



Résilience organisationnelle et crise sanitaire de la Covid-19 : comment faire face ?

Baptiste Blanc, Solène Joanny, Mégane Morliere

► To cite this version:

Baptiste Blanc, Solène Joanny, Mégane Morliere. Résilience organisationnelle et crise sanitaire de la Covid-19 : comment faire face ?. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03507621

HAL Id: dumas-03507621

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03507621>

Submitted on 3 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

Master 2 Management Stratégique des Organisations de Santé
Année 2020/2021

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE

Option « sanitaire »

Résilience organisationnelle et crise sanitaire de la Covid-19 :
Comment faire face ?

Présenté par :

BLANC Baptiste

JOANNY Solène

MORLIERE Mégane

Jury :

FERNANDEZ Valérie, Cadre de Santé, Réanimation Médicale Lapeyronie
GEORGESCU Irène, Enseignante Chercheuse à l'Université de Montpellier,
Directrice de mémoire

Année :

2020-2021

Soutenance le 6 septembre 2021

Remerciements

Nous tenons premièrement à remercier les différents professionnels de santé que nous avons interrogés, pour le partage de leurs expériences, de leurs savoirs, mais également de leurs craintes et de leurs difficultés face à la crise sanitaire actuelle.

Nous remercions également notre directrice de mémoire, Mme Irène Georgescu, pour son accompagnement, ainsi que pour les connaissances et valeurs générales qu'elle a su nous transmettre au cours de cette année de formation.

De même, nous remercions l'ensemble des enseignants du Master 2 « Management Stratégique des Organisations de Santé » de l'Université de Montpellier, pour la transmission de leurs connaissances utiles à la réalisation de ce travail.

Enfin, nous remercions nos familles et nos proches pour leur aide et soutien tout au long de cette année.

PARTIE I : INTRODUCTION	5
PARTIE II : REVUE DE LITTERATURE	10
A. Cadre théorique	10
1. Qu'est-ce qu'une crise sanitaire ?	10
a) Notion de crise : définitions croisées	10
b) Étapes dans la vie d'une crise au sein d'une organisation	14
c) Concept de crise sanitaire	16
2. Concepts de résilience	19
a) La capacité de résilience individuelle : le postulat	19
b) La résilience organisationnelle : le substantiel	23
3. Manager de proximité	28
a) Du management global des organisations	28
b) Vers un management de proximité	30
c) Rôle du manager de proximité dans l'organisation	35
C. Manager de proximité et résilience, en période de Covid-19	39
1. Résilience organisationnelle : comment s'est-elle mise en place face à la Covid-19 ?	40
a) Quels ont été les facteurs de résilience individuelle des soignants ?	41
b) Comment s'est-elle manifestée durant la crise Covid-19 ?	46
2. Manager de proximité et émergence de la résilience organisationnelle hospitalière	55
a) Manager de proximité en établissement de santé : qui est-il ?	55
b) Manager de proximité pendant la crise de la Covid-19 : rôles et enjeux	58
3. Apprentissage post crise : rôle du manager de proximité, placé au cœur du système de santé ?	64
a) Covid-19 : Une transition forcée vers de nouveaux modes organisationnels ?	64
b) Articulation du management de proximité dans l'apprentissage post-crise	67
PARTIE III : METHODOLOGIE	74
A. Identification des besoins de notre enquête et objectifs	74
B. Méthode d'analyse retenue, adaptée à notre étude de nature rétrospective	76
C. Choix de la population et des structures	79
D. Modalité de réalisation et résultats	80
PARTIE IV : ANALYSE	88

A. Introduction	88
B. Résilience organisationnelle : au cœur d'un contexte hospitalier bouleversé	90
1. La résilience : une vision assez proche du concept théorique	90
2. Facteur clef de succès des organisations de santé : comment et pourquoi ?	91
C. Cadre de santé : chef d'orchestre lui-même résilient	97
1. Le manager de proximité : catalyseur de la résilience soignante	97
2. Contours des outils et moyens mis en œuvre pour faire face	102
D. Quelles leçons tirer de cette expérience : de l'apprentissage à la vision des enjeux de demain	108
1. Apprentissage post-crise : quels sont les besoins du management de demain ?	108
2. Conseils et signaux d'alerte lancés par les managers de proximité	112
PARTIE V : CONCLUSION	116
BIBLIOGRAPHIE	119
ANNEXE	122

Partie I : Introduction

Depuis plusieurs mois, le concept de résilience est propulsé sur le devant de la scène. Comment accepter les contraintes ; construire un avenir commun ; ou conduire les changements ? Voici les préoccupations majeures face auxquelles nous nous questionnons depuis bientôt deux ans. La cause de cette mise en écho du concept de résilience déjà en vogue est inédite : une crise sanitaire mondiale sans précédent, ayant de nombreux effets du fait de son caractère total et déconcertant, nécessitant des mesures novatrices et capitales pour pouvoir l'endiguer.

Contextualisation

Depuis le début de l'année 2020, nous subissons tous et à des degrés différents, un bouleversement de notre quotidien suite à l'apparition du SARS-CoV-2, virus responsable de la Covid-19. En effet, le scénario dont nous sommes aujourd'hui les acteurs principaux, exprime toute notre vulnérabilité face à cette menace imprévisible que l'on a encore du mal à contrôler, et pourrait si l'on y regarde de plus près, être une forme d'allégorie de notre globalisation.

Ce coronavirus, premièrement identifié en Chine, circule désormais sous différentes formes sur la quasi-totalité de notre globe, et engendre depuis bientôt deux ans une crise sanitaire mondiale sans précédent, et aux retentissements lourds.

Son mode de contamination par simple contact, associé au fait qu'une partie de la population n'en ressent pas les symptômes, sont les facteurs principaux stimulant sa propagation extrême.

Cette pathologie d'origine virale, dont les voies respiratoires représentent la porte d'entrée, cause des symptômes divers, pouvant aller jusqu'à la détresse respiratoire mortelle :

- À l'échelle mondiale, nous déplorons ainsi depuis le 31 décembre 2019, par le biais d'indicateurs de suivi de l'épidémie de la Covid-19, 4 360 000 décès à la fin de l'été 2021¹.

¹ Santé Publique France, *Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde*, page consultée le 21 août 2021.

- La France, quant-à-elle, fait partie des pays les plus touchés face à l'épidémie de la Covid-19, avec ses 113 000 décès enregistrés, et 6 580 000 cas confirmés en août 2021, depuis le 01 mars 2020.²

La sévérité de ce virus, a ainsi nécessité pour certains individus, une prise en charge médicale lourde et prolongée, ayant déjà entraîné des phases de saturation de notre système de santé français, comme nous avons malheureusement pu le constater.

En effet, malgré une intervention étatique considérable, la préparation à la crise et l'anticipation des conséquences se sont parfois révélées insuffisantes : pénurie de masques ; décisions tardives concernant les conduites à tenir ; débats divers autour de la vaccination ; le tout souvent retranscrit dans des polémiques publiques, plus ou moins pertinentes. Notons cependant, que les régulateurs et pilotes ont aussi su améliorer leurs stratégies au fil de l'expérience, et la mobilisation des acteurs a souvent réussi à compenser les écueils et manquements divers.

D'ailleurs, les organisations de santé ne sont pas restées figées, et ont tout fait pour assurer la continuité des soins, répondre au besoin d'adaptation, et mener la conduite des changements. Cela a nécessité une mobilisation brutale de tous les volets du champ de la santé, sans aucune exception, et nous tenons d'ores-et-déjà à souligner le travail remarquable de tous les acteurs. Encouragés par un effort public massif visant à réduire l'impact de la crise sanitaire, les soignants ont su développer leurs capacités de résilience face à cette situation précaire.

Le quotidien de ces professionnels au temps de la Covid-19 a ainsi été chamboulé, afin de redéployer leurs efforts sur l'élaboration d'une nouvelle organisation, adaptée aux besoins urgents. Dans cette perspective, certains protagonistes se sont illustrés comme indispensables au bon déroulement des changements, et à la coordination de tous les acteurs. Il a également fallu mener parallèlement des missions de veille, qu'elle soit technique ou psychologique, et garantir la communication auprès de l'ensemble des usagers des organisations de santé.

Pour accompagner les équipes dans la conduite de ces changements colossaux, le rôle du cadre de santé, également qualifié de manager de proximité, s'est illustré comme déterminant : soutien aux équipes ; entretien de la motivation ; cohérence apportée dans les modifications ; ou écoute active.

² Santé Publique France, *Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde*, page consultée le 21 août 2021.

Cette crise a également eu des effets collatéraux sur l'ensemble des usagers du système de santé français, qu'ils soient patients ou professionnels :

D'un point de vue "patient", les reports des prises en charge et des opérations chirurgicales attendues par les bénéficiaires, en plus de générer inquiétude et stress, ont largement accru l'aggravation des problèmes de santé et la perte de chance associée.

Si nous nous plaçons désormais du côté des professionnels, le retard accumulé a rendu la reprise d'autant plus difficile, et les praticiens décrivent par exemple des difficultés à honorer toutes les consultations dans un délai raisonnable.

Associé à ces conditions de travail en profonde mutation, et au mouvement constant des réorganisations depuis bientôt deux ans, un épuisement des tous les acteurs du champ de la santé commence à se faire ressentir.

Pourtant, si cette crise vient mettre en exergue ce besoin d'adaptation, les évolutions sociales et les innovations, qu'elles soient technologiques, médicales ou organisationnelles, obligent déjà au quotidien, les organisations de santé à suivre le rythme des transformations. L'environnement en perpétuel mouvement dans lequel nous évoluons tous, rend indispensable le développement de nos capacités d'acceptation, d'adaptation, d'innovation, et de remise en question. Évidemment, l'hôpital, entendu au sens large, n'y échappe pas, et cela vient entre autres questionner ses techniques managériales : « *Qui sont les différents managers hospitaliers ? Qu'attendons-nous d'un manager de proximité ? Quelle est sa place dans l'organisation, et comment s'articule-t-il avec ses collaborateurs ?* »

Bien sûr, nous en sommes qu'aux prémices de nos questionnements, et cette trame de réflexion n'est pas exhaustive.

Enjeux

Adossés à de tels bouleversements, se trouvent de nombreux enjeux. Certains sont communs à l'ensemble des citoyens français, et relèvent de la santé publique, telle que la vaccination. À contrario, d'autres concernent purement le fonctionnement des organisations de santé et la performance globale du système national.

Ainsi, de nombreuses questions apparaissent déjà : « *Que mobilise la gestion d'une crise sanitaire ? Comment la défense interne se met-elle en place ? Existe-t-il une forme de résilience stratégique des organisations ? Y a-t-il un processus d'apprentissage post-crise ?* »

La performance des établissements de santé, qu'elle soit économique, médicale, technologique, ou sociale, recueille un large consensus entre tous les acteurs du milieu. De ce fait, les enjeux associés à cette période trouble sont majeurs.

Sachant que l'amélioration continue de la performance est l'un des leitmotivs de l'action managériale, il est judicieux de se questionner sur le défi majeur lancé aux managers par le biais de cette crise. De nos expériences, nous savons qu'améliorer la performance organisationnelle représente l'essence même du métier de manager de proximité, tout particulièrement dans des structures complexes, telles que des organisations de santé.

Dans ce contexte incertain, comment les managers des établissements de santé ont-ils réussi à conduire les changements, et à faire de l'adaptation permanente leur ligne de conduite ? Effectivement, « *accompagner et induire des changements de comportements sont des projets fréquemment portés par des managers en santé (...) au sein d'une organisation.* »³

Cependant, nous constatons tous quotidiennement que de faire adopter un comportement souhaité à une tiers personne n'est pas quelque chose d'évident, et peut même être source de difficultés. À travers ce travail, nous nous attacherons notamment à montrer la complexité liée à tout changement comportemental. En effet, de nombreux facteurs entrent en jeu, et souvent intrinsèques aux individus : leurs émotions, habitudes de vie, ou même héritage de logique institutionnelle.

³ E. Minvielle, K. Gallopel-Morvan, J-M. Januel, M. Waelli, *Manager une organisation de santé : L'apport des sciences de gestion*, Presses de l'EHESP, 2018, p.55

Parmi les différents enjeux soulevés dans ce travail, l'un d'eux sera donc de réussir à identifier comment, en tant que manager de proximité, il est possible de comprendre les comportements, pour par la suite, réussir à les accompagner.

Nous tâcherons pour cela, d'identifier les principaux modèles et théories reconnus comme étant « efficaces » pour faire évoluer les comportements, dans l'objectif de faire évoluer adéquatement les organisations. Par le biais de l'apport des sciences de gestion, nous tâcherons ainsi au fil de notre travail, d'adapter ces différentes recherches à notre contexte actuel et à notre propre problématique.

Nous destinant tous les trois à des carrières de gestionnaires des organisations de santé, c'est avec un réel intérêt que nous avons décidé d'approfondir ce sujet, et de porter à ces enjeux une attention particulière à travers la problématique suivante :

« Lors de la crise sanitaire de la Covid-19 en France, comment est-ce que le manager de proximité a-t-il favorisé la résilience des équipes soignantes ? »

Pour tenter d'y répondre, deux parties principales seront développées : le cheminement proposé est de mailler d'une partie à une autre, des concepts et approches théoriques, à des constats empiriques menés sur le terrain.

Partie II : Revue de littérature

A. Cadre théorique

1. Qu'est-ce qu'une crise sanitaire ?

a) Notion de crise : définitions croisées

Le mot « crise » du latin impérial « crisis » signifie la « phase définitive d'une maladie ». Le terme découle lui-même du grec ancien « krisis » traduisant la décision ou le jugement, et revêt plusieurs sens et interprétations. Cependant, l'ensemble des auteurs se retrouvent autour de l'idée d'un moment « critique », engendrant des perturbations, un déséquilibre, et véhiculant souvent une image négative entraînant peur et perte de confiance.

De plus, « ces crises » génèrent du stress et de l'incertitude, et cela explique sûrement pourquoi la majorité d'entre nous les redoute. Malgré tout, il est important de comprendre que la crise ne représente qu'une partie visible de l'iceberg. En effet, elle n'est que le résultat d'une accumulation de problèmes ou défaillances, auxquels un système est en incapacité de faire face.

Afin de poser les contours de cette notion polysémique et à l'extension très large, tâchons de présenter le concept de crise en nous appuyant sur différents regards et travaux :

La notion de crise serait-elle héritée des Grecs ?

André Bolzinger, médecin psychiatre et historien, nous dévoile la place majeure du courant impulsé par le « père de la médecine », Hippocrate de Cos, médecin grec du siècle de Périclès, dans l'interprétation de ce concept :

« Dans la médecine hippocratique, le terme clinique de crise désigne l'instant crucial où la maladie touche à son terme, à sa résolution, pour le meilleur ou pour le pire. La crise est un paroxysme d'incertitude et d'angoisse où tout est en suspens (...). L'organisme n'est pas devenu incapable de se réguler lui-même, mais il opte provisoirement pour un mode exceptionnel de régulations à visée défensive. »⁴

Nous constatons par ces quelques lignes, que le concept revêt dans la vision grecque du terme, un caractère inattendu et brutal où tout peut exploser.

⁴ A. Bolzinger, *Le concept clinique de crise*, Bulletin de psychologie, 1982, n°355, p.475-480

Plus récemment, « *la pensée médicale du XIXe siècle ajoute un point de vue nouveau. La crise n'est plus terminale résolutive et salutaire ; elle est inaugurale, elle est purement réactionnelle, sans intention de guérison, parfois elle devient même pathogène lorsqu'elle développe des mécanismes excessifs.* »⁵

La vision de Paul Ricœur

En réponse à ces différentes définitions nébuleuses, Paul Ricœur, philosophe français du XXe siècle, connu pour ses travaux sur l'engagement du sujet « capable » et sur l'éthique pragmatique face aux obstacles, a initié diverses réflexions sur le sujet, notamment via la question suivante :

« *Quoi de commun entre une crise de larmes, une crise ministérielle, une crise des valeurs ou de civilisation ? Ce concept-valise n'est-il pas un pseudo-concept ?* »⁶

Afin de traiter cette question et « *riposter à cette confusion conceptuelle* », Paul Ricœur a tâché de définir les multiples origines de la notion de crise. Comme nous allons le voir, cette vision traduit la multiplicité des typologies face au concept de crise : Ex : Crise d'opinion ; de produit ; politique ou sanitaire...

L'origine médicale

Comme vu précédemment, celui-ci évoque l'origine médicale, en précisant quatre traits à retenir :

« *Un contexte pathologique dont le symptôme principal est la souffrance ou le mal-être ; une rupture dans le rythme temporel de la maladie elle-même (...) ; l'intervention du regard clinique qui interprète les symptômes et pose le diagnostic ; le pronostic d'une issue en forme d'alternative, d'amélioration ou d'aggravation.* »⁷

⁵ A. Bolzinger, *Le concept clinique de crise*, Bulletin de psychologie, 1982, n°355, p.476

⁶ P. Ricœur, *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?* Revue de théologie et de philosophie, 1988, n°120, p. 1-19

⁷ Ibid.

L'état de malaise profond

*« À la fois corporel et psychique, lié au passage d'un âge de la vie à l'autre (...). Elle marque une discontinuité entre un équilibre antérieur qui se défait et l'équilibre qui émerge »*⁸

Modèle cosmopolitique

*« On retrouve le schéma antérieur (...), mais appliqué à l'humanité entière. C'est au niveau de l'espèce que l'on déchiffre les manifestations d'un développement complet »*⁹. Paul Ricœur nous dévoile au fil de ses propos l'idée d'un *« accord pathologiquement extorqué »*, qui marquera l'apothéose de l'idée de crise au plan philosophique.

Modèle épistémologique

Cela correspond à un modèle fourni par notre passé scientifique. Ricœur nous explique que *« le progrès se fait par une série de ruptures séparant deux organisations axiomatiques cohérentes. La rupture se fait lorsque des faits, des expériences ou des connaissances en nombre suffisant refusent de se laisser intégrer dans la synthèse existante du savoir. Il faut alors changer de paradigme »*.¹⁰

Concept économique de crise

Modèle le plus répandu (jusqu'en 2020 ?), dans une société comme la nôtre où l'on place l'économie au sommet de la hiérarchie. *« Comme dans le modèle médical, ce sont toujours des maux ressentis qui servent de révélateur pour des disparités, des inégalités, des contradictions qui affectent le système social dans son entier. »*¹¹

Autre vision du concept de crise selon Julien Freund, philosophe et résistant français du XXe

Au fil de son ouvrage intitulé *« Observations sur deux catégories sur la dynamique polémogène de la crise du conflit »*, il nous expose qu'il considère le conflit comme l'une des données fondamentales de la vie sociale et politique. De manière générale, il introduit la notion de crise comme étant *« liée aux altérations, et aux ruptures que peut provoquer le changement. »*¹²

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ P. Ricœur, *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?* Revue de théologie et de philosophie 120 (1988), p. 1-19

¹¹ Ibid.

¹² J. Freund, *Observations sur deux catégories sur la dynamique polémogène de la crise du conflit*, Communications, 1976, n°25, p. 102.

En effet, « *il y a en général crise à la suite de l'apparition d'une modification soudaine et inattendue, qui trouble le déroulement ordinaire, en suscitant un état de déséquilibre et d'incertitude.* »¹³

Attention cependant à ne pas considérer que tout changement est source de crise :

Le plus souvent, le changement se développe de manière fluide et quasi imperceptible. De même, notons que toutes les crises n'aboutissent pas à des conflits, et n'ont pas forcément une issue conflictuelle.

En effet, les propos que tenaient Julien Freund en 1976 sont aujourd'hui applicables à la situation que nous traversons, et sur laquelle nous reviendrons au fil de ce travail : « *Les crises les plus graves sont loin d'être celles qui provoquent les plus graves conflits.* »¹⁴ Il est donc important de souligner la nécessité de ne pas confondre les concepts de crise et de conflit.

Au fil de ses réflexions et travaux, Julien Freund nous amène à comprendre que les facteurs altérants, conduisant à la crise, peuvent-être de deux origines différentes :

- Externe : Intervention d'un facteur extérieur, altérant le processus de développement
- Interne : Accumulation endogène au sein même du développement, telles que des défaillances répétées.

Évidemment, une crise peut également découler d'une addition de facteurs endogènes et exogènes à un système, comme nous pouvons le percevoir actuellement.

L'ensemble de ces visions concourent à la conclusion que les facteurs déclencheurs d'une crise, sont vecteurs de déséquilibre, d'une perte de repères et d'une rupture dans la continuité.

Par exemple :

- Mauvaise maîtrise des processus techniques. Ex : AZF en 2001
- Mauvaise maîtrise des processus humains. Ex : Autorité inexistante ou abusive

Par la suite, Julien Freund développe cette notion sous l'angle sociologique en précisant que : « *La crise est une situation collective caractérisée par des contradictions et ruptures, grosse de tensions et de désaccords, qui rendent les individus et les groupes hésitants sur la ligne de conduite à tenir, parce que les règles et les institutions ordinaires restent en retrait ou sont même parfois déphasées par rapport aux possibilités nouvelles qu'offrent les intérêts et les idées qui surgissent du changement.* »¹⁵

¹³ Ibid.

¹⁴ J. Freund, Observations sur deux catégories de la dynamique polémogène de la crise du conflit, Communications, 1976, n°25, p. 101

¹⁵ J. Freund, Observations sur deux catégories sur la dynamique polémogène de la crise du conflit, Communications, 1976, n°25, p 103

b) Étapes dans la vie d'une crise au sein d'une organisation

Nous tenons à souligner la qualité du travail présenté dans l'ouvrage de Guy Koninckx et de Gilles Teneau, intitulé « Résilience Organisationnelle », qui a servi de base à ce travail d'analyse sur le cycle de vie d'une crise et ses différentes phases :

- *Le choc* : l'élément à l'origine de la crise qui entraîne la déconstruction.

À la genèse de la crise, se trouve un « impact », une confusion, un élément au caractère de surprise. Pendant cette période qui marque le début de crise, « *les tensions émotionnelles jouent un rôle déterminant et influencent la représentation de la réalité.* »¹⁶

Cependant, lorsque la situation est intensément critique, les individus concernés deviennent preneurs du changement afin de trouver une issue satisfaisante. Commence déjà le mécanisme de résilience !

- À la suite du choc, s'amorce une phase dite de *gestation pour les acteurs* :

La crise naît et se met progressivement en place. Les individus, souvent bouleversés suite à la perte de leurs repères, ne perçoivent pas encore le caractère de « crise ». C'est l'avalanche de problèmes et la saturation des capacités de traitement standards. La crise est alors perçue comme un événement déstabilisant, soudain, incoercible, et combinant difficultés, dérèglements du système et divergences dans les décisions stratégiques à mettre en place. Souvent, cette phase est également marquée par de l'incompréhensibilité. En effet, la crise naît sur fond de surprise et d'incertitude totale.

Cependant, celle-ci est également porteuse d'alerte et amène à réagir. Ainsi, à ce stade, « *un diagnostic des structures opérationnelles devient urgent à mettre en place* »¹⁷.

En effet, il est trop tard pour entamer une phase de préparation, il faut rebondir en réponse à la secousse que la structure et ses acteurs viennent de subir :

« *C'est à ce moment-là que les individus commencent à saisir la problématique du changement et l'apparition d'une crise* »¹⁸

¹⁶ G. Koninckx, G. Teneau, *Résilience organisationnelle*, Manager RH, Éditions De Boeck, 2010, p.96

¹⁷ G. Koninckx, G. Teneau, *Résilience organisationnelle*, Manager RH, Éditions De Boeck, 2010, p.114

¹⁸ Ibid.

- Vient ensuite la *phase aiguë* de la crise, allant du choc au rebond :

Premièrement, une période dite *d'amplification* : La rupture qui s'amorce devient évidente, la perte des repères s'intensifie et s'associe à l'effritement du fonctionnement dit normal de l'organisation. C'est ici que commence à germer l'idée d'une conscience collective, et que les individus fixent les premiers objectifs à atteindre face au danger. Le système touché par la crise établit des stratégies, ainsi que des moyens de mise en œuvre de celles-ci.

C'est également à ce moment-là que le refus face au changement peut se manifester chez certains individus, et que le rôle du manager de proximité dans la mise en œuvre des conditions de résilience devient donc nécessaire... Les acteurs de la crise peuvent percevoir des sentiments de perte, de confusion, d'impuissance, ou même de vulnérabilité.

La crise atteint alors son apothéose et est marquée par l'étape suivante : *la manifestation consciente de la crise*. La prise de conscience de l'état de crise est avérée, et chaque acteur perçoit la déconstruction du système ou de l'organisation. C'est à ce moment-là que les stratégies choisies sont mises en œuvre, et que l'ensemble des acteurs convergent dans l'enrayement de la crise.

- Plusieurs issues sont alors possibles :

Si l'organisation n'a pas réussi à se mobiliser s'entame une phase dite de *déconstruction*.

Cependant, lorsque les éléments précédemment cités sont mis en place, une maîtrise de la crise apparaît et vient alors le temps de la *régulation*. Le processus de fonctionnement nouveau et ses stratégies associées, piliers de cette « nouvelle structure », qui plus est forcée d'évoluer, doivent être contrôlés du point de vue de la performance. Cela permet de suivre la justesse de la reconstruction et des orientations choisies. Cependant, lorsque la crise n'est pas totalement maîtrisée et que de nombreux éléments restent incertains cette étape peut s'avérer périlleuse.

- Enfin, vient la phase d'accalmie : *la reconstruction*.

C'est ici que se pérennisent les changements et que la structure se concentre sur l'identification de sa nouvelle identité.

Ce modèle nous permet de constater l'existence *d'éléments de temporalité* :

Le premier, dit « l'avant » est caractérisé par la déconstruction ; le second dit « pendant » est lui caractérisé par la mise en place d'une conscience collective dans la phase aiguë de la crise ; puis vient un « après », qui est marqué par la régulation puis la reconstruction de l'identité de l'organisation. De plus, la crise étant une dynamique, l'engagement dans le processus de résilience naît et grandit au fil de ces étapes.

c) Concept de crise sanitaire

Cette version de crise est tout aussi polymorphe et complexe. Parmi l'ensemble des éléments pouvant perturber un système, voire un pays, un élément à caractère sanitaire est sans aucun doute l'un des plus imprévisible et incertain. Comme nous le constatons, il vient en effet remettre en question le fonctionnement des systèmes de santé, eux-mêmes garants d'assurer l'état en « bonne santé » d'une population.

Dans le contexte actuel de la Covid-19, le fait que cette situation sanitaire exceptionnelle repose sur un virus à l'extrême contagiosité ne fait qu'accentuer l'effet de masse, ce qui entraîne la saturation de l'ensemble des systèmes. De ce fait, l'une des particularités de la crise sanitaire, est qu'elle est un sujet très sensible pour l'ensemble de l'opinion publique.

Les crises sanitaires peuvent être de différentes origines, et plusieurs grandes crises sanitaires majeures nous restent en mémoire :

- La crise sanitaire due à l'affaire du sang contaminé à la suite d'infections par transfusion sanguine dans les années 1980-1990
- La crise sanitaire suite à l'épisode de canicule de 2003 et ses retentissements sur nos aînés
- La crise sanitaire due à la grippe A H1N1 de 2009
- Actuellement, la pandémie due à la Covid-19 reste sans aucun doute l'exemple le plus exceptionnel

Malgré un contexte et des caractéristiques différentes, chacune de ces crises réunit divers éléments :

- 1- Une origine incertaine au début voire à la fin de la crise
- 2- Un retentissement majeur sur la population, entraînant peur et questionnement
- 3- Une perturbation des systèmes de santé à plus ou moins grande échelle selon la sévérité.
- 4- Une mobilisation de l'État obligatoire du fait de l'impératif de sécurité sanitaire et de ses missions en santé publique.

Christian Hervé, médecin français et responsable du Laboratoire d'Éthique Médicale de l'Université de Paris V-René Descartes, dans son ouvrage « La crise comme devenir de l'homme », en s'appuyant sur les différents modèles de crise développés par Paul Ricœur, rappelle que lorsqu'une crise est d'ancrage médical ou sanitaire, « *ce sont toujours les maux qui servent de révélateurs pour des disparités, des inégalités, des contradictions qui affectent le système dans son entier* »¹⁹.

¹⁹ C. Hervé, *La crise comme devenir de l'homme*, Revue d'éthique et de théologie morale, Éditions du cerf, 2013, n°276, p.13-14

D'ailleurs Paul Ricœur précisait que : « *ce sont finalement ces souffrances qui font peser une menace sur tous les autres équilibres* »²⁰. Ces propos nous semblent judicieux à entendre à ce stade de notre travail, afin de faire mûrir nos réflexions pour la suite de nos recherches et analyses.

Afin de gérer cette crise, l'état et les structures disposent de plusieurs outils afin de fournir une réponse organisationnelle. L'objectif général de ces différents outils est de déployer des stratégies d'adaptation efficaces et agiles, capables de faire face en période de crise quelconque. Voici les principaux :

- Au niveau des structures sanitaires, le principal outil déployé, est nommé « *Plan Blanc* » : Il est établi en amont de la crise, et contient les mesures organisationnelles rédigées par les professionnels formés à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Les structures déploient ainsi des procédures anticipatoires à la crise, articulant les actions prioritaires à mettre en œuvre pour préserver le système. Ce type d'outil permet de se préparer à un mode de fonctionnement dit « dégradé ». Il est anticipé afin de réduire l'impact de chaque potentielle crise.
- Au sein des structures, se déploie également des « *Cellules de Crise* » : Elles correspondent à la mise en œuvre d'une organisation pilier et structurante, où se dessinent les stratégies internes et les lignes de conduite à tenir au cas par cas.
- Au niveau régional, nous disposons également, de plans nommés « *ORSAN* », que déploient les ARS : En effet, l'État anticipe également la gestion des crises au niveau des régions. Pour cela, les dispositifs ORSAN sont élaborés à partir des Projets Régionaux de Santé et adaptés aux caractéristiques des organisations de santé assurant l'offre de soins sur le territoire.

Ces moyens permettent de planifier les opérations selon les caractéristiques des événements, en viennent en réponse à une « *Situation Sanitaire Exceptionnelle* » (SSE) :

Cette exception situationnelle est caractérisée par le passage d'un quotidien lambda, à une crise ayant un impact sanitaire de grande ampleur comme nous le connaissons aujourd'hui face à la pandémie de Covid-19. Elle recouvre deux aspects : d'une part l'urgence, et d'autre part le caractère inédit du risque sous-jacent.

