

Institut de Formation des Cadres de Santé

du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages

et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

Le cadre de santé face à la crise :

Une stratégie collaborative

Hervine LECAMPION épouse LEFRANC

Directeur de mémoire : Jean-François GUICHOUX

Année 2016-2017

Institut de Formation des Cadres de Santé

du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages

et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

Le cadre de santé face à la crise :

Une stratégie collaborative

Hervine LECAMPION épouse LEFRANC

Directeur de mémoire : Jean-François GUICHOUX

Année 2016-2017

Mes remerciements s'adressent à

Monsieur Jean-François Guichoux, directeur de mémoire, pour ses conseils avisés, ses encouragements, sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de cette initiation à la recherche,

Sophie pour nos mercredis si précieux,

Mes 26 camarades de promotion,

Guillaume, Baptiste et Paul pour leur précieux soutien, leur compréhension et leur patience durant cette année de formation,

Mes amis, ma famille, pour leurs encouragements,

Et à tous les professionnels interrogés pour leur contribution à ma démarche de recherche.

« Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité, et ils ne voient la nécessité que dans la crise »

(Monnet, cité par Danvers, 2007, p.736)

« Une crise se gagne avant son émergence »

(Libaert, 2007, p. 23)

SOMMAIRE

Introduction	1
1. De la question de départ à la question de recherche	2
1.1. Mon parcours professionnel	2
1.2. Ma situation de départ	3
1.3. Entretien exploratoire	6
2. Cadre théorique	11
2.1. La crise.....	11
2.2. Le management.....	21
2.3. Le manager dans la crise.....	27
3. Méthodologie	30
3.1. Choix de ma méthode	31
3.2. La population étudiée	32
3.3. Le choix de l'outil.....	35
4. L'analyse et interprétation des entretiens de recherche	38
4.1. Critique de la méthodologie	39
4.2. L'analyse thématique.....	40
Conclusion.....	69
Liste des références bibliographiques	74
Table des matières	78

Glossaire

AS : Aide-soignante

ASH : Agent de service hospitalier

CDI : Contrat à durée Indéterminé

CDP : Cadre de pôle

CDS : Cadre de Santé

CHSCT : Comité d'hygiène, sécurité et des conditions de travail

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales

CTE : Comité technique d'entreprise

DRH : Directeur des ressources humaines

DSI : Directeur des soins

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GIR : Groupe iso ressources

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

IFCS : Institut de formation de cadre de santé

RTT : Récupération temps de travail

Introduction

Ce travail d'initiation à la recherche, inscrit dans la formation de cadre de santé, est avant tout une prise de recul sur mes années d'expérience en qualité d'infirmière puis de faisant fonction cadre de santé. Cette formation me permet de me positionner en tant que futur cadre mais aussi de me réinterroger sur mes pratiques, sur mes décisions et sur mes réactions. Guy Leboterf¹ (2011) précise que

Dans une perspective de professionnalisation, un mémoire est une opportunité pour rendre compte d'un projet personnel ayant nécessité un investissement en savoirs et savoir-faire pour résoudre un problème, gérer une situation de travail, réaliser un projet et apporter ainsi une valeur ajoutée au fonctionnement et à la performance de l'entreprise ou de l'organisation dans le cadre de laquelle se réalise la professionnalisation. (p. 88)

Par l'intermédiaire de ce travail, j'ai pu me focaliser sur le management en situation de crise. Ce travail est l'occasion de comprendre les différentes crises que peut rencontrer un cadre de santé puis de développer des outils, et des stratégies managériales afin d'être opérationnel. C'est surtout pour moi l'occasion de prendre de la distance par rapport à des situations complexes rencontrées au cours de mon exercice professionnel. En effet, ces situations ont entraîné des périodes d'instabilités pour l'équipe et/ou pour moi. Néanmoins, je remarque par ailleurs que d'autres événements moins traumatisants peuvent perturber l'équilibre parfois fragile d'une équipe ou d'une organisation. Il appartient alors aux cadres de savoir gérer ces périodes troubles.

Mon travail s'organise en trois grandes parties. Dans un premier temps, en reprenant mon parcours professionnel, je vais vous présenter le cheminement qui m'a amené à ma question de départ puis à ma question de recherche. Dans un second temps, vous retrouverez le cadre théorique. Enfin, j'analyserai et interpréterai mon travail de recherche.

¹ Guy Leboterf est docteur d'Etat en lettres et sciences humaines

1. De la question de départ à la question de recherche

1.1. Mon parcours professionnel

Mon parcours professionnel s'est déroulé en deux temps : huit ans en qualité d'infirmière puis trois ans en qualité de faisant fonction cadre de santé. Grâce à ces expériences, j'ai acquis des connaissances et développé des compétences. Mes missions transversales et mon implication dans la vie institutionnelle m'ont conforté dans le choix de devenir cadre de santé.

1.1.1. Mon expérience d'infirmière

Diplômée de l'institut de formation en soins infirmiers de Saint Lô dans la Manche depuis 2005, j'ai été embauchée par le centre hospitalier de Coutances dès la sortie de l'école. Cette structure, comportant 418 lits et embauchant 400 professionnels est un établissement de petite taille, « *familial* », ou tout le monde se connaît. C'est dans ce cadre que je m'adapte à mon nouveau statut de professionnel et réalise des remplacements dans différents services, ce qui est le parcours classique pour tout jeune diplômé. Je fais preuve d'écoute auprès de mes patients; et je recherche toujours leur bien-être. De nature optimiste, j'aime sourire et rendre mes journées de travail agréables. Le travail en équipe est également une valeur pour moi, le partage d'expériences, même des mauvaises, est primordial pour mon épanouissement professionnel. Après cette première expérience, je choisis en 2006 de me positionner sur un poste de médecine hépato gastroentérologique, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, j'apprécie l'organisation du service et les différentes pathologies rencontrées. Par ailleurs, cette unité rencontre un grand nombre de situations palliatives et je souhaite développer des compétences face à la fin de vie et au deuil. Je constate également que l'équipe du service est « atypique » : elle est force de proposition et s'exprime franchement lorsque les choses ne vont pas. Néanmoins, lorsque certaines unités présentent des difficultés d'effectifs, les professionnels du service de médecine hépato-gastroentérologique se proposent spontanément pour aller « entraider » les collègues. C'est souvent dans cette unité que naissent les mécontentements par rapport à des modifications de règles de gestion du temps de travail ou de non-respect du droit de la profession. Enfin, cette équipe est agréable, solidaire et je me trouve en phase avec elle. Cependant, je note qu'une instabilité managériale fragilise l'unité (3 cadres en 4 ans), ce que j'explique par le fait que ce poste est proposé aux infirmiers faisant fonction en attente de résultats de concours. Ainsi, au fil des années, les soignants sont perdus et des glissements de tâches voient le jour. Une corporation infirmier se crée. Les infirmiers deviennent virulents dans les propos vis-à-vis des médecins. A cet instant, je suis encore

infirmière mais ce changement de positionnement de l'équipe m'interpelle, me dérange et je me sens bousculée dans mes valeurs de respect des uns et des autres. C'est également pendant cette période que, dans le cadre d'une démarche qualité visant à améliorer la prise en charge du patient, je souhaite m'investir davantage et deviens alors référente hygiène au sein de l'unité. Ce rôle de médiateur est une révélation pour moi. En effet, j'apprécie d'être le relais de l'information auprès de mes collègues et la préparation de la certification de l'établissement me permet de m'impliquer dans l'élaboration de procédures et de protocoles. Cet investissement est également l'occasion pour moi de me situer dans l'institution. C'est dans ces conditions que l'opportunité de prendre le poste de cadre de santé se présente à moi lors du départ de l'infirmier faisant fonction de l'unité.

1.1.2. Mon expérience de faisant fonction de cadre de santé

Selon Olivia Dujardin² (2013) « *Faire fonction est un passage obligé avant de devenir cadre. En effet, cet argument est avancé par les directions des soins et par des infirmières. Cette étape, si elle est bien encadrée, leur permet souvent d'affiner leur projet professionnel* ». Je décide d'assurer ces missions et je prends mes fonctions en juillet 2013 dans une ambiance délétère, intenable pour moi. Dans ces conditions, je décide de demander de l'aide au cadre de pôle de médecine et au directeur des soins pour faire comprendre à l'équipe que les dérives infirmières ne peuvent plus continuer. Ce travail prend quelques mois mais il est bénéfique. Je retrouve cette paix au sein du service et la confiance semble régner : mes anciens collègues me font confiance et je leur fais confiance. Puis en septembre 2014, un médecin est nommé chef de service. Notre binôme est une force car nous travaillons ensemble, dans une même direction, celle d'améliorer la qualité et de la sécurité du service.

1.2. Ma situation de départ

En octobre 2015, suite à la mutation d'une infirmière du service dont je suis responsable, une bourse à l'emploi est proposée. Plusieurs professionnels postulent, parmi elles Madame A. Madame A. est une professionnelle de 50 ans, qui après une carrière d'aide-soignante, décide de reprendre ces études et devient infirmière. Au jour de l'entretien, elle a 10 ans d'expérience et son histoire personnelle est connue dans tous les services : en six mois elle perd son mari brutalement et est atteinte d'un cancer du sein. Son retour est compliqué, avec des arrêts

² Olivia Dujardin est journaliste, l'article est disponible sur <http://www.actusoins.com/18393/infirmiere-faisant-fonction-cadre-faire.html>

réguliers, mais aussi avec un comportement inadapté : agressivité avec ses collègues, stress, vol de médicaments et parfois des états d'ébriété au travail. A l'entretien de recrutement, je partage ces informations avec le cadre de pôle, qui a connaissance de ces problèmes mais m'informe que les choses s'améliorent. Dans les faits, l'entretien se passe bien, Madame A. verbalise son souhait de vouloir changer de service pour changer de vie, prendre un nouveau départ et obtient alors le poste. Lors de son affectation, je réalise un entretien d'accueil, un tutorat est mis en place selon une procédure interne à l'établissement. Le professionnel « tuteur » est un infirmier expérimenté qui est reconnu par ses pairs pour être pédagogue. Les mois passent, Madame A. est régulièrement en arrêt de travail, ce qui entraîne une certaine exaspération de la part des professionnels qui parfois se retrouvent en effectif réduit pour assurer les soins. Je m'aperçois que les professionnels l'isolent et j'en fais le retour à l'équipe infirmière de manière individuelle pendant l'entretien annuel d'évaluation. Je constate alors que l'équipe n'est pas très éloquente à son sujet et je retiens juste que « *c'est compliqué avec elle, elle bosse pas pareil que nous.* ». Un jour, lors d'une réunion de cadres en présence du directeur des soins, je suis contactée par téléphone par une infirmière de mon service. Madame A. est arrivée en état d'ébriété et se trouve donc dans l'incapacité de travailler. Je préviens mes supérieurs présents de la situation et le directeur des soins souhaite alors la rencontrer pour lui dire « *STOP on arrête les bêtises !* ». De mon côté, je souhaite la présence de l'infirmière de la médecine du travail pour que Madame A. comprenne ma démarche : celle de lui apporter notre aide. Hélas, l'entretien est une catastrophe. Je me demande d'ailleurs encore comment la professionnelle a pu se rendre sur son lieu de travail tant son état d'ébriété est important. Concrètement, elle n'est pas en mesure de discuter, mais arrive à comprendre le directeur des soins quand il lui dit : « *Maintenant, c'est terminé tout cela, je ne veux plus vous voir, nous allons effectuer un rapport, c'est le conseil de discipline qui vous attend.* » A cela Madame A. nous a répondu de manière intelligible : « *Si vous faites cela, vous me tuez !* » L'entretien se termine sur ces mots et j'accompagne la professionnelle aux urgences avec l'infirmière de la médecine du travail. Je ne prends toutefois pas le temps d'échanger avec elle car le directeur des soins m'attend dans mon bureau pour réaliser le rapport. Quelques minutes plus tard, nous apprenons que Madame A. a fui le service des urgences et qu'elle est introuvable. Je m'inquiète mais le directeur des soins me répond que l'on a des objectifs de moyens et pas de résultats. Cette réflexion me dérange car la vie de cette professionnelle est en jeu. Je suis une soignante et j'ai vu la souffrance de cette professionnelle pendant l'entretien. Quelques heures plus tard, je suis contactée par le directeur de l'établissement. Son ton est grave, je m'attends au pire et le pire est arrivé. Madame A. s'est suicidée à son domicile. Le directeur souhaite informer l'équipe en

ma présence. L'annonce est faite, quelques minutes après, je suis bouleversée mais aussi étonnant que cela puisse être, je ne trouve pas l'équipe effondrée. En effet, elles me disent que de « *toute façon ça devait finir comme ça !* ». Personnellement, je suis atteinte en tant que responsable de cette équipe mais aussi en tant qu'être humain et beaucoup de questions me viennent : Pourquoi les soignants ne sont-ils pas surpris ? Pourquoi n'ai-je pas vu ? Pourquoi n'ai-je pas compris que ce suicide était une fin évidente ? Les soignants m'ont-ils alerté ? Suis-je passée à côté de quelque chose ? Comment a-t-elle pu en arriver là ? Pourquoi n'ai-je pas pu l'aider ? Pourquoi, si ses problèmes existaient depuis plusieurs années, personne ne l'a aidée ? Cette situation d'alcoolisation chronique avait-elle des significations ? Cette personne vivait des bouleversements personnels générateurs d'angoisse et d'anxiété. Quel sens donnait-elle au travail ? L'équipe était-elle hostile pour elle ? L'organisation du travail l'a-t-elle fragilisée à tel point qu'elle devait s'alcooliser avant de venir travailler ? Où sa souffrance a-t-elle pris sa source ? Je n'ai pas mesuré le risque de passage à l'acte. Je n'ai pas pris le temps de m'interroger et de communiquer avec mes collègues sur les difficultés du soignant. Cependant, ne pas transmettre ce genre d'information, c'est faire croire à ses pairs ou à la hiérarchie que tout va bien. A contrario, dire que les choses ne se passent pas bien avec un professionnel pendant une période de faisant fonction, c'est sous-entendre son incapacité à gérer les problèmes et partager sa difficulté en termes de positionnement professionnel. A ce sujet, Dejourns³ (1998) s'exprime ainsi « *les cadres ont peur de rendre visibles leurs propres difficultés, peur que cela soit mis sur le compte de l'incompétence, peur que les collègues se servent de cette information contre eux* » (p.64). A cause de cette peur, les cadres en viennent à dissimuler des informations, en faisant croire aux autres que tout va bien. Mais pour moi, être cadre, c'est partager des informations et des expériences de la même façon que les autres professionnels. Si on ne peut pas échanger et se sentir en confiance, nous ne pouvons pas avancer et évoluer sur nos pratiques managériales. Nous n'apprendrons rien de nos erreurs et cela me renvoie à la citation de Powell⁴ citée par Eppling⁵ et Magnien⁶ (2011, p. 161) « *la seule et véritable erreur et celle dont on ne tire aucun enseignement* ».

³ Christophe Dejourns est un psychiatre, psychanalyste et professeur de psychologie, spécialiste en psychodynamique du travail et en psychosomatique.

⁴ John W. Powell est un explorateur américain

⁵ Daniel Eppling se consacre à l'animation de séminaires, au coaching de cadres dirigeants et à la Recherche & développement. Il est associé à L. Magnien

⁶ Laurent Magnien se consacre l'animation de séminaires, au coaching de cadres dirigeants et à la Recherche & développement

A présent, je m'interroge sur ma réaction, sur les suites de cet événement, sur la façon dont j'ai géré cela avec l'équipe, ses anciens collègues et les médecins. Ainsi, quelques jours après le décès de Madame A, sur huit cadres de santé que comprend l'établissement, deux me contactent pour savoir comment je me sens. Véritablement, je me protège derrière le système bureaucratique pour fuir la réalité qui est trop dure pour moi. Concrètement, je contacte des professionnels pour les informer du décès de leur collègue et en même temps je leur demande s'ils peuvent revenir travailler à sa place. En bref, je ne gère que les dimensions techniques et logistiques. Mais avais-je les capacités de faire autre chose ? Certaines professionnelles du service viennent me parler. Je les écoute, je les accompagne dans cette culpabilité qu'elles ont de n'avoir rien fait. Elles se rendaient compte que parfois Madame A. n'était pas bien, mais elles ne m'ont rien dit. Elles se disent tristes et ont des regrets face à leur attitude de lâcheté et/ou de solidarité.

Au fil des mois, l'équipe rebondit et moi aussi. Je n'ai pas réfléchi à mettre en place une stratégie particulière pour sortir de cette situation. C'est le temps qui a permis d'améliorer les choses. Je porte cependant une attention encore plus importante au bien-être de cette équipe, en étant plus sensible au moral et aux conditions de travail des professionnels. Avant les faits, je ne m'interrogeais pas sur le rôle du cadre dans ces situations de crise, qui sont parfois dangereuses pour les professionnels. Je me concentrais davantage sur des indicateurs liés à l'activité du service : durée moyenne de séjour, anticipation de la sortie, codage des actes. Je pensais démontrer ma réactivité et mon dynamisme à la direction par ce biais. En effet, être faisant fonction représentait un enjeu pour moi, celui d'être financée pour le concours de cadre de santé. Mais à présent je souhaite m'interroger sur la place du cadre dans une situation similaire. C'est pourquoi à l'issue de ce cheminement, je pose ma question de départ :

Quel est le rôle du cadre après un événement traumatique ?

1.3. Entretien exploratoire

Afin de poser ma question de recherche, je profite de mon stage management au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, pour réaliser un entretien exploratoire auprès du cadre de santé de l'unité. Cet entretien est organisé : le lieu et l'heure de rendez-vous est fixé trois jours avant. Le lieu est calme mais comporte des risques de perturbations puisqu'il s'agit du bureau de la cadre de santé. Par ailleurs, je note la concentration du cadre dès le début de la séance. Vous trouverez l'intégralité de cet entretien en annexe 1.

Mon objectif est de savoir si elle a rencontré des situations traumatisantes dans son service et si oui, si elle a pu développer des stratégies ou des outils pour y faire face.

Je commence mon entretien par poser une question : « *Avez-vous déjà rencontré des difficultés, des conflits, pendant votre exercice de cadre de santé ?* »

Dès le début de l'entretien elle me fait part de plusieurs événements rencontrés dans ses fonctions de cadre : suicide d'une étudiante infirmière, conflits entre soignants, agressivité d'un patient contre des agents. Plus particulièrement, elle souhaite développer la situation de violence à agent et reprend le contexte de la situation : un patient est hospitalisé dans l'unité et son neveu ne comprend pas pourquoi son oncle ne peut pas manger. Il rencontre le médecin, qui l'informe du risque de fausse route et lui précise que la perfusion est là pour éviter la déshydratation. Cette réponse ne semble pas convenir à cette personne.

Lors d'un week end, cette personne se montre particulièrement violente dans ses propos à l'encontre des soignants : « *Si mon oncle meurt, je viens défoncer tout le monde, je viens te flinguer. Je vais vous saigner* » (EE⁷ ligne 18-19). La cadre de santé est prévenue par l'équipe soignante dès le lundi et effectue alors une déclaration d'évènement indésirable. Pour information, la HAS⁸ (s.d.) définit l'évènement indésirable comme

« une situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents »

Au regard de la situation, il semble tout à fait adapté de réaliser une telle déclaration. Cependant, les jours passent et le comportement de la personne s'intensifie. Une deuxième déclaration d'évènement est donc réalisée. Suite à cette seconde déclaration, le directeur des soins du pôle se présente à l'équipe avec un objectif très clair : communiquer avec l'équipe afin de mettre en place une stratégie. Par l'intermédiaire de celle-ci, il souhaite ainsi éviter aux soignants la confrontation avec l'individu mais aussi les accompagner dans cet environnement incertain.

⁷ Entretien Exploratoire

⁸ Haute autorité de Santé. Disponible sur : <http://www.hassante.fr/>

La stratégie adoptée est alors la suivante : interdire la présence de cette personne dans les locaux du service, ne jamais fermer la porte de la chambre quand un soin est réalisé, prévenir l'agent de sécurité si l'individu monte dans le service, mettre en place un débriefing quotidien. La cadre de santé note le travail réalisé en collaboration avec la direction des soins, l'agent de la sécurité et elle-même. « *Nous avons vraiment travaillé ensemble et pas chacun de son côté, de sa partie* » (EE ligne 137-138). Selon ses propos, ce travail a été « *rassembleur* ». « *Nous faisons des réunions plénières il y avait des prises de décisions ensemble, et ça je pense que ça était, c'était un bon truc.* » (EE ligne 138-140). Elle s'exprime bien sur le fait que cette situation la poursuivait le soir à son domicile car elle avait peur qu'il se passe quelque chose : « *Moi je n'étais pas tranquille* » (EE ligne 71). De cette situation est ressorti un apprentissage qui est proposé sous forme pédagogique dans une action de formation ouverte aux professionnels. « *Il y a une formation prévention de l'agressivité physique et verbale et le formateur est venu me voir à la suite de ces événements pour voir ce qu'on a mis en place et a priori il s'en sert pour la formation.* » (EE ligne 82-84). A ma question sur l'identification de cette situation comme crise, la cadre de santé confirme ma réflexion. Elle explique la situation exceptionnelle, jamais rencontrée auparavant. L'apparition fut brutale et personne ne pouvait s'y préparer. « *Je faisais des réunions tous les jours après les transmissions, on se réunissait, on en parlait, on faisait un débriefing, peut être que j'en ai fait trop.* » (EE ligne 117-119). En reparlant de cette situation, elle s'interroge sur le fait que son attitude et sa communication pouvaient être anxiogènes. « *Après tu te poses la question : Est-ce que c'est moi qui ai généré cette angoisse ?* » (EE ligne 119-120).

Pendant cette expérience, lorsque les soignants sont allés porter plainte, la cadre de santé les a accompagnés ; elle explique cela par le fait qu'elle avait une expérience sur ce domaine. Un interrogatoire au commissariat peut être en effet très impressionnant. Cependant, je remarque qu'à présent, elle s'interroge sur sa légitimité d'avoir été présente à ce moment-là. « *Je ne me suis pas posée la question et j'ai demandé aux soignants s'ils voulaient que je les accompagne. [...] Mais tout le monde a trouvé la situation bien gérée alors est-ce que c'était ma place ? Je ne sais toujours pas. Au commissariat j'étais juste là pour les accompagner* » (EE ligne 107-111). Elle pense avoir fait le bon choix à l'instant T, mais se questionne sur sa posture de cadre de santé. Lors de cet événement, elle pense avoir montré l'intérêt de son poste. « *L'équipe a aussi pris conscience que le cadre était derrière eux, que le fait que je les accompagne au commissariat ça leur a fait, ils ont vu que j'étais là.* » (EE ligne 86-88). De nombreux débriefings lui ont permis de développer sa communication dans cette situation complexe. Par

ailleurs, elle ne s'empêchait pas de parler d'autres choses. Je note tout de même que l'un des soignants avait informé les syndicats des événements et cette démarche a perturbé la cadre de santé : « *et là je me le suis pris en pleine figure le truc, pourquoi il a fait ça il n'a pas confiance en moi le gars !* » (EE ligne 126-127). Suite à cet événement, les éléments ont été repris avec l'infirmier, la cadre de santé et les syndicats. Et l'infirmier a pu témoigner de la présence et de la réactivité de la direction : « *Mais Stéphane était là il leur a dit que oui la direction avait été réactive* » (EE ligne 132-133).

Au regard des informations recueillies, je pense que la posture du cadre de santé était adaptée. Elle a su accompagner les professionnels, les aider et les écouter pour leur permettre de mieux gérer cette situation. Elle a su en parallèle faire appel aux personnes ressources, telles que la médecine du travail. Cependant, je note que la réactivité de la direction des soins a également fortement contribué à la réussite de la gestion de la crise. Par ailleurs, je constate que la cadre de santé n'a pas souhaité que je rencontre les soignants pour leur poser des questions. L'argument évoqué est le fait qu'elle « *ne veut plus qu'on les embête avec ça. C'est fini maintenant* » (EE ligne 167).

