



Le binôme managérial médecin chef de service – cadre de santé : duo ou dualité ?

Sous la direction de Monsieur Emmanuel DENUAULT

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1ère année) « Economie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Economie Sociales »

Delphine BEAUDOUVI
Promotion Uderzo **2021-2022**
Date du Jury : **juin 2022**



Le binôme managérial médecin chef de service – cadre de santé : duo ou dualité ?

Sous la direction de Monsieur Emmanuel DENUAULT

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1ère année) « Economie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Economie Sociales »

Delphine BEAUDOUVI
Promotion Uderzo **2021-2022**
Date du Jury : **juin 2022**

Remerciements

Par ces quelques lignes, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ce travail :

Monsieur Emmanuel DENUAULT, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement tout au long de ce travail et pour sa capacité à me rassurer dans les moments de doute.

L'ensemble des formateurs de l'IFCS Sainte Anne, pour leur accompagnement pédagogique, ainsi que M. SALAUN enseignant à l'université Gustave Eiffel pour ses conseils et ses encouragements tout au long de cette année.

L'ensemble des professionnels rencontrés lors de l'élaboration de ce travail, pour la richesse de nos échanges.

Mes compagnons de la promotion Uderzo et plus particulièrement Nadia, Charlotte, Nathanaël, Pierre et Leila pour leur soutien, leur écoute et leur positivité.

Fabienne, ma relectrice des premiers jours, ainsi que mes amis et ma famille pour leur aide et leur soutien tout au long de cette année. La réalisation de ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans eux.

Liste des sigles utilisés

APEC	Association Pour l'Emploi des Cadres
CDS	Cadre de Santé
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FFCDS	Faisant Fonction de Cadre de Santé
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire
HDJ	Hôpital De Jour
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
Loi HPST	Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire
MCS	Médecin Chef de Service
PM	Personnels Médicaux
PNM	Personnels Non Médicaux
SPDT	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
USC	Unité de Soins Continus
USIC	Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

Table des matières

INTRODUCTION	3
PREMIERE PARTIE : la situation d'origine, du cadre conceptuel vers la recherche de données empiriques.	5
1 La situation à l'origine du questionnement	5
2 La situation dans son contexte	8
2.1 Organisation de l'offre de soins	8
2.2 Les missions d'un chef de service	10
2.3 Les missions du cadre de santé	10
2.4 La hiérarchie à l'hôpital	11
2.4.1 La liaison hiérarchique	12
2.4.2 La liaison fonctionnelle	12
3 Que dit la littérature : le cadre conceptuel	13
3.1 Hiérarchie et autorité, une question de pouvoir ?.....	13
3.2 La dynamique de groupe	16
3.2.1 L'individu et l'acteur	16
3.2.2 Le groupe vers l'équipe	17
3.3 La conduite de changement.....	20
3.3.1 Définition du changement	20
3.3.2 Typologie de changement.....	22
3.3.3 Le processus de changement	22
3.3.4 La résistance au changement	24
3.3.5 Les écueils à éviter	25
3.3.6 La régulation.....	26
4 Que dit le terrain : de la recherche de données empiriques, par les entretiens exploratoires, à l'émergence de la question de recherche	28
4.1 Les entretiens exploratoires.....	28
4.2 Évolution du questionnement vers la question de recherche et les hypothèses	30

DEUXIEME PARTIE : Confrontation de la théorie à la réalité de terrain.....	32
5 Présentation de la méthodologie d'enquête	32
5.1 Choix de la méthode d'enquête	32
5.2 Choix de la population enquêtée.....	32
5.3 Accès à la population.....	33
5.4 Présentation de la population.....	33
5.5 Chronologie de l'entretien	34
5.6 Conditions de réalisation	34
5.7 Limites du travail.....	35
6 Analyse thématique des résultats d'enquête.....	35
6.1 La transformation organisationnelle, de quoi parle-t-on	36
6.1.1 L'origine du changement, pourquoi changer ?	36
6.1.2 Les coalitions dans le changement, quelles sont les alliances ?.....	37
6.2 Le management du changement : un défi à relever	39
6.2.1 Manager, c'est savoir s'adapter ?.....	39
6.2.2 Accompagner et piloter, quels en sont les outils ?.....	41
6.3 L'équipe face au changement, un difficile équilibre entre freins et leviers	44
6.3.1 Quels sont les leviers ?.....	44
6.3.2 Où se situent les freins ?	46
6.4 Les relations entre le cadre de santé et le médecin chef de service.....	48
6.4.1 L'autorité, une question de partage ?.....	48
6.4.2 Qu'attendent les cadres de santé des MCS ?.....	49
6.4.3 Les cadres ont-ils connaissances des attentes de leurs MCS ?	52
6.4.4 Le binôme managérial de demain : duo ou dualité ?	54
7 Discussion autour des hypothèses	58
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63
Annexe I : Guide d'entretien semi-directif cadre de santé.....	I
Annexe II : Entretien semi-directif avec Franck.....	II
Annexe III : Entretien semi-directif avec Nassim.....	III

INTRODUCTION

Le travail présenté s'inscrit dans le cadre du Master 1 en « Economie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Economie Sociales » de l'Université Gustave EIFFEL de Marne la Vallée et de la formation à l'Institut de Formation des Cadre de Santé (IFCS), site Sainte Anne. En lien avec le module 3, « Initiation à la recherche », le mémoire concourt à l'obtention du diplôme de cadre de santé ainsi qu'à la validation du Master première année précédemment cité.

Les réorganisations hospitalières et leurs impacts sur le fonctionnement d'une équipe de soins ont empreint mon expérience de faisant fonction de cadre de santé (FFCS). C'est pourquoi aujourd'hui, je saisis l'opportunité d'explorer ce thème tant sous ses aspects conceptuels que concrets. Tenter de comprendre ce qui se joue au sein d'une dynamique d'équipe lors de changements organisationnels, portés à la fois par le cadre de santé (CDS) et par le médecin chef de service (MCS), m'anime particulièrement du fait de sa transposabilité à ma future fonction.

En effet, dans son référentiel de compétences, le cadre de santé peut être amené à conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche. Considérant la réorganisation hospitalière comme une conduite de changement, ce travail s'inscrit dans le champ du management.

Les fondations de cette recherche reposent également sur différents concepts appartenant à la sociologie des organisations et à la psychosociologie du travail. Par l'étude des dynamiques de groupe ainsi que des stratégies de pouvoir, j'espère rendre ma réflexion intelligible et faire évoluer mes compétences de cadre de santé en devenir.

Dans une première partie, j'exposerai la situation de départ qui m'a interpellée et par laquelle j'entre dans ce travail de recherche. Après quoi, le pronom « nous » sera utilisé afin de conserver une distance avec l'écrit. Puis, j'évoquerai le questionnement qui découle de ladite situation, la question de départ et je développerai les concepts qui y sont associés. Ensuite, une analyse des entretiens exploratoires sera proposée, menant ainsi à la formulation de la question de recherche et des deux hypothèses suivantes :

Dans un contexte de réorganisation hospitalière, en quoi les relations entre le médecin chef de service et le cadre de santé influent sur la dynamique d'une équipe soignante ?

Dans le but de répondre à cette problématique, ces deux hypothèses seront interrogées au cours de l'étude :

- Dans un contexte de réorganisation hospitalière, le cadre de santé joue le rôle de traducteur entre le médecin chef de service et l'équipe, renforçant ainsi la dynamique d'équipe. Cette coalition du binôme d'encadrement facilite la conduite du changement.

- Le headship du médecin chef de service prévaut sur le leadership du cadre de santé. Ainsi, dans un contexte de réorganisation hospitalière, la dynamique d'équipe n'est impulsée que par la seule voix du « chef institutionnel », qui est incarné par le MCS.

Dans une deuxième partie, je confronterai la théorie à la réalité du terrain, grâce aux entretiens menés auprès de cadres de santé. Ainsi, après avoir présenté la méthodologie d'enquête, basée sur la réalisation de huit entretiens semi-directifs, les matériaux recueillis seront analysés au regard du cadre théorique développé en première partie. Cette analyse thématique des résultats permettra d'ouvrir à une discussion concernant les hypothèses susnommées et les nouvelles interrogations que ce travail a pu faire émerger.

PREMIERE PARTIE : la situation d'origine, du cadre conceptuel vers la recherche de données empiriques.

1 La situation à l'origine du questionnement

Lorsque j'arrive en diabétologie en mars 2019, le service m'est présenté comme la vitrine de l'hôpital, une unité de référence, pilote dans la majeure partie des projets institutionnels tel que l'informatisation du dossier patient ou la mise en place du logiciel de brancardage.

Dès les premiers mois, je constate la forte cohésion de l'équipe pluridisciplinaire, que j'attribue alors à son ancienneté dans le service et au peu de turnover. En effet, les infirmières et les aides-soignantes font preuve d'une grande autonomie dans la gestion de leurs tâches et dans l'organisation du planning. Au quotidien, le travail s'effectue de façon sereine et enthousiaste. Elles font preuve d'une grande conscience professionnelle et de maîtrise de leur spécialité.

Toutefois, l'équipe subit une première situation déstabilisante au départ du chef de service en octobre 2019. Ce médecin, à l'origine de la création du service en 1991, laisse derrière lui un poste vacant, lieu de toutes les discordes au sein du corps médical et ayant des retentissements sur les non médicaux.

Un second évènement fait chanceler l'équipe. En mars 2020, l'établissement doit faire face, comme partout en France, à la première vague d'hospitalisations liée à la COVID-19. Dans un premier temps, le capacitaire passe de vingt-sept lits à quinze lits d'hospitalisation complète. Cette mesure est assortie d'un arrêt total des prises en charge en éducation thérapeutique et des consultations. Puis, l'unité COVID médecine interne ne pouvant plus absorber le flux de patients, la direction de l'établissement décide de faire permuter le service de diabétologie avec le service de gériatrie aigüe afin d'isoler au mieux ces patients fragiles. L'équipe médicale et paramédicale présente sur le week-end est contrainte de vider le service, soit en transférant les patients vers d'autres établissements, soit en renvoyant les patients chez eux afin que le déménagement puisse avoir lieu dès le lundi. À l'arrivée dans ce service, qui n'est pas le sien, l'équipe fait face et s'accommode de sa nouvelle fonction de médecine polyvalente. Or, la

situation sanitaire s'aggrave et je leur annonce que nous n'admettrons plus que des patients COVID. Après avoir amorti le choc et m'avoir fait part de leurs appréhensions, ces professionnelles se mettent rapidement en ordre de marche et définissent leurs organisations de travail. Elles sont à ce moment-là plus soudées que jamais et aucune ne fait défection.

Entre fin mai et début juin de la même année, le service de diabétologie a regagné ses locaux mais le capacitaire reste à quinze lits. L'une des plus anciennes collaboratrices de l'ancien chef de service accepte de reprendre la chefferie. C'est ici qu'intervient la troisième épreuve à laquelle doit faire face cette équipe. En réponse à l'obligation réglementaire de la loi Touraine, la direction de l'établissement demande à la nouvelle cheffe de service de mettre en place le "virage ambulatoire" sous quinze jours. Cette annonce suscite de l'anxiété face à la fermeture de douze lits d'hospitalisation. Tenant compte de ce contexte contraint, la cadre de pôle m'accompagne dans la réorganisation des activités et des effectifs de concert avec le chef de service et le chef de pôle.

Parce qu'il s'agit de la création d'une nouvelle activité, je suis totalement impliquée dans sa mise en place, au détriment du service d'hospitalisation que je considère jusqu'alors fonctionnel. Or, je n'ai pas mesuré l'impact qu'a eu l'extraction de trois professionnelles vers l'hôpital de jour (HDJ) dans la perte de repère du reste de l'équipe. En effet, je m'aperçois assez tardivement que la soustraction de ces agents et de leur expertise a mis en évidence les fragilités du reste de l'équipe infirmière.

En outre, la prise de poste de la nouvelle cheffe de service a grandement participé à ce que les infirmières doutent de leurs compétences et de leurs savoirs. Dans une volonté de faire bouger « *trente années d'immobilisme* », elle bouscule les habitudes de travail, remettant en question avec véhémence et acerbité les supports, la méthode, l'attitude ou l'organisation de l'équipe soignante. Si le fond de son discours est très souvent pertinent et légitime, la forme a des effets délétères sur l'équipe qui se sent harcelée. Seule ou accompagnée des autres médecins du service, je n'arrive pas à les rassurer quant à leur professionnalisme et leurs compétences. Les infirmières (IDE) n'entendent que le discours critique de ce médecin. En résulte un départ massif de l'équipe IDE de jour. Cette finalité me questionne encore aujourd'hui, je ne peux m'empêcher de me demander ce que je n'ai pas su voir, ce que je n'ai pas su comprendre.

Partant de cette situation, différentes questions s'imposent. Comment est intervenue la rupture du collectif ? Le CDS et sa hiérarchie sont-ils les seuls à la manœuvre dans la gestion d'une équipe de soin ? Qui détient le pouvoir dans le service ? A qui s'adresse l'équipe ? Quelles sont les interactions entre le cadre, les IDE et le chef de service ? Les jeux relationnels et les injonctions institutionnelles sont-ils un frein pour l'intelligence collective ? Comment le cadre de santé peut-il sauvegarder l'équilibre de l'équipe ? Comment préserver le sens et la reconnaissance dans un contexte mouvant ? Le binôme formé par le cadre de santé et le chef de service a-t-il des effets sur le collectif soignant ? Et si tel est le cas, le cadre doit-il prendre la place de médiateur au sein d'un service de soins ?

En somme, nous considérons ici que l'arrivée d'un nouveau chef de service, la création d'une nouvelle activité d'HDJ et la redéfinition du service d'hospitalisation complète, sont une réorganisation hospitalière ayant potentiellement des effets sur la dynamique collective. Cela nous amène donc à poser la question suivante :

En quoi une réorganisation hospitalière remet en question les dynamiques collectives au sein d'une équipe infirmière ?

Afin de mieux cibler notre objet de recherche et de définir un cadre théorique de référence, nous nous sommes engagés dans l'exploration du thème.

Dans cette partie, nous avons choisi de définir un cadre contextuel puis un cadre conceptuel faisant appel à plusieurs concepts tels que l'autorité, la dynamique de groupe et la conduite de changement.

2 La situation dans son contexte

Selon la DREES, au 31 décembre 2019, la France dénombre 3 008 structures hospitalières dont 1 354 appartiennent au secteur public. Au sein de ces institutions, 92 168 médecins, 263 247 infirmiers et 226 748 aides-soignants collaborent chaque jour. Afin de coordonner ces équipes, les établissements de santé s'appuient sur 17 364 cadres de santé. Le nombre de chefs de services hospitaliers n'est pas clairement défini, ils font partie des médecins précités.

2.1 Organisation de l'offre de soins

Depuis une trentaine d'année, les établissements hospitaliers vivent de profondes transformations qui ont des effets majeurs sur l'organisation et la culture managériale des établissements de soin.

Pour n'aborder que les plus récentes, la loi HPST de 2009 fait apparaître de nouvelles instances de gouvernance. Les prérogatives et responsabilités des directeurs d'établissements sont renforcées et élargies : ils possèdent dès lors les compétences anciennement échues au conseil d'administration et, pour gouverner, ils ne doivent se concerter qu'avec le directoire, dont ils sont les Présidents. La commission médicale d'établissement (CME), déchu de son pouvoir consultatif et dont la composition a été revue, perd le droit de donner des avis sur les recrutements médicaux et les finances. Les chefs de services n'y siègent plus.

Par ailleurs, la loi met en œuvre des pôles d'activités cliniques et médicotechniques ayant pour but de mutualiser les moyens afin de faire des économies sur les ressources (humaines, logistiques...). L'objectif est d'impliquer les médecins dans la gestion médico-économique de l'établissement. Le chef de pôle, nommé par le directeur, signe un contrat de pôle, définissant les objectifs et les moyens à mettre en œuvre en coopération avec le cadre de santé de pôle.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 rend obligatoire la constitution de groupements hospitaliers de territoire (GHT) ayant pour but de répondre aux difficultés de recrutement et de concurrence. Cette loi, dite Touraine, s'appuie sur la loi de financement de la

sécurité sociale pour 2015, afin d'instaurer le développement des prises en charge ambulatoire, en chirurgie comme en médecine.

L'ensemble de ces réformes successives a un impact indéniable sur les organisations et les architectures hospitalières. Pourtant, la loi Ma Santé 2022 offre de nouvelles perspectives grâce à l'élargissement des compétences de la CME. Les médecins participent à nouveau au pilotage des hôpitaux. En outre, les services retrouvent une place centrale dans l'organisation des activités de soins et du management de l'équipe soignante. C'est la promotion de la reconnaissance collective par la création d'un dispositif d'intéressement lié aux projets d'amélioration de la qualité de service. D'ailleurs, les compétences en management seront prises en compte dans la nomination des responsables médicaux.

Enfin, la loi Rist, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, vient conforter le rapport Claris. En effet, le professeur Olivier Claris, missionné par le gouvernement en décembre 2019, prône la mise en place d'un projet de gouvernance et de management, intégré au projet d'établissement, dans le but de favoriser les bonnes pratiques de communication et la participation de l'ensemble des professionnels. Il préconise également de donner plus de poids aux membres de la CME, en revalorisant leur place dans la gouvernance. Ainsi, dans cette loi du 26 avril 2021, il est mentionné :

« Les services mentionnés à l'article L. 6146-1 constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, [...] ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail. Ils sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé. [...] Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement. [...] Le chef de service et le cadre de santé organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service ».

Au regard des attentes de la loi vis-à-vis des chefs de services et des cadres de santé, il nous semble important de définir les missions et rôles de chacun.

2.2 Les missions d'un chef de service

Il n'existe pas de fiche métier pour les médecins chefs de services. C'est pourquoi, nous nous sommes arrêtés sur une fiche de poste créée par l'association pour l'emploi des cadres (APEC) qui nous semble assez exhaustive. Dans ces activités principales, se retrouvent :

- L'organisation et la coordination du service d'un point de vue strictement médical : rédaction du projet de service, coordination et évaluation de l'équipe médicale, suivi de l'activité du service, organisation de la prise en charge des patients, etc.
- Le suivi de la prise en charge des patients : rédaction de protocoles médicaux, mise en place et suivi d'indicateurs qualité, etc.
- Les relations externes et la promotion : développement du maillage avec les réseaux partenaires.
- La participation au comité de direction.
- La conduite d'actions de formation d'étudiants en médecine et de recherche.

La collaboration entre le CDS et le chef de service ne semble pas évidente au regard des missions de celui-ci. Sans être tout à fait claire, elle pourrait être évoquée par la « coordination des soins du service avec l'ensemble des professionnels de l'établissement » (APEC). Mais qu'en est-il des missions du cadre de santé ? Nous allons donc nous arrêter sur le référentiel de la profession.

2.3 Les missions du cadre de santé

Dans le document de travail de la DGOS (2012), intitulé Diplôme de Cadre de santé, le rôle du CDS est défini selon un référentiel d'activités et de compétences déclinées comme suit :

- « Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées : [...], coordination des parcours de soin, coordination des interventions des différents acteurs. Coordination avec l'équipe médicale et avec les différents acteurs internes et externes en lien avec l'activité du service. Echanges et entretiens avec tous les acteurs concernés dont les patients et leur entourage. [...]. Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles. Communication et échanges avec les

membres de l'équipe : communication sur le projet de la structure, communication sur les performances collectives, [...] ».

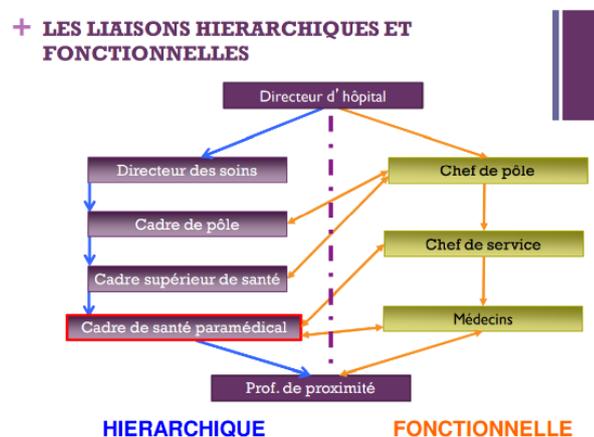
- « Animation de la démarche qualité et gestion des risques : mise en œuvre de la démarche qualité et d'une démarche d'amélioration continue en fonction de la politique de la structure et en lien avec l'ensemble des acteurs concernés ».
- « Mise en place et animation de projet : définition du projet en collaboration avec les professionnels concernés. Information et communication sur le projet. Conduite et coordination d'un projet dans son champ d'intervention. Développement de partenariats externes et internes [...] » (DGOS, 2012).

Ici se dessine plus nettement la collaboration entre les cadres de santé et les médecins, qu'ils soient nommés « acteurs concernés » ou « pluriprofessionnels ». Comment s'organise alors la hiérarchie au sein d'un service de soin ? Entre pouvoir et autorité, qui détient les clés du management opérationnel ? La réponse se trouve peut-être dans l'organigramme de l'institution hospitalière.

2.4 La hiérarchie à l'hôpital

Au sein d'une structure hospitalière et plus précisément dans un service de soin, l'organisation est à la fois hiérarchique et fonctionnelle, comme l'illustre l'organigramme ci-dessous :

Figure 1 : Les liaisons hiérarchiques et fonctionnelles



Source : Jérôme Chevillotte. Coordonnateur général des soins. Hôpital de Nanterre-EPS Roger Prévot. Cours sur la responsabilité juridique du cadre de santé. 25 novembre 2021.

2.4.1 La liaison hiérarchique

Elle est juridique. Dans la loi n°83.634 du 13 juillet 1983, article 28, relative aux droits et obligations des fonctionnaires, il est stipulé que celui-ci "doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public." Un refus d'obéissance est considéré comme une faute professionnelle. L'obligation de respecter les lois et règlements, d'accepter le contrôle et de faire preuve de loyauté dans l'exercice de ses fonctions sont concomitants à la subordination hiérarchique.

Une structure hiérarchique suppose une ligne directrice claire quant aux orientations données par le manager vers les catégories d'exécution.

2.4.2 La liaison fonctionnelle

Elle signifie qu'un subordonné peut à la fois recevoir des ordres de son supérieur hiérarchique et de toute personne remplissant une fonction, dans le cadre institutionnel, permettant le bon fonctionnement du service par exemple. Ceci, sans qu'il y ait pour autant un lien hiérarchique entre eux.

Ainsi, l'organigramme ci-dessus met en évidence les interactions entre médecin chef de service-CDS et professionnels de proximité. Pour Robert Holcman, dans l'article *Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir*, les relations hiérarchiques sont souvent associées aux qualités personnelles supposées du supérieur ou à d'autres concepts tels que le pouvoir et l'autorité (Holcman, 2009, p. 68).

C'est à ce motif qu'il faut maintenant confronter les relations hiérarchiques aux analyses de pouvoir.

3 Que dit la littérature : le cadre conceptuel

3.1 Hiérarchie et autorité, une question de pouvoir ?

L'autorité est une forme de pouvoir qu'Henri Fayol, dans son œuvre *Administration industrielle et générale* (Fayol, 1916, p. 21-25), décrit comme suit :

- Le concept d'autorité, qu'il définit comme « le droit de commander et le pouvoir de se faire obéir ». Il détermine l'autorité du chef par son statut associé à la mobilisation personnelle de son expérience, de ses savoirs, de son intelligence et de son « don » au commandement.
- L'unité de commandement selon laquelle « Pour une action quelconque, un agent ne doit recevoir des ordres que d'un seul chef. ». En d'autres termes, la pluralité du commandement serait source de contradictions et de conflits pour les agents.

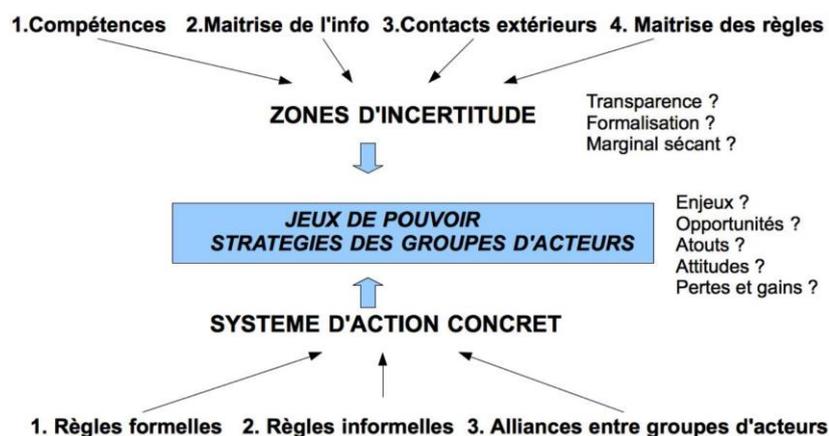
L'analyse de Fayol, ingénieur civil des mines et l'un des précurseurs du management, apporte simplicité et lisibilité du commandement vis-à-vis des agents mais celles-ci n'en demeurent pas moins rigides et cloisonnées dans le circuit de l'information. En outre, elles sont inapplicables à l'institution hospitalière telle qu'elle existe aujourd'hui. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'équipe de soin est soumise à l'autorité hiérarchique du cadre de santé et à l'autorité fonctionnelle du médecin chef de service. Or, ces deux fonctions, dont les missions sont bien distinctes, peuvent se coordonner et se reconnaître ou rivaliser et se nier l'une l'autre.

Ainsi, pour Michel Crozier et Erhard Friedberg (2014), sociologues des organisations, le pouvoir est avant tout une relation entre acteurs, une négociation entre deux parties opposées. Entendons ici le mot « acteur » comme toute personne pouvant être concernée, directement ou indirectement, par l'action à entreprendre. L'acteur peut être un individu ou un groupe. La source de ce pouvoir nécessite des ressources et des forces de la part des acteurs concernés : la maîtrise de compétences, la maîtrise des ressources de communication et d'information de l'organisation, la maîtrise des règles de fonctionnement de l'institution et une part d'autonomie.

En somme, pour Crozier et Friedberg, ce n'est pas la hiérarchie qui fixe le fonctionnement de l'institution. L'analyse de documents, tels que l'organigramme (en figure 1) ou les règlements

qui la régissent, ne fournit qu'une image formelle et incomplète. En effet, cet aperçu ne tient pas compte du maillage créé, au sein même de la structure, par les relations et les stratégies des individus qui y travaillent. Ainsi, ce maillage, nommé « jeux » par les auteurs et illustré ci-dessous, permettrait à ceux-ci de prendre le pouvoir grâce à leurs compétences et à l'opportunité qu'offrent les zones d'incertitudes en tant qu'espace de liberté. Aussi, dans l'ouvrage il est dit : « Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir, c'est-à-dire dans sa possibilité plus ou moins grande de refuser ce que l'autre lui demande. », sans pour autant renier la hiérarchie institutionnelle car « [...] L'organisation investit certains de ses membres d'une autorité légitime sur d'autres, c'est-à-dire de pouvoirs particuliers de sanction ou de récompenses. » (Crozier et Friedberg, 2014, p. 69-80).