²⁰ P. Ricœur, *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?* Revue de théologie et de Philosophie, 1988, vol 120, p.7

Cette situation sanitaire dite exceptionnelle « englobe toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre de soins, qu'elles soient liées notamment à une maladie infectieuse à potentiel épidémique, une catastrophe naturelle, un accident technologique ou encore un acte malveillant. (...) Cette notion très large, qui est intégrée au Code de la Santé Publique, a vocation à permettre le développement d'un véritable continuum entre le fonctionnement « habituel » du système de santé et la réponse opérationnelle aux crises de grande ampleur. »²¹

Conclusion générale sur le concept de crise

La notion de crise est donc polysémique, aux multiples équivoques, mais néanmoins construite par des significations communes : un contexte pathologique, une idée de rupture avec l'état antérieur, l'émergence de difficultés, un avenir incertain et un caractère décisore engendrant un avant/après. Nous pouvons également souligner l'idée de perte de repères, dont « *l'engagement est alors le seul moyen de discerner un ordre de valeurs capable de requérir une hiérarchie du préférable (...). L'engagement est ainsi la source d'une conviction, terme également hégélien, qui constitue pour la personne la véritable sortie de crise.* »²² Nous développerons ce point plus en détail lors des prochains paragraphes.

De plus, nous souhaitons conclure ce chapitre en rappelant que :

- L'envergure d'une crise sera différente selon le nombre d'activités ou de systèmes qu'elle affecte. Julien Freund parle de crise « locale ou globale » et précise qu'« *en général, une crise qui affecte une seule activité est superficielle et passagère, tandis que l'autre remue les esprits en profondeur et est plus durable.* »²³
- La rupture ou césure est créée par une nouveauté « *dérégulante et déstabilisante* », venant modifier le fonctionnement profond des choses.
- Une crise naît de l'extrême difficulté (voire impossibilité dans certains cas) de prévoir, au sens global du terme. Au sein d'une société où l'innovation est recherchée et adulée, il semble extrêmement limité de prévoir le déroulement probable de tel ou tel processus.

²¹ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Guide méthodologique : Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, 2014, p.11

²² P. Ricœur, *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?* Revue de théologie et de philosophie 120 (1988), p. 1-19

²³ J. Freund, *Observations sur deux catégories sur la dynamique polémogène de la crise du conflit*, Communications, 1976, n°25, p.103

2. Concepts de résilience

a) La capacité de résilience individuelle : le postulat

Comme nous l'avons étudié précédemment, la crise sanitaire mobilise les capacités de tous, et induit des phénomènes de résilience, qu'ils soient individuels ou collectifs, nécessaires pour affronter la situation.

Définition et historique

La résilience est un concept qui demeure complexe dans sa définition car multifactoriel : Cette notion peut être vue de différentes manières selon les auteurs, et présentée comme étant une caractéristique, un trait, ou bien un processus. C'est sur cette dernière approche que nous avons décidé de nous baser pour l'élaboration de ce mémoire.

Selon B. Cyrulnik, neuropsychiatre français, la résilience est « *la capacité à réussir à vivre et à se développer de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* »²⁴.

Une définition plus transversale sera apportée ensuite par S. Vanistendael sociologue, J. Lecomte psychologue français, et B. Cyrulnik intégrant la notion d'interaction de l'individu avec l'environnement qui l'entoure : « *La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe de personne à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, et/ou de traumatismes parfois sévères* »²⁵.

À l'origine, le concept de résilience est présent dans une multitude de disciplines, telles que la métallurgie, la physique, l'informatique ou encore l'écologie. En physique, la résilience se définit par la « *résistance aux chocs* »²⁶. En métallurgie, « *la résilience désigne une qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité, et qui se manifeste par leur capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue* »²⁷.

²⁴ M. Anaut, *Le concept de résilience et ses applications cliniques*, Recherche en soins infirmiers, 2005, n°82, p.3

²⁵ M. Anaut, *Le concept de résilience et ses applications cliniques*, Recherche en soins infirmiers, 2005, n°82, p.4

²⁶ Définition le Petit Robert, Edition 2009

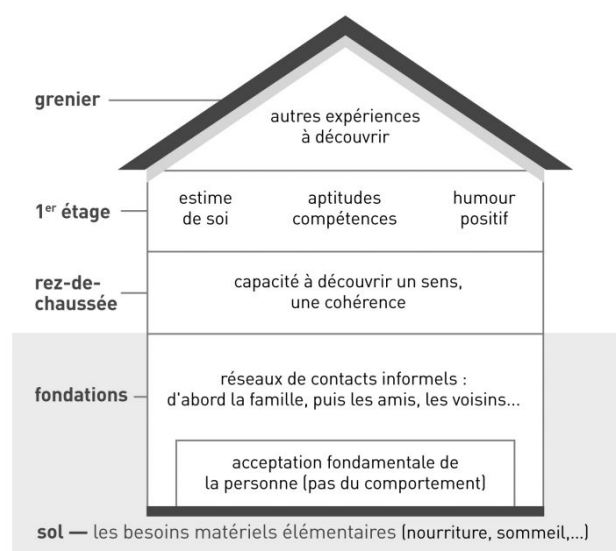
²⁷ Encyclopédie de l'Agora

La résilience individuelle selon le modèle de la « Casita »

Dans cette première partie sur la résilience individuelle, nous allons tenter de la positionner en tant que préalable à l'ensemble du processus, mais également comme étant évolutive au cours de la vie. En effet, elle est un élément fondamental pour comprendre le processus de résilience organisationnelle qui peut se mettre en place lors d'événements bouleversants, telle qu'une crise sanitaire.

Il existe différents moyens de modéliser la résilience, mais nous avons décidé de nous baser sur le modèle de la « Casita » élaboré par S. Vanistendael et J. Lecomte. Celui-ci est basé sur une construction en forme de maison dont toutes les pièces sont : communicantes, en interrelations et indispensables pour former l'édifice, qui est ici la résilience.

La casita : la construction de la résilience



- Les fondations de la résilience : Besoins matériels élémentaires et réseaux de contacts informels

Ce qui apparaît comme le socle du processus découle de la réponse aux besoins individuels fondamentaux, mis en lumière par la Pyramide de Maslow (1943) tels que : se nourrir, se soigner, ou dormir. Pour Weick, l'identité est également un concept important pour comprendre la résilience car c'est grâce à elle qu'intervient la construction de sens, elle-même nécessaire pour entamer ce processus. Par exemple, l'identité de l'individu, son estime de soi, ou sa confiance en lui-même forment les bases de sa personnalité et le niveau de ses capacités auto-réparatrices.

L'individu présente plusieurs besoins au regard de son identité : se sentir compétent, maintenir un état cognitif et affectif positif, ou percevoir la cohérence et la continuité.

Le besoin d'acceptation fondamental de la personne passe également par des facteurs externes à la personne tels que des facteurs familiaux (affection, amour, soutien familial durant l'enfance, clan familial uni), socio-environnementaux (soutien de personnes hors du cercle familial type amis, enseignants, présence d'institutions ou d'organismes favorisant l'entraide, la solidarité). En effet, la résilience est un processus qui ne se construit pas uniquement de l'intérieur. Elle est le résultat d'un maillage entre ce qu'effectue la personne pour elle-même, et l'aide que lui apporte l'extérieur.

- Le rez-de-chaussée : la question du sens

La question du sens est fondamentale dans la formation de ce processus, et représente une composante essentielle à la résilience de la personne.

« La personne qui se donne un objectif d'évolution personnelle, d'une œuvre à entreprendre ou à achever (...) se place sur la voie de la résistance et même sur celle de la guérison. Envisager de nouveaux horizons, affirmer sa volonté d'accomplissement, pourvoit l'élan nécessaire à la réalisation de soi et permet de « transformer une tragédie personnelle en victoire, une souffrance en réalisation humaine »²⁸

Nous retrouvons ici un parallèle entre l'identité de l'individu et la question du sens, et si nous nous en tenons au modèle de la Casita, cette question du sens ne peut s'édifier que si les niveaux sous-jacents sont correctement construits.

Karl E. Weick, professeur de psychologie, de science de l'organisation, et connu pour ses travaux sur les théories sur l'organisation, a étudié ce processus de création du sens qu'il a appelé le « sensmaking ». Il le définit comme le processus par lequel les individus vont tenter de rendre rationnelles les actions et les situations qu'ils traversent. Ce processus de construction du sens est propre à chaque individu car il est marqué par des facteurs cognitif ou affectif qui lui sont inhérents. Chaque individu va avoir sa manière de percevoir la réalité, de l'analyser et de l'interpréter. Il est d'ailleurs important de noter que ce qui est constitutif de sens chez une personne, peut ne pas l'être chez une autre.

²⁸ Victor Frankl, *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Montréal : Les Éditions de l'Homme. 1993, p.17

Karl E. Weick étudie ce processus de « sensmaking » au sein même de l'organisation. En effet, la construction du sens est une activité continue : elle relève d'un processus individuel, mais aussi collectif car l'individu prend place dans un environnement social, culturel et économique, telle qu'une organisation, dans lequel le lien et l'interaction jouent un rôle essentiel. Nous verrons cette deuxième dimension lorsque nous aborderons la résilience organisationnelle.

- Le premier étage : les composantes comportementales

Des composantes comportementales sont également nécessaires à l'émergence d'un processus de résilience individuel.

Les capacités relationnelles de l'être humain en font partie. Une personne étant capable de gérer ses émotions et de communiquer pourra plus facilement faire face à des bouleversements et se relever.

Pour faire face, nous pouvons ici introduire le concept du coping. Il recouvre différents mécanismes qui favorisent l'adaptation en recourant aux ressources internes et externes de la personne. L'individu interpose ces différents mécanismes face à un événement malheureux, un bouleversement afin de diminuer les conséquences de ces derniers.

Enfin l'humour est exposé dans ce modèle de la casita comme étant une habileté permettant de relativiser face aux situations difficiles et permettant d'alléger le climat ou de combattre la tristesse. *« L'humour n'est pas une fuite devant la réalité, il apporte plutôt une distanciation, un sentiment de détente bénéfique et devient en quelque sorte un indicateur d'adaptation positive ».*²⁹

- Le grenier : fort des expériences acquises

La résilience, dans son processus, se construit suite aux expériences acquises tout au long de la vie de l'être humain. Chaque expérience vécue est forte d'apprentissage et fait grandir la capacité de résilience en soi. Ainsi, nous retrouvons dans cette phase du processus, les retours d'expériences, mais aussi les capacités d'entraide, de maîtrise émotionnelle, ou de résolution des conflits, acquises au fil du temps.

²⁹ Stéphane Vanistendael et Jacques Lecomte (2000) Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience, résumé par David Buick, 2006

Il est important de garder en tête que la résilience est un processus dynamique évolutif, qui s'inscrit dans le temps : elle ne peut s'obtenir sur le champ. Cette capacité se construit sur la base d'un socle que nous avons vu précédemment qui est formé des émotions, de l'identité, ou de la question du sens... Selon R. Poletti et B. Dobbs, toutes deux spécialistes en soins infirmiers : « *la résilience est une capacité humaine fondamentale. Tous les individus ont le pouvoir de se transformer et de transformer leur réalité, à condition de trouver en eux et autour d'eux les éléments qui leur permettent de créer cette capacité de résilience* ». ³⁰

Ce processus ne peut pas s'apparenter à une simple linéarisation d'actions en situation de choc, mais à une activation des capacités permettant de s'adapter au mieux et le plus rapidement possible, à une situation.

G. Koninckx, psychologue intervenant comme expert au service des organisations à la gestion du changement et G. Teneau, chercheur associé au CNAM LIRSA, soulignent dans leur ouvrage que le processus de résilience est un processus itératif qui alterne des périodes d'adaptation fortes à des situations stressantes, ainsi que des périodes de développement de facteurs de protection.

Cette capacité de résilience de l'individu est continuellement influencée par les changements, et elle n'est donc jamais définitivement acquise.

b) La résilience organisationnelle : le substantiel

Après avoir étudié la résilience à l'échelle individuelle, nous pouvons désormais nous concentrer sur l'étude de ce processus au sein d'une organisation. Il est important de noter que de nos jours, les organisations sont en permanence confrontées à des changements et des bouleversements, que ce soit des remaniements, des crises ou autres. L'enjeu pour chaque structure est donc de pouvoir s'adapter à un environnement changeant, et la résilience organisationnelle représente ainsi l'un des processus venant soutenir et permettre ces adaptations permanentes.

³⁰ R.Poletti et B.Dobbs, *La Résilience : l'art de rebondir*, St-Julien-en-Genevois, Éditions Jouvence, 2001, p.29

Définition du concept

« La résilience organisationnelle est la capacité d'un groupe à éviter les chocs organisationnels en construisant des systèmes d'action et d'interaction continus destinés à préserver les anticipations des différents individus les uns par rapport aux autres. Les facteurs de résilience permettent aux individus de développer de nouvelles solutions, de changer rapidement de rôle, de se méfier d'une trop grande confiance et de maintenir des relations de confiance dans l'organisation. »³¹

Une organisation n'est pas résiliente en soi : ce sont les capacités de résilience de chaque individu qui la composent qui rendent l'organisation résiliente. Il est donc dans son intérêt de travailler et d'accompagner ses différents membres dans leurs processus de résilience, pour qu'ils soient résistants à la survenue d'un bouleversement ou d'une crise avec toutes ses composantes comme nous l'avons étudié en amont.

Prérequis nécessaires à l'émergence de la résilience organisationnelle

- La question du sens :

Rappelons que la résilience individuelle se base majoritairement sur la question du sens, et que cette dernière a un fort impact pour enclencher le processus de résilience au sein d'une organisation. Pour faire face à une crise ou un bouleversement au sein d'une structure, il est donc fondamental de donner du sens à ce qui est vécu.

Karl E. Weick place la construction du sens comme le fil conducteur dans son travail sur la résilience organisationnelle. Pour lui, le sens se construit au niveau individuel avec le « sensmaking », mais également au niveau collectif avec le « collective sensmaking ».

Il met en avant 3 phases qui sont :

- 1- L'enactment ou promulgation, c'est-à-dire la phase durant laquelle l'individu va donner du sens au contexte dans lequel il évolue en cherchant des solutions de compréhension communes à partir d'interprétation individuelles.
- 2- La phase de sélection durant laquelle il va choisir le schéma de pensée cognitive qui sera acceptable par tous.
- 3- La phase de rétention qui va permettre de former la mémoire collective et ainsi de pouvoir y recourir lorsqu'une situation similaire se produira.

³¹ Karl E. WEICK, *Socio psychologie de l'organisation*, Paris, ED Institut Vital Roux, Vuibert, 2003, p.180

Selon lui, le sensmaking s'appuie sur l'identité organisationnelle, et représente une construction subjective et intersubjective des membres de l'organisation, qui concerne l'identité, ce qu'elle est, ce qu'elle représente et qui répond à la question : qui sommes-nous en tant qu'organisation ?

Selon Karl E. Weick, « *l'identité organisationnelle produit du sens* »³², et permet aux différents acteurs de partager des valeurs, des modèles mentaux, des croyances et ainsi de créer un sentiment d'unicité au sein de l'organisation.

Cependant, il est important de préciser que l'identité organisationnelle est plurielle et complexe, car elle est formée à partir de l'identité individuelle de chacun, mais aussi de l'identité collective produite par les différents membres de l'organisation. Lors de situation de changement ou de crise, les individus vont pouvoir s'appuyer sur cette identité organisationnelle pour donner du sens à ce qu'ils traversent.

- *La conscience collective :*

La conscience collective correspond à l'ensemble des processus cognitifs collectifs, permettant aux individus d'une organisation de repérer les erreurs, les changements, les menaces et de s'adapter ou de corriger leur propre fonctionnement.

Pour Karl E. Weick, la résilience d'une organisation se base donc également sur la capacité de cette dernière à développer une conscience collective. Il élabore une théorie selon laquelle la conscience collective se développe au sein de l'entreprise grâce à un processus mental collectif. Il faut donc la considérer comme un processus qui se développe au cours du temps et qui alimente la résilience de l'organisation plutôt qu'une simple résultante.

Acteurs et moyens favorisant le processus de résilience organisationnelle

- *La cellule transversale :*

Cette cellule permet de prendre la mesure de ce qu'il se passe au sein de toute l'organisation et ainsi de déceler le début d'une crise, son lieu, mais également de voir comment le changement se déroule et comment les transformations sont vécues.

³² Karl E. Weick, *Sensmaking In Organizations*, Sage, Thousand Oaks, Californie, 1995

- *Le groupe de co-développement de la résilience : GCDR*

Ce groupe d'échange permet aux individus de développer leurs capacités de résilience individuelle et collective. En effet, l'échange autour de différentes situations déstabilisantes et/ou bouleversantes, permet d'aborder les différentes manières de faire face pour affronter les crises. Ce groupe peut aussi bien intervenir en préventif pour alimenter le processus de résilience individuelle et organisationnelle, mais également a posteriori pour permettre un retour d'expérience bénéfique pour tous. L'idée principale de cette communauté d'apprentissage est donc de tirer des enseignements de ses propres expériences, de sa propre pratique.

- *La cellule de résilience :*

La cellule de résilience permet d'effectuer une surveillance de ce qu'il se passe au sein de l'organisation. Il est essentiel de la mettre en place avant la survenue d'une crise, car celle-ci a pour but de mettre en place des plans de continuité d'activité, de reprise d'activité, ou encore des procédures de gestion des risques. L'enjeu principal étant de se préparer aux crises et de préparer le processus de résilience adéquat.

En plus de ces différents moyens favorisant la mise en place du processus de résilience organisationnelle, il existe également des acteurs aux capacités similaires.

Ces acteurs, qui ne possèdent pas de fonctions à proprement parler liées à la résilience de l'organisation, jouent pourtant un rôle majeur dans l'émergence de cette dernière.

- *Le « toxic handler » :*

Il représente l'individu sur lequel on peut compter en temps de crise, et revêt différents rôles dans l'organisation. Il est l'oreille attentive aux souffrances et aux confidences de ses collaborateurs, il suggère des solutions à ces derniers pour leur permettre une meilleure communication avec la hiérarchie, et il peut également être le porte-parole des messages difficiles.

Son rôle est donc majeur en situation de crise, pour permettre à l'organisation de tenir, mais surtout d'être résiliente. Le « Toxic Handler » peut ainsi être représenté comme le garant du maintien de la conscience collective et de l'identité collective, par sa capacité à être porteur de sens.

- *Le tuteur de résilience :*

Selon B. Cyrulnik, le tuteur de résilience est, pour un individu qui traverse une situation de bouleversement, « *la personne signifiante* ». ³³

En effet, le parcours de résilience recouvre de multiples processus à l'œuvre, variables selon les situations, le contexte, l'environnement, l'entourage, ou le parcours de vie. Cependant, une personne ne peut être résiliente seule : il y a toujours dans son entourage, qu'il soit proche ou lointain, un geste, un mot, une expression, un comportement qui va intervenir comme tuteur de résilience. Ce dernier n'est pas toujours au courant qu'il représente une forme de « tuteur de résilience » pour une autre personne, et ce phénomène peut donc avoir lieu de manière inconsciente.

C'est en partie grâce à ce lien que le sens est maintenu, et que l'identité individuelle et collective se construisent.

- *Le coordinateur :*

Au quotidien, la résilience organisationnelle est également accompagnée par les fonctions managériales de l'organisation, qui jouent un rôle dit de coordination.

Pour chacun des moyens, que ce soit la cellule de résilience, la cellule transversale, ou encore le groupe de co-développement de la résilience, il doit en effet y avoir un coordinateur. Ces derniers possèdent les compétences préalables pour restructurer les fondements de l'organisation, pour mobiliser les individus et pour faire disparaître les résistances. Ils sont capables d'identifier les individus qui pourront participer de manière active au processus, et au contraire, les individus les plus résistants. Tous les coordinateurs des différentes cellules travaillent ensemble, en agissant sur différents points, et avec l'objectif commun de faire mûrir le processus de résilience organisationnelle.

Très souvent, dans les structures de santé que nous connaissons, toutes ces cellules et ces différents rôles ne sont pas clairement définis. Cependant, comme nous le verrons par la suite, les fonctions managériales et notamment les managers de proximité assurent ces rôles de coordinateurs.

³³ Boris Cyrulnik, *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob, 2001, p 261

3. Manager de proximité

Au regard de notre problématique, nous allons désormais axer la revue de littérature autour de deux grands thèmes : le management et la proximité.

L'objectif de cette partie est d'identifier qui est le manager de proximité, entendu au sens large, en faisant un focus sur son rôle dans les organisations de santé, en identifiant ses missions, et les moyens d'actions dont il dispose pour atteindre ses objectifs.

a) Du management global des organisations

Le management est un vaste domaine, incluant grand nombre de définitions et de caractéristiques. Quotidiennement, les termes de management et de manager sont appliqués dans quasiment toutes les branches professionnelles, et font écho au terme de « gestion ».

Cependant, nous savons d'ores et déjà que nombre de managers, malgré une mise en application courante, sont eux-mêmes en difficultés au moment d'en donner une définition. En effet, « *de nombreux professionnels font du management sans se référer à une quelconque appellation contrôlée...* »³⁴. Conscients de ce fait, nous avons souhaité rappeler quelques principes et définitions, formant le socle de ce mémoire.

Ainsi, en amorce de ce chapitre, Raymond-Alain Thietart, auteur reconnu dans le domaine de la stratégie et du management introduit le concept via la définition suivante :

« *Le management, action, art, ou manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, s'applique à tous les domaines d'activités de l'entreprise.* »³⁵

Jean-René Loubat, psychosociologue, docteur en sciences humaines, et auteur de nombreux ouvrages pour le secteur social et médico-social, complète notre définition avec l'idée suivante :

« *Le terme de management exprime l'idée de prendre soin, de faire attention à, de s'occuper de...* »³⁶,
« *dont on pourrait définir l'objet de la manière la plus simple comme l'art de mobiliser des énergies en vue d'atteindre un objectif commun.* »³⁷

³⁴ J-R Loubat, *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises*, Empan, n°61, 2006, p.24

³⁵ R-A. Thietart, *Le management*, Presses universitaires de France, Collection « Qui suis-je », 2017, p.2

³⁶ J-R Loubat, *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises*, Empan, n°61, 2006, p.24

³⁷ Ibid.

Nous pouvons compléter ces propos en proposant la formulation suivante :
Le management, au sens large, c'est donc planifier, organiser, guider, coordonner, conduire et évaluer.

À l'échelle des organisations, « *le manager fait aboutir une entreprise (...) en s'appuyant sur les indispensables que peuvent lui fournir une telle discipline.* »³⁸

Néanmoins, avant de parler de management organisationnel, il est judicieux de rappeler ce que nous entendons par organisation. Selon Morin et Delavallée, une organisation correspond à « *un ensemble de relations concrètes entre individus interdépendants. (...) C'est un système conçu comme un ensemble finalisé d'éléments en interaction.* »

Au regard de ces termes, le management des organisations peut être défini comme :
« *la gestion des ressources appliquée à des organisations : il s'agit de l'ensemble des techniques d'organisation de ressources, humaines, financières, matérielles, mobilisées pour atteindre un objectif.* »³⁹

Concrètement, Raymond-Alain Thietart, précédemment cité, a résumé le management d'une organisation selon 4 actions (2004) : « *Planification, Organisation, Activation et Contrôle* »⁴⁰.
Ce dernier développera, au fil de son ouvrage, l'idée que le management organisationnel permet d'accroître la qualité au sein de l'organisation, pour que cette dernière puisse atteindre les objectifs fixés stratégiquement en amont.

Le management appartient donc aux disciplines dites « opératoires », et au sens des Grecs anciens, « *c'est tout cela qui fait du management un « art », c'est-à-dire un ensemble de savoir-faire au service d'une œuvre.* »⁴¹

Toutefois, de ce terme de management, sont apparues d'autres notions, tel que celle dite de « management de proximité ».

Ce sujet reste aujourd'hui encore faiblement traité par la littérature en management, mais, par chance, cette catégorie n'est pas totalement délaissée, et constitue notamment un véritable objet de recherche dans le champ des études en sciences hospitalières, et plus particulièrement infirmières. De plus, le sujet des managers de proximité est de plus en plus utilisé dans la construction de différentes approches, dont les études sur les rôles stratégiques des managers et leurs capacités de leadership.

³⁸ J-R Loubat, *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises*, Empan, n°61, 2006, p.24

³⁹ Ibid.

⁴⁰ R-A Thietart, *Méthodes de recherche en management*, Dundod, 4^{ème} édition, 2004, p.19

⁴¹ J-R Loubat, *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises*, Empan, n°61, 2006, p.24

Dans cette perspective, nous aborderons dans le chapitre suivant la question du management de proximité, puis dans un second temps, nous tâcherons d'analyser son rôle dans les organisations.

b) Vers un management de proximité

La proximité est définie comme une situation qui se trouve à peu de distance de quelqu'un ou de quelque chose. Ainsi, les « *managers de proximité occupent une position spécifique, proche des opérations, au sein des organisations.* »⁴²

Nous pouvons donc reformuler ces explications, en proposant l'idée d'un manager au plus près des opérations. En effet, le manager de proximité est au centre de l'organisation et dans notre domaine, au cœur de la production des soins. Il peut être caractérisé comme le lien opérationnel incontournable, en particulier au sein d'un établissement de santé, et est par exemple représenté à travers les professions de chefs de pôles ou d'unités de soin, de cadres de services...

Au regard de ces premières définitions, il nous paraît adapté de déterminer le management de proximité comme un pilier de la stratégie d'entreprise, formant l'une des pierres angulaires de l'organisation. Le manager de proximité, de manière métaphorique, peut ainsi être imagé telle une passerelle nécessaire entre le management stratégique, et le management opérationnel des organisations. Cependant, il est clair qu'il y a autant de définitions que de managers, ou que de cultures d'entreprise. « *Nous retiendrons que le manager de proximité est un acteur de l'entreprise qui doit à la fois maîtriser les capacités organisationnelles, financières et techniques ainsi que l'encadrement des équipes.* »⁴³

Aujourd'hui, la complexité du métier de manager de proximité nous intrigue. Il doit être psychologue, coach, expert technique dans son domaine, leader, contrôleur (dont de gestion), responsable des ressources humaines... Nous pouvons même avoir l'impression qu'il correspond à un croisement idéal et atypique entre un super héros, et un surhomme dopé produit par l'organisation. Certains auteurs vont même jusqu'à le positionner « *entre le marteau et l'enclume* » : « *En effet, ils sont, en tant que managers, responsables d'une entité organisationnelle et des personnes travaillant en son sein.* »⁴⁴

⁴² C. Théron, *Le management de proximité*, Les Organisations, 2016, p.375

⁴³ G. Lorin, *L'humour au service du manager de proximité*, Porjectics/Proyética/Projectique, 2020, p.115

⁴⁴ C. Théron, *Les organisations : État des savoir*, Edition science humaine, 2016, p.14

Il est important de préciser que le manager peut avoir, au sein même d'une même organisation plusieurs appellations suivant les interlocuteurs, qui sont : responsable ; coordinateur ; cadre ; superviseur ; chef ; encadrant ... De plus, il est primordial de prendre en compte la réalité du terrain, complexe : la fonction de manager de proximité peut être totalement différente d'une organisation à une autre, et l'identité de chaque entreprise aura un véritable impact sur la fonction de manager.

Ceci est d'autant plus vrai dans le milieu de la santé, où les organisations sont hétérogènes en matière d'organisation et de management, allant du secteur sanitaire, au secteur médico-social par exemple. Cependant, dans toutes nos recherches, « *nous retrouvons cette caractéristique commune aux managers de proximité, celle de position duale, décrite comme position charnière (...) coincée entre une hiérarchie et des subordonnés, entre la pression des objectifs, et celles des contingences du travail quotidien.* »⁴⁵

Plusieurs modèles sont proposés pour expliquer le management de proximité, et nous avons choisi de présenter les deux principaux, illustrant l'évolution de la fonction :

Manager de proximité traditionnel

Ce type de manager se construit principalement par le biais de la propre expertise technique de la personne. Par exemple, dans le champ de la santé, le cadre de service, avant d'être un cadre et un manager de proximité, est très souvent un infirmier, expert dans son domaine. Les compétences sont acquises grâce à l'expérience antérieure, et reposent souvent sur un apprentissage mené à bien pendant de nombreuses années.

« *Le manager qui est expert dans son domaine, possède donc une autorité de la compétence solide, sur laquelle il va s'appuyer afin de mener à bien sa mission. Sa connaissance du métier va lui être une aide précieuse dans bien des situations.* »⁴⁶

Raccrochée au concept de « management traditionnel », se trouve l'idée d'une volonté de maîtrise absolue, d'un manager œuvrant sur tous les fronts, et ne laissant que peu d'autonomie aux acteurs sous sa gouvernance. En sus, certains auteurs expliquent que le management de proximité traditionnel est basé sur une autorité de la compétence :

⁴⁵ G. Lorin, *L'humour au service du manager de proximité*, Porjectics/Proyética/Projectique, 2020, p.116

⁴⁶ B. Duséhu, *Le management de proximité. Le management opérationnel au cœur de la performance de l'entreprise*, Gereso Edition 2019, p.32

« Du fait qu'il garde la mainmise sur tout, en cas de problème, la réaction la plus naturelle chez les compagnons, puisqu'il ne leur laisse aucune autonomie, et que la tradition veut que quand nous sommes ouvriers nous obéissons au manager, est de demander de l'aide à ce dernier qui va donner la solution au problème. »⁴⁷

Dans ce cas de figure, le manager dit « traditionnel » semble donc avoir la volonté de maîtriser et de contrôler un maximum d'éléments, en se servant de ses savoirs et expériences acquis en amont. Il sollicite une certaine obéissance et une réaction rapide aux ordres, tout comme il cherche à établir des standards élevés de performance.

Cependant, depuis l'apparition de la notion de « management de proximité » à la fin des années 90, voire début des années 2000, les contours de la profession ont largement évolué et ce sont précisés sur certains points. Les managers eux-mêmes se sont posés différentes questions telle que celle-ci : *« N'y a-t-il pas d'autres manières d'être, de communiquer moins conventionnelles et tout aussi efficaces, voire plus ? »⁴⁸*

Manager de proximité moderne ou contemporain

Ce style de management, plus récent, ne se base plus simplement sur la compétence technique du manager, mais également sur d'autres compétences acquises, telles que : Des compétences de gestion et de coordination, des compétences relationnelles avérées, une expertise dans l'utilisation des outils et dispositifs d'accompagnement des ressources humaines adaptés au contexte...