Du point de vue de la communication, je remarque, néanmoins, l'attitude de l'agent de service hospitalier. Il n'a pas informé la cadre de santé ou même l'équipe de la présence de l'individu sur le parking. En ne communiquant pas cette information, le professionnel a mis en quelques sortes ses collègues en danger. En effet, nous pouvons imaginer que l'individu pourrait recommencer à poursuivre quelqu'un et l'issue risquerait d'être plus dramatique. Aussi je m'interroge, le message passé par la cadre de santé était-il assez clair, la personne a-t-elle bien entendu les recommandations du cadre ? La soignante n'a-t-elle pas mesuré le caractère dangereux de l'individu ? Existait-il un problème dans la communication du cadre qui a contribué à aboutir à ce comportement de l'agent ? Cela nous renvoie directement au concept de la communication mais surtout à la notion du feed-back défini par les travaux de 1948 de Norbert Wiener⁹.

S'agissant de la communication sur la situation avec ses collègues cadres, je note que le cadre de santé interviewée a communiqué avec ses pairs uniquement pour les informer de la stratégie mise en place et en aucun cas pour faire part de son ressenti et de ses émotions.

⁹ Norbert Wiener est un mathématicien américain, théoricien et chercheur en mathématiques appliquées, surtout connu comme le père fondateur de la cybernétique.

Aussi, je mets en évidence la collaboration entre la direction des soins infirmiers, la cadre de santé et les agents de sécurité qui a contribué à la réussite de la gestion de crise. Selon le Centre de ressources lexicales et textuelles¹⁰ (s.d.), la collaboration signifie «*la participation à l'élaboration d'une œuvre commune* ». Dans la situation décrite, l'œuvre est la mise en place d'une procédure pour protéger les soignants de l'individu. Par ailleurs, l'équipe de soins, qui n'avait pas de bons contacts avec la direction des soins et la direction générale, a appris à travailler en commun avec les services de direction, ce qui est rare selon les dires de la cadre de santé. Cet événement a pu valoriser ce travail interprofessionnel.

De plus, le rôle du cadre de santé a été valorisé par les professionnels qui ont pris conscience de l'intérêt du cadre face à cette situation même si je reste mesurée puisque je n'ai pas pu réaliser d'entretien avec l'un d'entre eux. Sa posture peut être qualifiée de «*leader* » car elle a réussi à mener son équipe au-delà de la crise.

Au regard de cette synthèse, je me pose les questions suivantes :

Comment gérer une situation de crise dans un service ? Quel est le rôle du cadre ? Le cadre doit-il être seul à gérer cette période particulière ? De quels outils dispose le cadre ? Quelles stratégies peut-il élaborer pour sortir de la crise ? Quelle est la communication à adopter ?

A ce stade de ma réflexion, je pose ma question de recherche ainsi :

Quelles postures managériales peuvent adopter les cadres de santé afin de gérer une crise survenue dans une unité de soins ?

Suite à cette question de recherche, je pose les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : La collaboration agents, cadre de santé, cadre de pôle et direction des soins est essentielle pour gérer la survenue de l'évènement sans le banaliser.

Hypothèse 2 : La communication verbale, non verbale, formelle et informelle est primordiale dans la gestion de la crise.

¹⁰Définition de la collaboration disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/collaboration>

Ces hypothèses sont des pistes de travail qu'il convient de vérifier en les confrontant à la réalité du terrain. Mais avant cela, je vous propose le cadre théorique qui représente l'ensemble des concepts utilisés permettant différents éclairages. Dans un premier temps, je développerai le concept de crise : son origine, ses différentes significations selon le champ choisi, sa typologie et ses phases. Le deuxième concept que j'ai choisi de définir sera celui du management. Ce concept apporte une lumière sur une zone que je considérais comme ombragée. Enfin, le troisième concept portera sur le management en période de crise. Il permettra de porter un regard sur l'attitude et la tactique que le manager peut développer.

Je vous proposerai ensuite un focus sur le choix de la méthodologie utilisée et sur les différents professionnels rencontrés. En troisième partie, l'analyse et l'interprétation me permettront de répondre ou pas à mes hypothèses.

2. Cadre théorique

Lors de rencontres avec mon directeur de mémoire, j'ai pu évoquer mon cheminement, mes questionnements, mes expériences et la difficulté à pouvoir ouvrir ma réflexion. Face à cette situation, il m'a, d'une part, conseillé d'élargir mes lectures et, d'autre part, de réfléchir sur ce que je cherchais dans ce travail et sur la raison qui m'ont motivé à choisir cette thématique. En d'autres termes sur ma motivation et sur ce qui m'animait sur le sujet.

Ainsi, le cadre théorique me permet de vous présenter les différents concepts relatifs à ce travail d'initiation à la recherche. Il se compose de trois parties : la crise, le management et manager dans la crise.

2.1.La crise

La crise est un thème polysémique que l'on retrouve dans différents domaines (médical, social, économique, politique). C'est un concept qualifié de « *flou* » par Ogrizek¹¹ et Guillery¹² (2000, p. 30) mais qui comporte tout de même des spécificités. Du point de vue méthodologique, je débute ma recherche par l'utilisation du dictionnaire en ligne Larousse¹³ (s.d). La crise est

¹¹ Michel Ogrizek est docteur en médecine, spécialisée dans la communication médicale et pharmaceutique.

¹² Jean-Michel Guillery est docteur en médecine et consultant spécialisé en gestion de crise dans les secteurs de la pharmacie, de la chimie, du pétrole et du nucléaire.

¹³Dictionnaire Larousse. Disponible sur :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/crise/20526?q=crise#20415>

définie de la façon suivante « *adopter une conclusion définitive sur un point de litige* ». Cette définition me permet, dans un premier temps, de dire que la crise est une finalité. Au niveau étymologique, le mot crise trouve son origine dans le grec ancien : « Krisis ». Cela signifie « *point tournant ou décision* ». Le verbe « krinein » est synonyme de séparer, choisir, décider, juger. (Larose¹⁴ & Fondaire¹⁵, 2007, p. 20). Cette définition peut être complétée par l'idéogramme chinois qui est « *symbolisé par deux signes : l'un représente le danger, l'autre l'opportunité.* » (Larose & Fondaire, 2007, p.20).

Au regard de ces premières définitions, je peux dire que la crise est un moment, une temporalité caractérisée par un risque, une menace, un doute qui conduit l'individu à une période critique et qui l'oblige à faire des choix et à prendre des décisions.

Dans l'approche sociologique, Morin¹⁶, cité par Libaert¹⁷ (2004, p. 52) parle d'indécision. Il définit la crise comme « *un moment où, en même temps qu'une perturbation surgissent les incertitudes.* » En effet la crise n'est pas nécessairement traumatisante. Un individu peut y être confronté et cette confrontation peut même être essentielle au développement de celui-ci. Ces différentes crises sont nommées crises de maturation. Nous retrouvons parmi ces crises : la petite enfance, le pré puberté, l'adolescence, l'âge mur, la vieillesse. Ces crises de maturité m'interpellent. En effet, dans le domaine professionnel nous pouvons vivre des crises de maturité. Parfois certains professionnels souhaitent évoluer ou changer de profession, comme s'ils étaient arrivés à maturation de leur vie professionnelle.

Dans le champ psychosocial, Caplan¹⁸, cité par Larose & Fondaire (2007, p. 5) la crise se définit comme se produisant

lorsqu'une personne affronte un obstacle qui l'empêche d'atteindre des objectifs de vie importants. Malgré la mise en œuvre des méthodes habituellement utilisées pour résoudre les problèmes, cet obstacle reste et demeure insurmontable pendant un certain temps. Il s'ensuit une période de désorganisation et de bouleversement, pendant laquelle l'individu tente de trouver une solution mais en vain.

¹⁴ Suzanne Larose est une psychologue québécoise

¹⁵ Marie Fondaire est une psychologue québécoise

¹⁶ Edgar Morin est un sociologue et philosophe français

¹⁷ Thierry Libaert est un expert français en communication des organisations

¹⁸ Gérard Caplan est un psychiatre canadien

Au regard de cette définition, la crise est un événement rencontré par un individu à une période de sa vie. C'est un moment décisif où il se trouve confronté à un problème qu'il ne peut résoudre seul ou avec ses mécanismes de défense habituels. Pour Caplan, cité par Aguilera¹⁹ (1995, p. 5) ce problème augmente « *les tensions intérieures et se manifestent par des signes d'angoisse. L'anxiété augmente, et il (l'individu) devient moins à même de trouver une solution.* » Ces informations me permettent de dire qu'une personne qui vit une crise, vit un événement stressant et angoissant au quotidien. Je m'interroge alors sur la capacité qu'ont les professionnels de santé à vivre des situations de crises, parfois régulièrement. Cette réflexion me pousse à dire que dans une situation de crise, le professionnel a plus de difficulté à trouver des solutions. Mais qu'en est-il pour le cadre de santé ?

En psychologie, la maladie ou l'annonce de la maladie peut être considéré comme une crise. C'est pourquoi Chicaud²⁰, cité par Langendorff²¹ (2009, p. 182) précise

Perçue, entendue d'emblée comme annonce de la mort, mais, en fait il s'agit plutôt de l'annonce d'un bouleversement total de la vie de l'être ; celui qui la reçoit est totalement remis en question dans tout ce qui, jusque-là, constituait la trame essentielle de sa vie.

La crise dans un service peut entraîner la « *mort d'un système* » et cela peut être angoissant pour le cadre de santé et les professionnels. Mais au-delà de ce chaos, il y a cette étape de discernement et de bouleversement incontournable. Je pense que c'est à ce moment que le cadre à son rôle à jouer en anticipant l'arrivée de la crise ou en étant prêt à s'y confronter. Il doit en effet avoir conscience que tout peut arriver.

Toujours dans le champ psychosocial, Barus -Michel²², Giust-Desprairies²³ et Ridel²⁴ (1996), précisent que la crise « *renvoie à une rupture des dynamiques et équilibres antérieurs et à une capacité à réguler ou à stabiliser leur jeu pour retrouver une dynamique fiable* » (p.14). Dans cette définition, nous trouvons la notion de déséquilibre, d'évolution, de l'avant et l'après crise. Cela me fait penser au concept de changement. Ainsi, lors d'une crise, il y a changement de l'état initial. Pour les auteurs, la crise bouscule les organisations, les équipes et les services. De fait, elle ne bouscule pas uniquement l'individu mais un ensemble d'individus. Par conséquent,

¹⁹ Donna C. Aguilera a élaboré un modèle d'intervention auprès de personne en détresse émotionnelle en soins infirmier

²⁰ Maire Bernard Chicaud est une psychologue française

²¹ Florence Langendorff est docteure en psychologie et psychologue clinicienne

²² Jacqueline Barus-Michel est psychosociologue, professeure en psychologie sociale

²³ Florence Giust-Desprairies est professeur de psychologie sociale clinique à l'université et psychosociologue clinicienne

²⁴ Luc Ridel est titulaire d'un doctorat de 3e cycle en psychologie sociale

la crise peut parfois être souhaitable pour le développement d'une organisation de services ou d'unités de soins. Cela rejoint les propos de Salomé²⁵ et Potié²⁶ (2000), pour eux « *l'important n'est pas la crise mais la capacité d'une entreprise, à lui survivre, voire à y puiser des énergies nouvelles pour aller plus loin* » (p. 14). Mais en réalité les individus se concentrent tout de même plus sur la crise et ses effets, que sur le changement à venir, d'où l'importance du cadre qui reste le garant de cette mue organisationnelle.

En science sociale, pour Bréard²⁷ et Pastor²⁸ (2004) la période de crise signifie « *une aggravation dans l'évolution des évènements, des choses et des idées, parce que l'état antérieur n'est plus adapté à la nouvelle situation* » (p. 14). Dans cette approche, la situation de crise met en jeu la cohésion, la production et la structure d'un groupe. Pour les auteurs « *Réguler des tensions c'est avant tout savoir les « écouter » avec une oreille attentive et impartiale* » (2004, p 165).

Le travail de recherche me permet d'explorer d'autres champs. L'approche en science de gestion est intéressante. Lagadec²⁹, cité par Libaert (2004, p.31) définit la crise comme : « *une situation où de multiples organisations, aux prises avec des problèmes critiques, soumises à de fortes pressions externes, d'après tensions internes, se trouvent brutalement et pour une longue durée sur le devant de la scène* ». De par son expertise en science de gestion, Lagadec parle des crises dans le domaine des entreprises. Je remarque qu'il parle d'organisation et cette approche est transposable au domaine sanitaire. En effet, il existe de nombreuses organisations dans le milieu hospitalier. Par ailleurs, les notions de pression et de tension me renvoient à ma situation de départ. En tant que faisant fonction cadre de santé, j'ai en effet été confrontée à ces difficultés. Ces pressions peuvent provenir de familles, de partenaires ou encore d'autres établissements. Les tensions internes peuvent également survenir au sein de l'équipe soignante, les médecins ou les patients. Mais je n'oublie pas non plus la hiérarchie, qui parfois peut mettre le cadre en difficulté par le biais d'injonctions paradoxales. Sur ce point, prenons l'exemple de la direction des soins qui peut demander aux cadres de travailler sur le bien-être du patient et en même temps de réduire le nombre de professionnels suite à une restructuration. Par conséquent, lorsque le cadre de santé se trouve heurté dans ses valeurs, il peut lui-même se

²⁵ Jacques Salomé est psychosociologue et écrivain

²⁶ Christian Potié est chef d'entreprise, enseignant, chercheur et conférencier

²⁷ Richard Bréard est diplômé en sciences de l'information et de la communication, il est diplômé de psychologie

²⁸ Pierre Pastor est diplômé de psychologie et de sciences de l'information et de la communication.

²⁹ Patrick Lagadec est un théoricien et chercheur, il a mené un certain nombre de travaux sur le thème de la crise

trouver en situation de crise, en situation de faiblesse, de danger. Cette idée a été explorée par les auteurs J. Barus -Michel, F. Giust-Desprairies et L. Ridet. Selon eux, le cadre se trouve dans l'incapacité de continuer à travailler dans un conflit permanent, dans une solidarité conflictuelle mettant en jeu la survie de l'unité sociale. Dans cette approche, la crise est donc une temporalité, un moment suspendu où les protagonistes attendent une prise de décision.

A présent, je m'interroge, peut-être que la solution réside par la connaissance des différentes étapes de la crise ? De ce point de vue, j'émet le postulat que de mieux la connaître permet de mieux s'y préparer.

2.1.1. Le déroulement de la crise

Libaert s'est inspiré des travaux des chercheurs Robert³⁰ et Verpauw³¹ (1991, p. 81-103) et lui ont permis de définir quatre temps dans le déroulement de la crise.

2.1.1.1. La phase préliminaire :

Il s'agit des premiers signaux d'alertes qui apparaissent. C'est souvent pendant cette phase que tout se joue. Si l'entreprise a mis en place des dispositifs stratégiques à ce stade, elle sera mieux préparée, et peut être que la crise sera évitée. Cela suppose un questionnement et une remise en question des organisations, du fonctionnement de l'entreprise. Ces propos sont appuyés par Lagadec, cité par Libaert (2004, p. 16) : « *Il faut avoir le courage de poser des questions, surtout si on n'a pas les réponses, et encore plus s'il s'agit de questions taboues, parce que les crises de demain, c'est souvent le refus des questions d'aujourd'hui* ». Par conséquent, l'institution doit repérer mais aussi rechercher les faisceaux d'indices pour éviter la survenue de la crise. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes : taux d'absentéisme inhabituel, retard de prise en charge, disparition d'alliance professionnelle, conflit interne. Mais ce repérage ne peut se faire que par le cadre de santé qui est alors en première ligne dans les unités de soins.

2.1.1.2. La phase aigüe :

Il s'agit de la survenue de l'évènement et de l'arrivée de la crise. Sa progression est souvent très rapide. Cette notion de rapidité entraîne une stupeur des professionnels et oblige le cadre de santé à une réactivité dans sa prise de décision, notion soulevée aussi par l'approche sociologique.

³⁰B.Robert est chercheur et auteur français sur la communication préventive

³¹ D.Verpeaux est chercheur et auteur français sur la communication préventive

2.1.1.3. La phase chronique :

La crise est à son maximum. C'est le point de non-retour : quelle que soit la réaction ou l'action de l'individu, rien ne sera plus comme avant. C'est le moment du bouleversement connu par les cadres de santé. Ce moment de conflit et de tension extrême est dangereux pour le cadre de santé et c'est à ce moment que son positionnement est important. En effet, les soignants sont souvent suspendus aux mots et aux décisions du cadre de santé et une petite décision de sa part peut avoir de grandes conséquences. Lagadec (1993) estime que pour agir de façon appropriée et pour engager une intervention pertinente, il faut nommer la crise. Nommer permet en effet de « *fixer l'indétermination ; de réduire une forme barbare à une réalité connaissable. Dès qu'il peut y avoir échange, il peut y avoir traitement, compromis* » (p. 123). Pour lui, cette étape est nécessaire mais elle représente un premier risque. Il reprend en expliquant que « *cet acte inaugural est un véritable coup de force. Il faudra que ce pari soit suffisamment bien ajusté pour que la forme barbare se laisse ainsi saisir* » (p.223).

Je pense en effet que nommer la crise est important mais parfois on ne sait pas vraiment de quoi il s'agit. Nous n'avons pas toujours connaissance du déroulement de la crise, de ses tenants et de ces aboutissants. Je modère donc les propos de Lagadec car il est parfois plus prudent d'attendre un peu avant de nommer cette crise.

2.1.1.4. La phase de cicatrisation :

Il s'agit de la disparition de la crise. Libaert cité par Lagadec, (1993) note que cette étape est souvent oubliée des entreprises, « *celles-ci préférant refouler l'idée même de crise et de difficultés qu'elle a engendrées* » (p. 224). Cette phase permet le développement des rebondissements et des changements. Je complète mes arguments par les propos de Morin (1984) :

Ici, s'éclaire le double visage de la crise : risque et chance, risque de régression, chance de progression. [...] désorganisation, réorganisation ; toute désorganisation accrue porte en elle, le risque de mort, mais aussi la chance d'une nouvelle réorganisation, d'une création, d'un dépassement (p. 17).

Effectivement, lorsque la crise est passée, il semble plus confortable pour le cadre de santé d'oublier cette période trouble et dérangeante pour le service. En parler peut-être vécu douloureusement. Sur ce point, je repense à mon entretien exploratoire où la cadre de santé était assez émue de reparler de l'agression de l'agent de service hospitalier. Je complète mes propos par le fait qu'elle a refusé que je puisse reparler de l'événement à l'équipe car pour elle, le fait

d'en reparler est douloureux pour les professionnels. Néanmoins il s'agit de son ressenti, l'équipe de soin aurait pu émettre le souhait de m'en parler. Parfois de revenir sur un événement perturbant aide à avancer. Je pense que dans la situation décrite dans mon entretien exploratoire, la démarche du cadre de santé est de protéger les soignants, cela renvoie à une vision paternaliste du management.

A ce sujet, je m'appuie sur les propos de Robert et Verpeaux, cité par Libaert (2004, p. 17) qui expliquent que les crises disposent d'une dynamique positive pour modifier le mode de management. Cette phase finale permet le « *retours d'expériences sur la gestion de crise et l'évolution vers une nouvelle dynamique.* » Cette pensée me permet de dire que dans toutes crises il existe un apprentissage, une leçon à retirer. Cette expérience permet aux individus de vivre plus sereinement une crise similaire.

Par ailleurs, pour se préparer à d'éventuelles crises, certaines organisations recensent les risques afin de pouvoir élaborer des scénarios et des stratégies.

2.1.2. Les typologies de crises

Dans la science de gestion, ce classement se nomme : typologie de crise. Certains chercheurs les classent par famille, comme Boccard³², Vastel³³ ainsi que Robert et Verpeaux, alors que d'autres les distinguent par l'origine de la crise comme Westphalen³⁴. Quant à Lagadec, il classe les crises autour de deux axes :

- le caractère interne ou externe de la crise,
- sa nature technico-économique ou organisationnelle, sociale et humaine.

Son approche interne et humaine propose, entre autres, des crises liées à des échecs pour s'adapter au changement, mais aussi la défaillance organisationnelle. Je remarque qu'en science de gestion, par l'intermédiaire d'outils de classement, la situation de crise semble en permanence sous contrôle. A présent, je m'interroge sur l'après crise.

2.1.3. Le destin de la crise est-il toujours le changement ?

³² P. Boccard est un chercheur en gestion de crise

³³ D. Vastel est chercheur en typologie de crise

³⁴ Marie Hélène Westphalen est conseillère en communication

A ce stade de recherche, je m'interroge sur les bénéfices de la crise a-t-elle un intérêt, compte-tenu de son apparition brutale et de l'inconfort qu'elle procure aux professionnels ? A contrario, peut-on y voir quelque chose de bénéfique et positif pour l'équipe ?

Pour certains auteurs la crise est synonyme de bouleversement du changement. J'appuie cela par les propos tenus par Marsan³⁵ (2008) :

Le changement est défini comme un processus dynamique qui permet de passer d'un état A à un état B. C'est précisément ce passage ou encore cette émergence de l'état B, qui rend compte de sa complexité. Le changement est essentiellement un flux continu de transformations, impliquant des moments des mutations internes, instants dynamiques et parfois turbulents qui causent aussi bien les résistances que les leviers de la résilience, de la créativité et de l'innovation.
(p.273)

Dans son discours, je remarque que le changement s'opère à des moments qualifiés de « *turbulents* ». Je peux reformuler cela en disant que les changements ont lieu dans des moments fragiles, dangereux, telle une crise. J'appuie cette définition par celle du CNRTL³⁶ (s.d.), la crise est définie comme « *une situation de trouble profond dans laquelle se trouve la société ou un groupe social et laissant craindre ou espérer un changement profond.* ». Dans cette définition, j'observe que l'espérance est associée au changement.

D'autres écrits existent sur le changement. Pour Crozier³⁷, dans « *la société bloquée* » (1970), les crises doivent être étudiées pour l'analyse des organisations. Pour lui, il s'agit d'étapes obligées pour le changement des organisations.

A présent, je peux dire que la crise est considérée comme un changement imposé et qu'elle s'achève toujours par un changement souvent brutal, prenant les personnes par surprise. Je pense que cet aspect peut rendre ce changement difficile à accepter. De plus, de manière inconsciente, les personnes peuvent ne pas vouloir sortir de la crise dans laquelle elles se trouvent pour ne pas se confronter au changement et pour ne pas modifier leur organisation.

A ce moment de recherche, je m'interroge sur les stratégies à adopter face à la crise.

³⁵ Christine Marsan est psychosociologue, chercheur en sociologie. Elle est aussi consultante en accompagnement du changement, coach et psychothérapeute.

³⁶ Centre national de ressources textuelles et lexicales

³⁷ Michel Crozier est concepteur de l'analyse stratégique et de l'action collective en sociologie des organisations

2.1.4. Les stratégies face à la crise

En science de gestion, Lagadec (1993) développe cette thématique. Il évoque le fait que face à la crise les tactiques ne suffisent pas par conséquent, il faut développer d'autres stratégies. Il estime que le premier problème du dirigeant et de se confronter à la question centrale : Quel est le véritable problème ? Quelle est la réalité de cette crise qui m'affronte ?

Lagadec distingue trois étapes dans la réponse à la crise :

2.1.4.1. La phase réflexe :

Cette phase réflexe permet de capter, décrypter, alerter. Le responsable doit alors prendre en charge la crise et éviter de la banaliser ou au contraire de la surmédiatiser. C'est à lui de mettre en place des actions pertinentes et de rechercher des informations lui permettant de faire face. Dans son ouvrage, il propose de nombreuses actions : rédiger un livre de bord, réaliser des temps de réunion avec l'équipe, etc. Par ailleurs, ce qui semble le plus important c'est de communiquer pour permettre la reconnaissance de la crise, son sérieux, mais aussi de reconnaître les individus concernés par cette crise. Néanmoins, malgré une bonne stratégie de repérage des signes, la crise peut arriver. La priorité sera alors d'éviter que la crise ne se propage dans d'autres unités ou services.