Figure 2 : Stratégie des jeux d'acteurs



Source : [Stratégies des jeux d'acteurs: pouvoir, zones d'incertitude, système d'action concret – M. Crozier | SI & Management \(sietmanagement.fr\)](#)

Toutefois, cette prise de pouvoir ne peut exister que par son imprévisibilité (Bernoux, 2014). Si nous prenons l'exemple d'une équipe soignante, la zone d'incertitude se définit ici comme le contrôle de l'environnement (le service), par la maîtrise des compétences liées à leur poste de travail. Forte de cette autonomie, l'équipe pourra procéder à des régulations ou des ajustements nécessaires à l'exécution de ses missions, voire de les refuser ou de négocier leur réalisation. Assurément, aucun individu n'accepte d'être considéré comme un objet utilisé par l'institution à des fins de production. C'est pourquoi, lorsque les objectifs distribués aux agents impliquent un ordre de priorité dans leur exécution, chacun est tenté d'utiliser sa marge d'autonomie pour

interpréter, en fonction de ses propres objectifs, le rôle qui lui est donné, dans un cadre contraint par des règles organisationnelles. La finalité est ici d'imposer les tâches qu'il considère prioritaires à la satisfaction de ses objectifs personnels, au détriment des autres. Dans cette lutte de pouvoir, le but de l'individu est d'accroître sa marge d'autonomie en limitant celle de l'autre. En effet, tout individu capable d'identifier, d'anticiper et de contrôler les zones d'incertitudes acquière un pouvoir sur les autres.

Pour autant, Robert Holcman, directeur et auditeur à l'AP-HP, met en lien cette capacité de nuisance avec les sanctions qui peuvent y être associées dans les relations de pouvoir. Ainsi, si la capacité de nuisance est associée à un risque de sanction élevé, le pouvoir sur autrui est limité. A l'inverse, si la capacité de nuisance est associée à un risque de sanction nul, le pouvoir sur autrui est maximal (Holcman, 2009, p.76).

Par conséquent, la prise de pouvoir ne se limiterait pas aux seules compétences ou au contrôle des zones d'incertitude. Il faudrait aussi évaluer le risque de sanctions encourues par l'individu le convoitant. Considérant que le corps médical n'est pas autant exposé à ce risque que les paramédicaux, il semble que le pouvoir lui revienne.

Pourtant, selon Renaud Sainsaulieu, sociologue des organisations :

« La façon dont est acceptée l'autorité dépendrait largement des moyens de pouvoir accessibles dans les situations de travail pour mener le jeu fondamental des négociations entre les objectifs collectifs et les objectifs particuliers [...]. Vouloir maintenir envers et contre tout l'idée d'une organisation formelle et hiérarchique des rapports d'autorité, c'est donc refuser de considérer la rationalité du jeu de beaucoup d'acteurs dans le système social de travail. » (Sainsaulieu, 2019, p. 373-374).

Pour l'auteur, les relations au pouvoir sont définies par quatre groupes d'individus : les désengagés, les fusionnés, les exclus et les solidaires.

- Les désengagés ont une forte dépendance à l'autorité et acceptent celle-ci car leurs priorités sont ailleurs : famille, voyage, loisirs...
- Les fusionnés qui sont caractérisés par la centralité des rapports humains, ont besoin d'un leader. Cette structuration a pour conséquence une forme de « dépendance revendicative à l'égard de l'autorité formelle des chefs immédiats ».

- Les exclus quant à eux, n'ont pas de vie collective stable mais leurs échanges tendent à les différencier. C'est pourquoi, leur rapport à l'autorité est plus personnalisé que chez les fusionnés.
- Enfin, les solidaires sont le groupe le plus stable. Ils ont l'expérience du pouvoir dans le travail et la possibilité de redéfinir les règles à partir de leur expertise. Ils ont accès à toutes les sources de pouvoir décrites par Crozier et Friedberg. Ce collectif est fondé sur la solidarité, les échanges et la possibilité de conflits ouverts (Sainsaulieu, 2019, p. 378-381).

Aussi, il semblerait que nous retrouvions l'équipe de soin dans les trois premiers groupes, puis, le cadre de santé et le médecin chef de service dans le dernier. Pourtant, à la lecture de ce concept, répondre à la question : qui détient les clés du management opérationnel au sein d'un service, ne semble pas possible. En effet, pour citer Sainsaulieu, il n'existe pas de comportements homogènes, « Des questions aussi importantes que la relation aux autres, les conduites d'autorité, les influences de groupe, les modes de décision collective, et jusqu'au rôle du meneur informel, divisent les membres d'une même catégorie socioprofessionnelle » (Sainsaulieu, 2019, p. 382). En somme, le pouvoir n'est pas l'apanage du détenteur de l'autorité, il peut provenir de structures informelles, c'est-à-dire de n'importe quel acteur de l'organisation.

Puisque que le pouvoir peut s'exercer de toute part, il convient maintenant de s'intéresser à l'équipe et aux individus qui la compose.

3.2 La dynamique de groupe

3.2.1 L'individu et l'acteur

Selon Philippe Bernoux, sociologue du travail et des organisations, l'individu se définit par trois composantes : individuelle (le caractère), collective (culture, âge, groupe social) et les motivations, qu'elles soient individuelles ou collectives. En somme, ce que nous dit l'auteur, c'est que « le comportement de l'individu dans l'entreprise [...] n'est pas explicable seulement en termes pécuniaires mais il y a autre chose, la sécurité, l'estime et peut être la réalisation de soi au travail, c'est à dire l'intérêt de celui-ci. » (Bernoux, 2014, p. 93). Pour illustrer son propos,

l'auteur s'appuie sur la théorie de Maslow qui apporte un éclairage sur l'implication d'un individu en fonction de la satisfaction de ses besoins. La pyramide de Maslow trouve en son socle les besoins physiologiques (se nourrir, dormir), puis le besoin de sécurité (emploi, logement). Viennent ensuite le besoin d'appartenance (équipe) et le besoin d'estime (respect des autres), pour finir par le besoin d'accomplissement (sentiment d'utilité, sens donné au travail, montée en compétences).

En somme, il est primordial pour tout manager de prendre en considération que la non-satisfaction de ces besoins a des effets quant à l'implication de l'individu dans son travail.

Par ailleurs, toujours selon Bernoux, l'individu est un acteur qui participe au système. Cet acteur, qui peut être pluriel, s'organise pour résoudre des problèmes posés par le fonctionnement d'une organisation, résultat d'un compromis entre son objectif et celui de la structure. (Bernoux, 2014). Nous pouvons donc considérer les acteurs comme constituant une équipe. C'est pourquoi, nous allons mobiliser le concept de groupe, du point de vue psychosociologique, afin de définir ce qu'est une équipe.

3.2.2 Le groupe vers l'équipe

Dans *Le travail en équipe*, Roger Mucchielli, docteur en psychosociologie, cite Chombard de Lauwe quant à sa définition de l'équipe comme étant : « [...] un ensemble de personnes liées par des interrelations, ayant une certaine conscience d'appartenance et une certaine forme de culture commune. Il n'y a pas seulement une adhésion, il y a une acceptation et une volonté d'adhésion ». » (Mucchielli, 2019, p.12).

Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin, respectivement psychanalyste - professeur de psychologie et neuropsychiatre - psychosociologue, ont identifié cinq types de groupes, parmi lesquels se trouve le groupe dit primaire ou groupe restreint, correspondant au plus près à la définition d'une équipe soignante. Ce groupe est déterminé par son nombre limité, permettant la connaissance de chacun des membres, les interactions y sont nombreuses. Ses membres ont un but commun répondant aux intérêts de tous. Chaque acteur joue un rôle, contribuant ainsi au sentiment de solidarité. Par ailleurs, le groupe s'identifie par des normes, croyances, rites ou même un langage, qui lui sont propre. (Anzieu et Martin, 2013, p. 36).

R. Mucchielli, reprend la notion de groupe primaire en insistant sur « [...] l'unité d'esprit, la cohésion, les liens interhumains, l'engagement personnel et l'adhésion totale des membres au groupe restreint, avec lequel ils s'identifient. ». L'auteur cite alors R. Lafont afin de redéfinir l'équipe comme n'étant pas « [...] une addition d'êtres, mais une totalité, un groupe psychosocial vivant et évolutif, une interdépendance consentie, où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique mais aussi sa personne. C'est un engagement, une communauté d'action, ce qui ne veut pas dire identité d'action mais plutôt complémentarité d'action » (Mucchielli, 2019, p. 13-15). Nous pouvons ici faire le lien avec l'équipe de soin qui s'organise autour des compétences et des appétences de chacun de ses membres. En effet, il n'est pas rare d'entendre les IDE s'échanger des « ficelles du métier » ou d'assister à des moments d'entraide lors de situations nouvelles.

Dans un article s'intitulant *La Dynamique des groupes*, Jean Michel Motta, cadre de santé, cite Mucchielli qui reprend à son compte les spécificités énoncées par Anzieu et Martin, afin de formuler sept caractéristiques fondamentales de tout groupe primaire :

- Les interactions sont l'ensemble d'échanges au sein du groupe pouvant être influencés par les normes de celui-ci ;
- L'émergence de normes, règles, code de valeur à l'origine du sentiment d'appartenance ;
- L'existence de buts collectifs communs porteurs de la cohésion ;
- L'émergence d'une structure informelle en lien avec l'affectivité. Elle est souvent inconsciente ;
- L'existence d'émotions et de sentiments collectifs communs amenant une réponse collective ;
- L'existence d'un inconscient collectif qui représente l'histoire du groupe, les événements passés, les conflits latents ;
- L'institution d'un équilibre interne et d'un système de relations stables avec l'environnement.

3.2.3. La structuration du groupe

Concernant l'émergence de normes, il s'agit implicitement de la pression de conformité exercée par le groupe. Ainsi, Anzieu et Martin, citent Moscovici à propos de l'influence :

« une minorité peut modifier les opinions et les normes d'une majorité, indépendamment de leur pouvoir ou de leur statut [...] Remarquons que le chef institutionnel d'un groupe [...] est un exemple de membres à statut élevé, dont les opinions influent fortement sur la formation de l'opinion du groupe [...] le chef doit lui aussi se conformer aux normes du groupe une fois qu'elles sont instaurées dans la mesure où il désire conserver son *leadership* [...] » (Anzieu et Martin, 2013, p. 249).

Cela nous renvoie au concept d'autorité précédemment évoqué. En effet, selon les auteurs, le leadership est incarné par celui qui répond aux besoins du groupe ou tente de les satisfaire en intervenant sur les tâches ou le maintien de la cohésion, dans le but d'atteindre un objectif commun. Nous retrouvons ici les attributions du cadre de santé. Or, cette notion se juxtapose au headship du « chef institutionnel », qui « lui confère le droit de commander et les moyens de se faire obéir. Il résulte de cette situation l'existence d'un certain nombre d'attentes de comportements, non seulement du chef vis-à-vis des subordonnés, mais réciproquement de la part des subordonnés vis-à-vis du chef. » (Anzieu et Martin, 2013, p. 276).

Si ce rôle peut être incarné aussi bien par le cadre de santé que par le médecin chef de service, dans la situation évoquée il apparaît clairement que, du point de vue de l'équipe, le headship revenait au MCS. Par ailleurs, il est souhaitable de nuancer les propos des auteurs, car le CDS comme le chef de service ne peuvent se permettre de participer à l'émergence de structure informelle dans un souci d'équité vis-à-vis de l'équipe. Ils ont, en outre, un devoir de réserve en ce qui concerne la part émotionnelle.

A ce propos, dans *Le travail en équipe*, Mucchielli met en avant les compétences attendues d'un chef. En premier lieu, il lui attribue un rôle de coordination, de soutien logistique et moral. Ensuite, ses missions sont d'informer, de former et de motiver l'équipe, il encourage au dépassement de soi. Enfin, il est attendu de lui, qu'il représente l'équipe dans ses valeurs, ses normes et ses objectifs. Considérant le chef comme un facilitateur du travail en équipe, il doit réunir les conditions favorables à sa réalisation :

- La communication doit être facilitée et large, l'expression des désaccords est possible.
- L'entraide en cas de difficulté exige d'être effective, y compris en cas de défaillance d'un des membres.
- La division du travail consécutive à l'élaboration des objectifs se veut pertinente.
- La participation affective du groupe ne peut pas être remise en question et les aptitudes, réactions, initiatives sont connues de tous au préalable.

Toutefois, ces conditions ne sauraient suffire. A cela s'ajoute un objectif de travail connu, compris et associé à un résultat à atteindre réalisable ; un état des lieux de la situation et des moyens disponibles dans un but de compréhension, d'adaptation et de mise en œuvre ; des retours de l'action et de ses résultats afin de mettre en place des actions correctives si nécessaire mais également sur les potentiels changements intervenant, quel que soit le niveau dans la situation (Mucchielli, 2019, p. 77-88).

Ici s'amorce les prérequis à toute transformation organisationnelle. L'auteur y décrit les missions du CDS, et pourquoi pas celles du MCS, en termes de management, d'encadrement et d'animation des équipes pluriprofessionnelles dans la mise en place de projets. C'est pourquoi, après nous être intéressés à la dynamique de groupe, nous allons désormais la situer dans le contexte de la conduite du changement.

3.3 La conduite de changement

« Rien n'est permanent sauf le changement », Héraclite. En d'autres termes, tout système est mouvant et cela est d'autant plus vrai à l'hôpital. Qu'il s'agisse de transformation organisationnelle, de réorganisation ou de restructuration, les équipes de soins doivent s'adapter sans cesse. Devant la diversité des significations qui entourent ce concept, il semble donc essentiel de clarifier et de définir la notion de changement et plus particulièrement de changement organisationnel.

3.3.1 Définition du changement

Selon Crozier et Friedberg (2014), le changement est une transformation du système d'action. Il implique la modification des rapports humains, induit la modification des règles du jeu, voire du jeu lui-même ; cela ayant pour effet de transformer les rapports de force et de rendre la

régulation complexe. Pour autant, le changement est également l'opportunité d'acquérir de nouvelles compétences collectives, de nouveaux modes d'analyse. En cela, « [...] le changement doit être considéré comme un problème sociologique, nous voulons dire que ce sont les hommes qui changent, que non seulement ils ne changent pas passivement, mais qu'ils changent dans leur collectivité et comme une collectivité : non pas individuellement, mais dans leurs relations les uns avec les autres et dans leur organisation sociale. » (Crozier et Friedberg, 2014, p.379-384). En lien avec la notion de collectif, les auteurs donnent les implications du processus de changement :

« Il ne s'agit pas de décider une nouvelle structure, une nouvelle technique, une nouvelle méthode, mais de lancer un processus de changement qui implique action et réactions, négociations et coopération. Il s'agit d'une opération qui met en jeu non pas la volonté d'un seul, mais la capacité de groupes différents engagés dans un système complexe à coopérer autrement dans la même action. » (Crozier et Friedberg, 2014, p. 391).

Pour Bernoux, les changements sont des sujets difficiles à circonscrire car ils « [...] se situent à la jonction des contraintes et de l'acceptation de ces contraintes. », à la frontière entre domination et liberté. Ainsi, selon l'auteur, aucun changement ne peut advenir sans que la domination des dirigeants ne prenne en compte « [...] l'autonomie des acteurs et la légitimité qu'ils accordent aux décisions les concernant [...] » (Bernoux, 2015, p. 9-11).

Selon David Autissier et Jean-Michel Moutot, docteurs en sciences de gestion :

« Le changement est une rupture dans son fonctionnement lorsque les éléments suivants sont transformés : les pratiques (manières de faire), les conditions de travail (environnement matériel), les outils (informatique et de gestion), l'organisation (les zones de pouvoir et les délimitations fonctionnelles), le métier (les savoir-faire de l'entreprise), la stratégie (les finalités collectives poursuivies et envisagées) et la culture (le système de valeurs). » (Autissier et Moutot, 2016, p.10).

La notion de rupture revêt un aspect fondamental que nous aborderons dans la partie dédiée aux résistances au changement.

Nous retiendrons un élément commun à ces cinq auteurs : le changement est concomitant de l'intérêt et de la perception qu'en ont ceux qui le vive, dans leur environnement de travail.

3.3.2 Typologie de changement

Pierre Devriendt, consultant en conduite de changement, définit trois catégories de changement. Le plus souvent exogènes (politique, sociale, économique), les facteurs du changement peuvent aussi être endogènes (réorganisation des activités ou, au niveau individuel, poursuite d'un cursus de formation), et de plus en plus fréquemment d'origine mixte.

En somme, le changement peut être décidé ou imposé et, dans le cadre de l'hôpital, opérationnel ou stratégique. Le changement opérationnel, qui relève de facteurs endogènes, est souvent à l'initiative du cadre de santé, de l'équipe ou du médecin chef de service. Ces modifications de fonctionnement visant à l'amélioration de la qualité des soins sont la plupart du temps décidées de façon collégiale. Le changement stratégique, relève quant à lui davantage de facteurs exogènes. Il appartient généralement à la hiérarchie. La mise en place de nouveaux modes de fonctionnement est imposée au cadre, voire au médecin chef de service, comme évoqué dans la situation de départ (Devriendt, 2012, p. 20-21).

Par ailleurs, le vieillissement de la population, la forte augmentation des maladies chroniques, les progrès technologiques et l'entrée du numérique ont un impact indéniable sur nos fonctionnements hospitaliers. Viennent s'ajouter à cela, les attentes des nouveaux professionnels de santé qui souhaitent travailler plus collectivement, diversifier leurs parcours professionnels et bénéficier de formations qui favorisent les passerelles. De fait, l'équipe elle-même est en mouvement puisque les agents partent ou évoluent. Ainsi, « Confirmant sa nature systémique, un changement déclenchera donc une multiplicité d'impacts, individuels et collectifs, techniques et relationnels, de cours et de long terme, bien au-delà de ce que ses initiateurs prévoyaient. » (Devriendt, 2012, p.21).

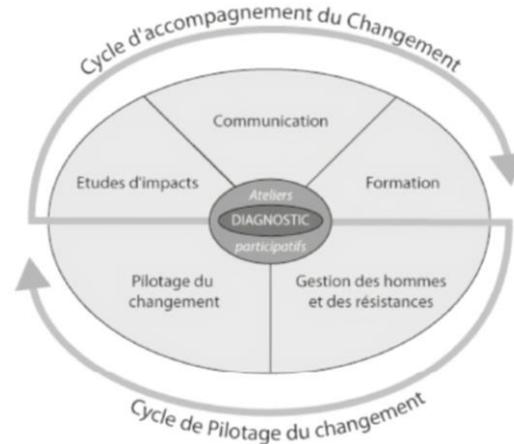
3.3.3 Le processus de changement

Afin d'être implanté durablement, le processus de changement doit respecter différentes étapes, décrites dans *Méthode de conduite du changement*, comme en témoigne le schéma en figure 3 :

- Le diagnostic de la situation et de son contexte,
- Le cycle d'accompagnement qui prévoit une étude d'impact ainsi que la communication et la formation des personnels concernés,

- Le cycle de pilotage qui comprend la gestion de l'équipe et des résistances ainsi que le pilotage du changement.

Figure 3 : Les cycles de la conduite du changement



Source : D. Autissier et J.M. Moutot. (2016), les cycles de la conduite du changement, *Méthode de conduite du changement*, Ed Dunod,33.

- Le diagnostic permet l'analyse des besoins au regard des pratiques existantes et détermine les leviers possibles. Il recense les objectifs, les risques et les acteurs concernés. Enfin, il permet de décliner les étapes du processus,
- L'étude d'impact consiste à lister de façon exhaustive toutes les modifications liées au projet et leurs impacts tant sur l'organisation ou la culture que sur les individus concernés.
- La communication permet de faire adhérer le groupe en décrivant les différentes étapes de façon transparente.
- La formation peut être nécessaire selon le type de projet. Elle permet aux acteurs du changement une montée en compétences et fait partie du plan de formation annuel.
- La gestion des hommes et des résistances nécessite une connaissance aigüe de la culture, des valeurs et des normes des acteurs concernés par le changement.
- Le pilotage engage la gestion des risques, le suivi des actions ainsi que leurs contrôles. Il évalue les écarts, les résistances et la participation des acteurs.

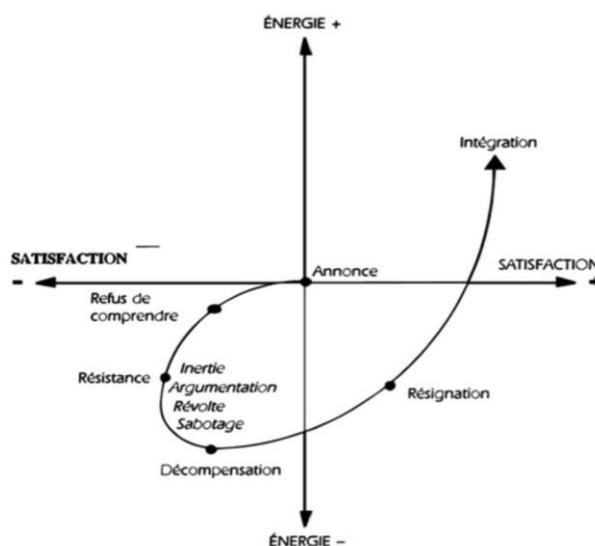
Pour Autissier et Moutot, « Sept livrables pour trois étapes qui s'échelonnent entre la phase amont d'un projet et son suivi post déploiement, [...] soit entre 6 et 24 mois. Cette formalisation

des livrables [...] constitue la feuille de route de ceux qui en auront la responsabilité ». (Autissier et Moutot, 2016, p. 37). Ces points d'étape mettent en lumière l'importance de la communication et de l'accompagnement auprès des équipes, lors de changements organisationnels dans un contexte hospitalier instable. Or, au regard de la situation de départ, dans un souci d'efficacité, la temporalité énoncée par les auteurs n'a pas été respectée. Cela a indéniablement eu des impacts sur la qualité de la communication et de l'accompagnement des équipes de soins.

3.3.4 La résistance au changement

La notion de rupture, évoquée par les auteurs de *Méthode de conduite du changement*, comme facteur de traumatisme, fait écho aux étapes psychologiques du changement et de ses implications, définies par Gérard-Dominique Carton, expert-conseil en ingénierie du changement. Il développe ce processus en cinq phases, qu'il nomme « *swing* », selon le schéma ci-dessous :

Figure 4 : Le Swing du changement



Source : G. D. Carton, *Eloge du changement* (2015), Edition du Palio, 37

Le refus de comprendre est une phase naturelle pour laquelle le pilote du changement devra faire preuve de patience et d'empathie. La fin de ce déni ouvre la porte à la résistance. Cette phase est découpée par l'auteur en quatre sous-catégories :

- L'inertie, qui peut être annihilée à condition de rendre le dialogue possible et d'encourager la verbalisation des réserves et des craintes.
- L'argumentation. Elle peut être de nature à améliorer le changement ou, au contraire, à le remettre en question. Selon l'auteur, le manager doit éviter de contre-argumenter, afin de ne pas donner à son équipe le sentiment de ne pas être entendue. Il est en position d'écoute et spécifie « l'utilité, l'intérêt et la nécessité du changement ».
- La révolte, qui est souvent proportionnelle à la charge affective, doit être gérée avec calme et de façon factuelle. Ici, l'auteur nous dit que « l'exercice du pouvoir est donc rarement le remède ou la solution. ».
- Le sabotage, généralement de courte durée, car peu valorisant pour son auteur, ne doit pas être ignoré par le pilote du changement. Au contraire, il doit être canalisé avec calme et détermination (Carton, 2015, p. 41-44).

Une fois les formes de résistance épuisées, vient la phase de la décompensation. Ici le manager doit faire preuve d'arguments positifs concernant le changement, de réassurance et d'accompagnement vis-à-vis de l'équipe.

La résignation intervient une fois que l'équipe a accepté le changement. Afin de pallier le manque d'enthousiasme, le manager remercie, félicite et souligne les aspects positifs du changement. En outre, il doit accepter les épisodes de type « *c'était mieux avant !* » et accompagner la fin du travail de deuil, en valorisant les perspectives.

Enfin, l'intégration est une phase définitive que le pilote du changement doit surveiller, afin de la consolider. Cela passe par la reconnaissance des efforts et la participation de l'équipe dans la conduite du changement. (Carton, 2015, p.45-47).

3.3.5 Les écueils à éviter

Devriendt définit, dans *Accélérer le changement*, les principales causes d'échecs dans sa mise en place. Outre le manque de visibilité à l'issue du projet, le manque de planification des étapes intermédiaires ou le manque de suivi, l'évocation du « manque de coalition des supporteurs du changement » ravive le souvenir de notre expérience passée (Devriendt, 2012, p.28).

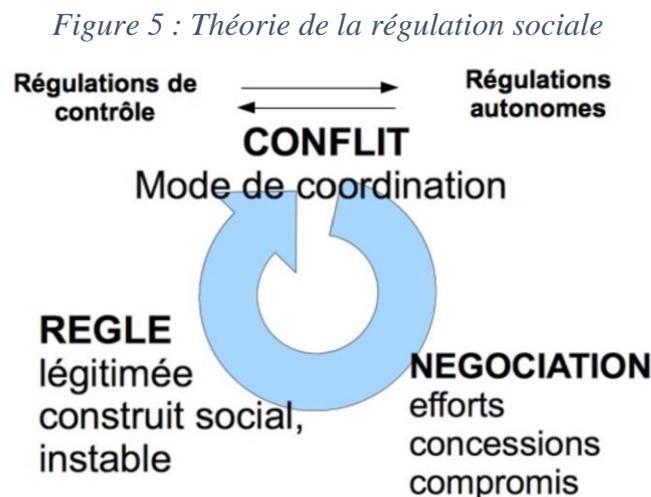
En effet, pour la ministre C. De Singly, dans le *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*,
 « Les cadres hospitaliers ont un rôle central dans la mesure où ils se situent comme intermédiaires entre la direction ou les médecins responsables d'unités et les personnels

« de base » et dans la mesure où cette position est décisive pour le succès des réformes en cours, les cadres ayant en charge leur traduction concrète et quotidienne adaptée aux circonstances particulières qu'ils sont les mieux à même de bien connaître. On peut donc les appeler la « cheville ouvrière » des changements organisationnels, le pivot autour duquel le succès des projets « tourne ». » (De Singly, 2009, p. 28).

Or, lorsque le cadre n'est plus le traducteur du MCS auprès de l'équipe et que celui-ci se passe d'intermédiaire, la coalition entre eux devient plus que complexe. C'est ainsi qu'une conduite de changement rendue instable peut, vis-à-vis de l'équipe, causer une perte d'identité et de sens de l'action à entreprendre.

3.3.6 La régulation

En sociologie des organisations, le travail repose sur les interactions sociales. Les règles élaborées par les acteurs, permettent la coopération ou le conflit, l'échange et le compromis. La notion de régulation embrasse l'ensemble des règles à l'œuvre dans le monde social, comme illustré ci-dessous :



Source : [Théorie de la régulation sociale: pouvoir et construction des règles – J-D Reynaud / SI & Management \(sietmanagement.fr\)](#)

Ainsi, pour Crozier et Friedberg (2014) :

« Le système humain, certes, maintient une certaine permanence, mais il se transforme et, surtout, il se transforme en s'adaptant. On peut parler, en ce qui le concerne, de

régulation [...]. Un système humain, en effet, n'obéit pas à des règles très précises assorties de mécanismes automatiques de réajustement. Il se régule dans la mesure où il tend à revenir, pendant des périodes relativement longues, à l'équilibre que postule sa structuration. Il a donc des propriétés homéostatiques, mais n'est pas pour autant un système asservi. » (Crozier et Friedberg, 2014, p. 283-284).

Pour autant, selon Carton, il existe un système supérieur de régulation, qu'il nomme « *métarégulation* » : « Dans l'entreprise, c'est l'intervention d'une autorité supérieure pour arbitrer une situation ; [...] » (Carton, 2015, p. 187). En effet, dans le cas où les régulations sociales seraient inopérantes, l'autorité en place intervient dans le but d'éviter la rupture.

Or, toujours selon l'auteur, la rupture est parfois une réponse à un problème insoluble. Dans le cadre d'une conduite de changement, la *métarégulation* offre aux managers la possibilité d'une prise de recul par rapport aux réactions qu'il suscite et de se positionner en tant qu'arbitre. Toutefois, si les régulations tendent à s'amplifier et s'installer dans la durée, les relations n'en seront que plus instables « jusqu'au point de rupture positive permettant de générer une nouvelle relation, ou jusqu'au point de rupture négative, qui engendre la dissolution ou la disparition de la relation. » (Carton, 2015, p. 188).