Souvent, ce type de manager a suivi une formation en management, qu'elle soit initiale, ou étape d'un parcours de formation professionnelle continue. Ce « nouveau manager », peut être considéré comme une évolution du manager traditionnel, qui auparavant, ne possédait que certaines bases en management, du fait notamment d'une discipline peu enseignée il y a encore quelques dizaines d'années.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ G. Lorin, *L'humour au service du manager de proximité*, Porjectics/Proyética/Projectique, 2020, p.115

En pratique, il s'agit de tendre vers un management fonctionnant avec l'élaboration d'objectifs, favorisant le développement des compétences et les partenariats, s'appuyant sur la consultation de tous et les négociations collectives, et « *visant l'exigence et l'excellence plutôt que la maintenance du pouvoir.* »⁴⁹

Ce style de management cherche à mobiliser les individus vers une vision commune, en générant le consensus par le biais d'une participation active, au sein d'un climat de confiance. « *En une formule, il s'agit de passer d'un management qui privilégie le contrôle et la conservation, à un management qui privilégie l'efficacité et la qualité du service.* »⁵⁰

Après avoir défini le management de proximité comme « *une pragmatique de la conduite des organisations, visant à faire réussir leurs entreprises (...)* », ⁵¹ il est notable de s'intéresser à l'impact de la personnalité du manager de proximité, en tant que déterminant à part entière, dans le fonctionnement d'un service dans lequel il exerce, et dont il est le responsable hiérarchique. En effet, pourquoi est-ce que dans un même établissement, et avec des conditions de travail similaires, certains managers peuvent être performants et à l'aise, et d'autres, à l'inverse dépassés par les contraintes imposées, et en difficulté professionnelle ?

La réponse à la question est bien sûr complexe, voire impossible, car multifactorielle. Cependant, nous constatons que le manager, par sa personnalité, son style de management et ses attitudes précises qui le caractérisent, peut induire le degré de performance de son équipe. Selon son style de management, il pourra réduire le stress au travail et les conflits d'équipe, améliorer les forces des employés, apporter une vision plus moderne du management, ou obtenir des résultats rapides d'une équipe compétente et dynamique, notamment en cas de crise ou d'urgence.

Dans cette perspective, nos recherches nous ont amenées à distinguer quatre attitudes managériales différentes, plus ou moins constatées dans les différentes organisations :

- *Attitude de coopération ou appelée aussi « gagnant / gagnant » :*

Par le biais de cette attitude, le manager cherche à optimiser le développement de la relation humaine avec la personne placée sous sa responsabilité hiérarchique. Dans ce cas de figure, la notion « d'égal à égal » existe, et le respect entre collaborateur forme une valeur socle de leur relation.

⁴⁹ J-R Loubat, *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises*, Empan, n°61, 2006, p.24

⁵⁰ J-R Loubat, *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises*, Empan, n°61, 2006, p.25

⁵¹ B. Duséhu, *Le management de proximité. Le management opérationnel au cœur de la performance de l'entreprise*, Gereso Edition 2019, p.33

La capacité à faire preuve de coopération professionnelle devient alors un véritable atout dans la gestion de l'équipe, permettant au manager de déployer de manière efficace son champ d'action, mais également un développement des compétences de chacun.

De plus, « *un employé reconnu à sa juste valeur et respecté en tant qu'être aura beaucoup plus d'énergie à déployer dans tous les aspects de son emploi qu'il ne pourra même l'imaginer lui-même. Les critères de la performance sont simples : les personnes à qui nous donnons les moyens de se sentir en confiance, se donnent plus volontiers à fond dans leur travail. De plus, elles sont généralement en meilleure forme physique, ce qui fait gagner tout le monde sur tous les plans : la personne, l'entreprise et la société.* »⁵²

- *Attitude de survalorisation :*

Ici, le manager cherche à faire en sorte de se survaloriser en présence des membres de l'équipe qu'il anime. Le manager se perçoit et se positionne comme étant « au-dessus » et veut affirmer sa domination. Par cette attitude, il cherche à asseoir son autorité et sa puissance hiérarchique, et parfois même à dévaloriser son équipe. Ce style de management, dangereux, peut cependant s'avérer payant si les membres n'expriment pas le souhait d'un changement de comportement de la part du manager.

- *Attitude de dévalorisation :*

Cette attitude est globalement l'inverse de celle citée au-dessus : elle consiste à se dévaloriser face à son équipe, en cherchant à susciter différents sentiments, dont la compassion et la tolérance. C'est une attitude à proscrire chez le manager de proximité, car celle-ci peut être délétère chez certains membres, et avoir des conséquences graves sur l'équipe dont le manager a la responsabilité. En effet, le manager se doit de représenter la stabilité et la sécurité, qu'importe la situation. Or, la transmission des sentiments de peur et d'incertitude peut déclencher une rupture du lien de confiance.

- *Attitude négativiste :*

Ce style de manager est, en général, en total désespoir face à toutes les situations rencontrées, et appréhende automatiquement les missions confiées, avant même de les avoir objectivement évaluées. Ces managers se trouvent souvent dans des positions difficiles, dans lesquelles une réelle souffrance professionnelle s'exprime. Une propre remise en question et analyse paraît ici pertinente.

⁵² B. Duséhu, *Le management de proximité. Le management opérationnel au cœur de la performance de l'entreprise*, Gereso Edition, 2019, p.54

Nous souhaitons conclure de chapitre, en rappelant que nous n'oublions pas non plus, « *que le contexte environnemental dans lequel évolue le manager joue un rôle prépondérant.* »⁵³ En effet, comme nous l'évoquions en amorce, « *le mode de communication est aussi à adapter en fonction de la culture de l'entreprise.* »⁵⁴

c) Rôle du manager de proximité dans l'organisation

Selon le type d'organisation, la culture d'entreprise, ou les caractéristiques du « top management », ses missions peuvent être très variables. Cependant, certaines caractéristiques sont communes, liées à l'encadrement d'une équipe, dans l'objectif d'atteindre des objectifs fixés en amont.

Une position duale, vectrice d'information

Au sein des organisations, le manager de proximité conserve cette position duale précédemment observée. Comme nous le savons, celui-ci exerce une forme de relais, entre les employés et le « top management », en encadrant des individus directement placés sous sa responsabilité hiérarchique. Pour cela, il anime des équipes et groupes de travail, veille à la coordination de l'ensemble des acteurs, et encadre son équipe dans toutes les tâches qu'elle effectue, au regard du projet de l'organisation. L'ensemble de ses missions est soumis aux attentes et souhaits de la direction. De ce fait, il est le garant de l'atteinte des objectifs opérationnels fixés par la direction, et très souvent, sa place au sein des organisations est décrite par les termes suivants : encadrement intermédiaire ou de première ligne, ou management de premier niveau, de proximité, voire même de terrain. Ainsi, sa position de supérieur, mais également de subordonné, le contraignant à répondre aux exigences de sa hiérarchie, tout en tenant compte des contraintes de terrain, illustre de nouveau le contexte dual d'exercice du manager de proximité au sein des organisations. Cette position lui confère un véritable rôle dans la transmission de l'information et le caractérise en tant que vecteur communicationnel certain : il assure un rôle de liaison ; d'observation ; de traduction...

⁵³ G. Lorin, *L'humour au service du manager de proximité*, Porjectics/Proyética/Projectique, 2020, p.115

⁵⁴ Ibid.

Dans le vaste monde de la santé, certains auteurs vont même jusqu'à placer la communication comme mission principale du manager de proximité hospitalier, entendu au sens large : *« L'activité majeure d'un cadre de santé est la communication : il communique à longueur de journée avec une pluralité d'acteurs différents : son équipe, les patients, les familles, sa hiérarchie, et chaque situation communicationnelle est différente et renvoie à une posture managériale adaptable. »*⁵⁵

En effet, l'analyse des temps de communication des managers de proximité, au sein des organisations de santé, nous amène tous à constater que celle-ci occupe la majorité du temps de travail quotidien. Le cadre *« assure la vie du service, par sa capacité d'écoute active, d'échanges permanents, d'entretien d'un climat relationnel positif et d'assurance de reconnaissance à l'équipe. »*⁵⁶ Cependant, nous développerons la position spécifique des cadres de santé dans le second chapitre de ce mémoire.

Un rôle social d'écoute et de soutien aux équipes

Afin d'assurer l'ensemble de ses missions, et de veiller au bon fonctionnement du service, le cadre de santé se trouve face à la nécessité de délivrer du soutien aux équipes, tant sur le plan matériel, que sur le plan émotionnel. Cela passe par une écoute active, collective et individuelle, nécessitant des compétences relationnelles, et une certaine intelligence émotionnelle afin de déceler un « non-dit ». Le manager de proximité ne peut pas se borner à un simple rôle de transmission des consignes, et de contrôle des résultats, qui plus est, dans un établissement de santé, aux relations complexes. Il doit pour cela, développer son leadership, et s'impliquer dans le bien-être au travail de ses collaborateurs, l'une des conditions de la réussite, de l'efficacité et de la performance de son équipe.

*« L'attitude générale du manager aura un retentissement sur les individus face à lui, et de ce fait engendrera un climat individuel, autant que groupal. La notion d'équipe est aujourd'hui devenue centrale dans toutes les entreprises possédant un management contemporain. L'équipe étant une construction, et non quelque chose qui se crée naturellement, il est aussi crucial de savoir la construire, que de l'entretenir. De ce faire, le manager doit être conscient des comportements qu'il met en place avec chacun. »*⁵⁷

⁵⁵ G. Lorin, *L'humour au service du manager de proximité*, Porjectics/Proyética/Projectique, 2020, p.116

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ B. Duséhu, *Le management de proximité. Le management opérationnel au cœur de la performance de l'entreprise*, Gereso Edition, 2019, p.93

Ainsi, nous constatons, qu'outre l'aspect technique managérial, le manager de proximité a un rôle relationnel très important. Il sait allier un savoir-faire : ses compétences pour le poste, mais également un savoir être : favoriser la cohésion d'équipe. Cela se retranscrit dans la capacité du manager à soutenir son équipe et à la souder. Par exemple, le taux d'absentéisme d'un service à un autre peut sensiblement varier du simple fait que le manager, qu'il soit cadre de santé ou infirmière coordinatrice, apporte ou son soutien et sache ou non fédérer les troupes.

Dans de nombreux travaux, le manager de proximité est décrit comme « *maternant* » ou « *paternant* », même si cette idée reste à appréhender avec précaution. En illustration, les auteurs expliquent cela par le biais de ses missions visant apporter sécurité physique et psychique ; à assurer une adaptation aux besoins de chacun ; ou encore à concilier les contraintes afin d'assurer la continuité d'activité. Il est d'ailleurs vrai que les cadres de santé (que nous sommes), cherchent à satisfaire les besoins des équipes et des patients, et ce afin de permettre la réalisation du travail dans des conditions optimales. En effet, le cadre de santé est également perçu comme un « garant », que ce soit vis-à-vis de la loi, de l'éthique, des contraintes sanitaires et budgétaires, ou même des valeurs soignantes.

Focus sur les conflits de rôle

Du fait de sa position duale, le manager de proximité est soumis à de nombreux conflits de rôle : Où doit-il exactement se positionner ? Où se borne sa délégation de pouvoir ? À quel côté doit-il majoritairement s'apparenter ? Qui sont ses plus proches collaborateurs ? ... etc.

Il semble quasi impossible de répondre à une telle question, tout en sachant que les cadres de santé ont bien sur leur propre identité, tout comme la culture d'entreprise influence grandement les réponses. Cependant, les évolutions précédemment constatées, concernant leurs missions au sein des organisations de santé, n'ont fait que favoriser le développement des conflits de rôle : le cadre de santé traditionnel doit désormais faire preuve de compétence managériale, répondre aux objectifs généraux, tout en jonglant avec la réalité du terrain.

Le conflit de rôle est défini par Stéphane Bellini comme « *l'affrontement de deux individus sur leurs conceptions incompatibles par rapport au rôle à tenir* »⁵⁸.

⁵⁸ S. Bellini, *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2005, n° 65 p.24

Les managers de proximité y sont fortement soumis car les équipes de travail et la direction stratégique, peuvent avoir des visions diamétralement opposées : les attentes sont différentes entre les subordonnés du manager de proximité et la hiérarchie, et ceci donne lieu à des conflits entre les deux parties. *« Dans ce ballet parfois acrobatique, le cadre de proximité est un des principaux éléments qui fait lien, rassemble les actes disparates, rattrape les erreurs les confusions, intervient là où ça coince, que ce soit au niveau des soignants, ou au niveau logistique. Il exerce à l'intersection de plusieurs logique, soignante, médicale, économique. Une de ses fonctions est de permettre que ces logiques interagissent de la façon la plus cohérente possible, dans l'intérêt d'autrui, sachant qu'elles ont souvent tendance à se méconnaître, à s'ignorer voire parfois s'affronter. »*⁵⁹

⁵⁹ P-C. Abel, *Le cadre soignant de proximité : soignant ou manager ?* Collection sciences du soin, Edition De Boeck, 2018, p.28-29

C. Manager de proximité et résilience, en période de Covid-19

Avant-propos et contextualisation

Comme nous l'évoquions en introduction, depuis bientôt deux ans, le système de santé français est à l'instar du reste du monde, mis à l'épreuve pour lutter contre la pandémie de Covid-19. La vague virale qui se déploie depuis 2019 a rapidement touché l'ensemble des continents, et par la même occasion la majorité des organisations de santé, tous secteurs confondus. Cependant, comme l'évoquait Paul Ricœur, philosophe français, lors d'une conférence en 1986 : *« Comment savoir si la crise actuelle, de quelque façon qu'on la caractérise, aura été une crise non transitoire, puisque par définition nous sommes dedans et ignorons le jugement que porteront sur nous les historiens futurs ? »*⁶⁰ ... Nous en reparlerons donc dans quelques décennies, même si certaines évidences s'esquissent, au regard de la sévérité de cette dernière, et de ses conséquences notables.

À travers ce second grand chapitre, nous allons tenter de contextualiser les différentes notions et concepts vus précédemment. Cet exercice nous permettra d'affiner notre revue de littérature sur le rôle du manager de proximité, au cours de ces derniers mois, et plus particulièrement sur son influence dans l'émergence des différentes formes de résilience : individuelle et organisationnelle. De ce fait, ce travail sera d'une part rétrospectif, grâce à de nombreux travaux déjà menés pendant cette intense période, mais il sera également prospectif, sur la base d'hypothèses et d'éventualités concernant nos organisations de santé et ses acteurs, pour les mois, voire les années à venir.

Dès l'amorce de ce mémoire, de nombreuses questions sont apparues sur la gestion d'une telle crise : Comment la réponse interne se met-elle en place ? Quels sont les outils et leviers managériaux ? Comment les managers mobilisent-ils leurs équipes ? Sur le terrain, la résilience est-elle perçue ? Par ailleurs, nos réflexions s'interrogent également sur les conséquences, et questionnent l'avenir : Une crise est-elle systématiquement facteur d'évolution ? Quels sont les grands changements liés à celle-ci ? Comment déployer un apprentissage post-crise afin de pérenniser les changements ?

⁶⁰ P. Ricœur, *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?* Revue de théologie et de philosophie, 1988, p.19

Conscients des enjeux adossés aux missions des managers de proximité, et soucieux de leurs équilibres, c'est dans cette perspective de recherche que nous entamons cette nouvelle partie.

1. Résilience organisationnelle : comment s'est-elle mise en place face à la Covid-19 ?

Rappels préalables

Selon Gilles Teneau « *la résilience organisationnelle se caractérise par la capacité d'un système, confronté à des événements fragilisant, déstabilisant, voire catastrophique, de mobiliser ses ressources en vue de rester en lien avec sa finalité et de se projeter dans son futur.* » Au regard de nos précédents travaux, rappelons également que cette dernière a pour finalité : soit de maintenir son activité et de retourner à un état de stabilité antérieur, soit de se redéployer et évoluer vis-à-vis de son état antérieur.

Karl E. Weick, quant-à-lui, complète cette première définition, en considérant que la résilience organisationnelle est « *la capacité d'un groupe à éviter les chocs organisationnels, en construisant des systèmes d'action et d'interaction continus destinés à préserver les anticipations des différents individus les uns par rapport aux autres.* »⁶¹ L'idée supplémentaire précisée ici, est celle d'un système reposant sur des interactions internes permanentes, grâce à la présence de nombreux acteurs. Ainsi, il précise par ailleurs que « *les facteurs de résilience permettent aux individus de développer de nouvelles solutions, de changer rapidement de rôle, de se méfier d'une trop grande confiance et de maintenir des relations de confiance dans l'organisation.* »⁶²

Par le biais de ces deux définitions, nous remobilisons le principe d'une résilience organisationnelle soutenable et compétente, mais nécessitant en amont, des capacités de résilience individuelles chez les acteurs formant eux-mêmes l'organisation.

⁶¹ Karl E. WEICK, *Socio psychologie de l'organisation*, Paris, ED Institut Vital Roux, Vuibert, 2003, p.180

⁶² Karl E. WEICK, *Socio psychologie de l'organisation*, Paris, ED Institut Vital Roux, Vuibert, 2003, p.181

« Une organisation n'est pas résiliente en soi, ce sont les individus qui sont résilients et qui rendent l'organisation résiliente. »⁶³

Durant cette crise sanitaire, le but principal des organisations a été, et reste encore, de faire face aux contraintes imposées, avec les ressources et moyens disponibles à l'instant présent.

a) Quels ont été les facteurs de résilience individuelle des soignants ?

Dans un premier temps, il convient de remettre le contexte au cœur de cette partie, ayant eu un réel impact sur la manière dont la résilience de chacun s'est construite.

Les conséquences de cette crise sanitaire sont venues bouleverser les habitudes professionnelles des soignants : baisse des moyens matériels disponibles ; naissance de nouveaux protocoles et contraintes sanitaires à respecter ; raréfaction des ressources humaines au contre prorata d'une hausse de la demande ; sentiments de peur et de stress exacerbés ; vulnérabilité personnelle face au contexte professionnel... etc.

De par son caractère inconnu et sournois, la Covid-19 a nécessité un changement brutal et conséquent des pratiques, ainsi qu'une adaptation de toutes les professions exerçant dans le champ de la santé. L'objectif national était bien évidemment de répondre à cette demande massive de prises en charge, et cela n'a pas été sans conséquences sur les producteurs du soin : les équipes soignantes. Le manque de connaissances sur ce virus et ses modes de contamination ; le nombre très important et à croissance exponentielle de patients à traiter ; les changements de pratiques professionnelles... ont donc été vecteurs de stress, de questionnement, mais également de mobilisation. En effet, la mobilisation de ces derniers a été notable, et a permis aux organisations de faire face. Cette résilience individuelle fut induite par différents facteurs, dont une volonté d'engagement sur la base de valeurs humaines fortes.

Le concept de l'engagement

Lorsque l'on effectue une rapide synthèse de cette crise, la notion d'engagement des professionnels de santé est un constat emblématique. Effectivement, les différentes professions du soin ont été largement sollicitées durant la crise, et leur engagement a été massif.

⁶³ Formulation proposée dans la revue de littérature

L'engagement est une théorie de l'influence, qui stipule que le comportement peut être déclenché et influencé par la mise en place de techniques (perçues ou non) incitatives dites « engageantes ». Ce concept de l'engagement est défini par Kiesler, chercheur américain, comme étant le lien qui unit l'individu aux actes qu'il accomplit, ou aux décisions qu'il va prendre. Ainsi, lorsque l'individu va prendre la décision d'agir, il va activer une pression psychologique qui va le pousser à tenter d'accomplir ce à quoi il s'est engagé. Pour Kiesler, les actes accomplis par l'individu sont en adéquation avec sa personnalité et ses souhaits.

Selon R-V Joule et J-L Beauvois, psychologues, l'engagement est également dépendant de caractéristiques externes à l'individu, combinées aux composantes de la personne elle-même. Dans cette perspective, ils définissent le concept de la manière suivante : « *L'engagement correspond, dans une situation donnée et précise, aux conditions dans lesquelles la réalisation d'un acte ne peut être imputable qu'à celui qui l'a réalisé.* »⁶⁴

Autrement dit les raisons de l'engagement, le degré de ce dernier, et le contexte de sa réalisation, catégorisent les conditions d'engagement, au regard de l'individu qui le réalise.

L'ensemble des chercheurs se retrouvent autour d'un consensus sur les « conditions favorisantes ». Chacun de ces principes combinés, amènent à une plus grande « *force engageante* »⁶⁵ de l'individu :

- *L'importance du comportement pour le sujet* : plus l'objet de l'engagement est un sujet auquel l'individu croit, plus il sera engagé (ex : valorisation sociale, renforcement de l'estime de soi...)
- *Le caractère explicité du comportement* : plus l'engagement se fait en public, en communauté, plus il sera important.
- *Le caractère de liberté perçu durant l'engagement de l'individu* : L'engagement se fait lorsque l'accomplissement d'une action ou d'un acte, est obtenu grâce à une perception de liberté du sujet. Ce dernier doit sentir qu'il prend la décision de s'engager, et qu'il n'est pas victime d'une pression externe.
- *La notion de responsabilité personnelle* : Elle entre en jeu pour favoriser l'engagement personnel. Plus le sujet se sent responsable, plus la possibilité qu'il s'engage et qu'il émette le comportement attendu est élevée. Ainsi, l'engagement permet un accroissement de la responsabilité du sujet.

⁶⁴ N. Guégen, I. Grandjean, V. Herbout, S. Meineri, *La théorie de l'engagement et l'adoption de comportements sécuritaires au travail*, Presses de l'EHESP, p.123

⁶⁵ Ibid. p. 125

Pour effectuer une description plus détaillée de l'engagement professionnel, Philippe Zarifan, sociologue français, le définit comme « *un type d'attitude de prise d'initiative et de responsabilité, que l'individu exprime dans l'affrontement réussi face aux enjeux et problèmes, qui caractérisent les situations de travail que cet individu prend en charge.* »⁶⁶

Il est fondamental pour qu'il y ait de l'engagement que les personnes s'investissent dans l'activité. Pour ce faire, la question du sens apparaît comme nécessaire pour que les individus aient le sentiment de poursuivre le même but, et trouvent du sens dans l'action commune.

Si nous nous intéressons plus particulièrement à la résilience des soignants durant la crise de la Covid-19, nous pouvons remarquer qu'un grand nombre de professionnels, à la question : « *pourquoi avez-vous fait face ?* » répondent en citant les termes de mission, rôle, ou responsabilité. Ainsi, nous commençons, par le biais de ces premiers travaux, à constater que la résilience individuelle des soignants s'est construite autour des notions de valeurs fondamentales qui animent les professions soignantes telles que : le sens du métier ; le prendre soin et parfois même la notion de vocation.

Les valeurs qui fondent l'engagement des soignants

Que ce soit motivé par une vocation professionnelle, au regard d'un rôle défini, ou en réponse à des valeurs humaines, la question du sens des métiers de la santé n'a jamais été aussi présente que durant cette pandémie. En effet, la crise a mobilisé de manière accentuée l'engagement profond et durable des professionnels, questionnant en cascade ses facteurs.

- La vocation :

La vocation est la « *destination privilégiée ou naturelle de quelqu'un, du fait de sa nature, de ses caractéristiques ; mais aussi pour certains, l'acte par lequel Dieu aurait prédestiné tout homme à un rôle déterminé qui constitue sa fin personnelle.* »⁶⁷

Cette définition est reprise dans différents témoignages pour justifier l'acceptation des adaptations aux changements, de certains professionnels de santé. En effet, par le biais d'un engagement massif, l'épidémie de coronavirus nous a montré à quel point le métier de soignant peut-être une vocation pour un grand nombre de professionnels, ne « se posant pas de questions », et agissant de manière naturelle.

⁶⁶ M. Guillot, *Engagement, les concepts en sciences infirmières*, Association de Recherche en Science Infirmier, 2012, p.175

⁶⁷ Définition du Dictionnaire Larousse

Même si depuis quelques années ces professions gagnent en attractivité, et notamment grâce à l'insertion facilitée qu'elles permettent dans un marché du travail complexe, cette pandémie nous montre l'importance de la « vocation soignante » pour une application soutenable et durable. De plus, cette crise est sans aucun doute l'occasion d'accroître ces fameuses vocations, en mettant les métiers de la santé au-devant de la scène, et provoquant ainsi une revalorisation des métiers soignants. Peut-on dans ces cas-là parler d'une réelle vocation, si celle-ci est induite ? À méditer...

Cependant, le terme de vocation, avec sa connotation divine n'est pas toujours le terme favori des soignants lorsqu'ils décrivent les raisons qui les poussent à exercer ce métier.

De nombreux témoignages de professionnels parlent plutôt de sens de leur métier, et non pas de vocation. Par sens, ils entendent respect des valeurs humaines ; entraide ; logique d'accompagnement. C'est à ce « sens du métier » de soignant que nous nous intéresserons en particulier, car l'un des préalables induisant la résilience de l'individu, et en cascade la résilience organisationnelle.

- Le sens des métiers de la santé :

Lorsque nous avons étudié la partie purement théorique appliquée à la résilience, nous avons constaté que la question du sens jouait un rôle majeur dans la résilience de l'individu et de l'organisation. De ce fait, nous avons trouvé pertinent de nous intéresser au contexte global permettant le développement du « sens » pour des professions, telles que citées précédemment.

Pour cela, nous allons dans un premier temps nous intéresser au sens du métier de soignant d'un point de vue théorique, par le biais de différentes définitions :

Selon l'OMS, le soignant est « *la personne dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé* »⁶⁸. Cette première approche sommaire et assez restrictive du professionnel soignant, définit donc celui-ci comme la personne qui va prodiguer les soins les plus appropriés, dans le but de permettre au « soigné » de retrouver, voire même d'améliorer, son état de santé initial. Bien sûr, même si ce n'est pas l'objet de ce mémoire, nous appelons nos lecteurs à ne pas s'arrêter à cette première définition succincte du professionnel soignant. Ses rôles et ses caractéristiques sont complexes et multifacettes : Enjeux éthiques associés ; contraintes législatives et hiérarchiques ; rapport unique à l'innovation... etc.

⁶⁸ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2006

À travers leur article intitulé « *le rôle du cadre de santé dans la perte et la reconstruction de sens au travail à l'hôpital* », Virginie Moisson et Jérôme Gardody nous présentent une étude exploratoire faite d'entretiens semi-directifs, auprès du personnel soignant. Leur but a été de rechercher ce qui fait sens pour les personnels de santé, afin de mieux comprendre leurs motivations à exercer ce métier.

Leur travail nous a permis de constater que le sens du métier de soignant se construit sur les bases de plusieurs dimensions, telles que les résultats, l'environnement de travail, et la reconnaissance :

- Par résultats, nous entendons résultats de la prise en charge, via l'atteinte des objectifs, la satisfaction du patient, la qualité des soins prodigués, ou un parcours patient approprié. La question du sens se traduit donc par la réalisation d'une prise en soin adaptée, de qualité, et donnant le sentiment aux soignants qu'ils ont effectué un travail bien fait.
- La deuxième composante présente dans la question du sens est celle liée à l'environnement : Des relations amenant à collaborer dans le respect et l'entraide, une organisation de travail satisfaisante, ainsi que la mise à disposition des moyens nécessaires, vont permettre aux soignants de ressentir un sentiment de cohérence au travail, les poussant à s'investir.
- Enfin, la reconnaissance est un facteur de sens pour tout individu, dont le personnel soignant. Cela va avoir un réel impact sur leur travail et leur implication, en entretenant la motivation. Cette reconnaissance peut venir des supérieurs hiérarchiques ; des patients ; des familles ; des collègues..., et va procurer chez les soignants un sentiment d'utilité sociale favorisant leur engagement. Elle est un déterminant majeur du sens au travail du personnel soignant.

Dans ce contexte de crise, les soignants ont majoritairement trouvé (ou retrouvé) du sens dans l'exécution de leur profession. En effet, le patient a très vite été replacé au centre des préoccupations, et un objectif simple fut établi en ligne directive : répondre à la demande en soignant au mieux l'ensemble des patients. Les enjeux adossés étant colossaux, la pertinence de ces professions et l'intérêt fondé de leurs actions ne furent que renforcés !

Les témoignages de soignants soulignent d'autant plus l'importance de s'adapter pour faire face, soigner les patients : « *réagir face à un ennemi commun qu'il importait à chaque professionnel de combattre* »⁶⁹.

⁶⁹ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.56

De plus, l'encouragement des professionnels de santé par le reste de la population a renforcé leur sentiment d'utilité, et leur détermination à agir. De manière générale, la crise de la Covid-19 a provoqué une valorisation des professions soignantes, et cela a alimenté la motivation et l'envie de s'impliquer en tant que professionnel « indispensable » à la survie de notre population au sens littéral.

b) Comment s'est-elle manifestée durant la crise Covid-19 ?

L'adaptabilité comme fil conducteur

Lorsque l'on demande aux professionnels soignants de décrire leur quotidien durant cette période, le terme phare cité est celui de l'adaptabilité.

De ce fait, et afin d'illustrer la manifestation de la résilience du personnel soignant, vis-à-vis de la pandémie, nous avons premièrement choisi d'étudier ce concept de manière théorique. Puis, dans un second temps, nous verrons comment celle-ci s'est manifestée lors de la crise sanitaire actuelle, et comment elle a été vecteur de résilience chez les soignants.

L'être humain doit faire face en permanence à des changements, qu'ils soient individuels ou sociaux. Pour rendre compte des mécanismes d'adaptation de l'être humain, nous pouvons nous baser sur deux modèles théoriques : les mécanismes de défenses, et le « coping » :

- Les mécanismes de défenses sont des « *opérations mentales, furtives, associées entre elles qui vont être destinées à maintenir l'intégrité de l'individu et sa constance ; réduire ou supprimer les angoisses de l'être humain, et enfin maintenir une homéostasie psychique et physique pour ce dernier* »⁷⁰. Chaque individu aura ainsi un propre style défensif, et variable selon le contexte.
- Le coping quant à lui, selon R. Lazarus et R. Launier, psychologues, désigne « *l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique* »⁷¹.

⁷⁰ C. Jouteau-Neves, *Les concepts en sciences infirmières*, Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, p.49

⁷¹ Ibid.