2.1.4.2. La phase de réflexion :

Il s'agit de la période de questionnement, d'ouverture, d'ancrage, et de positionnement. Cette phase a ainsi pour but de définir le positionnement du dirigeant sur les interrogations les plus sensibles. En effet, c'est à ce moment que les valeurs seront exprimées ainsi que les stratégies de réponse au problème. Cette phase doit être mise en place très rapidement. Néanmoins, elle s'inscrit dans la durée, pour permettre une réactivité et une pertinence des actions à mener. Concrètement dans cette phase, le dirigeant doit mener plusieurs actions comme l'explique Lagadec, cité par Karim Benkirane³⁸ (2003. p.7) « *Repérer les référents décisionnels., ouvrir le questionnement, ouvrir les réseaux, caractériser la situation, dégager les ancrages fondamentaux (valeurs, critères de décision, grandes logiques), construire le système de responsabilités, assurer une fonction de pilotage, dimensionner la réplique.* »

En parallèle le dirigeant doit mettre en place une cellule de réflexion stratégique pour trouver une issue à la sortie de crise.

³⁸ Karim Benkirane est titulaire d'une Maîtrise en administration des affaires

2.1.4.3. La phase de conduite :

Cette phase représente la cohérence de l'action et la cohérence du dirigeant. Le dirigeant de par sa responsabilité doit selon Lagadec, cité par Benkirane (2003, p. 7) :

Conduire un système fragilisé, diriger les cellules de crise, maîtriser la question de l'expertise souvent tardive (Mobiliser le réseau d'experts pré- constitué et assurer sa quiétude, clarifier immédiatement les limites de l'expertise ...), répondre aux exigences de communication (médiatique ou non) en s'assurant de la cohérence et de l'exactitude du message.

L'objectif de cette phase est d'informer-mais aussi de mener la crise jusqu'à la fin et de gérer l'après crise.

Synthèse :

Le concept de crise est retrouvé dans plusieurs champs, plus particulièrement en science de gestion, où les écrits me sont apparus pertinents, rigoureusement organisés (phases, typologies). De plus, ils sont transposables au métier de cadre de santé. Pour certains auteurs, la crise peut parfois prendre l'aspect d'une turbulence, d'un changement, d'un bouleversement. Pour d'autres, il s'agit d'une réelle menace, d'une mise en danger de l'unité et du cadre de santé. Toutefois, il existe un consensus sur son apparition brutale prenant les personnes par surprise. Pour autant, en science de gestion, la crise est classée, regroupée dans la mesure où il existe des typologies, des phases. Cette approche est intéressante et paraît rassurante pour un cadre mais elle présente un danger. En effet, au regard des écrits, j'ai pris conscience que la crise est souvent atypique. Les classements figent la situation. Cette façon de faire peut amener le responsable à rester dans le cadre sans se rendre compte que la crise est bien différente de la théorie. Cependant je n'exclue pas qu'en situation professionnelle je pourrais utiliser les phases, les typologies et les tableaux pour effectuer le suivi d'une crise qui toucherait le service. Le champ de la science de gestion est intéressant et paraît rassurant pour un cadre de santé mais présente un danger. Pour terminer, je pense que la crise peut avoir une genèse, un déroulement puis une fin comme un être vivant naît, se développe, meurt. En effet, certaines organisations ou établissements qui font face à la crise ne peuvent que disparaître, se dissoudre. Prenons l'exemple de certains établissements accusés de maltraitance sur personnes âgées ou bien des centres d'accueil non adaptés à recevoir du public. Face à la crise, ces structures n'ont pour seul dessein leur disparition.

A présent il me semble intéressant de définir le concept de management à travers plusieurs auteurs.

2.2. Le management

Le verbe manager vient du latin manus (main) et de l'italien maneggiare (contrôler) influencé par le mot français manège (faire tourner un cheval dans un manège). Le mot management peut se définir comme la main qui contrôle, qui fait tourner les autres. Il est défini par Weiss³⁹, cité par Loïc Brémaud⁴⁰ (2016) comme « *l'art combinatoire du management : c'est l'art de combiner les moyens financiers, juridiques, humains, matériels. Il s'agit de gérer, piloter et de diriger des activités, de fixer des buts et des objectifs, et d'établir des stratégies.* »

A noter que le mot management n'a pas de synonyme en français. Pour autant, c'est un mot qui est de plus en plus utilisé et préféré au mot leader ou chef. Par ailleurs, j'ai pu constater que ce mot peut parfois déranger ou être tabou dans les établissements hospitaliers. En effet, pour certaines personnes, il renvoie à une vision uniquement économique ou financière et à une vision très gestionnaire de l'équipe ou de l'humain. Pourtant, le management peut développer la qualité et l'efficacité du travail collectif. Il permet selon Lewin⁴¹, cité par Loïc Brémaud (2016) : « *d'optimiser l'utilisation des hommes, de la technologie et des ressources matérielles. Il peut être accès sur l'innovation, la créativité, le projet, l'amélioration de la qualité de vie des soignants ou la responsabilité* ». En effet, pour moi, manager c'est pouvoir apporter à l'équipe un moyen, un outil, des conditions pour permettre le bon déroulement du travail. Il existe plusieurs managements que je vais développer en plusieurs parties.

2.2.1. Le management participatif ou management démocratique selon Lewin

Selon le dictionnaire en ligne Larousse⁴² (s.d.), le management participatif est une « *organisation du travail visant à mobiliser le personnel en assurant la cohérence entre ses objectifs individuels et les objectifs de l'entreprise.* » Selon la théorie de Lewin ce style de management peut se définir par l'intermédiaire de sept conditions :

- existence d'un consensus minimum donné au sens du travail ;

³⁹ Dimitri Weiss est professeur émérite de sciences de gestion à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (Institut d'Administration des Entreprises)

⁴⁰ Loïc Brémaud est maître de conférences à l'université de Rennes 2

⁴¹ Kurt Lewin est psychologue américain acteur majeur de l'école des relations humaines

⁴² Définition disponible sur :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022/locution?q=management+participatif#330109>

- existence d'un engagement réciproque de tous les objectifs et les moyens ;
- partage de l'information entre tous ;
- clarté et acceptation par les équipes du processus de décision du manager ; existence d'une culture de la confiance et encouragement pour le développement des ressources humaines ;
- présence d'une ambiance favorisant la liberté de parole, chacun pouvant s'exprimer. Il existe une disponibilité de la hiérarchie pour résoudre les solutions-problèmes. Les éléments facilitateurs pour ce type de management reposent sur l'autonomie des collaborateurs ;
- évaluation des résultats prévue, acceptée et partagée par le manager et les collaborateurs.

Les notions clé de ce courant sont les suivantes : la motivation, la délégation de responsabilité. Ce style de management est qualifié de « *progressiste, et peut par conséquent se confronter aux valeurs conservatrices de certaines organisations.* » (Brémaud, 2016)

Je pense que ce mode de management est intéressant mais face à la crise je ne pense pas que la motivation ou la délégation soient les solutions les plus adaptées. Je considère plutôt que les collaborateurs ont besoin d'écoute, d'accompagnement et de directives pour pouvoir faire face à la crise. Il me semble donc judicieux de m'ouvrir à d'autres théories.

Maier⁴³ a développé une théorie du management portant sur des attitudes que doit adopter le cadre ou responsable en fonction des circonstances. L'auteur distingue ainsi « trois des pôles de management » qui correspondent à des attitudes spécifiques en fonction de ces pôles.

Selon sa théorie, il existe trois types managers :

- l'autocrate : il décide tout seul avec l'illusion du pouvoir,
- le démocrate : il a le souci de partager le pouvoir mais il prend les décisions en fin de processus,
- le laisser faire : il fuit le pouvoir, il se cache, il va s'enfuir dans le travail d'un autre, il évacue sa charge du pouvoir sur les autres.

Notons qu'entre ses différents styles de management se présente d'autres typologies :

- entre le laisser faire et l'autocrate, il y a le paternaliste, qui a beaucoup d'affectivité avec ses collaborateurs,

⁴³ Norman Maier est un psychologue américain d'abord en psychologie animale puis en psychologie du travail et des organisations

- entre le laisser faire et le démocrate se trouve le laisser faire avec discussion,
- entre le démocrate et l'autocrate se distingue le majoritaire.

Au regard de cette approche, je peux m'interroger sur le manager démocrate, lors d'une crise, il va être à l'écoute et porteur d'information. Pour autant, selon la théorie, il ne soumet pas toutes les décisions à un vote de l'équipe et de la même façon il ne partage pas le pouvoir. Il reste par sa posture, le manager de cette équipe.

Likert⁴⁴ est connu pour son apport à la psychométrie et à la mesure des attitudes. Il a défini quatre modes de management :

- le système 1 ou système autoritaire exploiteur,
- Le système 2 ou système autoritaire paternaliste,
- Le système 3 ou système consultatif,
- Le système 4 ou système participatif par groupe.

Tout comme Maïer, Likert a développé un management paternaliste. Cependant, « *le paternaliste* » de Likert suppose une soumission des collaborateurs au manager.

2.2.2. La notion de leadership

Le leadership est un terme anglais. Il définit la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs. Le leader, selon le dictionnaire Larousse⁴⁵ (s.d.) « *est une personne qui à l'intérieur d'un groupe, prend la plupart des initiatives, mène les autres membres du groupe, détient le commandement* » Il est donc capable de mener, de guider, d'influencer et d'inspirer un groupe. Il est souvent charismatique. Cependant il ne s'agit pas d'un statut mais d'une reconnaissance par le groupe.

Blake⁴⁶ et Mouton⁴⁷ ont développé une théorie sur le leadership en établissant une grille (voir en annexe 2) afin de mieux cerner les styles de manager. Cette grille détermine le degré d'intérêt porté, d'une part, aux problèmes humains et d'autre part, aux impératifs de production. Cet outil permet de définir cinq styles de management, connus sous les noms de style 1/1, 1/9,9/9,9/1, 5/5. Dans cette théorie je remarque que le management n'est pas qualitatif mais plutôt quantitatif, il est normé.

Face à la crise, cela donne quoi ?

⁴⁴ Rensis Likert est un psychologue américain

⁴⁵ Dictionnaire Larousse en ligne disponible sur :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/leader/46518?q=leader#46441>

⁴⁶ Jane Mouton est une théoricienne du management et consultante, a développé la Grille managériale

⁴⁷ Robert Blake est un théoricien du management, a développé la grille Managériale

Lorsqu'une organisation est bousculée par une crise, la productivité baisse, et les problèmes humains augmentent. Par conséquent, cette grille met en exergue les difficultés rencontrées par le cadre. En effet, malgré le souhait du cadre de tendre vers un style de management, la crise, de par sa brutalité, bouleversera l'organisation et le groupe. Par conséquent, il en revient au cadre de « *moduler* » son management en fonction de la situation rencontrée.

2.2.3. Le management situationnel ou adaptatif

Ce concept de management correspond à la possibilité pour le manager d'adapter son management en fonction du contexte, de la situation. En effet, le cadre, dans son exercice peut parfois utiliser un mode de management pour pouvoir répondre à une exigence, un problème ou un danger. Au regard de mes recherches, je remarque que le management situationnel ne possède pas de définition dans le dictionnaire Larousse.

Selon les travaux de Hersey⁴⁸ et Blanchard⁴⁹ datant des années 1970, le management dépend des situations. Le manager ou « *leader* » doit donc adapter son style à l'individu auquel il s'adresse et en fonction de la situation du problème à régler (voir en annexe 3).

Il existe quatre types de circonstances qui correspondent à quatre états du collaborateur ou appelé « *subordonné* ». Ce management fait face aussi à la croissance de la complexité des organisations.

Les quatre styles sont :

- le directif : le manager est très organisationnel et peu relationnel. Son rôle est de structurer l'organisation. Il donne des instructions et des consignes précises. Il prend les décisions (« Je » décide).
- le délégatif : le manager est peu organisationnel et peu relationnel. Il délègue pour responsabiliser et impliquer les membres de l'équipe. Il reste en retrait, il n'intervient pas de lui-même mais répond aux sollicitations. Il laisse la responsabilité de la prise de décision à l'équipe, (« vous décidez »).
- le persuasif : le leader persuasif est très organisationnel et très relationnel. Il fixe des objectifs, donne les instructions et décide. Il explique tous ces choix et ses décisions (« Je » décide).

⁴⁸ Paul Hersey est un économiste et spécialiste en management et auteur américain spécialisé dans le leadership situationnel et le management

⁴⁹ Kenneth Blanchard est un auteur américain spécialisé dans le domaine du management et du leadership situationnel de proximité

- le participatif : il est peu organisationnel et très relationnel.
Son rôle est d'associer les collaborateurs. Il écoute, parle peu et travaille de manière égalitaire avec ses collaborateurs.
Le leader partage la prise de décision avec ses collaborateurs (« Nous » décidons ensemble).

Dans cette théorie, le rôle du manager est d'adapter son management aux professionnels pour le faire évoluer ou le faire progresser. Je m'interroge sur le style participatif. Il me paraît important d'associer les collaborateurs dans une gestion de crise. En effet, cela permet la valorisation des professionnels qui parfois se sentent délaissés dans la prise de décision. Leur participation peut les rendre acteurs du changement. Mettre en avant les professionnels peut permettre une sortie de crise plus rapide. En effet, de par leur regard expert, de terrain, la solution n'est pas toujours très complexe à trouver. Par ailleurs, je m'interroge, le management répond-il à toutes les situations ? Le facteur humain n'influence-t-il pas la prise de position face à une crise ? Le manager peut-il avoir un impact sur la gestion de l'évènement ?

2.2.4. Le manager

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales⁵⁰ (s.d.) nous propose dans le champ économique, la définition suivante :

Une personne qui assume des fonctions de responsabilité au sein d'un parti, d'une association politique, économique ou culturelle. C'est une personne formée à la direction, à l'administration d'une grande entreprise ou d'un secteur d'activité économique dont elle assure les responsabilités.

De par cette définition, nous prenons conscience de la polyvalence du poste de manager qui doit être responsable de plusieurs organisations. Cependant, je constate que la responsabilité des ressources humaines n'est pas évoquée.

Mintzberg.⁵¹ (2009) nous suggère un regard sur les différents rôles du manager. Il définit le manager comme « *une personne qui a la responsabilité d'une unité de l'organisation* » (p.67) Il développe dix rôles qui sont divisibles en trois sous-ensembles : trois rôles interpersonnels, trois rôles liés à l'information, et quatre rôles décisionnels.

⁵⁰ Définition disponible sur <http://www.cnrtl.fr/etymologie/manager>

⁵¹ Henry Mintzberg est un universitaire canadien en sciences de gestion

➤ Les rôles interpersonnels :

- le symbole : « le cadre a le devoir de représenter son organisation dans toutes les occasions formelles » (p.67) ;
- l'agent de liaison : « *le cadre interagit avec des pairs et des personnes extérieures à l'organisation pour obtenir des informations et des faveurs.* » (p.67) ;
- le leader : « *il définit les relations du cadre avec ses subordonnés : motivation, gestion du personnel* » (p.67)

Selon l'auteur, ces trois rôles permettent au cadre de se trouver dans une « *position privilégiée pour obtenir des informations aussi bien de l'extérieur grâce à ses contacts avec des personnes situées hors de l'organisation, que de l'intérieur grâce à ses activités de leader.* » (p.17) De part toutes ces informations organisationnelles, il en résulte les trois rôles liés à l'information.

➤ Les rôles liés à l'information :

- l'observateur actif : « *le cadre reçoit et recherche des informations qui lui permettent de comprendre son organisation.* » (p. 67) ;
- le diffuseur : le cadre « *transmet certaines informations à son organisation.* » (p. 67) ;
- le porte-parole : « *il communique à l'extérieur des informations sur son organisation.* » (p. 67).

Le cadre se trouve au centre du système stratégique. Il existe quatre rôles dans ce domaine.

➤ Les rôles décisionnels :

- L'entrepreneur : le cadre prend l'initiative de changements ;
- le régulateur : le cadre est l'acteur principal lorsque son organisation est menacée ;
- le répartiteur des ressources : le cadre supervise le système en fonction des ressources réparties ;
- le négociateur : le cadre est la personne qui doit entamer des négociations lorsque son organisation est menacée.

Il définit trois types de conflits :

- les conflits entre subordonnés ;
- les conflits entre les organisations différentes ;

- les pertes de ressources ou la menace de petites pertes.

Je note que dans l'exercice de mes fonctions, j'ai pu remarquer que les conflits entre collègues sont les plus nombreux. Parfois, il existe des mésententes, des conflits de valeurs entre professionnels pouvant mettre à mal l'organisation ou l'ambiance générale du service. Il revient au cadre de faire le nécessaire pour répondre à cette problématique. C'est à lui de remettre les professionnels en dynamique, dans un sens commun.

Synthèse :

Au regard de ces différents courants, je note que le management ne s'improvise pas. Il s'agit d'un art, d'une science. Au fil des années les styles ont beaucoup changé, même si des courants datant des années 1970 restent encore d'actualité. Pour moi, le management permet une connexion, un lien entre le manager et les managés. Les dix rôles du manager définis par Mintzberg permettent ainsi de mieux appréhender le rôle de manager dans les unités de soins. « *L'art de manager* » devient alors l'art d'utiliser le bon mode de management au bon moment. Dans une situation de crise, je pense, à ce moment de recherche, que le management situationnel peut être une bonne approche pour répondre à la problématique.

2.2.5. La posture managériale

La posture est pour moi ce qu'on renvoie à l'autre. C'est la façon dont on se tient en interaction avec l'autre. La posture est une notion que je définis comme la manière d'être et d'agir avec autrui. Elle précise comment le cadre de santé se positionne face à une situation. La posture managériale est la manière dont on porte attention aux équipes soignantes par l'intermédiaire du management. En science de gestion, Kissinger⁵² (1982) définit la posture :

Le rôle le plus important d'un dirigeant consiste à prendre sur ses propres épaules le poids de l'ambiguïté qui préside aux choix difficiles. Cela fait, ses subordonnés disposent de critères pour se guider et peuvent passer à l'exécution de leurs tâches (p.614-615).

2.3. Le manager dans la crise

⁵² Henry Kissinger est un politologue et diplomate américain

Pour moi, avant ce travail de recherche, la crise était une hantise, j'en avais peur. Cette peur m'empêchait de voir ce qu'il y avait pendant mais aussi après cette période. A présent je comprends que l'état de crise impose la prise de décision. C'est le rôle du cadre de santé qui doit être réactif et prendre des décisions en demandant la participation de personnes ressources. A ce sujet, je peux développer la théorie de Mintzberg (2009) au sujet du rôle de négociateur du cadre. Au regard de ces dix rôles, je fais le choix de développer le rôle de régulateur qui est centré sur : « *des situations involontaires et sur le changement qui est partiellement hors du contrôle du cadre* » (p. 92). Il explique « *qu'un évènement imprévu peut provoquer une perturbation, un problème négligé trop longtemps peut précipiter une crise* » (p. 92). En effet, il existe des tensions tellement fortes sur l'organisation que le cadre ne peut les ignorer. Ainsi, lorsque les collaborateurs n'arrivent plus à gérer une situation complexe proche de la crise, c'est au cadre de gérer la situation. Pour Mintzberg, il est du devoir du cadre d'intervenir et de corriger la situation. Il doit mener, diriger, gérer le service pendant cette période charnière. Dans cette approche, le manager doit faire preuve d'une grande réactivité face aux difficultés. Il doit même anticiper les choses, repérer le faisceau d'indice lui permettant de voir la crise s'installer. Par exemple, il peut mesurer l'accroissement du turn over ou l'augmentation des arrêts de travail, ou l'apparition de conflit interne important. Thévenet⁵³ (2009) parle de trois rôles pour qualifier le rôle du manager : l'interprète, le bricoleur, le passeur d'émotion. L'interprète permet de traduire aux équipes ce qui se passe. Le bricoleur permet de gérer la crise en l'absence de ligne claire, mais aussi de mettre en place ce qui est construit sur le plan global aux complexités du local. Le passeur d'émotions doit par l'intermédiaire des émotions des soignants en retirer le meilleur pour permettre la sortie de crise. Il ne doit pas les gérer mais plutôt les accueillir, les recevoir.

Pour étendre mes recherches, je m'interroge sur la science de gestion.

Le rôle du cadre selon Lagadec est d'insuffler une dynamique pour permettre aux professionnels de travailler ensemble sur des situations inconnues. Il propose de mettre en place des simulations et des périodes de réflexion. A ce sujet, je pense que l'utilisation de la simulation dans les unités de soins peut être contreproductive. En effet, quel est l'intérêt de simuler le suicide de sa collègue ou la mort du chef de service ? Cependant cet exercice peut être un véritable support pendant la formation de cadre. Il existe d'autres outils comme la tenue

⁵³ Maurice Thévenet est professeur et délégué général de la Fédération nationale pour l'enseignement de la gestion des entreprises

de tableaux de bord pour permettre d'observer la genèse de la crise. Le travail en réseaux peut être un atout. En tant que cadre de santé, le réseau est certes important, mais il exige que les collègues ou la hiérarchie mesurent et prennent conscience de la crise. En effet, la crise doit se vivre ensemble. L'intérêt est de faire travailler les différents professionnels en collégialité.

Synthèse :

Dans la gestion de la crise nous venons de voir que le rôle du cadre de santé est déterminant pour faciliter la sortie de crise. Il peut s'appuyer sur des outils mais il doit avoir conscience de son rôle prédominant. En science de gestion des écrits définissent le rôle du cadre à chaque étape. Par ailleurs, pour sortir de la crise il est important de mener un travail collectif, une construction groupale autour de cette problématique, comme les groupes de parole ou les analyses de pratiques professionnelles. La bonne gestion menant à la résolution de la crise peut se révéler être un ciment entre les personnes qui y ont été confrontées. L'avantage de la crise est qu'elle peut devenir apprenante pour les personnes qui y sont confrontées ou/et peut faire progresser l'équipe de soins. Parfois, une crise est une remise en question profonde mettant en cause la survie d'une organisation. Elle doit se faire dans la cohésion d'équipe et la continuité des soins.

A présent je me questionne sur l'accompagnement que le cadre doit mettre en place pour maintenir une qualité de vie au travail des soignants. Il doit permettre la continuité des soins dans des conditions d'hygiène et de sécurité.

2.3.1. Le rôle d'accompagnement des équipes en temps de crise

En ce qui concerne les écrits, je fais le constat d'avoir retrouvé peu de référence sur ce sujet. Quand la crise bouleverse un groupe, une organisation, le cadre de santé est confronté à un positionnement et une prise de décision rapide. Il a l'obligation de dialoguer avec les collègues, aux professionnels dans le but de les remettre en dynamique, de redonner un sens au travail après défaut d'un agent ou lorsqu'un agent fait défaut. Au sujet de cet accompagnement, je note que les entreprises possèdent des lignes de conduite très précises, construites, élaborées, figeant presque la crise. Ce mode de fonctionnement permet un accompagnement particulier car à chaque crise il existe une réponse, un process. Dans les établissements de soins, je remarque qu'il existe certains process, tel que le plan blanc mais ce plan revêt d'une obligation légale. En

effet, il s'agit de la Loi du 9 août 2004⁵⁴, qui explique que « *chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement (...) en cas d'afflux de patients ou victime pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle* ». Celui-ci est réalisé au moins une fois par an et permet de préparer les professionnels à la crise. En revanche, il n'existe aucune procédure d'accompagnement pour les soignants lorsqu'un collègue se suicide ou lors d'un conflit important.

Synthèse :

Le rôle du cadre de santé est important pendant la période de crise et même après. En tant que faisant fonction cadre de santé, je sais que dans ce genre de situation les équipes nous observent. Elles attendent de nous, les cadres, d'être à la hauteur, d'être dans le même temporalité qu'elles. Face à une crise, le cadre doit être crédible, réactif, se positionner, et être compétent. Il doit connaître ce qu'on attend de lui et avoir connaissance de son métier et des limites de celui-ci. Il doit aussi avoir une stratégie en terme de communication. Par ailleurs, je n'oublie pas que la crise est une remise en question profonde mettant en cause l'existence même du groupe et son organisation.

A présent que le concept de crise et de management ont été explicités, ces données vont me permettre d'interpréter les propos que je vais recueillir sur le terrain. Ce travail d'enquête et d'analyse va me permettre de rechercher si une collaboration existe entre les soignants, le cadre et la direction des soins mais aussi de prendre connaissance de la stratégie managériales des cadres face à la crise.

3. Méthodologie

En sciences humaines et sociales la méthodologie de recherche consiste, à analyser et interpréter des données issues du terrain. Cette analyse permet de vérifier les hypothèses citées à la suite de la problématique. Cette question de recherche fait suite à une expérience que le chercheur a

54 Loi relative à la politique de Santé Publique. (2004). Disponible sur : www.vie-publique.fr/.../loi-du-9-aout-2004-relative-politique-sante-publique.html

vécu dans une situation donnée. Les données recueillies sur le terrain sont traduites en regard du cadre théorique que j'ai exposé précédemment.

