

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/ Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



La posture managériale face
aux nouvelles attentes au
travail



Aline TOUSSAINT

DCS@12-13

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris 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'Ecole Supérieure Montsouris.

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, Monsieur Michel Touchard, qui a suivi l'avancée de mon travail mois après mois et a su m'encourager pour aller au bout de cette aventure.

Je remercie toute l'équipe de l'Ecole des Cadres Montsouris pour sa disponibilité, sa bonne humeur et sa gentillesse.

Je remercie mes camarades de promotion et particulièrement Cécile, Emmanuelle, Magalie et Sandrina, avec qui j'ai partagé toute cette année d'études. Dix mois de formation traversés d'épreuves, de doutes et bien sûr de joies.

Je remercie également les huit cadres de santé qui m'ont reçu et ont pris le temps de répondre à mes questions. Leur témoignage et leur participation ont été déterminant pour la réalisation de ce travail.

Je remercie mes parents qui m'ont soutenue d'une manière inconditionnelle et m'ont éclairée de leur amour et de leurs précieux conseils.

Et je remercie bien sûr mon compagnon pour sa patience bienveillante, ses petits plats et ses attentions de tous les jours qui m'ont aidée à mener à bien ce projet.

Sommaire

Liste des abréviations	3
Introduction.....	4
1 Notre cheminement vers la question de départ... ..	5
2 L'exploration conceptuelle	7
2.1 Qu'entendons-nous par la valeur « travail »	7
2.2 La place du travail à travers l'histoire.....	8
2.3 Les principaux bouleversements du monde du travail.....	11
2.3.1 Le vieillissement de la population	11
2.3.2 La féminisation du monde du travail	12
2.3.3 La fin du plein emploi	13
2.3.4 La génération Y.....	15
2.3.5 Les nouvelles technologies	15
2.3.6 Le paradoxe français	17
2.3.7 Synthèse de cet état des lieux.....	18
2.4 Qu'est-ce que le groupe, la dynamique de groupe ?.....	19
2.4.1 La naissance de la psychologie sociale	20
2.4.2 Les spécificités du groupe restreint.....	22
2.4.3 La dynamique de groupe.....	24
2.4.4 La résistance aux changements	25
2.5 Le rôle du cadre de santé dans la cohésion du groupe.....	26
2.5.1 Son rôle symbolique.....	26
2.5.2 Son rôle de leader.....	27
2.5.3 Son rôle motivationnel	28
2.5.4 Son rôle dans la circulation de l'information.....	30
2.5.5 Le rôle dans la confiance du groupe	31
2.5.6 Synthèse : Le cadre de santé ou le fabricant de sens	31
3 L'enquête	34
3.1 La méthode retenue.....	34
3.2 La population ciblée.....	35
3.3 Les entretiens	35
3.4 Les limites.....	36

4	L'analyse	37
4.1	La méthode utilisée	37
4.2	L'évolution de l'implication au travail	38
4.2.1	Les attentes personnelles.....	38
4.2.2	La différence entre générations.....	39
4.2.3	L'évolution sociétale et les nouvelles organisations du travail.....	41
4.2.4	Les attentes dirigées aussi vers le travail	42
4.3	La cohésion d'équipe	43
4.3.1	La cohésion, un faux ami ?	43
4.3.2	La cohésion, un souvenir ?.....	44
4.3.3	La cohésion, le bouclier et le ciment du groupe	46
4.4	Le rôle du cadre de santé dans la cohésion d'équipe	49
4.4.1	Se positionner en tant que chef	49
4.4.2	Etre garant des valeurs et des règles communes	50
4.4.3	Faire du lien	52
4.4.4	Etre présent	53
4.4.5	Etre juste	55
4.5	L'approche managériale.....	56
4.5.1	Le management à tendance « groupale »	57
4.5.2	Le management à tendance « individualisée ».....	59
5	La synthèse.....	63
5.1	La question de l'individualisme.....	63
5.2	La question de la cohésion d'équipe.....	64
5.3	Le cadre de santé, au carrefour des interactions	66
	Conclusion	68
	Bibliographie.....	69
	Table des Annexes.....	1

Liste des abréviations

AH-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

AS : Aide soignante

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDS : Cadre de santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

HDJ : Hôpital de jour

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

RTT : Réduction du Temps de Travail

Introduction

Cette année de formation, consacrée à l'étude d'un milieu dans lequel nous évoluons depuis maintenant près de dix ans, a soulevé beaucoup de questionnements et entraîné de nombreuses découvertes. Les grandes théories de l'action organisée, les multiples témoignages, les interrogations autour de nos pratiques, tout cela a éveillé une grande curiosité autour d'une activité première et ancestrale : le travail. En tant que future cadre de santé, la réflexion autour cette notion prend tout son sens. Il nous semble important de faire un état des lieux autour de ce concept réunissant les hommes autour de buts communs.

Pour cela, nous allons, dans un premier temps, faire une recherche dans la littérature sur l'évolution de la valeur « travail » à travers l'histoire. Intimement liées, elles montrent peu à peu la mise en avant de l'individualisme, qui est aujourd'hui, la tendance première dont on ne peut nier la primauté. A la veille d'encadrer une équipe, notre questionnement se tourne alors vers le collectif. L'individualisme modifie-t-il la dynamique de groupe ? Remet-il en question l'intérêt général et les projets communs ? Nous irons ainsi questionner dans un deuxième temps exploratoire, les interactions dans l'équipe, sa cohésion et le positionnement individuel en son sein.

Face aux différents éléments que nous tenterons de mettre en évidence, nous interrogerons alors le positionnement du cadre de santé dans cette problématique. Quel rôle a-t-il dans la cohésion de l'équipe ? Doit-il adapter son approche managériale en fonction de ces évolutions dans le monde du travail ?

Après cette première partie conceptuelle, nous irons interroger les professionnels de santé sur le terrain afin de confronter leur expérience et leur point de vue à cette approche théorique. Nous rencontrerons ainsi huit cadres de santé pour éclairer notre problématique.

Enfin, nous ferons une synthèse pour tenter de faire ressortir les points les plus marquants en espérant ainsi apporter les bases d'une réflexion autour de la posture managériale d'aujourd'hui.

1 Notre cheminement vers la question de départ...

Si les articles, les ouvrages et les témoignages n'ont de cesse de décrire un monde du travail bouleversé, en pleine mutation, nous avons voulu approfondir cette notion et l'interroger à travers l'histoire. Notre premier questionnement fut donc autour de la valeur travail. Que représente-t-elle pour l'individu ? Quels enjeux y met-il au-delà du « gagner sa vie » ? La corrélation entre le travail et la société est très forte et complexe, quelle influence a l'un sur l'autre ? Qu'en est-il de la situation du monde du travail aujourd'hui où nous nous apprêtons à endosser un statut si spécifique dans l'organisation de celui-ci ?

Au travers de ce survol, nous voulions plus particulièrement interroger un concept qui était, lui aussi, très présent dans les lectures et les témoignages, à savoir la place grandissante de « l'individualisme ». Qu'y-a-t-il derrière cette notion ? Quelles représentations ? Quelles finalités ? Cette montée de l'individualisme est-elle une vérité et si oui, comment se traduit-elle ?

Nous voulions alors mettre en tension ces deux notions, la mise en avant de l'individualisme dans notre société face à notre rapport au travail. Si les questions individuelles prédominent dans les choix, dans les actions, les anticipations, qu'en est-il des représentations de la valeur travail ? Y-a-t-il des conséquences sur l'implication ? Sur les manières de faire ? Bien sûr, la question qui nous interpelle le plus est celle du collectif. L'individu en opposition au groupe qu'imposent les organisations a toujours été une problématique mais qu'en est-il aujourd'hui ? Les valeurs, les impacts, la temporalité ne sont pas les mêmes que du temps de Marx ou d'Hegel...

Ces évolutions sociétales sont-elles compatibles avec la préservation de ce dispositif de coordination qu'est le « faire ensemble » ? Ces besoins de distinction des individus au travail ont-ils une résonance dans le monde hospitalier en pleine mutation ?

Face à ce questionnement, nous voulions interroger le rôle du cadre de santé. A la veille de prendre ce nouveau poste, avec tout ce qu'il implique en terme de responsabilités, d'interactions, de mise en sens et de mise en lien, cette problématique nous semblait en effet pertinente à explorer. Comment le cadre peut-il faire pour créer du collectif avec cet individualisme prédominant ? Si celui-ci réorganise les manières d'être et de faire au travail, comment le cadre de santé peut-il motiver la collaboration et faire exister le groupe ?

Acteur stratégique au sein du groupe, il doit en effet donner un sens au travail commun pour rassembler et unir les forces de chacun vers un même but.

A l'aide de toutes ces interrogations, nous avons formulé une question de départ afin de donner une direction à notre cadre conceptuel. Base pour notre recherche, elle se formule ainsi :

Comment le cadre de santé peut-il fédérer l'équipe au regard des évolutions de la valeur travail?

Nous allons à présent définir précisément les concepts et interroger la littérature afin de tenter de répondre ou du moins éclairer tous ces questionnements autour de la valeur travail, de l'action collective et du rôle du cadre de santé.

2 L'exploration conceptuelle

2.1 Qu'entendons-nous par la valeur « travail »

Avant de nous interroger sur l'évolution de la valeur « travail », nous allons tout d'abord définir ces deux termes et expliquer l'association dans laquelle nous les mettons.

La valeur, étymologiquement vient du latin « valor », terme datant de fin du 11^{ème} siècle¹. Elle a plusieurs sens selon la définition du Petit Robert. Elle peut être « *ce en quoi une personne est digne d'estime* »² c'est-à-dire une qualité humaine. Elle peut être aussi « *un caractère mesurable (d'un objet) en tant que susceptible d'être échangé, désiré* », le caractère d'un bien marchand en d'autres termes. Il y a encore de nombreux sens mais celui qui nous intéresse est celui de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle : « *ce qui est vrai, ce qui est beau, bien, selon un jugement personnel plus ou moins en accord avec celui de la société de l'époque.* ». C'est la valeur au sens moral qu'étudie l'axiologie (sciences des valeurs morales)³.

Les définitions du mot « travail » sont elles aussi très intéressantes. Celles-ci varient selon les époques. Ainsi, fin du 15^{ème} c'est l'« *ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire quelque chose* »⁴. Au 19^{ème} siècle, c'est une « *activité laborieuse professionnelle, rétribuée* ».

Si l'on regarde la deuxième définition du travail, on peut voir que c'est un objet datant du 13^{ème} siècle : « *dispositif servant à immobiliser les chevaux* »⁵. Le plus étonnant reste l'étymologie latine qui vient du mot *trepalium* « *instrument de torture* ». Le verbe travailler a lui aussi cette origine et en latin populaire *tripaliare* signifie « *torturer* ». Le travail montre alors un visage peu engageant et l'idée d'une corvée obligatoire est compréhensible.

Il faut également noter que la première définition proposée dans le dictionnaire est le travail effectué par la femme pendant l'accouchement. Si l'enfantement est la création ultime de l'homme, elle se réalise aussi dans la douleur. Alain Supiot, juriste français

¹ ROBERT Paul. *Le Nouveau Petit Robert*. Ed SNL, Paris, 2008, p. 2673.

² Ibidem.

³ Ibid, p.200.

⁴ Ibid. p2609.

⁵ Ibid. p2610

spécialiste du droit du travail, le souligne ainsi : « *tout travail est le lieu d'un semblable arrachement des forces et des œuvres que l'homme porte en lui-même. Et c'est dans cette mise au monde des enfants et des œuvres que l'homme accomplit sa destinée* »⁶.

Le travail est une notion océan qui a fait couler bien de l'encre. Enflammant les passions, elle est une activité pénible et obligatoire pour les uns, l'essence de l'homme pour d'autres. Les synonymes et mots en rapport sont nombreux, certains positifs, d'autres non, par exemple : besogne, labeur, tâche, corvée, ouvrage, ergothérapie, devoir.

Mais qu'en est-il de la « valeur travail » ? Cette expression largement utilisée mérite d'être étudiée à travers l'histoire car ce que nous essayons d'observer est son évolution dans le temps et ce qu'elle représente aujourd'hui au sein de la société.

2.2 La place du travail à travers l'histoire

Pour de nombreux auteurs, le travail n'a pas toujours existé et serait « *une invention de la modernité* »⁷. Depuis la préhistoire, l'homme s'affère cependant en quête de nourriture, à la construction de son habitat, à l'amélioration des objets (outils, peaux etc.) mais peut-on parler de travail ? Il n'y a pas de salaire à ce moment-là et l'on pourrait tout aussi bien comparer ce travail à celui d'autres animaux : l'araignée fait sa toile, l'oiseau son nid... Karl Marx réfléchit à cette question et y répond dans son œuvre majeure *Le Capital*⁸ expliquant que la différence entre l'animal et l'homme est que ce dernier aura penser l'œuvre avant de la réaliser.

Nous reviendrons à Karl Marx plus tard car le travail est mis sur le devant de la scène bien avant, à la fin du 18^{ème} siècle par Adam Smith. Dominique Meda, sociologue et philosophe, explique dans son très riche essai « *Le travail. Une valeur en voie de disparition ?* »⁹, qu'Adam Smith a décrit le travail comme une puissance humaine permettant de créer de la valeur. Cette définition nouvelle va révolutionner la vision qu'ont les hommes du travail. Celui-ci est alors corrélé avec la productivité et la notion de valeur en tant que gain. Il est aussi un véritable lien social qui permet la construction de l'identité individuelle et collective. A cette première conception du travail, une seconde au 19^{ème} siècle va s'ajouter (et non pas la remplacer). Dominique Meda parle d'une « *véritable*

⁶ SUPIOT Alain. *Critique du droit du travail*. Ed. PUF, Paris 2007, p.3.

⁷ GORZ André. *Métamorphoses du travail : quête du sens*. Ed Galilée, Paris 1991, p25.

⁸ MARX Karl. *Le capital* (extraits). Ed Flammarion, Paris 2008.

⁹ MEDA Dominique. *Le travail. Une valeur en voie de disparition ?* Ed Flammarion, Paris 2010, p.65.

révolution mentale, (...) l'idée que le travail est une liberté créatrice »¹⁰. Le travail devient un idéal, l'essence de l'homme. Cette idée, préalablement développé par Hegel, philosophe allemand, est repris par Karl Marx qui va s'efforcer à appliquer à l'homme tout ce qu'Hegel appliquait alors à l'Esprit. Il faut souligner que cette période de l'histoire s'appuie sur de grands bouleversements qui agissent sur la société et provoquent un remaniement des valeurs. En effet, depuis Newton à la fin du 17^{ème}, la terre (et surtout l'homme !) n'est plus au centre du monde mais tourne autour du soleil. L'humain est seul face à une nature qu'il faut maîtriser. Cette « *fin du géocentrisme* »¹¹ va participer à la mise en avant de l'individu.

Hegel précise que celui-ci est cependant une création chrétienne, chaque homme étant créé par Dieu et en lien direct avec Lui. Cette notion de l'individualisme va s'organiser et prendre de l'ampleur au sein de la philosophie de l'époque. Mais tous ces individus pensants et autonomes font peur. Il faut trouver une « *unité à la multiplicité non ordonnée des individus de l'état de nature* »¹².

Les travaux de Karl Marx vont beaucoup contribuer à l'évolution des représentations du travail. Il va différencier le travail concret (dans le sens du labeur comme le paysan qui laboure son champs) du travail « abstrait » qui correspond plus à la valeur de celui-ci dès lors qu'il est comparé. Comment comparer le travail de chacun ? Par le temps nécessaire à celui-ci. Le temps de travail comme valeur, comme quelque chose que l'on peut acheter, voilà une autre révolution.

Nous tenons ici à préciser que nous ne traiterons pas de la « valeur travail » tel que l'entend Karl Marx, c'est-à-dire comme un service qui a une valeur et peut s'acheter. Notre questionnement se positionne bien sur la valeur en tant que morale, comme nous l'avons précisé précédemment.

Il semble cependant important de nous attarder ici sur cette période de l'histoire qui explique en partie l'évolution de la place du travail dans notre société. Elle met également en relief les bouleversements des mentalités qui expliqueront la mise en avant de l'individualisme ou encore l'implication que nous avons aujourd'hui au travail et les attentes que nous y mettons.

¹⁰ Ibid p. 21

¹¹ Ibid p.81.

¹² Ibid p.91

Nous remarquons que Karl Marx a humanisé les théories d'Hegel ou encore de Smith, en donnant au travail idéal trois rôles centraux : « *me révéler à moi-même, révéler ma sociabilité et de transformer le monde* »¹³. On comprend alors pourquoi le travail va prendre une telle place. Il permet ici d'être en relation avec la nature, avec les autres et avec soi-même !

Vers la fin du 19^{ème} siècle, avec l'ère industrielle, le travail devient le système de distribution des revenus, des droits et des protections. On entre dans la société salariale. Cette autre évolution est très importante car le travail se positionne alors comme le vecteur obligatoire pour exister au sein de la société. Dominique Meda souligne dans un entretien¹⁴ que la société a accepté cette idée du « *tout travail* » en omettant une condition évoquée par Marx : il y a le travail idéal décrit auparavant mais il y a aussi le travail réel dit « *aliénant* » dont il faut se détacher pour atteindre le premier. Or c'est le salariat dont il parle et c'est justement sur le lien salarial que vont s'appuyer tous les grands agrégats tels que la protection sociale ou le revenu. Ce qui devait être supprimé pour atteindre un épanouissement au travail s'est au contraire développé.

Le 20^{ème} siècle voit la consolidation de ces différentes conceptions du travail. Toute la vie sociale est aujourd'hui organisée autour de celui-ci. Les objectifs ont eux aussi changé. Il n'est plus question de richesses mais de compétitivité. Le développement et la croissance sont les nouveaux mots d'ordre. Hannah Arendt, philosophe américaine d'origine allemande, dit que « *nous sommes devenus une société de travailleurs* » qui développe l'activité sans ne plus même savoir pourquoi et pire, en ayant peur d'en être délivrés : « *et cette société ne sait plus rien des activités plus hautes et plus enrichissantes pour lesquelles il vaudrait la peine de gagner cette liberté* »¹⁵.

Par ailleurs, si nous nous intéressons plus spécifiquement à la France, l'ère industrielle et ses découvertes technologiques ont, ici aussi, fasciné. Les pouvoirs humains peuvent être décuplés, l'inventivité semble sans limite. Saint Simon, économiste et philosophe français participe déjà au 19^{ème} siècle au rapport passionné qu'ont les français avec le travail. Dominique Méda le cite : « *L'homme le plus heureux est celui qui travaille. La famille la plus heureuse est celle dont tous les membres emploient utilement leur temps. La nation la plus heureuse est celle dans laquelle il y a le moins de désœuvrés* »¹⁶.

¹³ Ibid p. 111

¹⁴ <http://www.bastamag.net/article1449.html> MEDA Dominique. *Il faut réduire davantage le temps de travail*. Entretien auprès de BastaMag.net. Consulté le 27/12/2012

¹⁵ ARENDT Hannah. *Condition de l'homme moderne*. Ed Pocket, Paris 2001, p.37

¹⁶ MEDA Dominique. *Le travail. Une valeur en voie de disparition ?* p 123.

Ce rapport au travail restera une caractéristique française. Nous y reviendrons un peu plus tard. Si le travail et son organisation ont beaucoup évolué jusqu'à nos jours, d'autres bouleversements sociétaux ont également participé à sa transformation et façonné son visage aujourd'hui si polymorphe.

Nous allons ici en évoquer certains, glanés au cours de nos recherches et de nos lectures. Cette approche sociétale n'aura pas la prétention d'être exhaustive mais tentera d'éclairer quelques facettes de la complexité du monde du travail d'aujourd'hui. Nous essayerons également de faire un parallèle avec le monde plus spécifique de la santé, monde dans lequel évoluent le cadre de santé et l'équipe pluridisciplinaire qu'il encadre.

2.3 Les principaux bouleversements du monde du travail

2.3.1 Le vieillissement de la population

Un fait indéniable qui a des impacts à tous les niveaux de l'organisation humaine est le vieillissement de la population. L'espérance de vie n'a eu de cesse d'augmenter et même si elle se stabilise aujourd'hui, les effets sont déjà multiples. Jean Viard, sociologue et directeur de recherches politiques analyse ces transformations majeures et parle de l'augmentation du temps libre¹⁷. On vit plus longtemps et l'on a donc plus de temps. Ce temps a vite été repéré comme producteur de richesse, un marché potentiel qu'il fallait mettre en avant. C'est ainsi que les loisirs, les voyages ont été largement positionnés comme un mieux-être, un besoin et un droit. Le non-travail n'est plus réservé aux élites, il se démocratise et se recherche. C'est ainsi que le travail peu à peu « *n'est plus le seul organisateur des modes de vie* », il perd de l'importance mais aussi de la place. En effet, parallèlement à notre espérance de vie qui augmente, le travail lui perd du terrain. L'auteur illustre que si l'on travaillait 200 000 heures en 1900, ce ne sont plus que 67 000 heures aujourd'hui. Ce constat met ainsi en relief que si nous passions 70% de notre vie éveillée à travailler à l'époque, cela ne représente plus que 16% à présent !¹⁸

Patric Deberdt, auteur sur l'articulation de la santé et des phénomènes de société, souligne que ce vieillissement développe de la méfiance, de l'intolérance et un certain sentiment de vulnérabilité. Ce repli sur soi participe à « *l'apologie du passé* » et crée « *un*

¹⁷ VIARD Jean. *Quand les modes de vie transforment la société*. Sciences Humaines, mai 2012, n°237, p32.

¹⁸ Ibidem.

clivage entre les valeurs du passé et valeurs du présent »¹⁹. Les valeurs d'hier telles que le courage, l'honneur, la respectabilité laissent place l'autonomie, la performance, la réussite. Cette réorganisation brouille les pistes et rend floues les amarres possibles pour se repérer et se rassurer.

Quant au milieu de la santé, on sait que le vieillissement de la population a eu un impact considérable sur le développement des pathologies chroniques et donc sur la prise en charge. C'est une des principales évolutions sociétales qui a amené à réorganiser le monde hospitalier depuis la loi de juillet 1991 portant réforme hospitalière. Les lois qui lui succéderont iront toutes dans le même sens et ce jusqu'à la loi HPST du 21 juillet 2009²⁰, le principal but étant une prise en charge transversale des patients, alliant l'hôpital et la ville, le public et le privé avant d'améliorer l'offre et la qualité des soins. Ces bouleversements de l'organisation sanitaire jouent un grand rôle dans la perte des repères et la quête de sens du personnel de santé.

Achille Weinberg, journaliste économiste explique que ce remaniement des valeurs modifie aussi les représentations que nous avons des métiers. En effet, ceux-ci ne sont pas seulement un salaire, c'est aussi un statut social. Aujourd'hui, les professions intellectuelles, longtemps considérées comme élogieuses, tel que l'enseignement ou le journalisme, perdent leur aura alors que les métiers plus manuels regagnent en fierté tel que viticulteur ou chef cuisinier²¹. Les métiers de la santé sont eux aussi porteurs de valeurs fortes aujourd'hui questionnées tel que le dévouement, l'accueil de tous, la disponibilité. En effet si elles n'ont pas disparues, elles sont quelques peu déclassées dans le remaniement des valeurs actuelles.

2.3.2 La féminisation du monde du travail

Autre facteur majeur de l'évolution du monde du travail est la féminisation. Leur entrée dans les usines pendant la première guerre mondiale, pour fabriquer les armes dont avaient besoin les hommes sur le front, a été le point de départ à leur participation. Si l'on s'est aperçu qu'elles réalisaient les mêmes tâches avec efficacité, elles ont cependant modifié l'organisation et le temps de travail. Essentiellement dans le tertiaire à des postes

¹⁹ DEBERDT Patric. *Crise des valeurs, valeur de la crise*. Soins Cadres, février 2005, n°53, p25.

²⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²¹ WEINBERG Achille. Pourquoi travaille-t-on ? Sciences Humaines, novembre 2012, n°242, p34.

d'employées, la féminisation de l'emploi s'est accentuée depuis les années 60 pour atteindre 47% en 2007²². Par ailleurs les tâches domestiques ou l'éducation et le soin des enfants ont peu été redistribuées entre les hommes et les femmes, elles restent allouées à ces dernières selon les données de l'INSEE de 2012²³. C'est pourquoi les femmes ont modelé le travail en multipliant les emplois à temps partiel, en maintenant leur activité autour de leurs congés maternité ou encore en délimitant plus nettement les horaires au quotidien. Ici encore, le travail n'a plus sa place première dans les priorités. Il est une composante dans ce que les gens ont à faire, mais ce n'est plus l'essentiel.

La plupart des professions de santé sont quant à elles, traditionnellement féminines et nous ne développerons pas ici les origines de la femme soignante. Cependant, l'aménagement du temps de travail et particulièrement le passage aux trente cinq heures a eu un impact considérable sur le monde hospitalier. S'il est majoritairement apprécié des professionnels de santé et à juste titre face à la forte féminisation et à la pénibilité du travail, il n'a peut-être pas été appréhendé en fonction de certaines autres données spécifiques du milieu comme la pénurie de personnel et la continuité des soins. Même si les trente cinq heures sont loin d'être la cause de tout, beaucoup les reprochent d'avoir mis sur un piédestal le temps-libre, les loisirs et d'avoir ainsi porté préjudice à la « valeur travail ».

2.3.3 La fin du plein emploi

Le contre coup des trente glorieuses a aussi eu un impact important sur le rapport au travail et les attentes et implications de la société à son égard. Eric Maurin, directeur d'études des hautes études en sciences sociales, explique que ces années fastes ont favorisé le plein emploi, le développement des recrutements dans le secteur public et accéléré l'ascension sociale. Renaud Chartoire, professeur agrégé en sciences sociales, le rejoint en disant que cette période a généralisé « *l'emploi typique* »²⁴ c'est-à-dire le CDI à temps plein, tout en augmentant le pouvoir d'achat.

Le changement de tendance engagé dès les années 70 a déclenché le désenchantement avec le début du déclassement du groupe employé (emploi peu qualifié, précaire avec intérim et CDD). La dynamique est dès lors interrompue et le chômage

²² http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1312&page=graph, consulté le 02 janvier 2013

²³ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1377#inter3 consulté le 02 janvier 2013

²⁴ CHARTOIRE Renaud. *Le boom des employés*. Sciences Humaines, mai 2012, n°237, p43.

apparaît. Celui-ci va avoir un impact important sur la société et nous n'avons plus aujourd'hui à décrire ses conséquences dramatiques tant sur le plan individuel que groupal. Le chômage fait peur et plane sur les travailleurs comme une épée de Damoclès qui n'aurait de cesse de faire de l'ombre au-dessus des têtes. Cette réalité est d'autant plus une donnée immuable pour les derniers arrivés sur le marché du travail ou ceux qui s'appêtent à y entrer.

Peut-on parler de cas particulier pour la santé ? En tout cas ce n'est pas de chômage dont il s'agit ici mais de pénurie. Ceci s'explique en partie au départ en retraite des baby-boomers (qui par ailleurs augmenteront de fait la demande de soins), associé à l'image d'un travail pénible, contraignant, peu reconnu et peu rémunéré qui ne donne pas très envie (ou qui laisse partir bons nombres de professionnels formés qui jettent l'éponge).

De manière générale, l'idée de dépasser la génération précédente ne va plus de soi. Les jeunes font plus d'études mais « *seraient la première génération à faire moins bien que leur parents* »²⁵. Patric Deberdt parle de « *faillite de l'espoir* »²⁶, celui d'un monde meilleur où la vie s'améliore ou au moins, le sera pour ses enfants. Cette « *inversion générationnelle* » accentue encore le repli sur soi et amène elle aussi à un changement de regard face au travail. Le manque de perspective développe l'idéologie individualiste car l'absence de visibilité vers le futur impose de se centrer sur l'immédiateté. Ce que l'on entendait par « faire carrière » n'a plus lieu d'être. Aujourd'hui, les travailleurs circulent dans le monde du travail et ne restent plus dans la même entreprise. La fidélité, la culture de l'entreprise, tous ces notions sont aujourd'hui en train de péricliter.

Ces caractéristiques retiennent notre attention au regard de notre questionnement qu'au rôle du cadre de santé face à l'équipe et sa cohésion. Comment former une équipe, lui faire prendre corps et aider le développement de son identité si les professionnels de santé ne restent pas plus d'un an ou deux ? Créer la cohésion d'équipe permettrait-elle de fidéliser les soignants ? Ces derniers sont-ils réellement décideurs et volontaires dans ce nomadisme professionnel ?

²⁵ MAURIN Eric. *Classes moyennes : le fantasme du déclin*. Sciences Humaines, mai 2012, N°237, p46.