Ces deux concepts sont appliqués par un individu souhaitant se protéger des impacts liés à un évènement. Cependant, ils n'empêchent pas l'individu d'évoluer, ni de s'adapter à une situation. Au contraire, comme nous l'expliquent ces auteurs, l'individu va ainsi pouvoir « amortir » à sa convenance les perturbations, pour ainsi répondre selon ses capacités, qui restent d'autant plus évolutives dans le temps. L'aisance du professionnel à évoluer selon le contexte, une crise, un besoin ponctuel ou chronique, pourra être facilitée par ces mécanismes, permettant d'accueillir les changements et de les accepter.

Dans cette perspective, le fait de savoir s'adapter est donc une réelle manifestation de la résilience, traduisant l'acceptation du changement, la capacité à accepter de nouveaux challenges, à adopter de nouveaux comportements, et à gérer le stress en période de crise.

Depuis le début de la crise sanitaire, et au regard de son degré de sévérité, de son l'évolution exponentielle, et de l'explosion simultanée de la demande, le système de santé français et ses établissements, ont rapidement compris qu'il y avait un besoin immédiat d'adaptation de l'offre. En effet, « *les organisations ont dû constamment s'adapter à l'intensité de la pandémie* »⁷², mais aussi à de nouvelles procédures de soins, avec des recommandations actualisées tous les jours, au fil des connaissances acquises sur le virus : S'adapter à des pratiques professionnelles avec une tension en approvisionnement et en matériel (équipements de protection, équipements médicaux, médicaments...); s'adapter à des changements de pratiques, notamment dans l'organisation. « *Il n'était pas rare qu'une organisation décidée le matin, soit modifiée dans l'après-midi pour être présentée modifiée le lendemain* »⁷³.

Pour ce faire, une révision des priorités fut nécessaire au sein des organisations de santé, et s'est manifestée par des changements organisationnels importants, impliquant la mobilisation de compétences diverses. Ainsi, la créativité organisationnelle, les changements pertinents de pratiques professionnelles, une formation rapide et innovante, mais aussi la collaboration ou la solidarité furent les clefs de réussite. Tous ces concepts sont aujourd'hui encore vecteurs du mécanisme de résilience des organisations de santé et des individus.

⁷² T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.32

⁷³ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.40

La révision des priorités

La révision des priorités est un très bon exemple de la résilience organisationnelle des établissements de santé. En effet, la crise de la Covid-19, du fait de ses caractéristiques précédemment citées, a imposé une révision des priorités au sein de chaque système de santé, dont les établissements font partie. L'objectif principal fut plus que jamais celui de prendre en charge tous les patients, et de réussir à leur promulguer « *la meilleure prise en charge au vu des moyens disponibles* ». ⁷⁴

Cette révision des priorités fut constituée de changements organisationnels stratégiques et ambitieux : réorganisation des services selon les recommandations sanitaires, formation rapide des professionnels de santé ; décloisonnement des secteurs d'activités ; collaboration massive afin de trouver des solutions permettant de s'adapter de la manière la plus judicieuse et possible ; priorisation... etc. Pour ce faire, la déprogrammation, le report d'interventions, ou même le dépassement de tâches furent rapidement de rigueur. Certains auteurs utilisent le terme de « *désapprentissage organisationnel* ».

Les changements organisationnels

- La réorganisation des services :

Pour faire face à l'afflux très important des patients et répondre aux contraintes d'isolement afin d'endiguer la contamination, la réorganisation spatiale et organisationnelle des services fut nécessaire. Le plan blanc, comme nous l'avons étudié en amont, fut mis en place dans les établissements de santé. Il permit les changements organisationnels ; la déprogrammation des activités cliniques, ou encore le redéploiement du personnel au sein de l'établissement, selon les besoins.

Cette réorganisation passa dans un premier temps par une déprogrammation des activités non-urgentes et reprogrammables, pour se concentrer sur la prise en soin des patients atteints de la Covid-19. Cette priorisation des activités fut de complexité variable, selon le niveau de saturation des structures. À Mulhouse, comme dans beaucoup d'autres établissements de santé, cette déprogrammation fut ordonnée par la direction générale : « *La direction générale demande la suspension de toutes les activités de consultation et de chirurgie réglée : toutes les interventions non-urgentes sont annulées sur l'ensemble du Groupe Hospitalier* » ⁷⁵.

⁷⁴ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.100

⁷⁵ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.33

Dans cet exemple, seules furent maintenues les interventions urgentes et les interventions risquant d'entraîner une perte de chance pour les patients.

Le Sars-CoV-2 a particulièrement impacté les services de réanimation, du fait d'un potentiel syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), dont la prise en charge aiguë est uniquement possible dans ces services de pointe. Attention, il est important de préciser que tous les cas graves n'étaient pas forcément destinés à intégrer une réanimation, mais, la majorité des cas de forme sévère a nécessité une ventilation invasive par intubation, uniquement possible en réanimation.

Afin d'isoler les patients porteurs du virus, les réanimations ont dûes se réorganiser pour ne pas croiser les patients sains avec ceux infectés. Dans un premier temps, les services de réanimation médicale ont été mobilisés, puis les services de réanimation chirurgicale se sont transformés, passant d'une « *unité post-opératoire de chirurgie en unité de réanimation Covid* »⁷⁶.

Malgré ces transformations, le manque de lits et surtout de moyens (humains ou matériels), s'est rapidement fait sentir. Cela a conduit certains établissements à se réorganiser entièrement, pour créer de nouvelles unités de prise en charge des patients. Par exemple, les « *salles de réveil* », très peu utilisées du fait de la déprogrammation, furent réorganisées en service de soins continus ou de réanimation en quelques jours à peine.

« *La deuxième ligne de mesures a consisté en une augmentation du nombre de lits de réanimation en transformant les Salles de Surveillance Post-Interventionnelles (SSPI), puis les blocs opératoires en lits de réanimations supplémentaires* »⁷⁷.

Ces transformations inédites, effectuées sous la pression des événements nécessitèrent une mobilisation de tous les professionnels pour être menées à bien.

Outre cette mobilisation indispensable à la réorganisation de fond des services, les soignants, quant à eux, ont également été impactés dans leurs rythmes de travail. Certains ont été réaffectés dans des services qui n'étaient pas les leurs, ou d'autres ont été mobilisés vers d'autres établissements. De même, au sein des services, la population et la typologie des patients fut modifiée, du fait d'un regroupement de certains services pour permettre en parallèle la création des unités Covid-19. Ce redéploiement du personnel était nécessaire au regard de la modification de la répartition de la demande.

⁷⁶ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.34

⁷⁷ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.34

Notons par exemple qu’au sein de l’hôpital de Mulhouse (fortement impacté par la pandémie), il y avait en avril 2020, dans les services de médecine et de chirurgie :

« 500 lits Covid positifs sur une capacité de 1000 lits en MCO ».⁷⁸

La mobilisation des soignants fut remarquable et fondamentale, et certains auteurs prennent peu de risques en précisant que rien de tout ça n’aurait pu voir le jour sans la volonté de chacun de faire face. En plus des modifications de leurs pratiques et de leurs habitudes professionnelles, la modification des plannings professionnels, et donc de la vie personnelle de chacun, fut également inéluctable. Cette réorganisation, et ce malgré la présence de renfort, a demandé une implication colossale des soignants durant la période. Ce constat, cumulé à la pression imposée par ce virus, a provoqué un réel épuisement physique et psychologique chez un bon nombre d’entre eux.

- Les changements de pratiques professionnelles :

Dans cette logique de révision des priorités et d’adaptation aux nouvelles recommandations, des changements de pratiques professionnelles furent également nécessaires :

Premièrement, dans un but d’économie et de gestion des stocks des équipements disponibles. En effet, lors de la première vague, les dispositifs médicaux étaient une denrée rare, et une organisation particulière avec « *un suivi quotidien et précis des stocks* »⁷⁹ fut de mise. De plus, des stratégies de déploiement en « *priorité sur les secteurs Covid* »⁸⁰ furent nécessaires pour permettre de contrôler la consommation. Dans certains établissements, une rationalisation des masques chirurgicaux, FFP2 et des sur-blouses fut mise en place par les cadres de services, ou les responsables. Cela s’est également constaté pour les dispositifs médicaux (type pousse seringue électrique ou autres). Les soignants ont donc dû s’adapter à de nouveaux outils, et adopter des logiques de regroupement des soins pour permettre une utilisation du matériel au plus juste. Cela a permis d’économiser et d’optimiser au maximum l’ensemble des moyens techniques, afin de démultiplier les prises en charge.

⁷⁸ T. Nobre, *L’hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.35

⁷⁹ T. Nobre, *L’hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.171

⁸⁰ Ibid.

- La formation :

Dans un souci de réactivité, une vague de « formations courtes » s'est enclenchée. Celles-ci ont permis en partie de pallier le manque de personnel dans certains services, par le biais d'un exercice polyvalent. En 2020, des étudiants en médecine ont par exemple été formés rapidement à des gestes de base réservés aux infirmiers, pour faire face à la demande croissante des patients. Elliott, 22 ans, étudiant externe en 4^{ème} année de médecine à l'université de Paris Descartes précisait lors d'un micro-trottoir : *« Je n'ai jamais fait ça, mais ça s'apprendra sur le tas, quand on sera à l'hôpital, et on apprendra sur le terrain. Notre vocation c'est d'aller aider. »*

Le nombre important de patients, notamment en réanimation et en soins continus, a induit une pression sur ces services nécessitant le déploiement des renforts. L'ensemble des volontaires ont donc dû découvrir et maîtriser dans un temps très court, les gestes essentiels au maintien de l'activité. Dans les différents établissements de santé français, des formations ont été rapidement mises en place rendre compétents les renforts : pratique de l'intubation pour tous les internes, formation à la réalisation des tests virologiques et antigéniques de dépistage de la Covid-19 pour les paramédicaux...

Géraldine Langois, dans son article intitulé : *« Face au Covid-19, l'urgence de la formation des soignants »* a interviewé des soignants ayant participé à la création de l'une de ses formations : *« Nous avons créé une formation théorique de deux jours sur le fonctionnement de la réanimation (...) et les spécificités du Covid-19 comme le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), à partir de cas cliniques de patients dont l'état se dégradait. Nous avons organisé des ateliers pratiques sur les gestes liés à l'intubation sur mannequin, ou la manipulation des cathéters, avec mise en situation. »*⁸¹

Un grand nombre de formations sur l'habillage et le déshabillage furent également essentielles afin de protéger les soignants, mais également de permettre une bonne utilisation des dispositifs de protection. *« En formation, les soignants s'entraînaient plusieurs fois à s'habiller et se déshabiller de manière adaptée à différentes situations, selon une check-list et un protocole préétabli. »*⁸²

⁸¹ Géraldine Langois, *Face au Covid-19, l'urgence de la formation des soignants*, Actu-Soins Magazine, Juin 2020.

⁸² Ibid.

- La créativité :

Pour réaliser toutes ces transformations, les professionnels de santé et les managers, ont fait preuve de créativité en dépassant les modes de fonctionnement standards, et en repensant les schémas organisationnels. L'esprit créatif, mais aussi stratégique, fut une clef de réussite dans la mise en œuvre des parcours patients, ou dans l'élaboration des combinaisons permettant de répondre à l'exceptionnel. Par exemple, certains anesthésistes ont effectué des vidéos de formation sur les bonnes pratiques en réanimation, avec la volonté de fournir une formation rapide et accessible à tous en continue. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) précise que les vidéos sur *« la physiologie des gaz du sang, le décubitus ventral, le SDRA ou l'utilisation des systèmes de monitoring de la pression artérielle ont été consultées plusieurs milliers de fois chacune. »*⁸³ Dans d'autres établissements, certains professionnels à la retraite sont, quant-à-eux, revenus former les plus jeunes, et notamment sur l'exécution des prises en charge sans certains médicaments, afin de se préparer à une éventuelle pénurie.

Pour faciliter la communication entre tous, l'ensemble des canaux de communication possibles furent mobilisés. Dans certains établissements cette communication a été diffusée via des « infolettres », par des vidéos ou encore via des *« flashes d'informations de la cellule de crise : des notes sous la forme d'affiches »*.⁸⁴

La collaboration

D'ordinaire, le fonctionnement standard d'un établissement de santé impose la collaboration d'un grand nombre de professionnels, aux compétences complémentaires. Le travail en équipe et pluridisciplinaire, permet de proposer aux patients une prise en charge globale, et adaptée à leurs besoins.

Cependant, depuis le début de cette crise, l'engagement en réponse à l'appel général à l'action, est d'autant plus essentiel pour s'adapter et faire face. En effet, le constat est assez simple : la collaboration générale permet d'accélérer la transformation, et permet la production d'une réponse optimale. Au-delà des changements organisationnels, une multitude d'acteurs ont dû réagir et fonctionner ensemble, parfois sans se connaître, et dans un contexte de connaissances limitées.

⁸³ Géraldine Langlois, *Face au Covid-19, l'urgence de la formation des soignants*, Actu-Soins Magazine, Juin 2020.

⁸⁴ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.69

Les établissements ont été mis au défi de s'ajuster très rapidement au regard de l'urgence mondiale, et l'entraide et le partage d'informations se sont vus être d'une grande aide pour avancer le plus rapidement possible et de façon efficiente.

Cette collaboration est passée par la formation comme nous l'avons vu, mais également par une coopération interdisciplinaire : « *les barrières entre catégories de personnel sont tombées pour avancer, se soutenir.* »⁸⁵, et « *de nombreux professionnels ont laissé leurs qualifications de côté pour aider à des postes d'aides-soignants ou d'agents de services hospitaliers* »⁸⁶.

La crise a engagé les structures à une plus grande humanisation des relations professionnelles, par le biais d'un décloisonnement forcé et de nouvelles formes d'organisations. En cascade le sentiment d'être une équipe a été renforcé, et a permis d'impulser la résilience organisationnelle des structures. Comme nous l'avons étudié dans la partie précédente, cette question d'appartenance à un groupe a un réel impact sur l'émergence de la résilience à l'échelle des organisations. C'est ainsi que les professionnels arrivent à créer du sens ensemble et se mobilisent pour faire face. La crise de la Covid-19 aura donc été un puissant catalyseur de la collaboration entre les professionnels évoluant dans les structures de santé, que ce soit au sein d'un établissement, mais aussi inter-établissement.

La solidarité

La collaboration s'est accompagnée d'une solidarité assez spontanée, qui s'est développée dès la première vague de Covid-19. D'ailleurs ces deux termes sont assez proches, et celui de partage vient souvent compléter le trio. Pouvant être perçue comme un simple sentiment de sympathie qui nous pousse à l'entraide, ou même une valeur, la solidarité peut être définie comme : « *le sentiment d'un devoir moral, envers les autres membres d'un groupe, fondé sur l'identité de situation, d'intérêts.* »⁸⁷

La solidarité envers les professionnels hospitaliers s'est par exemple illustrée par la mise en place de la garde des enfants du personnel par l'hôpital, ou même le maintien de la scolarité pour ces derniers. Le constat d'une véritable solidarité, tous métiers confondus, est évident, se traduisant par le décloisonnement des activités afin de faciliter l'action « *des autres* ».

⁸⁵ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.54

⁸⁶ T. Nobre, *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience*, EMS Éditions, 2020, p.71

⁸⁷ Définition du Dictionnaire Larousse

La solidarité s'est également révélée durant cette période de crise sanitaire, par la mobilisation de nombreux acteurs, habituellement extérieurs au monde hospitalier aseptisé. De nombreux volontaires se mobilisent encore : étudiants, retraités, soignants en reconversion professionnelle, ou encore des soignants travaillant dans des structures moins touchées lors des premiers temps ; mais aussi des citoyens lambda, proposant leur soutien par différentes manières.

De manière générale, nous remarquons une très grande adaptabilité des équipes soignantes face à tous les changements organisationnels mis en place. La pandémie a imposé une réorganisation fondamentale des organisations de santé, faisant tomber les barrières entre les services, mais également entre les catégories de professionnels.

Tous ces changements ne furent pas sans conséquences pour les soignants, engendrant crainte et anxiété, face à un virus dont les connaissances scientifiques étaient au début très minces. Cependant, leur mobilisation et leur capacité d'adaptation furent grandes, encouragées et portées par le sens de leur action : prendre en charge les patients avec les moyens disponibles, allant jusqu'à pousser les murs et se dédoubler tant que possible.

2. Manager de proximité et émergence de la résilience organisationnelle hospitalière

a) Manager de proximité en établissement de santé : qui est-il ?

Longtemps, les managers de proximité au sein des organisations de santé étaient appelés « chef », « encadrant des soins », ou même « surveillant ». Désormais les termes de « chef » ou de « surveillant » ont majoritairement été abandonnés. La qualification employée est très souvent celle de « cadre de santé », ou parfois de « manager de proximité ». C'est d'ailleurs ces dénominations que nous avons décidé d'utiliser majoritairement dans la suite de ce travail, pour décrire les managers de proximité autour desquels notre réflexion gravite et évolue.

Le cadre de santé : manager de proximité dans les organisations de santé

Nous avons dans cette partie, choisi de nous intéresser au manager de proximité exerçant à l'hôpital. Le terme « hôpital » est ici entendu au sens large, c'est-à-dire organisation de santé. Du fait de ses compétences paramédicales acquises antérieurement, et du monde dans lequel il évolue, le manager de proximité au sein des structures de santé est très souvent nommé « cadre de santé ».

Dans le secteur de la santé, le cadre de santé représente « *un acteur pivot de l'organisation des établissements de santé, à la fois gestionnaire et soignant (...), enrichi de multiples activités : gestion budgétaire, management des équipes...* »⁸⁸

Il doit au quotidien, s'accommoder d'objectifs de qualité : *conformité, satisfaction patient, suivi des processus et des indicateurs de résultats* ; de contraintes budgétaires et financières : *respect du budget, respect de la masse salariale, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour*.

En sus de ces missions, celui-ci conserve bien évidemment ses délégations premières, qui sont la coordination des parcours patients, et l'assurance du bon déroulement des prises en charge soignantes. Plus récemment, de nouvelles missions sont venues compléter ce large champ d'intervention : la gestion croissante des réclamations ; et l'accentuation de la gestion des familles et des patients, dont le cadre de santé est souvent choisi comme interlocuteur privilégié en cas de besoin, et souvent de mécontentement...

⁸⁸ G. Lorin, *L'humour au service du manager de proximité*, Porjectics/Proyética/Projectique, 2020, p.120

Ainsi, il est reconnu comme un acteur essentiel dans la mise en place des projets de soins, veillant à leur bonne réalisation, en amont, pendant, et assurant également un suivi à posteriori. Il assure également la coordination des acteurs intervenants dans « ses murs », dont il est responsable.

Dans leur ouvrage, Jean-Paul Cadet et Christophe Guitton, ingénieurs en sciences de gestion, décrivent le manager de proximité, d'un établissement de santé, de la manière suivante :

« Leur principale tâche demeure celle de la gestion des plannings des personnels (infirmières, aides-soignantes, agents de services hospitaliers...etc.) La nouveauté tient au fait qu'avec les restrictions budgétaires dont les établissements de santé font l'objet, elles gèrent davantage le manque de personnel que le personnel en tant que tel. Elles sont ainsi contraintes de « jongler » avec les effectifs, de faire « toujours plus avec toujours moins de moyens » et de « bricoler » des solutions pour remplacer les agents absents. »⁸⁹

Dans son article, Éric Roussel, coordinateur général des soins du groupe hospitalier Necker à Paris, donne sa définition du cadre de santé, et vient enrichir notre vision de ce métier complexe et polyvalent :

« C'est un organisateur qui veille à la pertinence et à la cohérence du fonctionnement de l'espace professionnel dans lequel il agit. L'ensemble de ses activités de gestion de ressources, d'animation d'équipe, de veille technique et réglementaire, d'analyse et d'étude sont au service de ces deux fonctions fondamentales : organiser et réorganiser. L'évolution du système de santé et des organisations sanitaires, ainsi que les incertitudes quotidiennes nécessitent de fréquents remaniements organisationnels. »⁹⁰

À travers ces propos, nous percevons l'application des missions « sécurité » et « veille » adossées au métier de cadre de santé. En effet, la réorganisation du service dont il est responsable lui incombe, et il doit donc au mieux, anticiper les changements, les construire en donnant les moyens de le faire aux acteurs, mais aussi veiller à la sécurité de tous, au regard des nombreuses contraintes associées. De plus, nous percevons sa place centrale dans l'orchestration des modifications et des interventions : il est l'interface entre les acteurs, et doit veiller à la pertinence des exécutions.

⁸⁹ J-P. Cadet, C. Guitton, *Les professions intermédiaires : des métiers d'interface au cœur de l'entreprise*, Collection Armand Colin / Recherches, 2013, p.21

⁹⁰ E. Roussel, *Cadres de santé, quelles évolutions de la fonction et des compétences ? Soins Cadres Vol 19, 2011, p.32-33*

Aujourd'hui le cadre de proximité, en plus de ses connaissances de soignant, doit maîtriser un panel de compétences étroit : droit des patients et des usagers ; droit du travail ; notions de gestion et de comptabilité ; suivi des indicateurs qualité ; outils de bureautique... etc. S'ajoute à cela la gestion d'une ligne téléphonique surchargée, et bien sûr cette liste n'est pas exhaustive.

Comme la société, le monde professionnel et la gouvernance des établissements de santé, le métier de cadre de santé est sans cesse remis en question dans ses tâches et la notion d'adaptation prend alors tout son sens.

Un manager lui-même résilient

Aujourd'hui, plus que jamais, le cadre de santé est obligé de développer ses capacités de résilience. Pour lui premièrement, afin d'agir en tant qu'acteur à part entière, mais aussi pour amorcer le processus de résilience organisationnelle, en transmettant cette nécessité aux équipes qu'il anime et encadre. Au fur et à mesure de nos recherches, nous comprenons à quel point la norme et le groupe influencent les individus. Le point de départ, ou « le modèle » pourrait-on dire, peut facilement être le responsable hiérarchique, qui de manière délibérée ou inconsciemment, cherchera à amener ses équipes à réagir comme il le juge nécessaire ou judicieux. Serait-il finalement un maillon indispensable à la résilience organisationnelle ?

Dans son article, Catherine Kurschat, cadre de santé au CHRU de Nancy, nous fait part de son opinion sur l'importance de s'ajuster aux évolutions, et pour cela, de savoir développer de la résilience : *« Les progrès techniques, les changements sociaux, sont portés par un présent s'accéléralant inexorablement. De fait, il est indispensable de s'ajuster en travaillant sur soi, et en équipe, afin d'affiner les réflexions autour de notre système de travail. L'environnement hospitalier, construit par de multiples imbrications interdisciplinaires, oblige à des remises en question régulières de nos fonctionnements managériaux. »*⁹¹

Elle poursuit : *« Afin de limiter le phénomène de résistance au changement, l'intégration de résilience organisationnelle nous semble alors devenir une incontournable stratégie pour réussir à articuler les différents impératifs de gestion intentionnelles »*⁹²

⁹¹ C.Kurschat, *Crise sanitaire 2020 : entre sens et résilience organisationnelle ; le cœur d'une équipe de soin*, De Boeck, 2020, p.11

⁹² C.Kurschat, *Crise sanitaire 2020 : entre sens et résilience organisationnelle ; le cœur d'une équipe de soin*, De Boeck, 2020, p.13

Au fil des témoignages, nous relevons également une nette évolution de la fonction au cours des deux dernières décennies. Les « chefs ou « surveillants » ont laissé place aux « managers de proximité ». Ce changement de nom traduit en outre, une mutation profonde du métier et des attentes allouées à ces professionnels : le management ultra hiérarchique basé sur la compétence technique, a laissé place à un management plus démocratique et coopératif. Le cadre de santé ou manager de proximité ne « commande » plus : il anime, écoute, communique, motive, régule. Désormais, le cadre de proximité est même sensibilisé aux dimensions humaines du travail : la reconnaissance, la confiance, le sens.

b) Manager de proximité pendant la crise de la Covid-19 : rôles et enjeux

Durant la crise de la Covid-19, le travail d'équipe est apparu comme un élément déterminant. Dans une équipe soignante, le cadre de proximité ou cadre de santé, cherche à développer des facultés d'adaptation, d'anticipation et de réactivité. Dans cette perspective, accompagner et initier des changements de comportements sont des missions couramment portées par le cadre de santé. La période que nous traversons sera sans aucun doute l'illustration la plus parlante des années à venir. En effet, les réorganisations ont été quotidiennes, obligeant à travailler en dehors de sa zone de confort.

Un management de soutien

Éviter l'échec, encourager, tenir bon, surmonter les épreuves ensemble : Ces termes ou simples mots peuvent résumer le management de soutien, crucial dans l'accompagnement des collaborateurs. Cependant, celui-ci peut prendre plusieurs formes, et avoir des enjeux différents selon le contexte.

Le management de soutien peut être *psychologique ou émotionnel* :

Comme nous le savons, les émotions et croyances des individus jouent un rôle décisif dans les changements de comportements, notamment chez les soignants. La peur peut par exemple faire évoluer les comportements de certains en les figeant, tout comme la surprise les fait réagir. Le manager peut encourager les changements en soutenant au plus près les membres de son équipe. Pour cela, différents techniques et moyens s'offrent à lui selon le contexte : par le biais du langage verbal ou non verbal ; par un temps de repos proposé ; ou par un feed-back encourageant.

Depuis le début de cette période charnière, le management de soutien psychologique s'illustre quotidiennement sur le terrain. Ceci est d'autant plus vrai aujourd'hui, afin de garder mobiliser des soignants épuisés et lassés de cette aventure.

Mais, le management de soutien peut également être *technique* :

Du fait de leurs compétences paramédicales initiales, les cadres de santé ont pu aider les soignants à réaliser leurs tâches. Certains témoignages évoquent une reprise de fonction totale de cadre de santé, ou directeur d'EHPAD, « renfilant la blouse » afin de combler l'absentéisme, ou pour répondre à la demande croissante et intarissable de prises en charge.

Herve Dumez et Etienne Minvielle, déjà présentés dans ce travail, nous donnent leurs points de vue sur le management de soutien durant la crise de la Covid-19 :

« Le management peut aussi avoir un rôle majeur en termes de soutien, applicable au sein des équipes. Ce sont des tactiques qui jouent sur la présence physique, la répartition équitable du matériel, le bannissement des propos contre-productifs, l'expression libre, et la transparence dans la circulation de l'information. (...) C'est un principe majeur de la résilience organisationnelle qui a pu s'observer, mais qui mériterait d'être mieux formalisé »⁹³

Voici quelques exemples concrets et opérationnels de management de soutien, réalisés par les cadres de santé depuis le début de la crise sanitaire en France (liste non exhaustive) :

- Management de soutien psychologique : Encourager et constater les efforts réalisés ; souligner les réussites ; fédérer les équipes autour d'une identité commune ; écouter activement les professionnels (peurs ; craintes ; questions...) ; laisser des temps de relâchement et d'expression...
- Management de soutien par l'information et la sécurité : Rappeler le cadre protecteur et la présence du supérieur hiérarchique ; diffuser une information claire ; décharger les équipes d'une responsabilité oppressante...
- Management de soutien technique et matériel : Aider si possible au regard de la formation initiale ; diffuser le matériel adapté et disponible ; faire un bon gâteau au chocolat...

⁹³ H. Dumez, E. Minvielle, *Comment le système hospitalier français a-t-il géré la crise COVID-19 ?* Une contribution des sciences de gestion, 2020, p.289-291

Ce management de soutien opérationnel, mis en place au sein des établissements de santé, a cherché à lutter contre la démotivation, l'usure psychologique, et à éviter des conséquences importantes en matière d'absentéisme. Malgré tout, cela n'est pas toujours suffisant comme nous le savons.

Manager de proximité : un réel vecteur de communication

Du fait d'un positionnement pivot dans l'organisation, les cadres de santé ont la lourde tâche de veiller à la juste diffusion de l'information : transmettre la bonne information, à la bonne personne, et au bon moment. Cette communication doit si possible être claire, précise, objective et doit dans l'idéal permettre de donner sens à ce qui est fait.

Au quotidien, et d'autant plus pendant la crise de la Covid-19, les transmissions orales, les compte-rendu des cellules de crise, les staffs, ou les réunions hebdomadaires diverses, ont permis aux managers de proximité d'assurer la circulation des données, et ainsi de mettre en relation les soignants.

Delphine Garrigue Huet, Christelle Rosenstrauch et Dominique Carlier, toutes les trois anesthésistes au CHRU de Lille, nous expliquent l'importance de la communication du manager durant cette période :

« Dans un contexte de non-programmation ou la permanence des soins pose la règle de fonctionnement de ce système, une réactivité et une adaptabilité du personnel soignant sont nécessaire et imposent au manager une communication efficace pour une prise en charge optimale. »⁹⁴

Nous comprenons facilement qu'en l'absence de management de proximité, ou en l'absence de partage inter ou intra équipes, la perte de sens de l'action est favorisée. De plus, la communication et l'échange entretiennent cette proximité dont le cadre de santé est le représentant, favorisant ainsi le partage du savoir, la collaboration, mais aussi la responsabilisation de tous, et l'efficacité globale.

En effet, la mission première d'une bonne communication est d'assurer une harmonisation des connaissances, que tout le monde puisse répondre de manière objective, au bon moment. Ce rôle représente donc l'une des pierres angulaires de la performance globale de l'établissement, et permet la régulation conjointes des activités de chacun.

⁹⁴ D. Garrigue, C. Rosenstrauch, D. Carlier, *Communication avec les soignants et les familles*, Congrès médecin / Urgences vitales, 2016.