Concrètement, je souhaite à présent me confronter aux avis des cadres de santé et des professionnels afin de comparer mes apports théoriques et les données obtenues sur le terrain. Ainsi, par ces rencontres, je veux confirmer ou infirmer mes hypothèses, d'autant que ce travail d'analyse me permettra de développer de nouvelles idées ou approches.

Avant de développer ma méthodologie, je vous rappelle la problématique que j'ai retenue pour ce travail de recherche :

Quelles postures managériales peuvent adopter les cadres de santé afin de gérer une crise survenue dans une unité de soins ?

Ma première hypothèse est la suivante : la collaboration agents, cadre de santé, cadre de pôle et direction des soins est essentielle pour gérer la survenue de l'évènement sans le banaliser.

Ma seconde hypothèse est la suivante : la communication verbale, non verbale, formelle et informelle est primordiale dans la gestion de crise.

3.1. Choix de ma méthode

Selon Bernard Dionne⁵⁵ (2006),

La recherche est l'ensemble des méthodes utilisées pour recueillir et traiter de l'information sur un sujet, pour résoudre, comprendre ou expliquer un phénomène ou pour acquérir de nouvelles connaissances. La méthode scientifique consiste à décrire, à expliquer et parfois à prédire des phénomènes en suivant rigoureusement les étapes d'observation, de formulation d'une problématique et d'une hypothèse, d'application d'une méthode de recherche spécifique et d'élaboration de conclusions, de lois ou de théories. (p.137)

Au regard de cette définition, je peux dire que la recherche ne s'improvise pas, elle doit être méthodique, rigoureuse. De manière imagée, le chercheur doit garder le fil d'Ariane pour ne pas se perdre dans la forêt des savoirs. Pour choisir mon thème j'ai pris en compte six éléments : sa pertinence, ses dimensions, le temps, les ressources et les capacités dont je dispose, et enfin

⁵⁵ Bernard Dionne est titulaire d'un doctorat en histoire de l'Université du Québec à Montréal

l'intérêt que je porte pour le sujet. Lors des enseignements suivis à Rennes 2, Madame Leboucher⁵⁶, chargée d'enseignement, dans le cadre du module UEM1 (Techniques, outils d'enquête et méthodologie de la recherche) du master 1 ITEF (Ingénieries et technologies en éducation, encadrement et formation), nous a présenté deux méthodologies de recherche : la démarche hypothético-déductive et la démarche inductive. Au regard de ma problématique, je porte mon choix sur la méthode hypothético déductive.

Pour vérifier les hypothèses retenues, j'ai souhaité m'orienter vers une méthode de recherche qualitative pour le recueil, l'analyse et l'interprétation des données telles que cela m'a été enseignée à l'université de Rennes 2, par Madame Caroline Leboucher. J'ai complété les apports des enseignements, par la lecture du livre de Bernard Dionne (2013). « *Pour réussir. Guide méthodologique pour les études et la recherche* ».

3.2.La population étudiée

Je souhaite aller à la rencontre des acteurs, des cadres de santé mais aussi des professionnels de soins, pour confronter le regard de chacun face à une situation de crise. Ce rôle de chercheur consiste à repérer et à analyser le comportement et les stratégies des cadres de santé, d'une cadre de pôle et d'une directrice de soins, mais aussi de faire émerger une tendance face à la crise. Pour ce faire, je souhaite effectuer des entretiens croisés entre cadre de santé et collaborateurs.

3.2.1. L'échantillon de recherche

Ma démarche consiste à analyser le rôle du manager face à la crise du point de vue du cadre ou du soignant, mais aussi d'observer les différences de perceptions du rôle de la direction dans la gestion de crise, avec l'objectif d'obtenir l'avis et le ressenti de chacun sur le rôle du cadre de santé. Par ailleurs les entretiens réalisés auprès d'une cadre de pôle de gériatrie et d'une directrice des soins m'ont permis de recueillir leur point de vue. En effet, mon idée première était de croiser les informations pour mettre en évidence la réalité du cadre et celle du soignant.

J'ai choisi d'interviewer trois cadres, trois soignants, une cadre de pôle et une directrice des soins. Au départ, je souhaitais effectuer des entretiens avec des cadres que j'avais rencontrés lors de stages. Ce mode d'accès direct est considéré comme le plus neutre dans la recherche en sciences humaines. En effet, l'accès à ces personnes n'est pas influencé par la présence d'un

⁵⁶ Caroline Le boucher est maître de conférences

tiers même si j'ai bien conscience que j'ai avec ces cadres de santé présentait un biais. De plus, du fait que je connaissais mes interlocuteurs faisait de moi quelqu'un de confiance, de sérieux dans ma recherche. Ma démarche devenait alors légitime.

En ce qui concerne les aides-soignantes, je souhaitais les rencontrer à l'issue des entretiens avec les cadres de santé. Cette méthode de « *proche en proche* » expliquée par Blanchet et Gotman (2011) permet à l'interviewé de désigner le nom d'un interviewé potentiel à l'issue de chaque entretien. Néanmoins, je comprenais que lorsque le cadre me donnait un nom, son choix se portait sur quelqu'un en adéquation avec son management. Cette modalité représente de toute évidence un biais dans ma recherche. Par ailleurs, je me suis trouvée en difficultés par rapport à deux cadres qui n'ont pas souhaité que je rencontre de soignant pour leur demander leurs avis sur certaines situations. Ces refus sont directement liés au thème de ma recherche et par conséquent ils sont incontrôlables mais je peux rapidement les analyser. En effet, les cadres de santé m'ont renvoyé à une notion d'éthique, mais aussi sur l'anonymat de leur entretien. En effet, me renvoyer vers quelqu'un c'était affirmer qu'elles-mêmes avaient donné leur avis sur la situation.

Par ailleurs, je me suis rapidement rendue compte que malgré mes sollicitations je ne pouvais pas, en termes de temps réaliser l'entretien du soignant à la suite de celui du cadre de santé. Par conséquent les entretiens se sont déroulés de manière aléatoire. Cependant, dans ma démarche un invariant persistait, celui du mode d'accès indirect des aides-soignants, dans la mesure où je passais par un tiers, qu'il soit cadre de santé ou soignant, pour pouvoir les rencontrer. Ce travail de recherche m'a permis de mettre en exergue mon sens de l'écoute et de l'observation. En effet, dans le cadre de ce travail d'échanges, j'ai repéré des indices dans la mesure où je portais une attention importante lorsqu'une situation de crise était verbalisée. Cet intermède me permettait ensuite de contacter une ou plusieurs personnes même si, comme je l'ai déjà écrit, je n'ai pas obtenu toutes les réponses à mes sollicitations. A ce sujet, le fait que je sois étudiante cadre de santé présentait peut-être un biais dans ma démarche. En effet, les soignants ont-ils envie de se confier à un futur cadre ? Ils peuvent également s'interroger : que fais-je faire des résultats ? Vais-je les transmettre au cadre de santé du soignant ? A ce moment j'ai manqué de positionnement j'aurai dû prendre le temps d'expliquer le sens de ma recherche aux professionnels.

En ce qui concerne l'entretien auprès d'un cadre de pôle, il s'agissait d'un souhait d'approfondir ma recherche. A l'issue de mes entretiens avec les cadres de santé et les aides-soignantes, j'avais le sentiment d'avoir effectué un travail de recherche inachevé. Il manquait des réponses à mes

questions. Comment parler de la collaboration entre les professionnels si je ne rencontrais pas l'ensemble de la chaîne hiérarchique ?

De la même façon, la rencontre avec la directrice des soins peut être qualifiée de fortuite mais avec la persuasion, j'ai pu obtenir un rendez-vous. De plus, cette rencontre donne plus de sens à ma recherche.

3.2.2. L'échantillon des personnes interviewées.

J'ai interviewé huit professionnelles, à savoir trois cadres de santé provenant de différents établissements, trois aides-soignantes, une cadre de pôle et une directrice des soins en précisant qu'il existe une relation entre l'interviewée 1 et 2. Comme expliqué précédemment au départ de mon travail de recherche, je souhaitais confronter le regard du cadre de santé et d'un soignant pour apporter un regard croisé face à une situation de crise. Mais à l'issue de l'entretien, lorsque le cadre de santé me donnait un nom de soignant, son choix était basé sur une personne qui avait le même regard sur la situation décrite. Je me suis interrogée sur la véracité des éléments donnés. Cependant lors de cet entretien croisé je me suis aperçue que l'aide-soignante n'avait pas le même ressenti que le cadre de santé. Elle posait même un regard critique sur le travail du manager en termes de communication et d'actions correctives face à une situation de restructuration. Par ailleurs, les autres aides-soignantes sont issues de différents établissements. La cadre de pôle et la directrice des soins n'ont aucune relation que ce soit entre elles ou avec les six autres personnes interrogées.

Pour plus de facilités, je vous propose ce tableau récapitulatif des personnes interviewées.

	Poste	Age	Expérience dans l'encadrement	Filière actuelle	Equipe	Durée de l'entretien
Entretien 1	CDS	52 ans	17 ans	Médecine	30 agents	45 minutes
Entretien 2	AS	25 ans		Médecine		20 minutes
Entretien 3	AS	46 ans		Chirurgie		22 minutes
Entretien 4	CDS	61 ans	30 ans	Médecine	35 agents	30 minutes
Entretien 5	CDS	45 ans	10 ans	Gériatrie	90 agents	20 minutes
Entretien 6	AS	56 ans		Gériatrie		15 minutes
Entretien7	CDP	40 ans	10 ans	Gériatrie	230 agents	45 minutes
Entretien 8	Directrice des soins	64 ans	40 ans	Direction		60 minutes

3.3. Le choix de l'outil

La collecte des données est l'étape où je dois en tant que chercheur recueillir des informations qui vont confirmer ou infirmer mes hypothèses de travail de recherche. Ce recueil doit se faire par un outil qui doit être le plus adapté et le plus précis. De plus, son utilisation doit être rigoureuse et méthodique. J'ai choisi l'entretien. Pour m'aider à utiliser cet outil je me suis appuyée sur les enseignements de Rennes 2 mais aussi sur le livre « *L'enquête et ses méthodes. L'entretien* » de Blanchet et Gotman (2011). Ces auteurs définissent l'entretien comme étant à l'origine un rapport social entre deux individus. Il s'agit d'un échange d'égal à égal entre deux personnes. Cependant pour certains entretiens, je ne me sentais pas toujours à l'aise avec l'interviewé. Soit celui-ci était très à l'aise (Entretien 2) ou au contraire je sentais une grande fragilité dans l'expression et un manque de confiance en soi (Entretien 6).

Par ailleurs, l'objectif des recueils de données est d'éclairer et de confirmer ou non des hypothèses. Je souhaite savoir s'il existe un mode de management particulier pour gérer une situation de crise et si la communication est importante, mais aussi mesurer l'impact de la collaboration. A ce propos Blanchet et Gotman (2011) s'expriment ainsi « *Vient alors le dessein de l'enquête proprement dit, soit l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits et doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé* » (p. 35).

3.3.1. La construction du guide d'entretien

Ce travail permet de traduire les hypothèses de recherche mais aussi les indicateurs concrets me permettant d'avancer dans ma recherche. J'ai construit un guide d'entretien ne comportant qu'une question « *Avez-vous déjà été confronté à des difficultés avec votre équipe ?* » A l'issue de cette question, je laissais les interviewées répondre. Ensuite, j'avais préparé des questions de recherche que je devais transformer en question d'enquête. Il s'agissait de questions de relances me permettant d'amener mon interviewée là où je voulais aller, c'est à dire que j'avais scénarisé l'entretien et je m'étais préparée aux types d'interventions que je devais faire mais aussi aux réponses attendues. En effet, lors du dernier entretien avec un cadre de santé (E5), je devinais les thèmes avant que l'interviewée ne les verbalise. Ce guide peut être qualifié de guide thématique puisqu'il se compose de thèmes à explorer lors de l'entretien : définition de la crise, posture managériale, communication, collaboration (voir annexe 4).

3.3.2. Premier contact avec les interviewées

Pour interroger les cadres et les soignants, j'ai d'abord demandé l'autorisation auprès de la direction des soins des établissements concernés, ce qui représente six directions des soins différentes. Je note que ma demande a été très bien accueillie auprès des directeurs de soins qui m'ont très rapidement donné leur accord. Dans la mesure où les cadres interrogées sont des cadres que j'ai pu croiser au cours de mes stages et de mon expérience professionnelle, j'ai pu les contacter directement par téléphone pour pouvoir organiser un rendez-vous. En faisant ces demandes, je souhaitais valoriser les personnes. En ce qui concerne les soignants, une aide-soignante m'a été recommandée par une cadre de santé. Pour les deux autres, il s'agit de connaissances, de personnes ressources qui m'ont conseillé de prendre contact avec certains soignants. En ce qui concerne le cadre de pôle, j'ai sollicité une dizaine de professionnels. Une cadre de pôle m'a répondu très rapidement car, selon elle, j'avais aiguisé sa curiosité.

3.3.3. Déroulement des entretiens

Chaque rendez-vous a été posé en fonction des disponibilités de chacune. Concernant les trois cadres interviewées, les entretiens se sont déroulés dans leurs bureaux respectifs. Deux entretiens se sont déroulés en fin de journée, permettant, selon les dires des cadres de santé, d'être libérées de leurs contraintes de travail. La troisième cadre a souhaité me rencontrer en début d'après-midi et me présenter à l'équipe pour leur expliquer ma démarche. Il s'agissait de mon premier entretien.

Les entretiens ont duré de 20 à 40 minutes. Concernant les trois soignantes, pour chacun des entretiens nous avons convenu de nous retrouver dans un café de la ville. En effet, les soignantes peu sollicitées pour ce genre de travail se trouvaient relativement stressées, j'ai donc souhaité réaliser les entretiens dans un endroit familier et autour d'un café. Les entretiens ont duré en moyenne de 15 à 22 minutes.

Pour obtenir un entretien auprès d'un cadre de pôle, j'ai sollicité par courriel plusieurs cadres d'un même établissement, sans toutefois contacter plusieurs établissements par souci de temps. En effet, pendant cette période je me trouvais sur la région de Rennes et il était difficilement envisageable de me déplacer pendant ma période de stage.

Au sujet de la directrice des soins, comme précisé précédemment la rencontre fut fortuite. En effet, elle devait intervenir à l'IFCS sur le thème de la collaboration et ses propos répondait à mes attentes. J'ai donc à l'issue de son cours magistral souhaité discuter avec elle. Malgré son agenda chargé, elle a souhaité me rencontrer. Notre rencontre a pu se faire quelques jours après dans son bureau. Cet entretien m'a beaucoup apporté car sa bienveillance et sa simplicité m'ont

permis de réaliser l'interview dans des conditions optimales. Cette rencontre restera importante pour moi. C'est un des avantages d'un travail de recherche : faire des rencontres inoubliables.

Pour l'ensemble des entretiens j'ai dans un premier temps présenté ma démarche de recherche et mon parcours. J'ai su mettre en avant l'intérêt que je portais à les rencontrer personnellement. Cette introduction me permettait ensuite de pouvoir leur demander de se présenter en quelques minutes. Les différents thèmes ont été ensuite abordés dans le cadre du guide d'entretien mais certaines réponses ont pu être anticipées au cours de l'échange. Lors du premier entretien, j'ai eu des difficultés pour me concentrer sur ma trame car je me suis trop intéressée au récit. J'ai bien conscience que ce manque de concentration lors de mon premier entretien de recherche peut s'apparenter à un entretien exploratoire.

Pour tous les entretiens j'ai effectué un enregistrement audiophonique soumis préalablement à autorisation. Cet outil me permettait ensuite d'effectuer une retranscription de mes entretiens à distance du rendez-vous. Ce mode d'enregistrement me permettait ainsi d'être plus dans l'échange puisque je n'étais pas parasité par la prise de notes. Cependant lors des entretiens 1 et 6, j'ai pu remarquer que les regards des interviewées étaient souvent fixés sur mon appareil.

3.3.4. Les limites de l'étude

Ce travail de recherche a été l'opportunité de prendre du recul et de réfléchir sur mes pratiques professionnelles. En revanche, le manque de temps, ne m'a pas permis d'explorer en profondeur certaines notions. En effet, je pense que le nombre d'entretien est un peu faible pour me permettre d'avancer en ce qui concerne mon cadre conceptuel et mes hypothèses. Cependant, les huit personnes interrogées ont des parcours diversifiés et proviennent d'établissements différents. Cette hétérogénéité me permet de voir apparaître comme l'exprime Becker, cité par Blanchet et Gotman (2011) : « *au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir* » (p. 51).

C'est pourquoi, malgré la rigueur et la méthodologie du travail de recherche employées, j'ai dû composer lors des entretiens avec des aides-soignants. En effet, leur manque d'assurance, pour deux d'entre elles, m'obligeait à les accompagner lors de nos échanges. Lors de ces entretiens j'ai porté une attention particulière à l'égard de ces professionnels, à savoir le respect de la confidentialité et l'anonymat, tous ces principes répondant en fait à l'éthique dont nous devons faire preuve lors d'une démarche de recherche qualitative. Il existe en fait différents types

d'interviews selon l'attitude de l'interviewer. Ce tableau, extrait du livre de Séror⁵⁷ (2017), est un bon résumé.

Les attitudes et les perceptions lors d'un échange. (p.188)

Interviewer	Interviewé
Ecoute active : nécessite une grande attention et du recul (« Parlez, je vous écoute » ou « je suis à vous... »)	Expression claire, si possible à partir des mots choisis : une phrase, une idée
Interrogation : « Pourquoi avez-vous écrit cela ? »	Risque d'être jugé
Reformulation : « Vous voulez dire que... »	Risque de se sentir incompris
Jugement : « Vous n'auriez pas dû dire cela et agir ainsi ! »	Risque de se sentir condamné
Evaluation « Vous vous méprenez, vous valez mieux que cela... »	Relation maître élève
Conseil : « Vous auriez pu écrire cela ! »	Risque de perception d'infériorité vis à vis du questionneur
Relation : « Je pense que votre avis est important. »	Considération

Ce tableau démontre les subtilités d'un entretien et de l'attitude que nous, chercheurs, pouvons renvoyer. Ainsi, au cours de mes entretiens 2 et 6, je pense avoir eu une attitude d'évaluation. En effet, pendant ces entretiens j'ai dû valoriser et accompagner ces professionnelles.

A présent que ma méthodologie vous a été présentée, est venue pour moi le moment de vous présenter l'analyse et l'interprétation des données recueillies, en les confrontant avec le cadre théorique.

4. L'analyse et interprétation des entretiens de recherche

Selon Blanchet et Gotman (2011) « *L'analyse par entretien repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse du processus soit psychologique, soit sociologique que l'on veut*

⁵⁷ Georges Séror est responsable pédagogique Management-Communication

analyser » (p. 94). Au regard de cette définition, je mesure l'importance de chaque donnée recueillie dans mon travail de recherche. Pour autant l'analyse de ces données doit me permettre de répondre à mes hypothèses. Je vais donc répertorier et classer les données collectées, en reprenant toutes les interviews et étant attentive à leurs contenus.

4.1. Critique de la méthodologie

4.1.1. Les limites de l'outil d'analyse

Lorsque j'ai débuté ce travail d'analyse l'utilisation d'un tableur me permettait d'avoir une vue synthétique sur les différents entretiens. Dans un premier temps, j'ai défini les grands thèmes abordés, à savoir le management, la crise, la relation hiérarchique et la communication. Ensuite, pour chaque entretien, j'ai utilisé un code couleur me permettant de regrouper les informations recueillies. Cependant, je me suis rendue compte à travers cet outil des limites qui caractérisaient cette analyse. Tout d'abord, je me suis interrogée sur la quantité de données collectées. En effet, j'ai restreint mon travail de recherche à huit entretiens. J'ai estimé qu'il m'était impossible en terme de temps d'effectuer et d'analyser d'autres entretiens. J'ai mesuré le temps pris pour la sollicitation des professionnels, la retranscription, la classification des données, l'analyse et l'interprétation. De plus, ce travail de recherche étant un travail initiatique, il me paraissait plus sérieux de ne pas rendre plus difficile l'exploitation des données recueillies. En effet, la catégorisation des éléments a été pour moi longue et fastidieuse. Des données supplémentaires auraient entraîné un classement imprécis, inintéressant, peu aidant pour l'analyse et l'interprétation. Par conséquent, je ne peux pas généraliser mes résultats. Pour autant, les professionnels ont un regard différent sur la situation de crise car ils ne viennent pas du même établissement, ils n'ont pas la même culture. Nous pouvons rapidement nous rendre compte que dans certains établissements, il existe une certaine proximité entre les soignants et la direction. Alors que dans d'autres, il ne s'agit que d'échanges par mail ou téléphone, le contact physique n'existant pas ou peu. Ainsi, il aurait été intéressant de questionner plusieurs cadres de pôles par rapport aux des thèmes retenus pour avoir un regard encore différent. Pour finir sur ce regard critique, je n'ai pas non plus interrogé d'infirmière ou autres professionnels de santé. Mon travail de recherche m'a amené à rencontrer uniquement des aides-soignantes. Pour autant je pense que toutes les catégories professionnelles, même hors milieu sanitaire, sont concernées. Lors de la retranscription des entretiens 1,2,3,4,5 et 8, j'ai pris le soin de numéroter les lignes me permettant de m'y référer lors de citations (voir annexe 5). Par conséquent, j'ai dû être vigilante à ce que ma mise en page soit impeccable pour ne pas me retrouver après correction à avoir un décalage de lignes. Pour permettre une lecture plus fluide de l'analyse,

j'ai parfois utilisé un code combinant une lettre et un chiffre. La lettre E correspond à Entretien et le chiffre renvoie à la personne interviewée. Ainsi pour E1 il faut comprendre entretien numéro 1.

4.2.L'analyse thématique

Je vais maintenant procéder à l'analyse des informations recueillies. Pour plus de clarté, je suivrai le schéma suivant : j'exposerai les différentes composantes du thème recueilli par les témoignages des professionnels puis au fur et à mesure mon interprétation. Je fais le choix comme initialement prévu d'effectuer une analyse croisée. Ainsi je vous proposerai pour un même thème le regard des cadres de santé, des aides-soignantes, du cadre de pôle et de la directrice des soins. Aussi, concernant l'entretien avec la directrice des soins, j'ai souhaité me concentrer davantage sur le partenariat soignants-cadres-direction des soins (voir annexe 4).

4.2.1. La crise

Grâce à la méthodologie hypothético-déductive, cette première partie d'analyse va me permettre de confronter le cadre théorique à la réalité du terrain. Tout d'abord, je peux remarquer que la crise peut être vécue de différentes manières : stimulante pour certains, angoissante pour d'autres.

4.2.1.1. La représentation de la crise pour les professionnels

En ce qui concerne les entretiens des cadres de santé, deux d'entre elles estiment que la crise est quelque chose de néfaste, de négatif pour l'équilibre de l'unité. Pour E1, qui vit une restructuration, elle parle de « *tensions* » à sept reprises. Elle estime que ces tensions entraînent stress et souffrance. Elle parle de la crise comme « *un grand bordel* » à trois reprises. (E1 ligne 144-175-181). Pour E4, la crise est synonyme de « *chaos* » (E4 ligne 22). A contrario pour E5, la situation de crise a quelque chose d'excitant. Il s'agit pour elle d'y répondre par un « *projet* » permettant la « *renaissance* » de la structure. (E5 ligne 65). Cependant elle nuance ces propos car elle a conscience qu'elle est à l'origine de la crise. « *Mais quand on met en place un projet en réponse à une crise on sait que c'est différent que quand l'équipe est demandeuse. Oui euh quand il s'agit de répondre à la crise, le changement il est soudain.* » (E5 ligne 153-155). Elle se trouve en situation de force. Pour les collaborateurs tout est différent, ce changement n'émane pas d'une demande particulière. Par conséquent, la situation traversée n'en sera que plus difficile de par leur incompréhension. Néanmoins, je peux nuancer ces propos dans la mesure où le changement a été réfléchi par la cadre et le directeur des ressources humaines à

l'aide d'un audit externe. De plus, il y a eu une publication des résultats à l'ensemble des professionnels.