²⁶ DEBERDT Jean-Patric. Op cit p 26.

2.3.4 La génération Y

Ceci nous a amené à nous intéresser à la génération Y, génération dite Why ? (à quoi sert tout ça ?). Cette définition identitaire très à la mode et très médiatisée met en avant la génération « NTIC » (Nouvelles Techniques d'Information et de Communication), celle qui est née alors qu'internet existait déjà. Décrite comme impatiente, cette génération serait la reine de la « zappe », ayant accès illimité à tous les savoirs et passant de l'un à l'autre. Si « naguère », la transmission s'opérait d'une génération à l'autre, cet ordre semble aujourd'hui en partie affranchi et les jeunes pourraient alors en savoir plus que leurs aînés (du moins l'accès au savoir et ses différentes ouvertures sont facilités).

D'autres caractéristiques sont mis en avant mais nous avons cependant décidé de ne pas nous focaliser sur cette génération Y et ne pas réduire la problématique à sa seule particularité. En effet, nous pensons que les bouleversements du monde du travail impliquent la société entière. Nous rejoignons ainsi François Pichault et Mathieu Pleyers, respectivement docteur en sociologie et consultant en management et gestion des ressources humaines, qui ont réalisé une étude à ce propos²⁷. Ainsi l'implication, la recherche de sens ou encore le besoin de reconnaissance et l'esprit d'équipe au travail sont des concepts qui seraient largement partagés par les différentes générations actuellement sur le marché du travail et non pas réservée aux seuls travailleurs nés sous l'ère du numérique.

L'étude de ce phénomène que représente la génération Y nous a cependant permis d'ajouter d'autres déterminants influençant sur les valeurs et le rapport au travail d'aujourd'hui.

2.3.5 Les nouvelles technologies

La révolution que représentent les nouvelles technologies a eu un impact considérable sur la société contemporaine et sur l'organisation du travail. Tout s'est soudainement accéléré, tout a du aller de plus en plus vite, de plus en plus loin, à l'image d'un message électronique. Ici encore la perte des repères est propice au repli sur soi et à la quête de sens. Le stress et le sentiment d'insécurité vont toujours grandissants : vers où allons-nous et pourquoi ?

²⁷ PICHULT François, PLEYERS Mathieu. *Pour en finir avec la génération Y. Enquête sur une représentation managériale* Novembre 2010. Consulté en ligne le 15 janvier 2013 sur <http://asset.rue89.com/files/2010pichault-pleyers.pdf>

Dans son remarquable essai, « *Accélération* », Hartmut Rosa, sociologue et politologue allemand, montre les conséquences de cette accélération et compression du temps. Si les techniques ont permis de gagner du temps (on écrit et envoie un courriel plus vite qu'un courrier par voie postale), celui-ci n'a été utilisé que pour augmenter la productivité (avec le même temps, on écrit quatre courriers au lieu d'un). Ce principe a profondément modifié le monde du travail et si de nombreuses améliorations ou facilités se sont alors développées, d'autres moins positives telles que le sentiment d'urgence ont pris une place impressionnante. Les dirigeants proposent toujours plus de « nouveaux projets », des stratégies pour gagner du temps, pour rentabiliser, pour faire plus avec moins, dans un souci de performance. Les changements prennent toujours plus de vitesse et n'ont même plus le temps de se mettre en place. Les conséquences sont nombreuses comme la perte « *du processus d'apprentissage* » ou le « *sentiment de dévalorisation et d'anxiété* »²⁸ chez les travailleurs. A cela s'ajoutent les nouvelles formes d'évaluations sous couvert d'amélioration de la qualité qui accentuent encore ce malaise et ce sentiment de ne plus avoir les moyens ni le temps de bien faire les choses.

Le monde de la santé connaît les mêmes bouleversements que dans les autres secteurs et en souffre beaucoup. La rationalisation des soins, la réduction des dépenses, la réorganisation du système de santé autour des pôles, l'application de la tarification à l'acte (T2A) comme mode de financement des établissements de santé, l'évaluation des pratiques, la recherche de la performance, tout cet ensemble de changements stresse et inquiète les professionnels qui ne comprennent plus le sens de leurs actes, ni n'ont même le temps pour y penser. Même si les évolutions du monde de la santé sont comprises en partie par ses travailleurs, l'acceptation d'un changement structurel aussi important nécessite du temps et des grands renforts d'information et de demande de coopération. Jean Maisonneuve souligne aussi le rôle des « *résistances inconscientes* » ainsi que le « *jeu des conflits et de la négociation* »²⁹ qui s'opèrent dans les dynamiques des groupes. Nous ne développerons pas plus ici ce phénomène.

Le constat abordé par Hartmut Rosa est également mis en avant par Christophe Dejourné, psychiatre et psychanalyste qui pousse plus loin les conséquences de ces

²⁸ ROSA Hartmut. *Accélération. Une critique sociale du temps*. Ed La Découverte, Paris 2012, p. 218.

²⁹ MAISONNEUVE Jean. *La dynamique des groupes*. Ed PUF, Paris 2010, p56.

nouvelles organisations de travail. Ce processus « *d'évaluation individualisée des performances* » n'a été rendu possible qu'avec l'invention de l'informatique. Via l'ordinateur, « *on exige la qualité, l'autocontrôle. On quantifie et mesure la performance* »³⁰. Mais comme il l'explique dans son ouvrage « *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel* »³¹, si le travail ne peut être évaluable, l'individu par contre oui. Cette démarche va avoir des conséquences dramatiques et entraîner l'augmentation des pathologies telles que « *le burn-out, le karôshi (mort subite décrite au Japon), mais aussi l'usage de médicaments, les toxicomanies – une bonne partie des toxicomanies, notamment chez les cadres, sont en rapport avec la surcharge de travail – et, évidemment les dépressions* »³², sans compter l'apparition du suicide sur le lieu de travail, fait nouveau dans l'histoire de celui-ci.

Ceci a par ailleurs développé la mise en concurrence entre les salariés. Ceux-ci se surveillent, se comparent, il faut être meilleur que le voisin et la conséquence notable est la destruction du travail collectif, de l'entraide et de la solidarité. Ainsi, par ce biais une fois encore, l'individualisme s'organise et se développe comme un mécanisme de défense. Toujours selon Dejours, « *aujourd'hui, on se rabat sur la famille pour avoir des repères* » car cette nouvelle organisation du travail « *génère la solitude* », « *la destruction du monde commun* »³³.

2.3.6 Le paradoxe français

L'ensemble de ces constats est assez sombre et laisse perplexe sur ce qui pourrait advenir dans le futur. Une enquête sur le travail réalisée en France en 2011 auprès de près de 6000 personnes, a cependant montré des résultats paradoxaux. Ainsi 55% des répondants sont « contents d'aller au travail », 54% estiment que leur « situation de travail s'est améliorée ces dernières années » (dont 67% chez les plus de cinquante ans qui sont, à priori, les mieux placés pour comparer le travail d'hier et d'aujourd'hui). Par ailleurs, 70% aimeraient changer d'emploi ou d'entreprise, 65% seraient insatisfaits quant à leur ressenti au travail et plus de 60% pensent que la situation de leurs enfants ne sera pas meilleure que la leur.

³⁰ DEJOURS Christophe. *Evaluation individualisée des performances*. Vidéo d'octobre 2010, consultée le 18 décembre 2012 sur http://www.dailymotion.com/video/xav90m_6-evaluation-individualisee-des-per_news#.UPrUbx1huSo

³¹ DEJOURS Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Ed INRA, Paris 2003.

³² Ibidem, pp 48-49.

³³ DEJOURS Christophe. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Ed du Seuil, Paris 2009, p 66.

Les co-auteurs évoquent le « *paradoxe français* »³⁴, les travailleurs de l'hexagone étant les européens accordant le plus d'importance au travail dans leur vie mais ils souhaitent aussi que sa durée soit réduite. Ils sont aussi « *en tête de liste pour l'absentéisme au travail* »³⁵. Ce qui ressort également de cette enquête sont les valeurs subjectives et individuelles attendues au travail, comme « le désir de s'épanouir » et continuer à apprendre (48,1% contre seulement 20% des anglais).

Ce survol du monde du travail et de son évolution est passionnant et fort de messages et de mises en lumière. Nous pouvons voir que les valeurs sont intimement corrélées à l'histoire, à la culture et si nous voulions faire un parallèle avec l'évolution du milieu hospitalier, nous nous apercevons que les bouleversements s'opèrent dans le temps, avec des racines lointaines et aux ancrages très puissants. Comme l'expliquent les co-auteurs cités ci-dessus ou encore Jean Maisonneuve, chercheur au CNRS et professeur à Paris X, le changement rencontre « *des résistances souvent considérables* »³⁶, d'autant plus si ce changement est trop rapide et ne permet pas l'adaptation.

Pendant, dans l'ensemble de nos lectures est ressortie une attente forte, une implication certaine des acteurs et une réelle envie d'amélioration.

2.3.7 Synthèse de cet état des lieux

Ainsi, si nous reprenons la caractéristique la plus mise en avant, à savoir l'individualisme, nous pouvons voir qu'il ne s'agit pas de l'entendre comme une démarche « égoïste » mais comme une stratégie face à l'environnement et une organisation pour mieux vivre en recherchant les interactions.

Le travail passe certes derrière la famille et les loisirs dans l'échelle d'importance des français mais au travers d'une recherche d'équilibre ou de possibilités d'aménagement.

Une recherche d'épanouissement est également très forte et cela tant sur le plan personnel que professionnel. Les travailleurs ont envie d'un emploi qui les élève, où ils apprennent des choses, où ils se réalisent. C'est loin d'être une démarche de perte d'espoir mais plutôt une exigence porteuse d'un grand dynamisme pour le milieu de travail.

³⁴ KRAUSE Jan avec D. MEDA, P. LEGERON et Y. SCHWARTZ. *Quel travail voulons-nous ? La grande enquête*. Ed. Les arènes, Paris 2012, p40.

³⁵ Ibidem.

³⁶ MAISONNEUVE Jean. *La dynamique des groupes*. Ed PUF, Paris 2010, p 45.

Les effets de vitesse, de perte de repères et de rentabilité expliquent cependant des stratégies de l'instant qui remplacent celles à long terme avec une difficulté de se projeter ou encore l'idée de prendre sa carrière en main et de ne compter « *que sur soi-même* ».

Toutes ces attentes et stratégies face au monde qui bouge sont des informations précieuses pour le manager qui est amené à encadrer une équipe dans un tel contexte.

Ce qui nous a particulièrement interpellés dans cette recherche est l'inéquation entre le développement de cet individualisme si souvent évoqué et l'attente majeure des valeurs au travail telles qu'être utile aux autres, le besoin de solidarité et de l'esprit d'équipe. Ces principes s'étaient beaucoup sur le besoin de reconnaissance, sur la nécessité de donner du sens et sur le besoin d'accomplissement. Ceci semble être en tension avec ce que décrit Christophe Dejours dans son constant alarmant sur la destruction du « faire ensemble ».

Toutes ces attentes et stratégies face au monde qui bouge sont des informations précieuses pour le manager qui est amené à encadrer une équipe. C'est en effet dans un tel contexte qui semble mettre à mal la dynamique de groupe qu'il va devoir susciter la cohésion de son équipe et répondre en quelque sorte à l'attente même de ceux qu'il encadre.

Comment le cadre de santé peut-il se positionner face à ces nouvelles attentes au travail ? Au regard de notre question de départ, comment le cadre peut-il favoriser cette cohésion d'équipe dans un contexte d'attentes individuelles et collectives fortes associées à une perte de confiance en l'institution ?

Dans la même démarche qu'avec la « valeur travail », nous voulons explorer plus particulièrement les notions de dynamique de groupe et de cohésion et interroger le rôle du cadre de santé au sein de cette organisation.

2.4 Qu'est-ce que le groupe, la dynamique de groupe ?

Les définitions du mot « groupe » dans le dictionnaire ne nous donnent pas des précisions déterminantes, nous choisissons tout de même celle qui décrit un « *ensemble de personnes ayant des caractères en commun (indépendamment de leur présence au même endroit)* »³⁷.

³⁷ ROBERT Paul. *Le Nouveau Petit Robert*. Ed SNL, Paris, 2008, p.1195

La cohésion est un déterminant du groupe et est définie comme un « *ensemble des forces qui maintiennent associées des éléments d'un même corps* »³⁸. Le corps est ici bien le groupe, un tout avec sa logique et ses buts. Ce sont les romains qui développent cette notion : « *une union, solidarité entre les membres d'un groupe* » et qui nous font penser à l'organisation de leurs armées qui s'entassaient derrière leurs boucliers et forment un tout plus fort face à l'environnement hostile.

Quant à « l'équipe », le dictionnaire définit en premier lieu une « *petite flottille appartenant à un même batelier, un chargement de ces bateaux* »³⁹. Ses origines semblent donc « *liées à l'idée d'embarquement et de travail de groupe* »⁴⁰ comme le précise Jean Maisonneuve. La définition la plus juste serait un « *groupe de personnes unies dans une tâche commune* ». En effet, elle suggère la notion de travail, d'effort collectif et de solidarité.

Il est ici également important de préciser que nous nous intéressons aux petits groupes et cela a son intérêt car ceux-ci se distinguent et ne fonctionnent pas de la même manière que le grand groupe comme la population d'un pays ou encore la société humaine.

Allons dans un premier temps interroger l'origine, l'histoire de ces termes aujourd'hui communément utilisés : le groupe et la dynamique de groupe.

2.4.1 La naissance de la psychologie sociale

La dynamique de groupe va intéresser en premier lieu la psychologie et plus particulièrement un nouveau domaine de celle-ci au début du 20^{ème} siècle : la psychologie sociale. Elle est d'ailleurs appréhendée comme une thérapie, la psychothérapie de groupe qui utilise les jeux et la discussion. Nous ne pouvons manquer d'évoquer Jacob Levy Moreno, psychiatre viennois créateur du psychodrame qui vît dans le groupe théâtral une existence propre et une structure spécifique pouvant influencer les individus les uns par rapport aux autres. Il est également inventeur de la sociométrie qui avance que les individus sont reliés entre eux par trois relations possibles : la sympathie, l'antipathie et l'indifférence. Cet éclairage est intéressant dans l'optique d'une réflexion autour de

³⁸ Ibid p.460

³⁹ Ibid p 916

⁴⁰ MAISONNEUVE Jean. *La dynamique des groupes*. Ed PUF, Paris 2010, p 8.

l'équipe de soin et nous espérons alors que d'autres relations pourront intervenir dans cette subtile interaction...

La notion de « dynamique de groupe » est apparue en 1944 sous la plume de Kurt Lewin, psychologue à l'Université de Harvard. Celui-ci s'intéresse alors au groupe humain en tant qu'« ensemble » et crée peu avant sa mort une méthode pédagogique, le T-Group, qui affirme que les relations entre les membres du groupe s'appuient sur leurs interdépendances plutôt que sur leurs ressemblances ou différences.

Dans le courant psychanalytique et clinique, Sigmund Freud s'est intéressé à la question groupale dans « *Psychologie collective et analyse du moi* » également traduit par « *psychologie des masses* »⁴¹ ou encore dans « *Totem et Tabou* »⁴² où le groupe est alors traité à l'échelle sociétale en partant de la sphère familiale.

Grand nombre de cliniciens ont suivi cette orientation comme Wilfred Bion, psychanalyste britannique, qui a développé la thérapie de groupe et a « *fortement contribué à éclairer les aspects inconscients de la vie collective* »⁴³. Il définit ainsi le comportement du groupe sur deux niveaux : la tâche commune et l'émotion commune, expliquant qu'inconsciemment le groupe va réagir selon des états affectifs qui se dirigeront en premier lieu vers le leader (demande de protection mais aussi refus de dépendance).

Nous pouvons également citer Didier Anzieu, psychanalyste français qui a lui aussi travaillé sur la vie affective des groupes et son impact psychanalytique, notamment dans son ouvrage coécrit avec Jacques-Yves Martin, « *La dynamique des groupes restreints* »⁴⁴. Selon eux, les individus demandent au groupe une réalisation imaginaire de leurs désirs refoulés. Anzieu invente alors le terme d'illusion groupale, qui serait une étape nécessaire dans la construction d'un groupe et tendrait à la recherche d'un état fusionnel collectif. « *Nous sommes bien ensemble ; nous constituons un bon groupe ; notre chef ou notre moniteur est un bon chef, un bon moniteur* »⁴⁵. Ce regard sur le groupe et son interaction avec le « chef » montre l'importance et le positionnement singulier du cadre dans la dynamique d'une équipe.

⁴¹ FREUD Sigmund. *Psychologie des masses et analyse du moi*. Ed PUF, Paris, 2010.

⁴² FREUD Sigmund. *Totem et tabou*. Ed Payot, Paris 2004.

⁴³ MAISONNEUVE Jean. *La dynamique des groupes*. Ibid, p20.

⁴⁴ ANZIEU Didier. *La dynamique des groupes restreints*. Ed PUF, Paris 2007.

⁴⁵ ANZIEU Didier. *Le groupe et l'inconscient*. Ed Dunod, Paris 1999, p 76.

Les auteurs et les écrits sur les interactions groupales sont innombrables et nous choisissons ici de nous appuyer sur l'ouvrage de Roger Mucchielli, « *La dynamique des groupes* »⁴⁶ pour étudier plus précisément le fonctionnement du groupe et ses différentes caractéristiques.

Comme nous l'avons précisé plus haut, le groupe étudié ici est dit « *primaire* » ou « *restreint* ». C'est un groupe limité par le nombre, « où chacun connaît tous les autres et peut établir avec tous une relation personnelle »⁴⁷ et qui suppose l'existence d'une « *unité psychologique spécifique solidarissant les membres par rapport à l'environnement* »⁴⁸. Ce type de groupe s'applique tout à fait à l'équipe pluridisciplinaire soignante que nous avons envie plus particulièrement d'étudier.

2.4.2 Les spécificités du groupe restreint

Sept caractéristiques psychologiques permettent de définir ces groupes et nous allons alors tenter de les illustrer d'exemples tirés du terrain hospitalier :

-Les interactions. On les appelle aussi échanges et ceux-ci développent un caractère spécifique du fait de l'appartenance au groupe. Ce sont des conduites, des interventions, des opinions qui ne sont plus personnelles mais déterminées par le groupe. Ainsi, une infirmière va anticiper le retard matinal d'une collègue en préparant à sa place les médicaments du matin.

-L'émergence de normes ou règles qui constitueront un code des valeurs du groupe. Ce code varie d'un groupe à un autre et y être conforme est considéré comme « bien » par les membres du groupe. Ainsi, les soignants d'une équipe (tous sans exception) refusent de répondre au téléphone pendant leur pause déjeuner car ce moment n'est pas une astreinte.

-L'existence de buts collectifs communs est une caractéristique déterminante. Elle est le « *ciment du groupe* »⁴⁹ permettant sa cohésion. Organiser une réunion de synthèse, résoudre un problème d'accueil, prendre en charge les patients hospitalisés sont des exemples de buts communs d'une équipe.

-L'existence d'émotions et de sentiments collectifs participe aussi à la cohésion du groupe. Elle est, de fait, particulièrement présente et forte dans le milieu des soins. La proximité induite avec des humains souffrants, l'empathie déployée pour mieux les entendre et répondre à leurs besoins sont propices à l'émergence de ces émotions et

⁴⁶ MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes*. Ed ESF, Paris 2011.

⁴⁷ Ibid. p 22.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Ibid. p 24.

sentiments. Ils sont d'autant plus portés collectivement qu'ils permettent de protéger individuellement d'un trop facile débordement. Ceci explique en partie l'importance donnée à la cohésion d'équipe au sein d'un groupe de professionnels de santé.

-L'émergence d'une structure informelle. D'ordre affectif, cette organisation est le positionnement des différents membres du groupe selon leur influence et leur popularité. C'est la plupart du temps inconscient et de fait non-officiel. Ainsi, une équipe pourra connaître un « bouc émissaire » rejeté des autres ou encore être composée de sous-groupes. Bion appelle cette dernière attitude « *le couplage* »⁵⁰. Au-delà de la recherche naturelle d'une compagnie ou d'un appui et à l'image du couple parental, un binôme dans une équipe peut être ressenti comme menaçant par le groupe et plus encore pour le leader. Pierre Cauvin, docteur en sciences sociales et consultant en développement organisationnel, l'illustre en décrivant les réactions agressives du groupe face à des apartés de deux membres au cours d'une réunion. La gêne sonore n'explique pas la violence des réactions, « *c'est que la formation du couple met en cause le fonctionnement du groupe autour de son chef* »⁵¹.

-L'existence d'un inconscient collectif. L'histoire commune, son passé, ce qui a été vécu ensemble font partie de la vie du groupe. Un service hospitalier a toujours une histoire, une culture partagée, portée par l'équipe de façon inconsciente. Ceci peut expliquer la récurrence de certaines problématiques ou de « points sensibles ». Ainsi, une équipe malgré le renouvellement de tous ses membres pourra garder une « étiquette » institutionnelle de par son histoire, et même si les membres actuels n'en connaissent pas les faits, ils porteront celle-ci.

-L'établissement d'un équilibre interne et externe. Ce double système (en son sein et en rapport avec l'extérieur) se rééquilibre en fonction des événements dès lors que le groupe est suffisamment fort. Dans une équipe, le départ d'un soignant a des conséquences sur l'existence et la dynamique du groupe. Celui-ci devra se réorganiser et consolider sa cohésion.

L'étude de ces caractéristiques psychologiques est très instructive pour mettre en exergue certains phénomènes propres aux groupes restreints que sont les équipes de personnels soignants. Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à la

⁵⁰ CAUVIN Pierre. *La cohésion des équipes*. Ed.ESF, Paris 2012, p 68.

⁵¹ Ibid. p 69.

dynamique de ces groupes et faire ainsi ressortir la spécificité et le rôle du manager, à savoir, le cadre de santé.

2.4.3 La dynamique de groupe

La dynamique des groupes représente deux éléments : les phénomènes psychosociaux qui les régissent et l'ensemble des méthodes « *qui permettent d'agir sur la personnalité par le moyen des groupes, ainsi que celles qui permettent aux petits groupes d'agir sur les organisations sociales plus vastes* »⁵².

Nous pouvons facilement comprendre l'importance de connaître cette « dynamique » pour un cadre de santé de proximité. Analyser les logiques, étudier les influences (celle du groupe sur l'individu), consolider la cohésion pour porter un projet, savoir le présenter et le faire accepter par le reste de l'institution etc. Pour Anzieu, la dynamique de groupe est le concept de « *locomotion* » qui décrit les mouvements d'état d'esprit du groupe. Quant à Tosquelles, psychiatre catalan, l'un des précurseurs de la thérapie institutionnelle, il n'apprécie pas vraiment cette expression expliquant que la dynamique tient à la science physique et se réfère à la force :

*« C'est présupposer d'avance que les groupes constituent des champs de bataille où chacun doit s'armer contre les autres. Alors que dans les équipes soignantes, ce qui est en jeu, c'est la relativité mouvante des places occupées par les uns par rapport aux autres : la position intime de chacun en face, à côté, ou à l'écart du discours des autres, et le cas échéant se tenant distancé de ce qu'il dit lui-même. »*⁵³

Cette fine et pertinente définition souligne la complexité des mouvements de transfert/contre-transfert induite par le groupe et souvent en résonance avec les enjeux vécus par les patients. Nous nous souvenons cependant de la définition première de la cohésion de groupe qui vient de l'armée romaine.

En restant sur cette note de la bataille et du combat, nous allons maintenant nous intéresser à une caractéristique propre au groupe qu'il est très important pour un cadre de santé de comprendre et d'analyser. La résistance aux changements est en effet un phénomène particulièrement puissant qui peut mettre à mal une dynamique de groupe ou tout projet quel qu'il soit, de service ou institutionnel.

⁵² MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes*. Op. cit, p 26.

⁵³ TOSQUELLES François. *De la personne au groupe*. Ed Erès, Paris 1995, p 135.

2.4.4 La résistance aux changements

Nous avons choisi de développer ici la résistance rencontrée face aux changements que nous avons déjà évoquée en première partie et qui est particulièrement d'actualité aujourd'hui où les projets se succèdent sans avoir même vu le jour.

La résistance au changement est un phénomène qualifié de normal et d'informatif participant à l'intégration du changement. Les travailleurs n'étant que peu informés ou consultés face à une nouveauté, ils ont l'impression « *qu'un pouvoir supérieur en prend à son aise avec eux, sans tenir compte de la façon dont ils avaient su s'adapter au système précédent* »⁵⁴. Cela rejoint donc également la question de la reconnaissance. De plus, la résistance au changement met aussi en jeu la cohésion du groupe qui, par solidarité, va resserrer les rangs pour protéger les membres de celui-ci. Nous pouvons voir ici que toutes les caractéristiques repérées sont intimement liées et en constante interaction. Nous pouvons également voir que la résistance au changement a un caractère profondément socio-affectif.

Lewin avait défini trois temps lors d'un changement auprès d'un groupe. Celui-ci se trouve dans un « *état stationnaire* »⁵⁵ et le changement va entraîner une « *décrystallisation* »⁵⁶ de cet état. Cette étape est très importante car elle va soulever les questions du groupe, les arguments, contre-arguments (freins et forces) et permettre au leader de baisser les résistances en prenant le temps de rester sur ces blocages. Vient ensuite le « *mouvement* », ce vers quoi le groupe veut aller en changeant les normes puis vient le temps de la « *crystallisation* » où le nouveau point d'équilibre devient à son tour stationnaire. Cette observation est intéressante car elle nous montre que dans le processus de changement le groupe est à la fois ce qui doit changer et ce qui fait changer. Lewin précise en effet que l'appropriation doit passer par une phase individuelle et que celle-ci « *est plus facile à réaliser en groupe que seul* »⁵⁷. Il a tiré cette conclusion à la suite d'expériences réalisées dans les années 40. Ainsi, les normes sont plus faciles à accepter ou rejeter en groupe que seul, l'engagement est plus solide et la capacité d'évoluer ou de changer individuellement est facilitée par le mode de gestion participatif.

⁵⁴ MAISONNEUVE Jean. Op Cit, p 46.

⁵⁵ CAUVIN Pierre. *La cohésion des équipes*. Op Cit ; p 75.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibid. p 76.

Ceci va dans le sens de ce qui est recherché par le personnel soignant : la solidarité, la cohésion d'équipe comme socle pour avancer, pour faire face aux changements, pour protéger les membres du groupe mais aussi pour être efficace et mieux servir le pourquoi ils sont ici rassemblés : le patient et sa prise en charge.

Comme le met en avant Lewin dans le processus de décristallisation ou comme l'explique Anzieu ou encore Bion, le « *leader* », que l'on peut aussi appeler « chef » ou encore « manager » et enfin pour nous, cadre de santé tient un rôle primordial dans cette dynamique de groupe, dans les positionnements de chacun, dans les différentes attentes que nous avons mis en évidence telle que la reconnaissance, la confiance ou la demande de cohésion. Nous allons maintenant explorer ce rôle si particulier et déterminant dans l'organisation et le bon fonctionnement d'une équipe.

2.5 Le rôle du cadre de santé dans la cohésion du groupe

Nous allons ici centrer nos recherches et nos réflexions sur les rôles du cadre au sein de cette dynamique de groupe. D'autres rôles et fonctions seront alors volontairement mis de côté, mais n'en constituent pas moins des facettes indissociables les unes des autres. De la même façon que nous avons précisé la nature du groupe dont nous traitons, nous entendons ici par cadre de santé, manager ou encore leader, le cadre de proximité encadrant les équipes soignantes sur le terrain hospitalier.

2.5.1 Son rôle symbolique

C'est bien sûr vers Henri Mintzberg, professeur de management et auteur de livres de référence que nous nous sommes tout d'abord tournés. Il fut en effet le premier à s'être penché sur le travail du cadre et avoir réfléchi sur sa fonction. Dans son livre *Le Manager au quotidien, Les dix rôles du cadre*, nous distinguons tout d'abord un premier rôle qui nous semble déterminant pour la mise en place et le déploiement de tous les autres : le cadre comme symbole, du fait même de sa fonction institutionnelle, qui le positionnera dans une autorité formelle. La notion de symbole est très importante et permet au cadre d'incarner le statut. C'est de cette fonction symbolique que découleront les autres rôles tels que celui de leader, de « *décideur* » ou encore « *d'agent de liaison* ». Mucchielli parle de « *chef statutaire* »⁵⁸ dont le rôle est lui-même englobé dans une grande organisation.

⁵⁸ MUCCHIELLI Roger. Op. Cit. p 71.

