à combler l'ensemble...

Mais parce que les infirmières ne veulent plus faire ce métier quand ils voient sur le terrain comment on le considère. Et il y a l'un qui ne veulent pas il y a au moins deux ici qui ont eu le concours de prépa pour faire l'école quand ils ont eu. Ils disent : « Mais quoi, aller m'emmerder là, non, non, non... » Il suffit de faire deux nuits ici; ils gagnent beaucoup plus qu'un carde.

Oui. Il n'y a pas de reconnaissance dans le métier. Il y a la question de chef chez les boys à tout faire ; la preuve, au début je vous dis, le cadre, non, « Je vais vous frustrer l'envie d'aller à l'université » mais il faut être là. Oui, il y a le besoin de papier, machin donc.

Oui, perdus. Oui, perdus. Mais ça aussi, même dans le même service, on peut ne pas voir les choses pareilles. Par exemple, quand il y a... on fait des demandes d'intervention (DI), j'ai appris à mon équipe à faire les DI, on a pas besoin le matin... Avant, on avait une secrétaire qui faisait les DI mais ça, on le faisait quand elle n'était pas disponible.

Oui. Oui parce que... enfin après, c'est aussi l'autonomie du soignant qui rentre dans la chambre et qui voit ce qui se passe.

C'est pour ça que je vous disais autonomie, au début ; ça veut dire que l'aide-soignante, c'est plus des aides-soignantes d'ailleurs, l'aide-soignante qui voit que la fenêtre... le store ne marche plus. Il faut... il peut faire DI, mais on a un cahier où on note DI : « Il y avait tel matériel qui marchait pas, je vais faire un DI ».

Mais, nous plus, c'est ça, d'être dans son bureau. L'objectif, c'est être dans son bureau à certains temps ; être près des équipes, regarder les dossiers de soins, comment ils sont remplis ; regarder l'environnement, discuter avec eux de leur difficulté.

### CDS 3

Ben je pense que les valeurs qui sont affichées dans l'institution actuellement, ils ont de la bienveillance hein, le respect du patient, la charte du patient. Et dans mon management ben oui, c'est-à-dire que tout ce que je fais, tout ce que je fais est motivé par le fait que je suis garante de la qualité des soins donnés au patient. Le patient est ma priorité. Donc quand une infirmière me dit par exemple : « Oui, non, mais moi, je vais partir en vacances, et je peux pas avoir mes vacances. », je dis : « Mais je dis pas non à vos vacances. Je dis simplement qu'il faut trouver une solution pour qu'on puisse tourner. On a besoin de s'occuper des patients, une fois il y en a même qui va faire un cake parce qu'elle avait décidé qu'elle parte à Center Park et qu'il fallait qu'elle s'en aille plus tôt. Elle voulait que je ferme l'hôpital deux jours avant. J'ai dit : « Non, l'hôpital de jour... c'est exactement comme quand tu sais par exemple, moi ma pharmacienne, ben chez moi elle est censée fermer à midi et demi. »

Quand la pharmacienne n'est pas là, les... enfin, ces nénettes elles ferment à midi moins le quart des fois. Ce qui fait tu as des gens qui sortent du boulot et qui pensent que la pharmacie est ouverte, bon ce n'est peut-être pas toujours le cas mais voilà, ils arrivent, c'est fermé. Ici on n'est pas un centre de dépistage mais il y a des patients en hôpital de jour surtout dans en VIH qui sont pas compliants, ils sont des fois en difficulté, ils sont en rupture de traitement parce qu'ils ont plus d'ordonnance, ils savent que l'hôpital de jour il ne ferme qu'à 17 heures, avant c'était 18.

On a mis à 17 parce qu'en fait on n'avait pas beaucoup dans les 18 donc c'est affiché comme tel. S'ils passent parce qu'ils ont besoin de quelque chose et que tu es fermée...