Pour les trois aides-soignantes, le rapport à la crise est assez violent. E2 parle « *d'ambiance électrique* » (E2 ligne 58) ou « *ambiance tendue* » (E2 ligne 90 et 92). E3 emploie le registre de la catastrophe. Elle utilise les mots « *cataclysmes* » (E3 ligne 41), « *bombe* » (E3 ligne 41). E6 parle plutôt de « *zone de non-retour* », « *les choses sont devenues trop graves pour que ça revienne comme avant* » (E6 pour rappel je n'ai pas procédé à la retranscription de l'entretien numéro 6). Cette situation renvoie à la notion de changement consécutif à la crise développé par Marsan (2008). En effet, l'auteur parle de changement comme un bouleversement.

La directrice des soins, estime que « *Les cadres de santé ont le poste le plus difficile euh pris en étau permanent entre les personnels sous sa responsabilité, les patients et les entourages avec les angoisses, les représentants des usagers les représentants du personnel, la direction, le contrôle administratif et financier. C'est le pire des postes.* » (E8 ligne 9-13). Cette phrase me permet de dire que le cadre est l'élément central dans la gestion de crise. Il doit en effet être vigilant à l'environnement et à tout ce qui l'entoure. Au regard du cadre théorique Lagadec (1993) estime que le rôle du cadre est de s'interroger sur l'origine de la crise.

4.2.1.2. L'origine de la crise

Dans cette partie, je souhaite mettre en opposition le ressenti des professionnels lorsque la crise est à l'origine ou bien est la conséquence du changement.

4.2.1.2.1. La crise à l'origine du changement

Je me suis rendue compte au cours de mes entretiens de recherche qu'une situation de crise pouvait être à l'origine d'un changement. Prenons l'exemple évoqué par E4. Le décès du fils d'un collaborateur entraîne un déséquilibre dans l'unité qui oblige à un changement d'organisation. De la même façon pour E5, qui, après avoir réalisé l'impact de ses évaluations, a dû changer de service « *Ah (rire) je suis partie. La direction avait fait de moi ce que je ne voulais pas.* » (E5 ligne 31). Je pense que pour les différents professionnels ce scénario est complexe puisque la crise est brutale et par conséquent le changement est peu réfléchi. Il répond à une situation soudaine et incontrôlée.

4.2.1.2.2. La crise est la conséquence du changement

En revanche, l'origine de la crise peut provenir du changement. Je peux argumenter ces propos par les situations évoquées par E1 et E2 ou E5 et E8. Il s'agit de trois situations de restructurations (pour rappel E1 et E2 parlent de la même situation) qui ont entraîné une période

de tension pour l'équipe et le manager. E5 s'exprime ainsi « *Alors il n'y avait que ces changements qui permettaient la renaissance.* » (E5 ligne 64-65). « *Cela peut entraîner des tensions dans les services mais je sais que toutes les restructurations ont été faites pour éviter la fermeture de tout l'établissement.* » (E8 ligne 117-119). Ces phrases montrent l'importance de faire évoluer l'organisation, seule issue pour garantir la survie du service.

4.2.1.3. Les différentes phases de la crise

Je pensais à travers les entretiens mettre en application les différentes phases, typologies de la crise décrite par Lagadec ou d'autres auteurs. Force est de constater que cela n'est pas aussi limpide. Je l'explique par le fait que je n'ai pas tout le contexte. En effet, j'ai réalisé des entretiens de moins d'une heure ne me permettant pas de comprendre tous les détails des situations décrites et les enjeux. De plus, les cadres de santé ne sont pas des experts en science de gestion, par conséquent je ne voulais pas utiliser de mots trop spécifiques à la gestion de crise. Cependant, pour E1, la proposition de modification d'horaires a entraîné une zone de non-retour entre le cadre de service et les collaborateurs. Cette phase peut d'ailleurs être qualifiée de phase chronique en science de gestion. Au regard des travaux de Lagadec, cette phase correspond à une période de tension extrême qui ne permet pas le retour à la période antérieure d'avant crise. Le cadre doit alors peser ses mots afin de ne pas envenimer l'ambiance. E1 tient ses propos « *Je vois bien que je ne dois pas faire de faux pas autrement je suis morte, quoi, ils vont revenir et moi toute seule dans mon bureau et bien je ne crâne pas.* » (E1 ligne 160-161).

4.2.1.4. Les conséquences de la crise

Grâce aux entretiens de E1, E2 et E3, je peux mettre en évidence une souffrance au travail due à une situation de crise. Pour E3, la mise en place d'une rencontre avec le médecin du travail lui permet de « *dire qu'on prend conscience que ce truc peut impacter notre vie personnelle et notre santé* ». (E3 ligne 33-34). Elle me fait part de violence, dont elle et son équipe sont victimes : « *On se faisait agresser verbalement au self et même parfois pendant les courses ou en allant chercher nos enfants à l'école* » (E3 ligne 44-45). Cette situation m'interpelle car en plus d'avoir vécu des moments difficiles par la mise en place de procédure disciplinaire, les soignants entre eux ne se soutiennent pas mais se jugent et se font du mal. L'ambiance est telle que deux professionnelles « *ne pouvaient pas se relever de cette histoire, c'était trop dure pour elles.* » (E3 ligne 51-52). Finalement, je m'interroge sur la responsabilité des professionnelles. Ne devons-nous pas respecter nos collègues comme nous devons respecter les patients ? Cela me renvoie aux risques psychosociaux ou au burn out cité par E1. Elle se rend compte que les soignants « *sont mal, en terme psychosociaux ils sont stressés de venir et ils repartent épuisés.* »

(E1 ligne 120-121). A ce moment de l'entretien, j'ai bien senti que le cadre était gêné par cette conséquence. Grâce à l'entretien croisé entre E1 et E2 je peux comparer ces propos avec E2. Pour cette dernière, « *c'est pas possible, moi parfois je suis mal à la fin de journée mais même dans la matinée parfois j'ai de la tachycardie, j'ai mon cœur qui s'emballa, je me stress car j'ai peur de ne pas pouvoir finir avant le repas ou l'examen du patient.* ». (E2 ligne 17-19). Elle me fait part d'une ambiance tendue « *dès qu'on fait une petite remarque sur le travail de matin alors là c'est horrible. La fille elle se met vite en colère parce qu'elle ne vit pas bien les choses quand même.* » (E2 ligne 12-14). Cette situation de crise a des répercussions sur le groupe. La psychodynamique de groupe est mis à mal.

Synthèse

Au regard de cette première partie, je peux me rendre compte que la crise renvoie une image différente selon les personnes. Néanmoins, dans l'ensemble, elle est plutôt mal perçue et mal vécue. Elle est capable d'entraîner un bouleversement dans les organisations de travail mais aussi dans le travail d'équipe. Par conséquent, le cadre doit être très rigoureux dans le repérage de la souffrance des professionnels. Cependant je remarque que l'approche managériale est différente selon l'origine de la crise. En effet, lorsqu'elle est la conséquence d'un changement, le cadre de santé semble avoir plus de contrôle sur le groupe. Il doit piloter le changement comme on pilote une conduite de projet. Cependant, l'absence de sens donné au changement peut être un véritable handicap pour le cadre. Je pense que la reconnaissance de la souffrance du personnel dans une situation de crise par le cadre permet pour les professionnels de mieux vivre ce bouleversement. Cette attention apportée aux professionnelles me semble essentielle.

4.2.2. Le management

Lors de mes entretiens le mot management a été peu évoqué. Les cadres de santé ont plus parlé de conduite, de marche à suivre. Cependant, j'ai pu au travers de leur témoignage mettre en avant certains courants. Les trois cadres de santé et la cadre de pôle mettent en évidence une tendance à la prise de décision pour répondre à une situation de crise.

4.2.2.1. Le management directif favorise la prise de décision du cadre.

Au regard de l'entretien N°4 (E4), le management directif semble être une réponse à la crise traversée dans une unité de soins. En effet, la cadre en question nous explique que dans une telle situation le personnel « *était incapable de décider par lui-même.* » (E4 ligne 34). Elle préférerait prendre les choses en main, comme les rencontres avec les familles. Aussi, pour

l'entretien N°5 ce style de management est mis en avant : « *j'ai modifié beaucoup de choses* » (E5 ligne 38) « *il faut faire des choix et être sûr de ne pas se tromper.* » (E5 ligne 42). Pendant cet entretien, elle exprime le fait que dans ses prises de décisions « *il faut être sûr de soi même* » (E5 ligne 149). E1 s'exprime de la même façon « *je leur redonne quotidiennement les règles du jeu* » (E1 ligne 255). Par ailleurs, la directrice des soins interviewée s'exprime de cette manière « *il faut redonner les règles du jeu* » (E8 ligne 132). A ce moment, elle parle de crise mise en évidence par le comportement inadapté de soignants. Aussi la cadre de pôle s'exprime ainsi (Entretien N°7) : « *pour chaque crise il y a une réponse et cette réponse doit être construite avec le cadre. Pour moi les agents doivent s'occuper des patients et les cadres doivent travailler sur des solutions aux problèmes* ». Cette affirmation met en lien les grandes lignes du management directif à savoir : décider et peu communiquer. En effet au regard du cadre théorique je peux reprendre les travaux de Hersey et Blanchard (année 1970). Ses chercheurs mettent en évidence un style de management où le manager priorise l'organisation du travail et délaisse le relationnel. Ce type de management est retrouvé dans l'entretien 4 où l'interviewée explique que sa collègue a déjà organisé les soins dans l'unité en crise. « *Cette journée-là, ma collègue est arrivée plus vite que moi, elle a déjà mis en place certains trucs : une IDE de son service est descendue pour aider les collègues, la fille de coupure est arrivée plus vite. Les soins non urgents comme les pesées, les tailles sont reportées.* » (E4 ligne 19-22). Cette organisation reprend les indicateurs du management directif avec des instructions et consignes sont précises et claires et un manager qui prend les décisions sans prendre l'avis des collaborateurs. En effet, je complète mes arguments par un extrait de l'entretien 4 : « *Après je ne leur ai pas vraiment laissé le choix.* » (E4 ligne 98). E4 explique que le fait de réagir ainsi a pour seul but de trouver une solution pour le personnel et de leur éviter la réflexion. Cela m'interpelle, car il est peut-être plus judicieux de demander l'avis des professionnels pour permettre un consensus plus acceptable. Mais pour autant une équipe sous le choc peut-elle prioriser, prendre des décisions ? Au contraire, les professionnels ne vont-ils pas uniquement retenir l'éviction dont ils font l'objet dans la prise de décision du cadre de santé ? Pourtant dans l'entretien N° 6, l'aide-soignante s'exprime ainsi « *quand tout va mal, les cadres cherchent des solutions pour moi c'est leur travail* ». Cette aide-soignante (E6) dit qu'elle se sent rassurée quand son avis n'est pas demandé. « *Au moins les soignants ne deviennent pas responsables du problème, c'est au cadre de trouver des solutions* ». En revanche, E1 m'informe qu'elle et la cadre de pôle ont voulu répondre rapidement à une problématique. Cette démarche a rapidement échoué. En effet, cette injonction de faire venir une professionnelle plus vite sur son temps de travail n'a pas été présentée aux instances. De plus, il n'y a pas eu de concertation avec les professionnels et les

représentants du personnel. Grâce à l'entretien croisé (E2), je peux confirmer les propos du cadre de santé. L'aide-soignante interviewée s'exprime de cette façon « *Elles font leur truc en cachette et un beau jour on te dit « aujourd'hui on fait comme ça » point, pas plus d'explication. Ça devrait pas être comme ça. Notre cadre devrait entendre nos propositions.* » (E2 ligne 47-49). Lors de l'entretien numéro 1, j'ai senti la cadre de santé mal à l'aise au moment de parler de cette initiative. Sa voix se faisait plus hésitante. Elle a choisi ses mots et a pris le temps pour nommer les représentants du personnel. Cette attitude me fait penser qu'elle a mal vécu cet événement et j'ai senti l'émotion monter dans sa voix. Cependant, j'ai apprécié sa franchise car elle aurait pu omettre cette partie du récit mais elle m'en a parlé et à plusieurs reprises. Cela me fait penser qu'elle souhaitait réellement me donner toutes les informations pour connaître le contexte. De plus, elle est revenue sur ses choix stratégiques et affirme que la prise de décision par les cadres de santé n'est pas adaptée « *je pense que la bonne stratégie c'est d'attendre que le professionnel il propose* » (E1 ligne 196). Au regard de ses propos, je peux dire que même dans une situation de crise, il faut accepter de prendre un peu plus de temps pour trouver une solution collective. La directrice des soins formule à son équipe « *que l'on va y arriver collectivement* » (E8 Ligne 133). En effet, je pense que le rôle de la hiérarchie est de prendre en compte l'avis et le ressenti des soignants pour pouvoir ensemble trouver des solutions et permettre de retrouver un état initial ou permettre le changement.

4.2.2.2. Le management paternaliste favorise le secours des soignants :

Ce type de management a été évoqué par plusieurs professionnels, quel que soit leur groupe socio-professionnel. L'utilisation du terme « paternaliste » ne se faisant pas toujours, les soignants préféraient le mot de « mère » « nourricière ». Je souhaite avant de développer ce paragraphe faire écho au cadre théorique. Précédemment, j'ai présenté ce style de management. Pour Maïer, il repose sur la mise en avant d'une affectivité importante du cadre avec ses collaborateurs. Il est bienveillant, à l'écoute, il a le sens du partage et il protège. Je peux remarquer que dans l'entretien numéro 4 les signes d'affection envers les soignants sont importants : la cadre a un comportement maternel : « *Je les ai materné* » (E4 ligne 34), « *j'ai fait le choix d'aller chercher à manger à l'extérieur pour éviter que l'équipe soit confrontée aux sollicitations des collègues des autres unités.* » (E4 ligne 32-34) « *Vous savez dans les équipes on partage plus que le travail, c'est une famille.* » (E4 ligne 40-41). Dans certaines situations, elle dit « *Je me suis vue comme une maman* » (E4 ligne 44-45). « *Mais dans cette histoire faut dire que je les ai cocoonées mes petits.* » (E4 ligne 46-47). Elle utilise « *j'ai des filles* » (E4 ligne 49) ou « *mon équipe* » (E4 ligne 4) pour parler des soignants. Pour ce cadre,

le travail du cadre de santé c'est de prendre soin de ses collaborateurs. Aussi, elle dit exister par le fait de prendre soins d'eux. « *C'est comme si tu existais davantage quand les choses vont mal.* » (E4 ligne 55). Pour compléter ses propos, je m'appuie sur l'entretien numéro 3. L'aide-soignante parle de la cadre de santé de la façon suivante : « *elle a pris l'image d'une famille qui traversait un tsunami.* » (E3 ligne 55) ou encore « on est comme des enfants avec notre mère ». (E3 ligne 89) ou bien « *je crois même qu'elle a de l'affection pour nous* » (E3 ligne 91). Je trouve les rapports entre ces agents et la cadre intenses. Cette relation se rapproche à de l'affection et à des liens très forts. La situation de départ est née du comportement anormal de plusieurs agents dans un service. Cette relation a alors peut-être été influencée par ce contexte. En effet, face à la violence verbale ou physique de la part de soignants, le reste de l'équipe a peut-être eu besoin d'une personne pour la protéger. Au travers de mon expérience, j'ai également pu avoir cette attitude maternante. En effet, je prenais soins de l'équipe soignante que je considérais comme ma propriété puisque je disais « *mon équipe, mes filles* ». Je ne mesurais pas le regard péjoratif que je renvoyais à mon équipe. En même temps, j'avais le sentiment qu'elles appréciaient ces appellations. Elles se sentaient particulières et importantes à mes yeux. Aujourd'hui je m'interroge : quel regard portaient les professionnels qui ne bénéficiaient pas de ces mots familiers ? Elles pouvaient avoir l'impression d'être moins compétentes et moins reconnues personnellement.

De la même façon, E6 met en avant un management paternaliste, quelle explique cela par le fait que la cadre de santé faisait beaucoup de chose à la place des soignants pour les déresponsabiliser. Elle explique même que parfois la cadre de santé se retrouvait en retard sur certains dossiers car elle aidait l'équipe à faire face à des difficultés. E6 reprend les propos du cadre de santé « *l'idée c'est que parfois dans une famille on perdait le contrôle de certaines choses et même si nous ne les vivons pas pareil il fallait les vivre ensemble* ». Cette comparaison à la famille donne une impression rassurante pour les soignants car tout semble être sous contrôle. De par mes apports théoriques, je note que le cadre de santé a un rôle de gestion. Cette notion me renvoie aux écrits de Mintzberg (2009) cité précédemment dans le cadre théorique. En effet, il explique que lorsque les collaborateurs n'arrivent plus à gérer une situation en complexe proche de la crise, c'est au cadre de gérer la situation en endossant son rôle de régulateur. Cependant je pense que ce management paternaliste est épuisant pour le cadre. En effet, il doit toujours prendre en considération le ressenti de l'équipe et doit en permanence rassurer l'équipe qui se trouve comparée à des enfants qui se sentent rassurés par la présence de leur parent. Ce management peut certes apporter une certaine sérénité aux soignants mais le

fait de les infantiliser ou de les maintenir loin des décisions peut les rendre passifs dans une conduite de projet. Dans ce cas, le professionnel sera en effet uniquement capable de suivre les règles fixées par le cadre. Aussi cela pourra empêcher l'équipe de penser par elle-même et de devenir force de propositions. Le cadre devient alors « *écran des projections des soignants* » (E7). Cette infantilisation est reprise par le concept de management paternaliste de Likert, qui lui défend le rôle autoritaire de ce style de management. Il explique qu'il existe une dépendance et une soumission vis à vis du « *père* ». L'équipe lui est reconnaissante car on lui doit tout. Au regard des entretiens réalisés, je n'ai pas mis en évidence ce type de relation.

Lors de l'entretien numéro 4, la cadre de santé se considère comme un parent nourricier. Cet élément renvoie à l'analyse transactionnelle de Berne⁵⁸, cité par Jaoui⁵⁹, & Gourdin⁶⁰ (2001). Ces travaux sur la structuration du Moi mettent en évidence trois entités distinctes : Adulte, Parent, Enfant. « *Ces entités ne sont pas des constructions théoriques ou des spéculations explicatives, ce sont des états identifiables par l'observation et le ressenti.* ». (p. 7) Le Parent met en avant les pensées, les émotions, les comportements telle une figure parentale. Le parent nourricier est une variante. Cette typologie met en évidence le côté maternel de l'individu qui a un rôle de protection, qui s'inquiète toujours pour autrui, qui rassure et qui prend soin. Cette comparaison par la cadre a du sens. Elle prend soin de son équipe et prend du plaisir à cela. Lors de l'entretien, je remarquais que lorsque la professionnelle parlait de l'équipe qu'elle manage, son regard s'animait, un sourire paraissait sur son visage. Ce non verbal semble mettre en évidence un certain bonheur éprouvé à l'évocation des collaborateurs.

Même si être parent nourricier semble être une tendance pour permettre la sortie de crise de l'équipe, il semblerait que la cadre puisse mettre en action l'équipe sans devoir être la « *maman* ». En tant que cadre de santé, nous devons en effet faire attention à notre positionnement et à notre figure d'autorité. Les soignants vont projeter sur le cadre leurs propres figures d'attachement. Les soignants vont rejouer ses schémas d'attachement et projeter leurs attentes affectives. Il peut se jouer différents transferts selon le genre (transfert paternel et maternel). Ils existent plusieurs types de projection : la dépendance, le besoin de disponibilité et le soutien. Cependant, le cadre doit être vigilant car le comportement des professionnels n'est

⁵⁸Eric Berne est un psychiatre américain

⁵⁹Gysa Jaoui est spécialiste de l'analyse transactionnelle

⁶⁰Marie-Claude Gourdin est spécialiste de l'analyse transactionnelle

pas toujours fiable. Il peut par exemple y avoir des postures rebelles et des contestations de l'autorité ou des clivages entre adoration et détestation du cadre de santé.

4.2.2.3. Le leadership favorise l'implication des soignants

J'ai retrouvé cette notion dans plusieurs entretiens. Dans ce chapitre, je parlerai du leadership qui selon Jago⁶¹ (1994) est « *l'utilisation d'une influence non coercitive pour diriger et coordonner les activités des membres d'un groupe organisé en vue de l'accomplissements des objectifs...* » (p.113). Cette définition ne correspond pas tout à fait à la définition du leadership situationnel développé par Blake et Mouton. Je note que l'entretien numéro 4 est le plus parlant. Pour rappel, cette personne est cadre depuis 30 ans. Forte de son expérience, elle a pu mettre en évidence son rôle de leader dans la gestion de la crise. Au cours de l'entretien, elle dit que face à une situation de crise elle se sent « *le plus utile* » (E4 ligne 54) Elle continue en expliquant que son existence professionnelle est plus importante dans les moments difficiles « *C'est comme si tu existais davantage quand les choses vont mal. Tu existes que par la crise.* » (E4 ligne 55). Elle explique cela par le fait que le travail quotidien est géré et que l'équipe n'a pas nécessairement d'attente à ce sujet. Néanmoins lorsqu'il y a une problématique, elle estime que « *c'est là que tu peux t'imposer, te positionner, montrer tes vraies valeurs* » (E4 ligne 57). Le fait que les équipes attendent beaucoup du cadre est développé dans les travaux de Lagadec. En effet, dans le cadre théorique j'ai mis en évidence le fait que les collaborateurs deviennent observateurs et sont sensibles à l'attitude du cadre dans la situation de crise. Lors de l'entretien, je sentais le visage de la professionnelle s'animait, elle vivait la situation de crise, elle se revoyait motiver et fédérer son équipe. Alors que certains cadres ou professionnels appréhendent cette situation, elle dit se sentir « *galvanisée, tel un chef, un leader* » (E4 ligne 59-60). Dans ces situations, elle emmène les soignants vers le changement et le renouveau. Elle possède une vraie compétence pour fédérer le groupe. Grâce à ses phrases : « *On va s'en sortir, j'ai confiance en vous* » (E4 ligne 61), elle insuffle un esprit moteur à son équipe. Pour elle, « *le rôle de cadre c'est de porter l'équipe de les amener plus loin que le problème, le dépasser.* » (E4 ligne 62-63)

Dans l'entretien numéro 3, l'aide-soignante utilise le mot « *ma chef* » (E3 ligne 86) pour parler du cadre de santé. Ce vocabulaire renvoie une image de leader du cadre. Cette appellation du cadre me fait penser aux noms que l'on donnait, il y a quelques années aux cadres de santé à

⁶¹ Arthur Jago est un professeur en management américain

savoir chef ou surveillant. Ces qualificatifs renvoient à une image péjorative du cadre, celui-ci étant réduit à une fonction d'évaluateur ou de contrôleur. Cependant, dans l'entretien, je pense que la soignante a voulu valoriser la cadre de santé. Dans le contexte cité, elle voit la cadre de santé comme la seule à pouvoir mener l'équipe au dénouement d'une situation complexe. De la même façon lors de l'entretien numéro 6, l'aide-soignante utilise beaucoup le mot « *chef* » pour parler de la cadre de santé de son unité. Elle utilise ce mot car au regard de son discours « *sa chef* » décide beaucoup ce qui ne pose aucun problème à l'agent puisqu'elle définit le rôle du cadre comme « *celui qui décide* » à l'opposé de son rôle « *celui qui fait* ».

Dans l'entretien numéro 5, la cadre de santé dit réussir à amener les équipes aux changements parce qu'elle est « *convaincue du changement* » (E5 ligne 168). Pour autant, je la sens plus en difficulté. J'ai l'impression que sa position de leader n'est pas effective. Elle est cadre du fait de son métier mais elle ne semble pas encore être reconnue par les collaborateurs comme telle. Cela me fait dire que nous pouvons être cadre de santé sans pour autant être leader. En effet, certains cadres n'obtiennent jamais cette « *consécration* » de leur équipe. Mais est-elle obligatoire pour être un cadre reconnu ?

Néanmoins, je pense réellement que le leadership est une qualité qui paraît indéniable pour la sortie de crise. En effet, si je pose le postulat que la cadre est la seule à être capable à mener l'équipe au changement et à l'amélioration de l'ambiance, quand est-il lorsque que le cadre est confronté à un professionnel leader ? En effet, le groupe peut être renversé par un seul homme à l'image du film « *Douze hommes en colère* » de Lumet⁶² (1957).