2.5.2 Son rôle de leader

Mintzberg voit comme autre rôle « *interpersonnel* » celui de « *leader* », lui aussi déterminant car il « *définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera* »⁵⁹. Le leader donne la direction, explicite le but, met du sens. L'auteur remarque en 1973, le manque de travaux au regard du travail de leadership du cadre. Il note cependant qu'à chaque fois que ce dernier « *encourage ou critique un subordonné il agit comme leader* »⁶⁰. Ce rôle primordial est lui aussi repris par Paule Bourret, infirmière et docteur en sociologie dans son ouvrage sur le travail invisible des cadres de santé⁶¹. Le regard du cadre, ses déplacements, ses remarques ou son silence, tout cela participe à l'ambiance générale et l'équipe est très attentive à son avis et son positionnement. Mintzberg souligne par ailleurs que « *l'objectif essentiel du rôle du leader est d'effectuer l'intégration entre les besoins des individus et les buts de l'organisation* »⁶². Il ne développe pas plus ce propos qui attire cependant toute notre attention dans le sens où il nous apparaît comme essentiel pour le cadre de santé dans le rôle qu'il a à jouer dans la cohésion de son équipe et dans l'écoute des attentes de chacun.

Maisonneuve précise qu'un groupe ne peut se maintenir sans être conduit par un chef et il rejoint Mintzberg sur l'importance du statut institutionnel et sa fonction symbolique. Il définit deux autres fonctions du leader : la « *socio-opératoire* » et la « *socio-affective* »⁶³ nécessaires au bon fonctionnement du groupe. Si la première représente la détermination des tâches, la gestion administrative et tous les facteurs techniques et méthodologiques, la deuxième influe sur le « *moral* » du groupe et celui-ci « *dépend lui-même du degré de motivation et d'intérêt pour la tâche, ainsi que des relations qui se tissent entre les différents membres, chef hiérarchique compris* »⁶⁴. En effet, le cadre de proximité doit avoir ce rôle de stimulation et de soutien. Il doit inciter à la participation en encourageant ou en rappelant l'objectif attendu. Il doit également rassurer et sécuriser s'il y a des craintes ou des tensions individuelles ou collectives.

⁵⁹ MINTZBERG Henri. *Le Manager au quotidien, Les dix rôles du cadre*. Ed.Eyrolles, Paris 2006, p 71.

⁶⁰ Ibid. p 72.

⁶¹ BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Ed Seli Arslam, Paris 2006.

⁶² Ibid. p73.

⁶³ MAINSONNEUVE Jean. Op. Cit. p63.

⁶⁴ Ibid.

Ces deux dimensions (l'intérêt pour la tâche et l'intérêt pour les gens) sont également définies par Robert Blake et Jane Mouton, docteurs et universitaires américains des années 60, qui ont réalisé une grille avec neuf styles de management en croisant plus ou moins les deux dimensions. Il y a ainsi aux extrémités le laisser-faire total et l'autorité ferme où le leader minimise les « *sentiments* ». Les autres styles, plus souples et plus mixtes, optimisent les deux aspects, le but étant « *d'avoir un personnel motivé pour l'accomplissement de la tâche, tâche qui elle-même est source de motivation* »⁶⁵. Cette précision est importante car si le cadre de santé doit rechercher cette cohésion d'équipe, la nourrir et l'entretenir, il ne doit pas perdre de vue ces deux finalités. Diriger un groupe avec plus ou moins d'autonomie, d'encouragements, de fermeté va jouer sur la motivation à réaliser les tâches. Or c'est bien là l'objectif premier qui intéresse le cadre de santé : une prise en charge soignée, au plus près des besoins des patients, nourrie d'une motivation qui transparait dans les gestes et les intentions. L'autre finalité est le bien-être de l'équipe, et nous comprenons ici l'étroite corrélation avec le premier objectif.

Il faut noter que l'équipe a son fonctionnement et son « *humeur groupale* » aussi indépendamment de son chef. Celui-ci doit d'ailleurs trouver un fin équilibre dans ses présences/absences pour permettre cette cohésion de groupe tout en étant à part, comme un garant du bon fonctionnement. Ce mouvement est très bien décrit par Paule Bourret : « *il existe une sorte de génie pratique pour mettre en scène des régimes de disponibilité par lesquels le cadre de santé devient repérable et est là quand il faut, au bon moment* »⁶⁶.

2.5.3 Son rôle motivationnel

Cet aménagement, cette disponibilité plus ou moins affichée selon le contexte est tout l'art du cadre de santé. Ken Blanchard, expert et auteur d'ouvrage en management parle de management « *situationnel* »⁶⁷. Selon lui, les différents styles de management doivent être adoptés en fonction de l'évaluation ponctuelle de l'autonomie des personnes ou du groupe. Cette autonomie dépend de deux critères, l'engagement et la compétence. Cette analyse est intéressante car elle décrit tous les cas rencontrés dans une équipe soignante. En effet, l'engagement dépend de la motivation et de la confiance à réaliser une

⁶⁵ CAUVIN Pierre. Op Cit. p 113.

⁶⁶ BOURRET Paule. Op. Cit. p 98.

⁶⁷ Cauvin Pierre. Op. Cit p 114.

tâche. Celui-ci va donc être différent entre le débutant plein d'enthousiasme et l'expert autonome. Là aussi, la compétence sera en lien direct avec le premier aspect.

Ken Blanchard définit aussi quatre styles de leadership, plus ou moins encourageants ou directifs : diriger, épauler, entraîner et déléguer. L'art du cadre sera alors de repérer dans un premier temps ces différents degrés d'autonomie et ajuster son encadrement de manière appropriée. Il s'agit donc là d'adapter un management en fonction de chacun. L'auteur dit que le cadre doit créer un partenariat pour permettre à chaque collaborateur d'atteindre ses buts et ceux de l'organisation. Il rejoint ainsi l'idée de Mintzberg évoquée précédemment. Cela suppose par ailleurs que le cadre sache manier les quatre styles de leadership et ait une capacité d'analyse et d'ajustement précise. Ceci vient illustrer la complexité de la tâche du cadre de proximité alors même que celle-ci ne développe qu'une seule partie de ses compétences.

Philippe d'Iribarne, ingénieur des mines et directeur de recherche au CNRS, apporte un regard ethnologique fort intéressant. Il montre que les modèles managériaux ne peuvent s'appliquer partout de la même manière et il traite ainsi le cas particulier de la France dans son ouvrage « *La logique de l'honneur* ». Il explique ainsi que l'histoire et les traditions ont un impact très important dans le monde du travail et que l'on ne peut appréhender un groupe en essayant d'appliquer un modèle de management sans connaître les valeurs, les traditions, les faiblesses et les forces propres à celui-ci. Ceci met en avant notre première partie portée sur l'histoire et les valeurs au travail. Nous avons pu en effet remarquer l'importance, la force de l'histoire et des traditions au sein de celui-ci. Nous avons pu aussi voir la souffrance et la perte de sens lorsque le management est plaqué sans en tenir compte.

Ainsi l'honneur, qui trouve son origine dans l'histoire, aurait une place particulière en France et cela explique tout le soin qu'il doit être apporté dans le management pour ne pas blesser cet élément moteur de la motivation. Il faut « *trouver des formes d'incitation telle que personne n'ait le sentiment de perdre son indépendance d'une façon qui le rabaisse à une condition servile* »⁶⁸. Si les américains fonctionnent avec le contrat et sont au service du client, cette conception peut heurter les français qui voient dans « être au service de » une relation de servitude. Tout ceci se trouve dans les intentions et bien que cela ne soit pas repérer ni expliquer, cela va avoir de l'importance dans la manière

⁶⁸ D'IRIBARNE Philippe. *La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales*. Ed Seuil, Paris 1993, page 143.

d'imposer, d'expliquer de proposer les choses en temps que manager. Il en est de même pour l'information. Philippe d'Iribarne précise que dans la logique de l'honneur à la française, il est important d'être clairement informé. Or nous savons qu'il y a là un rôle primordial du manager à faire circuler l'information.

2.5.4 Son rôle dans la circulation de l'information

Mintzberg dit que « *le processus d'information est une des clefs de la profession de manager* »⁶⁹ car « *pour une grande partie, son travail, c'est la communication* »⁷⁰. C'est en effet une mission essentielle du cadre de santé. Celui-ci est au centre des interactions et doit jouer un rôle de vecteur pour que l'information circule aussi bien verticalement qu'horizontalement. Mintzberg parle de « *porte-parole* » ou encore de « *diffuseur* ». En effet, le cadre de santé doit pouvoir être la voix de l'institution vers l'équipe mais aussi de l'équipe vers la direction ou encore d'un agent vers le reste du groupe. Ce travail de lien est à notre sens essentiel et déterminant pour la mise en place de tout le reste. L'information et la communication permettent la cohérence, la compréhension et donc créent du sens pour faire les choses. Elles soulignent l'importance donnée à une opinion, à une objection ou à un questionnement et participent ainsi à la reconnaissance de chacun. Elles permettent aux équipes de s'associer aux projets, de donner leur avis et entretiennent ainsi la motivation et incitent à la créativité.

Roger Mucchielli explique que le système des communications a des effets sur le travail ainsi que sur le moral du groupe et de l'individu. Avoir une visibilité d'ensemble mais aussi sur ce que fait le voisin et pourquoi il le fait est très important. L'auteur parle de « *centralité* »⁷¹ d'un poste par rapport au reste de l'institution. Cette position a une influence sur la conduite de la personne. En effet, mieux informée, celle-ci aura plus d'indépendance, un sentiment de responsabilité et plus de satisfaction. Il illustre avec le contre exemple du « *bout de chaîne* » qui se sent « *contraint, irresponsable, insatisfait* »⁷². Le cadre de santé doit veiller à maintenir cette qualité d'information au sein de son équipe pour venir une fois encore nourrir la cohésion, l'autonomie et la motivation.

⁶⁹ MINTZBERG Henry. *Le management. Voyage au centre des organisations*. Ed Eyrolles, Paris 2004, page 41.

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ MUCCHIELLI Roger. Op. Cit. p 76.

⁷² Ibid p 77.

Communiquer, c'est aussi être à l'écoute. En effet, il n'y a communication que s'il y a interaction. Un cadre de santé doit mettre en jeu son rôle d'articulation pour transmettre les messages mais aussi savoir entendre et apporter une réponse. Les membres d'une équipe sont très sensibles à se savoir entendus. Cela montre qu'ils existent et qu'ils sont reconnus. La place centrale du cadre de santé va jouer sur cette reconnaissance et participer ainsi à la cohésion du groupe où chacun à sa place et est repéré par les autres membres de celui-ci. Ceci illustre l'importance et la portée de la communication au sein d'une équipe et le positionnement stratégique du cadre de santé et cela introduit également la question de la confiance.

2.5.5 Le rôle dans la confiance du groupe

Dans une équipe, elle se situera sur deux niveaux, entre l'équipe et le cadre de santé et au sein de l'équipe elle-même. Pierre Cauvin souligne que c'est une valeur mais aussi une « *condition d'existence du groupe* »⁷³. Sans elle, il y aura peut-être « *un but en commun mais pas un but commun* »⁷⁴. Cette nuance est essentielle et illustre la complexité et la finesse de cette précieuse interaction humaine. Elle doit être analysée et réfléchie par le cadre de santé car c'est avec elle que se définiront les intérêts communs et les intérêts propres : jusqu'à quel point les membres d'une équipe peuvent-ils se faire confiance pour que les premiers passent avant les seconds ? Voilà une question centrale dans l'enjeu qu'est la cohésion de l'équipe et le rôle de coordinateur, de traducteur, de négociateur que doit avoir le cadre de santé.

2.5.6 Synthèse : Le cadre de santé ou le fabricant de sens

Loin d'être exhaustif, ce regard sur le rôle spécifique du cadre de santé au sein de l'équipe soignante a mis en avant des éléments fondamentaux pour le bon fonctionnement de celle-ci. Ainsi pour nous, certains termes clefs du management, à savoir la communication, la reconnaissance, la confiance, la mise en sens sont intimement liés et dépendent en grande partie du positionnement du cadre au sein de son environnement. Nos recherches se sont basées sur l'encadrement de l'équipe en tant que groupe comme nous l'avons défini et exploré dans le chapitre précédent.

⁷³ CAUVIN Pierre. Op Cit. p 88.

⁷⁴ Ibidem.

Nous avons alors un aperçu de l'étendu des domaines d'action du cadre de santé et de l'importance de son rôle au regard de ceux-ci. Sa place centrale, à la croisée des chemins, des interactions et des circuits d'informations, font de lui un véritable vecteur, aussi bien au niveau de la communication, qu'au niveau de la motivation, de la transmission des valeurs ou de l'atteinte des objectifs. Si nous avons noté que l'équipe et sa cohésion existent aussi en dehors du cadre, celui-ci est cependant largement attendu et observé par les membres de l'équipe qui recherche en lui un meneur et un exemple à suivre.

En croisant nos différentes recherches, notre questionnement de départ s'affine donc au regard de notre problématique :

Nous avons pu voir dans un premier temps que l'évolution de la société modifie les attentes et les positionnements au travail. Celui-ci est devenu plus un moyen qu'un but et les intérêts individuels réorganisent les manières de faire et de penser. Comme nous l'avons mis en évidence, le repli sur soi et sur la sphère familiale est aussi une réponse face à un monde du travail à plusieurs vitesses où la perte de sens inquiète et dévalorise. Véritable miroir de la société, le monde sanitaire est frappé de plein fouet par cette crise des valeurs. Nous avons cependant remarqué des attentes individuelles fortes au travail avec un désir de s'épanouir, d'apprendre et de travailler en équipe.

Dans un deuxième temps, nous avons alors étudié les caractéristiques du groupe. Celui-ci a une existence propre, avec des fonctionnements et des réactions puissantes qu'il est nécessaire de comprendre pour interagir en tant que meneur.

Le rôle du manager, pour nous du cadre de santé, a été exploré dans un troisième temps pour cerner son positionnement et son influence sur l'équipe ainsi que sur le maintien de sa cohésion.

L'ensemble de notre travail nous fait nous questionner sur les interactions entre le cadre de santé, l'équipe et les individus qui la composent. Face aux attentes individuelles prédominantes, la dynamique de groupe ne serait-elle pas modifiée ? Son comportement, ses mouvements ne seraient-ils pas différents ? Dans le même sens, le cadre de santé doit-il adapter son management à ces attentes individuelles et collectives ? Comment peut-il se servir de ces nouvelles exigences pour servir et renforcer la cohésion de l'équipe ?

Toutes ces questions interrogent la posture managériale du cadre de santé dans cette nouvelle organisation du travail hospitalier et sa capacité à s'adapter à de nouvelles attentes de ses collaborateurs.

Un management individualisé pourrait-il répondre à ces attentes et servir ainsi le collectif ? C'est l'hypothèse que nous proposons à l'issue de cette première partie de notre travail.

Nous la formulons ainsi : **un management individualisé, à l'écoute des attentes de chacun, permet la reconnaissance et participe au renfort de la cohésion d'équipe.**

Etre à l'écoute de chacun, mettre en avant ses spécificités, cultiver la différence pour nourrir le pluriel tout en respectant les attentes individuelles, ceci pourrait-être un management « situationnel » comme le dit Ken Blanchard, mais en réponse au monde du travail d'aujourd'hui avec sa vitesse et ses problématiques nouvelles.

C'est avec toutes ces interrogations et ces différents éclairages théoriques que nous allons maintenant nous tourner vers les professionnels. Cette deuxième grande partie du travail permettra de recueillir les avis et les ressentis des personnes sur le terrain et de les confronter ainsi à la première approche conceptuelle. Nous tenterons ainsi de répondre à certaines de nos questions et d'interroger la pertinence de notre hypothèse.

3 L'enquête

3.1 La méthode retenue

Faire une enquête sur le terrain s'avère être une nouvelle aventure et les questionnements, une fois encore, sont nombreux. Qui rencontrer ? Comment s'y prendre ? Comment rester neutre dans notre démarche ? Si toutes ces interrogations se dénoueront au fur et à mesure, la méthode pour rencontrer les professionnels est pour nous déjà choisie : l'entretien. En effet, celui-ci semble particulièrement adapté à notre recherche. Etre en face à face, interagir en direct, observer les messages non verbaux sont pour nous une richesse indispensable pour aborder le positionnement du cadre de santé dans l'équipe.

De plus, l'entretien permet de mieux appréhender les valeurs de la personne interrogée. L'explication du sujet, la reformulation de certaines questions amènent la personne à bien cerner le thème et à répondre au plus juste à la question posée. La possibilité de laisser les paroles se dérouler et s'enrichir d'exemples et de situations vécues, tout cela participe à nourrir le discours et à affiner l'analyse par la suite. Travaillant en psychiatrie, nous allons de ce fait, utiliser des méthodes d'entretien tels que la reformulation, l'écho, la vérification etc. Nous ne souhaitons pas rencontrer les professionnels dans une recherche de résultats représentatifs mais plutôt pour appréhender une tendance, mettre en relief des nuances ou encore distinguer des différences. Le but étant de les laisser s'exprimer ouvertement, avec les mots qu'ils souhaitent, laissant libre cours à leurs associations.

Enfin, cette approche au travers de l'entretien permet de rester en éveil et de réagir aux dires de l'interlocuteur afin d'amener des éléments d'analyse aussi féconds que possible.

Nous choisissons de proposer un entretien semi-directif afin de bénéficier de l'avantage de l'ouverture et de la liberté d'expression de l'entretien, tout en maintenant un fil directeur pour ne pas laisser l'interlocuteur se perdre ou s'éparpiller. Nous nous sommes donc appuyées sur une grille d'entretiens de cinq questions⁷⁵.

⁷⁵ Cf **Annexe 1** page 2 des Annexes.

3.2 La population ciblée

L'implication au travail, la cohésion de l'équipe, le positionnement et le rôle du cadre de santé, toutes ces thématiques peuvent être abordées auprès des membres de l'équipe ou auprès de cadres de santé. Au regard de la méthode choisie et du temps imparti, nous avons dû faire un choix et nous sommes tournées vers les derniers. L'avis de cette population était en effet incontournable, c'est donc auprès de nos futurs pairs que nous avons effectué notre enquête.

Nous avons essayé d'interroger des cadres de santé issus de services les plus divers possibles afin d'avoir une palette de réponses et d'avis des plus variés. Ainsi, nous avons interrogé huit personnes dont quatre en psychiatrie et quatre en soins somatiques :

En psychiatrie, trois travaillaient en intra-hospitalier et une dans un Centre Médico-Psychologique (CMP).

En somatique, les quatre cadres de santé géraient des services bien distincts : gériatrie aigüe, réanimation, chirurgie et urgences.

Sept d'entre eux sont issus de la filière infirmière et un de la filière d'ergothérapie. Nous soulignons une limite à notre échantillon : tous exercent dans la fonction publique. Ceci est peut-être dû à notre curiosité inconsciente, venant du privé et n'ayant jusqu'alors que très peu de connaissance de l'hôpital public.

Six des huit personnes interrogées sont des femmes, ce qui est assez représentatif de la réalité, le métier étant majoritairement féminin. La moyenne d'âge est de 48 ans, en effet cinq sur huit ont 50 ans et plus. La personne la plus âgée ayant 56 ans et la plus jeune 38 ans.

3.3 Les entretiens

Ceux-ci se sont tous déroulés au sein du service de chaque cadre de santé après une prise de rendez-vous. Nous n'avons pas rencontré de difficulté particulière pour les obtenir et tous se sont montrés curieux et intéressés. Pour cela, nous leur avons exposé très brièvement le thème de notre recherche : l'implication au travail aujourd'hui et le rôle du cadre face à la cohésion d'équipe.

Les entretiens ont tous été réalisés au mois de mars. Nous avons profité d'un stage réalisé dans un hôpital de l'Assistance Publique (AP-HP) pour obtenir les entretiens auprès

des cadres de services somatiques. Les autres ont été recueillis grâce à notre réseau dans le monde de la psychiatrie.

Les huit entretiens ont duré entre 45 minutes et une heure. Chaque cadre de santé a pris soin de ne pas répondre au téléphone et de mettre un mot sur sa porte pour ne pas être dérangé. Nous avons pris des notes ainsi qu'enregistré en même temps l'entretien pour garder les silences, les rires, les hésitations, que nous savons eux-aussi très riches d'interprétation.

3.4 Les limites

Nous avons tout d'abord eu des difficultés à élaborer notre grille de questions. Celles-ci devaient être claires et couvrir l'ensemble de nos interrogations. Après plusieurs reformulations, nous nous sommes rendues compte qu'elles étaient très bien comprises et facilement explicables si besoin, une fois la personne rencontrée.

La méthode de l'entretien est le recueil le plus libre, le plus riche, permettant d'interroger le sens et les ressentis. Elle est cependant aussi très chronophage, tant au niveau des rendez-vous qu'au niveau de la retranscription et de l'analyse des données.

Notre principale difficulté fut de garder notre neutralité. Beaucoup d'énergie fut en effet nécessaire, pour freiner nos réactions et nos aiguillages trop directs. Il ne fallait pas influencer la personne interrogée et la laisser cheminer pour finalement confirmer ou infirmer notre hypothèse, tout du moins l'éclairer par un avis. La technique de l'entretien pratiquée dans notre exercice professionnel auprès des patients nous a cependant aidées.

4 L'analyse

4.1 La méthode utilisée

Au fur et à mesure des entretiens, nous avons pris soin de les retranscrire scrupuleusement à l'aide des notes et des enregistrements. Nous nous sommes alors trouvées devant un nombre impressionnant de données à traiter⁷⁶.

Nous avons été confrontées à la difficulté de faire une synthèse compte-tenu la diversité des services. En effet, la logique managériale ne peut être la même en CMP, aux urgences ou encore en gériatrie.

Nous avons procédé en repérant dans un premier temps les grands thèmes récurrents et/ou attendus. A l'aide de couleurs, nous avons souligné et surligné les passages des entretiens à l'aide d'une légende⁷⁷. Celle-ci faisait ressortir les éléments suivants :

- Notion d'individualité, la vie privée, les attentes personnelles
- La cohésion, le collectif, la vie de l'équipe
- Le rôle du cadre de santé, ses méthodes managériales
- La proximité du cadre
- La distinction entre générations
- L'importance de la communication
- Le patient, la continuité des soins, la prise en charge
- L'impact institutionnel
- Les passages pouvant être cités

Nous avons par ailleurs compté le nombre d'entretiens où apparaissaient des thèmes ou mots récurrents. Par exemple le mot « confiance » est présent dans 6 entretiens ou encore l'expression « valeurs communes », présente dans 5 entretiens.

Durant ceux-ci, nous nous sommes appuyées sur la grille de cinq questions pour garder un fil conducteur et permettre aux interrogés d'aborder l'ensemble du sujet attendu. Cependant, au regard de la tournure des huit rencontres et pour clarifier l'analyse, nous avons distingué quatre grands thèmes :

⁷⁶ Cf **Annexe 2** page 3 des Annexes.

⁷⁷ Cf **Annexe 10** page 34 des Annexes.

- Le ressenti des cadres face aux attentes individuelles et à l'implication au travail.
- La cohésion d'équipe existant dans leur service.
- Leur rôle en tant que cadre dans cette cohésion et dynamique d'équipe.
- Leur style de management (groupal/individualisé).

Nous proposons ainsi notre analyse en quatre parties selon les thèmes énoncés ci-dessus. Les passages entre guillemets et en italique sont extraits des entretiens.

Nous allons tout d'abord interroger les cadres de santé sur l'implication au travail. Les attentes individuelles sont-elles prédominantes ? Y-a-t-il un contraste par rapport à avant ? A quoi correspond cet « avant » ?

4.2 L'évolution de l'implication au travail

4.2.1 Les attentes personnelles

L'évolution de l'implication au travail observée dans notre première partie est aussi vérifiée par une large majorité des personnes interrogées (6/8). Celles-ci s'accordent pour dire que les attentes individuelles sont mises en avant, avec des expressions plus ou moins fortes. L'une d'entre elle précise que c'est « *le comportement extérieur qui est rentré à l'hôpital* », une autre décrit des plannings « *quasiment à la carte* » et une troisième déclare en riant « *on gère des temps de repos et plus des temps de travail !* ». Trois d'entre elles posent une temporalité et voient ce changement de comportements s'opérer « *depuis une dizaine d'années* ».

La vie personnelle dicte le rythme du travail et plus l'inverse. Deux personnes évoquent des mentalités différentes dès l'embauche avec des exigences librement exprimées. Les priorités sont « *mon planning, mes repos, mes paiements* » et c'est seulement une fois la vie privée assurée que les soignants vont « *se préoccuper du patient et des collègues* ». L'une d'entre elles évoque un possible lien avec une « *modification sociale plus générale* », la perception du travail n'a « *rien à voir avec celle que l'on en avait avant* ». Ceci rejoint les observations de plusieurs auteurs précédemment cités. Nous pouvons évoquer par exemple Christophe Dejourn, qui voit dans la réorganisation du travail la cause de l'individualisme et du repli vers la sphère personnelle.

4.2.2 La différence entre générations

La temporalité et les générations sont largement citées. Les huit cadres parlent des générations. Les plus jeunes sont perçus avec des attentes, des comportements et des objectifs différents « d'avant ». Ils sont ainsi capables de commencer leur carrière par un poste « *qui ne les intéresse pas particulièrement* » mais qui sera pratique pour leur vie privée. Leurs positionnements sont individuels et le groupe n'est que peu pris en compte. Très proches de leurs horaires et de leurs congés, ils font « *marquer la moindre demi-heure supplémentaire alors qu'avant cela nous semblait naturel de rester aider les collègues si besoin. Ils nous rendaient la pareille, c'était du donnant-donnant* ». L'une des personnes interrogées parle d'une absence totale de culpabilité contrairement aux « plus anciens » : « *les RTT sont pour eux l'équivalent d'un repos hebdomadaire. Ils ont appris ce droit en éducation civique, c'est pour eux normalement acquis* ».

Trois personnes parlent du vécu des jeunes dans l'immédiateté. Lorsqu'il y a un problème, une prise en charge qui piétine, ils veulent tout de suite une solution. Ils sont « *plus dans le résultat que dans le faire* ». C'est « *je veux faire une formation maintenant, je veux faire un atelier tout de suite* » mais ils ont du mal à se projeter et à planifier sur le moyen terme. Cette idée vient illustrer ici les arguments d'Harmut Rosa qui voit dans l'accélération du temps la source de nombre de bouleversements sociétaux. Il faut tout faire plus vite (accélérer l'action) et tout de suite. On peut ensuite « *exécuter plusieurs tâches simultanément (multitasking)* »⁷⁸. De plus, l'immédiateté devient la seule réalité. Rien devant ni derrière n'est préhensible. L'avenir est trop flou, trop incertain et l'investissement se fait dans le présent et non plus dans le futur où l'on peine à se projeter.

Trois personnes nuancent cependant en précisant le goût des jeunes générations à l'innovation, à la mise en place de projets, à la prise de risque et aux essais, « *pourquoi on ne ferait pas ça ?* ». Les jeunes sont aussi décrits comme autonomes et inventifs. Une personne contraste complètement et souligne que dans son service c'est la génération la plus ancienne qui pose problème. Les jeunes sont « très interactifs », « *avides de développer leur compétences* ». Ils peuvent être individualistes mais « *ont un esprit aussi très collectif* ». Tous communiquent leur téléphone portable pour être appelés en cas de besoin. Ils possèdent aussi une réelle conscience professionnelle et « *verbalisent tout de suite des dysfonctionnements, des erreurs ou un non-respect de la personne* ». Les

⁷⁸ HARTMUT Rosa. *Accélération*. Op Cit. Page 154.

« cinquantenaires » auront, eux, tendance à garder le silence et « être dans la protection mutuelle ». Ils sont par ailleurs « plus rigides » par rapport au planning car sont « héritiers d'une histoire et d'une culture ». Le cadre prend l'exemple des roulements : traditionnellement les après-midi (soirs) sont plus volontiers laissés aux nouveaux. « On a fait des soirs toute notre carrière, on a droit à nos matins ! ». Ces demandes individuelles sont basées sur l'habitude, ces soignants ont beaucoup de mal à entendre l'objectif collectif et le besoin d'équité. Cela crée des tensions. « Les jeunes sont plus souples, ils préservent leur vie privée mais ne seront pas les derniers à venir dépanner ».

Cette idée de rigidité face au changement et à l'évolution du travail collectif fait écho aux dires de Patrick Deberdt qui décrit un sentiment de vulnérabilité et de méfiance ainsi qu'un clivage entre les « valeurs du passé et les valeurs du présent ». Nous voyons aussi la puissance de la culture et de l'histoire du groupe qui a sa propre logique, ses propres manières de faire.