Dans cette perspective, la cadre de santé peut être considéré comme *un agent de médiation essentiel* : *« En effet, la fonction de cadre se développe principalement dans la médiation. C'est le cas des réunions de crise, où il peut prendre la parole pour défendre un point de vue soignant, c'est lui également qui va rappeler à l'ordre certains professionnels pour qu'ils se conforment aux règles. »*⁹⁵

Catherine Kurschat, précédemment présentée, nous exprime sa vision sur le rôle du cadre de santé durant la période de la Covid-19 :

*« Pour ce faire, un des rôles les plus importants que le cadre doit savoir jouer est celui de communiquant. En l'occurrence, dans notre contexte, le manager porte la responsabilité de livrer de manière adaptée les directives institutionnelles, voire ministérielles. La subtilité avec laquelle le cadre utilisera son langage est un atout essentiel dans la réussite à atteindre ses objectifs. Il est important qu'il ait la capacité de transcrire, transcoder, transposer ; en ayant conscience de son rôle fondamental dans l'articulation des informations et exigences. »*⁹⁶

Elle poursuit : *« Afin que les équipes appliquent les sollicitations hiérarchiques, le cadre détient un rôle primordial : savoir transmettre le message afin que le groupe le comprenne, sans ambiguïté. »*⁹⁷

Afin de communiquer, les cadres de santé disposent de plusieurs outils et moyens comme cités précédemment. Avec la crise et l'obligation de s'isoler, la transformation des modes de communication a nettement été accélérée : Note d'information dématérialisée ; réunion faite par le biais d'une interface numérique, ou affichage papier dans les services. Ces constats nous amènent à se demander si le management à distance ne serait finalement pas une composante future de nos organisations de santé ? Nous tâcherons de développer ce point à la fin de ce travail, au regard des enjeux de demain.

Informier pour mieux organiser et former : le rôle de chef d'orchestre

Dans ce contexte épidémique, les cadres de santé ont développé leur rôle de coordinateur. Ce point ayant déjà été très largement développé en première partie, nous compléterons nos recherches en précisant leur rôle pédagogique dans l'accompagnement des professionnels, mais aussi des usagers.

⁹⁵ H. Dumez, E. Minvielle, *Comment le système hospitalier français a-t-il géré la crise COVID-19 ?* Une contribution des sciences de gestion, 2020, p.292

⁹⁶ C. Kurschat, *Crise sanitaire 2020, entre sens et résilience organisationnelle ; le cœur d'une équipe de soin*, De Boeck, 2020, p.17

⁹⁷ C. Kurschat, *Crise sanitaire 2020, entre sens et résilience organisationnelle ; le cœur d'une équipe de soin*, De Boeck, 2020, p.19

« Les unités changent de spécialités, les équipes sont redispatchées, c'est un travail d'organisation et d'adaptation »⁹⁸ confie Dominique Combarous, présidente de l'ANCIM (Association Nationale des Cadres de Santé), dans un article du mois de mars 2020.

Dans cette perspective, il faut former les nouveaux arrivant rapidement afin de les rendre compétents, et parallèlement veiller à réunir, tant bien que mal, suffisamment de personnel disponible. *« Il y a pour tous les professionnels encadrants, un gros travail de répartition des compétences, nous avons besoin de l'aide de chacun. »⁹⁹*

« Sense giving » et résilience : clés de performance des équipes pendant la crise sanitaire

Au-delà du contexte de crise sanitaire, les problématiques en termes de management des équipes par le manager de proximité sont décrites comme croissantes et en profondes mutation. Afin de répondre à cet enjeu managérial, et réussir à contrôler et/ou canaliser les comportements, les cadres de santé disposent de moyens d'accompagnement et d'induction des changements.

Faire en sorte que les professionnels adoptent le comportement voulu face à la crise sanitaire a par exemple été facilité par l'expression du sens :

Derrière cette idée, nous entendons l'expression du sens vécu, et la diffusion du sens donné par les managers de proximité, aux événements et aux évolutions des établissements de santé. Ce sens donné par le manager a pour objectif de maintenir les professionnels soignants dans une logique constructive et participative. Le management participatif prend, dans ce cas, tout son sens... En effet, la seule diffusion d'information, ou l'expression d'arguments rationnels ne suffisent généralement pas à induire la résilience organisationnelle :

Afin de limiter au maximum les phénomènes de résistance aux changements, une culture de résilience organisationnelle a été développée par les managers et transmise aux équipes soignantes. Pour cela, les managers de proximité se sont appuyés sur la notion d'un devoir collectif, afin de lutter, ensemble, contre la propagation du virus. L'idée de lutter au sein d'une équipe, forte de cohésion, a permis aux professionnels de donner du sens à leurs actions.

Ce sens commun a été donné au regard d'un objectif collectif : soigner et sauver des vies en urgence.

⁹⁸ C. Neyrac, *Les cadres sont les « chefs d'orchestre » de la gestion de la crise dans les services*, Hospimédia, mars 2020, p.1

⁹⁹ Ibid.

Nous concluons cette partie en soulignant la capacité des cadres de santé à avoir placé au second plan, lors des phases aiguës, leurs activités pouvant être différées, au profit des missions de soutien et de coordination.

Néanmoins, vient toujours le moment où le calme fait son retour, et où il faut retrouver un mode de fonctionnement plus stable, durable, et soutenable pour tous à long terme. Pour cela, grandit de ces épreuves, le cadre de santé doit également penser l'après crise.

3. Apprentissage post crise : rôle du manager de proximité, placé au cœur du système de santé ?

Le consensus est franc : la crise sanitaire actuelle représente pour nos établissements de santé l'occasion d'apprendre, d'innover, et de se renouveler. L'évolution est nécessaire, et dans ce contexte de crise sanitaire mondiale, doit s'articuler avec la gestion de l'urgence à court terme. Cependant, les organisations, et cela au même titre que chacun d'entre nous, ont tendance à peu capitaliser, et à tendre vers un « retour à la normale ».

Dans cette perspective, nous avons souhaité étudier les contours de cet apprentissage organisationnel, et comprendre quels sont les enjeux de demain pour les managers de proximité que nous sommes.

a) Covid-19 : Une transition forcée vers de nouveaux modes organisationnels ?

En nous appuyant sur nos précédentes recherches, nous constatons que ces variations inattendues d'activités dues à des éléments exogènes, tel que le SARS-CoV-2, viennent menacer le bon fonctionnement des organisations.

Cependant, malgré les nombreux impacts négatifs et lourds de conséquences de cette crise, il est opportun de voir en celle-ci une occasion de réfléchir stratégiquement au fonctionnement de nos structures et à l'avenir du management.

Celle-ci, par son ampleur et son caractère inédit, est venue notamment accélérer ou induire les transformations du travail :

« C'est désormais la transformation de notre appareil productif de soins qui est en cause »¹⁰⁰ !

En effet, comme expliqué dans les premières parties de la revue de littérature, cette dernière nous a par exemple obligé à redéfinir les priorités, et à réfléchir à l'essentiel :

« Les dirigeants cherchent à organiser leur activité autrement : digitalisation, généralisation du télétravail, inclusion des risques sanitaires dans les procédures qualité, révision de l'organisation existante, modification de la méthode de management sont les principales idées exprimées. »¹⁰¹

À travers ce travail, nous allons tâcher de mesurer l'ampleur des transformations, réelles et/ou attendues, ainsi que de définir leurs contours et caractéristiques.

¹⁰⁰ E. Minvielle ; K. Gallopel-Morvan ; JM. Januel ; M. Waelli, *Manager une Organisation de Santé : l'apport des sciences de gestion*, Presses de l'EHESP, 2018, p.11

¹⁰¹ M. Kalika, *L'impact de la crise sur le management*, éditions EMS, 2020, p.45

Pour cela, plusieurs ouvrages et travaux vont nous guider :

- L'ouvrage « *Manager une organisation de santé : L'apport des sciences de gestion* » Rédigé sous la direction de l'EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique), il présente les défis que doit relever une organisation de santé, et les différentes facettes de ces dernières. Celui-ci répertorie également de nombreuses recommandations et préconisations pour construire ensemble le système de santé de demain.
- Les travaux et articles d'Amine Ezzerouali, enseignant chercheur à la Skema Business School de Lille, diplômé de l'université Paris Dauphine en politique générale et stratégie des organisations.
- Le rapport intitulé « *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19* », rédigé en juillet 2020, par Hervé Dumez et Etienne Minvielle, directeurs de recherche au CNRS et professeurs.

Notre champ d'activité : la Santé

Afin de décrire le fonctionnement d'une organisation et le processus de management associé, nous sommes obligés de partir de son environnement ; de ses contraintes et de ses caractéristiques. En effet, selon la typologie environnementale et ses traits, l'organisation sera différente.

Historiquement, le « monde » de la santé a longtemps été réfractaire à l'idée de toute forme de recherche relative au management. Le courant de pensée dominant étant uniquement focalisé sur le soin, avec une vision manichéenne où les termes de management et de santé étaient antagonistes. D'ailleurs, celui-ci existe sûrement encore aujourd'hui, tant il est ancré dans certains esprits. Cependant, les mentalités évoluent, et la plupart des managers, qu'ils soient professeur universitaire, chef de service, directeurs d'établissement de santé, ou cadre de service constatent que la gestion des ressources humaines est essentielle à la bonne marche de leur activité commune. De plus, la place du patient dans la participation à la construction de son « parcours », est-elle aussi croissante. Il est désormais un acteur non négligeable, et participe donc activement à l'évolution émergente des organisations, en tant que partenaire à associer.

Dans la réflexion sur « l'hôpital » de demain, sa place dans le système de santé, et le type de management à appliquer, plusieurs composantes sont à inclure : une demande illimitée, peu prévisible et variable, à laquelle doit répondre une offre, limitée, avec des moyens, eux aussi limités.

De plus, le bien « santé », complexe et pluriel, concerne l'ensemble de la population, et reste sacré.

Leitmotiv : recherche de la performance

La recherche de la performance dans tous les systèmes de santé, est incontournable, et reste au cœur de toutes les réformes successives que connaissent ces derniers depuis des années. Cependant, l'organisation dans le champ de la santé revêt elle aussi, plusieurs aspects, tout en cherchant de manière générale à trouver le juste « *équilibre entre les différentes dimensions de coût, de qualité, de qualité de vie au travail, voire d'autres* »¹⁰².

Claude Sicotte, professeur des universités en sciences de gestion, rattaché à l'EHESP, illustre cette volonté de performance par le biais des exemples suivants :

*« Le management par objectifs, la tarification à l'activité, la montée des indicateurs de qualité et de performance, la contractualisation régionale et, plus récemment, les structures territoriales de coopération inter hospitalière. »*¹⁰³.

Néanmoins, celui-ci souligne déjà les limites de ces réformes, et admet qu'il faut reconnaître que *« le déploiement de ces innovations complexes a souvent été marqué par des résultats en deçà des attentes. »*¹⁰⁴

D'ailleurs, il est judicieux de noter que ces résultats mitigés, ont affaibli chez certains professionnels la motivation à poursuivre leurs efforts pour mettre en place des innovations organisationnelles.

Nous constatons que l'importance accordée à la performance reste majeure : il est essentiel d'allier une meilleure maîtrise des coûts, à une réponse optimale aux besoins de santé de la population !

Rappelons que pour assurer la soutenabilité de notre système de santé, il est en effet primordial de trouver un juste équilibre de fonctionnement, assurant dans l'efficience, la réponse aux besoins. Pour cela, tous les managers du champ de la santé sont concernés, et doivent faire face à ces enjeux :

*« La performance organisationnelle demeure la finalité vers laquelle s'orientent toutes les actions de gestion et de production de soins. »*¹⁰⁵

¹⁰² E. Minvielle ; K. Gallopel-Morvan ; JM. Januel ; M. Waelli, *Manager une Organisation de Santé : l'apport des sciences de gestion*, Presses de l'EHESP, 2018, p.10

¹⁰³ Ibid. p.39

¹⁰⁴ E. Minvielle ; K. Gallopel-Morvan ; JM. Januel ; M. Waelli, *Manager une Organisation de Santé : l'apport des sciences de gestion*, Presses de l'EHESP, 2018, p.12

¹⁰⁵ Ibid., p.40

La crise : catalyseur des dysfonctionnements

La vague successive de réformes mises en place par les régulateurs l'illustrent très bien : le système de santé français cherche encore son équilibre, soutenable sur le long terme, et doit sans cesse, lui aussi s'adapter aux changements poussés par son environnement, interne ou externe. La crise sanitaire est, elle aussi, venue mettre en lumière les défaillances ou points de faiblesses de nos structures : manque de personnel ; faibles moyens d'action des organisations ; manque de compétences managériales transmises aux cadres ; détérioration du climat social ; ou cloisonnement des activités. Dans cette perspective, il est intéressant de percevoir les premiers changements induits par la crise sanitaire de la Covid-19, et notamment ceux concernant les professionnels de santé. Notre curiosité professionnelle, questionnant nos propres avenir de managers dans le champ de la santé, nous amène aux questions suivantes : Comment apprendre des expériences passées ? Quels éléments doivent être pérennisés et à l'inverse quels sont ceux que nous devons considérés comme précaires ? Sous quelles conditions un tel apprentissage est-il possible ?

b) Articulation du management de proximité dans l'apprentissage post-crise

Sous quelles conditions une crise débouche sur un apprentissage ?

Certains auteurs pensent qu'effectivement cet apprentissage est possible, et qu'il est même double : *« D'une part, les organisations concernées ont appris à mieux résister aux chocs eux-mêmes ; d'autre part, elles ont adapté leur stratégie de manière à réduire leur vulnérabilité. »*¹⁰⁶

En effet, en considérant la crise comme un réel processus, et non un simple événement, il est possible d'en tirer profit, et de la percevoir comme une opportunité d'amélioration de notre système de santé. Ainsi, nous allons tâcher de comprendre sous quelles conditions il est possible d'allier crise et apprentissage organisationnel. Cependant, nous pouvons d'ores-et-déjà partir du fondement essentiel : il est nécessaire de placer l'homme au cœur de l'apprentissage.

*« Les crises forcent les organisations à devenir plus agiles, plus innovantes, plus résilientes. Cependant, comme dans tout processus de changement (...) c'est l'humain qui est au cœur de la réussite de ces initiatives »*¹⁰⁷

¹⁰⁶ E. Hollnagel, B. Journe, H. Laroche, *La fiabilité et la résilience comme dimensions de la performance organisationnelle*, AIMS « M@nagement », 2009/4, Vol.12, p.226

¹⁰⁷ A. Ezzerouali, *L'humain au cœur de l'apprentissage post-crise*, Focus RH, octobre 2020

Le travail proposé en suivant s'appuie sur les travaux d'Amine Ezzerouali, enseignant chercheur, et directeur scientifique du Master of Science International HR and Performance Management, à la Skema Business School de Lille. Il nous explique le rôle du manager de proximité, dans le processus d'apprentissage organisationnel post-crise.

- Premier fondement essentiel : *la formation initiale des managers*

Afin de développer cette idée, et d'illustrer ces larges propos, prenons l'exemple de la transition vers le télétravail : « *Il ne suffit pas de distribuer un ordinateur aux collaborateurs (...) pour que cela marche, car il s'agit typiquement d'un alignement classique culture/structure/tâche/individus, où la technologie n'est qu'un moyen, et non une fin, pour ajuster l'organisation du travail.* »¹⁰⁸

Une fois de plus, le versant « pédagogie » du métier de manager de proximité s'illustre, et pour cela, il nécessite lui-même d'être dûment formé, afin de permettre un accompagnement des collaborateurs objectif, juste, efficient, et d'ajuster à sa guise les modalités d'autonomie.

- Promouvoir une réelle *volonté de sortir gagnant*

Le manager, du fait de son statut hiérarchique « supérieur » et de son rôle chef d'orchestre, a tout intérêt à favoriser la mobilisation des acteurs vers l'avenir. Nous retrouvons ici les concepts de résilience, et sa place centrale dans le développement du processus de résilience organisationnelle. Pour cela, il doit notamment susciter l'intérêt de ses collaborateurs vers des enjeux porteurs de sens et d'avenir, et faire en sorte que chacun tire bénéfice de son expérience vécue.

De plus, il doit lutter activement contre un retour « aux bonnes vieilles habitudes » ou « à la normale », cloisonnant les acteurs et le système dans une zone de confort peu fertile, et freinant l'adaptation. En effet, « *les organisations ont peu de mémoire : on capitalise peu, on oublie vite. Ensuite, parce que les organisations ont tendance à rechercher le statu quo : le fameux retour à la normale peut être l'un des premiers freins aux changements tant nécessaire et souhaités* »¹⁰⁹

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ A. Ezzerouali, Management de crise et apprentissage organisationnel, Focus RH, juillet 2020

- Et le tout, *sans trop attendre...*

*« L'une des clés de l'apprentissage post-crise est de ne pas attendre trop longtemps après l'occurrence des évènements : si trop de temps s'écoulait avant la réflexion et l'évaluation, les managers auraient tendance à oublier, et, l'organisation de retour à la normale, la motivation à évaluer et apprendre de la crise diminuerait. »*¹¹⁰

Or, dans une crise sanitaire comme celle que nous traversons, le cadre de temporalité peut parfois être difficile à définir. En effet, cette crise qui s'étend maintenant sur plusieurs années, oblige le manager à faire cohabiter mesures d'urgences, parfois temporaires, et apprentissage organisationnel. Il doit ainsi faire preuve de souplesse et d'adaptabilité, pour moduler quotidiennement ses activités selon les données et recommandations, tout en amorçant les changements induits de cet apprentissage. Enfin, comme nous l'avons étudié précédemment, rappelons que les organisations, ont tendance à peu capitaliser de leurs expériences, et se dirigent naturellement vers le mode de fonctionnement antérieur. Dans cette perspective, le fait de ne pas laisser flotter l'apprentissage trop longtemps, et d'activer précocement la pérennisation des changements est judicieuse et recommandée.

- De plus, il est nécessaire de *définir une identité organisationnelle*

À ce stade de nos recherches, nous savons désormais à quel point la culture d'entreprise ou l'identité d'équipe, impactent la résilience organisationnelle, et donc en cascade l'apprentissage post-crise. Pour cela, il est primordial de se poser *« trois questions fondamentales pour revitaliser et dynamiser l'organisation face à l'ambiguïté : Qu'est ce qui nous importe réellement ? Qu'est-ce qui est central et qu'est-ce qui est périphérique ? ; Qui sommes-nous, qui voulons-nous devenir ? ; Où voulons-nous aller ? »*¹¹¹

- Enfin, la *socialisation* est incontournable de tout processus d'apprentissage post-crise

En effet, pour que cela fonctionne, les individus doivent coopérer et collaborer dans l'apprentissage. Un travail cloisonné se risquerait à commettre de nombreux écueils, et à ne tirer que partiellement profit du processus de crise. Là aussi, le rôle du manager de proximité est central, car il permet le renforcement des liens entre les professionnels, notamment via *« un leadership qui encourage la socialisation, qui accompagne l'apprentissage, et qui ne sanctionne pas l'échec. Un leadership qui est probablement moins orienté résultats immédiats et davantage orienté sur l'humain. »*¹¹²

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² A. Ezzerouali, *L'humain au cœur de l'apprentissage post-crise*, Focus RH, octobre 2020

La phase post-crise, qui ne comporte plus l'aspect « d'urgence », est cependant toute autant importante que celle dite « pendant » précédemment décrite : c'est une continuité logique et essentielle. D'ailleurs, la plupart des auteurs lus au cours de nos recherches ne les dissocient pas, maillant le management pendant la crise, et le management dans la période d'apprentissage.

Comment aider les managers hospitaliers à gérer des crises futures ?

Avant d'entamer la présentation des changements déjà à l'œuvre ou attendus, nous tenons à rappeler la place centrale de la temporalité. En effet, si les premiers changements mis en place dans l'urgence s'inscrivent dans une temporalité courte, la pérennisation des changements organisationnels s'inscrit, quant-à-elle, dans une temporalité plus longue, qualifiable en mois ou années. Le processus d'apprentissage post-crise Covid-19 présente d'ores et déjà une épaisseur temporelle, sans aucun doute nécessaire à sa juste analyse, et indissociable de son caractère imprévisible.

Bien sûr, une crise revêt par définition un caractère incertain, et est le résultat de multiples facteurs. Ainsi, nous ne pouvons pas nous contenter de prôner une meilleure anticipation. Le but de cette analyse est bien de souligner les premiers enseignements tirés pour la crise Covid-19, afin d'améliorer les capacités de chaque manager à affronter les crises futures.

Nous nous efforcerons ainsi « d'identifier les éléments structurants du système de santé français qui doivent être améliorés voire transformés »¹¹³, ramenés à notre échelle et à notre acteur central : le manager de proximité.

Il faut donc repenser les priorités et pérenniser les changements :

Une plus grande humanisation de la gestion

La crise de la Covid-19 met en lumière la nécessité de replacer l'Homme au centre, étant le pilier du bon fonctionnement d'un système. L'idée est donc d'allier management et valeurs, et de revaloriser le rôle crucial de la proximité.

¹¹³ Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, *Rapport Final*, mars 2021, p.3

- Pour cela, il faut *(re)penser le management en proximité*

*« Durant la crise Covid-19, le travail au sein des équipes de soins est apparu comme un élément déterminant. S’y développent des facultés d’adaptation et d’anticipation, mais aussi des réponses coordonnées pour mener l’action. Le style de pilotage se doit d’être attentif à ces questions de terrain et de cohésion d’équipe. L’ensemble peut se nommer management de proximité, management de terrain, ou micro-management, et expriment la volonté d’être au plus près de la prise en charge du patient. »*¹¹⁴

- Il est également nécessaire de *développer un management de soutien*

Comme étudié en amont, la crise de la Covid-19 a été (est) anxiogène pour les professionnels de santé. Or, la dimension managériale a été essentielle pour pouvoir dépasser ces sentiments de peur et d’incertitude habitants les professionnels de santé, et ainsi leur permettre de continuer d’avancer. Sans une présence managériale de soutien, nécessaire à la capacité de résilience des équipes, l’usure et la perte de motivation des professionnels auraient pu avoir des conséquences directes sur la stabilité des structures.

- Autre élément central constaté, la nécessité de *s’adapter collectivement*

De manière à fournir une réponse coordonnée et adaptée pour faire face à l’actuelle crise sanitaire, les managers ont cherché à développer le travail en équipe, point de force dans un tel contexte. En effet, *« ces réponses coordonnées ont aussi permis d’adapter l’activité de soins, une condition de la résilience d’une organisation de santé en cas de crise. Elles ont permis le réaménagement des flux d’activité dans des laps de temps courts, en déployant des prises en charge de patients en réanimation, ou dans d’autres services aménagés en zone Covid, en déprogrammant les autres activités. »*¹¹⁵

L’idée est donc de tendre vers un management collaboratif entre les acteurs des organisations de santé, en essayant de modifier les habitudes de prises de décision : il est nécessaire de privilégier la réflexion collective. Afin de rendre cette collaboration efficace, un pilotage équilibré et constant doit en être à l’origine. Dans les services de soins, ce rôle revient au binôme cadre de santé – chef de service qui assure le management de proximité.

¹¹⁴ H. Dumez ; E. Minvielle ; *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, une contribution des sciences de gestion, Centre de Recherche en gestion, juillet 2020, p.61

¹¹⁵ H. Dumez ; E. Minvielle ; *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, une contribution des sciences de gestion, Centre de Recherche en gestion, juillet 2020, p.65

- Inclure les *nouveaux moyens de travail et de communication*

En effet, reconnaissons que tout cela a notamment été possible grâce aux innovations dans le travail, et à la transformation des modes de travail (télétravail ; e-management : management à distance ; utilisation de plateformes numériques ; dématérialisation des écrits...)

Un autre enjeu pour les mois à venir est donc de *fiabiliser les nouveaux canaux de communication*. La Covid-19, par le biais de sa très haute contagiosité, a influencé une digitalisation des modes de travail et l'utilisation de technologies digitales. Une réelle alliance homme-interface numérique a vu le jour, et est désormais nécessaire pour assurer la collaboration à distance.

« L'apport des outils de visioconférence et de réseaux communautaires a été majeur. »¹¹⁶

Développer un management qui favorise la créativité et l'expression

Clef de réussite suivante à intégrer dans nos organisations de santé : le développement de la créativité. Comme nous l'exprime un dirigeant de PME, *« si nous faisons confiance aux gens, ils peuvent nous surprendre par leur engagement et leur proactivité sans pour autant prendre des risques démesurés. »¹¹⁷*

Or, une crise telle que celle liée au virus du Sars-CoV-2 force tous les acteurs du système à innover dans les solutions à mettre en place ; à repenser leurs habitudes de travail ; à repousser les limites « normales » de l'organisation. Les premiers retours d'expérience post Covid-19 illustrent parfaitement la mise en place de cette créativité organisationnelle nécessaire :

« Une agence régionale qui sollicite une start-up pour mieux gérer les remplacements d'effectifs, cette dernière s'engageant à titre gratuit dans la démarche ; une école de formation à la réanimation qui venait d'être créée et dont la montée en charge s'accélère en peu de temps ; des sorties de résidents d'un EHPAD dans un espace protégé, non plus collectives, mais individuelles (...) »¹¹⁸

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ M. Kalika, *L'impact de la crise sur le management*, éditions EMS, 2020, p.46

¹¹⁸ H. Dumez ; E. Minvielle ; *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, une contribution des sciences de gestion, Centre de Recherche en gestion, juillet 2020, p.66

Nous concluons cette liste non exhaustive en soulignant la nécessité de *ne pas travailler seul, et d'établir des partenariats*.

Que ce soit à l'échelle régionale, départementale, ou même entre managers de proximité d'un même établissement, les actes de coopérations permettent l'efficacité des démarches et des mobilisations.

Le rôle du manager de proximité est notamment déterminant dans la coopération inter ou intra services de soins, car « *la coopération intervient, non comme un principe, mais comme un acte assumé dans un contexte donné, en fonction de caractéristiques sociologiques et historiques, et qu'elle doit souvent faire appel à un tiers extérieur pour la rendre effective.* »¹¹⁹

¹¹⁹ H. Dumez ; E. Minvielle ; *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, une contribution des sciences de gestion, Centre de Recherche en gestion, juillet 2020, p.67

Partie III : Méthodologie

À travers ce travail de recherche, l'objectif global fut de collecter des données dites de « terrain », pertinentes et tangibles, de manière à enrichir et confronter nos précédents travaux.

Afin d'exécuter cette étude, plusieurs méthodes d'analyses ont été envisagées, et ce au regard des informations que nous souhaitions collecter. Cependant, il fut évident que nous aspirions tous les trois à nous concentrer sur une méthode d'analyse nous permettant de rentrer en contact avec le terrain.

De ce fait, les différents outils à notre disposition étaient : l'observation (mais peu adaptée à notre étude rétrospective) ; l'entretien (directif ; semi-directif ou libre) ; le « focus group » (ou groupe de discussion) ; et/ou le questionnaire/sondage.

Notre première mission fut donc de définir précisément les besoins et problématiques de notre enquête, puis dans un second temps, d'établir une stratégie adaptée pour obtenir des réponses.

A. Identification des besoins de notre enquête et objectifs

De manière à expliquer le phénomène/concept étudié précédemment, c'est-à-dire la capacité de résilience des soignants induite par le biais du manager de proximité, nous avons besoin de collecter des données nous permettant de :

- Approfondir nos recherches et connaissances sur le concept de la résilience du personnel soignant, induite par le manager de proximité.
- Trouver des réponses à nos hypothèses soulevées : impact des valeurs professionnelles ? influence du collectif ? durabilité ? etc.
- Découvrir et envisager des nouvelles pistes d'analyse : phases de rebond ? apprentissage post-crise ? freins et limites ? etc.

Afin de bien cadrer notre sujet, nous avons choisi d'utiliser la technique des « 3QPOC » :

1- Rappel de la problématique : « **Lors de la crise sanitaire de la Covid-19 en France, comment est-ce que le manager de proximité a-t-il favorisé la résilience des équipes soignantes ?** »

2- Analyse selon la technique des « 3QPOC » :

Qui ? Le manager de proximité, également appelé cadre de santé

Quoi ? Rôle sur le développement de la capacité de résilience des équipes encadrées

Quand ? En période de crise sanitaire de la Covid-19 (2020-2021)

Pourquoi ? Désorganisation et perturbation des conditions de fonctionnement : Raréfaction des ressources humaines et matériels ; augmentation des prises en charge et de la lourdeur associée ; réorganisation interne et externe aux services ; modification de la réglementation (ex : déclaration nationale d'état d'urgence sanitaire, sur Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE) ; plan blanc/bleu à l'échelle des établissements)

Où ? Dans les services de soins, des établissements de santé français publics sanitaires

Comment ? Instauration d'un mouvement collectif mobilisant chaque acteur, et fédérant autour d'objectifs communs ; mobilisation de l'esprit de groupe (collaboration, solidarité) ; utilisation de la réglementation et des lois pour induire un comportement dit « conforme » des acteurs ; veiller à la responsabilisation de chacun en mobilisant la discipline professionnelle et les valeurs soignantes associés (sens des métiers de la santé, vocation...) ; souligner et mettre en avant les efforts individuels et collectifs pour ne pas laisser tarir la motivation et l'implication etc.

Hypothèses :

- La crise sanitaire a imposé une réorganisation des conditions de travail des équipes soignantes, dans les services touchés de manière directe ou indirecte par la Covid-19.
- Le manager de proximité est capable d'induire la capacité de résilience des équipes soignantes, en s'appuyant sur des leviers de natures différentes.
- Les valeurs professionnelles et la responsabilisation professionnelle sont également des vecteurs majeurs de résilience (engagement, vocation, adaptabilité).
- L'impact du collectif et de l'esprit de groupe est notable (collaboration, solidarité).
- Les capacités de résilience et leurs effets peuvent s'essouffler sur le long terme.

Éléments de réponses recherchés :

- Quels ont été les impacts de la crise sanitaire de la Covid-19, sur les managers de proximité exerçant dans des services de soins des établissements de santé français publics ?
- Comment les équipes ont-elles fait face à la crise sanitaire de la Covid-19 ?
- La capacité de résilience des équipes soignantes s'est-elle manifestée ?
- Est-ce les managers de proximité ont réussi à induire et favoriser sa mise en place ?
- Y a-t-il eu des facteurs de résilience extérieurs au manager de proximité ?
- Quelle sont les impacts et les effets de la résilience, notamment afin de faire face à la crise ?
- Quelle est la soutenabilité de ce concept ?
- Quelles leçons tirer de ces deux années passées ?

B. Méthode d'analyse retenue, adaptée à notre étude de nature rétrospective

Première option envisagée

La recherche quantitative de terrain : questionnaire auprès des managers de proximité

Cette technique de collecte de données quantifiables, se présente sous la forme d'une série de questions posées (ouvertes ou fermées) dans un ordre précis. C'est un outil permettant de recueillir un grand nombre de témoignages et/ou d'avis.

L'utilisation d'un questionnaire présente de nombreux avantages, tels que : recueil d'un nombre de témoignages important ; possibilité de réaliser une étude statistique ; rapide et simple à mettre en œuvre ; efficience dans la collecte de données...