Puis un service public c'est pour tout le monde, puis ils vont peut-être être dans la merde quoi. Donc je lui dis : « Non. » — Ah ouais, non mais j'ai... Je lui dis : « Mais Natalia, arrêtez de jouer votre gamine. » Pourquoi vous ne vous êtes pas arrangée avec votre collègue ? que vous fassiez la fermeture, elle fait la fermeture à votre place, elle le faisait un autre jour. Ben, non je suis désolée. Après, je vais dire : « Je ne suis pas non plus baffée. », elle voulait pas aller pour la Center Park, je vais pas me culpabiliser pour ça hein. Par contre si elle me dit : « Voilà, j'en ai une qui m'a dit ce matin, Corine sur le planning du mois de juin... » Là, j'aide beaucoup la polyclinique et je t'ai

fait tourner à trois en permanence, ce qui est vraiment le minimum, c'est quand même mieux quatre. Et un jour, elles étaient quatre avant que je mutualise parce que ce jour-là, j'aurais donné quelqu'un. Elle a un papa qui a la maladie d'Alzheimer, elle a souvent des réunions pour son père. C'est quand même une priorité, ouais. Tu vois, on parle de respect. Tu connais tes agents, il y a aussi des fois où il va falloir prendre compte de leur vie, de leur projet. Je dis : « Oui, ben je valide. Vous serez trois puisque certains jours, je vous laisse à trois pour aider la polyclinique ce jour-là, s'ils avaient besoin, elle tapera ailleurs et voilà, vous serez à trois. Maintenant s'il y a un arrêt, nos copines tireront un peu plus la langue mais... » Ah, vous êtes sûre ? Je dis : « Oui je suis sûre. De toute façon, c'est important votre père, il est placé. » Elle a perdu sa mère il y a pas longtemps, tu vois ? Je lui dis : « De toute façon, vous serez pas en mesure de travailler sereinement, ce jour-là vous serez pas bien. » L'administration te dit tu perds ton père, ta mère, t'as droit à 5 jours. Une infirmière, elle arrive et elle me dit : « J'ai perdu ma meilleure amie. » Je me vois pas lui dire : « L'administration ne te donne pas de chance, elle n'aura pas un jour de congé familial mais je vais lui mettre un RTT.

Et même si ce jour-là c'est la merde, je vais essayer de trouver une solution. Il faudrait vraiment que j'en trouve pas pour lui dire non. Parce que de toute façon quand tu perds une amie, tu viens pas travailler.

C'est d'une évidence. Et je suis pas administrative au point de lui dire : « Ah ben non, on n'a pas le droit alors tu l'auras... » Non. Tu vois ce que je veux dire ?

Quand je dis voilà. La difficulté, c'est un travail avec l'être humain et il faut tenir compte... alors des paramètres, des besoins, de l'état psychologique de tes... voilà. La bienveillance, tu me disais, c'est aussi de voir quand un agent va mal. Je veux dire quelqu'un qui a toujours donné satisfaction, t'es pas que dans la sanction, t'es aussi dans la sanction. Quelqu'un qui fait pas son travail, c'est pas que t'es une maîtresse d'école. Quelqu'un qui donne pas des soins conformes, il met le patient en danger. Tu attrapes la personne, et puis bon voilà ça peut pas durer. Par contre, quelqu'un qui a toujours bien travaillé et qui fait une bourde ou qui a un passage à vide et qui, pendant un moment donné, n'est pas bien. Tu vas pas le féliciter mais t'essaies de comprendre, t'étais aide-soignante. Tu vas commencer à te dire : « Pourquoi ? Est-ce qu'il y a pas quelque chose ? Est-ce qu'il n'y a pas un problème de santé ? » Donc tu peux pas être intrusive dans sa vie mais à un moment donné, moi j'ai vu des situations difficiles où il a fallu joindre la médecine du travail sur le Code que les gens avaient été addictés à l'alcool, ou se camaient, ou était en endettement, ou venaient de divorcer. Je veux pas le savoir. Moi, j'ai une aide-soignante, elle dormait tout le temps, des fois, elle était hyper crevée... et elle était pas forcément à l'heure. Je trouvais qu'il y avait un truc qui était bizarre. Et puis un jour, ce qui m'a alertée, c'est comme c'est des heures, ou il y a toujours quelque chose, j'étais toujours en train de courir partout. Et puis, je remonte un jour, et comme elle m'avait vue partir, elle s'était barrée sauf qu'elle était revenue. Et figure-toi qu'elle était en train de prendre une douche dans le service. Alors je dis bah : « Vous ne prenez pas la douche au vestiaire ? » Donc, c'est pas du top. Euh... Elle, elle a fondu en larmes et j'ai compris. Elle prenait la douche à l'hôpital, elle mangeait le casse-croûte à l'hôpital, en fait, elle dort même dans sa voiture.