L'impact de la nouvelle génération semble être plus ressentie et décriée que nous n'avions voulu le voir et le développer dans notre première partie. Cependant, les avis divergent à ce sujet et les jeunes recrues sont aussi bien décrites comme individualistes et peu impliquées que collectives et volontaires ! En tout cas, elles ne laissent pas indifférentes et semblent contraster avec les générations précédentes. Michel Serres, membre de l'Académie Française, explique très bien la logique de cette génération dans son livre « *Petite Poucette* ». Avec ce titre, il décrit cette jeune personne, née avec les nouvelles technologies et qui depuis sa plus jeune enfance, se sert de ses pouces pour écrire sur son ordinateur ou son téléphone portable. Il voit l'évolution technologique et l'accès au savoir illimité comme une nouvelle révolution comparable à l'invention de l'imprimerie.

« Désormais la tête de *Petite Poucette* diffère des vieilles, toutes trop pleines. N'ayant plus à travailler dur pour apprendre le savoir, puisque le voici, jeté là, devant elle, objectif, collecté, collectif, accessible à loisir, dix fois déjà revu et contrôlé, elle peut se retourner vers (...) l'intelligence inventive »⁷⁹.

L'auteur explique ainsi que les jeunes ont plus d'amplitude pour la créativité et l'innovation. Ils n'ont pas besoin de tout apprendre et de tout retenir car le savoir est disponible facilement. Il rejoint certains témoignages qui voient dans la nouvelle génération, beaucoup d'idées, d'envies, de recherches de solutions.

⁷⁹ SERRES Michel. *Petite poucette*. Ed Le pommier. Paris 2012. Pages 29-30.

4.2.3 L'évolution sociétale et les nouvelles organisations du travail

Certaines personnes interrogées expliquent ces comportements individuels prédominants autrement que par un fait générationnel. L'une d'entre elle parle des trente-cinq heures. Celles-ci auraient beaucoup modifié les comportements au travail. Avant, les soignants passaient cinq jours sur sept au travail et près d'un tiers de leur journée. « *Ils s'y investissaient comme à la maison, c'était leur deuxième lieu de vie* ». Les trente-cinq heures ont rompu cette continuité dans le travail et les gens sont beaucoup moins présents. Un exemple est donné : s'il y a un papier par terre, aujourd'hui, on ne le ramasse plus. « *Avant, on tenait à garder le lieu propre mais aujourd'hui, on ne sera pas là demain, ni après demain ; alors on laisse ça à l'équipe suivante (qui pense pareil)* ». Une autre personne interrogée la rejoint en disant qu'avant, on travaillait plus longtemps dans la journée et avec plus d'effectifs. Maintenant, « *on travaille moins longtemps mais avec moins de personnel, du coup, on est plus fatigué. Les RTT servent à récupérer de cette nouvelle fatigue créée par ce rythme nouveau* ».

Une autre personne parle de la « *société Décathlon* ». Depuis une quinzaine d'années, la consommation des loisirs, des vacances, du sport est devenue une obligation pour l'épanouissement personnel. « *Les gens pensent plus à leur week-end qu'à la continuité des soins!* ». Ceci rejoint les observations de Jean Viard qui décrit l'augmentation du temps libre et l'apparition d'un nouveau marché pour développer les loisirs. Une autre encore montre du doigt les téléphones portables. Tout le monde a le sien dans sa blouse et pendant les pauses chacun regarde son appareil ou bien montre des photos à sa voisine. « *On se parle moins et ceci accentue le repli sur la sphère personnelle* ».

Un des cadres voit la responsabilité de la nouvelle organisation de l'institution dans ce changement d'implication au travail. L'exigence est aujourd'hui « *à la réduction des effectifs* ». Cela donne des situations très tendues où il faut pallier aux absences mais sans avoir de budget de remplacement. Cela « *impose d'appeler notre personnel pour revenir sur leurs congés* ». Les équipes sont alors de leur côté plus exigeantes et « *c'est compréhensible* ». Un autre cadre souligne d'autres incohérences qui participent à cette réorganisation plus centrée sur soi-même. Le manque d'effectifs a amené les institutions à permettre les « *vacations internes* ». Cela crée des situations absurdes où d'un côté, un

membre du personnel pose un RTT (que le cadre devra remplacer), et le jour venu, celui-ci le voit travailler en heures supplémentaires dans le service du dessous. De plus, « *ces arrangements provoquent des aberrations avec des AS qui gagnent parfois plus que le cadre de santé !* » Cela modifie la notion de hiérarchie et « *cela déstabilise l'organisation et la notion d'autorité* ». Ces soignants « *admettent beaucoup moins facilement de revenir sur un jour de repos* ».

4.2.4 Les attentes dirigées aussi vers le travail

La mise en avant de l'individualisme n'est pas si évidente pour deux des huit personnes interrogées. L'une trouve normal que les attentes de la vie privée soient présentes et que cela a toujours été comme ça. Le planning est en effet un support très important, « *il sert de repère entre la vie professionnelle et la vie privée, comme une frontière pour savoir où l'on est* ». Elle ajoute que l'implication est réelle et que malgré les RTT, « *avec les heures supplémentaires, on passe finalement toujours autant de temps au travail* ». L'autre cadre de santé voit des attentes individuelles mais tournées vers le travail. Elle le traduit par « *une grande demande de reconnaissance et de valorisation* ». Se former, être informé, les demandes sont individuelles mais concernent le travail et soulignent l'implication dans celui-ci.

Pour synthétiser ce premier questionnement autour des attentes individuelles au travail et l'implication de chacun dans celui-ci, nous pouvons dire que la majorité des personnes interrogées observent en effet une évolution plus ou moins marquée des comportements au sein des équipes. Certaines d'entre elles sont cadres de santé depuis plus de vingt ans alors que d'autres sont arrivées plus récemment au statut d'encadrant. Le ressenti est cependant le même, l'investissement au travail ne s'organise plus de la même manière et ce phénomène s'est installé petit à petit depuis une dizaine d'années. Deux personnes sont plus retenues, ne voyant pas de changements flagrants ou ne voulant l'associer aux nouvelles générations.

Différentes interprétations sont spontanément formulées. Si les changements sociétaux et le développement de la sphère privée sont mis en avant, la réorganisation hospitalière et l'aménagement du temps de travail sont eux aussi désignés comme « *responsables* ».

Autre fait particulièrement notable, tous ont évoqué des différences générationnelles. Une cadre de santé précise que les habitudes s'étendent cependant rapidement à tous les âges, même si les précurseurs sont en effet « *les nouveaux embauchés* ».

Nous allons maintenant nous pencher sur la cohésion d'équipe et le ressenti des cadres de santé. Quelle est-elle au sein de leur service ? Comment existe-telle ? Quelles en sont les limites, les fragilités ?

4.3 La cohésion d'équipe

Les avis sont très divergents et si nous nous contentons de résumer : y a-t-il une cohésion d'équipe dans votre service ? Il y a plus de « non » (quatre) que de « oui » (trois). Pour l'un d'entre eux, nous n'avons pu trancher entre un oui ou un non, nous avons donc opté pour un « oui et non » non compris d'un côté ou de l'autre.

Par ailleurs, la notion de cohésion d'équipe varie énormément selon la spécialité du service. C'est pourquoi nous avons choisi de spécifier celui-ci lorsque cela était nécessaire ou éclairant.

4.3.1 La cohésion, un faux ami ?

Sur l'ensemble des entretiens, nous pouvons dire que la cohésion d'équipe est loin d'être évidente au sein d'un service. Difficile à créer et à maintenir, la cohésion d'équipe est parfois même évitée. Elle est avant tout un équilibre précaire. Deux cadres de santé ont un discours assez similaire et tous deux travaillent en psychiatrie. Pour eux, le groupe n'est pas obligatoirement quelque chose de positif. Une cohésion d'équipe peut « imposer une seule et même voix » et cela est rarement intéressant. L'un d'entre eux explique que dans un groupe, il y a toujours un leader naturel qui « *impose ses avis et écrase les idées et initiatives des autres* ». Ce même cadre préfère une « *association d'individus* », décrite comme plus riche. L'autre déclare même qu'à son sens, « *la cohésion d'équipe n'existe pas* ». Il illustre son propos en précisant qu'il ne dit jamais « *l'équipe* » mais « *une partie de l'équipe* ». Le tout n'existe pas. Il souligne par contre l'intérêt de la solidarité. Celle-ci doit être toujours travaillée. Il faut pour cela du respect envers chacun et c'est là encore, quelque chose qui n'est pas toujours aisé à instaurer. Il parle également de la dangerosité des binômes, dans le sens de deux soignants inséparables qui « *s'autogèrent et s'auto*

protègent ». Ce rapprochement a des effets clivants sur le groupe et le cadre doit être très vigilant. Cette remarque vient en écho à Bion et son « *couplage* » évoqué en première partie. Celui-ci parlait d'un effet « *menaçant* ». Des binômes se forment souvent dans les équipes et se rendent parfois hermétiques au reste du groupe. Influent et intimidants, ils peuvent parfois même bloquer les projets et déstabiliser la position du cadre de santé comme le précise Pierre Cauvin.

Un autre cadre de psychiatrie déclare avec un peu de dépit qu'il y a un esprit d'équipe « *mais pas pour le travail !* ». Les soignants s'arrangent volontiers entre eux pour se permettre de prendre une journée ou de partir plus tôt, mais ils sont beaucoup moins disponibles lorsque c'est pour les besoins du service. La notion d'appartenance à l'équipe est très variable, la cohésion peut être là un temps et se déliter d'un seul coup. Nous voyons ici l'une des sept caractéristiques psychologiques du groupe restreint défini par Roger Muchielli. Ce sont des « *interactions* », c'est-à-dire des conduites, des interventions déterminées par le groupe pour souligner son appartenance dans celui-ci. Le groupe aura des mouvements, un discours, une autoprotection qui seront plus destinés à maintenir l'existence de celui-ci qu'à servir un but commun.

4.3.2 La cohésion, un souvenir ?

Le cadre de gériatrie se réfère à une période antérieure où « *la cohésion existait* ». Les équipes tournaient sur trois unités et le collectif était très puissant. Depuis la séparation des unités, « *les choses ne sont plus pareilles* ». Cela crée des clivages entre les soignants qui tournent encore et ceux qui ont dû choisir une unité. Les infirmières (IDE) et les AS ne travaillent pas ensemble, il n'y a plus de binôme. De plus, les AS se regroupent par affinité ethnique et restent très fermées aux autres groupes et aux nouvelles. Nous avons ressenti des « *jeux de pouvoir* » tels que les définit Michel Crozier, chercheur au CNRS et professeur à Harvard. Le groupe est décrit comme divisé en clans avec des leaders puissants et des codes propres. Les nouvelles arrivantes, par exemple, sont rejetées si elles présentent un profil similaire à quelqu'un du groupe. Avec des enfants en bas-âge, elles pourraient avoir les mêmes requêtes quant aux repos. Muchielli appelle cette caractéristique psychologique, « *l'émergence d'une structure informelle* ». Elle est d'ordre affectif et est en grande partie inconsciente.

Le groupe des IDE a lui aussi des difficultés à se constituer. En effet, le groupe est jeune, deux sont à 80%, deux autres sont en congé maternité, trois tournent sur différentes unités. La situation est ici spécifique car le service doit se reformer seul depuis quelques mois alors qu'il travaillait avant avec deux autres unités du même étage. Les équipes tournaient sur les trois spécialités, l'effectif était plus souple car plus important.

Cependant, cette situation se retrouve dans de nombreux services suite à la réorganisation polaire des établissements de santé. Les services ne se regroupent pas dans une logique géographique et les pôles peuvent être dispersés sur plusieurs établissements. Cela crée de grands bouleversements dans l'organisation du travail et cela impacte la cohésion des équipes. Beaucoup de tensions, l'émergence de rivalités nous ont été décrites au cours de trois entretiens. Ceci illustre bien les conséquences décrites par Christophe Dejours et sa triste formule : « *la destruction du monde commun* »⁸⁰.

Les équipes perdent le sens du travail tel qu'il avait été pensé et mis en œuvre. Les indices de performance par unité incitent les uns et les autres à se comparer, à s'observer, à se méfier, L'attribution des budgets par service amènent par exemple à des situations aberrantes. Nous avons ainsi pu voir une unité ne plus prêter son échographe vésical (BladderScan) à l'unité voisine car « *s'il est cassé, c'est sur notre budget que cela sera pris. Ils n'ont qu'à investir, nous ne faisons pas partie du même pôle* ». La collaboration, l'entraide semblent mises à mal, et nous pouvons voir les conséquences possibles sur la qualité des soins et des prises en charge.

Par ailleurs, trois des cadres parlent des binômes entre AS et IDE. Ceux-ci semblent de moins en moins évidents en raison des effectifs réduits et cela appauvrit le travail d'équipe. Les IDE et les AS travaillent de plus en plus séparément et les groupes se créent par corps de métier. Autre fait notable autour des roulements en 12 heures. Si l'équipe se connaît très bien et travaille plus longtemps avec les mêmes membres de celle-ci, ils ne croisent jamais l'autre équipe de 12h qui travaille quand elle est au repos. Là où la cohésion de l'équipe est soulignée, elle est également clivée. Il y a souvent « *la bonne équipe et la mauvaise équipe* » ou lorsqu'un dysfonctionnement est souligné, « *c'est l'autre équipe qui ne fait pas ce qu'il faut* ».

⁸⁰ DEJOURS Christophe. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Ed du Seuil, Paris 2009, p 66.

4.3.3 La cohésion, le bouclier et le ciment du groupe

D'autres témoignages viennent contraster avec les premières positions et constats quant à l'existence et l'intérêt d'un collectif. De plus, il est intéressant de noter que les trois cadres décrivant une cohésion d'équipe réelle, forte et nécessaire sont issus de services très caractéristiques : les urgences, la réanimation et la chirurgie.

Les trois services ont un programme d'intégration des nouveaux embauchés. Plus ou moins long, avec ou sans support papier, celui-ci a pour but d'aider l'acquisition de notions essentielles pour travailler dans l'unité. Doublés pendant un temps, les soignants observent, imitent et s'inspirent d'une culture commune. Ceci participe grandement à l'instauration d'une cohésion d'équipe. Une autre précision retrouvée dans les trois témoignages est l'importance d'une équipe homogène, c'est-à-dire une bonne répartition entre les nouveaux et les plus anciens. L'équilibre est ici également nécessaire au bon fonctionnement et à l'harmonie du groupe. Un des cadres souligne le caractère difficile de ce genre de service, surtout pour les urgences et la réanimation, où des gens meurent chaque jour. « On se s'habitue pas à la mort » et cette caractéristique soude encore un peu plus le groupe. Cette spécificité est l'existence d'émotions et de sentiments collectifs définie par Mucchielli. Elle permet de faire bloc face à quelque chose plus difficilement gérable individuellement. Cela nous renvoie également à la réaction collective de protection face aux risques potentiels venants de l'extérieur décrits par Bion.

La cadre des urgences ajoute une spécificité avec deux jours de « *formation interne* ». Une journée où l'on explique comment fonctionnent les urgences, la hiérarchie, les valeurs attendues. Une deuxième journée se fait avec le chef de service et les médecins autour de l'ECG, les gestes d'urgence etc... Ils présentent également un document où les membres de l'équipe peuvent s'exprimer et poser des questions en cas d'incompréhension face à une décision médicale. Ceci concerne surtout les décisions de « *limitation de soins* », lorsque seuls les soins de confort seront prescrits face à un patient qui ne pourra être « sauvé ». Ces décisions, souvent incomprises et très mal vécues par certains, ont suscité l'élaboration d'une feuille d'expression.

Nous comprenons ici l'intérêt d'un tel outil de communication, au service de la cohésion d'équipe. Les médecins prennent la peine de justifier, argumenter, expliquer une prescription qui pourrait ne pas être comprise par les soignants. Ceci renforce les liens des

différents acteurs des urgences, participe à la cohésion du groupe et à l'instauration d'un climat de confiance et de partage.

A ce propos, cinq cadres de santé interrogés s'accordent pour dire que la confiance est un élément essentiel pour le fonctionnement collectif. Ceci confirme les dires de Pierre Cauvin qui parle de « *condition d'existence du groupe* »⁸¹. La confiance se tisse au sein du groupe mais en premier lieu, elle s'instaure ici entre chaque membre de l'équipe et le cadre de santé. Cette confiance interpersonnelle est ressentie comme base nécessaire sur laquelle les liens de l'équipe pourront s'étayer.

Aux urgences, l'équipe s'organise en fonction de l'activité et du flux. La cohésion est nécessaire et les soignants « *jouent le jeu* ». Il faut cependant institutionnaliser certaines pratiques qui se faisaient avant « *naturellement* » comme par exemple le renfort d'une AS le matin sur tel ou tel poste.

En réanimation, l'environnement décrit comme « autarcique », est propice à la cohésion d'équipe. Tout le monde est « *sur le pont* » avec « *un chef d'orchestre* » qui est le chef de service. La cohésion doit être solide et la connaissance de ses coéquipiers fine et intuitive. Ceci nous rappelle « *l'illusion groupale* » d'Anzieu avec cette recherche d'un état fusionnel collectif où le chef est suivi comme « *un bon chef* ». Le groupe développe un désir de sécurité et met en place cette défense collective pour affronter l'angoisse. En service de réanimation, où l'environnement est particulièrement agressif, violent et où la mort est régulièrement présente, nous pouvons facilement imaginer un tel mécanisme de défense.

En chirurgie, la cohésion d'équipe est surtout décrite entre les IDE et les médecins. La notion de hiérarchie est volontairement gommée. Chacun est complémentaire et forme une équipe pluridisciplinaire. L'autonomie de l'équipe est mise en avant. Il y a des référents sur la base du volontariat. Cette notion d'autonomie est partagée avec un cadre en psychiatrie qui pense cette amplitude essentielle pour le déploiement de l'équipe et l'expression de sa créativité. Les IDE de chirurgie coécrivent les protocoles de soins. Cela participe à la valorisation collective et à la reconnaissance. Cette dernière est largement décrite et recherchée par les équipes. Deux autres cadres de psychiatrie et de somatique rejoignent cette idée. Il faut savoir dire « *on a bien travaillé* », cela soude le groupe et le rend « *fier du travail bien fait* ».

⁸¹ CAUVIN Pierre. Op Cit. p 88.

La moitié des cadres interrogés parle de « valeurs communes ». Pour qu'existe la cohésion d'une équipe face aux attentes individuelles qui sont très présentes, il est nécessaire de développer et de maintenir des valeurs et des règles communes.

L'importance d'un projet commun est aussi décrite (4/8) pour emmener l'ensemble dans une même direction. Nous voyons là d'autres spécificités des groupes restreints de Mucchielli comme l'émergence de normes et règles ou encore l'existence de buts collectifs communs qui constitue une des clés de la cohésion d'un groupe. Le partage des valeurs joue un rôle essentiel dans la formation et la solidité d'un groupe. Ce sont ces valeurs communes qui vont rassembler les individus, leur permettre de parler un même langage et d'avoir une même logique.

La cohésion d'équipe est une interaction subtile et fragile. Elle nécessite beaucoup d'attention dans les petits détails du quotidien tout comme dans les grands principes. Au cours de nos entretiens, nous avons pu entendre qu'elle était loin d'être systématiquement acquise et qu'elle pouvait souvent être mise à mal. A notre surprise, elle n'est pas toujours recherchée et peut même induire une certaine méfiance. Cette dernière caractéristique est notée par les cadres de santé en psychiatrie. Cela peut peut-être s'expliquer par l'approche individualisée des patients qui sont encouragée dans leurs spécificités et leur prise en charge. A l'inverse, un collectif fort et une cohésion d'équipe tous les jours travaillée et recherchée, tient presque de la survie dans un service aigu tel que la réanimation ou les urgences.

Nous avons été interpellées par les différents clivages et interprétations quant à « l'équipe ». Une seule personne a souligné que l'équipe, ce sont les infirmiers, les aides-soignantes mais aussi les médecins, les psychologues, les kinésithérapeutes, le cadre de santé etc. Pour les autres, la représentation de l'équipe semble varier. Certains ne parlaient que des infirmiers mais la plupart évoquaient le duo infirmier/aide-soignante. Les médecins ne sont inclus dans l'équipe que pour deux personnes interrogées (la réanimation et la chirurgie). Pour les autres, c'est un groupe à part, dont ils ne s'occupent pas ou peu.

Nous avons aussi fortement ressenti ce que Mucchielli nomme l'inconscient collectif. L'histoire commune, le passé restent très présents et dans un registre du regret. L'ensemble des entretiens étant réalisé dans la fonction publique, la nouvelle gouvernance,

la réorganisation en pôles ou encore le regroupement des établissements, semblent assez mal vécus. Au-delà du mécanisme de résistance aux changements que nous avons étudié en première partie, nous ressentons pour certains une réelle désorganisation et une perte de sens. Les « effectifs-cible », les « Indices de Performances », la détermination des budgets, tout cela échappe complètement au regard du cadre de santé et n'utilise plus son expérience du terrain. Les effectifs ne sont plus pensés mais déterminés, les logiques d'organisations sur le terrain ne sont plus possibles telles que le travail en binôme IDE/AS (sont par exemple en nombre impair). La discontinuité des présences de chacun en raison des repos, des RTT, des horaires en 12h compliquent également la situation. Ces « méta-réorganisations » hospitalières semblent donc avoir des impacts sur la cohésion des équipes qui, nous avons pu le voir, est d'un équilibre précaire.

Après avoir recueilli les ressentis, les définitions et les interprétations de ce que peut être la cohésion d'équipe, nous allons maintenant nous interroger sur le rôle du cadre de santé dans ce collectif. Comment le travaille-t-il ? Quelles actions met-il en œuvre ? Quelles difficultés rencontre-t-il ?

4.4 Le rôle du cadre de santé dans la cohésion d'équipe

Le rôle du cadre dans la cohésion d'équipe semble être une évidence pour les huit personnes interrogées. Toutes apportent leur manière de faire, leurs astuces, les éléments centraux qui vont aider à consolider cette association humaine.

4.4.1 Se positionner en tant que chef

Tous revendiquent l'importance de leur rôle de chef. Leur statut impose au groupe différentes mesures essentielles qui de fait, rassemblent. Ils décrivent un positionnement clair et ferme dans les situations où il faut faire des choix. « *Il faut savoir trancher* ». Rappeler une certaine autorité quand le groupe est flottant, quand les règles deviennent plus floues. Mettre en avant son positionnement de chef est très rassurant pour l'équipe. L'autorité a un rôle de stimulation du groupe. Il coordonne les efforts. Un des cadres dit que dans certaines circonstances, le management directif a des effets inattendus sur le groupe. Jusqu'alors divisé, désaccordé, balayé par des avis divergents, le groupe pouvait se rassembler, se taire et se ressouder pour faire face aux dires du « chef ». Il faut ensuite avoir un minimum de talent pour ne pas cabrer l'équipe et faire en sorte de l'inclure dans la

dynamique proposée. Il faut que le groupe se sente investi de la mission avec un minimum d'autonomie pour se sentir reconnu dans le projet quel qu'il soit. Nous pensons alors à Philippe d'Iribarne et à sa « *logique de l'honneur* ». Le groupe est susceptible et très sensible à la forme comme au fond. Un groupe se voit naturellement attribuer un leader mais celui-ci doit être légitime et reconnu. Il doit, de plus, savoir comment amener les choses, comment exprimer ses ressentis ou donner des informations. Imposer une décision sans laisser une marge de réflexion ou sans demander leur avis peut heurter le groupe. Il ne se sent pas reconnu, pas suffisamment important pour faire preuve de considération.

Un des cadres précise pourtant, « *c'est moi qui décide, et il ne s'agit pas de discuter mes décisions* ». Ce positionnement, à première vue arbitraire, vient illustrer les négociations autour du planning et est exprimé avec calme et bienveillance. Le cadre explique qu'une telle attitude permet de limiter les disputes, les inégalités, les affinités. Un autre cadre le rejoint et ajoute que « *cela permet d'instaurer la confiance et de construire l'autorité* ». Il ne faut pas rendre de comptes ni se justifier. C'est très important de garder cette ligne de conduite sinon l'équipe s'engouffre dans la brèche et il est ensuite très difficile de redresser la situation. Un autre plaisante et dit que c'est un peu « *comme avec les enfants à la maison* ». Ils sont autonomes et responsables mais ne doivent pas perdre la confiance du cadre.

La notion de confiance revient ici encore très fréquemment (pour cinq personnes). Située au niveau groupal, elle est présentée comme essentielle et le cadre en est le gardien. Les propos peuvent être très axés sur l'affectif : « *ils savent que je compte sur eux* », « *ils ne doivent pas me décevoir* », « *quand je suis déçu, ils savent qu'ils sont allés trop loin et essayent de rattraper la chose* ».

4.4.2 Etre garant des valeurs et des règles communes

Rappeler les règles et les valeurs communes est très largement évoqué. Les cadres de santé s'appuient beaucoup sur les notions collectives pour fédérer l'équipe et ramener les individus sur un chemin commun. Chacun peut avoir des attentes personnelles, des problèmes familiaux, des affinités avec tel ou tel, cependant tout le monde se retrouve autour d'objectifs communs. Le cadre de santé est là pour rappeler pourquoi tout le monde est réuni là. « *Le patient met tout le monde d'accord* ». Pour l'un des cadres, c'est

l'argument ultime. Le patient et la continuité des soins sont deux objectifs largement poursuivis par les cadres qui construisent à l'aide de « *cette base* », le collectif.

Il est vrai que c'est une caractéristique propre au milieu hospitalier. Les équipes de travail ont cette finalité commune particulière qui donne une dimension unique au travail collectif. L'un des cadres précise que « *le patient recentre* ». Il doit rester la première attention et ramener la logique collective autour de lui. Le rôle du cadre est ici aussi primordial. Il permet d'aider tout le monde à se mettre d'accord sur « *ce que l'on fait ensemble avec le patient* ». Il est le garant de cette démarche éthique. Ce n'est pourtant pas toujours évident. La prise en charge se retrouve souvent « *prise dans les ambiances* » et un cadre souligne qu'il est de son rôle de rester extrêmement vigilant et attentif pour que le groupe ne perde pas de vue le but premier. Un autre explique qu'il « *faut remettre les soignants dans une situation professionnelle et non plus personnelle* ». Ce recadrage est nécessaire pour éviter les conclusions trop hâtives, les jugements de valeur qui prennent leur source dans l'histoire et la culture personnelle de chacun.

De même, le rappel à la règle est un moyen d'éviter les conflits. Le cadre de santé a cette position qui lui permettra d'avoir cette influence. Roger Mucchielli précise que l'équipe doit se reconnaître dans un chef : « *celui-ci incarne, représente, symbolise, personnifie ses croyances et ses valeurs. Le chef-âme est alors un idéal d'identification pour les membres* »⁸² Il rejoint ainsi l'idée du rôle symbolique défini par Mintzberg.

Plusieurs cadres pensent qu'il est également important de fédérer l'équipe autour d'un projet. Que cela soit le projet de service ou un projet ponctuel, il rassemble les membres de l'équipe. Le cadre doit ici encore faire preuve d'agilité et de finesse. Il doit être « *moteur pour innover, essayer, prendre des risques* ». Il a la position pour pouvoir « *impulser le collectif* » et motiver autour d'un projet. L'un des cadres précise que cette disposition est particulièrement appréciée des jeunes qui sont très réactifs et volontaires pour créer, imaginer, développer de nouveaux projets. Pour Mucchielli, c'est le projet de soin commun qui fait que différentes personnes collaborent. Pour Sonia Bal, cadre de santé ergothérapeute ayant écrit un article très intéressant sur la cohésion d'équipe, « *la règle commune permet au membre du groupe, isolé face à une situation, de réagir comme les autres l'auraient fait* »⁸³. La présence de règles rassure. « *Elle donne des repères et*

⁸² MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes*. Op. cit, p 71.

⁸³ BAL Sonia. *Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé*. Soins cadres n°79. Août 2011. Page 46.

sécurité aux membres de l'équipe »⁸⁴. Une autre des personnes interrogées raconte aussi les difficultés et la dépense d'énergie formidable pour essayer de rapprocher les gens.

Elle donne l'exemple de deux équipes clivées (CMP et CATTP travaillant dans les mêmes murs). Il est parfois très difficile de contrer des groupes qui n'ont pas envie : l'une des équipes prévient au dernier moment qu'elle a oublié la première réunion de travail pour la mise en place d'un support d'accueil pour les étudiants : Elle a organisé une sortie avec les patients ce même jour... Le cadre montre ici la puissance du groupe et les sabotages possibles face aux tentatives de regroupement. Il précise aussi l'intérêt pour le cadre de santé d'être patient : « *il faut laisser le temps à l'équipe de réfléchir, de se rendre compte et réajuster si besoin, il ne faut pas réagir à chaud* ». Nous pouvons voir ici la force et les freins engagés potentiellement par le groupe. Lewin, l'inventeur de la formule « *dynamique de groupe* », avait identifié cette autonomie et cette énergie propre qui peut très facilement mettre à mal un projet ou encore déstabiliser un cadre de santé.