4.2.2.4. Le management de projet

Dans le cadre de cette analyse, je souhaite définir succinctement le concept de management de projet. Pour Garel⁶³ ,(2003) il s'agit de l'« *Ensemble des actions engagées par une entreprise afin de déterminer un projet, de le lancer et de le réaliser* » (p. 6). E5 explique avoir procédé à des changements mais au regard de son discours, je peux dire qu'il s'agit plus d'un projet de réorganisation qui a entraîné in fine un changement. Néanmoins, E5 a l'avantage d'être à l'origine du projet et est convaincue par son action : « *Je suis convaincue de ce que je fais* » (E5 ligne 147), « *Et si je suis convaincue que le changement permettra l'amélioration je reste convaincue du changement.* » (E5 ligne 168-169). Ce qui me paraît facilitant dans sa situation,

⁶² Sydnet Lumet est un réalisateur américain

⁶³ Gilles Garel est professeur titulaire de la chaire de gestion de l'innovation du Conservatoire national des arts et métiers

c'est qu'elle dit avoir de l'appétence pour cela « *j'aime les projets les challenges* » (E5 ligne 33-34). Dans cet entretien, le mot changement est retrouvé à vingt reprises. (E5 ligne 38(*2) - 45--61-62-64-74-81-104-153-156-158(*2) -159-160-162-167(*2) -168-171). Grâce aux données recueillies, je peux mettre en avant les différentes étapes qui ont permis le déroulement du projet par le biais de changement. Ce projet avait pour finalité la sortie de la crise organisationnelle de l'EHPAD. Cependant cette réorganisation a entraîné une seconde crise dans la structure. Ainsi, elle modifie l'organisation et les horaires entraînant des difficultés pour l'équipe à s'adapter à ses modifications. « *Quand je suis arrivée, j'ai modifié beaucoup de choses : changement d'horaire, changement de culture.* » (E5 ligne 37-38). Pour autant, elle prend conscience de la difficulté que peut avoir l'équipe face à cela « *Il s'agit de deux entités qui s'entrechoquent* » (E5 ligne 40). Puis elle s'est aidée d'un audit externe qui a pu confronter les professionnels aux manquements et aux dysfonctionnements. En possession de tous ses arguments, la cadre de santé devenait légitime pour mettre en place différentes actions autour d'un projet. Elle exprime bien les difficultés rencontrées, que ce soit par la résistance aux changements ou par l'apparition d'arrêts de travail. « *Il y a eu des tensions et il y a même eu des arrêts de travail il y a eu une grosse période d'absentéisme* » (E5 ligne 59-60), « *c'est consécutif à ma demande de changement. Il y a même deux professionnels que je n'ai jamais revues, elles sont en arrêt depuis deux ans. La faute au changement* » (E5 ligne 60-62).

Pour E1 et E2, les choses sont différentes. En effet, le projet est institutionnel et la cadre de santé n'est pas convaincue par cela. « *C'est compliqué lorsque l'on t'impose quelque chose et que tu n'es pas totalement convaincue du système mais il faut que tu fasses comme si tu étais d'accord et donc les arguments sont moins naturels* » (E1 ligne 6-8). « *D'annoncer des choses ou d'en parler aux équipes en faisant croire que tu es convaincue* » (E1 ligne 9-10) ; Cette phrase me fait penser à la notion de sens. En effet, E1 ne donne pas de sens à ce changement car expliquer le sens suppose que l'on ait une vision de là où l'on veut aller.

E8 possède un avis intéressant sur le rôle du cadre dans le projet. « *L'hôpital est un monde où existe des projets de restructuration. C'est un rôle important à jouer pour le cadre. Le cadre doit participer à l'accompagnement individuel et collectif de l'équipe. La conduite de projet doit être co- construite avec les cadres de santé et ne pas les laisser de côté.* » (E8 77-80). Aussi, elle ne minimise pas la position inconfortable du cadre face à cela « *Le cadre va être pris en sandwich entre le plan de restructuration et l'installation d'angoisse des soignants* ». (E8 ligne 82-83). Ce regard réaliste de cette directrice des soins montre bien la nécessité pour le cadre de bien préparer les équipes aux changements et de tout faire pour limiter les angoisses.

Dans le cadre théorique, j'avais très peu développé cet aspect du changement dans la crise. Pourtant, pour rappel, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (s.d.) définit la crise comme « *une situation de trouble profond dans laquelle se trouve la société ou un groupe social et laissant craindre ou espérer un changement profond.* ». Dans cette définition, le changement est soit une crainte ou soit une espérance. Au regard des entretiens conduits, j'ai pu constater ces deux versants. En effet, pour E4 il s'agit d'une opportunité, d'une chance.

4.2.2.5. L'apprentissage par la crise

Il existe une méthodologie pédagogique qui s'intitule l'apprentissage par les erreurs. Elle permet de retirer un savoir par la réalisation d'une erreur. Je pense que les cadres peuvent apprendre par la crise. Lors de mes entretiens, de nombreux professionnels m'ont confiés avoir appris par la gestion de la crise. Cependant, j'avoue avoir posé directement la question lors de mes entretiens numéro 5 et 3. Cette notion d'apprentissage a été évoquée initialement lors de l'entretien exploratoire. En effet, la situation décrite par le cadre de santé avait entraîné la mise en place d'une stratégie. Celle-ci, qualifiée d'exemplaire, avait fait l'objet d'une formation sur la gestion de l'agressivité. Lorsque je pose la question « *Quand vous vivez une crise est ce que cela devient apprenant pour vous ?* » (E5 ligne 127), E5 confirme que les situations de crises sont instructives et que la réaction face à cela est de « *prendre du recul prendre le temps de réagir car quand on a envie de réagir à chaud il faut se retenir auprès des équipes.* » (E5 ligne 128-129). Pour E3 « *Nous devons apprendre et grandir de cela.* » (p.39). Je trouve cette remarque très pertinente de la part de l'aide-soignante. Elle a réussi à prendre du recul sur la situation décrite et analyse cela comme un événement la faisant murir professionnellement. Par cette phrase, je peux confirmer que la situation est apprenante pour cette professionnelle. Aussi, grâce à ce chapitre, je me permets de revenir sur l'entretien de E1. Au cours de l'entretien, elle revient sur la stratégie qu'elle a voulu mettre en place avec la cadre de pôle. Elle a pris conscience de son erreur et elle en retire un apprentissage « *la bonne stratégie c'est d'attendre qu'il propose* » (E1 ligne 195-196). Ce comportement me permet de dire qu'il existe, même dans une situation de tension une prise de recul permettant de mieux gérer la phase critique. Cela rejoint les propos de Barjou⁶⁴ (2003) : « *S'il y a une personne dans l'équipe qui doit prendre du recul par rapport à la situation vécue, c'est son manager. Il doit être en mesure de faire ce délicat exercice : Se mettre au balcon pour se regarder passer dans la rue* » (p.13).

⁶⁴ Bruno Barjou est spécialiste des thématiques ressources humaines et formation.

Au sujet de l'apprentissage, les travaux de Robert et Verpeaux (2004) le développent. Ils expliquent que la phase finale de la crise permet le « *retours d'expériences sur la gestion de crise et l'évolution vers une nouvelle dynamique* » (p. 17). La crise devient alors un apprentissage.

Synthèse

Grâce aux données recueillies, je peux mettre en exergue certaines tendances managériales en situation de crise. Les cadres de santé mettent en évidence un management directif qui leur permet de garder le contrôle sur une situation qui leur échappe. Il permet d'accompagner les professionnels en leur donnant des directives claires et précises entraînant le bon déroulement des soins et la qualité de la prise en charge du patient. Il s'agit aussi de démontrer au soignant leur capacité de leadership et leur autorité. Le rôle du cadre devient alors légitime. Cette légitimité obtenue lui procure un avantage face au changement dont il devra être le « pilote opérationnel ». Il devient le seul capable de mener à bien la sortie de crise. Je remarque que dans tous les entretiens la notion d'accompagnement a été mise en avant, ainsi que l'écoute et la bienveillance permettant la reconnaissance des soignants dans leurs difficultés. A ce sujet, notons que si la crise a une origine institutionnelle, il est plus difficile pour le cadre d'en mesurer le sens. Par conséquent, malgré la loyauté du cadre vis-à-vis de la direction il se trouvera pris en étau entre les professionnels, ses valeurs professionnelles, son éthique et l'injonction de la direction. C'est pourquoi, il semble plus complexe pour le cadre de permettre l'implication réelle des soignants. Cela peut entraîner un regard péjoratif de la part de l'institution car le cadre de santé n'est pas capable de mener une sortie de crise avec son équipe. Aussi sa position de manager peut devenir réductrice car, comme il représente l'autorité aux yeux de ses collaborateurs, il devient alors responsable de la crise. Néanmoins, cette situation comporte un certain avantage pour le manager : il devient à son tour « *victime collatérale* » de la décision institutionnelle, tout comme les soignants. En ce qui concerne cette thématique, il existe un autre scénario, celui de la crise née d'une situation dramatique. Dans ce cas, je remarque que le cadre est en position de force. Il peut aider, apaiser, accompagner les soignants. Il peut même dans certains cas créer des liens forts avec les collaborateurs. Les émotions sont partagées ensemble telle une famille. Mais attention, le cadre ne doit pas entretenir cette dynamique sous peine de rendre les soignants incapables de prendre une décision et dépendants du manager. Tout est histoire de dosage, c'est tout l'art du management.

Pour les aides-soignantes je note que le fait d'être guidées par le cadre de santé semble être profitable. En effet, l'une d'entre elle estime que c'est au cadre de décider et aux soignants de rester dans leur cœur de métier. Le leadership semble donc leur convenir puisqu'il devient dans la tempête seul capitaine à bord tout en maintenant le cap. Mais je remarque aussi que dans une période de crise les soignants exacerbent leur besoin de soutien et de protection. Cependant je reste mesurée et ne peux faire de conclusions hâtives au regard du petit nombre d'entretiens réalisés.

4.2.3. La relation hiérarchique

La relation hiérarchique est selon la cadre de pôle (E7) « *une relation de supérieur à subordonné. Le supérieur a autorité sur le subordonné* ». Je m'interroge sur ce lien entre professionnels. Peut-il, malgré la relation hiérarchique, exister une collaboration ? Pour rappel selon le CNRTL, la collaboration est le fait de « *participer à l'élaboration d'une œuvre commune*. Cependant, la directrice des soins rencontrée (E8) la définit comme un « *Partenariat direction- encadrement. Il y a la direction et le comité de direction qui correspond au directeur des soins infirmiers, à l'encadrement des soignants, des cadres sup, cadres, et puis il y a le personnel administratif, le logistique, le technique. Parfois quand il y a un problème il y a surtout un dysfonctionnement entre deux entités. C'est là que le directeur doit connaître tous les métiers. L'organisation par pôle a beaucoup modifié les hiérarchies.* » (E8 ligne 2-7). Dans cette définition, elle compare la collaboration à un partenariat entre le pôle direction et l'encadrement. Elle ne met pas en avant la collaboration avec les professionnels des unités. Elle exprime bien le fait que le directeur doit avoir connaissance de toutes les professions pour pouvoir définir les missions de chacun et comprendre les dysfonctionnements organisationnels. En ce qui concerne les réorganisations des établissements par pôle, « *cela a permis pour chaque cadre de proximité d'avoir un interlocuteur privilégié pour exprimer des difficultés. Avant lorsqu'un cadre de proximité avait un problème, il n'osait pas toujours en parler directement à la direction des soins.* » (E7). Pour cette personne, la construction par pôle semble favoriser l'échange et l'accompagnement et la communication des cadres face aux difficultés.

4.2.3.1. La présence physique de la direction permet la reconnaissance de la crise

La présence physique de la direction dans les unités en situation de crise semble être plus confortable pour les cadres. Prenons l'exemple de E4 qui parle du directeur des soins de son établissement « *ça l'a touché il est venu le jour même dans le service pour échanger avec moi mais aussi avec l'équipe, il n'était pas bien le grand Gérard* » (E4 ligne 77-78). « *Mais*

n'empêche qu'il a réussi à faire naître une proximité entre la direction et les services. Ce drame est devenu fédérateur. » (E4 ligne 81-82). Pour E5, la direction a permis d'appuyer ses demandes de changement « *Fort de ça et du soutien de la direction et ça ce n'est pas rien. Euh voilà la direction confortait mes choix, cela m'a permis d'être plus forte.* » (E5 ligne 48-49) « *Tout ce qu'on a mis en place a été suivi par le DRH. Le binôme cadre DRH était là il était présent, voilà. J'aurais été entre la direction et l'équipe euh j'aurais eu beaucoup de mal. Mais l'équipe a bien vu notre collaboration entre moi et le DRH. Ils ont bien vu que nous parlions d'une même voix.* » (E5 ligne 52-55). Pour rappel cette cadre a vécu deux situations de crise, l'une où elle a eu le sentiment d'avoir été instrumentalisée par la direction et l'autre où elle a bénéficié d'une réelle collaboration.

4.2.3.2. Les limites de la présence de la direction dans les services

Comme dans toutes situations il existe des limites. Pour les aides-soignantes interrogées, certaines initiatives de la direction ont été mal interprétées. Prenons l'exemple cité par E3, la direction a souhaité rencontrer l'équipe à distance des événements sans donner le motif de leur venue. E3 estime « *C'est un peu nul parce qu'ils auraient dû l'annoncer comme cela on est plus des bébés. On a des fois l'impression d'être prise pour des idiots. C'est bien qu'ils soient venus mais je pense que de l'annoncer ainsi « nous venons vous voir pour parler des événements survenus dans votre service » là oui, j'aurai plus compris et apprécié. Mais après je me dis s'ils l'avaient fait ils auraient reconnu qu'il y avait eu un dysfonctionnement et ce dysfonctionnement là ils en sont un peu responsables.* » (E3 ligne 8-13). Je trouve très intéressante l'analyse de cette aide-soignante car elle se rend compte que la direction possède une véritable stratégie de communication mais estime qu'elle n'est pas suffisamment explicite pour que tous les professionnels la comprennent. E3 continue avec l'argument de la transparence. En effet à ce sujet la soignante est bien consciente que si la direction officialisait sa venue sur le thème du comportement anormal des deux soignantes, elle en prendrait une partie de la responsabilité, cela voulant dire que si les professionnels sont devenus « *inadaptés* », c'est à cause de l'institution.

4.2.3.3. La collaboration outil de la sortie de crise

A ce sujet E8, verbalise « *La stratégie de la direction des soins doit être établie ensemble avec les cadres de santé et les cadres de pôle.* » (E8 ligne 8-9). Cette phrase me fait dire que la collaboration est essentielle au bon déroulement d'une sortie de crise. E8 estime que « *Le travail en équipe, c'est quelque chose d'extraordinaire, chaque groupe doit bien fonctionner. L'équipe de direction doit être connue et visible. Il doit exister un lien entre DRH (Direction des*

*Ressources Humaines) et DSI (Direction des Soins Infirmiers). S'il existe une non complicité les choses deviennent compliquées. » (E8 ligne 19-22). Cette phrase me renvoie à la situation décrite par E4. Ainsi, lors du décès du fils de l'infirmière, la direction est venue dans l'unité. De même, lors du retour de l'infirmière, la cadre de pôle et le directeur des soins étaient physiquement présents. Cependant, la cadre a jugé que leur présence n'était pas nécessairement obligatoire. En effet, cela rendait les choses très officielles alors que la soignante souhaitait probablement un retour discret. Pour E8 « *dès qu'il y a une grosse tension dans une unité, il ne faut hésiter à se déplacer pour rencontrer les soignants. Cela permet de transmettre l'information à tous au même moment. Cette rencontre je l'organise avec le cadre je n'arrive pas comme ça sans prévenir.* » (E8 ligne 122-125). Cette stratégie permet aussi d'éviter la propagation de rumeur ou la désinformation.*

4.2.3.4. L'isolement du cadre face à une injonction institutionnelle

Je note des informations contradictoires lors de mes recherches. Il existe des cadres en difficultés car elles n'ont pas l'appui des cadres de pôle ni de la direction, comme E1 « *Euh le cadre de pôle, euh (ton réflexif puis rire) prend les informations. Euh, nuance certaines choses que l'on peut dire. Euh ça ça me gêne quand même un peu parce que c'est nous qui sommes sur le terrain et voilà et on a le droit au « oui mais, oui mais » et lorsque l'on parle d'agressivité des soignants, on nous dit « Oui mais » Quand on parle qu'il y a des impacts et qu'on parle beaucoup de risques psychosociaux.* » (E1 ligne 112-116) ou encore « *Ils sont épuisés et moi je fais remonter cela au cadre de pôle. Le cadre de pôle il prend ça de haut, il nuance les choses : on ne s'est pas donné assez de temps » encore quand on est sur le terrain, on la voit la souffrance du soignant.* » (E1 ligne 121-123). Dans cette situation, le manager est en réelle difficulté, il n'a aucune ressource. Au-delà de l'attitude du cadre de pôle, je remarque qu'elle n'a pas non plus le soutien de ses pairs en l'occurrence la cadre qui vit la même restructuration. « *Et bien normalement, je devrais avoir comme ressource ma collègue d'en bas puisqu'elle vit la même restructuration que moi.* » (E1 ligne 85-86). Lors de l'entretien j'ai souhaité que la cadre reformule ce qu'elle venait de me dire. J'ai donc posé la question suivante : « *Dans ce que vous dites je ne vois pas de collaboration entre vous et votre collègue ?* » (E1 ligne 109) à cela elle m'a répondu « *Non, aucune.* » (E1 Ligne 110). A ce moment de l'entretien, j'ai pris conscience du désarroi de la cadre. Un long blanc a fait suite où j'ai pu observer qu'elle avalait sa salive bruyamment et que ses yeux se sont humidifiés sans pour autant verser de larme. Par ses propos, j'ai ressenti la solitude du cadre de santé face à son équipe, mais aussi face aux cadres de pôle et de la direction des soins infirmiers. En revanche, la directrice des soins

interrogée a conscience de ce risque « *La direction doit permettre de rompre l'isolement des cadres dans une fonction qui isole de plus en plus. La direction doit trouver des thématiques pour motiver les cadres.* » (E8 ligne 17-18). Pour certains managers, cet isolement les mène au départ « *J'étais super mal je l'ai mal vécu mon équipe n'avait plus confiance en moi pourtant on travaillait bien ensemble mais ce n'était plus possible j'étais devenue, par l'intermédiaire de ces licenciements différente aux yeux de mon équipe. Euh ils avaient plus confiance, ils ne voulaient plus travailler avec moi.* » (E5 ligne 18-21). Dans des situations similaires, le cadre ne sait plus comment gérer son équipe et lorsqu'il interpelle ses supérieurs hiérarchiques, les réponses sont toujours les mêmes et ne contribuent pas à trouver de solution. Le cadre doit devenir le régulateur du problème et le médiateur entre l'équipe de soins et l'équipe de direction, afin d'éviter les clivages et les tensions entre les professionnels de secteurs différents. Néanmoins le cadre doit trouver la motivation suffisante pour jouer ce rôle auprès de l'équipe. « *Je vous incite à être réactif et à ne pas rester seule face à des difficultés* » (E8 ligne 66)

4.2.3.5. La collaboration avec les directeurs des soins infirmiers

Grâce aux données recueillies, j'ai pu développer ce sujet. E8 estime que pour qu'il y ait collaboration il faut aussi qu'une certaine hiérarchie soit respectée : « *Par contre si un cadre de santé me demande un rendez -vous je ne peux pas mettre de côté le cadre de pôle ou le directeur des ressources humaines de côté. Je suis obligée de le mettre dans la boucle. Parce que cela peut mettre en porte-à-faux le directeur.* » (E8 ligne 42- 45). Cette attention portée à la relation hiérarchique permet de mettre en œuvre une véritable relation de confiance entre les différents partis et ainsi une meilleure collaboration. Lors de cet entretien, j'ai souhaité savoir comment une relation pouvait exister au regard de la mobilité importante des directeurs. A cela E8 m'a répondu : « *On perçoit très vite les services qui ont des soucis, des problèmes. Pour les équipes je trouve que c'est beaucoup plus dynamique d'avoir un nouvel œil. On met un an pour mesurer tous les services. On met trois quatre ans pour créer une vraie dynamique.* » (E8 ligne 71-72). Cette dynamique est retrouvée dans une des situations décrites par E5. Au moment de son arrivée dans l'EHPAD, le directeur des ressources humaines arrivait aussi. Le trinôme cadre de santé-cadre de pôle-directeur des ressources humaines s'est construit très rapidement, même si, au regard de l'entretien, il semble qu'il y ait une vraie proximité entre le cadre et le DRH. Cela est peut-être dû au système de l'EHPAD. Néanmoins ce trinôme semble fiable et opérationnel et cela depuis la prise de poste de E5.

4.2.3.6. Les personnes ressources pour le cadre

Une personne ressource est une personne physique qui permet, de par ses conseils et son regard ou simplement par son écoute et son absence de jugement, de trouver une solution à une situation donnée. E4 estime être une personne ressource de par son expérience. Pour E5 son intégration dans l'EHPAD s'est bien déroulée. Elle a « *des personnes ressources comme le DRH mais aussi ma cadre de pôle qui avait bien cerné les difficultés de cet EHPAD* » (E5 ligne 65-66). Une personne ressource peut aussi être un pair. De fait, dans le cadre de mon expérience de faisant fonction, je pouvais parfois demander de l'aide à une collègue. En revanche, E1 estime qu'il n'existe pas de lien entre elle et la direction ou même avec la cadre de pôle. Cette situation peut alors devenir intenable pour le cadre.

Synthèse

Au regard des entretiens, je peux avancer que la relation hiérarchique doit être respectée pour permettre une collaboration entre les cadres et la direction, qu'elle soit des soins ou des ressources humaines. Ce respect permet d'établir une relation de confiance nécessaire au bon déroulement d'une situation de crise. La présence de la direction dans les unités lors de situation de crise permet d'apporter une certaine sérénité pour le cadre mais aussi de permettre une prise de conscience pour la direction de la réalité de terrain. De plus, pour les équipes la rencontre avec la direction est primordiale. Elle permet en effet de mesurer l'importance du problème mais aussi la reconnaissance de celui-ci. Si nous partons du principe que la direction ne se déplace que s'il existe un problème sérieux, cela peut devenir compliqué si la direction ne se présente pas. Pour les soignants, cela signifie que le problème n'est pas suffisamment grave pour que la direction se déplace. Pour le cadre, cela démontre qu'il n'a pas suffisamment convaincu la direction de sa problématique. Ce scénario peut mettre en difficulté le cadre et peut majorer l'isolement dans lequel il se trouve. Aussi, les soignants estiment que le motif d'une rencontre équipe-direction doit être connu afin qu'ils puissent préparer ce temps d'échange. Par ailleurs, malgré la mobilité importante dont font l'objet les équipes de direction, il semblerait que celle-ci soit capable de se rendre compte des services en difficultés. Pour finir, au regard des entretiens réalisés, la collaboration a pour finalité la fédération. Pour E8 ce qui fédère « *c'est le patient, les valeurs dans leur ensemble, le vivre ensemble, le collectif, le travail, le fait d'avoir un vie sociale, l'épanouissement mais aussi le projet.* » (E8 ligne 112-113). Cette phrase m'a permis de comprendre que pour la direction le but était la qualité de la prise en charge du patient. Même si je m'en doutais, j'ai apprécié qu'une directrice des soins me le dise. Je pense que cette phrase me reviendra dans mes prises de fonctions. De même, si les équipes

sont informées de ce but commun, je pense que les clivages entre professionnels peuvent alors être réduits.

4.2.4. La stratégie de communication :

La communication permet une relation entre deux interlocuteurs et un rapprochement qui entraîne la mise en action du ou de ces interlocuteurs. Dans le monde professionnel, la communication est importante. Je pense que l'écoute fait partie de l'acte de communication. En tant que cadres de santé, nous devons être vigilants à la hiérarchie, aux collaborateurs, aux collègues et aux familles. De ce fait, l'écoute est une qualité primordiale pour un cadre. Mais lorsqu'une perturbation vient à venir dans une unité, le rôle lié à l'information développé par Mintzberg prend tout son sens. En effet, il décrit trois rôles :

- l'observateur actif où le cadre reçoit et cherche des informations ;
- le diffuseur où le cadre transmet les informations ;
- le porte-parole qui permet au cadre de communiquer sur son organisation à l'extérieur.