Mais également des inconvénients : impossibilité de vérifier la bonne compréhension des questions ; impossibilité de mesurer l'implication lors de la réalisation ; impossibilité de poser de nouvelles questions après le dépouillage des premiers résultats ; faible contact avec les personnes entendues...

Au regard de ces constats, et de nos besoins, nous avons décidé d'écarter cette méthode de recueil de données.

Méthode retenue

La recherche qualitative de terrain : entretiens semi-directifs pour confronter et approfondir les hypothèses émises.

La méthode d'analyse dite « d'entretien », est celle qui est apparue comme nous permettant de récolter le plus d'informations par rapport à ce sujet. En cascade, nous avons donc choisi de mettre en place une stratégie de recherche sur le terrain, en déterminant le type d'entretien le plus approprié et pertinent.

- Première option envisageable : un *entretien directif* à la structure bien définie. Cependant, malgré le fait que l'entretien directif soit rassurant, grâce à ses questions préalablement écrites, un ordre d'enchaînement déterminé, et une durée fixée, nous avons choisi d'écarter ce type d'entretien afin de pouvoir approfondir le sujet avec une nouvelle question si besoin, et de pouvoir rebondir sur un élément décrit.
- Seconde option envisageable : *l'entretien libre* (ou non directif). Ce type d'entretien ne comporte aucune question pré-écrite, ni structure. L'idée est donc de proposer un thème général et d'intervenir uniquement pour relancer la conversation et amener la personne interrogée à développer sa pensée. En laissant libre cours à la personne interrogée, ce type d'entretien permet de ne pas induire de réponses, et de développer de nombreuses hypothèses. Cependant, au regard de besoins précis, et éléments de réponses recherchés, cette option là nous paraissait « risquée ». De plus, notre courte expérience dans la réalisation d'entretiens a fini d'écarter cette option, afin de ne pas dériver de notre problématique initiale.
- Notre choix d'entretien s'est donc porté sur le type *semi-directif* : un entretien qualitatif, se basant sur des interrogations ouvertes préalablement définies, et laissant la possibilité de poser de nouvelles questions si la personne interrogée soulève une nouvelle interrogation.

Cette option là nous permettait ainsi d'envisager la réalisation de réelles discussions avec nos interlocuteurs, d'approfondir le sujet si besoin, et en cascade de faire naître de nouvelles hypothèses.

Malgré ses nombreux avantages, nous avons également connaissance de ses limites : Cette méthode d'analyse comporte de nombreuses inconnues dans son déroulement, car peu prévisible malgré une trame d'entretien préalable. De plus, la comparaison entre les différents entretiens peut, par nature, être difficile à faire, et ce d'autant plus que nous sommes trois à mener la réalisation de ce travail de recherche et d'analyse.

Afin de mener ce type d'entretien, nous avons donc :

- Préparer en amont nos questions en cohérence avec nos besoins, objectifs et hypothèses
- Classer celles-ci dans un ordre logique et par grands thèmes (allant de la plus générale aux plus spécifiques)
- Laisser un « espace libre » afin de poser de nouvelle question pendant l'entretien si possibilité
- Défini un nombre personnes interrogées :15
- Défini le profil des personnes interrogées : managers de proximité ; impactés dans leur travail par la réorganisation induite par la crise Covid-19 ; encadrant des équipes soignantes.

Conclusion : pourquoi cet outil ?

Le mode d'entretien semi-directif nous paraissait ainsi le plus approprié pour établir une solution de recherche la plus adaptée aux besoins préalablement identifiés.

De plus, celui-ci nous a permis de donner à notre enquête la plus grande expression, afin d'accroître la qualité et la pertinence des données recueillies.

C. Choix de la population et des structures

Pour la réalisation de ces entretiens, nous avons décidé en concertation avec notre directrice de mémoire, de questionner des cadres de santé (n=15), dans différents hôpitaux publics. Pour se faire nous avons ainsi pris contact avec plusieurs services dans différents établissements. Les différentes personnes interrogées sont ainsi classées dans le tableau suivant :

Tableau : Population étudiée dans la catégorie cadre de santé des établissements

<u>Service concerné</u>	<u>Age</u>	<u>Sexe M / F</u>	<u>Années d'expériences professionnelles manager (Années)</u>
Soins continus	41 ans	F	5 ans
Médecine / Médecine Covid	36 ans	F	4 ans
Unité Soins Longue Durée (USLD)	34 ans	F	2 ans
Médecine / Soins palliatifs Hôpital Gériatrique	53 ans	F	8 ans
Soins de Suite et Réadaptation	38 ans	F	2 ans
Médecine Interne	47 ans	F	10 ans
Soins de Suite et Réadaptation	26 ans	F	6 mois
Pneumologie	45 ans	F	6 ans
Soins de Suite et Réadaptation	47 ans	F	3 ans
Médecine	56 ans	F	20 ans
USLD	42 ans	F	6 ans
Médecine Pédiatrique	61ans	F	16 ans
Pédopsychiatrie	36 ans	F	2 ans
Médecine CH de proximité rattaché à un CHU	50 ans	F	10 ans
USLD	53 ans	F	11 ans

D. Modalité de réalisation et résultats

Notre collecte de données s'est déroulée durant une période d'un mois et demi. Notre enquête étant fondée sur l'utilisation d'un guide d'entretien semi-directif comme nous l'avons vu précédemment. Nous souhaitions réaliser des enquêtes de terrain directement sur les lieux de travail des personnels interrogés. En effet, le but était de mettre en confiance nos interlocuteurs, de ne pas les déranger dans leurs tâches quotidiennes, mais également de nous permettre de ressentir l'atmosphère dans les différents lieux dans lesquels nous sommes intervenus afin de mieux comprendre les réponses données.

Déroulement des entretiens

Nous avions initialement prévu d'interroger de manière exclusive, des professionnels issus du CHU de Montpellier, afin d'avoir des données tangibles et issues de directives similaires (managériales ou induites par des événements extérieurs communs).

Cependant, malgré nos efforts pour concentrer nos interventions sur cette zone, nous avons été obligés d'élargir notre périmètre d'intervention, afin de collecter un nombre suffisant de données.

En effet, les contraintes induites par la crise sanitaire (accès aux services réduits ; charge de travail des managers de proximité accrue ; congés d'été...) sur le bassin montpelliérain, ont rendu l'exécution de cette tâche compliquée.

Pour cela, nous avons stratégiquement choisi d'étendre notre périmètre d'analyse à des organisations présentant des caractéristiques communes : structures sanitaires publiques ; services MCO ou SSR ayant connus des perturbations organisationnelles liées à la Covid-19 ; CHU : Montpellier ; Clermont-Ferrand ; AP-HP.

Ainsi, à la vue des distances des établissements de santé, mais également des contraintes organisationnelles, certains professionnels de santé ont répondu par entretien téléphonique ou par écrit à notre guide d'entretien.

En préambule à ces entretiens, nous avons pris quelques minutes pour nous présenter, exposer notre formation et les objectifs de notre étude. Cette discussion informelle permettait d'établir un premier lien avec les personnes que nous interrogeons.

Dans le cadre des entretiens semi-directifs, nous laissions les personnes s'exprimer librement. Nous les orientons uniquement sur les thématiques abordées dans notre guide d'entretiens.

En effet ces différentes thématiques étaient élaborées bien à l'avance et s'articulaient autour de trois axes principaux. Dans un premier temps, une présentation des personnes que nous interrogeons. Dans une deuxième partie, nous abordions la notion de résilience soignante de manière purement théorique pour avoir leur définition. Ensuite nous parlions de leurs ressentis vis à vis de la crise Covid qu'ils traversent depuis maintenant presque 2 ans, et les moyens qu'ils utilisent pour y faire face.

Notre introduction lors des entretiens était la suivante :

« Nous sommes 3 étudiants en Master 2 : Management Stratégique des Organisations de Santé, du CESEGH à Montpellier. Dans le cadre de nos études nous effectuons un mémoire dont le thème est le suivant : Comment les managers de proximité des établissements de santé Français, ont-ils vécu la crise sanitaire Covid-19 ?

Nous souhaitons ainsi vous rencontrer pour un entretien d'une durée d'une heure maximum afin de recueillir votre ressenti et votre expérience. Pour des raisons pratiques nous désirons enregistrer cet entretien avec votre accord. Nous vous assurons également que votre anonymat sera garanti ainsi que celui du service. »

Le guide d'entretien est présenté ci-après.

L'ensemble des entretiens a ainsi été enregistré et retranscrit en annexe 1.

Des questions de relance permettant de faire préciser les propos des interlocuteurs ont été utilisées lorsque les grands axes n'étaient pas suffisamment argumentés ou précis.

GUIDE D'ENTRETIEN

INTRODUCTION



Dans le cadre de notre Master 2 « Management Stratégique des Organisations de Santé », nous entamons désormais la dernière phase dans la réalisation de notre mémoire de fin d'études, par la collecte et l'analyse des données dites « de terrain ».

Nous avons ainsi choisi, en concertation avec notre directrice de mémoire, de mener nos recherches et nos réflexions, avec l'objectif de comprendre :

« Comment les managers de proximité des établissements de santé Français, ont-ils vécu la crise sanitaire Covid-19 ? »

Lors de ces entretiens, nous souhaitons recueillir les visions et perceptions des différents managers, mais également des illustrations concrètes vécues ces derniers mois.

En effet, l'objectif est de pouvoir confronter et enrichir nos recherches théoriques, au regard d'expériences et apports concrets.

PRÉSENTATION

Ce travail de recherche est le fruit d'un ouvrage collectif entre :

- **Baptiste BLANC, Directeur Régional Occitanie du groupe Keolis Santé**
- **Solène JOANNY, IDE de formation, Apprentie de direction dans un SSR Pédiatrique à Clermont-Ferrand**
- **Mégane MORLIERE, IDE de formation, Apprentie de direction dans un SSR Gériatrique à Montpellier**

Directrice de Mémoire :

Mme Irène GEORGESCU, Docteur en science de gestion et Directrice du Master 2 « Management Stratégique des Organisations de Santé »

Précisions faites aux personnes interrogées :

- **Nous vous garantissons la plus stricte confidentialité vis-à-vis de chaque entretien. Pour se faire, nous rendrons anonyme le contenu de tous nos échanges.**
- **Afin d'effectuer une analyse approfondie de nos échanges nous souhaitons, avec accord préalable, enregistrer l'intégralité de nos entretiens. Nous conserverons ses données dans le respect de la protection et conservation des données en lien avec la loi RGPD.**

DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

- **Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)**
- **Quelle est votre expérience professionnelle ?**
- **Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?**
- **Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?**

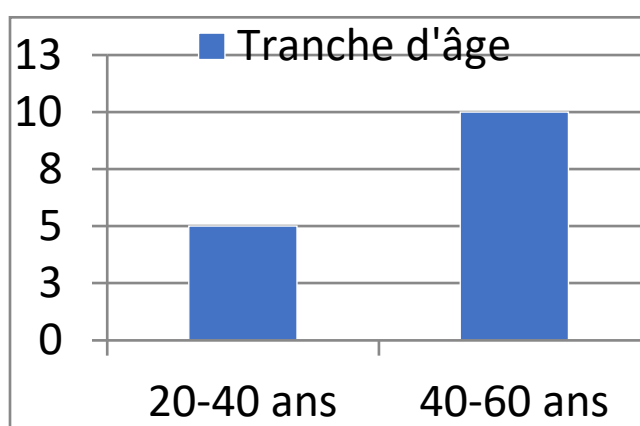
Partie 2 - Questionnaire

1. En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?
2. À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?
3. Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?
Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?
En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous
Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?
4. De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?
5. Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?
Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?
Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?
6. Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?
Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?
Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?
7. Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?
8. Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

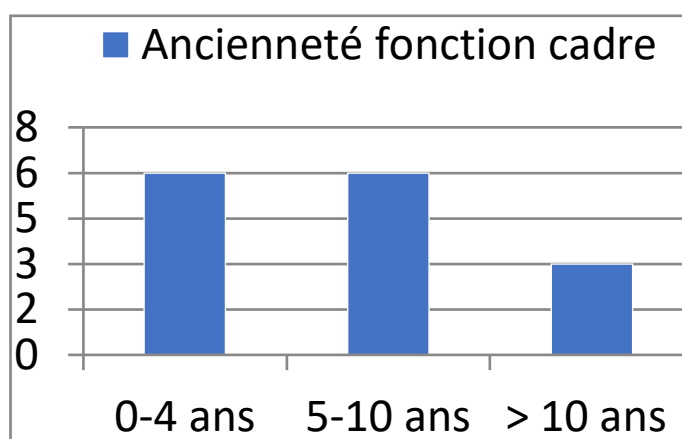
Résultats et exploitation des données chiffrées de l'enquête :

Nous avons interrogé 15 cadres de santé, et il s'avère que ce panel est exclusivement féminin. C'est une chose que nous n'avions pas planifiée au début de notre mémoire, mais qui s'est imposée à nous. Cela s'explique sûrement par le fait que la profession est exercée en majorité par des femmes.

La répartition des âges de la population étudiée est ainsi présentée dans la figure ci-dessous, la moyenne d'âge de la population étudiée est de 44 ans.



Leur expérience en tant que cadre de santé est représentée dans la figure suivante :



Nous pouvons remarquer que la répartition des années d'ancienneté des cadres interrogés est relativement homogène. Cette répartition nous permet d'obtenir des témoignages complémentaires. Certains sont impactés par l'expérience « en fonction » pour les cadres avec la plus grande ancienneté professionnelle. Alors que d'autres, nous permettent d'observer et d'appréhender le vécu des nouvelles cadres, qui sont formées avec de nouvelles méthodes de management.

Partie IV : Analyse

A. Introduction

Dans la période trouble que nous traversons, les observations menées sur le terrain font écho aux concepts théoriques proposés dans notre revue de littérature. Force est de constater, la notion de résilience est aujourd'hui partout, tant elle "drive" la plupart de nos comportements, que ce soit personnellement, ou professionnellement.

Bien évidemment, la pratique managériale n'y échappe pas, et les divers témoignages recueillis le confortent. L'ensemble des professionnels rencontrés nous ont semblé familier avec ce concept, faisant partie des notions et expressions les plus utilisées dans l'actualité depuis plus d'un an. En effet, la crise sanitaire est venue mobiliser cette faculté, dont l'étymologie renvoie à la notion de résistance, et qui permet la construction parallèle de l'avenir.

Dans le contexte sanitaire étudié, les managers de proximité ou également appelés cadres de santé, sont très souvent missionnés du développement de ces facultés auprès de leurs équipes, à l'échelle individuelle, puis organisationnelle. Une tâche difficile à réaliser, complexe, et variable selon le contexte, et qui peut parfois être faite de manière inconsciente comme nous allons le constater. Ainsi, la rencontre de ces différentes femmes, nous a permis d'enrichir nos connaissances et de constater sur le terrain, comment est-ce qu'on aborde la construction d'un avenir lorsque les problèmes sont considérables.

L'étude et l'analyse de ces 15 entretiens va ainsi nous permettre de confronter notre revue de littérature déjà riche, à des données de terrain extraites d'un contexte exceptionnel : une pandémie.

L'objectif est de percevoir une réponse à notre problématique initiale, qui rappelons-le est la suivante :

“ Lors de la crise sanitaire de la Covid-19 en France, comment est-ce que le manager de proximité a-t-il favorisé la résilience des équipes soignantes ? ”

Pour ce faire, nous avons dans un premier temps retranscrit l'ensemble des entretiens, puis groupé chaque question et les différentes réponses s'y rattachant, afin de mettre en lumière les idées principales, mais également les contre-exemples.

Dans un second temps, notre travail a consisté à regrouper stratégiquement les réponses selon le thème ou les enjeux soulevés, afin de croiser les données et obtenir une analyse pertinente.

De ce découpage, découlent trois grandes parties, qui vont servir à structurer notre analyse :

- La première étape étudiera les données collectées autour de la résilience organisationnelle, allant de sa perception, à sa mise en œuvre concrète dans les structures sanitaires, au cours de la crise liée à la Covid-19.
- La seconde partie se focalisera, elle, sur l'exercice du métier de manager de proximité pendant la crise sanitaire. Pour cela, nous étudierons leurs ressentis en tant que professionnel, mais aussi être humain, et nous analyserons les impacts concrets sur leur profession, allant de leurs missions aux moyens d'action.
- Nous poursuivrons la troisième étape de cette analyse, par le décryptage des leçons que les professionnels tirent déjà de cette expérience, mais également par l'étude des conseils pour penser (ou panser) le management de demain. Pour ce faire, nous nous appuierons également sur les signaux d'alerte qu'ils décrivent.
- Enfin, nous clôturerons notre analyse globale par une synthèse brève des témoignages recueillis, dressant une fiche récapitulative des faits.

B. Résilience organisationnelle : au cœur d'un contexte hospitalier bouleversé

1. La résilience : une vision assez proche du concept théorique

Lors des entretiens que nous avons menés, et afin de tenter de répondre à notre problématique, il était capital d'obtenir la perception du concept de résilience qu'avaient les différents cadres de proximité. Dans cette perspective, nous avons choisi de poser la question suivante : « À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ? »

Au regard des premières réponses, nous avons rapidement constaté que la majeure partie des cadres interrogés ont une perception de la résilience en concordance avec les concepts théoriques sur le sujet, que ce soit la résilience organisationnelle ou individuelle. Même si leurs notions semblent parfois abstraites ou hésitantes, l'idée d'une capacité à se mobiliser a quasiment toujours été évoquée. Les managers de proximité ont conscience que cette fameuse capacité est le moyen de "faire face", "de rebondir", "de s'adapter".

On remarque également que la résilience est un phénomène qui ne s'est pas uniquement manifesté suite à la crise sanitaire que traversent actuellement les organisations de santé. En effet, certains managers nous définissent la résilience comme un concept déjà quotidiennement utilisé pour résister : *“Outre la période covid, les équipes sont résilientes dans toutes les situations quotidiennes types les décès... etc. pour résister et continuer de prendre en soin les patients.”* (Entretien 3)

Si nous reprenons les définitions du concept retranscrites dans la revue de littérature, nous pouvons ainsi mettre en évidence des similitudes vis-à-vis de celui-ci.

En effet, la résilience selon S. Vanistendael ; J. Lecomte et B. Cyrulnik : « *est la capacité d'une personne ou d'un groupe de personne à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* ». Comme nous l'avons énoncé dans la première partie, la résilience est un processus permettant au groupe d'éviter les chocs organisationnels. Les facteurs de résilience permettent aux individus de développer des solutions pour « *changer rapidement de rôle, être résistants à la survenue de bouleversement et s'adapter à l'environnement changeant* ».

Le croisement des différents témoignages permet de recueillir ces notions de résistance et d'adaptation de l'individu à l'environnement changeant, et nous amène déjà à conclure sur une éventuelle proximité entre cadre de santé et concept de résilience.

Certains managers, dont ceux ayant une connaissance plus développée sur le sujet, évoquent également la résilience individuelle comme une chose que l'on aurait en soi. Pour illustration, pour Madame M *“on l'a tous en nous. Elle est également favorisée par les différents éléments de la vie : “ça vient de notre éducation, de notre vécu, des personnes qui nous entourent etc. Et parfois ça vient suite à un événement particulier qui fait que ça se réveille.”* (Entretien 8)

La résilience organisationnelle des soignants, durant la crise Covid-19, serait donc basée sur leur résilience propre, innée, plus ou moins développée pour chacun, mais également sur des notions externes à l'individu, induites par son environnement (éducation, proches, environnement de travail...) Ici, nous pouvons mettre en parallèle les notions étudiées dans la revue de littérature, tel que le modèle de la Casita. En effet, selon les auteurs, la résilience de l'individu est un processus évolutif, changeant tout au long de sa propre vie, et qui se base sur une construction multifactorielle. Le modèle de la Casita révèle l'importance d'un « socle », de « fondations solides » pour permettre l'émergence de la résilience. Cela représente par exemple des facteurs familiaux, ou encore socio-environnementaux. Ainsi, la résilience de l'individu serait certes innée chez tout individu, mais elle continuerait de se construire, et de s'alimenter par différents facteurs, internes ou externes.

2. Facteur clef de succès des organisations de santé : comment et pourquoi ?

Lors de la rencontre des différents cadres de santé, nous avons pu entendre que la résilience organisationnelle des équipes soignantes a été possible, voire décuplée, par des valeurs professionnelles partagées, un esprit d'équipe fort, un travail de groupe, ou encore la reconnaissance extérieure.

Afin de développer notre compréhension et d'enrichir nos connaissances sur ces notions de résilience, nous avons proposé aux professionnels rencontrés la question suivante : « Comment est-ce que vos équipes ont fait face à la crise sanitaire ? »

En effet, cette question nous permet de mettre en lumière la manifestation concrète de résilience organisationnelle du groupe.

- La question du sens :

Ici, nous pouvons effectuer un nouveau parallèle avec le modèle de la Casita. En effet, ce dernier parle de la question du sens comme étant fondamental dans le processus de résilience de l'individu. Pour que celui-ci puisse être résilient, il est important qu'il trouve une utilité dans ses actes, et qu'il perçoive un sens dans son engagement ou sa mission. Weick, largement cité dans nos travaux, en fait même le fil conducteur de son travail sur la résilience organisationnelle. Selon lui, en situation de changements et de bouleversements, les individus vont s'appuyer sur ce sens commun, et ainsi trouver des solutions à ce qu'ils traversent.

Ceci rapporté au domaine de la santé se traduit alors par l'engagement des soignants, comme illustré ces derniers mois, voire années. En effet, lorsque les soignants poursuivent un but commun, le même sens, alors leur engagement est souvent décrit comme d'autant plus fort et durable.

Nous avons étudié dans la partie théorique de ce mémoire que le sens des métiers de la santé se construit principalement autour de trois composantes :

- Les résultats des prises en charge. Par résultats, nous entendons l'atteinte des objectifs fixés pour chaque patient selon le contexte qui lui est propre, le respect des normes, des procédures réglementaires, ou des recommandations, la qualité globale des soins, la coordination d'un parcours patient approprié, et bien sûr, la propre satisfaction du travail effectué.
- Les relations avec l'environnement, c'est-à-dire les relations avec les autres professionnels de santé, les patients, les familles, ou tout autre collaborateur intervenant dans l'exercice de sa profession.
- Enfin, la reconnaissance du travail effectué. Cette reconnaissance peut être induite par de nombreux moyens et personnes comme nous le savons désormais : un manager de proximité faisant preuve de gratitude ; un patient exprimant sa satisfaction ; un pair saluant le travail effectué, ou même un citoyen lambda soulignant les efforts d'engagement.

L'étude des témoignages nous amène à constater que ces différents vecteurs de sens ont bel et bien été mobilisés lors de ces derniers mois de lutte intense, et cela que ce soit de manière consciente et volontaire, ou plus instinctivement. En effet, nous constatons majoritairement une spontanéité chez les cadres de santé, dans l'expression d'un réel soutien auprès des membres de leurs équipes. Toutes les personnes entendues nous ont semblé naturellement conscientes des enjeux liés au développement du sens associé à la mobilisation.

Intéressons-nous de manière plus détaillée à la première vectrice de sens, et donc de résilience : En effet, durant ce contexte de pandémie, le patient a été replacé au centre des préoccupations et l'enjeu est devenu simple : prendre en charge tous les patients, avec les moyens disponibles, et cela dans les conditions les plus optimales au regard du contexte.

Ainsi, les valeurs soignantes nous paraissent comme étant au centre du processus de résilience. La majorité des cadres de proximité interrogés a mis en exergue les notions de « rôle de soignant » ou « de devoir professionnel » dans leur discours. Madame A (n°1) parle de : « *Rôle. On avait notre responsabilité de soignants donc ils étaient mobilisés* », Madame M (entretien 8) nous dit : « *Je n'aime pas parler de vocation, car ça a une connotation religieuse, mais ils ont le sens du métier, le don de soi* ». Madame Z, quant-à-elle dit : « *on est soignants, on devait faire face, c'était notre rôle de se mobiliser* » (entretien 14)

Le constat que les valeurs soignantes furent entre autres à l'origine même de la résilience des professionnels de santé, est alors simple à prononcer. Cependant, comme nous le savons, ce n'est l'unique source de résilience, et c'est un réel maillage de facteurs qui permet la mise en œuvre de cette capacité, que ce soit à l'échelle individuelle ou organisationnelle.

- La notion du groupe :

Dans cette perspective, la notion de groupe, également décrite sous les termes “esprit d'équipe”, est, elle aussi créatrice de sens comme nous le savons. Elle est d'ailleurs rapportée par les professionnels de terrain, comme étant une composante de la résilience organisationnelle des soignants depuis le début de la crise sanitaire que nous connaissons. En effet, l'entraide, la solidarité et la collaboration sont énoncées par plusieurs cadres de santé comme étant des éléments clefs permettant aux équipes de faire face et de se motiver. Selon Madame E, c'est une “*grande dynamique de l'équipe qui entre en jeu. Lors des derniers mois, on s'est vraiment rendu compte que les équipes étaient résilientes car elles étaient soudées et solidaires*” (entretien 3). Madame H quant à elle parle d'une “*acceptation de groupe*” essentielle pour faire face et se mobiliser.

Si nous sortons de notre contexte de crise, et que nous ramenons ce constat à un quotidien “normal”, nous savons tous qu'il est plus facile de tenir dans l'action lorsqu'un tiers est là pour nous remettre sur le chemin de la motivation en cas de besoin. Toute personne normalement constituée connaît des moments se traduisant par une baisse d'implication, ou une perte de vue du sens. Dans ce cas-là, il est plus aisé pour celle-ci de se rappeler pourquoi elle agit, lorsqu'une équipe est là pour le lui remémorer. De même, par influence du groupe, cet éloignement peut tout bonnement être retardé ou évité.

En effet, l'individu ne souhaitant pas rompre son adhésion avec le reste du groupe va continuer à s'investir, et ce même si les raisons de son action se sont déplacées.

Nous pouvons d'ailleurs ici, faire un parallèle avec la revue de littérature où les notions de collaboration et de solidarité sont également traitées comme vectrices de résilience. Si d'ordinaire la collaboration à l'hôpital est essentielle pour une prise en soin optimale des patients, elle s'est révélée d'autant plus nécessaire durant la crise sanitaire. Madame M nous décrit une situation inédite, et au sens littéral extraordinaire : *"à aucun moment dans ma carrière, je n'ai vu se mettre en place une telle cohésion médicale/paramédicale"* (entretien 8).

Et pourtant, les changements dans les pratiques étaient importants, le tout dans un contexte de connaissances limitées. L'ensemble des professionnels intervenant dans les organisations de santé, mais également les régulateurs chargés d'émettre les recommandations, ont dû avancer "à l'aveugle" et "à tâtons", tant les connaissances se sont développées au fur et à mesure, modifiant quotidiennement toutes les préconisations. Tout le monde n'a donc eu d'autre choix que de faire avec la situation, malgré ses inconvénients et imperfections majeurs, afin de s'essayer à la difficile tâche de construire un avenir : la résilience pure.

Cette situation est très bien résumée par Madame M lorsque cette dernière nous parle de la création du service "Covidora" : *"On s'est retrouvé avec des agents d'hospitalisation ORL, d'hospitalisation de jour dermato, des agents d'orthopédie... En gros, des agents qui n'avaient plus la vision de la médecine aigüe, de réaction d'urgence. Mais c'était la première vague, on s'est senti pousser des ailes, il fallait répondre, c'était une espèce de guerre, on y a été sans masque, sans tenue, sans rien, et ça c'est très bien passé. Il y avait une cohésion d'équipe qui est née très vite, malgré au départ pour certains une absence quasi complète de connaissance, mais qui ont suivi car poussé par leur volonté et leur détermination"*.

Madame H, lors de son entretien, met également en lumière la présence *"d'éléments moteurs qui boostent tout le monde"*, *"des fois, on s'appuie sur une seule personne pour recadrer, remotiver, et hop en cascade ça remotive tout le monde"*.

Ici, nous pouvons faire le lien avec la notion de "Toxic Handler", comme nous l'avons étudié dans la revue de littérature. Rappelons succinctement qu'il correspond à l'individu sur lequel on peut compter en temps de crise. Il représente le garant du maintien de l'esprit d'équipe, de l'identité collective, et sait motiver les autres par le biais de divers leviers.

Ces personnes sont très souvent des porteuses de sens, permettant à l'organisation d'être résiliente et d'affronter les changements, les imprévus, et même la lassitude.

Sans ces éléments moteurs sur lesquels les cadres de santé savent s'appuyer, leur travail serait sans aucun doute beaucoup plus compliqué, voire impossible. En effet, les managers de proximité nous ont indirectement exprimé leur agilité à savoir s'appuyer sur des compétences humaines, internes et propres à leurs équipes. Finalement, ceci peut également être perçu comme une délégation de tâche nécessaire en période de crise, mais aussi en post accalmie, permettant au manager de se consacrer à d'autres tâches, ou de décupler ses interventions et donc son champ d'action. Une autre forme de résilience décrite par les managers est d'ailleurs celle d'accepter de ne pas pouvoir être partout, ni de tout contrôler, ou même d'agir à la place de l'autre...

Finalement, nous constatons que l'origine de la résilience des soignants, et donc en cascade organisationnelle, tire sa source des valeurs professionnelles soignantes qu'ils partagent du fait de leur "éducation sanitaire", mais aussi de l'esprit d'équipe propre à chaque groupe ou organisation. Lors de cette crise, de nombreux exemples sont venus illustrer les bénéfices de la cohésion et de la proximité au sein des équipes : les compétences ont été partagées, et donc démultipliées, accroissant le champ des possibles, et l'efficacité globale du système.

L'addition de ces vecteurs de résilience, a permis aux individus d'affronter leurs peurs, leurs questionnements, et a induit une réelle implication dans l'action, parfois même sans équipement de protection, donc au détriment de leur propre santé.

Afin d'élargir notre analyse intéressons-nous à un autre vecteur d'engagement et résilience largement décrit lors de nos échanges avec les professionnels de terrain : la reconnaissance.

- La reconnaissance :

Comme nous l'avons évoqué en amorce de cette analyse, les différents entretiens mettent aussi en lumière la reconnaissance professionnelle comme ayant joué un rôle majeur favorisant l'adaptation et la résilience des équipes soignantes. Rappelons également que celle-ci peut être trouver plusieurs sources, et être permise par un collègue, un patient, une famille, ou même une personne extérieure à l'organisation de santé. Cela s'est notamment illustré lors de la première vague de confinement de la Covid-19, où les citoyens français ont cherché à encourager les professionnels mobilisés auprès des patients, par le biais de différents moyens. Certains témoignages expliquent notamment une très forte motivation des soignants au début de la crise, qui étaient encouragés et placés au rang de "héros" par le reste de la population.