Cinq des cadres soulignent l'intérêt et l'importance des réunions. Celles-ci sont un outil privilégié pour la cohésion d'équipe. Si la réunion est un élément central dans la prise en charge en psychiatrie, elle est aussi mise en avant par les cadres des services somatiques. Cependant les objectifs ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Pour certains c'est l'endroit pour faire circuler les informations, pour fédérer autour du projet, pour d'autres, c'est le lieu pour s'exprimer, pour échanger, pour laisser surgir les incompréhensions. Les avis sont très divergents. Endroit privilégié pour les uns, lieu où l'on dit rarement ce que l'on pense pour d'autres. Deux des cadres pensent que ce n'est pas un temps authentique car trop formel. L'un avoue être parfois en difficulté et trouve la position du cadre de santé très difficile. Animer une réunion est un autre art à maîtriser...

4.4.3 Faire du lien

Faire le lien, traduire les informations, les besoins des uns et des autres est aussi un rôle du cadre participant à la cohésion du groupe. Il faut savoir faire passer les messages, faire comprendre la logique de l'administration avec tact par exemple. L'un des cadres dit « *être un traducteur* ». Il fait le lien entre les gens pour que ceux-ci arrivent à travailler ensemble. « *Il faut une cohérence, que cela soit fluide, et pour cela, il faut lisser les incompréhensions, régler les dysfonctionnements* ». Il faut savoir être diplomate et

⁸⁴ Ibidem.

« *adoucir les échanges* ». La communication dirigée au groupe, que cela soit au sein d'une réunion ou dans le travail de lien entre les différents membres de l'équipe, joue un rôle essentiel. Le cadre de santé est un vecteur clé de cette communication et il doit savoir s'en servir avec justesse et pertinence. Cela rejoint les idées de Mintzberg qui parle de « *diffuseur* » ou de « *porte-parole* ».

Le cadre de santé doit jouer ce rôle de vecteur de communication à différents niveaux. Entre les soignants, avec les médecins et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci associe des qualifications et des compétences toutes différenciées et qui ne se comprennent pas toujours. Le cadre doit pouvoir être aussi la voix de l'institution et ce lien n'est pas facile à tisser sans être perçu comme « le bras armé de l'administration ». Un cadre de santé interrogé développe en parlant de « *positions paranoïdes* » de l'équipe face à la direction. C'est au cadre de savoir expliquer, trouver les mots, faire passer le message tout en prenant ou non position selon les circonstances. Dans l'autre sens, il doit veiller à faire remonter les informations et remarques de son équipe vers la direction. Pour cela, le cadre de santé doit être avant tout à l'écoute de son équipe. Trois des cadres interrogés l'évoquent. Être attentif et entendre le groupe dans ses idées, ses récriminations, ses requêtes a une grande importance pour faciliter l'interaction.

4.4.4 Etre présent

L'importance de la proximité du cadre de santé est abordée par la majorité (5/8). C'est l'une des clés et l'un des « droits » les plus importants à exploiter pour la personne encadrant l'équipe. L'un donne l'image de « *chef de chantier* ». Il faut être sur le terrain pour observer, soutenir, repérer les frictions, vérifier les bonnes pratiques. Les équipes sont très sensibles à la présence du cadre. C'est dans ces situations de travail que l'observation du non-verbal est possible, c'est aussi là que le naturel s'exprime dans les dire et le faire. L'une des personnes dit que l'absence du cadre laisse l'équipe face à elle-même et les dérives peuvent être rapides : prises de liberté, mauvaises habitudes etc. Pour deux autres, « *faire du présentiel* » est déterminant dans la confiance commune, pour la recherche si forte de reconnaissance qu'a l'équipe. « *Si le chef est présent sur le pont, cela leur donne du cœur à l'ouvrage, ils se sentent soutenus* ». Cette idée est confortée par l'importance pour deux des cadres, de savoir féliciter les membres de l'équipe, savoir reconnaître et verbaliser quand le travail est bien fait ou quand une famille est satisfaite. Valoriser le groupe et mettre en avant le travail d'équipe est très incitateur. Cela montre aussi la

disponibilité du cadre pour l'équipe et ceci est très apprécié et attendu. Il faut « *garder le bureau ouvert et aller et venir dans le service* ».

Certaines personnes interrogées déplorent cependant des conditions de travail qui rendent cette proximité avec l'équipe de plus en plus difficile. Or, il est vrai que la proximité d'avec l'équipe améliore la qualité du groupe mais aussi des soins et de la prise en charge. Jean-Pierre Rongiconi⁸⁵, cadre supérieur de santé et formateur à l'IFCS d'Aix – en-Provence envisage un cadre de santé non pas à distance mais au plus près du soin et l'activité clinique qui l'entoure. Cette proximité permet avant tout de rester en cohérence avec son management de professionnels des soins. Ceux-ci, de par leur activité auprès du plus intime de l'homme, ont besoin d'attention, de soutien et le cadre devra se partager équitablement entre ce rôle d'accompagnement et celui de gestionnaire qui est attendu au niveau institutionnel. Paule Bourret, quant à elle, a observé et suivi deux cadres pendant plus de huit mois au sein de leur service respectif. Cette expérience lui a permis de mettre en relief l'importance de la « *communication dans le mouvement, dans les aléas de la rencontre à travers les parcours dans l'unité* »⁸⁶. Le cadre interagit tout le temps, dans le couloir, sur le seuil d'une porte. Cela peut « *se limiter à une observation, une écoute, le repérage d'indices à travers des regards mutuels sans obligation de justification* »⁸⁷.

Deux autres cadres amènent ici l'importance du rôle de contrôle du cadre de santé. Ce rôle est pour eux une des clés de leur métier. Cela permet de maintenir ces règles communes précédemment évoquées, cela incite chacun à répondre aux mêmes attentes et paradoxalement cela rassure tout le monde. Cependant, il faut veiller à le faire équitablement. Ils sont rejoints par Paule Bourret pour qui le contrôle est une « *incursion* » que le cadre de santé doit opérer « *dans les territoires des différents groupes professionnels* ». « *Sa présence peut-être vécue comme intrusive et dans le même temps elle est attendue* »⁸⁸.

⁸⁵ RONGICONI Jean-Pierre. *Le cadre de santé de proximité et la dimension clinique*. Soins Cadres n°70. Mai 2009. Pages 46 à 50.

⁸⁶ BOURRET Paul. *Exigences de la relation et proximité des équipes*. Communication et organisation mise en ligne le 27 mars 2012 et consulté le 27 février 2013 sur <http://communicationorganisation.revues.org/2904>, page 6.

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Ibid page 5.

4.4.5 Etre juste

Cet autre concept est largement partagé par les cadres de santé interrogés (5/8). L'équité revient sur presque toutes les lèvres comme le prérequis pour la cohésion d'équipe. Elle part cependant du traitement individuel. C'est le fait de ne pas faire de différence dans la gestion du planning, dans les remarques, dans le rappel des règles qui aura un effet fédérateur. L'individu ne se sent pas en danger dans ses droits, ses attentes, il peut donc se tourner et participer au collectif. Pour cela, l'un des cadres dit qu'il « *faut avoir une très bonne mémoire !* ». Un autre préfère « *tout noter et compter* ». Il ne faut pas faire d'erreur car sinon « *ils ne te rateront pas !* ». Cette notion est décisive pour la légitimité du cadre à l'échelle collective. C'est une base dont il peut se servir pour asseoir les mouvements et les attentes collectives.

Plusieurs des cadres donnent enfin des astuces, des manières de faire qui aident au renforcement de la cohésion d'équipe. L'une des personnes impose deux mois d'échange entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit, expliquant que la méconnaissance du travail de l'autre est souvent la source des conflits et des incompréhensions. Même principe pour les équipes qui travaillent en 12 heures et ne croisent jamais la deuxième équipe. Sur chaque roulement, un soignant passe dans l'autre équipe. Cela facilite le travail collectif entre les groupes qui ne se voient pas. Lorsque l'on rencontre les autres, que l'on apprend à les connaître, tout se passe différemment. Une autre parle des repas de Noël ou des fêtes de printemps. On peut facilement vérifier une cohésion d'équipe sur ce genre de rassemblement. « *C'est un indicateur et un incitateur* ». Un autre s'est évertué à réorganiser des transmissions par binôme IDE/AS car ne travaillant plus toujours ensemble, la pratique a eu tendance à disparaître. Les transmissions et leur bonne pratique sont en effet un aspect déterminant dans le sentiment d'unité et dans l'efficacité collective.

La richesse des témoignages des cadres de santé interrogés illustre l'importance du rôle du cadre quant à la cohésion d'équipe. Un grand nombre des concepts abordés par les auteurs et les spécialistes en première partie ont été repris lors des entretiens et illustrés de nombreux exemples très représentatifs.

Le statut et le positionnement du cadre de santé en tant que leader est largement évoqué. Celui-ci est traduit sur différents plans : symbolique, en tant que personne, en tant que représentant de l'autorité. Cette dernière va permettre la mise en place d'interactions

vitales pour l'existence du groupe comme la confiance, la reconnaissance ou encore le sentiment de sécurité groupal. Pour cela, le cadre est aussi le garant des règles et des valeurs. Il doit, par ailleurs, être le premier à les respecter et doit sans cesse les rappeler pour ramener au-devant de la scène les objectifs communs.

L'importance de son rôle de communication et de mise en lien est elle aussi mise en avant. D'autres attentes du groupe sont explicitées dans le témoignage des cadres comme l'équité ou encore la proximité.

Toutes ces précisions nous éclairent sur le rôle du cadre tel que nous l'imaginons. Nous ressentons cependant les limites du cadre de santé face à la place grandissante de ses tâches gestionnaires et politiques qui ne lui laissent pas la liberté d'être aussi proche des équipes qu'il ne le souhaiterait.

Dans une dernière partie, nous allons interroger la prédominance managériale des cadres de santé questionnés pendant notre enquête. Après trois-quarts d'heure de discussion autour de la cohésion de l'équipe, de l'implication individuelle, du rôle du cadre au sein de groupe, comment pensent-ils leur management ? Est-il d'avantage tourné vers l'individu ? Est-il majoritairement groupal avec une prise en compte de l'équipe en premier lieu ?

4.5 L'approche managériale

L'équipe étant constituée d'individus, nous ne pouvons dire d'un management qu'il est uniquement individuel ou à l'inverse seulement groupal. Il s'agit bien entendu d'une tendance, d'un style qui est privilégié par le cadre de santé. Sur ce sujet, les réponses sont encore assez hétérogènes. En effet, sur les huit personnes, cinq se positionnent sur un management individualisé et trois sur un management principalement groupal.

Il est intéressant de noter que les quatre cadres de santé en psychiatrie se positionnent sur un management individualisé et que le management groupal est choisi par les cadres de santé du service de réanimation, de chirurgie et des urgences. Le cadre de l'unité gériatrique appuie plus son management sur l'individu. Tous s'accordent cependant pour dire qu'il faut des deux. On ne peut être uniquement dans la prise en compte individuelle, ni au contraire dans la gestion du groupe gommant toute individualité. La prédominance de ces deux styles de management est tout de même repérable selon les arguments, les positionnements de chacune des personnes interrogées. Leur engouement

pour décrire et mettre des mots sur leurs pratiques éclairent aussi leurs méthodes et leur style managérial.

4.5.1 Le management à tendance « groupale »

Le management que nous avons appelé « groupal » est un management volontairement global, adressé à l'ensemble des membres du groupe, d'une seule et même voix. Deux cadres de santé plus spécifiquement sur ce mode communicationnel se rejoignent sur différents points. Ils insistent sur l'importance de l'équité et sur le caractère invariable des règles communes. C'est cette rigidité qui permettra une fluidité dans le fonctionnement collectif. Chacun sait comment ça marche et ce qui est possible. Si pour l'un des cadres, les demandes personnelles sont pour lui « *en dehors des préoccupations de service* », un autre se veut plus souple et dit entendre les besoins et les difficultés de chacun. Pour le troisième cadre, des temps individuels sont mis en place plus spécifiquement à l'arrivée avec plusieurs entretiens. Ces moments sont utilisés pour apprendre à se connaître et bien « *expliquer les règles du jeu collectives* ». Ce cadre de santé souligne que les gros services, ici les urgences, perdent leur caractère familial et deviennent vite impersonnels. Les nouveaux embauchés sont ensuite pris en charge par le reste de l'équipe et le management se voudra plus collectif.

L'un des trois cadres insiste sur le positionnement de l'encadrant : « *il ne doit pas rentrer dans les dispositions personnelles* ». Il explique que certains se plaignent beaucoup mais que ce sont rarement ceux qui ont le besoin de plus d'attention. Garder une distance, ne pas faire de différence permet un lissage des conflits et des jeux de pouvoir. Un autre cadre précise qu'il faut toujours garder en tête les priorités. Ce sont le patient et l'équipe.

Il faut cependant connaître les gens, repérer les qualités, les failles, pour organiser le collectif. Savoir qui fait quoi, quelles compétences a chacun pour « *imaginer des alliances possibles de tous ces caractères afin de faire tourner le service* ». Il s'agit bien ici d'une prise en compte individuelle pour servir le collectif. Les trois cadres se rejoignent pour dire que l'individu ne peut être effacé. Connaître chacun permet par exemple d'adapter son discours pour une meilleure compréhension et adhésion au projet commun. Cela permet aussi d'être plus directif avec certains qui ont besoin d'être « *plus cadrés* ». Pour pouvoir faire ensemble, il faut respecter l'autre dans ce qu'il est. Il faut donc pour cela repérer son altérité.

Les trois cadres de santé sont d'accord pour dire qu'après le travail collectif assuré et cadré, répondre autant que possible aux demandes personnelles est envisageable. Il est entendu qu'une personne écoutée et soutenue dans ses difficultés ou ses projets sera plus disponible pour bien travailler. « *Le groupe ne peut fonctionner sans tenir compte des individus qui le composent et les individus ne peuvent fonctionner tous seuls.* » L'un des cadres insiste sur le collectif. « *S'ils ont des demandes personnelles, je leur demande de voir avec les collègues. Si ça ne gêne personne et que c'est envisageable au niveau du planning, il n'y a pas de problème* ».

Il est intéressant de noter cette prédominance du management collectif dans ces services que sont les urgences, la réanimation et la chirurgie viscérale. L'indifférenciation semble ici avoir une fonction protectrice du groupe. En effet, la population accueillie n'est pas sans effet sur les membres du service et lorsque la mort et la souffrance font partie du quotidien, des phénomènes de résonance atteignent les soignants. André Hubert, psychologue spécialiste dans la régulation d'équipe et l'analyse institutionnelle cite, dans un article de la revue Soins Cadres, Jacques Hochmann, psychiatre et psychanalyste, qui évoque « *le pacte de chronicité où l'homogénéisation et l'homéostasie dominant* »⁸⁹. Tout ce qui se différencie devient menaçant, l'équipe instinctivement va former un bloc soudé parlant d'une seule voix et pensant uniformément. Ce mécanisme de défense collectif a une fonction très importante pour le bon fonctionnement du groupe et la protection de chacun de ses membres.

Néanmoins, cet effet aura également tendance à gommer l'altérité. Le cadre de santé a ici un rôle essentiel à jouer pour donner du sens au collectif et permettre à chacun de se sentir exister au sein du groupe. De par sa posture de tiers, il peut se décentrer et jouer ainsi sur l'assise et la puissance du groupe. Ce rôle de régulateur permet la mise en lien, la construction du collectif à l'aide des richesses de chacun.

L'un des trois cadres conclut en disant : « *On est un train qui avance, donc si vous ne sautez pas dedans, vous restez seul sur le quai. On ne peut pas attendre tout le monde, il faut qu'on avance. Le cadre lui, doit avoir trois longueurs d'avance !* »

⁸⁹ HUBERT André. *L'un Pluriel, la fonction symbolique du cadre ou le « comment faire tenir ensemble »*. Soins Cadres, supplément au n°78 de mai 2011, page S10.

4.5.2 Le management à tendance « individualisée »

Les cinq autres cadres de santé interrogés se sont plus positionnés sur un management basé sur la spécificité de chaque membre de l'équipe. Si pour deux d'entre eux, l'effet groupal peut être jusqu'à nuisible, tous s'entendent pour dire que l'individu est ici mis en valeur afin de servir l'objectif commun.

Quatre insistent sur l'importance de la communication. Bien expliquer une décision, l'argumenter et rester juste est essentiel pour que celle-ci soit acceptée. « *Si je dois prendre la décision de faire rester quelqu'un contre son gré, je dois lui faire comprendre ma position. Car rester pour rester ne sert à rien. Si la personne ne veut pas, elle ne donnera rien d'elle-même et cela est parfois pire qu'une personne qui manque sur un planning* ».

Prendre le temps d'écouter, de connaître et d'expliquer à chacun répond au respect et au confort des membres de l'équipe mais cela participe directement au travail collectif. Beaucoup de choses se dénouent avec un management appelé aussi situationnel. Ces cadres insistent sur l'intérêt de s'adapter aux individus, de bien les connaître au travers de ce qu'ils amènent de leur histoire, de leur personnalité. L'un d'entre eux précise qu'un soignant sera « *plus performant s'il est entendu dans ses attentes personnelles* ». Il précise que celles-ci ne sont pas toujours d'ordre privé mais peuvent aussi concerner les objectifs et les perspectives professionnels. Cela permet au soignant de s'épanouir dans son travail, d'être disponible et plus volontaire.

L'un des cadres appuie ses arguments sur les forces, les qualités, les spécificités de chacun. « *C'est une richesse dont on ne peut faire fi au sein d'une équipe* ». Il faut mettre en valeur ces particularités et les encourager. Pour cela, le travail autour de la confiance et du respect est primordial. Exprimer son altérité, sa créativité demande de se sentir en confiance au sein d'un groupe mais aussi surtout vis-à-vis de son supérieur. C'est au cadre de santé d'inciter chacun à mobiliser ses compétences. Pour cela, la reconnaissance personnelle est nécessaire. Le cadre de santé doit donc connaître et reconnaître chaque membre individuellement. C'est voir l'autre, le considérer, le repérer, le mettre en avant ou en retrait au moment opportun. Ces attentions du cadre de santé sont très attendues des membres d'une équipe. Cette confiance du chef participe à la cohésion du groupe où chacun se sent utile et reconnu. Pour cela, le cadre doit être accessible et authentique.

L'un des cadres insiste sur les temps informels. « *Il faut savoir s'arrêter dans le couloir quand un agent veut exprimer quelque chose, même si ce n'est pas le moment. C'est à ces instants-là qu'il ne faut pas se rater* ». La relation interpersonnelle avec un membre de l'équipe se fera en effet majoritairement de manière informelle, dans les couloirs, dans les échanges non-verbaux, dans les pièces communes. Cela se construit grandement en dehors des entretiens plus officiels comme les entretiens annuels. C'est dans le quotidien qu'il faut tisser ce lien et travailler la confiance. Paule Bourret décrit particulièrement bien ce travail de lien et de reconnaissance du cadre dans son livre si apprécié des cadres et futurs cadres de santé.

L'un des cadres dit que les différences peuvent faire changer les choses et être positives pour « *mettre en relief une richesse d'équipe* ». « *Il faut que chacun soit suffisamment libre pour pouvoir s'exprimer, c'est toujours mieux que de trainer des pieds parce qu'on n'est pas d'accord ou que l'on se sent incompris* ».

Un autre cadre précise que l'objectif, au-delà de la reconnaissance de chacun est de « *les faire collaborer* ». Le but est en effet de rassembler des individus pour mettre en œuvre un projet commun. Nous pouvons voir ici que le management individualisé ou situationnel a pour objectif de servir le collectif. Il faut savoir le garder en tête car plusieurs cadres précisent qu'il faut être vigilant et savoir mettre des limites. Lorsqu'il y a trop d'affectif, cela peut fausser la relation. Il faut savoir scinder les deux et ne pas les mélanger. Cette distinction est par ailleurs très attendue des soignants. Une cadre raconte qu'elle peut tout entendre dans son bureau et que les gens viennent souvent pour déposer des choses lourdes. Cependant, son attitude neutre et bienveillante en dehors de ce contexte plus intime est très rassurante pour la personne. Elle peut continuer à être elle-même, sans gêne et évolue mieux au sein du groupe. « *Le cadre de santé ne doit pas être dans le jugement. C'est comme cela qu'il pourra instaurer un climat de confiance* ».

Un autre cadre dit que « *certaines essayent de filouter* ». Il s'appuie alors sur son expérience. Un cadre de santé apprend à repérer les intentions et les démarches authentiques des membres de son équipe. Cela fait partie de son travail d'observation clinique.

Deux des cadres nuancent en disant qu'il est parfois plus facile de prendre une décision arbitraire « *quand on ne connaît pas les gens* ». Ce n'est pas toujours aidant dans certaines situations. Quatre des cinq cadres s'accordent également pour dire qu'il faut aussi

savoir imposer un management directif et collectif à certains moments précis. Cela participe également à rassurer le groupe et à tempérer certaines situations. Pour cela, les réunions sont très utiles. Etre directif, clair aide parfois à la compréhension. De plus, certaines personnes doivent être plus cadrées que d'autres. Si l'autonomie est largement recherchée pour la majorité de ces cadres, deux précisent que cela n'est pas possible pour certains qui ont besoin d'ordres clairs pour fonctionner. Ici encore, le management sera individualisé mais sur un versant plus autoritaire. Cela rejoint alors exactement les dires des cadres de santé positionnés plus un management plus collectif.

De manière plus générale, nous pouvons dire que les huit cadres de santé interrogés se rejoignent régulièrement pour exprimer des idées similaires. Ici, les deux groupes distincts se retrouvent finalement pour dire que le management doit être pluriel alternant entre des moments de gestion collective et d'autres, où l'individu sera considéré plus particulièrement. Tous sont d'accords pour dire qu'il faut bien connaître chaque membre de son équipe afin de s'adapter au mieux et savoir qui mobiliser selon telle ou telle situation. Ceci rejoint les dires de Ken Blanchard qui définit différents styles de management, variables en fonction de l'évaluation ponctuelle de l'autonomie des personnes et du groupe.

Certains mettront cependant plus l'accent sur une gestion du groupe en renforçant l'unité au travers de réunions, de repas de service, de projets et de règles communes. D'autres privilégieront au contraire l'altérité et l'expression de la différence pour former un tout plus mouvant, peut-être moins solide mais plus adaptable en fonction de la situation.

Finalement, une majorité (5/8) s'accorde pour dire que le management individualisé participe grandement à la mise en commun et au travail collectif. Les notions si précieuses pour l'instauration de la cohésion d'équipe et de l'épanouissement personnel sont évoquées : reconnaissance, confiance, écoute, équité. Le positionnement du cadre de santé est ici déterminant et donnera le ton pour le groupe.

La proximité avec la démarche clinique du cadre de santé chère à Jean-Pierre Rongiconi est également évoquée. De même que l'on retrouve les attentes paradoxales de l'équipe en direction du cadre de santé, habilement décrites par Paule Bourret.

Nous pouvons voir ici encore la complexité du rôle du cadre et la capacité qu'il développe à toujours et encore s'adapter au public. Il doit jongler en permanence avec

différents modes de communication : groupal, individuel, directif, encourageant. Tourné vers la direction, vers les familles, global en réunion, protecteur en face à face... Pour cela, il doit connaître chacun tant dans sa personne que dans sa position dans le groupe et dans l'institution.

L'analyse des huit entretiens a mis en relief de nombreuses idées, arguments, témoignages venant alimenter et enrichir notre questionnement. D'une manière plus générale, nous allons en faire une synthèse pour faire ressortir les points les plus marquants mais également pour tenter d'interroger plus particulièrement notre hypothèse et pour souligner d'éventuelles limites.

5 La synthèse

La réalisation de cette enquête s'est avérée très riche en échanges et en témoignages sur les grands concepts que nous avons envie d'étudier. Les attentes au travail, la cohésion d'équipe, le positionnement du cadre de santé, chaque personne interrogée a donné son avis et fait partager son expérience.

Bien que seulement huit entretiens ne puissent être représentatifs et ne constituent qu'une tendance au regard de la problématique, nous avons pu faire différents constats que nous aimerions souligner ici.

5.1 La question de l'individualisme

Ce fait de société, largement mis en avant dans les différentes strates de la vie de chacun, se vérifie et se confirme dans le monde du travail. Si cette notion peut être appréhendée de façon péjorative par certains, nous avons remarqué qu'elle se traduisait plus volontiers comme un positionnement contemporain. Cette manière d'être à l'autre, cette singularité revendiquée apparaît alors comme une richesse qui participe et recherche l'interaction dans une dynamique créative et volontaire.

En réponse aux grandes évolutions sociétales abordées en première partie de ce travail, l'individu se réorganise. Face au monde qui tourne de plus en plus vite, face à la perte de sens qui envahit les organisations, se projeter devient plus aléatoire et l'investissement se centre sur le moment présent. La jeune génération est clairement plus à l'aise dans cet environnement mouvant et les attentes individuelles s'expriment et s'exposent de façon naturelle et décomplexée. Les témoignages des cadres de santé interrogés ont souligné une grande différence avec les générations précédentes. Les avis sont controversés par rapport à cette génération Y. Certains y voient du manque de respect, de la nonchalance, un manque d'intérêt. D'autres au contraire, les voient comme porteurs de projet, créatifs, investis, réactifs.

Dans tous les cas, les derniers entrés dans le monde du travail mettent en relief la cassure entre « l'avant » et « le maintenant ».

Les cadres de santé ont dû adapter leur management à tous ces changements, avec plus ou moins de facilité et de compréhension. En ce qui concerne les membres de

l'équipe, leurs réponses ont plutôt tendu vers une prise en compte de l'individu pour faciliter le travail d'équipe. Si nous reprenons notre hypothèse, à savoir « le management individualisé, à l'écoute des attentes de chacun, permet la reconnaissance et participe au renfort de la cohésion d'équipe », l'analyse des entretiens tendrait à la confirmer.

Il faut cependant nuancer car si une majorité des cadres de santé ont mis en avant un management individualisé (5/8), tous ont souligné l'intérêt d'adapter son management en fonction de la situation. Un management adressé au groupe aura un impact et un résultat certain là où un management individualisé n'aurait eu aucun effet.

L'enjeu du cadre de santé d'aujourd'hui est donc de savoir analyser au plus juste un contexte et y apporter une réponse adaptée, piochée dans toute sa palette managériale. Pour cela, il doit connaître tous ses collaborateurs individuellement et savoir comment les appréhender. Au-delà de l'expérience ou de l'ordre du jour, il doit développer une certaine intuition, une « *intelligence émotionnelle* »⁹⁰ qui lui permettra une démarche empathique et authentique. C'est sur ces bases que pourront se construire la reconnaissance et la confiance, tant recherchées par les soignants.

5.2 La question de la cohésion d'équipe

Nous avons pu constater que la cohésion d'équipe est un alliage fragile qui répond à des règles indépendantes, pas toujours faciles à aborder et encore moins à modifier. Le cadre de santé est face au groupe ou dans le groupe, souvent en position de « *tiers inclus* »⁹¹ comme le souligne le psychologue André Hubert. Son rôle est primordial et stratégique. Il doit en effet réaliser un nouage entre l'individuel et le collectif dans un contexte en constante mutation. Les témoignages des cadres nous ont montré que l'écoute des besoins des soignants les aidait à construire leur identité professionnelle et à se reconnaître dans les valeurs collectives et institutionnelles. Cette attention auprès de chacun favorise la coopération au sein de l'équipe.

Le positionnement du cadre et son intérêt pour les individus qui composent le groupe, participent donc réellement à inciter, renforcer la cohésion de l'équipe. Beaucoup des cadres ont insisté sur la mise en place de la confiance et de la reconnaissance. Chaque

⁹⁰ GOLEMAN Daniel. *L'intelligence émotionnelle au travail*. Ed Pearson, Paris 2010.

⁹¹ HUBERT André. Op cit p S10.

membre de l'équipe est alors plus volontaire, motivé, reconnu dans ses qualités et ses compétences. Certains soulignent cependant, en accord avec la cadre de santé Christine Guilhot, l'importance de bien ajuster son positionnement pour que « *l'addition des intérêts individuels ne remette pas en cause l'action collective* »⁹².

A l'inverse, il faut favoriser les prises d'initiatives, et les projets créatifs pour éviter l'uniformisation du groupe. C'est pourquoi il faut encourager chacun à mettre en valeur ses ressources pour enrichir le collectif.