Si je pose le postulat que le cadre de pôle ou la direction des soins sont considérés comme extérieurs au service, comment le cadre peut-il devenir le porte-parole d'une situation qui lui échappe ?

Au regard des informations recueillies, je peux observer plusieurs tendances.

4.2.4.1. La communication de crise favorise l'apaisement de l'équipe

Dans l'entretien E3, nous remarquons que la communication de la crise est quotidienne. Les choses sont reprises, rediscutées pour permettre de mieux la vivre ou de l'exorciser. E3 s'exprime ainsi : « *La cadre voulait qu'on communique ça c'est sur on a communiqué (rire). Parfois on pleurait car on se reprochait des choses, où bien ça nous faisait mal pour nos anciennes collègues d'être virées, on est humaines. Mais il y avait je pense une vraie stratégie de la part du cadre c'était la transparence.* » (E3 ligne 57-61). Cette phrase est très intéressante. Dans un premier temps, le fait de rire sur la communication montre que la situation a dû être reprise à de nombreuses reprises, mais cela me laisse entendre que les choses devaient être dites de manière familière. En effet, dans les équipes lorsque les choses sont difficiles il y a souvent l'humour qui s'immisce dans les périodes de trouble car cela permet un moment « d'échappement » face aux tensions quotidiennes des soignants. Puis elle analyse la communication de la cadre comme une stratégie de communication qu'elle qualifie de

transparente. La cadre informait son équipe de toutes les informations qu'elle pouvait recevoir de la part de la direction ce qui peut être confortable pour les collaborateurs. Cependant pour la cadre cela représente un véritable danger car elle peut être accusée d'avoir omis certaines choses. Toutefois, dans la situation citée par E3, la cadre n'est pas mise en cause a contrario de la direction. Pour E8, il faut « *repérer un message, un faisceau d'indices pour être très réactif* » (E8 ligne 57-58), cela permet la mise en place rapide d'une stratégie de communication opérationnelle. Ces éléments initiaux peuvent être des retards de prises en charges ou des conflits ou des alliances professionnelles qui ne sont plus présentes ou une certaine agitation du personnel.

4.2.4.2. Les difficultés de communication

Comme précisé dans le cadre théorique, communiquer sur la crise est primordial. Il est important de la nommer. Que ce soit un décès, un comportement inadapté ou une restructuration, il est important de maintenir le lien avec son équipe comme me l'explique E1 « *Je me suis dit si tu perds le peu de lien qui te reste avec cette équipe et bien, euh, tu seras toute seule.* » (E1 ligne 273-274). Elle m'informe que faire un point avec les professionnels quotidiennement semble être la meilleure attitude. Cependant, ces points quotidiens sont la reprise « *les règles du jeu* » (E1 ligne 255), ce qui ne correspond pas vraiment à un échange. Par contre, une fois par semaine, elle se donne du temps pour reprendre les choses avec les aides-soignantes « *alors que là en posant un temps déterminé je peux donner les informations* » (E1 ligne 268). E2 a un regard différent, elle estime que ce point quotidien est inutile : « *moi ce que je veux c'est deux bras de plus c'est pas le bilan de ma journée et pourquoi j'ai pas réussi, et pourquoi j'ai pas eu le temps de mettre l'isolement.* » (E2 ligne 22-23). Je constate qu'il existe un décalage entre, d'une part, le cadre qui souhaite écouter et accompagner son équipe et, d'autre part, l'équipe qui reste sur sa position de vouloir récupérer le poste supprimé. Cette attitude risque de rendre le travail difficile pour le cadre. En effet, si l'équipe ne communique pas, la cadre de santé ne pourra pas savoir comment les professionnels vont et comment ils évoluent par rapport à la situation. De plus, E2 est agacée par le fait que la cadre ne peut pas rendre compte de la situation face à la direction. Cela la gêne et elle estime qu'« *une cadre peut pas nous défendre ou exprimer ce qu'on vit. Moi je crois qu'elle ne veut pas nous défendre car elle a peur de faire des vagues* » (E2 ligne 34-35), alors qu'en réalité la cadre de santé interpelle presque quotidiennement la cadre de pôle. Finalement, il serait peut-être judicieux pour la cadre d'être transparente et de dire : « *Je communique tous les jours sur vos difficultés mais ils ne*

modifieront pas la restructuration ». Ce n'est toutefois pas si facile de reconnaître de ne pas être en mesure de faire changer d'avis la direction.

4.2.4.3. Informer la hiérarchie favorise la prise de décision collective.

Pour E4, en plus de la communication avec l'équipe, il y a eu aussi la présence de la direction dès le premier jour. Le directeur des soins a même pris la parole : « *Je m'engage personnellement à ce que toutes les personnes qui souhaitent assister à l'inhumation de Jean Baptiste puissent y être quitte à prendre un poste.* » (E4 ligne 78-80). Même si sa proposition ne semble pas adaptée, il a su créer une solidarité avec le groupe autour d'une situation de crise. De la même façon, la cadre de pôle restait en contact avec l'unité. Il y a eu un vrai partenariat entre équipe-cadre-cadre de pôle et direction des soins. Des aménagements d'horaires ont vu le jour pour permettre un retour de la professionnelle plus confortable. Cependant, je n'oublie pas de prendre en compte le fait que la cadre ne leur a « *pas vraiment laissé le choix* » (E4 ligne 98). Elle estime que cette situation est devenue fédératrice. Pour E8, il est important d'informer ses supérieurs des problématiques car elle explique cela que « *Les conflits ne s'arrangent pas tout seul. Il faut partager et se faire accompagner. Si les choses ne sont pas dites il existe un risque de souffrance pour les cadres et les soignants. Cela peut aboutir à des catastrophes humaines.* » (E8 ligne 45-49). En effet, lorsque je reprends ma situation de départ, je n'ai pas voulu ou pu communiquer avec ma hiérarchie. Sans me rendre compte de la cause, je me sentais mal, isolée, incomprise. Je ne dirais pas que je me suis sentie en souffrance mais je sais que cette expérience m'a marquée.

4.2.4.4. La rumeur peut conduire à des difficultés de communication.

Dans ce paragraphe je souhaite développer succinctement un thème qui est repris par l'entretien 4. La cadre de santé explique que peu de temps après son arrivée dans le service « *d'autres professionnels de certains services viennent confirmer la rumeur qui circule, je me fâche un peu mais je les informe, je préfère leur dire la vérité que d'entendre des bruits de couloirs dans tout l'hôpital.* » (E4 ligne 23-25). Je me permets de reprendre cette notion de rumeur car j'ai pu moi-même me rendre compte de la capacité de certains professionnels à propager des informations souvent fausses. Pour Libaert (2004, p.101) « *la rumeur est rapide et anonyme, elle offre à la personne qui la colporte un support de valorisation.* » J'imagine que certains professionnels informés de ce décès ont dû avoir un certain plaisir à divulguer cette information. En diffusant cette nouvelle, ils se sentent importants dans une équipe qui se prête volontairement au jeu. Je m'interroge donc, comment le cadre de santé peut-il construire une stratégie de communication si certains collaborateurs diffusent des mensonges ou des

suspensions ? Tout cela ne favorise pas le travail collectif et entraîne un certain « pourrissement » de l'ambiance de travail. Le cadre doit faire attention à ce que la communication de crise ne soit pas en crise.

4.2.4.5. Les outils de communication

J'estime que le but de ces outils est de permettre la régulation et l'évolution du groupe. Pour certains cadres, les outils peuvent être des tableaux affichés, des mails, des cahiers de transmissions. Pour ma part, je souhaite développer les temps d'échange collaborateurs-cadre-direction car je pense que le cadre doit rassembler un maximum de personnes. Je me rends compte que cela est plus facile dans les petites équipes. De plus, je pense qu'il ne faut pas donner un caractère obligatoire à ces moments, qui doivent rester au libre choix des professionnels.

4.2.4.5.1. Les débriefings temporisateurs de crises

Avant ce travail de recherche, je pensais qu'une fois un incident passé, il ne fallait plus en parler. A présent, je suis convaincue qu'après une crise, il est de la responsabilité du cadre de santé d'en parler, de mettre des mots sur ce qui s'est passé. Cela permet la remise en marche de l'équipe et de l'organisation dans un but commun : le patient. Cette méthode permet de discuter très rapidement d'une situation qui a posé problème ou au contraire qui a fonctionné. Elle a été reprise par E4 « *J'ai souhaité qu'on partage un moment de recueillement, un moment de respiration pour exprimer notre peine. Je me souviens que personne n'a beaucoup parlé mais nous étions là tous ensemble. Au bout de quelques minutes j'ai pris la parole, en pleurs, (se gratte la gorge) leur expliquant que malgré notre chagrin, il fallait que l'on soit présent pour les patients. Certains ont réussi à exprimer leurs peines pour leur collègue, pour d'autres c'était trop dur* » (E4 ligne 26-31). Ce moment permet une synchronisation de l'équipe autour d'un thème leur permettant de reprendre plus sereinement leur activité. Il permet ainsi au groupe de se recentrer et de rebondir. Le cadre a alors un rôle de régulateur. Cependant, le fait que cette communication soit informelle comporte un risque. En effet, le cadre ne peut aucunement estimer le temps dont le personnel aura besoin et que faire si les professionnels refusent de reprendre le travail ou sont en incapacité de le faire ?

4.2.4.5.2. Les réunions permettent le partage d'expérience

Dans tous les entretiens réalisés, la réunion semble être l'outil incontournable d'une gestion de crise. Ce mot est repris 9 fois dans l'ensemble des entretiens. Cependant, à l'inverse du débriefing qui se réalise « à chaud » la réunion est construite, préparée et voit le jour à distance

de la phase critique de la crise. Elle permet un certain confort pour le cadre ou l'équipe de direction qui établit un ordre du jour où les thèmes abordés sont « balisés ». Parfois il est demandé aux collaborateurs de préparer des questions, comme dans la situation décrite par E1 et E2, ce qui leur permet de mesurer la réactivité de l'encadrement face à des questions parfois « embarrassantes ». Pour la direction, il s'agit de donner la possibilité aux collaborateurs de jouer un rôle tout aussi important dans la réunion. De même, la cadre de pôle estime « *qu'il est nécessaire d'accepter qu'ils parlent de la hiérarchie et de l'institution. Ça leur donne de la force.* » (E7). Elle complète ses propos par le fait que « *ces réunions doivent être plus centrées sur l'expression du vécu du soignant.* » Elle ajoute que « *Ce temps de critique est souvent indispensable à la constitution du groupe et se fait avant de parler plus intimement du travail.* » Elle suggère que « *les problématiques institutionnelles d'un service sont souvent spécifiques de ce service. Il faut donc les résoudre au sein d'un groupe collaborateurs-cadre-cadre de pôle-DSI pour mieux aider le public.* »

Je trouve ces propos sur la communication de groupe intéressants. La cadre de pôle a conscience que les collaborateurs ont besoin de s'exprimer même de manière virulente. Pour elle, c'est un passage obligé pour construire une dynamique de groupe autour d'un problème. Cette remarque nous renvoie au rôle du passeur d'émotion développé par Thévenet (2009). Pour E8 ces réunions permettent que « *Les choses soient dites on se positionne quand même, cela diminue l'angoisse des professionnels. En résumé il faut avoir un objectif cible mais pas toujours la date qui est susceptible de changer.* » (E8 ligne 106-108). Elle exprime aussi que « *Le pire pour les soignants et les cadres c'est de ne pas savoir. Mais pour nous c'est difficile de communiquer même quand on ne sait pas et de dire aux personnels : par rapport à la semaine dernière il n'y a rien de nouveau. Mais il n'y a rien de pire de dire qu'on va faire quelques choses et de ne pas le faire. C'est mieux de dire qu'on ne sait pas que de ne rien dire car cela met les soignants dans le doute que l'on sait mais qu'on ne veut pas le dire. Vous suivez ?* » (E8 ligne 98-103)

Elle se rend compte que dans des situations de restructuration, il est angoissant pour les professionnels de ne pas connaître l'avenir. Par conséquent, elle préfère dire qu'elle ne sait pas que de ne rien dire. Elle souhaite être transparente dans sa communication.

4.2.4.5.3. Le comité des cadres, initiative pour anticiper la crise

Dans l'entretien 8, la professionnelle m'informe de la mise en place d'un comité de cadres. Celui-ci a « *lieu une fois par semaine.* » (E8 ligne 32-33) Son objectif est « *de partager au même moment des informations, les difficultés des autres pour trouver des solutions. Le but est que tous les cadres des différentes filières se connaissent. Le décroisement lors des gardes*

périodes où le danger de rupture est plus présent dans les organisations » (E8 ligne 33-37). Elle estime qu'il « existe un vrai problème d'anticipation pendant les gardes. Moi j'organisais des réunions préalables entre le cadre sup des urgences et les cadres de pôle et cadres de santé qui représentaient chaque pôle et un urgentiste et un ingénieur de garde et un administrateur de garde et directeur de soins ou représentant. On se réunissait et on anticipait les situations de tensions et de personnels » (E8 ligne 37-41). Ce comité est un outil que je trouve très intéressant et transposable dans tous les établissements. S'il existe une instance où l'on peut se confier sur ces difficultés ou sur des situations que l'on ne maîtrise plus, cela permet aux cadres de se sentir moins seul. De plus, je pense que ce comité a pour finalité une vraie culture de la gestion des risques. Faire que la crise ne soit plus vécue comme un aléa mais comme une possibilité. Cependant E8 reconnaît ne pas avoir la solution à tout : « Parfois je prends des décisions où j'annonce mais d'autres fois j'écoute, je conseille mais je n'ai pas toujours de solutions et puis c'est pas toujours ce qu'on me demande Lorsque'une équipe est en deuil je ne peux rien faire pour apaiser leur chagrin je ne peux comme le cadre qu'écouter. » (E8 ligne 128-131). Cela démontre les limites de la gestion de la crise car parfois il n'y a pas de réponses. Par ailleurs, je pense que les soignants à certain moment ne souhaitent pas nécessairement des réponses mais de l'écoute.

Pour la cadre de pôle (E7), un temps hebdomadaire est mis en place pour reprendre les différentes informations. Elle estime que lorsqu'une cadre est en difficulté elle préfère la rencontrer « seule à seule ». Elle argumente cela par le fait que « dans la difficultés d'un cadre se joue régulièrement un problème personnel. Les cadres sont différents et cela rend la crise unique ». Lorsque j'analyse cela, je comprends que E7 préfère ne pas divulguer ces informations qu'elle juge personnelles et confidentielles. Cela m'interpelle tout de même, cette attitude me fait penser que le cadre doit se trouver encore plus isolé. C'est comme s'il n'avait pas le droit de divulguer l'information aux autres. Mais peut être que la démarche de E7 est de ne pas stigmatiser le cadre. Cela ressemble à une certaine protection du cadre vis-à-vis du regard de ces pairs. Pourtant, je pense, au contraire, que le fait de partager l'expérience permet de ne pas isoler le cadre, de dédramatiser la situation de crise et in fine de rechercher des solutions collectives.

4.2.4.6. L'expression des émotions dans les situations de crises

Lors de mes entretiens, j'ai remarqué que les émotions sont plus facilement exprimées lorsque les individus rencontrent des difficultés. Les réactions sont personnelles et plus ou moins maîtrisées. Au travers des données recueillies, je peux dire que les interviewées ont eu des

moments de bouleversements et des moments où l'émotion était si forte que les larmes venaient (E4 ligne 29 et 31). De la même façon l'aide-soignante de l'entretien numéro 2 exprime que sa cadre « *pleurait et là l'infirmière elle s'est mise à pleurer aussi [...] mais je crois que le fait que notre cadre pleure ça a pour ma part mais je crois aussi pour d'autres ça l'a rendu humaine, plus proche de nous* » (E2 ligne 73-75). Selon Carl Rogers ⁶⁵ (2009), les émotions exprimées sans retenue sont souvent accompagnées d'un sentiment de culpabilité mais lors de mes entretiens, aucunes professionnelles n'ont exprimé de gêne par rapport à la gestion de ses émotions. L'émotion était assumée.

Lors du premier entretien, j'ai remarqué que certains propos étaient difficiles à verbaliser. Les mots étaient choisis un à un. La cadre de santé cherchait à être la plus respectueuse dans son discours vis-à-vis des représentants syndicaux.

Alors que pour E6, l'entretien fut complexe. Les propos recueillis semblaient lui renvoyer une certaine violence. Mes questions semblaient le gêner. Je la sentais apeurée à certains moments et puis à d'autres elle se sentait plus à l'aise dans ses propos.

Je note aussi que les rires ont eu leurs places. Parfois, il s'agissait de l'expression d'une gêne comme E1 et son rapport avec sa collègue. Pour d'autres comme E4, son rire communicatif est le reflet d'une situation cocasse. Par exemple, lorsqu'elle imagine le directeur des soins reprendre un poste infirmier, se remémorer la scène lui occasionne un rire. E5 rit beaucoup pendant l'entretien (9 reprises). Il s'agit de l'expression de situations qui, je pense au départ, l'ont blessées. Je dirais donc que le rire est un mécanisme de défense face à une situation qui lui a échappé. Pour E8, son rire exprime la solitude des directeurs des soins infirmiers (E8 ligne 134-135). Pour E5, le rire était plutôt l'expression de la compréhension d'une situation. En effet, au fil de notre entretien, elle s'est rendue compte d'une stratégie de l'institution et cette découverte l'a fait rire.

Cependant aucune ne dit partager un rire ou une situation drôle avec son équipe. Ce phénomène est peut-être à explorer. Dans mes différentes expériences, j'ai toujours aimé rire avec l'équipe. Je pense que cela permet de « *lâcher la pression* » à des moments où le travail est dense et complexe. Cela renvoie aux écrits de Thévenet (2009) et sa théorie sur le cadre de santé comme passeur d'émotions : le manager grâce aux émotions des soignants en retire du positif pour

⁶⁵ Carl Rogers est un psychologue humaniste américain. Il a principalement œuvré dans les champs de la psychologie clinique, de la psychothérapie.

permettre la sortie de crise. Son rôle ne doit pas être de gérer ces émotions mais plutôt de les recevoir.

Synthèse

La communication dans une période de crise est importante. Elle engage le manager et l'institution. Dans les établissements de soins la culture est plutôt à l'orale. Malgré cela, il existe de nombreux outils de communication permettant de favoriser la gestion de la crise. Pour pallier cette oralité, je me rends compte que pour chaque temps d'échange des comptes rendus sont effectués permettant ainsi le marquage des décisions prises. Au regard des entretiens, je pense que communiquer sur la crise et ses causes sans les nier est essentiel pour garder le contrôle de l'information. En effet, lorsque le cadre ne communique pas, les professionnels interprètent les événements ou pire, ils inventent. Cette attitude entraîne l'apparition de rumeurs et la dégradation de l'ambiance. Cependant, j'ai conscience que des situations peuvent complexifier ce contrôle. Je prends l'exemple de E1, qui communique peu car elle ne peut pas tout diffuser et ne se sent pas à l'aise avec la restructuration. Dans l'idéal, le cadre doit régler la situation de crise. Il existe différentes formes de rencontres pour que le cadre puisse accompagner son équipe. Néanmoins, il ne doit pas hésiter à se faire accompagner par ses pairs ou supérieurs. Pour cela certains établissements ont créé des comités de régulation ou bien des réunions d'encadrement. Ces outils permettent de définir une stratégie que le cadre devra mettre en place. Il s'agira le plus souvent d'un changement sur lequel le cadre œuvrera à communiquer. Pour terminer, je remarque que bien souvent les cadres communiquent pendant la crise mais rarement après. Pourtant il est intéressant de communiquer même quand la crise est en phase de cicatrisation.

Synthèse générale

J'ai pris beaucoup de plaisir à réaliser ces entretiens. Les rencontres avec d'autres professionnelles m'ont permis de prendre de la hauteur, d'avoir un autre regard sur des situations, mais aussi de faire preuve d'une ouverture d'esprit. Cependant, lors des premiers entretiens, j'ai eu des difficultés à me détacher des situations décrites par les soignants malgré une écoute active. Je reconnais que mes objectifs n'étaient pas clairement notés sur mon guide, aussi ce manque de rigueur a peut-être été la raison de cet accroc. Pour autant pour Blanchet et Gotman (2011) « *la clé de la méthodologie repose sur la technique d'écoute. Mais cette écoute*

ne suffit pas il faut des objectifs précis lors des entretiens » (p. 77). Grâce à cette analyse, je peux apporter des éléments de réponses à ma problématique ainsi qu'aux deux hypothèses exprimées au début du travail de recherche. Tout d'abord en ce qui concerne ma question de recherche :

Quelles postures managériales peuvent adopter les cadres de santé afin de gérer une crise survenue dans une unité de soins ?

Je m'interrogeais sur les postures managériales à développer pour pouvoir répondre à une situation de crise. Les données recueillies à l'échelle de l'échantillon mettent en avant trois tendances. La première est le management directif qui permet au cadre de garder le contrôle sur une situation qui lui échappe. Il devient décisionnaire sur tout. Ce rôle de gestionnaire lui permet d'obtenir des résultats factuels sur les indicateurs de son service. Cependant, ce type de management possède un effet pervers : il évite au manager de se confronter à la détresse de ses collaborateurs mais aussi de les écarter des décisions prises. Ils ne sont alors que des exécutants. Ce management ne peut pas être pérenne car il est important lorsque la crise est en voie de cicatrisation de mobiliser les équipes. La deuxième tendance est le management paternaliste selon Maïer. Tout comme le directif, le manager paternaliste prend les décisions sans toutefois souhaiter obtenir plus de pouvoir, mais plutôt pour protéger le personnel. Cette attitude paternelle, qui offre une sécurité aux collaborateurs, présente toutefois l'inconvénient d'infantiliser les professionnels. Le manager positionne ses collaborateurs comme des enfants entraînant une relation maître-élèves. La troisième tendance concerne le manager ayant un certain charisme permettant le développement du leadership. Le manager est vu par les collaborateurs comme le seul capable d'amener le collectif vers la sortie de crise. Grâce à ces entretiens, j'ai pu me rendre compte que la crise pouvait être comparée à un projet, avec une véritable conduite à mener. Il existe donc une phase préparatoire ou diagnostic, une phase de mise en œuvre et une phase d'évaluation. Aussi l'apprentissage par la crise est une piste à développer, en effet elle permet au professionnel de valoriser un événement parfois difficile à vivre et d'obtenir ainsi toute la reconnaissance de celle-ci par l'institution.

Ma première hypothèse proposait une piste provisoire à ma question de recherche : **La collaboration agents, cadre de santé, cadre de pôle et direction des soins est essentielle pour gérer la survenue de l'évènement sans le banaliser.** Au travers des nombreuses données recueillies, je peux affirmer que la collaboration apporte beaucoup aux différents professionnels. Plus que des solutions elle permet la verbalisation des difficultés. Elle permet également la mise en commun d'un travail de recherche de solution. La collaboration

décloisonne alors les différents services et permet des rapprochements utiles entre différentes unités ou secteurs. Elle est par ailleurs salvatrice pour des collaborateurs ou des managers en souffrance. Les données recueillies mettent en évidence l'importance de la qualité de la relation collaborateur-manager-direction pour repérer les tensions vécues par les professionnels. En effet, le fait de partager ses difficultés évite l'isolement des professionnels. Je pense que la situation de crise est l'affaire de tous même si son origine relève, parfois, d'un seul individu. La collaboration cadre-direction met en exergue cette appartenance à un établissement ayant un objectif commun : le patient. Aussi, le dialogue entre deux entités différentes (soins-administration) est plus que nécessaire, il doit être crucial puisqu'il permet de redéfinir les missions de chacun et rappelle le respect et la solidarité que chacun doit avoir pour l'autre. Ce partenariat permet de développer des stratégies collectives devenant des vrais outils pour le cadre qui se trouve paré pour d'autres situations. La relation hiérarchique devient alors saine et sereine et les professionnels se sentent reconnus dans leur difficulté. Je peux donc à l'échelle de mon échantillon confirmer mon hypothèse numéro 1.