Ainsi, dans la situation qui nous occupe, nous sommes arrivés à un point de rupture négative, qui a abouti à la dissolution de l'équipe de soins. Cela voudrait-il dire alors que la synergie de l'encadrement médical et paramédical n'a pas opéré ? L'article de Corinne Merklings, cadre de santé, intitulé *l'équipe médecin-cadre dans un management de proximité*, prend ici tout son sens. En effet, dans le cadre d'un projet, elle recommande que

« La communication entre les deux doit être authentique pour réajuster les écarts si besoin. [...] Il appartient alors au médecin et aux cadres de faire les concessions nécessaires pour aboutir à un accord qui apportera la cohérence nécessaire à l'accompagnement du projet et des pratiques du service. [...]. Il est important de partir du postulat qu'il n'y a pas de bons ou de mauvais professionnels. [...]. Le rôle du binôme médecin-cadre est d'apporter la reconnaissance nécessaire à chacun, mais surtout d'instaurer une organisation des soins qui laissera à tous une place pour exprimer ses compétences. [...]. Le sens d'un projet est aussi caractérisé par une position particulière,

une posture que vont adopter les deux figures d'encadrement. Et là aussi il doit y avoir cohérence et intelligence partagée. ». (Merkling, 2019, p. 40-42).

A la lecture de cet article, nous pouvons nous demander si le changement organisationnel est à l'origine du point de rupture de l'équipe ou si ce dernier n'appartient pas davantage à la perte de sens et de reconnaissance induite par le positionnement du binôme d'encadrement. Nous n'avons pas su prendre en compte la dimension stratégique d'un tel changement, car comme l'écrit Carton, « Qu'il porte sur l'aspect individuel ou collectif, le changement prend une dimension stratégique dès lors que l'on se préoccupe de ses effets. » (Carton, 2015, p. 189).

Après avoir apporté un éclairage partiel du thème, les données empiriques recueillies lors des entretiens exploratoires vont être présentées.

4 Que dit le terrain : de la recherche de données empiriques, par les entretiens exploratoires, à l'émergence de la question de recherche

Afin d'étayer la problématique, nous avons effectué trois entretiens exploratoires auprès d'une cadre supérieure de santé (CSS) en psychiatrie, d'une cadre de santé en imagerie et d'un médecin chef de service en médecine interne. Tous ont accompagné un changement organisationnel au sein de leurs services.

4.1 Les entretiens exploratoires

Entretien auprès d'une CSS : Cadre de santé de 2011 à 2020, elle a obtenu un Master 2 en management des pôles hospitaliers, droit et gestion économique de la santé.

Lors de notre entretien, elle évoque la fermeture et la délocalisation de son établissement dans un contexte de nouvelle gouvernance hospitalière. Selon elle, le manque de clarté des projets de réorganisation malmène les équipes, qui éprouvent un sentiment d'insécurité et d'instabilité. Or, à l'hôpital, les réorganisations sont permanentes et l'accompagnement au changement n'est possible que si les acteurs s'emparent du changement eux-mêmes « *on n'a pas tellement la main dessus finalement.* » Pour ce faire, et parce que « *la routine, ça rassure quand même* » les messages doivent être clairs et expliqués. Par ailleurs, selon notre interlocutrice, la reconnaissance des compétences du point de vue médical et du point de vue paramédical n'est

pas toujours la même. C'est pourquoi, ce besoin de reconnaissance peut être malmené : « *c'est sûr que si on n'a pas les mêmes messages à faire passer, ça devient complexe.* ». Elle ajoute que les objectifs du binôme d'encadrement peuvent être différents : l'un cherchant dans la dynamique collective le maintien des compétences et la fidélisation du personnel, l'autre cherchant dans la réorganisation le renouveau du personnel. Elle souligne que « *toutes les équipes sont différentes, mais la dynamique d'équipe est dépendante du binôme cadre-médecin* ». Enfin, concernant le rapport Claris, elle dit « *ça fait rêver, mais il faudra des années pour le mettre en place* ».

Entretien auprès d'une CDS : Cadre de santé depuis 2018 (MBA en management et biotechnologies, option ingénierie des procédés), elle est en radiologie depuis 6 mois.

Pour décrire son poste, elle dit qu'elle est chargée de l'organisation interne, du maintien et de la sécurisation des activités. Les gros projets sont gérés par le CSS et le MCS. De ses expériences antérieures, elle dit qu'elle avait « *un pouvoir décisionnaire* » et qu'elle travaillait en duo avec le MCS qui « *reconnaisait mes compétences managériales* ». Elle insiste sur le fait que les médecins ne sont pas formés pour être des managers « *tu es obligée de leur ouvrir les yeux pour qu'ils puissent étendre leur champ de réflexion [...] il faut que tu lui expliques la vie, comment organiser un planning* ». Selon elle, aujourd'hui, la complexité réside dans le fait de ne pas pouvoir s'approcher du MCS pour former un binôme qu'elle qualifie de « *management bicéphale* ». De ce fait, elle rencontre des difficultés dues à l'absence de cohérence dans le discours. Par ailleurs, l'équipe s'adresse directement au chef de service et celui-ci échange avec la CSS, « *nous, on est qu'informés* ». Se basant sur son expérience, elle dit que l'équipe est rassurée par un duo solide, car cela apporte de la crédibilité, favorisant la cohésion d'équipe « *Tu auras moins de réfractaires, si les deux fonctionnent ensemble dans l'intérêt collectif.* ». Elle terminera l'entretien en disant qu'elle a l'impression d'avoir rétrogradé dans son statut, et que cela fait naître un sentiment de frustration. Pourtant, même si elle rencontre rarement son MCS, il lui aurait dit : « *tu règles plein de petits problèmes et c'est très appréciable* ».

Entretien auprès d'un MCS : Il a travaillé pendant plus de 15 ans en service de médecine interne. Puis, l'ancien chef étant parti à la retraite, il est devenu le successeur désigné.

Au cours de notre entretien, il qualifie « *d'ajustements* » les réorganisations de son service, tels que la disparition de l'hôpital de semaine qui est transformé en HDJ, la suppression de lits

d'hospitalisation et le plus grand turnover des lits restants. Il explique qu'à sa prise de poste, il a voulu faire évoluer « *les pratiques surannées auxquelles était attaché le vieux chef de service* ». Concernant ses relations avec le CDS, il dit « *J'ai toujours considéré que le fonctionnement d'un service tenait tout autant au PNM qu'aux PM. [...] C'est eux qui font tourner la boutique et nous sommes là en chef d'orchestre* ». Selon lui, un projet n'est pas que médical, c'est un projet de service incluant tout le monde, une collaboration décidée par l'ensemble. Il explique ensuite qu'il attend d'un cadre une capacité à défendre et à protéger ses équipes, ainsi qu'une capacité à changer ce qui doit l'être et à emmener tout le monde vers un changement et une amélioration. Concernant ses relations vis-à-vis de l'équipe., il avoue qu'il y a eu des plaintes directes. Dans ce cas, il refuse d'intervenir dans ce qu'il considère ne pas être de sa compétence et essaye de trouver un juste milieu entre le soutien au cadre et le maintien de sa posture de médecin-chef. Selon notre interlocuteur, les réorganisations sont accompagnées par le cadre, « *dans l'explication de projet, on n'est probablement pas bon là-dessus, sur le rendu d'un projet. On le fait avec nos docteurs, probablement pas assez en tant que médecin chef vis-à-vis des équipes.* ». Ce médecin est convaincu de l'utilité et de l'importance de la formation au management. Pour lui, le distinguo infirmières gérées par le CDS et médecins gérés par le MCS n'a pas de sens. Le projet est celui d'un service avec tous ses composants. Toutefois, « *il y a plein de choses qu'il faudrait qu'on fasse, mais qu'on n'a pas le temps de faire. Ce qui est le plus souvent sacrifié, ce sont les fonctions de management, lorsqu'on les met en face des fonctions de soins et de gestion.* ». Enfin, son constat est le suivant : la part administrative des cadres a pris une proportion « *relativement délirante* » et il existe des médecins chef de service qui ne connaissent pas leurs équipes, « *qui sont dans leur tour d'ivoire* ». Pour lui, il faudrait avoir la certitude que les deux personnes qui dirigent le service ont une connaissance exacte de son fonctionnement au quotidien.

4.2 Évolution du questionnement vers la question de recherche et les hypothèses

Développer le cadre théorique nous a permis d'éclairer les concepts d'autorité, de pouvoir, de dynamique d'équipe et de conduite du changement, nécessaires à la compréhension des enjeux et des stratégies au sein d'un service de soins.

Les entretiens exploratoires nous donnent trois points de vue différents concernant des situations similaires. En effet, lorsque le médecin chef de service qualifie les réorganisations « d'ajustement », il ne mesure pas l'impact que celles-ci peuvent avoir sur une dynamique

d'équipe. Les médecins n'étant pas des managers, ils semblent parfois en dehors des réalités du quotidien d'une unité de soins. Privilégiant la communication auprès de leurs équipes médicales, ils paraissent s'appuyer sur le cadre de santé pour expliquer le projet aux équipes soignantes. Ainsi, le cadre de santé prend le rôle de traducteur afin d'explicitier et de clarifier le message. Or, une conduite de changement nécessite de la part du management bicéphale une cohérence dans les discours, nécessaire à la crédibilité vis-à-vis de l'équipe. Cette coalition a pour but de rassurer l'équipe, d'obtenir son adhésion, de favoriser la cohésion et de la valoriser par la reconnaissance de ses compétences. Cependant, cela n'est possible que si les points de vue et les objectifs du binôme d'encadrement sont les mêmes. De fait, il semble que les médecins ne voient pas l'équipe au travers du même prisme que le personnel non médical. Pour ces derniers, les missions paraissent floues et cela même s'ils ont conscience de l'utilité de chacun. Si certains médecins chefs de service reconnaissent les valeurs managériales du cadre et les considèrent comme les pilotes du changement auprès des paramédicaux, d'autres leurs confèrent le rôle de gestionnaire de problèmes ou de tâches administratives, de représentants de l'équipe.

Pour autant, tous s'accordent à dire que la dynamique d'équipe dépend pour partie du binôme d'encadrement, à condition que celui-ci connaisse avec exactitude l'équipe et son fonctionnement au quotidien. Tenant compte de l'ensemble, nous émettons une question de recherche en lien avec la question de départ :

Dans un contexte de réorganisation hospitalière, en quoi les relations entre le médecin chef de service et le cadre de santé influent sur la dynamique d'une équipe soignante ?

Pour répondre à cette problématique nous énonçons deux hypothèses qui seront testées au cours de l'étude :

- Dans un contexte de réorganisation hospitalière, le cadre de santé joue le rôle de traducteur entre le médecin chef de service et l'équipe, renforçant ainsi la dynamique d'équipe. Cette coalition du binôme d'encadrement facilite la conduite du changement.

- Le headship du médecin chef de service prévaut sur le leadership du cadre de santé. Ainsi, dans un contexte de réorganisation hospitalière, la dynamique d'équipe n'est impulsée que par la seule voix du « chef institutionnel », qui est incarné par le MCS.

DEUXIEME PARTIE : Confrontation de la théorie à la réalité de terrain

5 Présentation de la méthodologie d'enquête

Nous allons à présent exposer la méthodologie utilisée pour conduire le travail d'enquête. Ainsi, seront successivement présentés : le choix de la méthode, la population cible, les conditions d'entretiens et les limites du travail.

5.1 Choix de la méthode d'enquête

Conformément aux attentes de l'IFCS et de l'Université Gustave EIFFEL de Marne la Vallée, la méthode des entretiens semi-directifs a été retenue.

Par ailleurs, le choix d'une enquête qualitative, par des entretiens semi-directifs permet de ne pas enfermer le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies. En effet, ils laissent la possibilité de développer et d'orienter le propos, d'investiguer les faits, le ressenti, le vécu et les opinions en intégrant les différents thèmes de recherche dans le fil discursif de la personne interrogée.

Au regard de l'objet de recherche, l'observation et l'analyse de documents ne nous ont pas paru pertinentes et appropriées, eu égard aux contraintes de temps. Nous avons donc choisi de n'utiliser qu'une technique d'enquête.

Un guide d'entretien a donc été élaboré afin de préparer et de structurer les futures rencontres (Annexe I). En vue de recueillir le matériau nécessaire à l'analyse, cet outil a été construit en fonction du cadre conceptuel permettant ainsi de valider ou d'invalider les hypothèses.

5.2 Choix de la population enquêtée

Nous avons choisi d'enquêter sur une population de cadre de santé afin de respecter une cohérence de formation et de compétences, le but de cette recherche étant de comprendre où se situe la place du cadre dans un contexte de transformations organisationnelles. Il paraissait donc

essentiel de recueillir leurs observations, ainsi que leurs points de vue quant aux relations qu'ils entretiennent avec les médecins chefs de services, afin d'en mesurer l'impact ou non sur l'équipe. Interroger également des équipes soignantes ou des médecins chefs de service, nécessitait de réaliser moins d'entretiens pour chacune des populations et aurait donc comporté le risque de diluer les éléments de réponse. Par ailleurs, pour l'avoir expérimenté lors des entretiens exploratoires, la population des médecins chefs de service ne se rend pas facilement disponible pour ce genre d'entretien. Nous avons donc décidé de rencontrer un seul type de population afin d'obtenir un échantillon plus conséquent.

5.3 Accès à la population

Nous avons sollicité, par mail, trois cadres supérieurs de santé appartenant à trois hôpitaux différents afin de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé pouvant correspondre au sujet de l'enquête : les modalités de régulation managériale par les cadres de santé et médecins chefs de service dans les transformations organisationnelles. La majorité des cadres, contactés par la suite, ont accepté un rendez-vous. Seuls, deux professionnels n'ont pas répondu à notre demande.

Ainsi, huit entretiens ont été réalisés au sein des unités de soins, dont un qui a été interrompu car il ne correspondait pas à l'échantillon souhaité. Un a eu lieu en visioconférence, pour des raisons sanitaires et de temporalité.

Ces entretiens ont été menés sur trois établissements : deux hôpitaux dépendant de la fonction publique hospitalière et un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) de la région parisienne. Ils sont identifiés par des couleurs différentes dans le tableau du talon sociologique de l'enquête.

5.4 Présentation de la population

L'échantillon se compose de quatre hommes et de quatre femmes, âgés de trente-trois à soixante ans, ayant une expérience d'encadrement comprise entre deux ans et dix-huit ans.

Nous avons décidé de leur donner des pseudonymes et de ne pas faire apparaître les noms d'établissements afin de préserver l'anonymat. Par ailleurs, nous avons conservé la distinction entre santé mentale et somatique à des fins d'analyse.

Le talon sociologique des professionnels rencontrés est présenté ci-dessous :

Tableau 1 : Tableau récapitulatif du talon sociologique de l'enquête

Talon sociologique						
	Sexe	Age	Date de diplôme CDS	Formation Initiale	Ancienneté dans l'unité	Type d'unité
Karine	Femme	54 ans	2014	IDE	11 ans	Somatique
Paul	Homme	33 ans	2019	IDE	3 ans	Santé mentale
Virginie	Femme	56 ans	2010	IDE	3 ans	Somatique
Eric	Homme	43 ans	2016	IDE	3 ans	Somatique
Nassim	Homme	39 ans	2018	IDE	22 mois	Santé mentale
Chloé	Femme	35 ans	2020	IDE	5 ans	Santé mentale
Catherine	Femme	60 ans	2004	IDE	3 ans	Somatique
Franck	Homme	58 ans	2006	IDE	2 ans	Somatique

5.5 Chronologie de l'entretien

Nous avons sollicité, auprès de chacun des cadres, l'autorisation d'enregistrer l'entretien en leur garantissant anonymat et confidentialité. Cela nous a permis de rester attentifs à leurs propos et de créer un climat propice aux échanges.

L'entretien commençait par une question inaugurale, relative au parcours professionnel, puis se développait autour de trois axes : la transformation organisationnelle, l'attitude de l'équipe face à celle-ci et les relations entre le cadre de santé et le médecin chef de service. La transformation organisationnelle a été abordé en premier lieu, permettant ainsi de partir d'un contexte général vers une situation particulière. La dernière question laissait la possibilité à l'interlocuteur de compléter son propos ou d'aborder un sujet qui n'aurait pas été évoqué. Chaque entretien a été conclu par le talon sociologique et des remerciements.

5.6 Conditions de réalisation

L'ensemble des entretiens ont été réalisés durant la semaine que nous accordait l'IFCS pour les réaliser, soit du 21 février au 25 février 2022. Leurs durées ont varié de vingt-cinq à cinquante-

cinq minutes. Le choix du tutoiement ou du vouvoiement a été laissé à la convenance de la personne interrogée. Les huit entretiens se sont déroulés dans le bureau du cadre (porte fermée), y compris celui réalisé en distanciel et la totalité des professionnels ont gardé leur téléphone professionnel. De fait, quatre entretiens ont été interrompus par des appels téléphoniques et deux par l'intervention d'agents du service.

5.7 Limites du travail

Afin de préparer et d'aider au travail d'analyse, nous avons retranscrit l'ensemble des entretiens dont deux retranscriptions intégrales (Annexe II et III). Ils ont ensuite été dépouillés afin de classer les propos par thèmes abordés. Au cours de ce travail, certaines limites ont commencé à émerger.

En effet, la catégorisation des propos par thématique comporte une part de subjectivité induite par notre compréhension de ce que l'interlocuteur a voulu nous transmettre.

Par ailleurs, la posture d'enquêteur s'est avérée difficile dans l'exercice de la formulation des questions et dans le respect des silences. Cela a pu conduire à des erreurs de compréhension, de part et d'autre, et ainsi limiter la liberté d'expression des interviewés.

De plus, comme nous l'avons déjà évoqué lors du choix de la population enquêtée, l'échantillon choisi exclu la possibilité de croiser les points de vue de l'équipe paramédicale, des médecins chefs de services avec ceux des cadres de santé.

En outre, la thématique de transformation organisationnelle ne revêt pas la même signification selon la personne interrogée et prend de multiples aspects qui viennent compliquer l'analyse.

Enfin, le nombre d'entretiens réalisés pour cette enquête ne porte pas de valeur scientifique.

La méthodologie de ce travail de recherche étant explicitée, nous pouvons désormais poursuivre avec la présentation de l'analyse de l'enquête.

6 Analyse thématique des résultats d'enquête

Comme évoqué précédemment, les huit entretiens ont été retranscrits afin d'en faciliter l'analyse. Ils ont ensuite été découpés et classés par thème : la transformation organisationnelle,

l'attitude de l'équipe face à celle-ci et les relations entre le cadre de santé et le médecin chef de service.

L'analyse thématique présentée ci-après, permettra d'apporter des éléments de réponse au regard de la problématique, afin d'envisager une discussion autour des hypothèses posées.

6.1 La transformation organisationnelle, de quoi parle-t-on

6.1.1 L'origine du changement, pourquoi changer ?

La transformation organisationnelle au sein du monde hospitalier est une constante qui touche à de nombreux domaines. En effet, nous avons déjà abordé les différentes origines du changement, qu'elles soient endogènes, exogènes ou mixtes. Ainsi, au cours de notre enquête, nous retrouvons les trois types de changements, définis par P. Devriendt (Devriendt, 2012, p. 37-38).

Le changement incrémental consiste à améliorer et actualiser les process existants. Ici, les équipes conservent une zone de confort importante puisque tout n'est pas à réinventer. C'est le cas d'Éric, ayant vécu un déménagement dans de nouveaux locaux qui ont été « *pensés pour l'activité et remis aux normes* » et de Virginie qui a changé les organisations de travail dans le but de lisser l'activité de son secteur : « [...] *je me suis aperçue que déjà, il y avait des patients qui étaient inscrits en hôpital de jour, mais qui étaient pas des vrais hôpitaux de jour et c'étaient des externes en termes de codification, donc au niveau du budget c'était pas bon [...]* ».

Le changement transitionnel remplace les process et méthodes par l'innovation, l'introduction de nouvelles technologies. Il ne s'accompagne pas forcément d'un changement de culture ou de comportement. Nous retrouvons cette typologie dans le vécu de Karine qui a mutualisé les compétences des soignants de deux services dits « de soins critiques », afin de répondre à une problématique de recrutement. Puis, elle a accompagné la création d'une nouvelle activité de rythmologie : « *dans un premier temps, c'étaient les infirmières de consultation. J'ai eu deux infirmières de consultation qui ont été formées en rythmologie [...]. L'activité s'est bien développée sur les poses de pacemaker, donc on a formé deux autres infirmières, mais sur l'hospitalisation [...]* ». Catherine a également accompagné la transformation de la réanimation en unité de soins continus (USC), puis elle a travaillé conjointement avec Karine à la réunion

de l'unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) et de l'USC : « *on a travaillé pour que les équipes soient mutualisées* ». Enfin, Franck a participé au regroupement de tous les services de chirurgie, associé à une diminution du capacitaire : « *on est passé de 50 lits donc, à 35 lits...* ».

Le changement transformationnel représente une rupture complète avec l'existant. Il s'accompagne d'une profonde mutation de la culture et des comportements. Ici, nous identifions les expériences de Paul, Nassim et Chloé. Paul a contribué à la réouverture d'une unité de soins, comprenant la création d'une nouvelle équipe et de nouvelles organisations de travail : « *on a commencé avec l'encadrement supérieur par recruter des gens, mais sans avoir encore ouvert l'unité [...] ils ont été sur les autres unités fermées du secteur [...] après on a déménagé dans la vraie unité, un an après.* ». Nassim a concouru à la fusion de deux unités au moment de la création du GHT et a accueilli l'arrivée d'une nouvelle chefferie de service dans le même temps, « *[...] j'ai participé, en tout cas dans la réflexion et sur la fusion des équipes et la création d'un passé commun, en tout cas d'une expérience commune... [...]* ». Pour finir, Chloé a pris part à la modification des missions de deux unités de soins en début d'année, à la suite de la pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux : « *l'unité qui était réservée à [...] est devenue une unité d'admission de patients en soins libres ou SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) éventuellement et l'autre unité qui était dédiée au secteur de [...] est devenue une unité de stabilisation de patients, pour les accompagner vers la sortie et/ou en attente de projets de sortie* ».

Quelle que soit sa typologie, la conduite de changement nécessite l'adhésion et l'implication de plusieurs acteurs, convaincus et motivés, afin de surmonter les obstacles qui jalonnent le parcours.

6.1.2 Les coalitions dans le changement, quelles sont les alliances ?

C. De Singly (2009), attribue au cadre, dans un contexte de changement organisationnel, la place d'intermédiaire entre l'équipe, la direction et les médecins. Ainsi, quelle que soit la nature du changement, nous constatons que la majorité des cadres interrogés estiment que celui-ci a été dûment préparé et accompagné. Seuls trois d'entre eux disent ne pas avoir été informés en amont. Pour Franck, « *le médecin chef du pôle chirurgie, qui avait eu l'information en juin,*

nous l'a annoncé en juillet », quant à Chloé « *moi j'ai su ça, un peu comme ça là ! En un temps, trois mouvements !* ».

Toutefois, il existe une ambivalence dans les réponses concernant les personnes ressources, identifiées par les cadres. Si une majorité estime avoir été soutenue et accompagnée par l'encadrement supérieur et la direction, les propos concernant l'équipe ou le médecin chef de service sont partagés.

Six de ces professionnels ont nommé le cadre supérieur de santé comme soutien privilégié, alors que Virginie et Éric, qui travaillent dans le même établissement, ne l'évoquent pas : « *non, y a pas eu de soutien... voilà... Je me suis débrouillé seul. Mais, j'ai l'habitude...* » (Éric). Nous pourrions donc retrouver en eux les cadres « stratèges », définis par C. De Singly (2009). Ils semblent avoir suffisamment d'autonomie pour mener des changements au sein des unités dont ils sont responsables.

Du reste, l'équipe paramédicale apparaît comme une alliée dans quatre des entretiens. Paul, au sujet de son équipe, dit qu'elle est « *assez soutenante et assez vigilante sur les choses qu'ils devaient mettre en place aussi, assez consciente du contexte* ». Éric et Virginie soulignent l'implication des soignants dans le projet et Franck aborde leur résilience : « *l'hôpital était en train d'évoluer et que pour survivre, on n'avait pas le choix... [...]. Alors, c'était très dur, mais si elles ont tenu, c'est qu'il y avait une cohésion d'équipe...* ». Catherine apporte une nuance, en précisant que lorsqu'il s'agit de transformations visant à améliorer les conditions de travail « *les équipes, elles sont parties prenantes ! Mais il y a la façon dont elles sont préparées et ça, c'est vrai que c'est compliqué, quand il y a un défaut de préparation...* ». Le manque de communication, soulevé par Catherine, fait écho aux principes de justice organisationnelle, développés par Devriendt dans ses aspects nécessaires de cohérence, de prévenance et de transparence vis-à-vis de l'équipe (Devriendt, 2012, p. 44-45).

D'autre part, le rôle du MCS est à l'origine d'observations divergentes au sein de notre population. Pour la moitié d'entre eux, la coopération entre le CDS et le chef de service est indispensable à la bonne marche du projet. Paul explique à ce sujet que « *Le chef de service, [...] il était à la fois présent et pas présent... Soutenant quand il fallait l'être [...] l'encadrement médical et paraméd a été hyper vigilant à m'écouter et à faire attention à ce que je disais.* »

A l'inverse, Karine, Éric et Chloé entretiennent des relations cordiales avec leurs chefs de service, mais subissent leurs absences par le fait qu'ils soient impliqués dans d'autres activités ou débordés par la pénurie de praticiens : « *C'est lui qui a choisi cette nouvelle organisation, mais il aurait été quand même essentiel de pouvoir communiquer avec les équipes avant...* » (Chloé), « *Il est là...il est là voilà...mais j'ai pas de problème ! Non, c'est quelqu'un qui est charmant, mais je pense qu'il est plus sur le GHT et sur l'hôpital support...il montre moins d'intérêt à mon niveau* » (Karine).

Au travers de ces témoignages, il est donné de constater que différentes alliances se créent entre les liaisons hiérarchiques, les liaisons fonctionnelles ou les équipes, selon le cadre interrogé. Pour autant, il apparaît que le cadre, considéré par De Singly comme « le pivot autour duquel le succès des projets « tourne » » (De Singly, 2019), se retrouve parfois isolé : « *Maintenant, on peut être soutenu, mais en même temps se sentir un petit peu petit [...] j'avais l'impression de parfois, malgré le soutien que j'avais, de tâtonner un petit peu, de me débrouiller avec mes armes sur le moment* » (Paul). Dans ces conditions, nous nous sommes interrogés sur la façon dont ces professionnels accompagnent le changement au sein de leurs unités respectives. Partant du constat que le cadre de santé est en charge du management opérationnel des équipes, il nous a semblé intéressant de connaître ses outils.

6.2 Le management du changement : un défi à relever

6.2.1 Manager, c'est savoir s'adapter ?

Les professionnels interrogés semblent jongler en permanence entre le contexte et les interlocuteurs, afin d'adapter leurs modes de communication. Ainsi, Virginie nous dit : « *Après faut faire en fonction des personnalités des uns et des autres aussi [...]. Bah ils ont tous leur personnalité. Donc si on veut avancer, il faut jongler avec leur personnalité.* ». L'essentiel serait donc, pour eux, de trouver le mode de management le plus adapté à la situation mais aussi à ce qu'ils sont. C'est pourquoi, Paul explique : « *c'est qu'entre le directif, le participatif, le lean management, pas le lean management, finalement, chacun va un peu choisir des éléments qui vont le satisfaire. Il faut être assez en accord avec soi-même, parce que si on utilise une technique qui nous convient pas, avec laquelle on n'est pas à l'aise, je pense que ça transparaît beaucoup. Et que dans les ...enfin, les équipes sont très sensibles à ça.* ».