Que personne ne savait. Donc, je l'ai prise à part, on a monté un dossier. Elle était endettée, elle était seule, elle a fini par préparer l'école d'infirmière et elle est infirmière et tout va bien. C'est ton boulot de cadre aussi hein.

Tu gères des choses bizarres quand t'es cadre. Toi, t'es au début de ta carrière, oui, tu peux écrire un bouquin, tu gères des trucs vraiment bizarres. Et tu peux pas faire abstraction de ça quoi, tu peux pas.

Ça, il y a une de nos collègues qui disaient : « Corine, j'ai vu un rapport des anecdotes ». Mais ça, j'en ai plein parce que t'as des trucs comme ça. Des fois, tu sais pas, tu portes un jugement. Moi aussi, j'ai porté des jugements. Tu portes. Puis tu vois, on s'occupe des patients drépanocytaires. La drépanocytose, c'est une maladie très grave. Donc, les gens sont fatigués et personne ne sait à quel point c'est douloureux. C'est déjà un peu une douleur côté à 10 et qui sont comme toi quand tu as un peu mal à la tête, tu vois ? Seulement, ils sont tellement habitués à la douleur, ils sont en crise vaso-occlusive, ils sont prêts de claquer presque et ils disent : « J'ai un petit peu mal ». Donc tu comprends quand tu veux les calmer, c'est pas les petites doses que tu emballes. Et quand ils sont ados et qu'ils sont à l'école, ils sont comme ça mais pressent leurs pas très souvent. Et tu vois sur les carnets : « Enfant qui dort en cours, se fout de tout. » En fait, c'est juste que c'est une

maladie très grave. J'ai eu un jour dans le même ordre d'idée une dame qui était aide-soignante en fin de carrière, je lui ai dit qu'elle s'inscrive a la formation gestes de secours où je suis inscrite, et elle m'a dit : « j'irai pas ». Alors, je commence à m'énerver. J'ai dit : « Non, Carmen, c'est pas possible, si c'est pas maintenant, c'est l'année prochaine au moins ? ». « Ah non, j'y irai pas. » Je peux pas la refuser puis je comprenais pas. Heureusement, il y a une infirmière qui m'a dit : « Je peux vous parler madame? » et elle m'expliquait pourquoi. Donc, c'était ces dernières années, elle est partie en retraite, moi, j'aurais envie de dire pourquoi je l'envoie. En fait, son mari est mort d'un arrêt cardiaque. Depuis ce jour-là parler d'arrêt cardiaque et détresse respiratoire et de massage cardiaque quoi parce que si elle pense assez son mari, il est mort. Donc, elle n'ira plus jamais aux gestes d'urgence. Elle est en retraite depuis. Et non, en fait, tu ne peux pas le deviner, ça.

Tu vois ? Il y a des coïncidences dans la vie qui ne font qu'un quoi.

On gère mais en humain.

Et puis, ta propre personnalité, ta propre perception des choses. Je veux dire, la vie, elle est très étrange. Tu vis des choses, comme ça, que t'as pas prévues. T'as une composante, t'as une composante effective, t'as une composante économique, tu t'occupes de l'entretien des locaux, tu fais attention à tout, prendre soin des gens aussi, c'est prendre soin de leurs conditions de travail. Moi, ça fait 8 ans que je leur dit d'arrêter de manger à 14h00 que, elles sont complètement crevées, et qu'après elles bougent plus leur tête, tu vois parce qu'elles sont... il faut aussi prendre soin. Alors, je le dis pas comme ça. Mais je veux dire, tu dois veiller à ce que tes agents, ils prennent régulièrement des repos, c'est aussi la bienveillance.

#### CDS 4

.... J'ai un peu honte... Il y a un travail qui est en cours par Monsieur Hirsch ! Mais en fait, comme je suis un petit peu... dans autre chose, et je ne me suis pas plongée dans le sujet... Oui, bien sûr qu'il y a des valeurs qui sont dites par l'institution, qui sont... Dans ce qui a été demandé, c'est la participation des soignants aussi. Oui, oui, l'institution a dit des choses. Mais je ne sais pas bien en parler.