Selon Madame E, (entretien 3), « *les preuves de soutien de la population les ont beaucoup aidés à tenir lors de la première vague* ». Ou encore Madame G : « *le soutien de la population les a énormément aidés également. Ils avaient le sentiment que leur travail était enfin mis en valeur, qu'on remarquait à quel point ils étaient essentiels* ». (Entretien 4)

Une fois de plus, la richesse des travaux déjà effectués autour du concept de résilience, et que nous avons eu l'occasion de présenter lors de la revue de littérature, nous permet d'observer ces illustrations concrètes et pertinentes sur le terrain. Par le biais de ces exemples, nous renforçons notre perception de l'importance des éléments extérieurs à l'individu, tel que l'environnement social dans lequel il évolue, en tant que vecteur de résilience.

Pour faire face au Sars-Cov-2, les professionnels soignants, et à l'instar de tous les individus ayant dû s'engager d'une manière aussi intense et risquée, admettent que la reconnaissance de leur niveau d'engagement, des risques pris, et de la qualité du travail accompli malgré des conditions précaires, les a aidés à conserver leur motivation.

L'article de Virginie Moisson et Jérôme Gardody, intitulé : « *Le rôle du cadre de santé dans la perte et la reconstruction de sens au travail à l'hôpital. Une étude exploratoire par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant* » a cherché à comprendre ce qui fait sens pour les personnels de santé et a mis en valeur la reconnaissance comme facteur de sens majeur.

Madame E lors de son entretien confirme ces propos : « *Les soignants ont ce besoin de reconnaissance et durant la première vague il a été démultiplié ce qui a été un réel booster de leur motivation et de leur résilience du coup* ».

Ainsi, l'analyse de ces entretiens professionnels, réalisée avec l'appui d'une revue de littérature riche, permet de confirmer notre vision de la résilience comme étant la capacité d'un individu à s'adapter, afin de faire face aux situations complexes et changeantes de l'environnement. Cependant, la résilience est également alimentée par des facteurs externes à l'individu, telle que la force du collectif dans lequel il évolue et les valeurs qui y sont associées, ou encore la reconnaissance véhiculée par des personnes clés, telles que les cadres de santé. Nous retrouvons ici la définition même de la résilience organisationnelle, lorsqu'un groupe, guidé par des objectifs communs, va affronter une situation difficile malgré ses contraintes, afin de construire un avenir soutenable.

C. Cadre de santé : chef d'orchestre lui-même résilient

Comme nous le savons désormais, la résilience organisationnelle peut fréquemment être induite par l'environnement, qu'il soit matériel, géographique, ou social. Afin de développer cette capacité au sein des organisations de santé, les cadres de proximité sont souvent missionnés de construire et développer cette aptitude, auprès des équipes soignantes. Cependant, depuis le début de la crise sanitaire, le rôle des cadres de santé dans le développement de la résilience au quotidien s'est nettement accentué et illustré.

1. Le manager de proximité : catalyseur de la résilience soignante

Vécu personnel des cadres de santé : une personne elle-même résiliente

Afin de connaître le ressenti des cadres de santé, en tant que personne, citoyen, soignant, mère ou père de famille, nous avons souhaité entamer notre échange via la question suivante : « Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ? » Par cette question, nous cherchions à connaître le vécu propre à chacune des personnes rencontrées. L'analyse des réponses apportées à cette question mettent en évidence une réelle capacité de résilience individuelle chez ces professionnels, nous amenant à nous demander si ce poste pivot ne demande pas en prérequis une forte capacité de rebond. La première personne rencontrée nous explique d'ailleurs simplement que : *“Il fallait faire face, nous n'avions pas le choix. Je me suis adaptée tant bien que mal.”*

Et ce malgré leurs peurs, bien réelles et présentes vis-à-vis du virus comme l'exprime Madame A (entretien 1) : *« J'avais peur pour mes proches, pour ma famille »*, mais également leurs difficultés vis-à-vis d'une situation « stressante » avec des « mesures à mettre en place très chronophages en tant que cadre de santé » (entretien 5). En effet, n'oublions pas que le flou et la méconnaissance ne concernaient pas uniquement le « grand public », mais qu'au sein même des organisations de santé, une zone d'ombre prônait. Tous les membres des équipes, dont les cadres de santé, étaient à des degrés plus ou moins hauts, concernés par le stress et l'appréhension des conséquences individuelles ou collectives.

D'ailleurs, la majorité des témoignages illustrent cette force de rebond dont disposent les cadres de santé, et leurs capacités à supporter un évènement bouleversant telle qu'une pandémie.

Cependant, comme l'exprime une fois de plus Mme H (entretien n°12), il ne faut pas non plus négliger leurs propres peurs, état de fatigue, ou trop plein émotionnel, pouvant parfois prendre le dessus sur leur « self contrôle », et leurs propres capacités de résilience : « *Parfois, on sent qu'on peut s'éloigner de notre propre capacité de résilience. Ce n'est pas possible pour moi de toujours tout encaisser sans craquer ou décompenser.* »

Nous tâcherons de développer ce point plus en détail dans la dernière partie de ce travail, consacrée aux limites et freins à la résilience de chacun.

Nous remarquons, par le biais de cette analyse, que la propre capacité de résilience des cadres de santé interrogées, est notamment induite par les valeurs adossées à leurs rôles et missions : Ils ont le sentiment de devoir “ *montrer l'exemple pour l'équipe*” (entretien 4), “ *être un pilier pour eux durant cette période* » (entretien 3), afin d'encourager les membres de l'équipe, à faire la même chose. De plus, cette motivation à faire preuve de résilience est entretenue par les directives supérieures et obligations professionnelles, voire étatiques, rappelant au quotidien “ *qu'ils n'ont pas le choix* ». Madame M va même plus loin dans son propos en disant “ *La résilience de l'équipe finalement, vient en premier de la résilience du cadre*” (entretien 8).

Impacts sur le métier : mission de conduire les adaptations

Afin de poursuivre l'étude des répercussions sur la vie des cadres de santé, amenés par cette période trouble que nous traversons, nous avons dans un second temps choisi de nous intéresser aux impacts sur leurs vies professionnelles. Pour cela, nous avons lors de nos entretiens, poursuivi avec la question : « En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impacté par la crise ? »

En effet, au regard des réponses données par les managers de proximité rencontrés, c'est en partie leur statut de cadre qui a participé à induire leur propre résilience. Il semble donc nécessaire de nous intéresser à l'impact qu'a eu la crise sur leur métier.

La première difficulté à laquelle nous furent souvent confrontés, a été celle de devoir recentrer l'analyse et la réponse du point de vue “cadre de santé” et non service. En effet, instinctivement, les managers de proximité interrogés étaient tentés de décrire l'impact global de la Covid-19 sur leur service, leurs équipes, les prises en charge... etc.

Cependant, après avoir précisé nos attentes, les réponses furent riches et complètes, nous permettant de recueillir les différents points de vue des managers.

Il est important de rappeler que d'ordinaire, le manager de proximité est déjà le coordinateur principal des changements au sein de l'organisation. Comme nous le savons désormais, le cadre de santé est globalement défini comme l'acteur pivot des établissements sanitaires ou médico-sociaux, cumulant des missions de gestionnaire ; de manager ; de soignant, et d'interface polyvalente. Rappelons également que celui-ci veille à la « *cohérence du fonctionnement de l'espace dans lequel il agit* »¹²⁰, et se trouve en permanence au cœur de l'évolution de son établissement, devant répondre aux incertitudes quotidiennes nécessitant des adaptations fréquentes.

Ainsi, la crise est venue mettre en écho cet aspect de leur profession, et révéler sa complexité.

À travers les réponses des cadres de santé, nous percevons clairement ce rôle de chef d'orchestre". En effet, les manager de proximité, durant cette pandémie, ont dû faire appliquer les directives : réorganisation ; restructuration ; déploiement des nouvelles recommandations ; gestion des stocks et du matériel disponible ; articulation des intervenants ; formation du personnel ; gestion des plannings... Cette situation est résumée par Madame E lors de son entretien : *"Il fallait gérer la réorganisation du service, les renforts, le manque de matériels, les nouveaux protocoles et tous les changements qui survenaient tous les jours. C'était assez délicat car tout notre fonctionnement habituel a changé en un temps record et en tant que cadre nous étions responsables de tous ses changements"* (entretien 3). Les différents témoignages convergent autour d'un rôle de coordinateur, mais aussi de superviseur des changements. Leurs quotidiens ont été recentrés sur la bonne mise en œuvre des changements, les amenant à prioriser leurs actions et à repousser celles qui n'étaient pas nécessaires dans l'urgence comme l'explique Madame H : *"On a également mis certaines tâches de côté, et on a fait tout ce qu'on savait faire pour aider des collègues ou même d'autres professions pour les alléger si possible"* (entretien 12).

Lors des entretiens 8 et 12, la nécessité de la collaboration entre les managers de proximité fut également décrite. C'est par le biais de cette entraide professionnelle que la naissance du service provisoire "Covidora" de Montpellier a par exemple pu voir le jour : *"Nous avons monté de toute pièce, avec ma collègue cadre d'hospitalisation semaine, un service entier d'accueil des patients Covid"*

¹²⁰ E. Roussel, *Cadres de santé, quelles évolutions de la fonction et des compétences ?* Soins Cadres Vol 19, 2011, p.32-33

Cette collaboration s'est également illustrée au CHU de Clermont-Ferrand : *“ Mon service moi n'a pas été impacté directement car nous avons continué notre activité de base, mais j'ai dû détacher du personnel pour équilibrer ailleurs”*. Cette dernière précise : *“on a fait tout ce qu'on savait faire pour aider des collègues ou même d'autres professions pour les alléger si possible”*.

Par la suite, les réponses à la question : « Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ? », sont venues préciser les changements en termes de management, et application de l'autorité hiérarchique.

Si durant la crise sanitaire la nécessité d'une coopération et d'une entraide entre cadre de santé est fortement décrite, pour ce qu'il en est de l'articulation avec leur hiérarchie, les propos sont plus mitigés, voire absents. Certains cadres, lorsque nous avons posé cette question, ont d'ailleurs pris un temps de réflexion, nous laissant penser que la réponse était loin d'être évidente. Parfois, nous pouvions même interpréter grâce à une forte communication non verbale, un sentiment d'absence d'une réelle articulation justement.

Un grand nombre de cadres de santé nous indique que l'organisation a été largement laissée à l'appréciation des cadres de santé. Madame G (entretien 4) nous indique : *“La direction nous a laissé plus de marge de manœuvre durant cette période je trouve”*.

Cependant, même si cette marge de manœuvre était quelque chose d'enrichissant pour les cadres de santé, les raisons de cette dernière semblaient être forcées et contraintes, et parfois trop prononcées : *“ C'était à la fois très intéressant que l'on nous laisse de l'autonomie, et à la fois assez déroutant car on sentait bien que cette autonomie nous été donné car ils n'avaient pas les réponses eux-mêmes pour faire face”* (entretien 4). Ceci a eu différents effets sur les managers de proximité, certains se sentant valorisés et d'autres se sentant complètement laissés à l'abandon, créant ainsi des situations de stress supplémentaires. Madame O, par exemple, illustre ce propos : *“c'était assez stressant car on voyait bien que l'incertitude était présente au niveau de notre hiérarchie »* (entretien 2).

Madame M, quant à elle, explique cela par la charge très importante de travail des services de direction : *“ nos cadres supérieures sont autant débordés que nous. Le cadre supérieur est débordé, la direction des soins a eu énormément de choses à gérer “*.

D'autres cadres de santé, quant-à-eux, relèvent une écoute plus importante de la part de leur direction qu'à l'ordinaire durant la pandémie. Madame Z dit : *“ Je trouve la direction du CH beaucoup plus à l'écoute depuis la pandémie, c'est bien ”*. Propos qui se contredisent avec ceux de Madame M *“Il y a eu des cellules de crise quotidiennes où l'on disait les choses, on pensait avoir été entendu, mais non”* (entretien 8). Nous pouvons ainsi constater que les perceptions des cadres de santé sont personnes et établissements dépendants.

Cependant, une chose commune ressort dans la majorité des entretiens que nous avons effectués : le manque d'informations claires et précises émanant de leurs supérieurs durant la première vague. En effet, même si tous les cadres de santé que nous avons rencontrés, ont pleinement conscience de l'état d'incertitude dans lequel était plongé leurs supérieurs hiérarchiques, leur indulgence ne les empêche pas de reconnaître que cette absence d'information a rendue l'exécution de leurs missions difficile. De plus, cela a parfois pu les mettre en porte-à-faux vis-à-vis de leurs équipes, ou même comme l'expliquent certains *« les discréditer de ne pas savoir »* :

“ La gestion des informations était pesante, difficile à gérer. Soit, nous avions trop d'informations, avec des protocoles qui changeaient tous les jours, parfois contradictoires comme la grande question du début « masque ou pas masque ». Ou alors pour d'autres sujets nous manquions cruellement d'informations à transmettre à nos équipes...” (entretien 6)

Madame E nous parle également de situation où elle s'est sentie en difficulté face à des directives émanant de ses supérieurs qu'elle se devait de faire appliquer : *“il y a eu aussi des décisions parfois assez folles à mettre en place, comme lorsque nous devons laver les sur blouses, je me rappelle la tête de certains soignants lorsque je leur disais qu'il fallait mettre à laver les sur blouses en papier, qui ressortaient de la machine dans un drôle d'état d'ailleurs soit dit en passant (rire). Dans ce moment-là, il était assez compliqué pour moi de faire appliquer ces décisions qui paraissaient totalement improbables par rapport à la normalité”* (entretien 3).

À travers cet exemple, nous retrouvons le positionnement dual décrit lors de nos précédentes recherches. En effet, celui-ci exerce une forme de relais entre les employés et les personnes placées hiérarchiquement au sommet. De ce fait, ses missions sont soumises aux attentes et souhaits de la direction, et il représente le garant de l'atteinte des objectifs opérationnels fixés par ces derniers.

Au regard de la revue de littérature, l'illustration des concepts théoriques est franche : le cadre de santé, en période de crise, joue plus que jamais le rôle d'interface entre tous les professionnels ou usagers du système. Sa mission de coordinateur inter et intra service a été décuplée, afin d'aider ses collaborateurs dans la mise en place des actions et des changements.

Comme l'explique le professionnel n°12 : *” nous avons dû être les garants de la bonne répartition (...), et on a également mis certaines tâches de côté, et on a fait tout ce qu'on savait faire pour aider.”* Le cadre, qui de base assure la vie du service, a donc été au cœur du processus d'adaptation, devant lui-même repenser ses modes de fonctionnement et ses priorités.

2. Contours des outils et moyens mis en œuvre pour faire face

Moyens techniques pour répondre au besoin d'adaptation

Dans la perspective de lister (non exhaustivement) les moyens et outils déployés par les managers de proximité lors de la crise sanitaire, nous avons choisi de poser la question suivante : « En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous »

À cette question, nous souhaitons que les cadres de santé nous répondent de manière purement opérationnelle et concrète. Nous les avons encouragés à donner des exemples organisationnels. Les réponses des managers de proximité interrogés mettent en lumière les différents changements, nécessaires à l'adaptation et à la réorganisation.

Au regard de nos recherches bibliographiques, rappelons que J-P. Cadet et C. Guitton, tous deux ingénieurs en sciences de gestion, ont identifié la tâche principale du cadre de santé comme étant : *« la gestion des plannings des personnels : infirmières, aides-soignantes, agents de services hospitaliers... »*.

Force est de constater qu'il s'avère que les différents témoignages confortent cette idée... Bien sûr, aucun d'entre eux ne va jusqu'à dire que cette tâche est la plus importante, mais cependant, nous constatons que la modification des plannings est l'un des sujets les plus évoqués par les cadres de santé. Madame A nous parle de changement pour *“ les roulements des plannings ”* (entretien 1), dans le service de Madame G : *“de 7 heures les équipes sont passées en 12h”*. Ces changements de planning étaient effectués dans une volonté de soulager les équipes soignantes.

En parallèle, la réorganisation géographiques et techniques des services est une autre réponse qui revient lorsque l'on parle de changements purement opérationnels effectués par les cadres de santé durant la crise sanitaire. Madame M a créé de toute pièce un service *Covidora* comme nous l'avons vu un peu plus tôt. Madame G quant-à-elle, a vu son service totalement déménagé dans une autre aile de l'hôpital dans lequel elle travaille : *“Nous avons également déménagé l'intégralité du service dans le secteur SSR qui possédait plus de chambres, pour pouvoir prendre en soins plus de patients. Il a fallu vider tout le service et le déplacer en une après-midi, cela n'a pas été de tout repos”*.

Cela a également nécessité la gestion des ressources humaines, notamment des équipes venues en renfort. Madame O explique : *“Nous avons également mis en place la venue de renfort, ces renforts permettant justement à nos équipes de souffler et de pouvoir prendre des jours de repos parce que certains avaient enchaîné énormément d'heures dans la toute première phase de la première vague. Il a donc fallu que nous organisions l'intégralité des arrivées des renforts. Il fallait les loger, leur organiser un planning, les accueillir etc.”*

L'importance de la qualité de vie au travail est également mise en lumière par certains cadres de santé interrogés. En effet, on se rend compte que les cadres ont instauré des moments de « pause » pour préserver leurs équipes, Madame H parle de *« vrais moments de pauses, notamment dans la tisanerie, pas le droit de parler Covid-19. C'était un petit temps de repos nécessaire pour ne pas craquer »* (entretien 12). Madame F a également mis en place *« des temps de « répits » autour d'un petit-déjeuner par exemple une fois le cluster passé. Cela a permis aux équipes de discuter, de se voir autrement qu'entre deux chambres ou deux étages. Je pense que c'est important d'avoir y compris au sein de son lieu de travail, des moments qui rappelle à chacun d'entre nous que nous sommes soignants, mais pas seulement, et que nous avons besoin de partager, de vivre des moments plus conviviaux tous ensemble »*.

Tout ceci souligne les caractéristiques d'un management de proximité, replaçant l'homme au cœur du raisonnement, et accordant une importance majeure à la qualité de vie au travail. Ainsi, nous constatons que cette bienveillance, induite notamment par les cadres de proximité, a pour objectif de favoriser le bien-être au travail, mais aussi de rendre les équipes performantes et de les encourager à être résiliente si besoin.

Nous pouvons ainsi constater que la modification des plannings, la réorganisation totale des services, l'organisation des ressources humaines...etc., ont été les sujets majeurs de changement durant cette période. Toutes ces problématiques étant confiées, le plus souvent et avec des degrés d'autonomie variables, à l'appréciation des cadres de proximité. Ces derniers qui ont également tenu à préserver autant que faire se peut, la qualité de vie de leurs équipes. C'est ainsi que nous pouvons affirmer le rôle de chef d'orchestre des managers de proximité dans la résilience des équipes soignantes.

Leviers managériaux mis en place pour favoriser la résilience

Intéressons-nous maintenant aux différents leviers managériaux que les cadres de proximité ont utilisés pour favoriser la résilience de leurs équipes soignantes.

L'un des leviers qui a été le plus souvent exprimé par les différents cadres de santé, afin de favoriser l'émergence de la résilience soignante est : la proximité physique et psychologique. Comme nous l'avons vu lors de nos recherches bibliographiques, un management de soutien et de proximité est un réel vecteur de résilience organisationnelle et d'acceptation des changements. Instinctivement, la quasi-totalité des managers rencontrés nous expriment leur attitude visant à encourager les équipes, afin de les engager dans l'action, et les inciter à décupler leurs efforts. Madame M nous explique que « *la présence est très importante. Ce qui fait vivre les situations de crises au mieux c'est d'être dans une réelle proximité. Ne pas rester enfermé dans son bureau, je parle d'une vraie présence* » (entretien 8).

Par management de proximité, les différents cadres que nous avons interrogés entendent l'importance d'une connaissance accrue des membres de leurs équipes. Madame M nous dit : « *Il faut connaître ses agents, connaître ceux qui sont résistants, ceux à qui on peut demander, même s'il ne faut pas toujours demander aux mêmes, savoir celui dont il faut prendre plus soin* » (entretien 8). Cette proximité a un effet positif sur les équipes qui se sentent ainsi comprises, rassurées et prises en considération. Mais elle a également un deuxième atout comme nous l'indique Madame J : « *Pour moi, cette proximité a un double effet, elle leur permet de se sentir considérés et elle me permet de leur faire passer les messages, les instructions plus facilement* ».

Pour la majorité des cadres que nous avons interrogés, cette présence sur le terrain s'est mise en place via une écoute active et une communication importante auprès des équipes :

Madame F nous explique que « *le fait de communiquer énormément, d'aller les voir chaque jour, de savoir comment ils allaient réellement, de discuter avec eux des jours/semaines à venir, de leur difficulté et autres leur permettaient de « désamorcer » et de vider leur soupape, c'était une manière de leur montrer qu'ils avaient tout mon soutien et que je tâcherai de les accompagner au mieux* ».

Madame E (entretien 3), quant-à-elle, évoque l'importance d'une écoute active des équipes, et d'un sens de l'observation aiguisé, car « *c'était eux qui sur le terrain étaient les plus à même de nous faire remonter des informations pour permettre d'améliorer notre organisation* ».

Cette notion d'écoute des professionnels de santé revient plusieurs fois dans de nombreux témoignages de cadre de proximité.

Selon Madame H, cette écoute est très importante car « *les membres des équipes savent encore mieux communiquer, prioriser, et repérer ce qui est important et ce qui ne l'est pas* » (entretien 12)

Madame J vient également appuyer cette idée, en expliquant : « *On s'est rapidement rendu compte au début de la crise qu'il fallait laisser les soignants gérer et les écouter pour qu'ils s'organisent au mieux. Qui mieux qu'eux ne connaît leur travail, personne. Il était donc très important que chacun des corps de métier fasse confiance à l'autre pour gérer les tâches qui leur étaient propres* » (entretien 6).

Ces notions d'écoute et de communication apportent ainsi un réel lien de confiance entre équipe et cadre de proximité. Elles permettent une adhésion sincère, une implication de chacun pour pouvoir avancer collectivement, et construire un avenir commun, malgré les difficultés à prendre en compte.

Cependant, si l'importance de l'écoute et de la communication sont des leviers relevés par la majorité des cadres de santé comme étant d'une réelle efficacité, tous ne les ont pas utilisés de la même manière :

- Pour une majorité des managers de proximité, une volonté de transparence absolue vis-à-vis des équipes devait avoir lieu. Dire ce que l'on savait, être clair, franc et honnête furent le leitmotiv de beaucoup d'entre eux. « *Ça nous semblait très important d'être le plus transparent avec eux* » dit Madame G (entretien 4). « *La franchise m'a permis de leur montrer que nous étions tous dans le même bateau, qu'ensemble, nous devions faire face malgré le manque d'information et la peur* » renchérit Madame J.

- Pour d'autres cadre de santé, une volonté de protection contre le stress et la peur des membres de leurs équipes, est venue amoindrir ce choix du « tout dire ». Étant dans l'incertitude, ils ont maintenu un "flou", d'une manière plus ou forcée, vis-à-vis de leurs équipes. Ils ont pour cela volontairement "caché" leurs méconnaissances, leurs angoisses, pour ne pas inquiéter les membres des équipes : *"il y avait certaines choses qu'il était prudent de ne pas dire pour ne pas inquiéter"* (entretien 13).
- Enfin, d'autres expliquent avoir eux-mêmes été submergés, et décrivent parfois des incapacités à communiquer avec les équipes, du fait d'une saturation personnelle. Ils étaient, en tant que professionnel ou personne, tétanisés par la masse d'informations à assimiler et la quantité d'adaptations à mettre en œuvre : *" dans le rush, on oubliait parfois de parler aux équipes, focalisées sur nos tâches de gestionnaires et sur les ordres que l'on recevait de la part de la direction "* (entretien 10).

En plus de ces premiers leviers cités à l'unanimité, Madame H met aussi en exergue la notion de compensation financière comme source de motivation pour les soignants : *« Les heures supplémentaires "surcompensées" ça a bien marché aussi. Et oui avec l'argent on fait faire des choses en plus, et c'est normal. Le personnel n'a pas envie de faire du bénévolat pendant des mois, et donc l'hôpital avait mis en place ces heures supplémentaires surcompensées »*.

La réglementation semble également avoir joué un rôle dans la résilience des soignants. Cela s'observe d'ailleurs, quelle que ce soit sa source : par le cadre directement, par l'institution de manière plus générale, ou même sur consigne étatique, adressée à l'ensemble des citoyens français. En effet, les contraintes imposées par le plan blanc auraient selon Madame H, incitées à la mobilisation soignante : *« La pression induite par le plan blanc a aussi beaucoup joué, car les équipes savent que pendant le plan blanc, s'il y a trop d'arrêt ou s'il y a besoin aigu, ils sont mobilisables. Et je pense que du coup, à l'échelle de l'établissement, cette petite piqure de rappel c'est un moyen de garder engager les équipes »*.

Certains managers évoquent également leurs propres capacités à faire preuve de fermeté pour faire appliquer les directives. Par exemple, Madame E nous dit : *" Il fallait aussi faire preuve de fermeté à certains moments, vous savez dans la panique, si je puis dire, parfois tout le monde donne son opinion, décide de faire ce qui lui chante, il fallait réussir à manager dans le flou et dans une situation assez hors norme donc la fermeté était essentielle à certains moments pour avancer "* (entretien 3).

L'ensemble des professionnelles rencontrées, et le croisement des témoignages selon les établissements et les régions, confortent l'idée que c'est un réel challenge qui est lancé aux cadres de santé : Mener la réorganisation totale ou partielle des services de soins ou des activités réalisées ; moduler la gestion de leurs équipes ; appliquer des missions de sécurité ; ou encore veiller au développement de la capacité de résilience des équipes.

Bien sûr, cette liste est non exhaustive, et les changements stratégiques et opérationnels furent nombreux et de grandes ampleurs. Néanmoins, nous percevons sa place centrale dans l'orchestration des modifications et des interventions : il est l'interface entre les acteurs, et doit veiller à la pertinence des exécutions.

Dans cette perspective, certains leviers managériaux tels que la communication, le management de proximité ou encore l'écoute sont mis en avant comme pertinents, et vecteurs de résilience soignante.

D. Quelles leçons tirer de cette expérience : de l'apprentissage à la vision des enjeux de demain

1. Apprentissage post-crise : quels sont les besoins du management de demain ?

De base, s'adapter est un terme que les cadres de santé connaissent bien, il représente leur quotidien. Et pourtant, ces derniers mois en situation de crise sont venus bousculer leurs pratiques et leurs équipes, et de ce fait, accentuer cette nécessité.

En réponse à notre question sur un éventuel changement de leur perception sur le concept de résilience, les cadres de santé sont clairs : “ *avant cette crise, la résilience je ne savais pas trop à quoi ça correspondait, mais là je l'ai réellement vécue et je comprends son importance*” (entretien n°13). Au regard des différents témoignages, nous pouvons d'ores-et-déjà tirer un retour d'expérience de cette épreuve humaine et professionnelle dans laquelle nous sommes encore tous plongés. Ces témoignages sont venus conforter et enrichir nos recherches, en démontrant l'efficacité d'un management de proximité et collaboratif, mais aussi ses limites, telles que l'usure professionnelle ou la lassitude, face auxquelles il est difficile de lutter.

Mise en lumière du besoin impérieux d'humaniser le management

- Entretenir les effets bénéfiques liés à la proximité managériale :

Sur ce point, l'ensemble des témoignages convergent sur la nécessité d'être proche, physiquement ou psychologiquement, de son équipe, et des membres qui la composent. L'écoute active et l'observation aiguisée menées par les cadres de santé, ont largement démontré leur efficacité dans la satisfaction professionnelle des soignants, leur investissement, et forment comme nous le savons les prémices nécessaires à la résilience individuelle.

Comme l'exprime le manager n°2 : “ *je me suis rendue compte qu'il était d'autant plus important d'être à l'écoute de ses équipes, d'être proche d'eux, d'essayer au maximum de les comprendre, le dialogue et la communication sont vraiment pour ma part ce qui me semble être le plus important à l'heure actuelle pour pouvoir manager au mieux.*”

- Accentuer la coopération, tout en développant la créativité de chacun :

À travers cette simple phrase, la cadre de santé n°12 résume très bien la transposition théorie/pratique permise grâce à cette crise : *“Avant je le savais, mais là je l’ai réellement vécue. On a partagé plein de choses en travaillant dans des conditions différentes, et la collaboration c’est ce qui permet d’avancer.”*

La construction d’une équipe étant un réel levier d’action managériale, nous soulignons une fois de plus l’impossibilité d’agir seul. Par le biais de cette expérience, les acteurs du terrain ont réellement pris conscience des capacités d’actions décuplées en agissant conjointement. L’un des apprentissages déjà observé s’illustre par exemple par le décloisonnement des professions, amenant à une plus grande polyvalence, et au développement de compétences mutualisées. De plus, certains témoignages font aussi écho au concept de l’engagement étudié lors de la première partie de ce mémoire. L’engagement, qui rappelons-le, est une théorie de l’influence qui stipule que le comportement peut être déclenché et influencé par des techniques dites “engageantes”, s’est également illustré au cours de cette crise.

Comme l’exprime le cadre de santé n°2 *“la part de liberté qu’on nous a laissée pour nous organiser est une chose que nous ne devrions pas perdre”*. En effet, comme étudié dans notre revue de littérature, savoir laisser s’exprimer la créativité de chaque collaborateur est un réel atout, permettant d’innover, de s’adapter, et d’évoluer sans cesse.

De plus, le caractère de liberté perçu durant l’engagement, clairement exprimé ici, permet à ce dernier d’agir en adéquation avec ses choix, sa personnalité, et ses souhaits. Cela permet un engagement entier, et surtout soutenable dans le temps, à long terme.

- Accentuer la culture “qualité relationnelle” au sein des services et des établissements

L’un des apprentissages communs sur lequel travaillent désormais beaucoup de managers, est le développement d’une culture bienveillante, encourageant la qualité relationnelle entre tous les professionnels, et le respect du travail d’autrui. En effet, au regard de nos précédentes recherches, nous savons également qu’un climat bienveillant et respectueux, laissant le droit à l’erreur, et évinçant le jugement malveillant est également vecteur de résilience, d’acceptation, et d’engagement. Qui oserait tenter de nouvelles choses, innover dans ses pratiques, ou proposer un nouveau schéma organisationnel, si l’interlocuteur est en amont fermé, et perçu comme réfractaire ou condescendant ?