Ainsi, dans les différents types de communications employés, les cadres usent du mode délégatif, visant à l'autonomie et donc à la valorisation des agents, « *Parce que les équipes ont besoin aussi d'être investies et c'est gratifiant aussi pour eux de pouvoir participer, ou en tout cas quand le cadre délègue.* » (Chloé).

Ils sont également unanimes quant à l'emploi du mode participatif, générateur de transparence, de lien et de sens. Cet outil de management permet l'implication des soignants par la satisfaction de leurs besoins d'accomplissement, en lien avec la pyramide de Maslow : « [...] *il y a plus, je trouve, de travail sur l'évolution des personnes managées, la montée en compétence et ...enfin voilà... il y a vraiment une grande amélioration sur cette partie-là, avec un gros travail sur les mises à jour, les formations auxquelles on peut les envoyer.* » (Éric). Ce besoin d'accomplissement par la quête de sens est également abordé par Nassim : « [...] *c'était tout simplement créer du lien et donner du sens en fait à cette fusion [...] en fait, si on explique pourquoi on le fait, le comment devient plus simple.* ». En outre, il semble important, pour Franck, de répondre au besoin de sécurité : « *ouvert, en essayant de rassurer... discuter, essayer de désamorcer certaines situations et l'imagination débordante aussi, parfois sur du fantasme.* ».

Pour autant, le management participatif à ses limites, comme en témoigne Paul : « *J'avais à cœur d'être participatif dans ma façon de gérer les choses et en fait, c'est l'équipe qui m'a dit de manière très neutre et très sereine que bah c'était peut-être trop participatif et à un moment ils avaient envie que moi je tranche parce que j'avais plus d'expérience qu'eux.* ».

Ce serait donc sous contrainte que le mode directif émergerait, comme en témoigne Karine : « [...] *je suis un cadre participatif, j'ai beaucoup de mal à être un cadre directif. Je suis un cadre directif sur les choses bien strictes et quand j'peux pas faire autrement, mais je suis dans le participatif, l'explication et dans un rapport très humain.* ».

Enfin, tous mettent en avant leur disponibilité et leur ouverture à l'échange, alors que les conditions de travail paraissent se détériorer. Pour exemple, Nassim travaille depuis plusieurs mois sans médecin responsable et prend à son compte des responsabilités qui ne lui incombent pas. Virginie, pour sa part, insiste sur la pénurie de professionnel : « [...] *je passe mon temps à*

chercher du personnel, à faire passer des entretiens, à accompagner sur les périodes d'essai. [...] Moi, je trouve que ma fonction, elle s'est dégradée. Moi, j'ai pas envie de travailler comme ça, hein. [...] Soutenir, c'est plutôt soutenir ceux qui restent. On est dans de l'urgence, un management d'urgence, avec de la bienveillance comme on peut. ». Pour finir, Éric souligne la majoration de la charge de travail incombant aux cadres : *« les managers dits de proximité, le sont peut-être plus forcément, bien au contraire, parce qu'ils ont plusieurs unités à gérer quoi... ».*

Ainsi les interviewés, en fonction des objectifs qu'ils ont à atteindre, développent un sens de l'adaptation dans leur mode de management, leur permettant de s'inscrire dans le cycle d'accompagnement décrit par Autissier et Moutot (2016).

6.2.2 Accompagner et piloter, quels en sont les outils ?

La majorité de nos interrogés utilise prioritairement la communication comme vecteur de l'information dans la conduite de projet. En lien avec les compétences attendues d'un chef, de Mucchielli, nous observons que les cadres déploient différentes formes de communication afin que la diffusion de celle-ci en soit facilitée et large.

Elle est, d'une part, très formalisée par l'usage de cahiers de transmission, d'affichage, de compte rendu de réunion et d'entretiens individuels. Par ailleurs, des moyens plus informels semblent être utilisés, tels que les moments de convivialité ou les réunions flash : *« je passe et je vous donne des informations rapides et je repars ce qui est pas hyper bien dans la construction »* (Paul). La plupart d'entre eux déclarent également travailler la porte ouverte, reflet de leurs disponibilités et permettant ainsi des interactions.

Il est souligné ici la nécessité de prendre le temps du « feedback » prescrit par Carton : *« nous augmentons considérablement l'efficacité de notre communication si nous la centrons sur l'autre plutôt que sur nous-mêmes »* (Carton, 2015, p. 144).

Au-delà de la communication, notre population affirme rendre l'expression des désaccords possible, comme Nassim lorsqu'il dit : *« Chacun pouvait donner librement son avis. Ça a donné d'ailleurs lieu à certains débats, parfois...houleux, ce serait fort. Mais voilà... en tout cas, on sentait des divergences et c'est normal. C'est pour ça que bah c'était utile. [...] on était assez à l'écoute pour que chacun puisse dire ce qu'il avait à dire. ».*

Nous l'avons vu, cette condition est sine qua none au bon fonctionnement d'un groupe primaire, décrit par Mucchielli (2019).

Ainsi, Chloé prend le rôle de traducteur de l'équipe auprès du chef de service : « *on est souvent, en terme de communication avec l'équipe médicale, où justement ils se sentent pas entendus. Et moi, je fais le relais justement avec le chef de pôle, par rapport à ça* ». En somme, elle représente l'équipe dans ses valeurs, ses normes et ses objectifs (Mucchielli, 2019).

Catherine et Franck modèrent, en assurant mettre la limite de ce qui est acceptable ou possible « *dans la mesure du possible, oui ! C'est eux qui travaillent dans les locaux, c'est eux qui travaillent auprès du patient...Donc les écouter, il faut pas que ce soit non plus des demandes abracadabrantes, hein ! Il faut que ce soit réaliste, et en général c'est pertinent* » (Catherine). Nous pouvons ici faire référence à la fonction du chef, dans son incarnation permanente du groupe, qui lui confère un pouvoir de sanction ou de récompense (Mucchielli, 2019).

En effet, parce qu'une communication transparente favorise l'adhésion du groupe, la majorité des professionnels interrogés soulignent l'aspect fondamental de la clarification et de la visibilité de l'issue du projet afin de lui donner un sens : « *il faut qu'il y ait une logique, que les choses soient imbriquées les unes dans les autres.* » (Virginie). En outre, Chloé et Nassim précisent l'importance de donner un sens positif à l'action entreprise. Chloé, à propos des soignants, nous explique le bénéfique potentiel : « *Changer un petit peu leur pratique et qu'ils allaient revenir un petit peu dans l'aigu* », alors que Nassim dit : « *[...] parler d'évolution, plus que de changement...ce que j'expliquais aussi, c'est que c'était un grand changement, mais que finalement, le changement il est constant* ».

Cette distribution de l'information permet également aux cadres de répondre à la phase de décompensation décrite par Carton, en faisant œuvre d'arguments positifs et de réassurances vis-à-vis de l'équipe. (Carton, 2015).

Par ailleurs, une communication efficace aide à faire cesser les « *[...] fameux bruits de couloir quoi ! Qui se déforment et qui s'amplifient...* » (Nassim), ou encore : « *on n'a jamais entendu autant de bruits de couloir et de... de rumeurs, de fausses et vraies rumeurs* » (Franck), limitant par conséquent les craintes ou angoisses de l'équipe : « *ils projetaient des choses qui étaient pas forcément avérées, qui étaient surtout très négatives dans la majeure partie du temps* » (Paul). Ici, est évoquée une forme de résistance au changement qui nécessite l'intervention du cadre de santé.

Concomitamment au cycle du changement, le cycle de pilotage mobilise la notion de « gestion des hommes et des résistances » (Autissier et Moutot, 2016). De ce fait, le cadre joue un rôle majeur grâce sa connaissance aigüe de la culture, des valeurs et des normes des acteurs concernés par le changement. Pour Nassim et Paul, cela se traduit par la confiance et la prise en compte des individualités dans le groupe : « *y avait quand même une relation de confiance entre l'encadrement et eux [...] réussir à garder les gens de manière individuelle dans le cadre, garder le groupe aussi dans le cadre et de constituer avec tout ça...* » (Paul), « *Trouver les personnes chez lesquelles ça fait plus écho que d'autres... voilà... pour pouvoir travailler petit à petit, un peu jouer à gagne terrain, au fur et à mesure...Voilà... stratégiquement tout simplement.* » (Nassim). Une telle posture suggère une parfaite connaissance de son équipe afin d'identifier les personnes ressources : « *des professionnels plutôt actifs, qui était vraiment « bon bah faut y aller, de toute façon on sait qu'on doit y aller.* » » (Paul).

Enfin, selon les cadres interrogés, d'autres considérations importent dans le management du changement. En effet, les projets non aboutis par manque de moyens financiers, humains ou logistiques semblent impacter le crédit que les équipes accordent au cadre en tant que représentant de l'institution : « *On est un peu discrédités ! [...] les projets qu'on a montés, qui ne peuvent pas aboutir ! Euh bah, les équipes elles disent : on a déjà travaillé le sujet ! Nous aussi d'ailleurs, on leur avoue pas, mais on n'en pense pas moins... On a déjà travaillé le sujet, ça n'a pas abouti, donc c'est bon ! Elles se lassent, [...]* » (Catherine).

Il est aussi évoqué la notion de temporalité et la nécessité d'accompagner les équipes de façon graduelle, comme en témoigne Valérie : « *Donc il y a eu tout ce travail préparatoire qui a été... oui sur six mois quand même...* ». Un temps préparatoire qui ne se retrouve pas dans tous les discours : « *C'est à dire que, globalement, ce genre de changement se fait très lentement. On peut pas arriver et dire que le passé n'a pas existé... [...]* Et... (le médecin) *elle était très pressée...* » (Nassim).

Autissier et Moutot préconisent une temporalité comprise entre six et vingt-quatre mois, afin d'accompagner au mieux les équipes dans la conduite de changement. Or, même si, comme nous l'avons vu, ces professionnels font preuve de sens de l'adaptation, de disponibilité et d'écoute, ils ne sont que rarement maîtres du temps imparti. Aussi, sommes-nous amenés à nous questionner quant à la récurrence des changements au sein du système hospitalier et aux marges

de manœuvre dont disposent les cadres afin de respecter cette temporalité. Dans une tentative visant à mieux cerner les modalités d'une conduite de changement, nous allons analyser les propos recueillis autour des dynamiques d'équipes identifiées par les cadres de santé.

6.3 L'équipe face au changement, un difficile équilibre entre freins et leviers

6.3.1 Quels sont les leviers ?

L'ensemble des cadres de santé interrogés s'accordent à dire que le levier principal, en contexte de changement, est cadre lui-même : *« Ça a été très bien accepté puisque je pense que le support était le cadre, qui était de proximité, qui était identique, donc le même fonctionnement. »* (Karine), *« Enfin je crois qu'ils me faisaient suffisamment confiance pour entendre ma parole à ce moment-là. »* (Nassim), *« C'était vraiment la proximité qui a fait que... qu'on s'en est sorti [...] C'était vraiment moi qui faisais le lien au niveau du service. »* (Franck).

Catherine et Chloé considèrent que c'est toute la liaison hiérarchique qui est alors sollicitée :

« Les leviers ? Je dirais que le management du cadre...et du cadre de pôle et la direction des soins...On est plus moteur que les médecins, je trouve ! » (Catherine), *« Les leviers, ça a été...ça a été nous, hein ! Ça a été, les cadres et le cadre de pôle... »* (Chloé).

Pour Éric, la polyvalence du cadre est un atout : *« il n'y a pas vraiment de personne qui coordonne l'ensemble d'un déménagement de service ou d'une restructuration. Le cadre met sa petite casquette d'ingénieur biomédical, d'ingénieur dans l'immobilier... enfin voilà, il fait pas mal de choses ! »*.

Enfin, Virginie indique que : *« En tant que cadre, on doit être dans une dynamique d'évolution, de comment... du coup on peut avoir des idées et donc il faut les mettre en œuvre, et donc les proposer... »*.

En somme, le cadre serait, comme l'écrit Mucchielli à propos du leader : *« [...] gardien des objectifs, assure la convergence des efforts, [...], organise, [...] Il est évident qu'il ne détient l'autorité que par la confiance que lui font les autres »* (Mucchielli, 2019, p.87).

Par ailleurs, deux CDS ont identifié le changement de chef de service comme moyen d'action : *« [...] dans un premier temps beaucoup de réticences de la part du chef de service de cardiologie, qui est parti ! [...] Donc on a changé de chef de service de cardiologie. Et le remplaçant a très bien intégré que les soins critiques, [...] »* (Karine), *« Ça a vraiment démarré*

quand j'ai eu un nouveau chef de service...une nouvelle équipe on va dire » (Virginie). Cela n'est pas sans nous suggérer l'entretien exploratoire, mené auprès d'un médecin chef de service qui souhaitait alors faire évoluer les pratiques désuètes auxquelles était attaché « le vieux chef de service ».

Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, l'équipe de soins est assimilée à un groupe dit primaire, définie par Anzieu et Martin (2013). Au sein de ce groupe, le leader semble être incarné par le cadre de santé répondant à la satisfaction des besoins et au maintien de la cohésion dans le but d'objectifs communs à atteindre. Du point de vue des professionnels interrogés, l'équipe reconnaît donc le CDS dans le rôle de facilitateur du travail, à condition que celui-ci gagne sa légitimité en représentant l'équipe dans ses valeurs et ses normes : « *Je pense que le fait que moi j'ai travaillé en unité fermée et que je connaissais l'effectif des patients m'a aidé dans ma légitimité, dans le passage d'informations* » (Paul).

Considérant, selon Carton (2015), que tout changement est accompagné d'un sentiment de spoliation ou de gain, certains cadres auraient pu faciliter son intégration par le renforcement positif et l'écoute des soignants : « *Très peu d'absentéisme. Donc ça prouve qu'ils se sentent bien et comme je suis dans l'écoute et que j'essaye d'accéder au maximum à leur bien être aussi, leur vie privée, je pense qu'on est sur le même terrain d'entente.* » (Karine).

Dans leurs discours, Virginie, Franck et Éric s'appuient sur l'intérêt de la transformation des organisations, dans un but d'amélioration des conditions de travail et de valorisation des compétences par la formation. D'ailleurs, s'agissant de la mutualisation des compétences entre les équipes d'USIC et d'USC, Karine « *a mis en place des formations et du compagnonnage pour les aider à travailler en binôme puisque c'était sur le même site [...]* ». Et concernant la nouvelle activité de rythmologie, elle déclare : « *En amont, on a travaillé aussi avec la formation continue pour les conventions de formation à la rythmologie sur l'hôpital support* ». Franck et Nassim ont quant à eux organisé des formations en interne, s'appuyant sur l'expertise des personnels présents : « *Des cours qui ont été donnés par des spécialistes, la pratique...essentiellement...le fait de travailler ensemble et de partager... un partage d'expérience* » (Franck), « *Il fallait repenser complètement les ateliers, pour glisser gentiment vers du TCC (Thérapie Cognitive-Comportementale) [...] en incluant au fur et à mesure*

certains outils. [...] Au niveau de l'accompagnement des équipes, d'avoir une référence médicale c'est toujours très aidant. ». (Nassim).

Toutefois, Virginie et Catherine insistent sur le fait que cette démarche n'est rendue possible que par la valorisation du projet professionnel des agents : *« Faut que la personne, ce soit dans son projet professionnel par exemple. »* (Virginie).

Au regard des propos recueillis, il semblerait que le cadre, dans sa façon de manager et de présenter le changement, soit un atout majeur. Nous retrouvons également la théorie de Crozier et Friedberg (2014), utilisée comme levier par notre population et selon laquelle le changement serait une opportunité d'acquérir de nouvelles compétences collectives.

6.3.2 Où se situent les freins ?

Les réticences de l'équipe interviennent dès lors que le changement touche à la structure du groupe primaire, tel qu'il est défini par Mucchielli (2019). A ce propos, Paul évoque la perte d'identité et de culture de son unité : *« Et rien que ça, ça a été un gros changement pour l'équipe qui voulait pas s'appeler pavillon J. [...] un changement culturel aussi, parce qu'on passait de la psychanalyse à la médecine plutôt type neurosciences, plutôt universitaire. [...] Et quand, d'une manière très rapide, il y a un souhait d'orientation médicale qui change, [...] Bah ça a fait des grosses scissions et ça c'est vraiment le cœur du problème... ».*

Nassim y ajoute les notions d'inconscient collectif et d'équilibre interne lorsqu'il fait allusion à l'attitude du MCS vis-à-vis de l'équipe : *« elle aurait presque souhaité faire table rase du passé, très très vite, d'un revers de la main et...c'était assez conflictuel »,* générant ainsi une *« sensation de spoliation »,* proche de la révolte décrite par Carton (2015).

De plus, même si le cadre est considéré comme un facilitateur du travail en équipe, les impacts des transformations organisationnelles sont indéniables. La transformation identitaire et philosophique de l'équipe de Nassim aurait généré un départ massif des soignants *« L'équipe a pas mal changé mais après mon départ, [...]le changement prend du temps et ça, ça intervient souvent avec le renouvellement d'une équipe [...]la création finalement d'une plateforme de réhabilitation psychosociale et donc TCC, eux ne leur convenait plus ».*

Pour Catherine, cela se concrétise par des arrêts de travail récurrents, alors que Paul semble subir un turnover important au sein de son équipe *« avec parfois des gens qui sont pas restés*

très longtemps parce que ça se passait pas comme ils l'auraient souhaité. Je pense que ça correspondait pas non plus à leurs objectifs personnels et professionnels ». Quant à Chloé, elle dit faire face à la révolte et aux menaces de départ : « les équipes forcément étaient révoltées parce qu'on leur change quand même toutes leurs habitudes, que ce soit de patientèle ou d'organisation [...] mise en place d'entretiens infirmiers obligatoires [...] les départs, ça va commencer...Hier, j'ai une soignante qui est venue me voir en me disant qu'elle souhaitait démissionner. ».

En outre, nous constatons que le cadre de santé n'est pas la seule entité hiérarchique reconnue par l'équipe. Ainsi, entre méfiance et défiance, le groupe est parfois amené à tester la cohésion de l'encadrement comme en témoigne Nassim : « les soignants attendaient que je ne sois plus là pour aller voir le chef de pôle...Mais moi, de toute façon, j'avais le retour avec le chef de pôle ! Donc finalement, j'ai l'impression que l'équipe essayait de voir ce qui était vrai, ce qui était moins vrai ».

De plus, le besoin de reconnaissance est une notion souvent utilisée par les cadres pour qualifier la relation de l'équipe vis-à-vis du chef de service. Cette notion est définie par A. Honneth, philosophe et sociologue, dans *La lutte pour la reconnaissance* :

« Sur le plan du langage courant, nous savons encore que l'intégrité de l'homme tient de toute évidence à des schémas d'approbation ou de reconnaissance [...] depuis toujours, en effet, les victimes de mauvais traitements ont décrit leur expérience essentiellement à l'aide de catégories morales comme l' « offense » et l' « humiliation », qui renvoient à des formes de mépris, c'est-à-dire de déni de reconnaissance. » (Honneth, 2000, p. 223).

Le déni de reconnaissance du médecin vis-à-vis des soignants est présent dans les propos suivants : « Et, c'est vrai que les deux unités ouvertes bah... finalement, sont un peu mises de côté par le PH (Praticien Hospitalier). Et l'équipe, en tout cas, le ressent et s'en plaint justement » (Chloé), « Elles m'ont dit : on voit jamais notre chef de service. Elles se sont senties un peu abandonnées, délaissées » (Virginie).

Enfin, Catherine souligne l'émergence de nouveaux rapports au travail et à la hiérarchie. Selon elle, les agents ont majoritairement tendance à rendre la structure hiérarchique de moins en moins formelle : « les valeurs ont changé, hein, dans nos équipes...Logiquement, enfin moi,

quand j'ai commencé l'école d'infirmière, le cadre était l'autorité d'un service. Aujourd'hui, l'ASH, l'aide-soignante, écrivent à la direction des soins sans problème. L'infirmière envoie un mail au directeur des soins, ça lui pose pas de problème ! ».

Il apparaît que cette fois-ci, le déni de reconnaissance concerne la structure même de l'organisation hiérarchique à l'hôpital. Dans cette optique, nous allons à présent évoquer les relations qui unissent le cadre de santé au médecin chef de service.

6.4 Les relations entre le cadre de santé et le médecin chef de service

La coalition avec le médecin est un enjeu majeur dans le positionnement du cadre, car elle symbolise la cohérence et la cohésion vis-à-vis de l'équipe soignante. Aussi, dans son article, Muriel Guillot affirme : « Dans toutes les situations, l'appui du médecin légitime les choix et les positions tenues par le cadre vis-à-vis des agents comme des directions. » (Guillot, 2009, p. 135).

6.4.1 L'autorité, une question de partage ?

Alors qu'ils s'identifient comme les leviers principaux du changement, lorsque la question de l'autorité vient à se poser, certains cadres semblent embarrassés comme en témoigne Éric « *Mais je suis pas sûr non plus ... mais voilà. En tout cas le terme d'autorité c'est peut-être pas forcément le bon terme... que la personne référente pour l'équipe... ouais, ce serait moi et même peut être un peu pour l'équipe médicale ».*

Modestie ou délimitation complexe des liaisons hiérarchiques et fonctionnelles à l'hôpital, ces professionnels se désignent comme la figure d'autorité au regard des équipes, mais en y associant systématiquement un tiers : « *Moi... le cadre... la cadre sup aussi... plus que même le médecin chef de pôle, en fait... »* (Franck), « *D'un point de vue décisionnel, ouais, je pense vraiment, il nous mettait moi et la PH dans la partie « autoritaire » ou en tout cas garant d'une bonne pratique, et garant de certains choix et certaines décisions. »* (Paul)

L'ordre d'importance varie au sein de notre population. Ainsi, pour Chloé « *c'est d'abord le cadre, ensuite le cadre sup et ensuite le chef de pôle.* », alors que pour Virginie, le chef de service incarne l'autorité, puis vient le CDS et le CSS n'intervient qu'en cas de besoin. Nous

remarquons que la position de Virginie est en lien avec son expérience. En effet, le binôme managérial, créé avec son médecin chef de service, semble rendre sa liaison hiérarchique moins essentielle.

En revanche, Karine ne cite que le MCS et le justifie par les propos suivants : « *L'autorité ? c'est comme je disais, son bras droit qui fait plus office de chef de service. [...] Les chefs de service actuellement ont un impact sur les paramédicaux, même au-delà de nous les cadres quoi ! C'est que quand le chef de service parle, des fois ils oublient qu'ils sont certes chefs de service, mais que la gestion du paramédical en incombe aux cadres.* ». Catherine pondère ce discours en précisant que lorsqu'un chef de service est doté d'un fort tempérament, il ne laisse pas forcément de place au cadre. Ainsi, Catherine et Karine nous renvoient au concept d'autorité de Fayol (1916) dans les dimensions du statut, du savoir et du « don » au commandement dans lequel, comme le décrit Catherine Demurger, cadre supérieur de santé, dans son article : « Le cadre se retrouve alors face à un immobilisme complet par lequel le médecin fait valoir sa posture de chef de service : « *c'est moi qui décide* » » (Demurger, 2017, p. 36).

Il apparaît clairement que, pour notre population, l'autorité est partagée et cela même si le cadre de santé dispose de toutes les ressources nécessaires à la prise de pouvoir. En effet, en lien avec la stratégie des jeux d'acteurs de Crozier et Friedberg (2014), le cadre maîtrise les compétences, la communication et l'information, les règles de fonctionnement et possèdent une part d'autonomie ; tout comme le MCS. Pour autant, « L'organisation hospitalière dépend de leur entente, du fonctionnement de leur interdisciplinarité, impactés par [...] la notion de pouvoir, la reconnaissance des savoirs [...]. La collaboration inhérente à ce couple est passionnelle, [...] car l'un ne peut rien sans l'autre. » (Demurger, 2017, p. 35). De fait, nous nous sommes questionnés sur les attentes de l'un vis-à-vis de l'autre.

6.4.2 Qu'attendent les cadres de santé des MCS ?

Si les missions du cadre de santé sont clairement définies dans son référentiel d'activité et de compétence, nous avons pu constater que ce n'était pas le cas des médecins chefs de service. Aussi, il nous a paru intéressant de connaître les attentes des cadres vis-à-vis de leur binôme managérial.

Karine compare le MCS à un capitaine de navire « *On a besoin d'un chef de service qui tiennne la route. [...] il faut quelqu'un qui tient la barre quoi...Et on n'est pas trop de deux...* ». En effet, dans l'organigramme, il est situé au plus près du directeur d'établissement. Donc, si la direction à prendre est commune, les cadres semblent attendre que le médecin donne le cap afin de travailler de façon cohérente, dans la même direction : « *aller dans le même sens que moi, hein ! Enfin que l'équipe, parce qu'on porte quand même une équipe* » (Catherine).

Nous notons également des éléments de similitudes entre l'article de Corinne Meckling et les propos recueillis. Pour exemple, les enquêtés attendent du MCS qu'il communique et soit capable de négocier afin de créer une véritable coalition : « *Oui, parce que en fait, ce qui est particulier dans les relations médicales-paramédicales, d'un point de vue vraiment d'encadrement, c'est que le risque c'est que chacun, prit dans ses propres contraintes, oublie un peu les contraintes de l'autre. D'où l'intérêt à ce que parfois on se pose ensemble pour dire « bah en fait voilà tu me demandes ça, moi c'est ça que je peux faire, pas que je ne veuille pas que ça se fasse, mais parce que j'ai telle ou telle contrainte »* » (Paul), « *Qu'on puisse se dire les choses : ça c'est possible, ça c'est pas possible, dans un sens comme dans l'autre [...] être d'accord sur des certaines façons opérationnelles et organisationnelles.* » (Nassim).

Comme nous l'avons déjà abordé, Mucchielli (2019) considère que le soutien et l'écoute constituent, en partie, les compétences attendues d'un chef. Ces notions sont retrouvées dans plusieurs entretiens : « *Être avec le cadre pour montrer qu'on... on entend les... les difficultés que peut rencontrer le personnel paramédical. Montrer qu'on écoute et qu'on va... qu'on essaie d'améliorer, de travailler sur, euh...Comment réorganiser pour, euh...Pour être... sans être plus efficient, enfin, garantir un peu une qualité de vie dans le travail...* » (Franck), « *Les attentes, ce serait peut-être, que par la suite il appuie encore plus peut être mes demandes...Là c'est les médecins qui s'aperçoivent de dysfonctionnements [...] Donc là, le chef de service prend la main [...] peut être que lui il va avoir un poids* » (Virginie).

Karine synthétise les notions de travail collaboratif, de cohérence et de compétences attendues en une phrase : « *C'est important aussi que le chef de service et la cadre de santé travaillent ensemble, main dans la main, dans la même direction et qu'on se soutienne et qu'on parle d'une même voix, pour moi. Sinon ça peut pas marcher* ». En somme, les professionnels semblent

dresser ici la liste des faiblesses qu'ils perçoivent dans leurs binômes respectifs. Pour autant, ces attendus ne correspondent pas à la fiche de poste des médecins chef de service, détaillée antérieurement.

Néanmoins, les thèmes de l'organisation et de la coordination du service, missions attribuées au chef de service, apparaissent de façon récurrente dans les entretiens, Ainsi, Éric attend du MCS qu'il coordonne son équipe médicale en lien avec l'effectif non médical : « *Toutes les absences et les remplacements des médecins, c'est pas le chef de service qui le fait, alors qu'il pourrait peut-être mettre un petit peu son nez dedans pour savoir... Ben, sur telle période de vacances, quel médecin est absent ? Combien de salles d'échographie on laisse ouvertes ? Et moi, en regard de l'activité médicale, on va dire combien je vais devoir avoir d'infirmières. Est ce qu'il y en a une qui peut être en vacances en même temps ? Enfin voilà...c'est toute cette problématique [...] enfin, qui dépend aussi un petit peu « du planning des médecins » et de l'ouverture des salles ou non. Et c'est pour moi assez difficile d'anticiper [...]c'est toujours la grande problématique !* ».