Après voilà, il y avait déjà ce gros **projet**, je pense il y a deux ans de recréer l'équipe, pouvoir travailler là-dessus sur déjà... sur l'entité... avant de pouvoir se...

#### CDS 5

Actuellement, l'hôpital pas... enfin essaie, de mettre en place ou met en place la bientraitance... voilà dans le management. Donc, ça c'est une valeur... avec des valeurs communes à chacun dans l'institution. Donc ça c'est...

Je ne sais pas si elle est partagée puisqu'on est en plein... dans le travail. Ça n'a jamais été fait auparavant.

C'est... donc... on est en train de voir ; si justement, ça va être partagé ce... en tout cas la bientraitance dans le management. C'est assez nouveau, je crois dans l'institution donc... Justement pour avoir une base commune de valeurs et pour pouvoir nous faire redescendre à tous les niveaux jusqu'au... jusque à nos professionnels sur le terrain qui seront... bien évidemment, on le pense, du coup bientraitants avec nos patients parce que c'est la finalité quand même.

Voilà. Parce que ces valeurs, elles ne sont pas là pour rien ; elles sont... elles sont pour ... au bénéfice du patient, voilà. C'est toujours la finalité, ce n'est pas pour se faire plaisir ; c'est pour que le travail soit bien fait auprès du patient ou le mieux possible en tout cas auprès du patient.

# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@16-17

### TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

### TITRE DU DOCUMENT

#### MANAGER AVEC SON ÂME

Valeurs et authenticité : Des leviers managériaux ?

### AUTEUR

SERRY Anne

### MOTS CLÉS

Valeurs                      Authenticité  
Cadre de santé              Management  
Dynamique d'équipe       Représentation sociale

### KEY WORDS

Moral values                      Authenticity  
Nurse manager                      Management  
Dynamic team                      Social Representation

### RÉSUMÉ

Force est de constater l'importance du management du cadre de santé, du fait de son rôle clef dans la conduite du changement, dans la mobilisation des équipes et dans la performance des organisations. Cependant, nombreux sont les sujets d'actualité relevant un mal-être au travail et des risques psychosociaux de plus en plus présents dans le monde hospitalier, n'épargnant plus les cadres. Les valeurs et l'authenticité pourraient-elles être des leviers managériaux, permettant de créer une dynamique d'équipe positive et de retrouver une culture du bien-être au travail ? Ce management par les valeurs implique une réflexion sur soi et une remise en question qui n'est pas toujours évidente.

La rédaction de mon mémoire m'a permis de m'interroger sur l'intérêt des valeurs dans le management en lien avec le contexte hospitalier actuel. A travers de nombreux travaux sur la dynamique d'équipe, le rôle du cadre ou encore le management et les valeurs, j'ai pu élaborer mon cadre de référence. Avec cette réflexion, j'ai pu mettre en place une enquête de terrain auprès de cadres permettant de faire le lien entre leur représentation sociale de l'équipe, leur valeur et la mise en place de leur management au sein d'une institution. La confrontation du cadre de référence aux réponses obtenues par le biais de l'enquête m'ont permis de mettre en avant la plus-value d'un management à travers ses valeurs professionnelles et authenticité.

### ABSTRACT

One cannot deny the importance of the management performed by the healthcare executive, because of its key role in change management, in team motivation and in performance of organizations. However, news topics concerning workplace discomfort and psychosocial risks in hospitals are more and more frequent, affecting everyday life of hospital staff and health executives. In such a context, could values and authenticity be management leverage, creating a positive team dynamic and reconcile workplace with well-being? Such a management relying on values requires introspection and self-questioning which is not always easy.

Writing my thesis allowed me to question the role of values in management, in relation to the current hospital environment. Thanks to a lot of studies on team dynamic, on manager's role, as well as management and values, I was able to define my frame of reference. With this in mind, I set up a field survey involving health executives, thus linking their social representation of the team, their values and the implementation of their management actions within an institution. The comparison of the frame of reference with the answers obtained through this survey allowed me to highlight the management's added-value through its professional values and authenticity.