Ensuite vient ma deuxième hypothèse : **la communication verbale, non verbale, formelle et informelle est primordiale dans la gestion de la crise.** Grâce aux données recueillies, je peux dire que la communication reste plutôt verbale et informelle dans la gestion de crise. Le cadre s'oblige et se doit de communiquer pour ne pas perdre le lien avec son équipe. Je remarque tout de même que la communication orale peut être maladroite et source d'interprétation pour les professionnels. Cependant, le cadre doit avoir conscience que l'absence de communication peut entraîner la propagation de rumeurs dans l'unité, voire même dans l'établissement. En revanche, les soignants peuvent avoir l'impression que la réactivité du cadre implique une envie de se débarrasser « *au plus vite* » du problème. Je note aussi que la forme informelle permet la verbalisation des émotions de la part des collaborateurs mais aussi du manager. Cela peut être dangereux pour le cadre s'il se trouve dans l'incapacité de mener la réunion ou le debriefing. En effet, les soignants peuvent percevoir une fragilité et un sentiment d'incapacité du cadre à gérer la crise qui les touche. Cependant l'émotion a toute sa place du moment si elle est maîtrisée. En revanche, elle ne doit pas être utilisée comme instrument de contrôle ou de manipulation. Les données recueillies m'ont permis de prendre conscience de l'intérêt d'une communication méthodique, formelle, organisée. Celle-ci ne s'improvise pas et ne s'invente pas même si je pense que l'intuition du cadre de santé peut permettre de juger si le moment est le plus adapté. Néanmoins, les moments ou les lieux d'échanges doivent être choisis avec réflexion. Il me paraît en effet impensable d'effectuer un débriefing dans un couloir ou dans

mon bureau de cadre de santé. De la même façon, le caractère obligatoire n'a pas lieu d'être. Le cadre se doit de respecter la liberté de chacun. Les moments d'échanges doivent être annoncés aux personnels comme tels et doivent être dénué de tout jugement de l'ensemble des personnes présentes. L'expression de chacun permettra de mieux vivre le bouleversement vécu. J'ajoute aussi, qu'il est important pour le cadre d'être accompagné dans sa démarche. Nous communiquons tous mais nous ne sommes pas toujours des bons communicants. Par conséquent, il est utile et même recommandé, de prendre conseil auprès de ses pairs ou de ses supérieurs hiérarchiques pour être plus performants dans cet exercice difficile qu'est la communication de crise. Par les données recueillies je peux à l'échelle de mon échantillon confirmer cette hypothèse numéro 2.

Conclusion

Au travers de ce travail, j'ai pu mener une enquête approfondie sur une question afin d'en savoir plus. En effet, j'ai souhaité m'interroger sur le management du cadre de santé en situation de crise. J'ai pu me positionner en tant que chercheur afin d'établir le cadre théorique qui tente de définir les grands thèmes de ma recherche. Ce travail d'initiation à la recherche et l'ensemble de ma formation m'ont apporté une culture professionnelle. Par des rencontres, des enseignements, des lectures j'ai pu m'ouvrir professionnellement et sortir de ma zone de confort. J'ai pris le temps de m'arrêter, d'écouter et de comprendre des phénomènes nouveaux. Tous ces apprentissages ont contribué à ma mue professionnelle. Les centres de documentation universitaires m'ont permis de prendre conscience de l'existence de nombreux ouvrages concernant ma thématique. Cependant, j'ai mesuré que ce thème était peu développé en sciences humaines et encore moins dans nos organisations sanitaires. Ce constat m'a amené vers la science de gestion. Par les entretiens réalisés, j'ai pu aller à la rencontre de professionnel inconnus ou méconnus. Cette démarche m'a permis de « *grandir professionnellement* ». En effet, avant ma formation, je n'avais découvert que deux établissements, qui plus est, de petite taille. Pour moi, les centres hospitaliers universitaires ou de grandes tailles représentaient quelques choses de froid où les patients n'étaient que des numéros. Heureusement ces représentations se sont rapidement envolées. En effet, dès mon premier stage dans un CHU, j'ai pu me rendre compte de toute l'humanité des soignants des grands centres mais aussi des difficultés que j'ai pu moi-même rencontrer. Toutes ces rencontres me permettent d'avoir aujourd'hui créé un véritable réseau qui sera utile lors de ma prise de fonction. Cette année m'a également apporté sur le plan humain. J'ai construit avec l'aide de mes vingt-six camarades ma nouvelle identité professionnelle. Mais avant cela j'ai dû passer par ma « *déconstruction* » : mes certitudes se sont étiolées et mes avis ont été confrontés. Parfois certaines idées m'ont bousculé dans les représentations que j'avais de ma question mais cela fait partie de ce travail. De par la recherche hypothético déductive, j'ai pu recueillir de nombreuses informations sur le terrain par le biais d'entretiens auprès de cadres de santé et d'aides-soignantes. Mon esprit critique m'a permis de ne pas accepter les idées toutes faites, c'est pourquoi j'ai souhaité rencontrer une directrice des soins infirmiers et une cadre de pôle. Toutes ces rencontres m'ont permis de prendre de la hauteur et de me faire murir. J'ai énormément appris auprès de ces professionnels, au-delà de mon travail de recherche et certaines rencontres resteront inoubliables. Ce travail, c'est aussi mettre un point d'honneur sur la gestion des risques.

Comment le cadre peut-il maîtriser les risques humains ? Au regard de mon travail, je remarque que quel que soit la situation rencontrée le cadre de santé est toujours en première ligne, c'est à lui de porter l'équipe. En effet si je reprends les différentes situations décrites (suicide, décès, restructuration, maltraitances, problème économique) malgré l'origine diverse de la crise, elle suscitera toujours un bouleversement et une mobilisation des différents acteurs. Le positionnement du cadre de santé sera alors observé, interrogé, analysé et critiqué.

Dans certaines entreprises privées, comme les cliniques, les risques sont identifiés avec de véritables stratégies comme la création « *d'équipe de crise* » composées de trois types d'intervenants : scientifiques, décideurs et communicants. Comme le précise Pierre Barber⁶⁶, (2008) cette équipe doit « *inspirer confiance, être crédible, fiable et compétente* » (p.391). Par ailleurs, le modèle HRO High Reliability Organizations (organisation d'haute-fidélité) permet de mettre en place des procédures rigoureuses dans des entreprises où le risque maximal est quotidien (aéronautique). Les grands axes de ce modèle sont d'alerter, de comprendre, de s'améliorer, de corriger et de respecter les personnes qui ont conscience de la survenue d'un problème inattendu. Les entreprises ont pris conscience que des aléas pouvaient arriver.

Au travers de mes entretiens, j'ai pu mesurer que l'absence d'une organisation claire et connue à l'avance par les professionnels mettait en exergue les conflits internes des professionnels, l'instabilité du personnel et la place du cadre de santé. Pourtant, les cadres sont sensibles à la dimension humaine dans une situation de crise mais il s'avère que l'absence de formation ou de lieu de discussion peuvent majorer le stress du cadre. En effet, le cadre peut culpabiliser d'avoir mis en difficulté son équipe ou encore il peut tenter de dédramatiser la situation entraînant malheureusement une sous-estimation de la souffrance des soignants. Du point de vue de la gestion des risques, la mise en œuvre d'outils permettent d'éviter la répétition d'incidents. Cependant ils peuvent amener à une banalisation du problème en proposant des solutions toutes faites. Cette prise de conscience a posteriori est intéressante mais il me semble que les centres hospitaliers peuvent travailler sur le risque a priori. Aussi, il existe un document permettant de tracer toutes les risques que les professionnels peuvent rencontrer : le document unique annuel. Aussi le compte qualité mesure les dysfonctionnements et les non conformités d'un établissement, permettant ainsi de se rendre compte des difficultés potentiellement rencontrées par les professionnels dans les services. L'obligation de la déclaration de la

⁶⁶ Pierre Barber est consultant, enseignant de pôle santé

souffrance au travail dans le compte qualité permettrait peut-être un avancé sur ce point, tout en laissant des marges de manœuvre aux établissements.

Au-delà des rencontres, ces données collectées m'ont permis d'affirmer mes hypothèses. En effet, en situation de crise le cadre doit réguler et traiter le problème et faire intégrer le changement aux professionnels grâce au management. La communication verbale ou non verbale permet une sortie de crise plus rapide. Cette communication si elle devient institutionnelle, peut devenir une seule et même voix permettant au professionnel de se sentir entendu et reconnu. A ce propos, je m'interroge sur les groupements hospitaliers de territoire (G.H.T.). Je pense qu'ils peuvent se montrer pertinents face à une crise par le partage d'expérience. En effet, lorsqu'une difficulté est rencontrée par un cadre de santé, le GHT lui offre une quantité de ressources pour pouvoir mener à bien sa gestion, mais cela dépend de la communication qui s'instaure entre les différents établissements. Pour les professionnels aussi, le GHT doit leur être bénéfique. Il doit permettre une ouverture sur les autres centres et les autres professionnels. Parmi ces pistes, les formations communes permettront peut-être le développement et le partage de compétences. Cette collaboration inter établissement peut développer la compétence collective qui est une véritable richesse pour les établissements.

Ce temps de formation m'a permis de me reconstruire face à une situation dramatique qui m'avait heurté. Au cours de mon travail, j'ai eu connaissance d'un nouveau suicide dans mon établissement. Une infirmière en burn out depuis 6 mois s'est en effet jetée d'un pont après une semaine de reprise de travail. Cependant, j'ai noté une grande importance accordée par la direction à ce sujet. De ce fait, chaque professionnel a reçu un mail annonçant, d'une part, le décès de la collègue en précisant que tout laissait penser à un suicide et, d'autre part, la mise en place d'une cellule psychologique dès le lendemain de l'évènement. Je remarque l'évolution de la démarche de la direction, peut-être s'était-elle rendue compte que la prise en charge du décès de la première soignante était insuffisante.

Etre cadre de santé, c'est aussi mesurer la responsabilité de chacun dans la difficulté, avec une équipe prête à changer de culture. Je note que l'apparition d'émotions telles que la tristesse ou la colère, est adaptée, en n'oubliant pas que dans les unités de soins nous rencontrons beaucoup de sourire et nous partageons beaucoup de rire. Aujourd'hui, je mesure la gravité de mon sujet d'étude, pour lequel j'aurai peut-être pu apporter plus d'optimisme mais il m'a permis de mesurer l'importance de mon rôle dans une équipe et de la responsabilité du poste. J'ai pris conscience de mes forces mais aussi de mes difficultés. Je sais à présent quelle cadre je souhaite être. Je veux être une cadre honnête avec elle-même, bienveillante avec son équipe travaillant en

collaboration avec la hiérarchie mais aussi avec l'équipe médicale. Je souhaite mettre en avant mes valeurs qui sont le respect, l'équité et l'exemplarité. Je veux donner du sens à mon travail mais aussi donner du sens au travail des autres. En effet, il me permet important de reconnaître le travail des collaborateurs pour permettre leur implication dans le service. A ce sujet Paule Bourret⁶⁷ s'exprime ainsi « *Reconnaître le travail de l'autre, c'est montrer que son travail a de la valeur et éviter ainsi qu'il ne se démobilise* » (2011, p. 82). J'ai conscience des difficultés qui m'attendent même si je ne peux pas toutes les mesurer. Néanmoins, cette formation m'a apporté une culture de la maîtrise des risques, une connaissance de l'environnement qui m'entoure et des outils me permettant de faire face. Je peux au regard de mon travail prendre conscience que je n'avais pas mesuré certaines difficultés ou certains enjeux comme l'importance du management. En effet, pour moi manager relevait essentiellement de l'intuition. Il s'agissait de ressentir les choses et repérer des indices laissant penser que la tension n'était pas loin. Grâce à ce travail, j'ai pris conscience de l'intérêt de la maîtrise du management. Il doit être adapté à la situation rencontrée pour pouvoir être un vrai partenaire pour l'équipe au quotidien. J'ajouterai aussi la gestion des émotions du cadre de santé que j'avais minimisé. J'ai apprécié dans ce travail le fait que tous les professionnels centrent leur travail autour du patient, en s'oubliant parfois. Par ailleurs, l'éthique professionnelle est importante et doit nous aider dans nos choix et décisions quotidiennes.

L'ambiance de travail est aussi importante, il faut valoriser les instants agréables en donnant de la place à la créativité du groupe à travers des investissements plus personnels, des recherches ou des animations. Mais cela n'est possible que s'il existe des espaces et du temps pour se rencontrer et de tout faire pour créer une atmosphère qui y soit propice.

Je vous propose pour terminer ce travail deux ouvertures sur mon sujet de recherche. Dans un premier temps, je peux dire qu'il existe d'autres outils pour faire face à la crise comme les groupes de parole, les groupes d'analyse de pratique et les sociogrammes. Ces outils sont intéressants à condition que la hiérarchie donne du temps et de l'importance à la supervision du groupe. Comme le souligne Carré⁶⁸, (2016) « *On apprend toujours seul mais jamais sans les autres* » (p.1). Cette approche met en avant le rôle de pédagogue du cadre que je reconnais n'avoir que trop peu développé. En effet, lors d'un incident, le cadre peut évaluer la réflexivité dont fait preuve l'équipe soignante. De même, lors d'un événement similaire, dans une

⁶⁷ Paule Bourret est docteur en sociologie

⁶⁸ Philippe Carré est un universitaire, professeur des universités en sciences de l'éducation

approche socioconstructiviste les professionnels pourront apporter ensemble une réponse à la problématique rencontrée permettant le développement de l'autonomie et de nouvelles compétences mais aussi de murir professionnellement.

Dans un deuxième temps, je vous propose une réflexion sur le concept de résilience développé par Cyrulnik⁶⁹. Celle-ci est définie par Manciaux⁷⁰, (2001) comme «*la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* » (p17). Il appartient donc au cadre de santé de par sa posture managériale, d'apporter l'accompagnement nécessaire aux équipes pour permettre cette résilience.

⁶⁹ Boris Cyrulnik est psychiatre, neurologue et éthologue qui a développé le concept de résilience

⁷⁰ Michel Manciaux est professeur en Santé Publique et en pédiatrie sociale

Liste des références bibliographiques

Livres et Ouvrages :

- Aguilera, D. (1995). *Intervention en situation de crise Théorie et méthodologie*. Paris : InterEditions.
- Barjou, B. & Cohen, A. & Isoré, J. & Testa, J-P. (2003). *Réussir dans ses nouvelles responsabilités. Prise de fonction : mode d'emploi* (5^{ème} édition). Paris : ESF Editeur.
- Barus-Michel, J. & Giust-Desprairies, F. & Ridet, L. (1996). *Crises : Approche psychosociale clinique*. Paris : Reconnaissances Desclée de Brouwer.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2011). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : A.Colin.
- Bourret, P. (2011). *Prendre soins du travail : un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Edition S. Arslan.
- Bréard, R. & Pastor, P. (2004). *Gestion de conflits : la communication à l'épreuve* (3^{ème} édition). Paris : Edition Liaisons.
- Carré, P. (2016). *Apprendre par soi-même aujourd'hui. Les nouvelles modalités de l'autoformation dans la société digitale*. Paris : Archives Contemporaines.
- Crozier, M. (1970). *La société bloquée*. Paris. Seuil.
- Danvers, F. (2007). *S'orienter dans la vie : la sérendipité au travail*. Paris : Fayard
- Dejours, C. (1988). *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.
- Dionne, B. (2013). *Pour réussir. Guide méthodologique pour les études et la recherche* (6^{ème} édition). Montréal : Chenelière éducation.
- Eppling, D. & Magnien, L. (2011). *Quel manager êtes-vous ? Etalonnez vos pratiques*. (2^{ème} édition). Paris : Editions d'Organisation.
- Garel, G. (2003). *Le management de projet*. Paris : La découverte.
- Jaoui, G. & Gourdin, M-C. (2011). *Transaction : pratiquer l'analyse transactionnelle : exercices et cas*. Paris : InterEdition.
- Kissinger, H. (1982). *Les années orageuses*. Paris : Fayard.

- Lagadec, P. (1993). *Apprendre à gérer les crises*. Paris : Editions d'Organisation.
- Lagadec, P. (1993). *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*. Paris : Mac Grow Hill.
- Langendorff, F. (2009). *Petit précis de sciences humaines : psychologie, sociologie, anthropologie*. Rueil Malmaison : Edition Lamarre.
- Larose, S. & Fondaire, M. (2007). *Détresse psychologique en situation de crise*. Montréal : Les éditions Quebecor.
- Leboterf, G. (2011). *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*. Paris. Editions d'Organisation.
- Libaert, T. (2007). *Crises de 1 à 150* (3 ème édition). Paris : Editions observatoire internationales des crises.
- Libaert, T. (2004). *La communication de la crise*. Paris : Dunod.
- Marsan, C. (2008). *Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs*. Bruxelles : De boek.
- Mintzberg, H. (2010). *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. Paris : Editions d'Organisation.
- Ogrizek, M. & Guillery, J-M. (2000). *La communication de crise*. Paris : Puf.
- Robert, B. & Verpeaux, D. (1991). *Pourquoi et comment bâtir un plan de communication préventive*. Paris : Mc Graw Hill.
- Roger, C. (2011). *Psychothérapie et relations humaines : théorie de la thérapie centrée sur la personne*. Issy les Moulineaux : ESF
- Salomé, J. & Potié, C. (2000). *Oser travailler heureux : entre prendre et donner*. Paris : Albin Michel
- Séror, G. (2016). *Communication*. Paris : Dunod.
- Thevenet, M. (2009). *Manager en temps de crise*. Paris. Editions d'Organisation.
- Weiss, D. (2005). *Les ressources humaines*. Paris : Editions d'Organisation.

Support audiovisuel :

Lumet, S. (1957). *12 hommes en colère*. New York : The criterion collection.

Articles de revues :

Barbet, P. (2008). Gérer une crise ?. *Gestions hospitalières*, n°477, p. 391.

Jago, A. (1982). Leadership : Perspectives in Theory and Research. *Management science*, volume 28 (n° 3), p.315-316.

Manciaux, M. (2001). La résilience. Un regard qui fait vivre. *Revue Etudes*, Tome 395, p. 321-330.

Sitographie :

Collaboration. (s.d.). Dans *CNRTL*. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/collaboration>

Crise. (s. d.). Dans *CNRTL*. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/etymologie/crise>

Crise. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/crise/20526?q=crise#20415>

Dujardin, O. (2013). *Infirmière faisant fonction de cadre : pour faire quoi ?*. Repéré dans le site actusoins, section A la une, newsletter, vie professionnelle : <http://www.actusoins.com/18393/infirmiere-faisant-fonction-cadre-faire.html>

Institut français de l'analyse transactionnelle. (2017). *Les concepts d'origine de l'analyse transactionnelle*. Repéré dans le site ifat, section Les concepts d'origine de l'analyse transactionnelle- les besoins de base : http://www.ifat.net/besoin_base.php

Leader. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/leader/46518?q=leader#46441>

Loi relative à la politique de santé publique. (2004). Repéré à www.vie-publique.fr/.../loi-du-9-aout-2004-relative-politique-sante-publique.html

Manager. (s.d.). Dans *CNRTL*. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/etymologie/manager>

Management participatif. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022/locution?q=management+participatif#330109>

Travaux d'étude

Benkirane, K. (2003). *Apprendre à gérer les crises. Sociétés vulnérables-Acteurs responsables*. (Master of Business Administration). Université HEC- MBA Lausanne.

Enseignement universitaire

Brémaud, L. (2016). Le management. [cours]

Leboucher, C. (2016). L'entretien. [cours]

Poullain, O. (2017). L'Analyse Transactionnelle. [cours]

Table des matières

Introduction.....	1
1. De la question de départ à la question de recherche	2
1.1. Mon parcours professionnel	2
1.1.1. Mon expérience d’infirmière.....	2
1.1.2. Mon expérience de faisant fonction de cadre de santé.....	3
1.2. Ma situation de départ.....	3
1.3. Entretien exploratoire	6
2. Cadre théorique.....	11
2.1. La crise.....	11
2.1.1. Le déroulement de la crise	15
2.1.1.1. La phase préliminaire :	15
2.1.1.2. La phase aigüe :	15
2.1.1.3. La phase chronique :	16
2.1.1.4. La phase de cicatrisation :	16
2.1.2. Les typologies de crises	17
2.1.3. Le destin de la crise est-il toujours le changement ?	17
2.1.4. Les stratégies face à la crise	19
2.1.4.1. La phase réflexe :.....	19
2.1.4.2. La phase de réflexion :.....	19
2.1.4.3. La phase de conduite :.....	20
Synthèse :	20
2.2. Le management.....	21
2.2.1. Le management participatif ou management démocratique selon Lewin	21
2.2.2. La notion de leadership	23
2.2.3. Le management situationnel ou adaptatif	24
2.2.4. Le manager	25
Synthèse :	27
2.2.5. La posture managériale	27
2.3. Le manager dans la crise	27
Synthèse :	29
2.3.1. Le rôle d’accompagnement des équipes en temps de crise	29

Synthèse :	30
3. Méthodologie	30
3.1. Choix de ma méthode	31
3.2. La population étudiée	32
3.2.1. L'échantillon de recherche	32
3.2.2. L'échantillon des personnes interviewées.	34
3.3. Le choix de l'outil	35
3.3.1. La construction du guide d'entretien	35
3.3.2. Premier contact avec les interviewées.	35
3.3.3. Déroulement des entretiens	36
3.3.4. Les limites de l'étude	37
4. L'analyse et interprétation des entretiens de recherche	38
4.1. Critique de la méthodologie	39
4.1.1. Les limites de l'outil d'analyse	39
4.2. L'analyse thématique	40
4.2.1. La crise	40
4.2.1.1. La représentation de la crise pour les professionnels	40
4.2.1.2. L'origine de la crise	41
4.2.1.2.1. La crise à l'origine du changement	41
4.2.1.2.2. La crise est la conséquence du changement	41
4.2.1.3. Les différentes phases de la crise	42
4.2.1.4. Les conséquences de la crise	42
Synthèse	43
4.2.2. Le management	43
4.2.2.1. Le management directif favorise la prise de décision du cadre	43
4.2.2.2. Le management paternaliste favorise le secours des soignants :	45
4.2.2.3. Le leadership favorise l'implication des soignants	48
4.2.2.4. Le management de projet	49
4.2.2.5. L'apprentissage par la crise	51
Synthèse	52
4.2.3. La relation hiérarchique	53
4.2.3.1. La présence physique de la direction permet la reconnaissance de la crise	53
4.2.3.2. Les limites de la présence de la direction dans les services	54
4.2.3.3. La collaboration outil de la sortie de crise	54
4.2.3.4. L'isolement du cadre face à une injonction institutionnelle	55
4.2.3.5. La collaboration avec les directeurs des soins infirmiers	56

4.2.3.6. Les personnes ressources pour le cadre	56
Synthèse	57
4.2.4. La stratégie de communication :	58
4.2.4.1. La communication de crise favorise l'apaisement de l'équipe	58
4.2.4.2. Les difficultés de communication	59
4.2.4.3. Informer la hiérarchie favorise la prise de décision collective.	60
4.2.4.4. La rumeur peut conduire à des difficultés de communication.	60
4.2.4.5. Les outils de communication	61
4.2.4.5.1. Les débriefings temporisateurs de crises	61
4.2.4.5.2. Les réunions permettent le partage d'expérience	61
4.2.4.5.3. Le comité des cadres, initiative pour anticiper la crise	62
4.2.4.6. L'expression des émotions dans les situations de crises	63
Synthèse	65
Synthèse générale	65
Conclusion	69
Liste des références bibliographiques	74
Table des matières	78

Résumé

Toutes relations interhumaines peuvent amener une situation de crise. Le cadre de santé, de par son rôle de responsable d'équipe, se retrouve inéluctablement sur le devant de la scène.

Quelles postures managériales peut adopter le cadre de santé pour gérer une crise dans son unité ?

Ce travail d'initiation à la recherche, fondé sur la méthode hypothético-déductive propose des données qualitatives pour donner suite à cette question.

Ce mémoire démontre toute la complexité des réponses qui peuvent être envisagées.

Le cadre de santé de par sa relation « *intermédiaire* » entre les équipes de soins et l'équipe de direction doit être en capacité de développer des postures d'écoute, d'échange, mais aussi de collaboration avec ces différentes catégories de professionnels afin de co-construire les solutions de demain.

Mots clés :

Crise, Management, Communication, Changement, Collaboration