Tandis que Franck insiste sur la dimension de l'organisation de la prise en charge des patients du service, étant attendu d'un MCS qu'il s'attelle à la coordination des activités : « *C'est un truc tout simple, c'est réguler les entrées et les sorties, c'est pas faire toutes les sorties un seul jour et pas le lendemain. On pourrait plus réguler les mouvements de patients sur la semaine. Laisser par exemple des lits pour les urgences. On est quand même un service d'aval des urgences. Et puis là, on voit que, parce que tel jour il y a qu'un médecin, [...] on évitera les sorties, on limitera les entrées pour le lendemain... [...] Donc, c'était viser un peu à lisser ça. Et ça, y a que le chef de service qui peut en parler.* ».

Au-delà des aspects managériaux attendus par les cadres, il émerge de plusieurs discours que le MCS ne paraît pas considérer l'effectif non médical lors de ses prises de décisions. Or, selon Bruno Boussuge, coach professionnel, il est essentiel que les acteurs du copilotage d'une unité se rencontrent très régulièrement car :

« Codiriger une entité demande une vigilance élevée pour limiter les interstices relationnels dans lesquels pourraient s'immiscer des malentendus, des interprétations hâtives, des incompréhensions, bref, des écarts de tous ordres susceptibles de générer de potentielles tensions et des ressentiments éventuels. (Boussuge, 2021, p. 33).

6.4.3 Les cadres ont-ils connaissances des attentes de leurs MCS ?

Dans un souci de réciprocité, nous avons cherché à savoir si les cadres avaient connaissance des attendus du chef de service, les concernant. Or, si les souhaits de nos enquêtés sont clairement définis, force est de constater qu'ils ont du mal à définir les contours des rôles de chacun. Paul attribue cette imprécision aux biais de communication pouvant intervenir : « *Par contre, lui passait souvent par les cadres sup...Donc il mettait un intermédiaire parfois, entre moi et lui, alors qu'on se croisait quand même parfois [...] il passait l'information à la cadre sup et moi je la recevais, il y avait parfois des petits éléments qui se perdaient* ». Dans ces conditions, comment peuvent-ils collaborer ? L'élément commun émergent est encore une fois la communication : « *L'idée c'est de travailler ensemble. [...] On se consulte...déjà... ce qu'on en pense... Moi je ne fais rien sans en parler à mon chef de service ! Sur des problématiques. Et puis on est d'accord* » (Virginie).

In fine, si le cadre veut connaître les desideratas du responsable médical, il faut que l'initiative vienne de lui, comme nous le rapporte Nassim : « *Je suis allé voir le médecin responsable et les assistants, et tout ça... pour me présenter, discuter, voir quelles étaient leurs attentes à ce moment-là.* ».

Pour reprendre l'article de Corinne Merklings (2019), concernant l'équipe médecin-cadre, cette communication est rendue authentique dans les discours de Karine et Chloé, tentant de réajuster les écarts : « *Je travaille très bien avec mon chef de service, on a des rapports on va dire...C'est pas hiérarchique, on est sur le même niveau, on pose nos problèmes ensemble, on arrive très bien à gérer nos conflits, quand il passe outre mon...mon statut ! Et en général, je l'interpelle facilement pour lui dire que ce qu'il vient de faire ne convient pas. Donc il se remet tout de suite à niveau* » (Karine). Il semble pourtant que Karine n'obtienne pas toujours satisfaction car elle nous avouera plus tard : « *j'ai remanié mes procédures et protocoles, mais il faut la validation du chef de service ! Ça fait 3 ans que j'attends !!!* »

Au sein même de ces échanges, nous repérons également que les capacités de compromis et de négociation sont mises en exergue dans le binôme de Paul : « *Disons que lui avait une temporalité très très précise : de telle période, tant de soignants, égal tant de patients qui arrivent dans l'unité de soins. Et souvent moi, j'ai dû faire appel à lui pour lui dire : « non, je pense que c'est pas possible, l'équipe est pas assez autonome sur ce point-là. Si on fait ça*

maintenant, ça risque de mettre en danger le collectif etcetera. C'était toujours écouter et il y avait une vraie confiance. C'est à dire que je lui donnais mon avis et souvent lui a pu faire machine arrière sur ses propres objectifs, sachant qu'il y avait pourtant beaucoup d'enjeux et beaucoup de pression [...] On était vraiment ensemble sur quelque chose d'un petit peu du compromis. On essayait de trouver la meilleure façon de faire, en fonction des observations de chacun et en fonction des pressions qu'on pouvait avoir tous à nos niveaux aussi. »

Par ailleurs, nous relevons les notions de cohérence et d'intelligence partagée, évoquées par Corinne Merklings (2019), dans les discours de Nassim et de Catherine : *« Ce chef de pôle croit véritablement au binôme médical-paramédical, cadre et médical. Donc, ce qui est très aidant, parce que je pouvais véritablement participer à la réflexion [...] c'était dans le cadre de groupes de travail, donc on copilotait ça sur un binôme médico-cadre. [...] Je pense qu'il n'est pas concevable de penser un projet de service, surtout de fusion ou autre, que d'un côté et que de l'autre : que sur du médical ou que sur du paramédical. Il fallait forcément que les deux soient dans la réflexion conjointe. Cette approche du soin et cette coopération, elle est forcément bénéfique pour l'équipe et pour le patient, il faut pouvoir travailler dans le même sens, c'est mieux simplement... »* (Nassim).

Néanmoins, il apparaît dans deux situations que cette coopération est inopérante. En effet, pour Franck et Éric, cette synergie managériale est inexistante : *« L'encadrement n'était pas associé aux... aux décisions... C'est ça qui est un peu fort de... qui a été un peu fort dommage... [...] Moi, je gérais le paramédical. Elle, elle gérait le médical. »* (Franck). Il est à noter toutefois, qu'il s'agit de deux médecins chefs de services ayant des activités multiples et géographiquement éclatées.

En outre, certaines activités du cadre, inscrites dans son référentiel, sont recensées par nos interviewés.

L'animation de la démarche qualité-gestion des risques, est évoquée par Karine lorsqu'elle nous parle de l'actualisation des protocoles du service : *« il m'avait demandé de revoir les protocoles et procédures en lien, qu'on avait fait avec le premier chef de service. Il avait demandé de les remettre au goût du jour avec des impératifs du GHT ».*

Chloé, pour sa part, évoque le management-encadrement et animation des équipes dans sa dimension de gestion des équipes et de soutien dans les situations difficiles : *« on gère les équipes... Le chef de pôle a une entière confiance en ses cadres. C'est pas un problème, parce que de toute façon, ils savent très bien qu'on est là et qu'on gère... et que si, à un moment donné il y a des difficultés, de toute façon on les fait remonter »*.

Dans un contexte particulièrement tendu pour les effectifs soignants, Virginie nous décrit la gestion d'une situation de crise : *« Là, il est inquiet du coup parce qu'il y a des tensions... [...] Ou bien il me demande si j'arrive à recruter. Donc on sent qu'il se sent impliqué, que les paramédicaux ont leur place...Et donc, il compte sur moi pour... comment... que ça tourne, en fin de compte »*.

Enfin, dans le domaine des échanges et entretiens avec les acteurs concernés, ainsi que dans la gestion de l'information, Franck nous confie devoir bien souvent : *« faire passer la pilule ! [...] Être en proximité avec l'équipe [...] c'est remonter des difficultés de l'équipe, pour essayer d'améliorer. Qu'est-ce qu'on peut faire ? Là, ça va pas...c'est après faire passer les messages »*.

Il est donné de constater que les cadres interrogés, en nous décrivant les attentes de leurs MCS respectifs ont, consciemment ou pas, catégorisé leurs réponses en lien avec leur référentiel d'activités et de compétences. Toutefois, nous nous interrogeons sur le niveau de connaissance des MCS concernant le document susnommé.

6.4.4 Le binôme managérial de demain : duo ou dualité ?

Ayant établi les attendus mutuels du binôme d'encadrement, nous avons interrogé les cadres de santé quant à leur projection dans l'avenir. En effet, en lien avec la loi du 26 avril 2021, qui préconise une formation au management pour les MCS, nous avons souhaité recueillir leurs opinions à propos de la place qu'ils occuperont demain. Se dessinent alors trois catégories de réponses : les favorables, les défavorables et les sceptiques.

Karine semble foncièrement contre et s'anime lorsqu'elle répond : *« Moi, je pense que chacun doit être à sa place. Le paramédical reste du paramédical. Je pense que le médical gère le médical. Ça a pas du tout le même fonctionnement, les mêmes...on va dire les mêmes techniques et les mêmes compétences, les mêmes droits sur les compétences. J'ai peur qu'il y ait un glissement de tâches [...] Donc, j'ai beaucoup de craintes sur ce système... [...] Le cadre, je*

pense qu'on est quand même le garde-fou de la sécurité des soins et aussi de certaines demandes aberrantes de certains médecins. ». Elle paraît redouter une sorte de perte de pouvoir par le partage des zones d'incertitude devenant accessibles au MCS.

Catherine et Franck sont les deux sceptiques que nous avons identifiés. D'ailleurs, Frank adopte un ton très ironique lorsqu'il déclare : *« On peut former au management et pas être manager, hein ! [...] Mais on s'impose pas manager ! [...] Déjà, changer les mentalités... Donc ça, c'est pas une loi qui va changer les mentalités ! [...] On a quand même beau dire [...] On a quand même les médecins et les infirmières... Le médical et le paramédical. Alors, qu'on soit sur le même terrain, ...au même niveau... je pense pas... [...] C'est comme l'ingénieur et le technicien quoi ! Il faut qu'on travaille ensemble, hein ! Ne mélangeons pas les rôles ! ».* Par ailleurs, il souligne un aspect évoqué antérieurement dans l'article de Holcman (2009), lorsqu'il dit : *« le milieu médical, ne fait pas les rapports qu'un cadre peut faire sur ses agents, qui ont mis la vie de quelqu'un en danger... Au niveau médical, je les... je le vois rarement, hein ! Les rapports, y en a très peu, donc ça, c'est une réalité. ».* En effet, dans les jeux de pouvoir, les risques de sanctions encourues par les médecins sont moindres, en comparaison de ceux qui exposent les paramédicaux. Cela pose le problème de l'équité au sein d'une équipe dont les statuts sont variables.

Les préoccupations de Catherine sont différentes. Elle évoque la complexité des organisations hospitalières, notamment dans la gestion des ressources humaines : *« En fait, ce qui est compliqué, c'est que chacun est responsable de ses agents... [...] Remettre chacun à sa place, pour respecter le travail de l'autre... Parce que chacun ses équipes. [...] Il y a un gros gros chantier pour la plupart des chefs de service, en termes de communication, de savoir-être aussi, de partage et de confidentialité... [...] Il faut définir les règles dès le départ, que chacun respecte l'autre [...] Donc, il faut vraiment travailler dans le même sens, en respectant chacun son champ d'intervention. Ça, c'est extrêmement important. [...] Chacun son poste, chacun sa place. Le cadre, il est... enfin moi, je pense que c'est la personne qui a une responsabilité au niveau des agents, la plus importante dans un service. [...] C'est extrêmement important, chacun ses missions. ».*

D'ailleurs, c'est sur l'argument de la posture et de la communication que s'appuient Chloé et Paul : « *Quand je devais travailler avec la PH, je sentais qu'elle était pas forcément à l'aise avec certaines données et certaines façons aussi de demander une information à l'équipe ou de gérer un peu les équipes. [...] Donc finalement, c'est parfois moi qui me retrouvais à devoir faire un peu ce travail-là, ou en tout cas en parler avec elle pour qu'elle puisse aussi faire les choses. Donc je pense que ça peut avoir un côté intéressant, doublement quand il y a une équipe médicale aussi à encadrer. Je pense que les éléments des clés de management, c'est beaucoup la communication. Et s'il y a un domaine de progrès, je pense, que peuvent faire les médecins, c'est par rapport à la communication. Et à mon avis, rien que pour cet élément là, ça peut être très très pertinent. [...] Je pense qu'il faut clarifier vraiment les liaisons fonctionnelles et hiérarchiques. [...] Donc, c'est vraiment au cadre de trouver sa place.* » (Paul)

Cette notion de clarification des rôles et des missions revient de façon récurrente dans les discours. Elle semblerait témoigner de la nécessité de mener une réflexion autour de la création d'un référentiel à destination du médecin chef de service, afin de délimiter les responsabilités et les champs de compétences de chacun. Pour décrire l'alliance du médecin et du cadre, Muriel Guillot, cadre de santé, écrit :

« Elle passe par la reconnaissance par les médecins des compétences cliniques de l'équipe [...] et de la légitimité du cadre comme porte-parole et leader manager de l'équipe. Dans le discours, la répartition des activités se fait à partir de la notion de responsabilité et des champs de compétences. Il s'agit du rôle de chacun et du partage de territoire. » (Guillot, 2009, p.135).

Nassim est totalement favorable à la formation des MCS au management. Il espère que celle-ci apportera plus de légitimité aux médecins et donc davantage d'équité dans sa gestion d'équipe : « *J'aimerais bien justement, parce que [...] au niveau hiérarchique, le chef de pôle n'a pas de poids sur un autre médecin. Donc, parfois je me dis que ce serait bien qu'en fait, le chef de pôle puisse, de la même manière que le cadre de santé peut le faire pour les infirmiers, dire pour le coup, [...] là, tu déconnes, c'est pas possible...[...] je suis, je reste ton supérieur et ça, c'est pas possible. Donc, si ça permet, lui sur sa voie hiérarchique médicale, de faire quelque chose qui puisse manager les médecins...* ». Pour autant, il ne semble pas inquiet quant à son futur positionnement : « *Ce que je dis même souvent aux patients, c'est qu'on est deux hiérarchies*

parallèles. Donc voilà, que les médecins se managent entre eux et que les paramédicaux et autres se managent entre eux. [...] On fait pas le même métier. Enfin voilà, on travaille ensemble. [...] Même si j'ai un médecin manager, ça changera rien à priori. ».

Enfin, Éric et Virginie n'ont plus besoin d'être convaincus des bénéfices que représente la formation au management des médecins, leurs chefs de service respectifs étant en cours de formation : *« Bah moi, mon chef de service, il est en pleine formation là [...] Moi je trouve ça très bien. Oui, parce que même en terme d'équité, on voit bien [...] Les histoires des congés, nous pour nos équipes, il y a des règles. Quand on voit que, à un moment donné, il y a pas de médecin pendant les vacances, il y en a qu'un [...] En fin de compte, ils faisaient ce qu'ils voulaient les médecins...ils avaient pas un leader, un manager [...] On pourra encore mieux travailler ensemble. Parce qu'en vérité, on parlait pas des fois le même langage. »* (Virginie), *« C'est vraiment un bien qu'y ait une vraie cohésion entre les deux, un vrai binôme entre le cadre paramédical et le cadre médical. Parce que, ben toujours dans cette optique de la prise en charge, de la prise en soins des patients, je pense que c'est préférable que l'équipe médicale et paramédicale aille vraiment dans le même sens et ait la même conscience sur les difficultés que peut rencontrer l'équipe en général ...Et les points sur lesquels on doit tous s'améliorer et qu'on puisse tous faire ce travail d'amélioration dans le même sens. Parce que si uniquement l'équipe médicale essaie d'améliorer les choses sans le concours de l'équipe paramédicale, ou l'inverse, on est quasiment sûr qu'on va à l'échec. »* (Éric).

La question de la formation des médecins chefs de service au management fait réagir nos huit enquêtés de façon très différente. Pourtant, nous constatons une récurrence dans les termes employés tel que : chacun sa place ou chacun ses missions. Des notions reviennent également, comme le besoin d'équité et l'intérêt que les médecins se forment à la communication. Catherine Demurger apporte un éclairage en ces termes : *« [...] la fonction de chef de service s'obtient par reconnaissance professionnelle et nomination effectuée par le directeur général. Et rares sont les médecins qui ont suivi une formation en gestion de ressources humaines ou management. »* (Demurger, 2017, p.36), par opposition aux CDS censés être déjà formés aux fonctions de management et de gestion. Pourtant, il ressort assez clairement que les cadres seraient unanimement en demande de ce binôme managérial.

Lors de cette analyse, nous avons éclairé les thématiques prédéfinies par les propos recueillis au cours des différents entretiens. L'issue de celle-ci nous permet de discuter, dans une dernière partie, des hypothèses énoncées au préalable.

7 Discussion autour des hypothèses

Les différents matériaux récoltés auprès des cadres de santé nous permettent désormais d'élaborer une synthèse pouvant éclairer l'objet de recherche. Toutefois, compte tenu du faible échantillon sur lequel repose l'analyse, il nous semble utile de rappeler que cette discussion ne peut être entendue comme une généralité. Pour rappel, notre travail de recherche prend appui sur la question : dans un contexte de réorganisation hospitalière, en quoi les relations entre le médecin chef de service et le cadre de santé influent sur la dynamique d'une équipe soignante ? A la suite de quoi, deux hypothèses ont été émises.

Première hypothèse : Dans un contexte de réorganisation hospitalière, le cadre de santé joue le rôle de traducteur entre le médecin chef de service et l'équipe, renforçant ainsi la dynamique d'équipe. Cette coalition du binôme d'encadrement facilite la conduite du changement.

L'analyse thématique a pu mettre en évidence que la coalition du cadre de santé, en contexte de transformation organisationnelle, ne se fait pas nécessairement avec le médecin chef de service. Toutefois, lorsqu'elle existe, elle paraît lui donner un poids et une légitimité vis-à-vis de l'équipe et de l'institution. La difficulté majeure semble alors être de maintenir cette alliance auprès de médecins dont les logiques et les intérêts diffèrent de ceux des cadres. Toutefois, au-delà de ce partenariat avec le médecin, la tendance démontre que le cadre serait en première ligne, à la manœuvre du changement. Reconnu comme levier principal dans la conduite de changements, le cadre semble être légitimé par l'équipe dans sa fonction de leader. En effet, ce professionnel, qualifié de représentant de l'équipe, serait à même d'établir un lien de confiance par sa disponibilité et son écoute, malgré les contraintes institutionnelles. En somme, le cadre paraît incarner celui qui pourvoit aux besoins de l'équipe, parce qu'il peut favoriser l'autonomie, valoriser les compétences et donner du sens à l'action entreprise.

En outre, l'agilité de son management et le temps qu'il consacre aux professionnels lui donneraient des avantages certains. De fait, la connaissance individuelle et collective de son

équipe lui permettrait d'identifier les forces, les faiblesses et les personnes ressources en son sein.

De plus, être le relais de la communication, y compris dans les moments difficiles où les désaccords et la révolte émergent, lui accorderait la possibilité d'accompagner le changement dans toutes ses étapes et de pouvoir ainsi gérer les phases de résistance.

Par ailleurs, le discours de ces cadres met en exergue une certaine distance entre le médecin et l'équipe soignante. Il semble soutenir de loin, pris par d'autres activités ou par des charges administratives. C'est ainsi que la place centrale qu'occupe le cadre fait émerger son rôle essentiel en tant que traducteur, dans le but de rapprocher le médecin de son équipe. D'ailleurs, il apparaît que les attendus du médecin chef de service sont en corrélation avec les missions du cadre. Il s'agirait que le cadre soit un relais pour lui, afin de faire passer les messages et de mener les négociations auprès des non-médicaux. Il serait également attendu de lui une présence régulière dans le service, une proximité auprès des équipes et dans le meilleur des cas de mener une réflexion commune et pluridisciplinaire.

Enfin, les interactions de l'équipe vis-à-vis du binôme d'encadrement sembleraient s'apparenter à des relations filiales. En effet, nous avons pu constater dans un certain nombre d'entretiens, que l'équipe serait parfois tentée de tester la cohésion du binôme, sa cohérence et son intelligence partagée. Le médecin chef de service incarnerait alors une figure paternaliste, capable de surseoir aux besoins de reconnaissance.

La première hypothèse tend à se confirmer. Effectivement, il semble que le cadre, dans son rôle de traducteur et donc d'agent de liaison entre le médecin et l'équipe, renforce la dynamique d'équipe et de fait, favorise la conduite du changement.

Seconde hypothèse : Le headship du médecin chef de service prévaut sur le leadership du cadre de santé. Ainsi, dans un contexte de réorganisation hospitalière, la dynamique d'équipe n'est impulsée que par la seule voix du « chef institutionnel », qui est incarné par le MCS.

Nous l'avons vu lors de l'argumentation de la première hypothèse, le cadre est un acteur majeur de la conduite du changement. En effet, du fait de sa proximité et de sa connaissance de

l'équipe, il occupe un poste stratégique. Pourtant, lorsqu'il est question d'autorité, les discours paraissent plus modérés. Ainsi, l'autorité semblerait être partagée entre différents acteurs, dont le médecin chef qui est cité de façon quasi systématique. De fait, entre stratégie de jeu d'acteur et nécessité de fonctionnement, il apparaît que les cadres de santé choisissent et espèrent un binôme managérial dans lequel la communication serait authentique, les négociations et compromis possibles, le soutien et l'écoute partagés. Par ailleurs, concernant les missions d'organisation et de coordination du service qui sont attribuées au médecin-chef, l'unanimité des cadres s'accordent sur le fait qu'elles ne concernent que l'activité médicale, même si cela peut avoir des incidences sur le fonctionnement des paramédicaux. Enfin, l'élément le plus récurrent et le plus commun à tous ces entretiens est sans nul doute la nécessité, pour les cadres de santé, de clarifier les rôles et les missions de chacun, avec une insistance particulière en ce qui concerne leur champ de compétence exclusif : l'équipe paramédicale.

Par conséquent, la seconde hypothèse est pour partie infirmée et pour partie amendée. Nous l'avons également vu au cours de l'argumentaire de la première hypothèse, les médecins chefs de service semblent éloignés des unités de soins, pris par des logiques administratives ou financières. Aussi, tenant compte des nombreux processus à mettre en œuvre lors d'une conduite de changement organisationnel et du temps que cela demande dans l'accompagnement, il nous semble impossible que la dynamique d'équipe ne soit insufflée que par la seule voix du « chef institutionnel ». Quant à savoir si le headship du médecin prévaut sur le leadership du cadre, nous serions tentés de l'infirmier mais trop peu d'éléments convergent en ce sens. Tester cette hypothèse, dans le but de la confirmer ou de l'infirmier, aurait nécessité une autre population : celle des soignants.

La discussion des deux hypothèses met en lumière un facteur essentiel relevé par C. Demurger (2017), « l'un ne peut rien sans l'autre ». Dans le discours des cadres de santé, nous n'avons repéré à aucun moment la notion de dualité au sein des binômes. Bien au contraire, il s'agirait plutôt d'un duo, d'une reconnaissance et d'un respect mutuel, où chacun aurait son rôle, son territoire et son champ de compétence. En somme, une complémentarité pouvant influencer de façon positive sur la dynamique d'une équipe soignante.

CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche a été le fil conducteur de notre année de formation. Les enseignements conjoints de l'université Gustave Eiffel et de l'IFCS nous ont permis de découvrir et d'appréhender les théories relatives aux champs de la sociologie et du management.

Ce mémoire nous a permis de mettre des mots sur une situation vécue, qui nous avait alors beaucoup interrogés. Le travail d'écriture nous a également permis de prendre du recul quant à la place du cadre au sein d'une unité de soins.

La situation de départ questionnait l'impact des réorganisations hospitalières sur les dynamiques d'équipes. De fait, depuis une trentaine d'années les établissements de soins vivent de profondes transformations ayant des effets sur les organisations. Puis, les recherches théoriques et la réalisation de trois entretiens exploratoires nous ont fait cheminer vers une question de recherche incluant le trinôme : médecin chef de service, cadre de santé et équipe soignante, dans un contexte de réorganisation hospitalière. Il devenait alors utile d'ajouter aux concepts de dynamique de groupe et de conduite de changement, celui de l'autorité et du pouvoir.

Élaborer une grille et conduire des entretiens semi-directifs ont été des exercices ardu mais passionnants. Il nous a été donné de constater que la posture d'apprenti chercheur, lors de ces entretiens, était loin d'être évidente, surtout lorsque qu'il s'agit d'interroger nos pairs.

Au cours de cette recherche, nous avons saisi l'opportunité d'appréhender de nouveaux éléments indispensables à notre future prise de poste. Ainsi, nous approprier les étapes d'une conduite de changement et prendre conscience de l'importance de l'accompagnement des équipes lors de celle-ci, nous permettra peut-être d'éviter le point de rupture par lequel intervient la dissolution d'une équipe. De surcroît, dans le contexte actuel où l'essentiel est justement de préserver les soignants, compte tenu de la pénurie de professionnels.

L'analyse des résultats de l'enquête, menée auprès des cadres de santé, nous a permis de reconsidérer la position de ceux-ci et de mieux cerner les différents enjeux stratégiques des

acteurs concernés. Par ailleurs, cela nous a aidé à clarifier le positionnement du cadre vis-à-vis du médecin chef de service, tant dans leur coopération que dans les champs de compétences qui les distinguent.

Toutefois, l'objet de recherche pourrait être enrichi par de nouvelles explorations. Il serait effectivement intéressant d'interroger les équipes soignantes et de recueillir leurs expériences et observations concernant le binôme d'encadrement en contexte de transformation organisationnelle. Par ailleurs, et c'est là une limite majeure et regrettable, il nous apparaît essentiel de compléter cette recherche par le point de vue des médecins chefs de service vis-à-vis des cadres et des équipes soignantes. En effet, nous n'obtenons que le prisme du cadre alors que notre sujet concerne un binôme, voire un trinôme si nous incluons l'équipe.

Pour finir, ce travail aura éveillé en nous l'envie, jusque-là insoupçonnée, de poursuivre différentes lectures professionnelles afin de maintenir un niveau de connaissance constant au sein d'un système inconstant.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et revues

Anzieu, D., et Martin, J.Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints* Nouvelle édition PUF.

Autissier, D., et Moutot, J.-M. (2016). *Méthode de conduite du changement : Diagnostic, accompagnement, performance* (4e éd). Dunod

Bernoux, P. (2014). *La sociologie des organisations : Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. 6e édition revue et corrigée. Édition du Seuil.

Bernoux, P. (2015). *Sociologie du changement : Dans les entreprises et les organisations*. Édition du Seuil

Boussuge, B. (2021). Le comanagement, un pas vers la gouvernance partagée. *Soins cadres*, (127), 31-34.

Carton, G.-D. (2015). *Éloge du changement 2015 : Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel* (4e éd). Éditions du Palio

Crozier, M., et Friedberg, E. (2014). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Réimpression. Edition du Seuil.

Demurger, C. (2017). Collaboration entre cadre de santé et médecin, optimiser le temps. *Soins cadres*, (101), 34-36.

Devriendt, P. (2012). *Accélérer le changement : Le théorème de Welch*. Éd. EMS Management & société.

Fayol, H. (1916). Principes généraux d'administration. Dans *Administration Industrielle et Générale*, (21-27). https://www.12manage.com/uploads/Principes_de_Fayol.pdf

Guillot, M. (2009). Activité du cadre de santé hospitalier : Entre contrainte et autonomie. *Recherche en soins infirmiers*, 99(4), 133-136.

Holcman, R. (2009). Responsibility, irresponsibility, powership. Considerations about hierarchical relationship. Dans *Revue française de gestion*, (196), 67-80.

Honneth, A., et Rusch, P. (2013). Identité personnelle et mépris. Les atteintes à l'intégrité physique, juridique et morale de la personne humaine. Dans *La lutte pour la reconnaissance* (p. 223). Gallimard.