Ainsi, nous pourrions dire que la cohésion d'équipe aujourd'hui recherchée, tend plus vers la coopération d'individus, apportant chacun leur spécificité pour une mise en commun. Christophe Dejourns précise que la coopération dans un groupe ne se réduit pas à la somme des activités individuelles. Elle « *permet des performances supplémentaires avec une marge d'erreur absorbée par le groupe* »⁹³. Cette remarque illustre bien le caractère positif de la coopération avec la mise en commun des compétences.

Si nous avons pu voir les logiques et le langage propre du groupe dans la première partie, cet effet de « bloc unifié » est moins développé actuellement alors que les positionnements individuels au travail ont changé les règles du jeu. De plus, les témoignages ont souligné le danger d'une cohésion d'équipe trop forte. Dépendante de cet équilibre, elle peut se retrouver très en souffrance au départ d'un des membres de cette équipe « idéale ».

La cohésion d'équipe est aujourd'hui avant tout une volonté d'aller ensemble vers un but commun sur une base de confiance et de respect. La culture d'équipe, l'appartenance et les valeurs communes participent directement à rassembler les individus dans ce sens. Celles-ci sont entretenues en premier lieu par le cadre de santé qui est le premier acteur de cette cohésion.

⁹² GUILHOT Christine. *Posture managériale et coopération*. Soins Cadres n°76 novembre 2010, page 36.

⁹³ Ibidem.

5.3 Le cadre de santé, au carrefour des interactions

Celui-ci est donc face à l'équipe mais aussi face à la population soignée et à l'institution en pleine mutation. Nous avons pu ainsi remarquer quelles étaient les réelles influences des fonctionnements individuel et groupal.

Les patients, selon leur pathologie, plus ou moins chronique, mortifère, douloureuse, impactent sur les pratiques. Des symptômes peuvent être repérés comme par exemple la rigidité, la robotisation, les sentiments d'agression ou l'agressivité, la banalisation... L'équipe aura tendance à se souder et unifier pour agir comme bouclier face à cet extérieur menaçant comme nous avons pu le vérifier auprès du cadre de santé du service de réanimation ou encore auprès de celui des urgences. Le management sera influencé par cette organisation et proposerons un encadrement plus global.

L'institution impacte également beaucoup sur les positionnements individuels ou collectifs. Nous avons pu constater précédemment que la perte de sens participait au repli sur la sphère personnelle. Ici encore, le positionnement du cadre de santé va permettre la mise en place d'un langage pour rendre possible la collaboration. Il doit donner les moyens à l'équipe de « *décoder ce qui fait symptôme* »⁹⁴ mais aussi « *rendre lisible l'environnement en lui donnant du sens* »⁹⁵. Son rôle de traducteur et de réassurance prend ici toute sa dimension.

Les cadres interrogés ont mis le doigt sur l'importance d'être cohérent entre ses paroles et ses actes. Le fameux « fais ce que je dis et pas ce que je fais » est constamment testé. L'équipe est très sensible à cette cohérence dans le comportement du cadre de santé. C'est pourquoi il doit se montrer disponible, bienveillant, ponctuel et rigoureux dans le respect des règles communes.

A l'issue de cette analyse d'entretiens, nous pouvons dire que le cadre de santé dispose de nombreux outils pour encadrer son équipe mais que la difficulté réside à savoir lequel utiliser et à quel moment. Son positionnement sera déterminant et devra s'ajuster en fonction de chaque situation. Garder une ligne de conduite la plus constante possible, en

⁹⁴ HUBERT André. Op cit p S10.

⁹⁵ GUILHOT Christine. Op cit page 35.

accord avec ses valeurs, tout en restant juste et cohérent. Tout cela s'avère être d'une grande complexité, toujours dans une dynamique du mouvement vers l'autre. L'intérêt de connaître finement la personnalité et les jeux relationnels de chacun semble être déterminant pour trouver cette adéquation entre le management dirigé vers l'individu et celui indiqué pour le groupe.

Conclusion

A la veille de prendre de nouvelles fonctions d'encadrement auprès d'une équipe pluridisciplinaire en milieu hospitalier, ce travail de recherche et de réflexion s'est avéré très riche pour la construction de notre future identité et des représentations de notre métier.

Réfléchir sur la valeur « travail », sur son évolution dans l'histoire, porter un regard sur les mutations sociétales actuelles nous ont permis de faire un état des lieux très utile pour la compréhension de notre monde en perpétuel mouvement. Les interactions au sein d'un groupe, et plus particulièrement d'une équipe, répondent de règles très spécifiques que le cadre de santé doit connaître pour réagir de façon appropriée, en cohérence avec ses valeurs personnelles et les valeurs institutionnelles.

L'individu est aujourd'hui au-devant de la scène et notre questionnement s'est naturellement tourné vers lui. En tant que futur cadre de santé, il nous semblait pertinent de penser un management qui tenait compte de ce contexte nouveau. Contexte où les jeunes générations représentent ce monde qui bouge et répondent à d'autres codes que ceux sur lesquels le monde du travail est assis depuis plusieurs décennies.

Ce travail n'a pas la prétention d'apporter des réponses mais un éclairage sur le nouveau chemin qui s'ouvre devant nous. Le métier de cadre de santé est porteur de beaucoup d'exigences et de responsabilités qui nous semblent très complexes à mettre en œuvre. Faiseur de lien, donneur de sens, exemple à suivre, entraîneur, diplomate, garant de la loi, de la sécurité, de la morale, la liste semble sans fin !

Si nous devions donner notre ressenti au terme de ce travail, nous dirions que le cadre de santé encadre son équipe d'abord avec ce qu'il est. Sa personnalité, ses valeurs, sa qualité relationnelle et sa compréhension de l'autre, dictent en grande partie ses choix conscients ou non et l'aident à construire sa posture managériale.

Ce travail nous permet également de rester dans cette démarche d'ouverture et de curiosité vis-à-vis l'autre. Le métier initial résonne dans nos intentions et l'objectif reste de prendre soin de l'équipe au même titre qu'elle prend soin des patients.

Bibliographie

Ouvrages

ANZIEU Didier et Jacques-Yves Martin. *La dynamique des groupes restreints*. Ed PUF, Paris 2007, Coll. Quadrige, 397 pages.

ANZIEU Didier. *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Ed Dunod, Paris 1999, Coll. Psychismes, 288 pages.

ARENDDT Hannah. *Condition de l'homme moderne*. Ed Pocket, Paris 2001, Coll. Evolution, 406 pages.

BION Wilfred R. *Recherches sur les petits groupes*. Ed PUF, Paris 2002, 140 pages.

BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Ed Seli Arslam, Paris 2006, 288 pages.

CAUVIN Pierre. *La cohésion des équipes*. Ed.ESF, Paris 2012, Coll. Formation Permanente, 220 pages.

CROZIER Michel. *L'entreprise à l'écoute. Apprendre le management post-industriel*. Ed Seuil, Paris 1994, Coll. Points Essais, 217 pages.

DEJOURS Christophe. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Ed du Seuil, Paris 2009, Coll. Points, 240 pages.

DEJOURS Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Ed INRA, Paris 2003, Coll. Sciences en question, 84 pages.

D'IRIBARNE Philippe. *La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales*. Ed Seuil, Paris 1993, Coll. Points Essais, 280 pages.

FREUD Sigmund. *Psychologie des masses et analyse du moi*. Ed PUF, Paris 2010, Coll. Quadrige, 122 pages.

FREUD Sigmund. *Totem et tabou*. Ed Payot, Paris 2004. 240 pages.

GOLEMAN Daniel. *L'intelligence émotionnelle au travail*. Ed Pearson, Collection Village Mondiale, Paris 2010, 354 pages.

KRAUSE Jan avec D. MEDA, P. LEGERON et Y. SCHWARTZ. *Quel travail voulons-nous ? La grande enquête*. Ed. Les arènes, Paris 2012, 231 pages.

MAISONNEUVE Jean. *La dynamique des groupes*. Ed PUF, Paris 2010, Coll. Que sais-je ?, 125 pages.

MARX Karl. *Le capital* (extraits). Ed Flammarion, Paris 2008, coll. Le monde de la philosophie, 572 pages.

MEDA Dominique. *Le travail. Une valeur en voie de disparition ?* Ed Flammarion, Paris 2010, Coll. Champs essais, 395 pages.

MINTZBERG Henri. *Le Manager au quotidien, Les dix rôles du cadre*. Ed Eyrolles, Paris 2006, 283 pages.

MINTZBERG Henry. *Le management. Voyage au centre des organisations*. Ed Eyrolles, Paris 2004, 703 pages.

MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes*. Ed ESF, Paris 2011, Coll. Formation Permanente, 234 pages.

GORZ André. *Métamorphoses du travail : quête du sens*. Ed Galilée, Paris 1991, 303 pages.

ROBERT Paul. *Le Nouveau Petit Robert*. Edition SNL, Paris, 2008. 2673 pages.

ROSA Hartmut. *Accélération. Une critique sociale du temps*. Ed La Découverte, Paris 2012, Coll. Théorie critique, 477 pages.

SAINSAULIEU Renaud. *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*. Ed Presses de Sciences Po. Paris 1988. 480 pages.

SERRES Michel. *Petite poucette. Le monde a tellement changé que les jeunes doivent tout réinventer : une manière*. Ed Le pommier. Paris 2012. 82 pages.

SUPIOT Alain. *Critique du droit du travail*. Ed. PUF, Paris 2007, coll. Quadrige, 336 pages.

TOSQUELLES François. *De la personne au groupe. A propos des équipes de soins*. Ed Erès, Paris 1995, Coll. Des travaux et des jours, 260 pages.

VAN CAMPENHOUT Luc et QUIVY Raymond. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Ed Dunod. Paris 2011. 262 pages.

Articles de périodiques

BAL Sonia. *Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé*. Soins cadres n°79. Août 2011, pp 43-47.

CLOT Yves, WEINBERG Achille, HERREROS Gilles, et al. Dossier : *Travail du bonheur à l'enfer*. Sciences Humaines, 11/2012, n°242, pp.30-49.

CHARTOIRE Renaud. *Le boom des employés*. Sciences Humaines, mai 2012, n°237, pp 43-44.

DEBERDT Patric. *Crise des valeurs, valeur de la crise*. Soins Cadres, février 2005, n°53, pp 25-27.

GUILHOT Christine. *Posture managériale et coopération*. Soins Cadres n°76 novembre 2010, pp 35-37.

HUBERT André. *L'un Pluriel, la fonction symbolique du cadre ou le « comment faire tenir ensemble »*. Soins Cadres, supplément au n°78 de mai 2011, pp S9-S10.

MAURIN Eric. *Classes moyennes : le fantasme du déclin*. Sciences Humaines, mai 2012, N°237, pp 46-47.

RONGICONI Jean-Pierre. *Le cadre de santé de proximité et la dimension clinique*. Soins Cadres n°70. Mai 2009. Pages 46 à 50.

VIARD Jean. *Quand les modes de vie transforment la société*. Sciences Humaines, mai 2012, n°237, pp 32-35.

WEINBERG Achille. *Pourquoi travaille-t-on ?* Sciences Humaines, novembre 2012, n°242, p34-38.

Webographie

BOURRET Paul. *Exigences de la relation et proximité des équipes*. Communication et organisation mise en ligne le 27 mars 2012 et consulté le 27 février 2013 sur <http://communicationorganisation.revues.org/2904>

DEJOURS Christophe. *Evaluation individualisée des performances*. Entretien filmé d'octobre 2010, consultée le 18 décembre 2012 sur http://www.dailymotion.com/video/xav90m_6-evaluation-individualisee-des-per_news#.UPrUbx1huSo

PICHAULT François, PLEYERS Mathieu. *Pour en finir avec la génération Y*. *Enquête sur une représentation managériale* au sein du 11^{ème} congrès AGRH de Rennes :

Nouveaux comportements, nouvelle GRH ? Novembre 2010. Consulté en ligne le 15 janvier sur <http://asset.rue89.com/files/2010pichault-pleyers.pdf>

MEDA Dominique. *Il faut réduire davantage le temps de travail*. Entretien auprès d'Agnès Rousseau du 28 février 2011, consulté le 27 décembre 2012 sur <http://www.bastamag.net/article1449.html>.

Table des Annexes

1 : Grille d'entretien	page 2
2 : Entretien 1	page 3
3 : Entretien 2	page 7
4 : Entretien 3	page 10
5 : Entretien 4	page 14
6 : Entretien 5	page 19
7 : Entretien 6	page 24
8 : Entretien 7	page 28
9 : Entretien 8	Page 32
10 : Légende et exemple de l'analyse des entretiens	page 34

Grille d'entretien

La posture managériale face aux attentes individuelles et à la cohésion d'équipe

1. Dans votre service, ressentez-vous des attentes individuelles nouvelles de la part du personnel soignant ? (Les positionnements, les exigences, les objectifs de chacun ont-ils changé ?)
2. Existe-t-il une cohésion d'équipe malgré les attentes individuelles du personnel? Si oui, comment s'exprime-t-elle ? Si non, pourquoi à votre avis ?
3. Quel est votre rôle dans cette cohésion ?
4. Adaptez-vous votre management en fonction des attentes individuelles de chacun?
5. Le cadre de santé doit-il prendre en compte l'individu ou le groupe pour mener à bien le travail collectif ?

Entretien n°1 – CMP/HDJ/CATTP dans le 92 – Le 18 mars 2013

Femme 51 ans

Travaillait comme IDE en addictologie et avant en IME.

Diplômée en 2004 CDS

1^{er} poste en intra 2 ans, 2^{ème} poste en pédopsychiatrie 3 ans, puis formatrice en IFSI à P. Vaucluse pendant 2 ans. Equipe pédagogique et contexte institutionnel très compliqué, renonce à la formation. Travaille depuis 1 an ½ au CMP. Est aussi responsable de l'HDJ et du CATTP.

1 Oui, il y a plus d'attentes par rapport à la vie personnelle (familiale et autres). Cela se ressent plus qu'avant mais ça dépend des équipes. La notion collective est moins en avant aujourd'hui. Maintenant il faut négocier, argumenter et être plus autoritaire. Je dois régulièrement rappeler les objectifs du service public et principalement la continuité des soins.

Certaines équipes sont plus autonomes et gèrent toutes seules leur planning et leur organisation pour maintenir cette continuité.

J'ai remarqué quand j'étais formatrice en IFSI que les étudiants étaient capables de prendre un poste qui ne les intéressait pas particulièrement mais qui était plus pratique dans leur organisation. Cela se voyait beaucoup moins avant. Aujourd'hui, les jeunes dans la prise de poste mettent en avant leur vie privée. C'est celle-ci qui prime.

2 Oui, il y a une cohésion d'équipe mais pas dans le sens du travail ! L'équipe se mobilise bien plus volontiers quand il y a quelque chose de personnel. Les autres vont tout faire pour permettre à quelqu'un de prendre un jour par ex mais vont être beaucoup moins arrangeants pour un besoin du service. Par exemple, vont dire que peuvent rester à deux un après-midi pour dépanner une collègue et lui permettre de ne pas être là mais vont refuser de rester deux car y'a pas le choix un après-midi. Vont dire qu'ils ne peuvent rester à deux pour des raisons de sécurité par exemple. La vie privée est priorisée par chacun et pour chacun. La cohésion n'est pas au-devant de la scène, ce sont plus les dynamiques personnelles.

3 Le CDS doit avoir une bonne ligne de conduite et une bonne mémoire ! Mon argument premier est toujours le même : le service public et la continuité des soins. Cela a l'avantage de mettre tout le monde d'accord. L'équipe ne peut aller contre ça. Si l'on ramène sur le patient, ça recentre. Il faut le rappeler régulièrement.

Il faut également être à l'écoute et être attentive ; Bonne mémoire, tout est dans la tête pour pouvoir faire du donnant-donnant. Si j'ai été arrangeante à tel moment, ils doivent pouvoir me rendre la pareille si je suis dans une impasse au niveau de l'organisation.

Il faut savoir également être patient. Si une situation bloque, attendre pour voir si ça bouge, car on n'est pas toujours pressé quand c'est par exemple sur des mouvements de groupe (pas sur une décision de planning). On rappelle son positionnement puis on tranche.

Par exemple, pour les vacances d'été, si les soignants respectent une cohérence (alternent selon les années par exemple), je signe leurs congés. Par contre, s'ils ne tournent pas et essayent de se positionner toujours pareil, j'attends. Puis si rien ne bouge, je prends une décision arbitraire. C'est là que c'est difficile de rassembler l'équipe.

Pour cela, il faut être beaucoup avec l'équipe et ne pas rester dans son bureau. Il faut être à l'écoute et beaucoup observer. On repère ainsi mieux les frictions, les interactions. On fait encore un travail clinique en somme ! Mais c'est un choix personnel qui est chronophage. Je vais passer beaucoup de temps avec eux mais du coup, je dois faire le reste de mon travail après, ce qui me fait quitter parfois tard. C'est un choix, un positionnement. C'est ma façon de faire lien et d'encadrer. Avoir l'œil et l'oreille partout.

4 Oui, être à l'écoute est important mais il faut rappeler les règles collectives. Il est cependant nécessaire de tenir compte de la personnalité, de l'histoire, de la famille.

Quand il y a une décision arbitraire, ça passe si c'est bien expliqué, argumenté et si c'est juste. La communication est pour cela primordiale. Il faut être attentif beaucoup au non-verbal.

En effet, si je dois prendre la décision de faire rester quelqu'un contre son gré (de manière arbitraire), je ne dois pas seulement trancher. Je dois lui faire comprendre ma position car rester pour rester, si la personne ne veut pas, elle ne fera rien de bien en restant sur le service.

5 Je pars de l'individu ; Je fais du 1+1+1 pour emmener le collectif. Par exemple, pour un nouveau projet, il faut faire adhérer « tout le monde », mais dans le sens de « chacun ».

Par exemple, j'ai proposé un projet autour du repas à l'HDJ. Les ASH ont freiné des quatre fers et ne voyaient là qu'un surplus de travail. J'ai vu ça collectivement dans un premier temps puis individuellement. Les IDE ont d'ailleurs réagi en trouvant que le CDS donnait trop d'importance à l'avis des ASH et qu'elles « n'avaient rien à dire, si il fallait le faire, il fallait leur imposer et c'est tout ». J'ai dû expliquer que ce n'était pas comme ça que cela pouvait marcher. Aujourd'hui ça va beaucoup mieux. Elles viennent à une partie des synthèses et un effort pédagogique a été fait pour leur faire comprendre l'intérêt thérapeutique des repas. C'est un temps clinique qu'elles ne comprenaient pas.

Il y a une recherche du travail collectif oui mais il ne faut pas faire fi de l'individu et de la compétence de chacun (ici IDE/ ASH). Si on réfléchit de manière groupale, on perd les différences et spécificités.

Je rappelle également que j'engage ma responsabilité pour les dégager lorsqu'ils se braquent sur quelque chose. Ça les dégage. Il faut une grande pédagogie avec les équipes ; La communication est essentielle, si on n'est pas précis et fin, on se prend un retour car les équipes sont très attentives et ne te ratent pas si tu fais une erreur, ou si tu oublies.

Pour garder un fil, attention de préserver ses valeurs quand on est cadre. Quand j'étais formatrice, les étudiants amenaient beaucoup le problème de la pénurie pour justifier tel ou tel choix, mais attention à la ligne de conduite. Rien ne justifie par exemple de maltraiter un patient, quelle qu'en soit la raison.

Il faut aussi pouvoir expliquer la logique de l'administration. Je n'ai pas de problème à dire que je ne partage pas tel ou tel point de vue mais que c'est nécessaire.

Il est nécessaire de bien connaître les individus pour faire fonctionner l'équipe. Comprendre comment fonctionne un tel ou un tel. Cela prend du temps et il faut être sur le terrain.

La notion d'appartenance à l'équipe est très variable. Parfois ça fonctionne et soudainement ça se délite. (cite ensuite l'exemple à Marmottan ; Avant c'était l'équipe qui recrutait un nouveau soignant ; Il était à l'essai une semaine, puis embauché si ok ; Les horaires étaient sur 24h, on était donc beaucoup ensemble. C'était une cohésion très forte. Plus face à des choses difficiles. Collectif très puissant).

Ici, il n'y a pas d'équipe globale. Les médecins sont entre eux, les soignants aussi. Ça se voit car il y a très peu de moments conviviaux (restos pour nouvelle année etc.) or ce sont des moments précieux pour fédérer et une indication précieuse pour voir s'il y a cohésion.

Ici, il y a clivage entre l'équipe du CMP et celle de l'HDJ. Très dur à gérer, et histoire qui remonte à très loin. Ma dernière idée : fédérer autour d'un projet de livret d'accueil pour

les étudiants. Pour cela, j'ai fait un courrier avec un planning de réunions. Et là, vendredi pour le lundi (date de la première réunion), l'équipe de l'HDJ dit qu'elle a vraiment oublié et qu'elle a organisé une sortie le lundi en question ! Passage à l'acte ou acte manqué : sabotage du projet.

Pour ne pas cabrer, je n'ai rien dit et ai déplacé une réunion. J'ai été cependant plus ferme quant à l'obligation de la présence de tous. Il faut se servir du temps plutôt que de réagir sur le moment. Je ne suis pas pressée pour ça, c'est plus stratégique d'être patient.

Entretien n°2 – Intra de secteur dans le 92 – Le 18 mars 2013

Femme 50 ans

Diplômée cadre de santé depuis 2004. Travaille en intra depuis un an et demi.

A travaillé en soins somatiques puis en psy en tant qu'IDE.

1 Exigences de chacun au niveau du planning, place centrale dans l'équipe. Rôle du cadre que chacun travaille dans de bonnes conditions. Exigences quasi individuelles en ce qui concerne le planning. On peut pratiquement parler du planning à la carte. C'est de plus en plus le cas. Si le cadre ne peut gérer ça ; Les équipes montreront leur mécontentement. Il faut essayer de faire en sorte que les horaires, les cycles de repos et de travail contribuent à satisfaire les agents. J'ai remarqué que j'ai beaucoup de demandes pour travailler en 12 heures, c'est pour soi en général. J'ai accepté de faire un mix entre 12 et 8h car je connais ceux qui m'ont fait cette demande, je sais comment ils travaillent. Ils sont sérieux, ce n'est pas seulement pour grouper et travailler moins.

Je sais qu'on est aujourd'hui beaucoup plus dans l'immédiateté des choses c'est à dire « je veux une formation » « je veux faire un atelier », on est plus dans le résultat que dans le faire, et c'est vrai qu'il faut apprendre à distribuer les ressources, à répartir en fonction de chacun pour donner une cohérence à l'équipe.

Il faut essayer de donner le sens du collectif malgré toutes ces individualités, y'a ce collectif qui doit primer pour des prises en charges adaptées, pour le patient.

2 Elle peut toujours exister. Le cadre est là aussi pour ça. Il doit fédérer et plus sa position est légitime, plus c'est facile. Il a une reconnaissance et c'est ça qui fait que la confiance est là et que les membres de l'équipe malgré leur individualisme vont aller vers le cadre, qui est là pour innover, essayer, prendre des risques.

Les nouvelles équipes attendent beaucoup ça, l'innovation, la prise de risque, les essais : « pourquoi on ne ferait pas ça ? » Il est là le rôle du cadre, c'est lui qui impulse, c'est lui qui motive autour d'un projet. Il faut un projet pour réunir les membres du groupe.

On a un gros travail de communication en tant que cadre. Un gros travail de coordination, pour mettre les uns avec les autres, et les ramener vers les prises en charge.

3 Il doit être authentique. Les soignants vont voir votre positionnement selon les situations. Si vous avez des prises de positions claires et nettes dès le début, les choses vont beaucoup mieux se passer. Vous serez reconnu et légitimé. C'est aussi le principe de « faites ce que je dis et pas ce que je fais ». Rester authentique avec ses valeurs et simple. C'est à mon sens la clé du cadre dans sa réussite d'encadrement de l'équipe. Rappeler toujours ses valeurs.

Les valeurs de chacun vont être bousculées dans les prises en charge et je pense que l'on peut se rejoindre autour de valeurs communes malgré toutes les individualités. La confiance est aussi importante. Une fois instaurée, on peut mieux travailler ensemble. Etre authentique sinon l'équipe va vite repérer la faille. Si le cadre est remis en question dans sa légitimité, il pourra vite être personnellement en souffrance.

4 Oui, il faut savoir répondre aux individus face à des situations précises. Beaucoup de choses se dénouent autour d'un management individuel, situationnel. Ca demande beaucoup au cadre, il faut s'adapter, anticiper, soutenir, motiver, mais on ne peut pas avancer sans cette démarche. Il faut s'adapter aux individus et aux situations. C'est très important pour la cohérence et pour le projet. Le soignant sera plus performant au niveau de ses compétences s'il est entendu dans ses demandes personnelles. Celles-ci par ailleurs ne sont pas seulement des demandes perso pour la vie privée, mais aussi des demandes perso au travail ! Ils ont un besoin de reconnaissance aussi, les IDE les AS ... permet de s'épanouir dans leur travail. Le rôle du cadre est aussi de casser cette automatisation des tâches, cette routine quotidienne. Par des projets, en innovant et en étant à l'écoute des idées, innovation, créativité des soignants. Cette marge de liberté doit être préservée pour les soignants. Ils ont énormément à apporter. Et même dans l'organisation. Ils savent s'en servir et se sentent en confiance. Le cadre est toujours là pour poser les limites si ça ne correspond pas aux attentes de la prise en charge.

5 Parfois il faut s'adresser au groupe par nécessité. Par ex, quand il y a une info, une note de service. Après, nécessairement il faut passer par l'individu pour rejoindre le collectif. Chacun a des points de vue, il faut échanger autour de chaque idée mais il faudra se rejoindre autour du but commun, à savoir le patient. Il est au centre.

Les différences peuvent faire changer les choses, elles peuvent être positives pour mettre en relief une richesse d'équipe. Il est toujours bon de dire ce que l'on ressent. Il faut que

chacun puisse s'exprimer, c'est toujours mieux que de traîner des pieds car on n'est pas d'accord ou que l'on se sent incompris. Une situation peut ne pas être comprise ou acceptée par tous.

Les surveillants à l'époque, ça a bien bougé. De toute façon, si l'on veut que les soignants prennent soin des patients, il faut que le cadre prenne soin des soignants ! S'il en prend soin, il doit passer par l'individu. Mais attention à l'idéal et à ne pas risquer de se laisser déborder.

Il faut les fédérer et les amener à collaborer ensemble. On va tous être complémentaires en travaillant dans une équipe pluridisciplinaire, on va apporter chacun son expérience et ses compétences, il faut les mettre en commun et user de la complémentarité. Il faut savoir mettre chacun en valeur, les positionner devant des autres selon la situation, selon leur ressources. Là est aussi le rôle du cadre, tout ça. C'est aussi lui qui est là pour donner aux soignants la possibilité de se former. On ne peut plus être dans le management directif. Il est toujours là mais à des moments bien précis, lorsqu'il faut rappeler une règle ou le cadre, ou l'objectif commun. Au niveau hiérarchique, il faut savoir passer des messages. Les équipes savent très bien faire la part des choses. On est aujourd'hui obligé de tenir compte de l'individu, cela fait partie des conditions de travail.

Il ne faut pas croire cependant que nous sommes tous les jours à l'équipe, il faut le garder en tête. Management individualisé mais aussi situationnel. Par ex, ici en psy, certains peuvent être démunis en cas de décompensation somatique. Je les connais, sais les repérer, reconnaître leurs limites et m'adresser aux personnes ressources qui pourront prendre en charge la situation. Il faut bien connaître chacun, connaître les forces, les faiblesses, les atouts. On peut aussi parler des générations. Le mélange des générations est plus efficace, ça fait une meilleure équipe.

Ici équipe 13 IDE, 4 AS, 3 ASH.

Entretien n°3 – Intra de secteur Paul Guiraud à Villejuif – Le 21 mars 2013

Homme 56 ans

Était ergothérapeute depuis 79 et a travaillé en tant que tel à Dupré et à Montsouris.

CDS depuis 2002 mais est à Paul Guiraud depuis 98.

A travaillé en CATTP quelques années, en CMP avec animation de réseaux.

Est depuis quatre ans à l'intra. C'est éprouvant !

1 Les attentes individuelles des soignants ne sont apparues que récemment et aussi à cause du suivi que j'ai avec les étudiants de Montsouris. Je pense à la génération Y. C'est vrai qu'ils bossent avec leur téléphone, mais ce ne sont pas les seuls. Je n'avais pas le ressenti d'une génération nouvelle. Ils ont certes une réelle envie de développer leurs compétences et sont très interactifs. Mais aujourd'hui, on ne peut pas dire que cela soit très craint. Peut-être cela sera plus frappant quand les baby-boomers seront tous partis.

Si l'on se base sur les départs de mon service :

Deux 50aires sont partis d'abord. L'une n'en pouvait plus de l'intra, l'autre voulait prendre sa retraite mais finalement n'a pas pu être en retraite car ses deux parents sont Alzheimer, ne peut pas payer.

Deux 30aires, une pour faire fonction de cadre, l'autre partie faire du libéral. Toutes les deux très compétentes. Les soignants ayant le DE ont d'autres attentes et d'autres compétences. Veulent voir différentes choses.

Un de 20 ans, est allé en UMD « pour découvrir d'autres services » ce ne sont pas les mêmes horaires et il y a une prime.

Les jeunes sont individualistes dans leurs attentes perso mais sont aussi très collectifs. Donnent tous leur numéro de portable pour être appelés si besoin. C'est pour arranger le voisin mais aussi le service. Le CDS voit la nuance. L'exigence aujourd'hui est autour de la réduction d'effectifs. Cela donne des situations très tendues où il faut réduire le nombre et lorsqu'il y a des absences, le budget pour les remplacements est lui aussi gelé. Cela oblige le cadre à appeler les membres de son équipe et à leur demander souvent de revenir sur leur congés. Cette situation amène des tensions et permet aux membres de l'équipe

d'exiger de leur côté plus de choses. La direction des soins ne veut pas voir cette réalité. Elle a un objectif, un effectif-cible et elle y arrivera. C'est au cds et à l'équipe de se réorganiser avec ça.

Les soignants plus jeunes ont une conscience professionnelle et verbalisent très vite des dysfonctionnements, contrairement aux plus âgés qui resteront plutôt dans le silence ou dans la protection mutuelle (erreur administration TTT, irrespect d'un patient etc..). Ont très à cœur la dignité de la personne. Ils sont par ailleurs fermes sur les prix, sur leurs congés aussi mais ils savent jongler.

J'ai plus de difficulté avec les IDE proches de la retraite qui sont plus rigides par rapport au planning. Sont héritières d'une histoire et d'habitudes : les jeunes doivent faire plus de soirs car elles « en ont fait toute leur carrière, j'ai le droit à ma matin ». Il faut laisser les matins aux anciens. Rien à faire pour leur expliquer que ça ne peut plus marcher, le monde a changé, le contrat a changé et maintenant, chaque infirmier doit faire 6 après-midi par mois, tout le monde pareil. Ces demandes individuelles, surtout basées sur des habitudes, ont du mal à entendre l'objectif collectif. Ca crée des tensions. Les jeunes sont plus souples, ils préservent leur vie privée mais ne seront pas les derniers à venir dépanner.

2 La cohésion d'équipe n'existe pas à mon sens mais c'est ce qu'il faut tenter d'atteindre mais à une certaine limite. Une équipe complètement unifiée me ferait peur où il n'y a qu'une seule voix et qu'une façon de penser. Par contre, il ne faut pas un écart trop important. Quand je suis arrivé, l'écart était très important. Il est d'ailleurs rare que je dise « l'équipe », je dis plus souvent « une partie de l'équipe ». Je parle là plutôt de la clinique. Les avis contradictoires permettent de pouvoir discuter. Les plus rigides pourront alors s'assouplir et à l'inverse les plus souples pourront sur certaines situations être amenés à recadrer.

La cohésion clinique c'est important mais ça a sa limite. Si on se met sur la cohésion dans le sens solidarité entre tous, elle est toujours à travailler. Il faut rester dans une relation de respect, les attentes sont très diverses, il faut donc avoir un positionnement en tant que chef. Soit on a une méthode « rouleau compresseur » en disant « c'est comme ça et pas autrement » (et l'on est amené à le faire parfois) soit on est dans un management qui tend au maximum de prendre en compte les exigences privées. C'est le numéro d'équilibriste du cadre.

La prise en compte des exigences individuelles va obligatoirement venir se heurter aux contraintes du service. Donc jusqu'où le cadre va accompagner ça.

Ca peut toucher aussi la clinique avec des jugements moraux. Certains positionnements personnels peuvent s'éloigner du chemin collectif. Par ex une AS peut ne pas comprendre une réaction d'un patient et ne décryptera pas cliniquement mais moralement une attitude et se braquera. Cela met à mal la prise en charge. D'où l'intérêt des réunions cliniques. Cependant, même si on explique, ça ne passe pas. Tout ça est à travailler en réunion.

3 Je pense que les réunions sont très utiles pour la cohésion. Il faut le faire même si je ne le fais pas. Je le fais qd il y a conflit, sinon c'est en synthèse. Ma collègue fait plein de réunions pour les AS, pour les IDE etc. et ça marche très bien. Les gens ont besoin de comprendre pour s'accorder.

En psy, à mon sens, la réunion importante est la synthèse. C'est la clinique qui nous réunit. Mon rôle est d'aider tout le monde à se mettre d'accord sur ce que l'on fait ensemble professionnellement avec le patient. La clinique en premier lieu. La deuxième chose sur laquelle il faut se mettre d'accord est la démarche qualité. On en peut être qualifié que sur ce qui est traçable, c'est la qualité apparente. Mais tout cela a sa limite : on peut filer le livret d'accueil à un patient et l'accueillir comme un chien !

Donc organiser des réunions pour fédérer et à mon sens aussi, beaucoup de communication passe dans l'informel. Dans les couloirs, j'apprends à connaître les membres de l'équipe, les habitudes, les attitudes de chacun. C'est aussi là que je peux entendre les attentes de chacun. Il est très important de savoir s'arrêter dans les couloirs quand un soignant interpelle le cadre. Il faut répondre, il faut prendre ce temps, même si on est pressé car c'est sur ça qu'ils vont se faire une idée de ta disponibilité. C'est ainsi que va se construire la confiance qu'ils pourront avoir ainsi que la reconnaissance qu'ils pourront ressentir. S'arrêter c'est les voir, les écouter, c'est les entendre. Tout ça n'est pas traçable mais c'est le plus efficace.

Il faut savoir se poser quand un agent interpelle sur quelque chose qui coince : avec un collègue, un patient, sur du matériel...

4 ca se fait de manière inconsciente. J'aime l'autonomie des gens. Ca vient de mon ancien métier d'ergothérapeute où l'on est très autonome dans son métier. Or je me suis aperçu que ce n'est pas le cas de tout le monde et en particulier les AS qui ont besoin d'être très cadrées. Elles ont besoin de choses très claires. Ce travail autour de la prise de responsabilité prend plus de temps. De plus parfois être directif, ça cadre tout le monde, ça rassure tout le monde et ça marche très bien.

Pour tout cela, il faut apprendre à connaître la personne. Tout le monde n'est pas bon partout, il faut repérer les délégations possibles, les gens auprès de qui il faut être plus directif.

On est toujours en interaction. Ca prend du temps.

Le CDS apprend à connaître son équipe mais vice versa aussi. Il y a des ajustements en permanence. On peut ne pas voir que quelqu'un est fatigué et le blesser. On voit le dysfonctionnement mais pas tout ce qui a été fait. Le renforcement affectif par la félicitation. « On a bien bossé » etc. C'est très important de congratuler. C'est de la reconnaissance.

L'équipe peut partir sur des positions paranoïdes où il faut savoir être clair et dire « ce n'est pas comme ça que ça se passe ». Parfois ces positions paranoïdes sont portées sur l'administration et le cadre peut être vu comme le bras armé de cette administration. C'est vrai en partie. Il faut savoir être fin et pouvoir dire quand les choses doivent être faites mais que l'on n'est pas obligatoirement d'accord.

Les difficultés que l'on rencontre, il faut savoir parler du contexte, expliquer, donner notre contexte aussi.

5 C'est une question compliquée car le groupe n'est pas le 1 +1+1+1. Il y a des effets de groupes, des personnalités groupales avec un rôle pour chacun (le leader, le bof...) Quand il en manque un, le groupe a mm parfois du mal à fonctionner.

En fait, c'est plutôt les deux. Il faut parler au groupe en réunion mais la communication est aussi interindividuelle dans l'informel.

Parfois l'équipe peut subir la pression de certains membres, souvent des binômes. Il faut savoir repérer très vite, être au courant des rumeurs et pouvoir désamorcer très vite. Ca peut être très destructeur.

Ex de deux AS qui sont « collés » qui s'auto-préservent, nourrissent. Le cadre qui a une culture clinique doit pouvoir le déceler et le traiter. Le but est de garder tout le monde en bonne santé !

Ambiance de travail, cohésion, la cohérence, et l'adaptation sont des équilibres précaires qui faut acquérir, rechercher ou maintenir.

Entretien n°4 – Urgences d'un centre hospitalier AP-HP – Le 26 mars 2013

Femme 58 ans

IDE depuis 78 et CDS en 86. Cadre toujours dans cet hôpital, d'abord de nuit (chirurgie) et de nuit aux urgences (jusqu'en 95) puis CDS de jour, toujours aux urgences.

Ici, 21 IDE, 17 de nuit, une IDE référente, détachée pour s'occuper des stagiaires quel qu'ils soient (IDE, internes, ambulanciers...), AS 23 jour et 21 de nuit. Si on compte tout le monde, avec les cadres (sont trois), les médecins etc. Ils sont autour de 80 personnes.

1 Il y a un changement de comportement : le cpt extérieur est rentré à l'H. Elles n'ont pas encore commencé qu'elles veulent déjà négocier leurs horaires, leurs congés... C'est surtout les AS car nous sommes passés en 12h mais ce n'est pas une obligation. Celles qui ont refusé, décalent tout au niveau du planning, il faut faire du patchwork et ça manque d'équité.

Il y a un changement de mentalité, le respect n'est pas le même. Ce n'est pas qu'elles en manquent, c'est plus dans la forme, leur manière de parler. Des exigences dès l'arrivée, elles osent. Ont raison de demander, ce n'est pas comme avant où tout était imposé. Mais elles n'attendent pas. A l'embauche, on prend le temps de tout leur expliquer. Comment ça fonctionne, ce qu'on attend d'elles, quelle est la charge de travail, (on ne leur ment pas, il y a du surtravail).

A l'embauche, je leur dis que c'est moi qui sera amenée à décider, qui sera de matin, de soir, et à quel poste. C'est moi qui décide. En 12h pas de problème. Les nouvelles ne peuvent être ensemble à l'accueil par ex. Il faut arriver à faire un planning cohérent en équilibrant entre les nouveaux et les anciens. Il faut que les neufs sachent être formés. Il faut 9 à 12 mois.

On fait des semainiers nous-mêmes, on répartit le personnel suivant leur ancienneté, leurs compétences. On doit bien les connaître. L'accueil n'est pas facile, il y a les patients en direct en face.

Elles peuvent faire des échanges, mais il faut nous dire. Si ça ne colle pas par rapport à ce que j'ai dit, je refuse. Et certaines ne seraient jamais sur certains postes.

Il y a quatre postes pour les IDE et les AS : accueil, UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée 2,3 jours), box, et aval (secteur d'hospitalisation = lits portes 4,5 jours).

2 Oui, globalement elles s'entendent bien. Travailler en binôme n'est pas très possible sauf en UHCD. Quand trop de travail, on ne peut être en binôme. Comme les toilettes sont le plus lourd, les AS sont renforcées le matin par une qui vient d'un autre poste. Ca se faisait naturellement avant mais maintenant c'est institué, pour que cela soit systématique et sûr.

L'après-midi on ne peut pas faire ça, car l'activité est trop forte. Si un étudiant est tout seul, on le met ailleurs. Il y a beaucoup de roulements en fonction de l'activité. L'équipe joue le jeu.

Par rapport à avant, l'intégration de nouvelles ne se fait pas aussi facilement. Elles n'acceptent pas les remontrances des anciennes car « ont le mm diplôme », et plus le service est gros, plus c'est impersonnel. C'est moins familial. Les gens se voient moins souvent, travaillent moins ensemble. Ca peut clasher dans ces deux conditions. C'est souvent au niveau des AS. Les IDE c'est pas pareil. Sont en 12h, bougent moins, se connaissent mieux, il y a deux équipes. Les AS tournent donc il n'y a pas deux équipes. Se voient plus, se comparent etc. Pas facile... Il faut recadrer

3 Rôle du cadre pour la cohésion. On instaure des valeurs communes dès le départ. Je leur dit ce que j'attends, comment l'on veut que cela travaille. On explique +++ On dit aux anciens d'être tolérants avec les nouveaux. Ont été nouveaux aussi. Elles doivent s'adapter à 4 postes, plus l'ordi. Ce n'est pas de la tarte. S'adapter au public. On n'est pas tous pareils, il faut être tolérant. la personne en face, ce n'est pas soi. Il ne faut pas s'attendre à ce que tout le monde pense comme moi. Parler agressif peut être ressenti par les uns et pas par les autres.

Il faut qu'elles apprennent à s'entraider. Et puis on répète, on répète, on répète...

Dès qu'on arrête, ça glisse (ranger le matériel, arriver à l'heure...).

On fait un entretien d'embauche qui prend beaucoup de temps : on explique le fonctionnement, comment elles devront travailler et se positionner entre elles, avec les patients, les familles, les médecins mais aussi les autres pros (ambulanciers) pas faire copain, copain. Etre discret et surveiller leur comportement à l'accueil.

Après l'embauche, elles sont stagiaires et revues toutes les trois mois pendant un an avant d'être titulaires. Ensuite les entretiens sont tous les ans.

Si quelque chose, ne va pas, il faut leur dire sans attendre. Si c'est délicat, il faut les prendre à part. On peut poser des objectifs. Il ne faut pas attendre l'entretien annuel pour dire que quelque chose ne va pas. S'il y a un problème groupal, on peut voir le groupe (fin de vie mal vécue, mauvaise attitude etc...). Les nouveaux arrivants ont deux jours de formation :

Première journée avec moi et l'IDE référente : nous leur expliquons le fonctionnement, les repos, la hiérarchie, on leur donne plein de doc. On leur parle de la cohésion d'équipe, de ce qu'on attend.

Deuxième journée : avec chef de service et médecins. ECG, chariot de réa, intubation, gestes d'urgence.

On a monté aussi une feuille spéciale dite de « limitation de soin » et on fait une formation auprès du personnel pour leur expliquer. Peuvent, doivent utiliser cette feuille lorsqu'ils ne comprennent pas une décision (LDS en gros soins de confort avant mort). Il y a beaucoup de décès aux urgences. 143 l'année dernière. Feuille où le médecin signe pour informer la famille de la LDS. Les soignants peuvent aussi réagir sur cette feuille. Ils peuvent s'exprimer. C'est l'occasion pour qu'ils puissent comprendre, se révolter etc... Le chef de service donne la possibilité d'échanger. C'est un problème important car il n'y a pas de chambre seule dans les étages. Ils restent là. On ne s'habitue pas à la mort.

4 Il y a un management global mais après on adapte en fonction de chacun. Mais surtout sans jamais rendre compte au personnel. Elles viennent nous confier des choses incroyables, il ne faut pas truquer leur confiance. On le garde sans le dire aux autres, ne pas justifier ses décisions par rapport à qq1. La personne choisit si elle doit dire la chose aux collègues mais ça la regarde. Moi je ne dis rien. Les autres veulent savoir pourquoi un tel a fait plus de matin. Ne jamais se justifier. Cela permet d'instaurer la confiance et de construire l'autorité. On ne discute pas mes décisions.

Ils essayent de gratter, de compter (machin a fait x gardes et moi x gardes). Si l'on reste clair et ferme, elles ne m'en veulent pas. Quand elles ont besoin, elles peuvent toujours demander si c'est possible, je le ferai. Je suis arrangeante au maximum. Ce que je peux, même pour un concert, je le fais. C'est normal. Si ce n'est pas possible, c'est non. Quand je peux, je leur accorde, elles sont contentes comme si je leur avais décroché la lune. La confiance mutuelle est très importante.

Cela permet aussi d'obtenir d'elles qu'elles me dépannent. Si je suis arrangeante, elles le sont aussi, il y a de la reconnaissance des deux côtés dans la souplesse vis-à-vis du

planning. C'est un échange de bons procédés. Elles peuvent échanger entre elles, je valide. Par contre, elles ne doivent pas me dire non systématiquement si j'ai un souci.

Le but reste le patient, il faut assurer les soins. Après peu importe que cela soit x, y ou z. A part cela, le jeu des compétences et l'activité. Ce que je disais avant, il faut une cohérence dans l'équipe qui travaille. Qu'il n'y ait pas que des nouveaux par ex. Il faut pour cela bien connaître ses agents. C'est un casse-tête chinois. Le planning peut être prévu jusqu'en juillet si je veux mais j'aurai à le retoucher chaque jour. J'ai une fois eu 5 arrêts dans la journée ! C'est tendu.

On est amené parfois à appeler les gens chez eux, ils donnent leur numéro. Les urgences sont un service particulier, il faut savoir s'adapter au flux. Les agents jouent le jeu, pour cela, on peut parler d'une certaine cohésion d'équipe. C'est un travail d'équipe. Le jour de la neige, vu le flux et les absences, ceux présents ne pouvaient pas partir. Il peut y avoir des accrochages générationnels mais de manière générale, on travaille.

5 Il faut au maximum essayer de faire du management individuel pour servir l'équipe. Quelqu'un de satisfait dans ses attentes sera plus disponible. Il ne faut pas dire systématiquement non, ils vont être déçus, être mal dans leur tête et être du coup moins disponible psychiquement pour travailler, voire même être de mauvaise volonté. Après, il faut savoir dire non parfois, savoir leur dire de se débrouiller toute seule (s'arranger entre elles pour ne pas toujours leur mâcher le boulot). Ce ne doit pas être tout le temps moi qui gère. Ce n'est pas comme si je devais gérer quelqu'un de malade. Si c'est pour échanger, elles gèrent. Elles doivent seulement bien nous prévenir, pour que l'on puisse vérifier que la répartition reste bonne. Pour maintenir l'équilibre dans les forces. Ça les responsabilise de gérer elles –même. Elles doivent avoir conscience du travail. Ça leur donne une responsabilité et surtout une notion de la complexité d'un planning cohérent.

Pour moi c'est facile. Je fais ce métier depuis 25 ans, je vois immédiatement les solutions ou les coquilles dans un planning.

Je ne leur refuserai pas quelque chose si cela ne me pose pas de problème, au contraire. Elles me le rendent en mille après. C'est de la reconnaissance. Je les reconnais avec leurs attentes perso, leurs requêtes, elles sont reconnaissantes de leur côté de mon écoute. De plus, quand elles me disent quand chose, je ne les juge pas. Je peux donner des conseils, les guider. Je prends quand mm soin d'elles. Certaines sont dans des situations sociales ou familiales inimaginables. On ne peut pas en tant que cadre faire fi de cette facette des gens.

Je peux voir et apporter une solution en cinq minutes sur certaines choses qui leur prendraient des semaines de recherche. Pourquoi ne pas leur en faire bénéficier ?

De la même manière, quand elles me disent non, je n'insiste pas car je sais qu'elles ne peuvent pas. Il faut travailler sur une base de confiance, pour le patient par rapport aux compétences de chacun et à l'activité.

Tout ça fait la cohésion, le fait de tourner sur quatre postes, les gens qui aiment les urgences restent. Même si aujourd'hui, les mentalités ont changé, les gens ne restent plus 5 ou 6 ans. Deux trois ans max. C'est beaucoup d'investissement, beaucoup de temps à former qq1 qui va finalement partir assez vite. L'équipe bouge quand même souvent. Il faut 9 à 12 mois pour les former et être opérationnel.

Ils changent ou repartent en province... 2 ans fonctionnel c'est peu. C'est comme ça maintenant il faut s'adapter. La direction un jour m'a déjà dit, ce n'est pas à elle de s'adapter mais à vous de vous adapter à elle ! En parlant d'une nouvelle recrue ! Changements de mentalité, nouvelle génération, n'a plus le travail en priorité. La famille, les loisirs. Le travail passe après. On le voit plus chez les AS que les IDE. Sont moins mûres. Etudes courtes, n'ont pas le temps d'apprendre les bonnes attitudes. Certaines sont trop familières, parlent aux gens ou aux médecins comme à des copains. On doit souvent les recadrer. Ce sont des choses que l'on ne voyait pas avant. On leur dit de ne pas tutoyer le chef de service. Sont trop à l'aise. Elles ne comprennent pas que les internes se tutoient entre médecins. Moi, personnellement, je ne tutoie personne. J'appelle les gens par leur prénom car je choquais les gens à appeler les gens par leur nom. Personne ne m'appelle par mon prénom. Ils n'y arrivent pas. Ce n'est pas mon truc mais je ne suis pas dérangée que tout le monde se tutoie. Le respect passe par autre chose. Mais c'est ma façon de fonctionner.

Nous sommes trois cadres, il faut partager des valeurs communes et garder une même logique. Ne pas être en contradiction ou avoir des pratiques complètement opposées car sinon ça déconne.

Entretien N°5 – Service de Réanimation d'un centre hospitalier de l'AP-HP - le 27 mars.

Femme 38 ans

2005 CDS depuis 7 ans, urgences pédiatriques puis réa polyvalente 15 lits plus 8 lits de surveillance.

IDE 1995 pendant 10 ans en réa et salle de réveil.

1 C'est une évidence, ça a beaucoup changé depuis une dizaine d'années. C'est arrivé progressivement, pas d'un seul coup. Il y a une perception du travail qui n'a rien à voir avec l'image qu'on en avait avant et une manière de concevoir son activité professionnelle qui est complètement différente, une rigueur, conscience pro abordée aussi sous un angle autre et l'idée du coût du travail qui a lui aussi beaucoup changé ces dernières années. Exigences du personnel ne sont plus du tout les mêmes et du coup les priorités ne sont plus du tout les mm.

Au travers de leurs demandes, de leurs questions, par la manière de faire et d'être surtout les nouveaux arrivants. Sont pas habitués. C'est sûrement en lien avec une modification sociale plus générale. Les questions sont maintenant uniquement individuelles et ne tiennent plus compte du groupe et de l'équipe ni du coup comment le patient va être soigné, c'est mon planning, les repos, mes paiements. Là sont leurs priorités. Dès qu'ils font un quart d'heure de plus, c'est marqué sur le planning pour que cela soit crédité. Seulement une fois que l'extérieur de l'hôpital est géré, assuré, on commence à se préoccuper du patient et des collègues.

Ca se manifeste aussi par des conflits dans l'équipe car on regarde les congés du voisin et on veut les mm choses. Il y a aussi dans la fonction publique le recours à l'intérim interne, c'est-à-dire qu'ils peuvent faire des heures sup sur leur RTT dans l'hôpital. Ca arrive à des aberrations avec certains AS gagnant plus que les cadres. Ca modifie la notion de hiérarchie, ça déstabilise l'organisation et la notion d'autorité. Ca crée des conflits. Admettent beaucoup moins de revenir sur un jour de repos car désirent comme c'était possible avant. La notion d'équipe, de devoir est remise en question. Ils posent un congé où nous sommes obligés de remplacer et nous les voyons ensuite travailler ailleurs dans l'hôpital ? Cela amène donc à des situations paradoxales. Avant les heures sup, rester deux heures pour aider les collègues on n'allait jamais demander des comptes, on le faisait de

bon cœur et c'était donnant-donnant car les autres donnaient le change quand il y avait besoin. Réciprocité, fluide et positif.

Aujourd'hui, plus le cas, déjà la notion d'équipe n'est plus la même car le profil des soignants n'est plus le mm. Dernière génération proche de l'électronique, sont tous côte à côte avec leur téléphone portable et ne se parlent pas. Ca modifie forcément la qualité de la communication verbale et non verbale. Répercussions directes sur le fonctionnement de l'équipe, sur la vie de l'équipe, sur la manière dont elle va être avec et pour le patient.

Il en reste aujourd'hui heureusement encore qui gardent ces valeurs et ces priorités communes.

2 Il existe toujours une cohésion d'équipe car il y a toujours certains qui gardent un esprit en accord avec la spécificité de notre métier. De plus, la réanimation est un peu à part, car le personnel a la réputation de ne pas avoir un caractère facile et de fonctionner un peu à part, en autarcie des autres services de soins. Ils ont du répondant, du caractère, pas dociles. L'organisation en réanimation fait que les profils sont différents. Secteur fermé avec peu d'interaction avec les autres services. Cela peut avoir un effet sur la cohésion d'équipe. Il y a une alchimie. De plus, les binômes IDE/AS sont maintenus. Autre facteur non négligeable, le caractère grave et difficile des patients. Ressenti différent, influence malgré tout les manières de faire. Autre truc, ils travaillent en douze heures ce sont donc des équipes fixes qui restent longtemps ensemble, ça aide pour rester soudés. Ils se connaissent bien, s'entraident, se soutiennent. Enfin ils ne connaissent pas la contre équipe. La nuit aussi particulièrement s'entendent très bien. Quand on est en réa, une des clés pour pouvoir travailler c'est de connaître suffisamment bien ses coéquipiers. Je ne dis pas de les apprécier, mais de les connaître suffisamment bien, savoir de manière intuitive pourquoi il est parti, ce qu'il est allé chercher etc... Ca doit être solide.

Ca demande du temps. Avec les médecins aussi, les relations en réa sont différentes. Le dialogue et le travail commun sont plus privilégiés, tout le monde est sur le pont et travaille ensemble. Plus de proximité et d'intensité. Il y a le chef d'orchestre mais tout le monde est réactif.

3 En terme de demande perso, que je considère un peu comme externe du service. Je dois faire tourner un service avec un quota de soignants, ma priorité est la continuité des soins et la prise en charge des patients, je considère donc qu'un cadre peut avoir une manière de faire à plusieurs mesures. Je pars du principe que ce que je peux faire pour l'un, je suis

censée pouvoir le faire aux trente autres. A partir du moment où l'on garde cette ligne de conduite, ça limite les altercations, les inégalités, les affinités. Il faut essayer l'équité. Soit ils comprennent, soit non, mais ça ne doit pas changer. Je n'aime pas rentrer dans les excuses de chacun. Ce n'est pas parce que certains font venir constamment pour se plaindre de ceci ou de cela (trucs perso) qu'il faut plus porter d'attention par rapport à ceux qui ne disent rien. C'est pas dans leur nature. Il ne faut pas en tant que cadre, rentrer dans ces dispositions personnelles.

Ex quelqu'un vient me voir pour me dire qu'il a pris un billet d'avion pour cet été. Je lui dis très bien mais j'espère que vous avez pris une assurance annulation Il ne faut pas essayer de m'influencer. Il faut gérer de la même façon les plannings, les congés de tout le monde. Garder la même ligne de conduite. Cela permet de limiter des conflits entre les agents.

Après il y a un accompagnement à faire dans le quotidien, mm si l'on s'éloigne de plus en plus de notre mission première. Il faut être présent et participer pour faire en sorte que l'équipe soit plus dynamique et cohérente. Il faut qu'elle soit le plus homogène possible. Ici, il y a eu restructuration, les anciens, les nouveaux, tout cela s'est organisé. C'est au cadre de comprendre qui fait quoi, qui ne sait pas faire, qui peut lui apprendre etc... Il faut aussi comprendre et jouer avec les caractères, qui peut temporiser, qui s'énerve etc...

Il faut essayer de s'imaginer comment va fonctionner l'alliance de tous ces caractères. C'est un des trucs les plus durs. Ça prend du temps de se faire une idée des gens et comment ils s'accordent. Il faut faire un mix de tout cela pour qu'il y ait une cohérence en terme de prise en charge, en terme de qualité et que puisse se créer quelque chose en terme d'association de caractère.

Une équipe qui s'entend bien est la clé. Le reste c'est de l'organisationnel, de la technique et tout le monde peut y arriver. Par contre, se transmettre, s'attendre, s'aider, se comprendre, ça c'est plus difficile et pas moins essentiel pour le bon déroulement des opérations. Ça va être beaucoup plus fluide. Ça fonctionne.

Un clivage dans l'équipe peut être un gros problème.

Pour le cadre, il est aussi important de connaître le travail de jour et de nuit car les incompréhensions sont souvent entre ces deux roulements. Car le clivage résulte surtout de l'incompréhension et de la méconnaissance du travail de l'autre. Connaître les équipes, ce qu'elles font, aide beaucoup le cadre dans la compréhension et la résolution de problème. Pour cela, j'impose deux à trois mois dans l'année où le roulement est inversé (jour/nuit). Il y a plein de choses qui diffèrent, les contraintes, les contingences. Le patient n'est pas le

même le jour que la nuit. Ça peut favoriser un meilleur échange, une meilleure cohésion d'équipe.