Merkling, C. (2019). L'équipe médecin-cadre dans un management de proximité. *Soins cadres* (111), 40-42.

Mucchielli, R. (2019). *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*, Édition Esf

Sainsaulieu, R. (2019). *L'identité au travail*, 4e édition, Sciences po, les presses

Page Web

APEC (s. d.). *Chef de service médical*.

<https://www.apec.fr/tous-nos-metiers/sante-social-culture/chef-de-service-medical.html>

Motta, J.M. (2003). *La dynamique des groupes*. Cadredesante.com.

<https://cadredesante.com/spip/profession/management/La-dynamique-des-groupes>

SI & Management. (2016). *Stratégies des jeux d'acteurs : Pouvoir, zones d'incertitude, système d'action concret – M. Crozier*.

[Stratégies des jeux d'acteurs: pouvoir, zones d'incertitude, système d'action concret – M. Crozier | SI & Management \(sietmanagement.fr\)](#)

SI & Management. (2016). *Théorie de la régulation sociale : Pouvoir et construction des règles* – J-D Reynaud.

/ [Théorie de la régulation sociale: pouvoir et construction des règles – J-D Reynaud | SI & Management \(sietmanagement.fr\)](#)

Cadre réglementaire et contexte

Clariss, O. (2020). *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS*. https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

De Singly, C. (2009). *Rapport de la mission cadres hospitaliers*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

DREES. (2021). *Les établissements de santé 2021*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>.

LOI n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors, JOFR du 13 juillet 1983. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000504704>

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>

LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015. JORF n° 0297 du 24 décembre 2014. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029953502/>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>

LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. JORF n° 0099 du 27 avril 2021.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566>

Ministère des Affaires sociales et de la santé Direction Générale de l'Offre de Soins. (2012).

Diplôme de Cadre de santé Référentiels d'activités et de compétences.

https://www.ifchureennes.fr/wp/content/uploads/2016/09/Cadres_sante_Ref_activites_et_comp etences_apres_18_12_2012.pdf

Annexes I : Guide d'entretien Cadre de santé

Je suis étudiant à l'IFCS site St Anne- Université Gustave Eiffel. Comme vous le savez, je réalise un mémoire qui porte sur la régulation managériale par les cadres de santé et médecins chefs de service, dans un contexte transformations organisationnelles. Dans ce cadre je vous sollicite pour un entretien anonyme, strictement confidentiel d'une durée d'environ 1 heure. Je vais me permettre de vous enregistrer si ça ne vous ennuie pas afin de faciliter la prise de note. L'enregistrement sera détruit par la suite.

La fonction cadre

- Pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours professionnel ?
- De quelle(s) unité(s) êtes-vous le cadre de santé ?
- Quel est l'effectif des équipes que vous encadrez ?
- Pouvez-vous me parler du projet de restructuration auquel vous avez participé ? (Ses objectifs)
- Quelles en ont été les impacts sur votre(vos) unité(s) ?
- Quels ont été les freins que vous avez rencontré dans la mise en place du projet ?
- Quels ont été les leviers ?
- Quelles sont les évolutions managériales de ces dernières années ? De quelle nature ? Quel est votre avis sur l'évolution ?

L'équipe

- Pouvez-vous me parler de votre équipe ?
- Quel est votre rapport à l'équipe ? Comment communiquez-vous ?
- Y-a-t-il eu des rencontres organisées entre l'équipe paramédicale, vous-même et le MCS pour communiquer et échanger autour du projet ?
- Face aux décisions prises par l'équipe d'encadrement l'équipe paramédicale a-t-elle pu exprimer son avis ? Comment a-t-il été pris en compte dans les décisions ?
- Comment et avec qui avez-vous travaillé tout au long de ce projet ?
- Au point de vue relationnel, comment cela se passe ? (Conflits, tensions ?)
- Quelle sont les problématiques auxquelles vous êtes confrontées ? (Turn-over, absentéisme ?)
- Quel est selon vous le rapport de l'équipe à la hiérarchie ?

La hiérarchie

- Avez-vous des attentes vis-à-vis de votre hiérarchie fonctionnelle ?
- Connaissez-vous les attentes de votre hiérarchie vis-à-vis de vous ?
- Quelle place occupez-vous dans la réalisation de ce projet ? Vous sentiez-vous soutenu ? Par qui et comment ?
- Comment est incarnée l'autorité dans le service selon vous ?
- Comment et à quelle occasion communiquez-vous avec le MCS ? Comment fonctionnez-vous avec le MCS vis-à-vis de l'équipe ?
- Pourriez-vous me parler de la loi Rist ? Qu'en pensez-vous ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Est-ce qu'il y a un autre aspect qu'on n'a pas abordé et que vous souhaitez évoquer ?

Talon sociologique

Age :

Sexe :

Formation initiale

Année d'obtention du diplôme CDS :

Ancienneté dans l'unité

Annexe II : Entretien semi-directif avec Franck

Alors, est-ce que vous pouvez brièvement me parler de votre parcours professionnel ?

Euh...Parcours professionnel...euh... dans le milieu hospitalier ?

À partir du moment où vous avez été faisant fonction.

À partir du moment euh...donc, c'était cadre...euh...comment ! Faisant fonction cadre euh...en... C'est 2004 à 2006 en...chirurgie ORL, Ophtalmo et Gynéco...plus les consultations d'odontologie, les consultations spécialisées, c'est à dire : Odontologie, Ophtalmologie et ORL. Ensuite, 2006-2007, école des cadres. 2007-2008...euh... cadre de nuit. Euh...2000...2008, oui enfin, fin 2000...début 2000...début 2009, plutôt... 2009, euh... chirurgie de jour. Donc, j'ai repris la chirurgie de jour, avec toujours les... la... Donc effectivement la...l'ORL, la gynéco, l'ophtalmologie, plus l'urologie et le... le vasculaire propre, non septique. Après, 2000 euh...Deux ans après...donc, on a regroupé, euh, tous les services de, euh, les services de chirurgie, puisqu' y avait encore le service d'orthopédie qui était un service à part...avec un cadre, chef de service. Donc en fait, toutes les, euh... On a ...on est, on est passé de 50 lits à 35 lits, sur un même, euh... sur un même étage. Et, c'est moi qui en ai pris le... l'encadrement. Donc là, se sont rajoutés le... l'orthopédie, toutes les spécialités aupa... citées auparavant, plus l'orthopédie et le vasculaire septique.

D'accord.

Euh...2000 euh...2000 euh... 2014 euh ...fin 2014, de septembre à décembre : la Polyclinique, avec consultation de Diabétologie, Ophtalmo et des consultations que... Diabéto, Ophtalmo, ORL, euh...et...Ondonto ...je l'ai récité, voilà. Et puis, janvier 2015, les urgences. Janvier 2015, les urgences jusqu'à... jusqu'au mois de... jusqu'à fin 2021. Et depuis, depuis...euh...janvier 2021, la médecine interne : médecine interne, médecine infectieuse.

Sachant que, j'ai assuré l'intérim en médecine interne... pendant... 2000 euh... à plusieurs reprises...entre 2018...entre 2018 et... voilà.

Ok. Euh... Donc, aujourd'hui en médecine interne, quel effectif vous encadrez ?

Euh...J'encadre...euh... Donc infirmiers, les paramédicaux, uniquement les infirmiers ...euh...aides-soignants, ASH et...et un qui kiné. Et puis avant, en fait, c'était une gestion transversale par la gériatrie, mais comme il intervient que sur le pôle médecine...euh, c'est moi du coup qui le gère, qui le gère au niveau bah... planning et voilà.

Ok. Ça représente combien d'agents à peu près ?

Ça représente...euh...Au niveau consultations, médecine infectieuse VIH...25 agents, en tout...

Ok, est-ce que vous pourriez me parler d'un projet de restructuration auquel vous avez participé ?

Euh...Le projet de restructuration, euh... le... le gros projet de restructuration, c'était la...le regroupement de toutes les chirurgies...

Hum, hum...

Où on est passé de 50 lits, avec a... donc à 35 lits...On sent une sorte de... Avec un fonctionnement qui relevait un peu du... du privé, avec des toutes les spécialités...Euh... C'est moi qui étais...j'avais en charge, du coup la gestion des lits...La gestion des lits revenait au cadre. C'est lui qui définissait, en fonction des entrées prévues et programmées...euh...qui définissait le... le nombre de lits vacants, le... pour essayer de faire... pouvoir...pour faire des sorties, enfin, en accord avec les... les chirurgiens. Et moi, je faisais vraiment là...Je faisais vraiment le lien avec les chirurgiens, parce que c'était une équipe.... Entre les ortho, les ORL, les...C'était vraiment moi qui faisais le lien au niveau du service.

D'accord. Euh...Donc si je comprends bien, le regroupement de la chirurgie avec les différentes spécialités, il y avait un seul chef de service pour toute cette unité ?

Y avait un chef par spécialité, et un chef... et un médecin chef du pôle de chirurgie.

Donc un chef de pôle pour 35 lits ?

Oui...un chef, qui avait aussi le... chirurgie, qui avait aussi le...Oui, c'est étonnant ! Et les consultations ! Elle avait aussi les consultations ! Mais, moi je n'avais pas les consultations en charge...

D'accord. Pourquoi vous dites une gestion comme dans le privé ?

Par rapport au... On était sorti du... ça fait comme dans... Je dis comme dans le privé, c'est surtout par rapport aux lits. Y avait pas...On n'avait pas défini 20 lits pour l'orthopédie, 5 lits pour l'ORL...euh... Si on avait plus d'ORL que d'ortho... ben, on prenait plus d'ORL et on essayait comme ça de... de réguler, un peu en fonction des entrées, de l'activité et du bloc...Et des blocs programmés et non programmés puisqu'on prenait aussi des urgences. C'est juste dans ce sens-là, qu'y avait pas...euh...voilà. On avait juste des secteurs définis : le secteur...euh, plutôt le secteur septique était défini....

Oui....

Avec...surtout aussi, le vasculaire septique. On avait surtout ça... un secteur...et le secteur aussi d'orthopédie, qui était un peu à part, parce que c'est quand même une chirurgie propre. En fait, c'était une gestion efficiente de l'occupation des lits, c'est ça... Fallait pas laisser de lit vide !

D'accord, je comprends. Euh...et du coup, ce regroupement de toutes les spécialités, qu'est-ce...qu'est-ce que ça a eu comme impact sur l'équipe ?

Euh...ben ça a eu un impact...euh... Du coup, il a fallu que, mettons...l'équipe d'orthopédie se forme à l'ORL, à la... Puisque du coup, les infirmières étaient polyvalentes sur le...On avait...j'ai récupéré le personnel d'orthopédie, plus le personnel de la chirurgie urologie...Voilà tout ça : Urologie, ORL.... Et donc, ça a été une montée en compétence pour euh...pour tout le personnel, hein ! Euh...Y a eu des cours, il y a eu des...Euh... Puis après, la pratique, essentiellement. La pratique, et puis aussi, le fait de travailler ensemble, quand une infirmière... Enfin, il y avait sur 35... il y avait 3 infirmières du matin et 3 le soir. Donc, forcément on se retrouvait toujours avec une infirmière qui venait d'une... d'une spécialité différente et... ça a été le fait de travailler ensemble et de partager... un partage d'expérience, et puis voilà ! Puis des... quelques... des cours, aussi, qui ont été donnés par des spécialistes. Mais bon, les cours ça fait pas tout, il y a l'expérience qui... qui le fait. Mais au début, ça a pas été évident, surtout pour les... surtout pour les infirmières d'orthopédie, c'était... ça a pas été évident, parce que... elles en étaient restées à l'orthopédie, contrairement aux autres chirurgies, c'était très très cadré. Les visites le matin, la visite du grand chef...Donc, après y avait des visites en permanence et il fallait vraiment s'organiser, et puis autonomiser les médecins un peu... sur certaines visites, parce que...On avait gardé une seule visite d'orthopédie, le vendredi matin, parce que c'était plus possible que l'infirmière suive sinon, avec les retours et les entrées de bloc, quoi ! Et X spécialités différentes...

Euh...Au moment de cette mise en place, quels ont été pour vous les leviers et les freins ?

Euh...(silence). Les leviers, c'est que j'étais quand même aussi, bah... c'était la... un peu la... soutenu par la direction, que j'avais la confiance des médecins qui me... que je connaissais tous, à peu près, puisque j'avais aussi fait des remplacements en orthopédie. Je connaissais déjà un peu... enfin les spécialités et un peu ce qu'attendaient les... ce qu'attendaient les...chirurgiens, pour ma part. Je connaissais aussi l'équipe d'infirmières, et puis j'ai été...Il y a eu un soutien de la direction, puisque à un moment, on a dû réajuster le personnel. Enfin...Parce qu'en fait, au début, on avait vu un peu juste par rapport au personnel et à la charge de travail. Donc, pour ça, j'ai été soutenu. Après les freins...euh ...(silence). Ben les freins, ça a été...Ce qu'il faut... En fait, ça a été... Il a fallu un peu se dynamiser quoi ! Et puis, on sentait que la santé, le monde de la santé était déjà en train d'évoluer. Et...du coup, y a toujours cette crainte de la... du départ de la chirurgie, qui finalement, six ans plus tard, est arrivé ! (Rire). Donc, ça a été surtout ça.

Y a eu tout...on avait eu...On a toujours eu un peu : il faut qu'on fasse de l'activité pour survivre...On a fait de l'activité, mais on n'a pas survécu. Donc, ça a toujours été un peu l'épée de Damoclès qu'on a eu au-dessus de la tête. Les décisions avaient été prises, certainement auparavant...Et ça a été, euh... Pendant 5-6 ans... Ça a été, toujours les projets de regroupement avec l'hôpital... le partage de la chirurgie en regroupement avec l'hôpital voisin, euh... pour savoir qui récupérait la chirurgie, qui... Construction de deux nouveaux blocs en même temps... Mais bon, à un moment, l'ARS avait décidé de...recentrer les activités, de l'orientation de l'hôpital... Et on le sentait ! C'est surtout ça, en fait, c'était le changement, au niveau de...

Oui, d'accord. Euh...Donc, en fait, l'équipe ne l'a pas forcément mal accueilli, de ce que j'entends de ce que vous dites ?

Pas forcément au début...Oh... Un peu, y a toujours des craintes et tout ça... Mais bon, on connaît...Je connaissais les équipes, on connaissait les chirurgiens, ils connaissaient aussi les chirurgiens, parce que souvent l'été, il nous était arrivé de faire des regroupements, entre l'orthopédie...On descendait en orthopédie où on... voilà, pour réduction de lits faute de...ben de ... pendant les périodes estivales, hein ! Donc, les équipes se connaissaient...Donc ça, c'est déjà un plus quoi. Et puis, on a bien senti qu'on avait... que l'hôpital était en train d'évoluer et que pour survivre, on n'avait pas le choix...On n'avait pas trop le choix... Donc, euh...(silence). Mais, y avait toujours... Oui, après, on n'a jamais entendu autant de bruits de couloir et de... de rumeurs, de fausses et vraies rumeurs, pendant 5 ans !

Oui...Euh... Donc, en fait, il n'y a pas eu spécialement de turnover, de départs massifs, à la suite de... suite à ce changement d'organisation ?

Non pas du tout. Non, non, non, non.

D'accord ! Il avait été...il avait été préparé ce changement ? Il avait été annoncé à l'équipe ?

Non... Non, parce que là, il a été annoncé... Il y avait des...on avait des...euh, hum...Il y avait eu des... comme ça, des... En fait, la chef de...le médecin chef du pôle chirurgie, qui avait eu l'information en juin, nous l'a annoncé en juillet...Elle avait... En fait, ça n'avait pas vraiment filtré. Et à son cadre, à moi justement, elle me l'a annoncé... elle l'a annoncé en juillet, où comme quoi on ne.... il y a eu le regroupement, et après le regroupement (en été)... après le regroupement, on ne rouvrirait pas...On s'est retrouvé, un peu devant le fait accompli. Et ça, ça a pas été vraiment préparé avant, parce que : « *mais non...non, non, ne vous inquiétez pas, vous inquiétez pas...* ». Mais en fait, la décision était prise et... j'pense que c'était pas facile de... de l'annoncer aux équipes. Mais, même moi, je n'étais pas au courant....

Et quels étaient vos rapports avec cette équipe à ce moment-là ? Comment vous communiquiez avec elle ?

(*grand silence*) Euh...Avec l'équipe ? Pour informer, il y a eu des réunions...réunions d'information. Enfin, y a déjà des réunions d'informations...de... avec justement, le médecin-chef de...le médecin chef du pôle chirurgie... On a fait des réunions d'information, la direction aussi des soins, s'est associée...Dans un deuxième temps, c'est pas lors de la même réunion, mais... Ben pour annoncer la...pour annoncer la couleur ! (*Rire*). Mais...mais ça a été fait... Et puis, y a...Et puis, tout le... le personnel est resté, y a pas eu de... y a pas eu de fuites massives...les... Les infirmières de la chirurgie, voulaient faire de la chirurgie, temps qu'il restait de la chirurgie. Elles ne sont que parties, quand la chirurgie a... un peu avant la fin de la chirurgie. Quand on sentait que vraiment...

D'accord... Mais vous ne communiquiez avec votre équipe que de façon formelle ?

Non ! Ben forcément, des moments d'échanges, comme ça, de... des moments d'échanges quotidiens, je pense, hein ! Mais oui, oui... je fais ça, forcément ! Je n'ai jamais été fermé... mais ouvert, en essayant de rassurer...

D'accord, vous rassuriez comment ?

Bonne question...*(silence)*. Bon, je vais les rassurer en... je, en... Déjà, qu'ils connaissaient les spécialités, déjà qu'ils se connaissaient, que ce n'était pas l'inconnu et que... c'était notre... Ça, c'est déjà pas une façon de rassurer, mais quand on était un peu... La décision ne venait pas de nous et que... C'est qu'il y a des bruits de couloir qui étaient... en fait, qui n'étaient pas des bruits de couloir et qui moi, je croyais que c'étaient des bruits de couloirs... Voilà ! Voilà... Mais, c'est ça le problème ! Donc, en fait, j'ai pas... on a pas été... L'encadrement n'était pas associé aux... aux décisions... C'est ça qui est un peu fort de... qui a été un peu fort dommage... Maintenant, c'est... les années ont passé, ça fait plus de 10 ans, hein ! Donc, euh...

Oui. Euh... Dans ces temps de rencontres, qui ont été organisées, donc avec le... le médecin chef de service, vous et l'équipe, vous m'avez dit que c'étaient des réunions d'information. Est-ce que, sur ces réunions-là, l'équipe a eu la place de... de s'exprimer ? D'exprimer ses craintes ou ses commentaires ou ses suggestions ?

Oui, oui... Mais il y a... Ils ont exprimé leurs craintes, leur... Forcément, y avait des craintes... on arrive... C'était carrément un chan..., c'était quand même un gros... un... un vrai changement. Euh, sachant que la... le médecin, enfin le médecin chef de... du pôle chirurgie... euh... était très rassurante et a toujours été très rassurante... Donc, même quand elle savait que les... que la réalité était tout autre, et que les décisions prises seraient toutes autres, elle a toujours été très rassurante. Et c'est pour ça, qu'à la fin, même au sein de l'établissement... euh... on croyait plus trop à ce qu'elle disait... On croyait plus trop, parce que... elle était aussi... C'était très stratégique et politique pour elle ! Plus que pour l'hôpital, à mon avis... mais bon... après, euh...

Et... euh... s'il y a eu des suggestions de la part de l'équipe au moment de ces... cette prise de décision, est ce que ça a été pris en compte ? Est-ce que ça a été entendu ?

Oui, puisqu'il y a même... Enfin, y a même des syndicats qui ont été pour... par rapport... au niveau du personnel. Oui, oui, y a les... Bah ça, c'est pour un peu revoir les effectifs et effectivement... euh... Bon, au vu de la charge de travail, tout ça, et du... et du turnover des patients, parce que c'est vrai que... euh... du coup, c'est vrai qu'il a été dit... il a indiqué... Donc, les... les effectifs ont été revus à la hausse... Euh... On a aussi fait des recrutements... Puis, les

suggestions de l'équipe, non, non... elles ont été...elles ont été prises en compte, hein ! Dans la mesure du possible, par contre. Alors, on n'a jamais...euh... Par contre, les visites ...euh... y a toujours eu, quand même, un peu des tensions avec certains chirurgiens. Comme les vasculaires qui, quand t'arrivais, voulaient que la... ils arrivaient, ils voulaient que...admettons, ils avaient 1h à peu près... à 10h00, fallait se libérer pour leurs quatre patients de chirurgie vasculaire. Sauf que, l'infirmière était en train de préparer un bloc où était en train de...Voilà ! Donc, ça c'est... ça a créé, peut-être, des tensions et là j'ai fait beaucoup, beaucoup tampons, quitte à participer aux visites ou... pour dégager l'infirmière. Donc, j'ai été vraiment un cadre de proximité. C'était vraiment la proximité qui a fait que... qu'on s'en est sorti ! Bon ça a pas...suffit...

Mais c'est... c'est intéressant ce que vous dites ! Euh...À ce moment-là, selon vous, quelle était le... le rapport de l'équipe à la hiérarchie ?

(Grand silence et regard d'incompréhension)

Alors, je vais reformuler. Qui incarnait l'autorité dans le service ?

(Grand silence, sourire).

(Rire)

En tant qu'autorité ? ...Comment ?...

En tant que figure de référence...

Moi... le cadre. La cadre sup aussi...Oui, le cadre et la cadre sup, oui, oui...Plus que la...plus que le... non, plus que... oui, c'est moi. C'est moi !

Plus que ?

Non la cadre sup, elle a été beaucoup en arrêt... Donc, forcément... Plus que, même le médecin chef de pôle, en fait...C'est plus... c'était plus moi, oui.

Ok. Euh...Est-ce que vous aviez et est-ce que vous avez toujours des attentes vis-à-vis du médecin chef de service avec lequel vous travaillez ?

(*Silence*). Oui, j'ai des d'attentes... (*Silence*)

Qui sont ?

Qui sont, comme de la présence, montrer qu'on est présent dans le service. On n'est pas forcément là tous les jours... montrer une présence, coacher un peu l'équipe médicale...Euh...Montrer aussi au...Montrer aussi...Enfin, être avec le cadre pour montrer qu'on... Ben on...on entend les...on entend les... les difficultés que peut rencontrer le personnel paramédical...Euh...Même si, parfois on peut pas faire forcément de... mais au moins montrer qu'on écoute et qu'on va... qu'on essaie d'améliorer, de travailler sur, euh...Comment réorganiser pour, euh...Pour être... sans être plus efficient, enfin, garantir un peu une qualité de vie dans le travail. C'est surtout ça ! Et j'en parle d'autant plus, qu'en ce moment, là en médecine interne, j'ai... on a une chef de service, qui est.... au niveau de la relation, qui est ...très cordiale et qui n'est absolument pas présente dans le service...

Et vous pensez que ça a un retentissement sur les paramédicaux ?

Euh...Oui ! Je pense, parce qu'ils avaient...ils ont l'impression de pas être reconnus par...euh...Surtout qu'ils sortent, ils viennent d'une comment... ils viennent de... de vivre quelques années, avec un... une chef de service qui était, euh...qui faisait de...qui était...Il y a eu beaucoup de cadres par intérim et qui faisait un peu...euh... qui faisait un peu de l'ingérence au niveau du paramédical, qui était vraiment leur référente. Y en a qui ne juraient que par elle, et...euh...et ils avaient l'impression d'être reconnus, même si en fait, elle leur faisait faire... enfin bon...C'est vrai que.. Bon, ils avaient l'impression d'être reconnus et là c'est vrai que, je vois par exemple, une réunion avec la chef de service pour repenser ce qu'elle attend de nous, ce qu'elle attend du service...Elle est là depuis pratiquement un an, elle n'a... Je lui en ai

demandé des réunions paramédicales : « *Oui, oui, on va les faire. Tu mets une date...* » et en fait... euh, pfff... très occupée... Donc ça c'est... c'est... c'est essentiel d'être, euh... ça fait, un peu peut être, patriarcal tout ça, ! Mais c'est... Pour créer une identité quand même, c'est mieux...

Ok. Est-ce vous connaissez, à l'époque, les attentes du chef de service vis-à-vis de... de son cadre de santé ?

Oui, à l'époque, oui ! (*Rires*). C'était faire passer la pilule ! C'était surtout ça, parce que c'est vrai, j'ai... j'ai quand même, je suis assez conciliateur et... et je pouvais, à l'époque mettre... Enfin je pouvais à l'époque, parce que j'avais encore... euh... rien que... Parce que, c'est vrai qu'à l'époque, on demandait aussi des remplacements parce qu'y avait des arrêts maladies... On les avait pas forcément ! Donc, en fait je me suis vu participer à l'accueil, faire des retours de bloc ou... euh... prendre en charge une aile le soir, au moment du tour de médicaments, parce qu'y avait que deux infirmières, elles étaient débordées sur une urgence... Des petits trucs comme ça ! Pendant, peut être 1h... mais rien que ça, ça montrait que... ce qui nous manquait. Ça m'empêchait pas de faire le reste, mais c'était... euh... montrer qu'on était présent, et que... et que j'avais quand même une expertise dans le... dans le domaine, au niveau, rien que paramédical, au niveau infirmier, quoi ! Mais ça, j'avais pas besoin de... j'avais pas besoin de le montrer... Mais, le fait d'aider dans... Parce que ça a été très difficile à certains moments... entre les... les retours de blocs, les blocs, c'était... à un moment, c'était une mini usine... Donc, euh... Et les équipes ont tenu. Alors, c'était très dur, mais si elles ont tenu, c'est qu'il y avait une cohésion d'équipe...

Et vous pensez que ça, ça faisait partie des attentes du chef de service ? Que vous soyez vraiment très... très dans la proximité ?

Humm... Oui... Dans la proximité et en prime, en même temps, dans la proximité avec les différents chirurgiens qui intervenaient. Qui m'avaient connu, certains, en tant qu'infirmier et qui... euh... Donc en fait, ils me faisaient confiance quoi ! Ils me faisaient confiance et j'ai jamais eu là, je peux dire de... bon, j'ai tempéré, des fois, des humeurs entre médecins et infirmiers. C'est vrai que c'est, euh... mais j'ai jamais eu de, euh... d'accrochage où... j'ai

toujours travaillé en lien avec les médecins. Mais ça, c'est peut-être ma culture d'autrefois, où on travaillait vraiment en lien avec les médecins. C'était pas les médecins...c'était...on travaillait ensemble, surtout dans le service comme la réanimation...On travaillait vraiment ensemble... Et même dans... dans les autres services, dans un hôpital comme l'hôpital X...L'APHP, les gros services, c'est peut-être différent...Mais, c'était un hôpital qui était un peu... on va dire familiale ! Qui a été, quand même, à taille humaine au niveau des services...Donc, euh...

D'accord. Dans cette réorganisation de la chirurgie, donc, vous occupiez, euh... la place de celui qui doit faire passer le message, si j'ai bien compris ?

Oui, je pense. Alors c'est vrai que ça fait un peu.... Après, en même temps, c'est remonter des difficultés de l'équipe, pour essayer d'améliorer. Qu'est-ce qu'on peut faire ? Là, ça va pas...c'est après, faire passer les messages et on a quand même une certaine éthique et une certaine... On peut pas faire n'importe quoi. C'est toujours comme ça, hein !

Vous m'avez dit que vous vous étiez senti soutenu par la direction à ce moment-là, d'autres personnes ?

Oui, ma direction, oui...

Est-ce que... est ce que vous vous êtes senti à un moment donné, isolé ?

Non....

Donc, qui est venu en étayage, auprès de vous ?

J'avais ma cadre sup... Non, elle était en arrêt ma cadre sup... Donc, il y avait une... la cadre sup du bloc, qui est venu en...aide, la directrice des soins...Euh...ben forcément, aussi, la médecin chef de service de chirurgie, qui a quand même fait...au niveau des réunions et tout ça, à présenter des choses et essayer de...de calmer les...les craintes et la peur de l'avenir. Même si...euh...Surtout que là... comment ? Surtout que l'on sentait, depuis quelques

années... Bon, y a eu un peu, ce qui a fait le...c'est la construction du nouveau bloc en 2000...euh... Attendez, ça s'est arrivé en... disons 2009, construction d'un nouveau bloc...oui ! La chirurgie qui se regroupe, on a dit : on est peut-être sauvé. Mais c'est vrai qu'on avait perdu auparavant, quand même...on avait perdu la chirurgie digestive qui était parti à Y. On avait fait...euh...tenté de faire un hôpital de jour d'urologie, de chirurgie...hôpital de semaine, de chirurgie qui a pas très bien fonctionné...Ça, c'était quand j'étais à l'école des cadres justement. Et c'est vrai qu'entre 2000 et 2010, on sentait que la chirurgie était en permanence... en permanente restructuration, pour améliorer son efficacité et sa rentabilité. Donc, on voyait bien qu'y avait quelque chose...Mais bon, la construction d'un nouveau bloc, tout neuf, très beau avec, euh... nous a redonné un peu d'espoir : peut-être on va garder la chirurgie et récupérer de l'activité...On a pas tiré toutes les ficelles, je pense ! (*Rires*)

À ce moment-là, comment vous fonctionniez avec le médecin chef de service vis-à-vis de l'équipe ?

Moi, je gérais le paramédical. Elle, elle gérait le médical...Elle gérait pas forcément... et, en revanche, en tant que médecin chef du pôle de chirurgie, elle, euh...elle n'a jamais réussi à faire l'unanimité, elle n'a jamais fait l'unanimité auprès des... des chefs de service des différentes spécialités...que ce soit l'orthopédie... En fait... Non, y avait des...Non, non, ça... elle a jamais fait l'unanimité parce que...je pense qu'au travers de... de réunion...enfin, au travers de réunions comme la CME, comme, euh... Ils étaient au courant de certaines décisions prises, de...non, elle n'a jamais fait l'unanimité.

Ça avait un impact sur le reste de l'équipe ?

Non, moi je voyais parce qu'ils venaient plus vers moi ! Mais non... non, non...

D'accord. Euh, quelles sont, selon vous les évolutions managériales de ces dernières années ?

(*Silence*) Hum...J'en vois...C'est dire que nous là...Mais enfin, on parle d'évolution managériale, mais dans la...dans la réalité, en fait... là en ce moment, depuis quelques années,

on est en train de ... On gère énormément l'urgence et non les projets... Donc ça, c'est quand même, euh... Enfin, un hôpital comme le nôtre, on est en train de... on gère l'urgence, on gère des plannings, on essaie de faire tourner des plannings, pour garantir une continuité, une sécurité des soins. Et... actuellement, sur notre établissement, les projets sont pris par la direction. Les projets sont... on n'est pas... on n'est pas forcément associés aux projets. On est associés aux projets une fois qu'ils sont définis et mis en place. Surtout... surtout là, depuis... depuis quelque temps. Avant, on fonctionnait pas comme ça ! On n'est pas du tout associés... on est très peu associés, c'est, euh... En fait, on... voilà... on vous informe d'un changement de projet... alors que pour vous, l'ancien projet était toujours bon. En fait, y a les directeurs... certainement les... certains médecins, le président de la CME qui sont au courant... Et puis, le reste après... bah il découvre...

Vous auriez un exemple de projet comme ça, où vous avez été mis devant le fait accompli ?

Hum... Là, j'avais... à l'époque c'était la chirurgie... Mais là, c'est par exemple des décisions prises... J'en ai pas d'un peu plus précis, j'en ai pas... Mais, c'est pas une vue de l'esprit... C'est pas une vue de l'esprit, ça ! Ça peut être par exemple, la façon dont a été géré le COVID... Voilà ! Tout à fait ! La façon dont a été géré le COVID... Voilà... ben, on a pas le personnel mais ça fait rien ! On est centre de référence COVID et débrouillez-vous le vendredi soir pour réorganiser un ou deux services, pour pouvoir accueillir plus de COVID ce week-end et trouver le personnel... Alors, c'est vrai qu'on a eu les... les vannes ouvertes pour les intérimaires et les vacataires... Mais à un moment, on est limité, c'est pas parce qu'on a les vannes ouvertes, que les gens viennent. Et puis, les gens étaient... le personnel a été très... c'est quand même beaucoup mobilisé quoi ! Et heureusement, mais... mais ça, c'est même... oui ce niveau-là, c'est carrément au niveau de la direction, au niveau de l'ARS. C'est, euh... est-ce que c'est la directrice qui, pour faire plaisir à l'ARS a dit oui ? Alors, c'est vrai, finalement, on a géré. On a pu gérer... un peu dans l'urgence, un peu médecine de guerre, mais, euh... ça été difficile, ça a été très difficile... Ça a été coûteux en énergie... Et... Bon après, c'est exceptionnel, mais y a d'autres projets... Le projet de ... par exemple, le gros projet architectural, suite au groupement avec Z, sur une seule... sur un seul site... Au début, on a eu une réunion, on nous a parlé des urgences de, euh... comment on voudrait que nos urgences soient, et tout ça... Où elle se situeraient... Et puis après... plus rien... Donc, je sais que le COVID est passé par là-dessus...

Mais il a... il a quand même bon dos... Et après, il y a eu quelques réunions d'informations, comme ça... où on découvre que le projet a avancé, mais nous on n'était pas au courant... Après, on dit : « *Vous allez travailler...* ». Ça fait trois ans qu'on attend de travailler vraiment avec les équipes sur euh... les... ben, comment on veut que les urgences soient ? Qu'est-ce qu'on veut ? Alors, on a eu ce qu'on voulait... Voilà, à peu près... Mais, y a pas eu vraiment de travail de...comme on l'entend... de groupe de travail sur... voilà, pour présenter en fin de compte... les préparations. On n'est pas associés...

Ok. Alors, est ce que vous connaissez la loi du 26 avril 2021 ?

Donc, c'est sûr... Bon, je la...enfin... oui. J'aurais dit 2020... mais, je sais pas pourquoi... je pense que c'est pas la modernisation du système de santé...

C'est celle d'après, c'est visant à améliorer le système de santé par la simplification et la confiance.

Oui, oui, c'est ça. Et en fait, le contenu, euh...puff... C'est peut-être par rapport... Alors, j'ai...par rapport... faciliter le recrutement mais au niveau médical, arrêter l'intérim médical, en proposant je ne sais pas quoi...Et après, qu'est-ce qu'il y avait ? En fait, ça reste assez flou pour moi, parce qu'en je l'ai vu passer en pleine fin de période de COVID...Et, il y a peut-être aussi le...au niveau paramédical et médical, beaucoup plus de... de travail ensemble, euh...la commission, ça je l'ai entendu, puisque je fais partie de la CSIRMT...Toute la commission des soins infirmiers peut, dans certains établissements se... enfin, une seule commission...enfin, CME, commission des soins infirmier, même commission...Au niveau de la gestion des services, ben...peut être...est ce que le médical peut avoir plus...par rapport au recrutement, même paramédical peut être...une...je sais pas... Mais là, je vois pas trop... Enfin, en ce moment, je le vois... sur le terrain, je la vois pas trop... J'ai une chef de service qui est assez absente, qui fait ses projets de son côté... Et, aux urgences, j'ai eu un chef de service inexistant pendant 6 ans, donc....

En fait, c'est une espèce de marche en arrière, où on revient à une gouvernance, un petit peu plus médico centré. Le président de la CME va avoir plus de poids. Dans cette loi, il

est écrit qu'il est demandé au chef de service et au cadre de santé de créer un binôme managérial participatif, pour favoriser l'efficacité des équipes et surtout la qualité de vie au travail. Et, pour pouvoir se faire, il faut que les médecins chefs de service se forment au management. Donc, je voulais avoir votre opinion là-dessus ?

(*Grand silence*) Hum...hum...Hum...Déjà, qu'il dirige ses effectifs ! Parce que c'est vrai que quand on essaie de...Par exemple, c'est ça ! C'est un truc tout simple, c'est réguler les entrées et les sorties. C'est pas faire toutes les sorties un seul jour au lendemain, il y a plus... Enfin, il y a des...On pourrait plus réguler les...les mouvements, les mouvements de patients au niveau de... sur la semaine...Laisser des... par exemple, des lits pour les urgences, on est quand même un service d'aval des urgences. Je parle là, de la médecine... Et puis là, on voit parce que tel jour, il y a qu'un médecin, ben on fera pas de sortie... ou on évitera les sorties, on limitera les entrées pour le lendemain... En fait, ça fait une...un peu une charge, quoi. Donc, c'était visé un peu à lisser ça. Et ça, y a que le chef du service qui peut en parler. Bon, moi, j'en réfère au chef de service et elle après, elle voit avec ses médecins...Mais moi, je vais pas faire de l'ingérence au niveau médical hein ! Mais c'est...c'est vrai, de travailler ensemble, pour un peu le...là-dessus... pour aussi nous soutenir. Mais ça, ils peuvent le faire déjà, au niveau de la direction, par rapport aux effectifs, par rapport au...Ils le font... quoique ? Par rapport aux fermetures de lits, par manque de personnel...Mais en fait, on se rend compte, finalement, que les fermetures de lits, c'est souvent plus par rapport au manque de personnel médical que... qu'on fait passer sur les fermetures de lits, parce qu'il manque du personnel paramédical. Alors, effectivement, il en manque des deux côtés, mais, euh...Y avait un moment beaucoup de ; « *oui, on réduit notre capacité parce que le personnel paramédical... avec les vacances...* ». Ça, on l'a entendu chaque année, on l'entend... Sauf que, en même temps, on se rend compte qu'y a qu'un ou deux médecins, ça les arrange bien ! Donc, ça serait un peu pour arrêter ça aussi, quoi !

D'accord...

Et que... Et qu'aussi le médecin puisse voir, que le jour où tu es en manque d'infirmières...on est... et encore, en médecine ça se passe pas trop mal là-dessus... qu'on essaie au maximum de limiter les entrées et les... Quand, bah y a des arrêts de dernière minute, on n'a pas réussi à...

on essaie de faire au maximum, mais on est quand même un peu en situation de... dégradée, on va dire... On travaille... on va travailler, on va dire... en mode dégradé quoi !

Donc là, je vois sur la médecine, quand même les médecins... quand même, en tiennent compte... (*appel téléphonique : arrêt de l'enregistrement*)

(Reprise de l'enregistrement) **Euh... Donc, qu'est-ce que ça apporterait que les chefs de service soient formés au management ?**

(Silence). Humm mm... Déjà, on peut former au management et pas être manager, hein ! Ça... Une formation, surtout à leur âge, certains ça va pas leur apporter des capacités managériales, hein ! Donc ça, peut être oui effectivement, avoir quelque, euh... Mais on s'impose pas manager !

J'entends parfaitement. Euh... À ce moment-là, une nouvelle génération de chefs de service managers... Est ce qu'à votre avis, ça ferait changer la place du cadre ?

(Grande respiration, silence, appel téléphonique : arrêt de l'enregistrement). On est quand même des larbins, les cadres, hein ! Alors, avant d'en revenir à la place du cadre, c'est vrai qu'on parle de... Je vois qu'en même temps, on forme des infirmières sous médecin, ça enfin... les infirmières, euh... la pratique avancée... sachant qu'on manque déjà d'infirmière ! Donc, euh... on manque de médecins effectivement, mais on manque aussi d'infirmières. Alors, former des infirmiers en pratique avancée, pour quoi faire ? C'est un peu... Si, ça peut être bien, quand même, dans des... dans certaines consultations... dans certaines consultations de... de comment ?... de l'hôpital de jour, de suivi thérapeutique de... ça, évidemment oui. Euh... Ça n'empêche pas qu'on manque quand même d'infirmières... Euh... Et on a quand même beau dire le... comment ? On a quand même les médecins et les infirmières... Le médical et le paramédical. Alors, qu'on soit sur le même terrain, sur la même, euh... sur le... au même niveau... je ne pense pas ! A un moment, non... Y a quand même toujours une union, on peut travailler ensemble, hein ! Mais, être au même niveau, euh... Enfin moi, c'est l'expérience qui me fait parler : parce que quand un médecin parle, on l'écoute quand même un peu plus que si le cadre parle. On va préférer se séparer d'un cadre, que se séparer d'un médecin, peut être !

(Reprise de l'enregistrement) **Quand vous dites « on », vous pensez à qui ?**

Euh ...au niveau de la direction, oui, oui. On va plutôt ménager un médecin ou... Ils sont...le milieu médical est assez communautaire ! Parce que le milieu médical, ne fait pas les rapports qu'un cadre peut faire sur ces agents qui ont mis la vie de quelqu'un en danger... Au niveau médical, je les... je le vois rarement, hein ! Les rapports, y en a très peu, donc ça, c'est une réalité...Puis après, on avait...on a quand même besoin des médecins pour travailler...Enfin, je parle pas au niveau managérial, mais on a quand même là... Le médecin a des connaissances...est censé avoir des connaissances, dans... au niveau des prises en charge des patients, que n'a pas l'infirmière ! Elle en a, mais...c'est comme, l'ingénieur et technicien quoi ! C'est... Il faut qu'on travaille ensemble, hein ! On va pas... A moins que les médecins, un jour, fassent tout... et qu'y ai plus besoin d'infirmières...sauf pour faire les changes et les...

(Éclat de rire)

Non, je sais pas ! Mais, au niveau manager...après, le cadre... moi, j'ai jamais été en conflit avec mes chefs de service. Jamais été en conflit, parce qu'on est quand même là pour travailler ensemble et, euh...on n'est pas forcément au même niveau quoi ! Pas sur les mêmes missions. Je vois ma chef de service a énormément de missions transversales, mais très politiques, liées à l'ARS et à la ...C'est pour ça qu'elle est très peu présente dans le service. Elle est très politique, avec tout un réseau que moi je n'ai pas...que j'ai pas envie d'avoir, parce que c'est pas ma...comment ? Parce que, je suis là pour travailler, mais ma vie n'est pas au travail !

Ok. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter, un sujet qu'on n'aurait pas abordé ?

Donc, non... Après bon, c'est vrai que c'est...non, c'est bien... Mais, en fait ça...à revoir dans... dans cinq ou six ans ! Ce que cette loi, comment ?... aura donné... Déjà, changer les mentalités...Donc ça, c'est pas une loi qui va changer les mentalités ! Puis même moi, le médecin, c'est quand même quelqu'un que j'ai toujours respecté, parce qu'il a quand même une connaissance que je n'ai pas et qui peut m'apporter, euh...Bon, après, au niveau managérial c'est différent ! Mais pour manager, par rapport à un service de soins : les sortants, les entrants, les régulations...C'est quand même elle qui sait, d'après... Enfin, qui sait si le patient peut sortir

ou ne peut pas sortir, d'un point de vue médical. D'un point de vue social, c'est différent, une assistante sociale et je peux être là aussi, mais dans... C'est tout, hein ! Ne mélangeons pas les rôles !

Très bien, je vous remercie beaucoup. J'ai terminé... Est-ce que je peux vous poser quelques dernières questions pour mon talon sociologique ?

Annexe III : Entretien semi-directif avec Nassim

Bien, est ce que vous pouvez me parler brièvement de votre parcours professionnel et de du service dont vous avez la charge, de vos effectifs ?

Alors, je commence par mon expérience avant ou que cadre de santé ? Ou faisant fonction et tout ça ?

Faisant fonction.

(Parle très vite) Alors, ça tombe bien parce qu'au niveau de l'accompagnement au changement... Alors moi je, en fait... J'ai été faisant fonction sur le pôle [REDACTED], qui correspond [REDACTED] de la ville [REDACTED]. J'étais donc faisant fonction sur le CMP, hôpital de jour, qui se situait alors à l'époque sur la rue [REDACTED]. Dans ce cadre-là, en fait, j'ai vécu et accompagné la fusion, parce que c'était pile au moment de la création du GHT et des transferts de secteurs... de ce qui était à l'époque [REDACTED], vers les secteurs d'hospitalisation de [REDACTED]. De façon concomitante, il y avait aussi la fusion de deux secteurs de psychiatrie... Donc, celui [REDACTED] et celui du [REDACTED], qui ne formaient à ce moment-là, donc qui n'allait former après cette fusion, qu'un seul et même pôle. Dans ce cadre de fusion de secteurs, il a fallu fusionner aussi le CMP et l'hôpital de jour. Ça veut dire, avec une nouvelle chefferie de pôle et puis, bah aussi de nouveaux médecins responsables et tout ce qui s'en suit. Donc ça, c'était pour ma première expérience. Donc, je suis resté en tant que faisant fonction de cadre de santé là-bas, de janvier 2016 à ma mon entrée en IFCS donc septembre 2017.

Ensuite, j'ai fait mes études de l'institut de formation des cadres de Santé de Sainte-Anne. Donc, je suis sorti diplômé, donc en 2018. J'ai pris mon poste sur le [REDACTED], sur une unité de soins temps plein, hospitalisation complète classique... Voilà, qui couvrait une des parties [REDACTED], parce qu'il y a deux unités de secteur : l'unité [REDACTED] et l'unité [REDACTED]. Donc là, je suis arrivé donc là-bas et là bah... pour le coup, c'était le rapport au changement... Je dirais que c'était un changement

de cadre de santé, sachant que c'était de gros conflits avec la cadre de santé que j'ai remplacé, entre l'équipe et tout ça. Donc voilà...Et puis, alors donc là je suis resté jusqu'en janvier 2021. Et là, je suis arrivé donc au foyer postcure de [REDACTED], post confinement COVID et tout ça... ou au cours du confinement... après le premier, on va dire...Et là donc, il se trouve qu' il y avait un nouveau médecin responsable qui était arrivé en septembre, que toute l'équipe psychologues a aussi changé, qu'il y avait pas mal de changements au niveau de l'équipe paramédicale...Mais aussi, parce qu'on a aussi une spécificité, c'est qu'on a aussi des éducateurs spécialisés qui... Alors en plus, pour le coup, ne dépendent pas de ma voie hiérarchique on va dire... mais dont, j'ai quand même une responsabilité. Donc, je travaille conjointement avec la cadre du médico-social...Voilà, ensuite...Donc, actuellement, notre équipe est composée... Alors, quand on est au maximum du maximum, quand on n'a pas de poste vacant, on a huit IDE, cinq AS, six ASH, une secrétaire médicale, trois éducateurs spécialisés et un agent hôtelier. On est situé au [REDACTED], donc c'est le pôle [REDACTED]. Ce qui représente 1/3 du [REDACTED]. Mais, notre unité est intersectorielle : on est une solution à mi-chemin entre l'hospitalisation temps plein classique et le retour à la... dans la ville...voilà tout simplement...Donc, on fait beaucoup de réhabilitation psychosociale. C'est en gros l'apprentissage à l'autonomisation. Voilà...Dites, s'il y a besoin de précisions, s'il y a des choses sur lesquelles c'est pas clair et si j'omets des choses, il y a pas de problème !

D'accord

Qu'est-ce que je vous disais ? donc l'effectif... Voilà... on a une capacité totale de 32 patients sur un total de cinq étages...il y a de quoi faire ! Pour vous dire, on n'a plus de médecin responsable. Par ce qu'en fait, elle était arrivée, donc au mois de septembre et elle est partie depuis le mois de mai dernier.

Donc, vous vous fonctionnez sans praticien responsable ?

Tout à fait, par intérim, on a... j'ai une demi-journée, un médecin par semaine. Et donc, pour l'accompagnement et la réalisation des projets, c'est compliqué quoi !

Oui, je me doute.... Alors, juste pour être sûr d'avoir bien compris, à votre sortie de DE vous étiez en poste en hospitalisation complète [REDACTED] Ensuite, vous êtes passé...je sais plus où...sur une équipe qui était en conflit avec le cadre...

Ça c'est la même, c'était sur [REDACTED] !

Ah, c'était la même !

L'unité [REDACTED], c'est l'unité avec le conflit, où j'ai pris la suite d'un cadre de santé...qu'il y avait des conflits entre l'équipe et le cadre de santé.

D'accord et après ? Vous êtes arrivé donc à [REDACTED] ?

C'est ça !

Ok...Euh, d'accord. Est-ce que vous pouvez me parler du projet de restructuration auquel vous avez participé ?

(Parle toujours très vite) Alors, pour le coup donc, ces fusions là...en gros, alors...C'est un projet qui n'est toujours pas terminé. En gros, la structure à laquelle j'ai participé, en tout cas dans la réflexion et sur la fusion des équipes et la création d'un passé commun... en tout cas d'une expérience commune...Enfin, voilà... c'est toujours en cours. Donc, moi j'ai participé au début pendant un an et demi, en gros, à ce projet...Voilà, donc ça veut dire qu'il fallait, au-delà du fait...Il fallait, comment dire...casser les à priori d'une fusion, c'est à dire faire passer le message : par exemple qu'on ne se faisait pas bouffer... Voilà, hein ! Et que finalement, bah c'est créer une histoire commune et tout ça... et ramener vers le soin. En gros c'était tout simplement créer du lien et donner du sens. En fait, dans cette fusion, ce qui est toujours le plus compliqué c'est...du fait de cette sensation de spoliation. D'ailleurs, ça a mené à la rédaction de mon mémoire, qui est aussi sur l'accompagnement au changement. Donc, en fait, dans ce cadre-là, c'était comment faire travailler des personnes qui n'avaient pas le même... la même expérience, qui n'avaient pas forcément la même conception du soin et les amener à créer et à rédiger un projet commun sur un hôpital de jour et un centre médico psychologique...Avec

l'arrivée d'un nouveau médecin responsable sur l'hôpital de jour, pour le coup, qui était très pressé et qui pouvait avoir parfois un...qui parfois aurait pu arrondir un peu plus les angles... je le dirais comme ça aujourd'hui. Elle avait envie que tout se passe très vite, mais dans ce contexte-là, on voit...là c'est toujours pas terminé...Voilà...c'est toujours en cours, donc finalement ça fait cinq ans, bientôt six ...Mais, je sais que c'est toujours le même médecin... Voilà...Alors, ensuite pour le centre médico psychologique, globalement « c'était plus simple »...Euh, parce que les équipes étaient plus autonomes...voilà... elles pouvaient être plus revendiquantes sur certains aspects et en même temps plus enclins au changement.

D'accord. Euh... Donc, j'essaie de comprendre : deux praticiens responsables différents, un sur l'HDJ et un sur le CMP ?

Exactement. En gros, donc, le chef de pôle... donc le médecin qui reprenait la chefferie de pôle commune...Bah déjà forcément, il a fallu qu'il puisse se faire une place sur le deuxième pôle qui se faisait « bouffer ». Donc ça, c'était le [REDACTED], qui se faisait « bouffer » par le chef de pôle. Bah... c'était qu'il dépendait historiquement de [REDACTED]...c'était [REDACTED] [REDACTED] qui mangeait tout le monde. Donc, en fait tout le monde avait l'impression de se faire bouffer ! Et moi, j'étais obligé...Alors, un des avantages c'est que justement que ce chef de pôle croit véritablement au binôme médical-paramédical, cadre et médical. Donc, ce qui est très aidant, parce que je pouvais véritablement participer, même depuis ma position de faisant fonction, à la réflexion. Alors, ce médecin, je le connaissais depuis longtemps, c'était mon chef de pôle avant déjà. Quand j'étais infirmier, il m'avait déjà donné quelques missions. Donc, ça pour le coup, c'était très facilitant. Je m'entendais très bien aussi avec le médecin qui est responsable du CMP et finalement avec le médecin aussi de l'HDJ... Mais, qui elle était donc toute nouvelle, parce qu'il n'y avait plus de médecin responsable, ni sur l'HDJ ni sur l'autre. Et donc, finalement, le chef de pôle avait engagé ce médecin là pour bah...réaliser, écrire le projet de fusion des deux HDJ, qui avait deux manières de fonctionner très différentes.

D'accord et du coup, cette fusion...alors vous me l'avez déjà un petit peu évoqué, mais quels ont été réellement les impacts sur l'équipe ?

Impact sur l'équipe ? Alors bah...organisationnel, c'est à dire que déjà il fallait...Je commencerais par dire philosophique, dans le sens...dans l'approche du soin. Parce qu'initialement, l'hôpital de jour du [REDACTED] était beaucoup plus...enfin...une façon de fonctionner qui était beaucoup plus proche d'un centre de jour, que d'un hôpital de jour à proprement parler. La seule différence, on va dire, dans les activités, c'était qu'il y avait un repas qui était servi...Mais globalement, c'était surtout de l'accueil et pas véritablement un hôpital de jour à proprement parler...Comme on peut le concevoir...Donc, ça déjà... Et le nouveau médecin responsable en plus, avait une orientation bien plus TCC que l'ancien médecin responsable...Et donc voilà....

(Difficulté à interrompre) TCC ?

Thérapie comportementale. Donc, c'est en gros c'est... Il y avait plutôt des chapelles très différentes en psychiatrie, qui peuvent s'opposer, qui sont...Voilà... Depuis, je peux pas vous dire combien de temps finalement, c'est ancien et qui existe toujours...En gros, il y a d'un côté, on va dire la psychiatrie institutionnelle et en gros, l'autre côté cognitivo-comportementale... Donc, avec des moyens... enfin des méthodes, on va dire très différentes. L'une qui se fait, donc TCC, beaucoup plus avec des grilles d'évaluation et autres...Voilà... et l'autre qui est beaucoup plus dans un compte d'accompagnement et je dirais au quotidien, d'étayages progressif...voilà...

D'accord, je vous remercie.

Je vous en prie. Voilà, mais donc, en tout cas, dans ce contexte de fusion, le nouveau médecin responsable était beaucoup plus TCC. Et, l'approche ancienne était beaucoup plus sur institutionnel... et donc forcément bah déjà ça veut dire qu'il fallait repenser complètement les ateliers, pour glisser gentiment vers du TCC.

Donc l'impact sur l'équipe, elle a été plutôt philosophique et identitaire, si je comprends bien ?

Tout à fait. Et organisationnel, de fait. Parce qu'il a fallu aussi...bah déjà, accepter de parler d'autre chose et de remettre en question en fait tout ce que... Et sachant que c'est une équipe qui était relativement en place depuis très longtemps. Donc forcément, c'était remettre en cause tout ce qu'ils avaient fait jusqu'à maintenant. Alors, après c'était bien sûr, trouver des équilibres. Ne pas dire : Stop, on arrête tout. Mais en gros, c'était expliquer aussi et c'était le souhait d'ailleurs du chef de pôle...C'était montrer qu'en fait, plutôt que d'être dans une seule manière de penser, on pouvait ouvrir l'éventail et proposer différentes choses pour le patient. Et ça pour le coup, je suis tout à fait d'accord. Il y a des choses qui fonctionnent pour certains patients, des choses qui ne fonctionnent pas et inversement. Je veux dire, il faut pouvoir proposer un dispositif suffisamment large pour trouver ce qui correspond le mieux dans l'accompagnement du patient.

Donc vous avez évoqué les freins, ça j'ai bien entendu, mais est-ce qu'il y a eu des leviers à cette à cette mise en place ?