Quand il ya une alchimie correcte dans une équipe, comme st en 12h, les deux équipes ne se voient jamais. C'est facile de dire, les mauvais ce sont les autres. C'est pourquoi je décale une personne pour qu'elle soit à cheval sur les deux équipes. Elles finissent toutes par connaitre un peu l'autre équipe. Discuter, rigoler, il ne faut souvent pas grand-chose pour se rencontrer. Le travail ensuite s'en ressent immédiatement.

Je fais des réunions mais ce n'est pas pour moi le moment privilégié pour entendre ce que les gens pensent. Il y aura celui qui aime râler par ex mais celui qui a un problème pourra se taire. Ce n'est pas le lieu pour être soi-même. Le mieux pour les connaitre, c'est de les voir travailler : voir comment ça se passe dans les chambres, comment ils répondent aux familles, comment se passent les transmissions... Le contrôle est important. C'est une des bases. Il faut trouver le temps pour cela. C'est ce qui manque.

Les soignants, il y a deux sortes, ceux qui sont habitués et qui ne voient pas d'inconvénient à ce que je passe et ceux qui ont plus de mal car ont aussi plus de choses à se reprocher. Sont pas dans les temps, sont moins patients...

Le cadre n'est pas là pour être sympathique et faire plaisir. Il doit savoir se positionner. Au début, ce n'est pas évident, puis on maîtrise petit à petit les choses, c'est de plus en plus acquis et l'on a moins de mal à faire certaines tâches propres au cadre.

4 Oui, j'adapte ma manière d'être en fonction de la réceptivité de la personne, c'est incontestable. Certains doivent être plus cadrés, d'autres ont besoin d'entendre certaines choses plusieurs fois. Les termes, l'intonation, la rythmicité, tout est adapté en fonction des agents, de leur capacité à réajuster. De plus, quand on connait ses agents, si quelqu'un ne va pas bien, on peut le voir « hors cadre » pour lui demander s'il a besoin d'aide, si ça ne va pas. C'est le côté humain qui prend le dessus. Mais ils sont assez retenus devant moi, ne montrent pas trop quand ils craquent. C'est à moi de déceler les choses : moins souriant, moins performant. Les gens sont souvent reconnaissants de s'être arrêté sur eux. Ils viennent remercier après coup. Ici, en plus comme c'est un service difficile, il faut savoir être attentif.

Je reste parfois le soir pour rencontrer l'équipe de nuit. Quand ils proposent de dîner avec eux, c'est qu'ils proposent de partager un moment de leur quotidien, de leur réalité et il faut savoir ne pas rater ces occasions en tant que cadre. Montrer leur ambiance. Les gens

formulent plus ou moins les choses, il faut passer la première carapace, les gens, une fois rencontrés deviennent toujours attachants.

Ma satisfaction c'est, bon voilà je suis cadre c'est bien, mais s'ils ont besoin de moi, je serai là. Je n'oublie pas non plus mon métier initial, et serai toujours infirmière. S'il y a besoin de mettre la main à la pâte, je le ferai. La priorité sera toujours le patient.

5 Les deux je pense car le groupe ne peut fonctionner sans tenir compte des individus qui le composent et les individus ne peuvent fonctionner tous seuls. Il faut savoir jouer avec les deux facettes des gens : leur individualité avec leur spécificité et le groupe avec sa puissance particulière. Le caractère de chacun, la manière d'être, de réagir, le savoir-faire et les connaissances pro, tout ça c'est le propre de l'individu mais en même temps celui-ci s'insère dans une équipe et apporte tout ça. Si on met tout le côté individuel de côté et on n'en tient pas compte, cela aura toujours une conséquence sur le groupe. Un boulet dans une équipe, qui ne fonctionne pas bien, ou ne se sent pas, freine tout le groupe.

Il faut les maintenir au maximum sur la même longueur d'ondes.

Entretien N°6 - Unité de gériatrie aigüe dans un centre hospitalier de l'AH-HP – Le 28 mars 2013

Homme 55ans

IDE depuis 1983 10 ans à Bicêtre

CDS depuis 1993 huit ans de nuit aux urgences et de jour depuis 2001.

Combien d'années en UGA ?

1 Oui, c'est flagrant ; Depuis une dizaine d'années, les attentes de chacun se sont modifiées et deviennent essentiellement personnelles, beaucoup basées sur les repos. J'aime dire qu'aujourd'hui on gère des temps de repos et pas des temps de travail. Il y a aujourd'hui 200 jours travaillés par an, il faut placer et gérer tous les autres ! Au passage des 35h, le temps de présence n'est plus le même. Avant la vie était divisée en trois tiers dont un tiers au travail. C'était un lieu de vie et les gens s'y investissaient comme un peu chez eux. Aujourd'hui, ils viennent de manière trop discontinue et ne s'investissent plus du coup de la même manière. S'il y a un papier par terre, personne ne va le ramasser car personne ne se sent concerné. Ils ne seront pas là cet après-midi, ni même demain et après-demain, donc ils laissent la chose aux suivants (qui ont la même logique !). Les comportements ont complètement changé car ne sont plus 5/7 jours au boulot. Avant on prenait nos rendez-vous en fonction du travail, aujourd'hui on pose son rendez-vous et on vient ensuite poser un RTT ou demain un repos. Le privé passe avant le travail. Le passage aux trente-cinq heures a été assez arbitraire et brutal. Il a fallu s'adapter : travailler moins d'heures par jour avec moins d'effectif. Les nouveaux jours de repos servent à récupérer cette nouvelle fatigue créée par ce rythme nouveau. Avant on avait moins de repos mais on était moins fatigué en 39H. Ça s'est senti rapidement, trois quatre mois après les 35h. Ensuite ce que j'appelle la société « décathlon » c'est venu progressivement plus tard. Ce que j'appelle la société Décathlon c'est cette société de consommation de loisir qui est apparue il y a une quinzaine d'années maintenant. Les loisirs, le sport, les vacances, sont devenus quelque chose d'obligatoire et la recherche d'un épanouissement personnel minimal. Les plus jeunes, la dernière génération a appris la nouvelle organisation du travail à l'école en éducation civique. C'est donc pour eux acquis, normal et ils ne ressentent aucune culpabilité à gérer leur vie en priorité sur le travail. Un RTT est comme un repos

hebdomadaire. Les plus anciens, même s'ils ont suivi le pas, ont encore cette culpabilité à se dire qu'ils laissent les autres au travail.

2 Si l'on parle de ce service particulièrement, la cohésion était bien meilleure avant la séparation (trois services où les agents tournaient) maintenant c'est clivé. Les soignants se sont positionnés selon les avantages et les inconvénients de chaque service. Ne travaillent plus ensemble. Dans le nouveau service, il n'y a pas une très belle cohésion. Les IDE sont d'un côté, les AS de l'autre. A l'intérieur du groupe des AS, elles se mettent selon des affinités ethniques ! C'est black/blanc/beurs. Sont pas ouvertes entre les différents groupes. Les IDE et AS ne travaillent pas ensemble. L'effectif ne permet plus les binômes. Les transmissions ne se faisaient plus ensemble. Je l'ai remis en place depuis peu à la suite d'un clash dans l'équipe. L'objectif était de casser un groupe très dominant d'AS et de remettre du lien avec les IDE.

Il faut remettre les gens dans une situation professionnelle et non plus personnelle (comme travailler par affinité du genre, toi je t'aide car je t'aime bien, mais pas l'autre).

3 Il faut le cadre soit plus présent sur le terrain comme un chef de chantier. On ne peut plus faire ça aujourd'hui. Les équipes prennent de mauvaises habitudes, prennent des libertés. Il faut alors faire des réunions, rappeler les règles du travailler ensemble. Le binôme n'est pas du copinage, il faut travailler avec tout le monde. Par facilité les soignants travaillent à la tâche. Faire de son côté permet de ne pas faire certaines choses. Tout le monde se dépêche de faire ses soins pour se poser et papoter. C'est un réflexe. Elles gèrent leur tour, c'est plus facile de s'organiser seul. Les IDE et les AS ne planifient plus leur travail ensemble. Elles font leur trucs chacune de leur côté. J'ai remis en place le binôme pour les transmissions, tout le monde a pris le pli. Il y a 3 IDE et 4 IDE matin et 3 IDE et 3 AS l'après-midi. Cela a permis de casser le groupe d'AS très puissant. Tout le monde a obtempéré car cela doit les rassurer. Certaines sont déstabilisées et perdent du pouvoir car c'est plus équilibré.

Les AS ont plus besoin de cadrage. Les IDE sont très jeunes dans le service et certaines tournent sur deux autres services. Le groupe est un peu dur à se constituer car deux sont en congé maternité, deux autres en 80%.

Faire des réunions est pour moi le moment pour remettre les gens dans un contexte pro. Ce n'est pas un groupe de parole, même si les gens vont pouvoir vider leur sac. Ils ne réagissent pas du tout pareil en réunion que dans le couloir. Descendre des tubes au labo,

demandé dans le couloir, l'AS trouvera des excuses pour ne pas y aller, ou refuser tout simplement. Quand je demande à qui cela doit être demandé, elles répondent toutes que c'est à elles en réunion. Cela permet de remettre les règles et les tâches de chacun dans le bon ordre. Ca fait partie de sa fonction. Et les AS le disent elles-mêmes.

Je peux en prendre certaines à part dans le bureau si besoin. Après elles me connaissent très bien, elles savent à mon ton, à mon faciès si je suis content ou pas. Quand je dis être déçu, c'est grave, elles sont embêtées et essayent de rattraper le coup. (Il y a donc une relation affective). Les entretiens individualisés annuels ne sont pas le bon moment pour faire des points. C'est plus une chose obligatoire à faire pour l'administration mais ce n'est pas avec cet outil que je travaille pour la cohésion où les attentes de chacun. Ces entretiens sont toujours faits « à l'arrache ».

4 Oui, c'est important de les connaître. Certains ont des histoires lourdes, il faut savoir en tenir compte pour lire une situation. C'est aussi un inconvénient car mener une équipe militairement sans faire de différence ni de sentiment, c'est plus facile. Le management prend aujourd'hui ce pas. Les CDS sont de plus en plus à distance, on ne les voit plus, on communique par mail. Les décisions sont verticales, sans que les CDS n'aient leur mot à dire.

Mais comme j'ai trente ans d'expérience je sais comment lire quelqu'un et apprendre à le comprendre pour mieux communiquer. Il faut savoir s'adapter à la personne pour que le message passe. Il faut cependant se méfier car certains sont manipulateurs. Quand ils disent « c'est juste pour vous tenir au courant ». Ce n'est pas toujours pour parler un peu d'elles et se confier. Par exemple, l'une d'entre elles vient parler de démarches pour avoir un enfant. On peut me le dire pour indirectement me passer le message qu'elle prendra des jours où je n'aurai pas le choix. Ce n'est pas toujours parce qu'elle avait envie de me le dire. Pas toujours honnête.

Par ex, il y a une feuille collective où chacun fait ses demandes de congés ou de jours. Certaines, sachant que ça ne passera pas vu le nombre de personnes positionnées sur le créneau, viennent dans mon bureau pour essayer de filouter en amenant un problème perso. Elles tentent de passer outre la feuille commune. (On va bien ici l'atteinte du collectif au profit du personnel). Mais tout ça, je le vois, c'est l'expérience qui permet de parer ce genre de choses.

Parfois on te confie des choses qui sont un peu lourdes à porter car il y a des situations très complexes.

Il faut toujours garder le groupe en tête. Une nouvelle As vient d'arriver, mais comme elle a un profil similaire avec certaines (des enfants à garder etc..) elle n'est pas bien intégrée. Elle peut être gênante dans l'organisation des anciennes. Elle est rejetée pour des raisons personnelles, pas professionnelles. Ramener chacun dans son obligation pro est à mon sens le seul moyen.

5 Le groupe doit être pensé. Il faut faire les deux. Envoyer une personne en formation, c'est une demande personnelle mais cela servira au groupe. Envoyer les gens en formation est très compliqué car il n'y a pas assez de monde pour assurer le travail. En plus l'institution nous oblige à poser 2 RTT par mois et par agent, c'est donc difficile d'avoir d'autres marches pour d'autres choses. Certaines formations sont au sein du service pour l'éducation thérapeutique par ex. Des AS sont parties avant, je leur ai fait savoir ce que j'en pense. Ont du mal à s'investir, ne respectent pas les horaires.

Certains sont encore dans des projets mais beaucoup moins.

Une IDE qui veut s'investir sur un projet, finalement c'est sur du temps perso. Ecrire un projet, la plupart du temps c'est chez soi. Aller à un congrès, un séminaire, souvent c'est sur son temps mais maintenant les gens veulent faire autre chose sur leur temps perso.

Le règlement institutionnel fait aussi en sorte que l'on est obligé de cliver. On ne peut pas donner une RTT à quelqu'un pour qu'il rédige un gros travail sur les protocoles car s'il va faire une heure de sport, ça engage la responsabilité. Avant, on ne se posait pas la question.

Entretien N°7 – Service de chirurgie viscérale dans un centre hospitalier AP-HP – Le 29 mars.

Femme 38 ans

IDE 1997 à Lille. Clinique privée en chirurgie jour et nuit.

Faisant fonction de cadre de 2004 à 2007.

Paris à Ambroise Paré FFC pendant deux ans. Toujours en chirurgie.

2009 école de cadre

2010 Ici et seulement depuis janvier dernier dans ce service. Mais je les connais depuis trois ans. Service nouveau car séparé récemment.

1 Dans les horaires, les congés, oui. C'est plus appuyé dans le public que dans le privé. On est plus exigeant en tant qu'agent. Dans le privé et en province, on est déjà content d'avoir un poste. Ici, si on n'est pas contente, on va voir ailleurs, c'est très facile de se faire muter. Il y a aussi une attente de reconnaissance du travail. Sont assez demandeurs de ça et de valorisation.

Donc ces attentes individuelles sont aussi tournées vers le travail. Ici, le groupe est très familial. Ces sont des individus mais il y a un groupe. C'est très convivial.

2 Equipe jeune très mixte avec le médical aussi. On aime bien se consulter.

Les IDE et As en travaillent pas en binôme, pas possible vu les effectifs. Il y a 33 lits. Ne font pas les transmissions ensemble mais j'aimerais le mettre en place.

Il y a une bonne cohésion car la hiérarchie n'est pas là pour son côté négatif et n'est pas mise en avant. D'autre part, nous sommes tous là pour la même chose, à savoir, le patient. L'objectif est de tendre vers le « prendre soin de ». Il y a peut-être un agent moins dans la cohésion mais on y travaille.

Il y a une période d'intégration de trois semaines avec un parcours et des objectifs à atteindre. Cela permet au nouveau d'entrer dans l'équipe. C'est basé sur l'entraide.

3 C'est aussi au CDS et au chef de service de générer, d'être acteur de cette cohésion. Il faut l'amener, c'est à nous de faire le lien. J'associe beaucoup les médecins car avec le chef de service, nous sommes un binôme. Je fais une réunion par mois et celui-ci vient.

On organise un repas à Noël et on fait un fête en juin. Tout le monde est ainsi inclus. Chacun a son rôle, fait son boulot, la hiérarchie n'est pas visible. Chacun a son rôle, nous sommes tous complémentaires. Je suis consciente que c'est assez rare. Il faut être clair dans les attentes qu'on a d'eux. C'est un état d'esprit.

Je ne vouvoie pas mon équipe et ils m'appellent par mon prénom et me tutoient aussi. Je suis là au même titre qu'eux. J'ai des exigences, que je leur ai présentées assez rapidement : ce que j'attendais d'eux. Il y a des valeurs, des règles, des droits. Une fois le cadre posé, il ne faut pas se formaliser sur tout.

Pour le planning, c'est très organisé. Le 1er du mois précédent, je le leur affiche, ils ont 10 jours pour faire tous les changements qu'ils veulent mais sans que cela génère de demande de remplacement. Après je le réédite et il est définitif, je n'y touche plus. Seuls les échanges entre eux seront possibles, après m'avoir avertie et avoir respecté une cohérence dans l'équipe (pas que des nouveaux). Ça fonctionne très bien. Ils savent et s'organisent, derrière ça il y a le patient. S'ils ne sont pas sérieux, ma confiance est retirée. C'est comme les enfants à la maison. Ça fonctionne sur la confiance. Il faut leur laisser de l'autonomie. Pour moi un bon cadre, c'est quand il part en vacances que son service tourne. Je peux partir une semaine, c'est organisé. Il y a des référents sur la base du volontariat : la gestion des lits, les commandes, l'accueil des familles. Ils ont eu le choix, ils ont choisi. Je les ai réunis et leur ai demandé comment ils voulaient faire. Car avant nous étions deux, mais ce n'est plus le cas. Ils ont donc choisi de tourner sur telle ou telle référence. Faut que ça roule et que tout le monde soit content. Tous les volontaires font une semaine chacun : commandes, staffs du matin, gestion des lits et répondre aux demandes des patients et des familles. Ils sont référents pendant une semaine. Tout le monde est référent de quelque chose. Et quand je ne suis pas là, je les note comme référent, pas IDE alors qu'ils font un autre boulot. Je le note sur le planning, ça les met en valeur. Ils se sentent reconnus. Ils participent à l'écriture de protocoles avec les médecins et moi. En effet, les premiers à exécuter les soins ce sont eux, c'est donc normal qu'ils travaillent dessus. Pour ma part, je me positionne hors de l'exécution. Je ne suis pas là pour ça, je suis là pour les encadrer, les soutenir, les encourager mais pas pour faire avec eux. Je suis très disponible pour être moteur et ils le savent.

J'ai un rôle de gestion, coordination et anticipation, organisation. Pour la cohésion, il faut être présent, tout voir, laisser la porte ouverte. Sentir la température. Il faut valoriser son équipe, les réunir. Je fais une réunion mensuelle, thème ou pas thème. En ce moment il y a des cours. Il faut aussi manger avec eux de temps en temps, passer les voir, être avec eux.

J'arrive à être proche d'eux car je suis très organisée. Tout est prévu, j'ai des feuilles pour tout. Ma journée est bien cadrée, j'ai le temps. Je ne veux pas être interrompue pour un rouleau de PQ. L'équipe a un tableau, chacun note ce qu'il manque et moi, le matin première heure je règle ça sur SAP (j'ai une feuille avec tous les codes, ça me prend deux secondes) jusqu'au lendemain. Ensuite je fais mon tour. Je fais le tour des chambres une fois par semaine. Je prends le planning des patients, je vois s'il y a eu des urgences etc. Ensuite je fais le staff, je fais le point avec les urgences et les médecins. Trois quarts d'heure max, je sais qui sort ce jour, qui rentre (je transmets à la secrétaire) et quels patients posent pb (je transmets à l'équipe). Après la journée est devant moi. Le lundi j'ai mes commandes, le mercredi il y a la grande visite etc... Le reste c'est la gestion courante.

Pour le planning, il n'est pas question qu'il leur reste des jours en fin d'année, je leur pose deux rtt par mois, y'a pas le choix.

Je détache des IDE selon leur référence (accueil étudiants, obésité, douleur). Je le marque sur le planning. Ca fait partie de la reconnaissance, c'est à elles que le chef de service va s'adresser.

Il faut rester simple, authentique et juste.

La fonction de contrôle du cadre est indispensable. Rappeler quand ça se relâche et c'est aussi un moyen pour les féliciter.

L'entretien d'évaluation est un moment privilégié, pour faire le point. C'est plus du relationnel qu'un outil d'amélioration.

4 Oui, c'est indispensable. Il faut connaître bien chacun, ils ont tous des qualités, il faut les repérer. Il faut faire avec ce qu'est l'autre. Il faut respecter l'autre. Il faut des règles et des valeurs communes, c'est une base. Ensuite, il faut composer. Il faut entendre les difficultés et besoins de chacun. Si les choses sont bien organisées, ça ne change rien de répondre à une demande. Il faut que les autres soient d'accord, moi c'est OK. Mais il faut être clair, se dire que rien n'est acquis et peut changer. Si deux ne s'entendent pas du tout, il ne faut pas les faire tourner ensemble. Le but il ne faut pas l'oublier, c'est le patient, il faut le préserver aussi. La prise en charge est prise dans les ambiances. Il faut être attentif.

5 Je fais plutôt du management groupal mais je n'oublie jamais l'individu et qu'il vienne avec le sourire. La démarche collective est mise en avant. De l'équité. On est un train qui avance donc si vous ne sautez pas dedans, vous restez tout seul sur le quai. On peut pas

toujours attendre tout le monde, faut qu'on avance. Le cadre doit lui avoir trois longueurs d'avance.

Il faut être clair avec soi-même et claire avec les autres.

Il faut leur accorder du temps, leur laisser prendre leur pause. Si le travail est fait, pourquoi leur interdire des moments où ils travaillent cette cohésion.

Entretien N°8 – Intra hospitalier Psychiatrie adulte – le 30 mars.

Femme 40 ans

IDE depuis 98, toujours en psychiatrie.

CDS en 2012, huit mois d'ancienneté.

1 Je suis une jeune cadre donc je ne me rends pas compte en tant que cadre. Je trouve après qu'il y a une réelle implication. On est toujours autant au boulot qu'avant finalement. Je ressens l'implication des gens. Toutes générations confondues. En tout cas, en psy ici, c'est rare, je n'ai pas en tête quelqu'un qui ne soit pas impliqué. Après le planning, c'est important, c'est la frontière entre la vie perso et la vie pro. Mais même si l'on aime son travail, cette frontière est importante ; C'est un repère.

2 Il y a une cohésion, un groupe. Il peut être porteur ou non. Ici, l'équipe est assez jeune, il faut une solution immédiate quand il y a un problème. Petite équipe pour 13 lits. La cohésion a ses limites face à l'individualité. Ils passent tous dans mon bureau donc je sais jusqu'où va cette cohésion. De toute manière, je leur dis de se méfier du groupe ; C'est bien d'être tous ensemble mais il faut garder ses idées et ses spécificités. Sinon il n'y a qu'une seule voix avec un leader naturel qui impose son avis et c'est tout. Je n'aime pas l'idée de la pensée unique.

L'individu est important, il faut une diversité avec une individualité. On apprend toujours des gens. Il y en a beaucoup de très intolérants, surtout au sein d'un groupe.

C'est assez personnel dans la réalité. Chacun veut tirer la couverture à soi. On se compare, on veut comme l'autre, c'est dans notre culture.

Le collectif ne doit pas être qu'au niveau de l'équipe soignante, il y a aussi le cadre et les médecins.

3 Me déposent beaucoup de choses. Pouvoir être à l'écoute, leur permettre de parler et d'être écouté leur permet d'être disponibles pour travailler. Il faut être attentif pour leur donner une qualité de travail, qui respecte leur vie perso. Il faut faire pareil avec tout le monde. Que je les aime ou pas, ça sera pareil et ils le savent.

Moi, je suis une traductrice entre les gens IDE/ AS/médecins/administration. Je traduis les demandes ou les incompréhensions pour que les infos, demandes passent. Je suis animateur, suis là pour régler les dysfonctionnements. Pour que cela se passe bien. Pour dénouer les choses. Chacun comprend que mon rôle n'est pas de complexifier mais leur permettre de travailler ensemble.

L'activité doit être cohérente et que cela soit fluide. Rien n'est écrit, on fait un travail qui n'existe nulle part.

Il faut travailler sur la confiance. Les soignants ont besoin d'être entendus. Certains vont mieux depuis quelques mois car se sentent dans un environnement serein où ils sont en confiance. On me tutoie, je ne prends pas les gens de haut et suis très accessible. Je pose cependant des limites, ce n'est pas du free-style.

Il faut aussi savoir dire que l'on ne sait pas ou que l'on peut se tromper.

Il faut savoir être authentique, accepter ses erreurs.

Mon rôle est d'accompagner tout le monde. Je suis là pour adoucir les situations. D'ailleurs, tout le monde vient dans mon bureau et se pose.

Je ne fais pas beaucoup de réunions, il faut que je les remette en place car j'en ai fait une qui m'a traumatisée. Le cadre sup n'était pas là, j'ai été en grande difficulté. J'ai mis du temps à m'en remettre mais là c'est bon, il faut que je le fasse. Les échecs servent toujours à quelque chose. Sont salutaires. J'ai plus d'impact dans le présentiel. Je suis là aux transmissions, au café, je prends du temps avec eux. Je suis naturelle et très accessible et ils le savent.

Ils ont beaucoup d'autonomie, j'ai l'impression que le travail est fait et je fais le max qui satisfait les demandes de tout le monde. Si ça bloque sur les congés, je retire un peu à tout le monde. Il faut faire très attention et bien noter qui a fait quoi.

4 Oui, je m'adapte à chacun. Il y a des choses que je dirais à certains et pas à d'autres. Le fait qu'ils me déposent des choses n'a aucun impact sur le travail. Je ne changerai pas du tout mon comportement ou ma manière d'être. Ils le savent et sont rassurés par ça. Car je ne porte pas de jugement. Il y a le travail réel du cadre et il y a le reste, ça pour moi c'est le reste. On est un individu en interaction avec d'autres individus. Si je peux rendre les choses plus agréables, rendre le sourire à quelqu'un, qu'importe que cela ne soit pas sur ma fiche de poste. Ma reconnaissance, elle est là.

Légende et exemple de l'analyse des entretiens

Extrait de l'entretien n°2

Les surveillants à l'époque, ça a bien bougé. De toute façon, si l'on veut que les soignants prennent soin des patients, il faut que le cadre prenne soin des soignants ! S'il en prend soin, il doit passer par l'individu. Mais attention à l'idéal et à ne pas risquer de se laisser déborder.

Il faut les fédérer et les amener à collaborer ensemble. On va tous être complémentaires en travaillant dans une équipe pluridisciplinaire, on va apporter chacun son expérience et ses compétences, il faut les mettre en commun et user de la complémentarité. Il faut savoir mettre chacun en valeur, les positionner devant des autres selon la situation, selon leur ressources. Là est aussi le rôle du cadre. C'est aussi lui qui est là pour donner aux soignants la possibilité de se former. On ne peut plus être dans le management directif. Il est toujours là mais à des moments bien précis, lorsqu'il faut rappeler une règle ou le cadre, ou l'objectif commun. Au niveau hiérarchique, il faut savoir passer des messages. Les équipes savent très bien faire la part des choses. On est aujourd'hui obligé de tenir compte de l'individu, cela fait partie des conditions de travail.

Il faut un management individualisé mais aussi situationnel. Par exemple, ici en psychiatrie, certains peuvent être démunis en cas de décompensation somatique. Je les connais, sais les repérer, reconnaître leurs limites et m'adresser aux personnes ressources qui pourront prendre en charge la situation. Il faut bien connaître chacun, connaître les forces, les faiblesses, les atouts. On peut aussi parler des générations. Le mélange des générations est plus efficace, ça fait une meilleure équipe.

Légende utilisée

	Individualité		Communication
	Rôle du cadre		Proximité du cadre
	Cohésion d'équipe		Citation possible
	Génération		Evocation du patient
	Exemple		



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@12-13**

La posture managériale face aux nouvelles attentes au travail

Aline TOUSSAINT

MOTS-CLES

Les valeurs au travail
La cohésion d'équipe
Le management individualisé

KEYWORDS

Work values
Team building
Personalized management

RESUME

Le monde du travail connaît de grands bouleversements depuis la fin des trente glorieuses. C'est tout l'environnement social et économique qui se modifie et se redessine chaque jour inlassablement.

Face à cette instabilité, la société tente de se réorganiser. L'individualisme est de plus en plus mis en avant, tant dans les attentes personnelles que dans les démarches collectives.

Parallèlement, le monde hospitalier est lui aussi en pleine restructuration et les zones de turbulences s'avèrent être en miroir avec les enjeux sociétaux. Les professionnels sont démunis face à la complexité des organisations sanitaires et n'arrivent plus à mettre du sens dans ce qu'ils font. L'implication de chacun s'en trouve donc modifiée et influe sur la cohésion d'équipe.

Comment le cadre de santé peut-il adapter son management là où il est censé maintenir la dynamique de groupe? Comment peut-il répondre aux attentes individuelles pour servir le collectif ?

ABSTRACT

Today's working world is facing a time of great upheaval since the postwar prosperity. Every day the entire social and economical environment keeps changing and reshaping itself.

In order to address this instability, society is trying to get reorganized. Individualism is more and more brought forward both in personal expectations and collective approaches.

At the same time, the healthcare system is also in the midst of reorganization and the turmoil seems to be reflecting societal challenges. Health professionals are feeling helpless regarding the complexity of healthcare organizations and do not succeed anymore in bringing meaning to what needs to be implemented. Individual involvement is hence moving towards a shift and affecting team's cohesion.

Given this reality, how can a nurse manager adapt their management where group dynamics is supposed to be maintained? How can they respond to individual expectations when serving on a collective basis?

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de 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.