Bah les leviers étaient assez difficiles à trouver globalement, parce que bah dans cette... Comme je disais, en fait, c'était aussi...Par exemple, là je reviens juste sur des plaintes... c'était la temporalité. C'est à dire que, globalement, ce genre de changement se fait très lentement. Déjà, avec bah les professionnels...On peut pas arriver et dire que le passé n'a pas existé...Donc, forcément... bah je copilotais les groupes de réflexion avec le nouveau médecin responsable de l'HDJ, qui elle, aurait presque souhaité faire table rase du passé... très très vite, d'un revers de de la main et...Elle était très pressée...Et elle était dans l'incompréhension, voire parfois en colère contre les équipes : dire, mais pourquoi est-ce qu'elles veulent pas changer ? Et moi, j'étais là, en train de temporiser un peu, en disant : Bah il faut aussi les entendre et voilà... Donc dans les leviers...bah finalement, c'était tellement...c'était assez conflictuel. Et puis des conflits un peu sous-jacents, c'est à dire que c'était pas forcément dit et beaucoup de choses...et il fallait tendre franchement l'oreille pour pouvoir entendre... Assez peu de relais, mais finalement, je pense que l'équipe a aussi compris que j'étais ni pour l'un ni pour l'autre, mais qu'on était...J'étais beaucoup plus dans quelque chose, justement de proposition pour le patient et d'évolution, que de changement... De toute façon, ce que j'expliquais aussi, c'est que c'était un grand changement, mais que finalement, le changement il est constant. Donc, c'est plutôt de parler d'évolution que de changement. C'est pas une révolution ! Et donc ça voilà... on va dire :

parler plutôt...changer de langage, trouver les mots aussi ...et être à l'écoute de l'équipe pour les accompagner dans ça et leur montrer que finalement aussi, ce qu'ils faisaient, ce qu'ils avaient toujours fait jusqu'à maintenant...et bah ça fonctionnait, mais peut-être qu'il y avait des choses qu'on pouvait améliorer avec de nouveaux dispositifs, en incluant au fur et à mesure certains outils...voilà...Et puis il y avait aussi, dans les leviers, trouver les personnes chez lesquelles ça fait plus écho que d'autres... voilà... pour pouvoir travailler petit à petit, un peu jouer à gagne terrain, au fur et à mesure...Voilà... stratégiquement tout simplement.

Oui, vous avez dit une chose qui m'a interpellé, quand vous me parliez de la chef de service qui était très pressé. Quel a été l'impact sur l'équipe ?

Il y a eu des départs massifs dans cette équipe...Alors moi, je les ai pas vécus, ils sont intervenus après. L'équipe a pas mal changé mais après mon départ, sur un HDJ comme sur l'autre, parce qu'il y avait deux HDJ. Ben justement, en tout cas, c'est que le changement prend du temps et ça, ça intervient souvent avec le renouvellement d'une équipe, ou en tout cas voilà... entre ceux qui s'accrochent un petit peu, ceux qui...Bah comme je disais, ils étaient anciens, y'en a certains qui sont partis à la retraite aussi...euh donc voilà... Mais oui, il y a eu des départs, je le sais, mais après moi...

D'accord

Enfin, départ massif...parce que moi, j'ai connu quelques départs, mais je veux dire après, c'était plutôt dans des projets de carrière que pour signifier leur mécontentement. Alors que là, c'était vraiment pour signifier leur mécontentement...Enfin, de ce que j'ai compris avec la cadre qui m'a succédé. C'est que, oui, c'était beaucoup plus parce que... pour le projet...Euh...la création finalement d'une plateforme de réhabilitation psychosociale et de donc TCC, eux ne leur convenait plus. Même s'il y a toujours d'autres activités qui sont plus institutionnelles sur la psychiatrie institutionnelle.

D'accord, alors à votre avis, ils sont partis parce qu'en désaccord avec le projet ou parce qu'en désaccord avec la façon dont a été menée le projet ?

Je pense qu'au final, ça a plus été avec le projet. Parce que, même si le médecin a été très pressé, je pense qu'elle a été aussi tempérée, que ce soit par le cadre et par le chef de pôle. En lui expliquant que oui, elle était...elle est pressée et on peut comprendre, elle a envie de mener à bien son projet très vite, très bien...Et voilà... parce qu'elle y croit à fond... Ben voilà et ...mais que bah... lui expliquer que bah...ça prend du temps et que finalement, que ce soit sur le temps institutionnel et sur le temps d'une carrière...Bah, quatre -cinq ans, c'est long et c'est pas long quoi ! Et là, finalement, le projet existe, voilà ...Il est... On va dire qu'en fait, ce qui bloque, c'est plus sur des choses matérielles... C'est ...bah, il faudrait de nouveaux locaux, mais bon...ça coûte cher...Et puis après, ça voudra dire organiser aussi un déménagement...Donc, oui, il y a encore des choses à faire, mais le projet en lui-même, il est monté. L'équipe est complète... voilà...

D'accord, je comprends. Quel était votre rapport à l'équipe à ce moment-là ? Comment, vous communiquez avec eux ?

De façon formelle et informelle. Vraiment ! Enfin, je veux dire sur des temps de réunion, on va dire : réunion de groupe de travail. Forcément, parce qu'il fallait s'arrêter à un moment et dire, voilà, comment... Bah... eux comment ils peuvent concevoir ce nouveau projet ? Parce c'était important de pouvoir les faire participer à ce projet. Même si au final, il peut, peut-être, ne pas les satisfaire...Et encore, à l'époque, ça avait l'air de...Il y avait en tout cas... la réflexion et le dialogue était toujours possible. Et ensuite, sur des tons plus informels, plus pour prendre la température du quotidien, de comment ils le vivent. C'est à dire que c'est pas forcément dans les réunions, en tout cas, je l'ai ressenti en tant que tel à l'époque. Il y avait des blocages ou autres...Certes, parfois, la parole était difficile à libérer, mais il y avait quand même cet espace d'échange qui était formel, donc forcément plus compliqué. Mais justement, comme je disais tout à l'heure, parfois, il fallait quand même que je tende un peu l'oreille et quand je voyais que... voilà...j'allais voir un peu, discuter, essayer de désamorcer certaines situations... Et l'imagination débordante aussi, parfois sur du fantasme : Qu'est ce qui va nous arriver ? Et de tout ça, en disant que bah...Alors déjà, sur beaucoup de choses, de tout ce qu'ils avaient pu entendre parler, moi je n'étais même pas au courant ! C'était le fameux bruit de couloir quoi ! Qui se déforment et qui s'amplifient...donc, en gros, c'était annulé ça...Et, enfin, je crois qu'ils me faisaient suffisamment confiance pour entendre ma parole à ce moment-là.

Dans vos groupes de travail donc qui était formalisée il y avait vous, l'équipe paramédicale, il y avait aussi les praticiens responsables ?

Oui bien sûr, ouais. Ils étaient vraiment présents. Justement, comme je disais, c'était dans le cadre de groupes de travail, donc on copilotait ça sur un binôme médico-cadre. C'était une exigence du cadre de pôle. Je pense qu'il n'est pas concevable de penser un projet de service, surtout de fusion ou autre que d'un côté et que de l'autre : que sur du médical ou que sur du paramédical. Il fallait forcément que les deux soient dans la réflexion conjointe et chacun pouvait donner librement son avis. Ça a donné d'ailleurs lieu à certains débats, parfois...houleux...ce serait fort. Mais voilà... en tout cas, on sentait des divergences et c'est normal. C'est pour ça que bah c'était utile.

D'accord. Et alors, justement, s'il y a eu des débats et si les l'équipe a pu faire remonter un peu ces commentaires, comment ils ont été pris en compte dans le dans le projet ?

Alors oui, à chaque fois en fait...bah déjà, dans tous les comptes-rendus et autres, c'était forcément signifier que ...enfin, on peut dire le désaccord, la proposition, la contre-proposition. Ça, c'était important pour pouvoir amener les personnes, par exemple qui étaient...qui étaient absentes à pouvoir prendre connaissance des différents débats. Je parle de débat aussi de façon positive ! Et donc, voilà... Alors, je disais, le projet final je ne le connais pas parfaitement, mais je sais que parmi des anciens professionnels qui sont là, certains professionnels qui étaient très engagés sont toujours présents. C'est à dire que, les connaissant, ils ont pu être entendus. Qu'ils ont réussi à avoir une proposition là-dedans pour qu'ils puissent avoir leur place. Je pense que dans ces processus-là, le fait d'être sur des positions arrêtées, je pourrais dire même « contreproductive » fait que bah... justement, on a beaucoup plus de mal à trouver sa place, que d'avoir une position...ben justement, de propositions, de dire voilà : j'entends bien ce que vous me dites, mais moi, là-dedans je vous propose de prendre cette place. Justement, dans cette proposition, comme je disais tout à l'heure de l'éventail, d'avoir une proposition de soins la plus complète possible. Et donc voilà, je pense que ça s'est passé comme ça. Je pense qu'elle a pu proposer et se définir une place pour finalement pouvoir poursuivre son projet...

Ok. Quel était selon vous, le rapport de l'équipe à la hiérarchie ?

Avec moi... avec ma cadre de pôle ?

À la hiérarchie !

La hiérarchie...Comment vous dire ? Moi, j'étais faisant fonction de cadre, donc forcément...Bah alors, j'ai pas reçu un mauvais accueil, bon... Mais au début, un peu méfiant : Est-ce que un petit jeune comme ça, sera suffisamment compétent dans l'accompagnement des équipes. Après, ils m'ont jamais verbalisé que ça s'était mal passé, même plutôt l'inverse, mais globalement le rapport cordial, normal. Enfin, on a pu avoir des temps informels, je dirais, : aller prendre un verre à l'extérieur...Voilà... Plutôt bon, avec ma cadre de pôle. Je dirais que cette cadre de pôle, qui est maintenant à la retraite, était une cadre de pôle très maternante, qui avait connu toute l'histoire du pôle. Enfin voilà, elle a fait toute sa carrière sur cet établissement. Elle faisait partie, surtout que le groupe public de santé [REDACTED], était un petit groupe hospitalier. Donc, y avait une véritable relation de confiance avec elle. Voilà...et ce qui m'a aidé parce que justement, ils considéraient aussi qu'elle me faisait confiance.

Ok, donc là on est sur la liaison hiérarchique pure. Alors quid de la liaison fonctionnelle ? C'est à dire les médecins.

Ouais bien sûr. Je dirais de la méfiance. Pour le coup, vous voyez, on est sur de la confiance-méfiance. Ce que je disais tout à l'heure, c'est sur tous les fantasmes qui pouvaient y avoir à l'époque, sur qu'est-ce qu'on va devenir et tout ça. C'était beaucoup plus sur la pensée : Bah alors, ce cadre de pôle qui finalement avait repris le pôle assez récemment, hein ! Bah voilà et tout le monde se disait : il a de grandes idées, il est purement intéressé ! Enfin, c'est que politiques, c'est que ceci, que cela ! Et puis forcément, avec la nouvelle chef de service pour l'hôpital de jour...Bah c'était...ça pouvait être un peu compliqué. Mais après, dans le soin, dans l'accompagnement des patients, ça ne transparaissait pas en tout cas. L'équipe a toujours été super pro à ce niveau-là. Et, je vous dis, pas de sabotage, pas de...Voilà... ça se faisait bien. Mais vous voyez, beaucoup de méfiance que j'essayais d'annuler tant bien que mal sur des temps, comme je disais tout à l'heure informel, de discussion et de clarification, c'était ça en

fait...Bah comme je disais tout à l'heure, c'était leur donner du sens. Enfin, c'était donner du sens à ce qui peut être dit, en fait...Au projet et à ce qu'on faisait sur ces groupes de travail...

D'accord, très bien. Euh, est-ce que vous aviez à l'époque, des attentes vis-à-vis de votre chef de service ?

Alors des attentes, moi...Je...Enfin là, actuellement, par exemple, puisque c'est le fait que j'ai pas de chef de service sur une structure isolée. En plus, moi, pour le coup, je suis une structure qui est considérée administrativement temps plein, mais on a un fonctionnement presque psychiatrie de ville quoi ! Nos portes sont ouvertes, chacun peut aller-venir, tous les résidents et patients peuvent aller et venir comme il l'entendent. Donc, c'est dans ce cadre-là, au niveau du rôle institutionnel, je dirais...représentant de l'institution actuellement...Je me retrouve tout seul. Donc, ce qui est assez compliqué. Je suis obligé de faire les entretiens de recadrage tout seul et parfois bah... c'est toujours bien d'avoir un médecin. Donc, euh... Alors après, les patients m'appellent le Boss et tout ça ...De temps en temps, ça me fait rire, mais ce serait franchement aidant. Là, on a beaucoup de groupe de travail...Enfin, quand je suis arrivé, justement, il fallait...Il y a beaucoup de choses qu'il a fallu remettre en place. Sortir de l'inertie post confinement et donc relancer des groupes de travail, mais forcément au niveau philosophique... bah c'est bien d'avoir aussi ce côté médical. Aussi, bien sûr, au niveau clinique, au niveau de l'accompagnement des équipes, d'avoir une référence médicale c'est toujours très aidant. Rien que sur des... On a quand même des décompensations de temps en temps, des crises, voilà...Donc, avoir ce côté médical est forcément utile sur une structure comme la nôtre. Cette demi-journée de présence par semaine...Bah ça vaut pas les cinq-six demi-journées qu'on avait habituellement. Alors, je suis obligé de faire jouer un peu le côté expertise du cadre de santé. Pour le coup, j'ai la chance d'avoir, je pense en tout cas, une bonne expérience en psychiatrie

Est-ce que vous connaissiez les attentes de votre chef de service vis-à-vis de vous ?

Oui, oui, Ben en fait, pour le coup, j'ai toujours eu la chance de bien m'entendre avec mes PH, donc ça c'est plutôt bien. Avec des approches, je dirais éthique, qui étaient concordantes. Je pense à mon ancien médecin responsable, avec qui je travaillais juste avant. Pour le coup, on

est véritablement amis et je la vois régulièrement à l'extérieur, donc... Cette approche du soin et cette coopération, elle est forcément bénéfique pour l'équipe et pour le patient, il faut pouvoir travailler dans le même sens, c'est mieux simplement... C'est tellement plus confortable de pouvoir se dire les choses librement... Parce que même si... voilà... éthiquement, on peut être d'accord sur des certaines façons opérationnelles et organisationnelles sur... bah quand il faut un lit pour tel patient, tel jour, telle heure... mais oui, mais encore faut-il qu'il y soit ce lit... enfin qu'on en est un... enfin voilà... Qu'on puisse se dire les choses : ça c'est possible, ça c'est pas possible, dans un sens comme dans l'autre.

C'est des choses qui ont été clairement évoquées à votre prise de poste ? Les attentes du PH vis-à-vis du... *(Interruption de la question par l'interviewé)*

Alors à la prise de poste, non, non non... C'est pas du tout ... Enfin, à mon ancien poste, c'est la direction des soins qui m'a dit... Bah Monsieur, vous allez là ! J'ai pas eu... enfin j'ai pas vraiment une eu le choix... justement, parce qu'il y avait un problème de dysfonctionnement avec l'ancien cadre, et donc... bah la direction des soins a dit : Bah en fait il faut absolument quelqu'un, donc bah vous vous irez là ! En fait, c'est après... c'est dans l'échange... Enfin, à ma prise de poste, je suis allé voir le médecin responsable et les assistants, et tout ça... pour me présenter, discuter, voir quelles étaient leurs attentes à ce moment-là. Mais je ne les connaissais absolument pas avant. J'avais rencontré, pour mon recrutement, le chef de pôle et un médecin que je connaissais d'avant. Et, je connaissais ces attentes, mais je ne connaissais pas les attentes du médecin responsable. Et malheureusement, je dirais qu'en plus finalement, ça aurait pas été très utile, parce que bon... Mais j'espère, pour le coup que... bah dans le prochain recrutement, bah... je serai consulté et qu'on aura quelqu'un qui sera compatible avec le fonctionnement actuel, mais qui cherche aussi à tirer le meilleur de la structure...

Ok. Dans la mise en place de cette fusion, est ce que vous vous êtes senti soutenu ?

Oui, oui, oui, j'ai pu échanger avec les différents médecins responsables, que ce soit CMP et HDJ... Sachant que j'ai pas beaucoup parlé du médecin responsable du centre médico-psychologique... Mais, c'est aussi un médecin que je connaissais d'avant, avec qui je m'entendais bien et avec qui on pouvait avoir aussi des désaccords... Mais qui parfois... elle

aurait pu être un peu plus sur le frein, que l'autre, qui voulais pas forcément changer...Et puis aussi, j'ai été entendu par ma cadre de pôle et par mon chef de pôle. Enfin, j'ai eu beaucoup de temps d'échange, soit d'entretiens directs dans le bureau, soit au restaurant au déjeuner le midi...voilà... sur la pause déjeuner quoi. Après, sur ces échanges-là, autour du projet, j'étais pas tout seul. Je pouvais en discuter, enfin, j'avais des interlocuteurs. Si j'avais une difficulté, je pouvais me tourner vers eux et en discuter...

D'accord. Et donc sur cette période bien précises, selon vous, comment était incarné l'autorité dans le service ?

Incarner l'autorité ? Alors de différentes manières, parce que là pour revenir sur ce que je disais avant, ses interlocuteurs là, c'est la cadre de pôle et le chef de pôle qui pouvait être moins souvent là. Mais les médecins responsables étaient toujours présents sur les CMP et l'HDJ...En tout cas, voilà, ils avaient un temps suffisamment important pour être présent et qu'on puisse en discuter. Donc... euh... bah... Les autorités...Moi j'étais là à temps plein, donc je dirais que cette autorité elle passait par moi en tant relais et avec le médecin. Ils voient bien que... bah justement, on allait aussi, je dirais, dans le même sens, voilà... mais qu'on les laissaient pas sur le bord de la route. En tout cas, c'était pas le souhait quoi ! Pour revenir sur ce qu'on disait tout à l'heure, c'est que finalement, on était assez à l'écoute pour que chacun puisse dire ce qu'il avait à dire. Donc l'autorité, je sais pas... Enfin, après je sais que pour le coup, j'ai eu de la chance, je suis tombé toujours sur des équipes assez respectueuses de l'autorité. C'est à dire que même en étant faisant fonction, j'étais quand même le cadre...c'est pas pour ça que j'étais un sous cadre ou que... enfin voilà... ou un infirmier plus ! Ça se faisait comme ça...Enfin, pas besoin d'incarner et d'avoir cette... de se dire, je suis le cadre...Voilà... Et ça je l'ai jamais fait et je pense que je le ferai pas.

Ok. Donc, si je comprends bien pour résumer un peu, si l'équipe avait des difficultés ou des doléances, elle s'adressait particulièrement à vous, mais elle pouvait aussi s'adresser au corps médical puisque de toute façon vous teniez le même discours ?

Exactement ! Le chef de pôle venait sur le CMP une demie une journée par semaine et il finissait régulièrement tard. Et donc, c'était marrant parce qu'il y avait une permanence du soir de 17h

à 20h...Et donc, souvent, les soignants attendaient que je ne sois plus là pour aller voir le chef de pôle...Mais moi, de toute façon, j'avais le retour avec le chef de pôle ! Donc finalement, j'ai l'impression que l'équipe essayait de voir ce qui était vrai, ce qui était moins vrai de tout ça...Bah d'aller voir le chef de pôle, se faire entendre en direct. Mais il était à l'écoute et donc c'est ça, c'est que en fait, lui, il était à l'écoute, j'étais à l'écoute...Globalement, on disait la même chose, donc au moins c'était qu'on était concordants. Et c'est vrai que, je pense, que s'il y avait une divergence entre les différents... voilà... ils l'auraient tout de suite vu, et ils se seraient engouffrés dedans directement. Voilà ! C'est pour ça, je suis...là actuellement...enfin, je dirais pas que je suis malheureux, mais j'ai vraiment envie d'avoir un médecin...

Je comprends très bien. Quelles sont selon vous, les évolutions managériales de ces dernières années ?

Ben, je dirais que...Enfin justement, donc ce management sur les compétences, le management agile, le tout ça... le management à distance avec le télétravail...En fait, il y a toujours tous ces concepts, mais je enfin...j'essaye en tout cas d'être... de manager les équipes avec ce que je suis. En fait, j'essaye pas de mettre en place une méthode, une stratégie...Je pense que bah... le management humaniste... Ouais, j'espère que je suis un minimum humain. Je suis formation infirmière, si je ne l'étais pas, ça serait quand même un peu embêtant ! Et, je pense qu'en fait, tout à l'heure, je parlais pas mal du sens que l'on donne...C'est que l'important avec les paramédicaux, c'est de donner le sens... c'est juste que c'est pour le patient en fait...c'est aller dans le sens du patient. A partir du moment où on voit ça, les équipes, elles sont... ce que je disais tout à l'heure sur l'autorité...c'est qu'en fait, y a pas forcément besoin d'affirmer : je suis l'autorité et vous devez faire. C'est qu'en fait, si on explique pourquoi on le fait, le comment devient plus simple. On a moins se poser la question... des équipes qui sont là pour le patient, qui sont motivées pour être là auprès du patient. Globalement, quand on explique que malheureusement, il faudrait qu'ils reviennent tel jour, parce que voilà, c'est pour tel ou tel... Enfin, j'ai rarement des difficultés à ce sujet. J'ai toujours réussi à trouver quelqu'un... euh en expliquant, voilà tout simplement. Et pourtant, je pars du principe que quand les agents me demandent des congés, je leur donne...Voilà, par exemple. Mais donc là, c'est que justement quand j'ai vraiment besoin d'eux, ils reviennent d'autant plus facilement, s'ils savent que je suis acculé...que là pour le coup je peux pas ! Pour reprendre les expressions de gagnant-gagnant.

C'est pour ça, un concept managérial, oui, de toute façon, c'est un mix de tout. Mais en même temps, je suis pas à proprement parler un leader...mais en tout cas, on essaie d'emmener avec soi, c'est plus dans ce sens-là... C'est plus sympa de pouvoir échanger avec les équipes et d'être dans cette réflexion et d'aller vers quelque chose, ensemble, quoi !

Alors cette question, pour vous emmener à la suivante, est ce que vous connaissez un petit peu la loi du 26 avril 2021, la loi Rist ?

Non, non.

Alors la loi Rist, elle est consécutive au rapport Claris, qui dit en gros, en tout cas, pour ce qui m'intéresse, que le cadre de santé et le médecin chef de service doivent former un binôme managérial participatif pour améliorer l'efficacité de l'équipe et la qualité de vie au travail. Pour ce faire, il faut que les médecins chefs de service, demain se forment au management. Qu'en pensez-vous ?

Alors, j'aimerais savoir par quel moyen ils vont se former au management ? Enfin, je veux dire...déjà ne serait-ce que la communication, à ce moment-là, ça aurait été pas mal. Ça veut dire que, dans d'autres expériences professionnelles, c'est que le fait qu'un médecin puisse communiquer avec les patients et les familles de façon...voilà... ce serait déjà pas mal... Donc, pour manager, je pense que c'est bien de pouvoir communiquer. Mais...bah oui c'est bien... Après, en fonction, je sais pas comment dire... Mais j'espère bien que quand ils sont nommés chefs de service ou quand ils sont... voilà... ou les supérieurs, que ce soit chef de pôle ou autres...réfléchissent un petit peu au manager qu'il peut être ! Voilà, mais ça...Non, Bah oui c'est une bonne idée. Mais après, ça reste aussi des qualités humaines, en fait. C'est pour ça que par rapport au management, nous l'important, c'est le mieux être humain... Donc, oui bah faut être humain quoi ! C'est plus simple pour accompagner les humains...Donc voilà, c'est pour ça que j'ai pas d'avis, je suis désolé !

Mais c'est pas grave, c'est très spontané ! (Rire)

Non mais...oui oui... c'est une bonne chose, forcément, c'est une bonne chose...Mais après je me demande comment faire ? Et puis, est ce que c'est pour ça que ce serait un mauvais médecin ? Je sais pas... Le cadre de santé, avant n'était pas un manager, il l'est devenu. Donc... bah est ce que c'est une évolution de la profession de médecins ? Bah peut être... faudra voir...Et ben ils seront conformés et c'est bien...

Si le médecin chef de service devient un médecin manager, est ce que vous pensez que la place du cadre va changer ?

Ah, je pense que et c'est...Ce que je dis même souvent aux patients, c'est qu'on est deux hiérarchies parallèles. Mais juste pour revenir sur... Parfois j'aimerais bien, justement... parce que souvent, c'est entre confrères... c'est à dire qu'au niveau hiérarchique, le chef de pôle n'a pas de poids sur un autre médecin. Donc, parfois je me dis que ce serait bien qu'en fait, le chef de pôle puisse, de la même manière que... bah le cadre de santé peut le faire pour les infirmiers, pouvoir dire : Bah pour le coup, là, je m'excuse de l'expression, là, tu déconnes, c'est pas possible...Enfin voilà donc... je suis, je reste ton supérieur et ça, c'est pas possible. Donc, si ça permet, lui sur sa voie hiérarchique médicale, de faire quelque chose qui puisse manager les médecins...Donc, voilà que les médecins se managent entre eux et que les paramédicaux et autres se managent entre eux. Moi, ça me va très bien ! Mais ensuite, oui... on fait pas le même métier. Enfin voilà, on travaille ensemble...Voilà... Donc, pour moi, ça va rien...enfin, je veux dire, même si j'ai un médecin manager, ça changera rien à priori. Quand je rencontrerai un médecin manager, j'en discuterai avec lui...Mais pour l'instant... non... j'ai pas l'impression que ça peut changer quelque chose...Ou, en tout cas, je dirais les choses, ça m'empêchera pas de le faire...

Très bien. Je vous remercie beaucoup. Est-ce que est ce que vous voulez ajouter quelque chose ? Est-ce qu'il y a des aspects qu'on a pas évoqués ?

Là comme ça...Euh... non. Si vous connaissez un médecin psychiatre qui serait intéressé par un foyer postcure, je suis preneur ! Par contre, faut pas hésiter pas à me recontacter si vous avez besoin de précisions sur quoi que ce soit ? Je peux vous donner mon numéro de téléphone portable si vous voulez.

Oh bah c'est gentil oui. J'ai juste quelques dernières questions pour le talon identitaire.

Est-ce que je peux vous accepter ?

Oui, oui ...Et je le répète encore, je suis vraiment pour le binôme médicaux-soignants !

BEAUDOUVI	Delphine	2021-2022
<p>Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1ère année) « Economie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Economie Sociales »</p>		
<p align="center">Le binôme managérial médecin chef de service – cadre de santé : duo ou dualité ?</p> <p align="center">Sous la direction de Monsieur Emmanuel DENUAULT</p>		
<p align="center">Institut de formation des cadres de santé Ile de France –IFCS GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences - Université Gustave Eiffel, Marne La Vallée</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Dans un contexte sanitaire contraint, les transformations organisationnelles sont le lot quasi quotidien des professionnels hospitaliers. Par ce travail, nous nous sommes intéressés à la façon dont sont pilotés ces changements, entre le cadre de santé et le médecin chef de service, ainsi qu'à leurs impacts sur les équipes soignantes.</p> <p>Prenant appui sur la littérature et les concepts afférents, nous avons mené des entretiens semidirectifs auprès de cadres de santé, dans le but de comprendre en quoi les relations entre le médecin chef de service et le cadre de santé influent sur la dynamique d'une équipe soignante dans un contexte de réorganisation hospitalière.</p> <p>Pour ce faire, nous avons construit notre analyse autour des thèmes de la transformation organisationnelle, du management du changement, de la dynamique d'équipe face au changement et des relations entre cadres de santé et médecin chef de service. De fait, il semblerait qu'une coalition managériale du binôme d'encadrement puisse influencer de façon positive la dynamique d'une équipe soignante, à condition que ses acteurs respectent les rôles et champs de compétences de chacun.</p>		
<p>Mots clés (thésaurus BDSP) : Projet – Restructuration - Cadre santé – Management - Equipe soin – Hiérarchie – Médecins - Chef de service.</p>		
<p>L'Institut de Formation des Cadres de Santé du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs</p>		