Mais dont les limites s'illustrent déjà

Lors des différents entretiens, chaque professionnel a mis en exergue une certaine limite de la résilience individuelle et/ou organisationnelle. Les différents cadres de santé interrogés nous rapportent une baisse des ressources humaines, un sentiment de démotivation lié à cette impression de cercle sans fin, et un véritable épuisement professionnel des équipes lié à l'enchaînement des vagues successives.

Madame C parle d'un relâchement personnel et professionnel, qui se fait "*ressentir auprès de quasi la totalité des soignants*" (entretien 5), usés par le marathon dans lequel ils sont engagés. Madame G fait la constatation suivante : "*Depuis quelques mois avec les vagues successives, ce n'est plus la même chose. L'épuisement, le ras-le-bol si je puis dire, ont pris la place de la volonté de se mobiliser*" (entretien 4) soulignant ainsi une baisse de la résilience au fil des vagues successives. Madame M appuie cette réalité en nous disant : "*Ils sont toujours là, alors oui certains sont là pour un travail alimentaire, mais on sent que la majorité de nos soignants sont là parce qu'ils aiment leur métier, ils aiment s'occuper des gens. Je n'aime pas parler de vocation, car ça a une connotation religieuse, mais ils ont le sens du métier, le don de soi, mais là ils ont peut-être assez donné*" (entretien 8), mettant ainsi en lumière l'idée que malgré un amour de leur métier, la résilience des soignants, et de beaucoup de professionnels exerçant dans le champ de la santé, commence à s'essouffler.

Cela s'illustre également chez les cadres de santé eux-mêmes. Après de longs mois d'incertitude, de changements perpétuels et de mobilisation des capacités de résilience, certains managers décrivent une "fatigue professionnelle". Par exemple, le cadre de santé n°8, reconnaît une baisse d'énergie : "*Je pensais avoir énormément d'énergie, de résilience mais là, je ne l'ai plus cette énergie parce que la situation dure.*"

Malgré leur mobilisation sans faille à travers un management de proximité collaboratif et participatif pour tenir à flot leur service, il semblerait que les capacités de résilience des managers de proximité se trouvent impactées.

Or, la résilience organisationnelle, comme nous l'avons étudié, est le processus qui permet aux individus d'absorber les chocs organisationnels, dans le but de construire un nouvel état dit "normal", que celui-ci soit conforme au schéma antérieur, ou a contrario, novateur et fruit de l'adaptation. Cependant, la longueur de la crise, provoquant l'épuisement des professionnels, semble aujourd'hui être un frein à la résilience de chacun, et des établissements de santé.

En effet, depuis bientôt deux ans, aucun retour à une situation normale ne s'est vraiment produit. Au contraire, même les situations dites de "normalité" ont subi une dégradation des conditions de travail. Selon Madame F c'est : *"Grâce à cette résilience que les soignants ont pu faire face à cette pandémie pendant un an et demi, mais je ne pense pas que celle-ci, leur permettant d'avoir une certaine résistance face aux difficultés, soit éternelle..."* (entretien 7).

Pour Madame M : *"J'ai l'impression qu'on est en train de grignoter leur résilience parce que c'est une répétition, une accumulation d'une situation qui dure"*. Ici, elle met en lumière la longueur de cette crise comme étant un facteur de diminution de la résilience soignante.

Ceci vient appuyer l'affirmation exprimée dans la partie théorique indiquant que la résilience n'est pas une aptitude innée chez l'individu, mais bien une capacité que l'on acquiert, qui se développe au fil du temps, et qui n'est pas toujours constante, évoluant tout au long de la vie. Ainsi, se produirait-il actuellement une saturation des mécanismes de compensation ? En effet, que ce soit à l'échelle individuelle ou organisationnelle, la résilience permet de faire face aux aléas, d'absorber ou encore de compenser les difficultés. Mais pour se faire, l'individu a besoin de ressources, de différents mécanismes comme nous les avons étudiés plus en amont de cette analyse. Cependant, il s'avère que lorsque la sollicitation de l'individu est trop importante ou dure trop longtemps, ces mécanismes peuvent se voir insuffisants.

De ce fait, nous trouvons pertinent de rappeler qu'une organisation, sanitaire ou quelconque, pour pouvoir faire preuve de résilience, doit garder « des marges d'action », autrement dit, savoir se préserver pour être endurante face aux bouleversements, et durer dans l'adversité. Ceci est d'autant plus important, sachant que la société actuelle est en mouvance permanente, générant des besoins et des demandes variables, peu prévisibles à long terme.

Madame M illustre très bien ce propos : *" Certes les soignants sont résilients mais pour être résilients il faut de la ressource et là on sent qu'il n'y a plus de ressource. "* (entretien 8).

Enfin, soulignons que la résilience organisationnelle peut également être freinée par les conséquences de l'épuisement des managers eux-mêmes, entraînant une présence limitée, voire une absence. En effet, un des pièges serait de penser ou croire que les équipes sont capables de se débrouiller toutes seules, sans aucune aide, ou sans aucun cadre. Or, au regard de nos précédentes recherches, nous savons désormais que c'est faux. La difficile tâche est justement de trouver le juste équilibre entre excès de protection et absence totale d'encadrement.

La résilience individuelle et organisationnelle a donc un « coût » pour les professionnels de santé que nous avons interrogés. En effet, elle demande un engagement intense comme nous l'avons étudié dans la partie précédente, et les différents témoignages mettent ainsi en lumière la résilience comme ayant des limites, et une durée limitée. Le retour à une situation dite « normale » est le but auquel se raccroche les individus résilients. Cependant, si ce dernier tarde à se produire, nous constatons une baisse de la résilience des individus, qui ne sont pas fait pour vivre dans une période de trouble permanent.

On pourrait donc penser que les individus savent être résilients, mais que cette résilience doit émerger et se produire de manière progressive, pour être acceptée et optimisée au mieux. Dans l'idéal, la résilience organisationnelle reposerait sur des changements, mais effectués de manière graduée pour éviter le risque d'effondrement, et de saturation des mécanismes de compensation. Le témoignage du professionnel n°4 laisse entendre les difficultés à venir : l'engagement, si il est trop intense et possiblement nécessaire de sacrifice, n'est pas soutenable à long terme. En effet, nous constatons aujourd'hui que : *“ Les équipes sont épuisées et ont le sentiment d'être de nouveau oubliées. Le Ségur de la santé a permis certes une revalorisation, mais en ce moment le manque de personnel très important, les sous-effectifs, les fermetures de lits, les rémunérations qui n'augmentent pas font de nouveau émerger les anciennes problématiques de l'hôpital. ”*

2. Conseils et signaux d'alerte lancés par les managers de proximité

En achèvement de cette analyse nous souhaitons désormais nous focaliser sur les conseils donnés par ces professionnels afin de se préparer au mieux à la gestion éventuelle d'une nouvelle crise, mais également sur les signaux d'alerte que ces derniers nous ont lancé au fil des témoignages. Par signaux d'alerte, nous entendons notamment les potentiels signes évocateurs de saturation des mécanismes de compensation, tels que décrit par les cadres de santé, lors de nos échanges. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, cette adaptation permanente a également ses limites, souvent précédés de lanceurs d'alerte : *« repérer les petits signaux d'alertes à traiter d'urgence c'est sûrement quelque chose de très important »* (entretien n°12).

Ainsi, nous développerons dans un premier temps les conseils apportés par les professionnels du terrain afin de déceler ces potentiels signaux d'alerte. Puis dans un second temps, nous aborderons ce que ces derniers présagent déjà comme signes annonciateurs d'une potentielle future crise.

Pour cela, nous avons choisi de poser la question suivante : « Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ? »

Premièrement, un conseil à retenir est celui de savoir aiguïser son sens de l'observation, et de faire preuve d'écoute active auprès des équipes : « *passer un maximum de temps sur le terrain, au plus proche de son équipe* » (entretien n°6)

Si le manager de proximité est étouffé sous de nombreuses tâches, son sens de l'observation peut être altéré ou amoindri, rendant pour lui plus difficile la perception d'une résilience réellement mise en place, en prenant le risque de la confondre avec le déni.

En effet, comme l'exprime Mme U, lors de l'entretien n°15 : « *Je trouve que c'est dur parfois de faire la différence avec le déni. Ma difficulté est souvent là d'ailleurs : savoir si la situation est acceptée ou au contraire refoulée !* »

Nous comprenons aisément que le risque serait alors de se satisfaire d'une situation contre-productive, conduisant aveuglément vers le déclin, et l'impossibilité de faire face à long terme.

De plus, il est important de veiller à ne pas atteindre la saturation des capacités d'adaptation de chacun. Il faut donc avoir des temps de repos ; des marges de manœuvre supplémentaires, et ne pas vouloir tout faire trop vite, que ce soit à échelle individuelle ou organisationnelle, le rythme doit être soutenable. Cela s'exécute déjà dans de nombreux services de soins, ou malgré l'état d'urgence, les cadres de santé « imposaient » des moments de pause et de décompression, nécessaires pour conserver son endurance : « *on a instauré des vrais moments de pauses, notamment dans la tisanerie, pas le droit de parler Covid-19. C'était un petit temps de repos obligatoire pour ne pas craquer* » (entretien n°12).

Pour cela, il faut également que la résilience permette d'atteindre un équilibre, un présent en adéquation avec les objectifs déterminés. En effet, il ne faut pas oublier que la résilience correspond à la construction d'un avenir, et que celle-ci doit donc permettre d'aboutir à l'élaboration de nouveaux modèles, adaptés. Les soignants, à l'instar de tout être humain, ne peuvent être en lutte permanente, demandant sacrifice et investissement démesuré. Savoir s'adapter perpétuellement est un fait, mais selon nous, tout à fait dissociable d'une forme de « souffrance professionnelle ».

Malgré cela, l'ensemble des professionnels que nous avons rencontrés s'alarme de la fuite des soignants, et de leurs difficultés croissantes dans la gestion du personnel paramédical : « *On a une réelle augmentation de demandes de mise en disposition par exemple car les soignants sont fatigués et ils en ont marre d'entendre parler de crise à longueur de journée, alors ils veulent partir ailleurs* » (entretien n°12).

En effet, en réponse à la question : « Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ? », les managers de proximité interrogés ont lancé des signaux d'alertes assez préoccupants quant à l'avenir du système de santé français dans les années, voire prématurément, les mois à venir.

Si l'anticipation d'une quatrième vague de Covid-19 est clairement exprimée par la majorité des cadres de santé, ce n'est pourtant pas ce qui les préoccupe le plus. Certains vont même, telle que Madame P, à qualifier cette crise Covid-19 comme étant devenue « *routinière, et nous sommes préparés* » (entretien 11). Madame T partage d'ailleurs le même avis et se voit rassurante : « *nous sommes prêts* ».

Cependant, l'évocation d'une future crise supposée par les différents professionnels est bien-là. La majorité des témoignages converge sur le constat d'une fuite des soignants, en dehors du monde hospitalier. Tous nous parlent de la difficulté à embaucher du personnel à l'heure actuelle, et à stabiliser les équipes. Madame E parle de « *pénurie de soignant* » (entretien 3) ; Madame H, quant-à-elle, s'interroge sur la soutenabilité du système de santé face à cette difficulté : « *Comment voulez-vous qu'un système soit durable si tout le personnel fuit ailleurs ?* » (entretien 12).

Ce nouveau défi supplémentaire auquel doivent répondre les organisations de santé, est expliqué par différents motifs selon les cadres de santé interrogées :

D'une part, l'épuisement lié à une crise qui dure comme nous l'avons vu précédemment dans cette analyse. Madame J nous résume cette situation : « *la crise dure et les soignants sont épuisés, démotivés, certains ont même totalement décidé de changer de voie* » (entretien 6). Cette notion de reconversion professionnelle des soignants revient dans bon nombre de témoignages. Nous constatons aujourd'hui que beaucoup de professionnels soignants font face à l'épuisement, après bientôt deux années de luttent dans l'enrayement de cette pandémie, faisant parfois penser à des symptômes du burn-out. Comme l'explique Mme X, « *il faut lutter contre le burn-out qui nous guette tous* » (entretien 14).

Mais l'épuisement des soignants, lié à une crise Covid qui dure, n'est pas la seule raison évoquée par les professionnels pour expliquer les difficultés de recrutement croissantes, d'années en années.

Beaucoup d'entre eux évoquent une prochaine crise liée à des conditions de travail difficiles ou inadaptées, qui perdurent dans le temps, comme l'indique Madame H :
“ La prochaine crise, elle se situe à mon avis autour des soignants qui attendent depuis trop longtemps des conditions d'exercices qu'ils puissent tenir dans le temps. ”

Ils citent également le manque de reconnaissance des institutions publiques comme étant l'une des causes majeures de “ fuite des soignants ” :

“ On sent qu'il y a un manque cruel de reconnaissance des soignants. Une reconnaissance qui passe par les moyens, l'argent, mais aussi une reconnaissance morale ” nous dit Madame M. (entretien 8).
Pour Madame C : *“cette profession a un besoin viscéral de considération que l'État refuse de lui accorder”* (entretien 5).

Tous ces signaux d'alerte mettent en évidence la difficulté croissante des professionnels de santé, à continuer de développer leurs capacités de résilience. Serait-ce lié au fait que pour pouvoir continuer à prendre soin des autres, il faut premièrement être en capacité de prendre soin de soi-même, et pour cela, disposer des moyens nécessaires pour pouvoir le faire : stabilité des plannings professionnels ; sécurité au travail suffisante ; sentiment d'écoute et de reconnaissance ; sens des actions réalisées... Nous pouvons émettre l'hypothèse suivante selon laquelle, les professionnels de santé, voient les vecteurs de base nécessaires à leur résilience, comme étant petit à petit altérés... Comme nous l'avons étudié dans les parties antérieures de ce mémoire, la reconnaissance, les valeurs du groupe, et la question du sens forment le socle sur lequel se fonde la résilience soignante. Or, si ce dernier vient à s'émietter, comme nous l'indiquent les différents managers, c'est la résilience elle-même des soignants qui se voit impactée à son essence même.

Partie V : Conclusion

Au regard de notre problématique initiale : “ *Lors de la crise sanitaire de la Covid-19 en France, comment est-ce que le manager de proximité a-t-il favorisé la résilience des équipes soignantes ?* ”, l’achèvement de ce travail nous permet en premier lieu de constater la complexité des problématiques hospitalières, tant les enjeux sont variables, les acteurs nombreux, et l’environnement complexe. Après de nombreux mois d’étude sur le sujet, nous étions loin de penser en nous lançant dans ce travail, que celui-ci serait aussi riche et intéressant, mais également porteur d’incertitudes.

En tant que managers relevant du champ de la santé, l’apprentissage lié à la réalisation de ce mémoire nous permet aujourd’hui d’aborder notre profession avec un nouveau regard, forts de conseils et préconisations pour notre avenir.

De plus, nous clôturons ces deux années d’étude personnellement enrichis, et lucides face aux enchevêtrements complexes qui forment le bien “ santé ” :

Comme nous l’illustre aujourd’hui la crise sanitaire de la Covid-19, la santé est un bien collectif particulier, qui concerne l’ensemble d’une population. Ainsi, l’obligation étatique d’assurer la sécurité sanitaire nationale, conjuguée à l’expression des libertés de chacun, peut parfois aboutir à des débats se manifestant dans l’opinion publique. Cela concerne notamment la gestion des événements ; la réponse aux besoins de la population ; ou la régulation de l’offre de soins.

Néanmoins, comme constaté au fil de ce travail, la conduite des changements se révèle être une tâche, bien que passionnante, complexe et parfois prospective. Nous pouvons d’ores-et-déjà conclure, en rappelant que tout changement présente un caractère incertain, et suppose donc une étape possible d’ajustement. De ce fait, nous tenons à souligner le travail remarquable exécuté par l’ensemble des acteurs relevant du monde sanitaire, mais également médico-social. Que ce soit au niveau national, par le biais des politiques de régulation, ou à l’échelle locale par le biais de la réorganisation des structures, tous les professionnels œuvrent avec un objectif commun : assurer la réponse aux besoins de santé de tous.

Dans cette perspective, la réalisation de nos recherches, littéraires ou empiriques, nous a permis d’entrevoir la majeure partie des facteurs clefs permettant aux organisations de faire face à de tels bouleversements. Finalement, nous en venons même à nous demander si la solution ne se trouve pas dans le fait d’ériger le changement en ligne directrice ?

En effet, il paraît difficile de résumer ce travail en quelques lignes, mais nous tenons néanmoins à rappeler l'importance de développer son agilité dans la conduite des changements, afin de garder l'équilibre dans cet environnement en perpétuels changements. Savoir absorber les chocs, surmonter les épreuves, et si possible en ressortir grandi forment des défis stratégiques et idéologiques décisifs.

Pour cela, l'un des grands principes duquel il est judicieux de ne pas s'éloigner, est celui qui consiste à amorcer le changement organisationnel par le biais de la résilience individuelle. Comme nous l'avons étudié tout au long de ce mémoire, la résilience des soignants a permis aux établissements de faire face aux difficultés, de compenser le manque de matériels, et de construire collectivement un avenir. Cette capacité de résilience dynamique apparaît dorénavant comme décisive, dans un environnement en proie à des crises d'envergure vertigineuse.

Afin de ne pas "subir" les changements, et d'en être véritablement acteurs, la présence de certains professionnels est apparue au fil de ce travail comme essentielle :

Acteur pivot du fait de sa position duale, le manager de proximité en est le parfait exemple. D'ordinaire déjà, celui-ci exerce une forme de relais entre les professionnels de terrain et ses supérieurs hiérarchiques. Cependant, nous savons désormais que la crise sanitaire est venue mettre en lumière ses missions, et notamment celles auprès des équipes qu'il encadre.

Souvent conscients des enjeux liés au développement de la résilience organisationnelle, les managers de proximité, également appelés cadres de santé, se sont révélés être de véritables chefs d'orchestre dans la conduite des changements, eux-mêmes résilients. Cela s'est notamment traduit par un management de proximité accru, une communication appropriée, une observation et une écoute active. Cependant, nous avons par ailleurs constaté que la collaboration des cadres de santé dans le développement de la résilience organisationnelle s'effectue souvent de manière « instinctive », eux-mêmes déterminés à surmonter le danger manifeste.

L'ensemble de nos lectures et recherches nous amènent à conclure qu'il est essentiel de *« mettre les responsabilités opérationnelles au plus près du terrain, afin de gagner en agilité, valeur critique en période de crise pour répondre, souvent dans l'urgence, aux multiples défis du quotidien (...) »*¹²¹

¹²¹ H. Dumez ; E. Minvielle ; *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, une contribution des sciences de gestion, Centre de Recherche en gestion, juillet 2020, p.5

En une phrase, il paraît urgent de renforcer les capacités de résilience de l'organisation en tant que transformation majeure et structurante.

Pour cela, il est nécessaire de se tourner vers l'innovation et de faire converger les objectifs des différents acteurs aux pensées parfois divergentes (direction, praticiens, organismes de régulation). De plus, il paraît opportun d'encourager une gestion proactive : assurer l'agilité globale de la structure et la souplesse des acteurs qui la composent. En d'autres termes, faire face de manière adaptée et dynamique !

Cependant si nous pouvons affirmer que le manager de proximité favorise la résilience de l'équipe, il n'est bien sûr pas le seul. La résilience organisationnelle est un mécanisme mobilisable par tous, mais reste cependant alimentée par différents postulats tels que les valeurs soignantes, la culture d'entreprise, l'esprit d'équipe ...etc.

Néanmoins, il semblerait malgré tout que la résilience ait ses limites. La baisse de mobilisation soignante durant les vagues successives en est la preuve même pour les cadres de santé interrogés, tout comme la fuite des soignants en dehors du monde hospitalier. Au regard de nos recherches, et des témoignages, il semblerait que l'intensité et la longueur excessive de cette dernière, empêchant d'atteindre un environnement soutenable, en soient en partie à l'origine.

Il semblerait également que la crise sanitaire soit venue alimenter des problématiques déjà bien présentes au sein du système de santé français : manque de reconnaissance (financière et sociale), de compétences, de moyens humains et matériels.

Nous pouvons donc nous demander si les problématiques du système de santé n'altèrent pas à petit feu les capacités de résilience des soignants ?

Finalement, même si le manager effectue le meilleur management de proximité qu'il soit, est-ce suffisant pour pallier aux autres manquements qui forment le socle de la résilience ?

Enfin, nous tenons à mettre en garde nos lecteurs. Si le concept de résilience est maintenant en vogue, notamment grâce à l'écho donné par la crise sanitaire que nous traversons, il est judicieux de rappeler que celui-ci doit être accompagné de vigilance.

En effet, le risque serait par exemple de faire une confusion entre déni et résilience si l'observation n'est que partielle ; ou de constater à défaut de la résilience là où il n'y a que résistance au changement sans volonté de construction derrière.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- ABEL Paul Christophe, *Le cadre soignant de proximité : soignant ou manager ?* page 28/29, Collection sciences du soin, Édition De Boeck Estem
- AUTISSIER David Autissier ; PERETTI Jean Marie, *Les miscellanées du changement*, page 295, Académie des sciences de l'académie de Paris, 2016
- BELLINI Stéphane, *C'était le management participatif. Petit exercice de dissection d'un concept*, Presses de l'Université des sciences sociales de Toulouse, 2005
- BOLZINGER André, *Le concept clinique de crise*, Bulletin de psychologie, 1982
- CADET Jean Paul, GUITTON Christophe, *Les professions intermédiaires : des métiers d'interface au cœur de l'entreprise*, Collection Armand Colin / recherches, 2013
- CYRULNIK Boris, *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob, 2001
- DUMEZ Hervé ; MINVIELLE Etienne, *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, une contribution des sciences de gestion, Centre de Recherche en gestion, 2020
- DUSEHU Bertrand, *Le management de proximité. Le management opérationnel au cœur de la performance de l'entreprise*, Gereso Edition, 2019
- EZZEROUALI Amine, *L'humain au cœur de l'apprentissage post-crise*, Focus RH, 2020
- EZZEROUALI Amine, *Management de crise et apprentissage organisationnel*, Focus RH, 2020
- FRANKL Victor, *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Montréal : Les Éditions de l'Homme, 1993
- FREUND Julien, *Observations sur deux catégories sur la dynamique polémogène de la crise du conflit*, Communications, 1976, n°25
- FRIMOUSSE Soufyane ; LE BIHAN Yves, *Réinventer le leadership*, page 10, Académie des sciences de l'académie de Paris, 2017
- HERVE Christian, *La crise comme devenir de l'homme*, Revue d'éthique et de théologie morale, Éditions du cerf, 2013, n°276
- HOLLNAGEL E. ; JOURNE B. ; LAROCHE H., *La fiabilité et la résilience comme dimensions de la performance organisationnelle*, AIMS « M@nagement », Vol.12, 2009
- KALIKA Michel, *L'impact de la crise sur le management*, Éditions EMS, 2020.

- KONINCKX Guy ; TENEAU Gilles, *Résilience organisationnelle, rebondir face aux turbulences*, Manager RH, Edition De Boeck, 2010
- LOUBAT Jean-René, *Le management ou l'art de faire réussir les entreprises*, Empan, n°61, 2006
- MINVIELLE Etienne ; GALLOPEL-MORVAN Karine ; JANUEL Jean-Marie ; WAELLI Mathias, *Manager une Organisation de Santé : l'apport des sciences de gestion*, Presses de l'EHESP, 2018
- NEYRAC Clémence, *Les cadres sont les « chefs d'orchestre » de la gestion de la crise dans les services*, Hospimedia, 2020
- POLETTI R ; DOBBS B., *La Résilience : l'art de rebondir*, St-Julien-en-Genevois, Éditions Jouvence, 2001
- RICOEUR Paul, *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?* Revue de théologie et de philosophie 120, 1988
- THERON Christelle, *Les organisations, État des savoirs*, Edition science humaine, 2016
- THIÉTART Raymond Alain, *“Le management”*, Presses universitaires de France Collection « Qui suis-je »
- VANISTENDAEL Stéphane ; LECONTE Jacques, *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*, résumé par David Buick, 2006
- WEICK Karl E., *Sociopsychologie de l'organisation*, Paris, ED Institut Vital Roux, Vuibert, 2003
- WEICK Karl E., *Sensmaking In Organizations*, Sage, Thousand Oaks, Californie, 1995

ARTICLES ET REVUES :

- BELLINI Stéphane Bellini, *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, numéro 65 page 24, 2005
- DUMEZ Hervé, MINVIELLE Etienne, *Comment le système hospitalier français a-t-il géré la crise COVID-19 ?* Une contribution des sciences de gestion, 2020
- GARRIGUE HUET Delphine ; ROSENSTRAUCH Christelle ; CARLIER Dominique Carlier, *Communication avec les soignants et les familles*, Le congrès médecin / Urgences vitales, 2016
- KURSCHAT Catherine, *Crise sanitaire 2020, entre sens et résilience organisationnelle ; le cœur d'une équipe de soin*, De Boeck supérieur projectique HS page 11, 2020

- RIVIERE Audrey, COMMEIRAS Nathalie, LOUBES Anne, *Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé*, Revue de gestion des ressources humaine N°112 pages 49, 2019
- ROUSSEL Éric *Cadres de santé, quelles évolutions de la fonction et des compétences ? Soins Cadres* Vol 19, page 32-3, 2011
- TAHRI Wadi, EL KADIRI Imane *Sensemaking et bien être dans le contexte du changement organisationnel*, Questions de management n°13, page 73, 2016

ANNEXE 1

Entretien 1 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Madame A, 41 ans, cadre de santé.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

Je suis infirmière diplômée d'état, je suis cadre depuis maintenant cinq ans. Avant d'être dans le service de soins continus où j'exerce depuis 2 ans j'ai exercé en tant que cadre dans le service de médecine de l'hôpital de Nantes.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Mon service est un service de soins continus, nous avons une dizaine de lits pour lesquels, la plupart du temps nous effectuons du post bloc opératoire, mais également des pathologies nécessitant une prise en charge en soins continus.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Le périmètre de mes activités (réflexion). Alors je gère l'organisation du service, les plannings et la communication avec les autres membres paramédicaux et médicaux. Nous gérons également avec les médecins les entrées, les sorties, la communication avec les autres services mais aussi avec les autres structures. C'est assez divers, mais je m'occupe de toute l'organisation du service.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

En tant que manager de proximité nous avons pas mal été impactés par le Covid dans l'établissement et pour ma part, c'est la diminution du nombre de blocs qui a joué un rôle majeur. Le nombre de blocs a considérablement diminué voir même pour certains totalement fermés. En tant que cadre de santé, j'ai dû participer à la restructuration du service, pour pouvoir accueillir des patients Covid assez gravement touchés lorsqu'il n'y avait plus de place en réanimation. Les patients assez gravement atteints et ne nécessitant pas forcément de la réanimation se sont retrouvés ainsi dans notre service. Au plus fort de la première vague, lorsqu'il n'y avait plus de place en réanimation nous nous sommes retrouvés aussi avec des patients qui devaient aller en réanimation.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Ouh-la quelle question !(rire)

(Réflexion) Pour moi, le concept de résilience soignante signifie la capacité de mes équipes à faire face et affronter les aléas du quotidien. Par exemple, dans ce contexte de Covid la résilience a été le fait que nous nous adaptions aux changements, aux nouvelles modalités de travail que le Covid nous a imposé.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

En tant que personne comment j'ai fait face à la crise sanitaire...(réflexion). Je dirais que je ne me suis pas posée trop de questions durant la première vague. Il fallait faire face, nous n'avions pas le choix. J'ai avancé dans le flou, comme l'ensemble de mes collègues, mais il fallait avancer, nous n'avions pas le choix, donc je me suis adaptée tant bien que mal. J'avais peur pour mes proches, pour ma famille, j'avais peur du Covid. Au début, nous n'avions pas d'informations médicales donc c'était très flou.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Mes équipes ont fait face durant la première vague en ayant également peur, mais on ne se posait pas beaucoup de questions parce qu'il fallait continuer de soigner les patients. Enfin si on se posait des questions (rire) mais on n'avait pas le choix, c'était notre rôle. C'était un nouveau virus, on avait notre responsabilité de soignants donc ils étaient mobilisés. Ils ont fait des heures en plus, ils étaient disponibles, ils se rendaient disponibles malgré la peur et malgré toutes les interrogations qu'ils pouvaient avoir. En gros ils ont fait face et ils ont fait front commun ensemble en étant très solidaires. Par contre durant la deuxième vague, la troisième et encore plus maintenant avec celle que nous sommes en train de débiter, mes équipes sont épuisées, elles n'en peuvent plus. On sent vraiment une lassitude. Ça devient difficile de trouver du personnel remplaçant et les titulaires sont épuisés. Ça devient compliqué à gérer pour les équipes et également pour moi-même.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Alors qu'est-ce qu'on a mis en place... Il y a eu tellement de choses (rire). Déjà, nous avons changé les roulements des plannings et on a mis en place des renforts au maximum pour pouvoir soulager les équipes. Il y a eu beaucoup de solidarité entre eux aussi, les uns gardaient les enfants des autres, ils échangeaient leurs jours de travail. On avait aussi mis en place pour ceux qui ne pouvaient pas se déplacer le taxi payé par l'hôpital.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Au niveau des supérieurs, on avait des staff de direction tous les jours où on nous communiquait les informations importantes et les nouveautés que nous-mêmes nous devons communiquer à nos équipes.

Il y avait beaucoup d'informations et elles changeaient tous les jours avec les nouveaux protocoles donc il fallait se réunir pour faire le point chaque jour.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Les leviers pour favoriser la résilience...(réflexion)

Je dirais que je me suis beaucoup appuyée sur une communication claire, efficace et active. J'ai

énormément communiqué avec mes équipes pour ne pas les laisser dans le flou. C'était très important pour eux d'être informés au jour le jour des nouvelles informations dont nous disposions. Mais je dirais également que je les ai soutenus, le soutien efficace enfin...(réflexion) Je dirais le soutien actif. J'étais présente tous les jours dans le service je me préoccupais de leur bien-être, de leur état physique, de savoir s'ils avaient des problématiques à la maison ou non bref je m'occupais de leurs états parce que selon moi il fallait qu'ils soient en forme pour pouvoir affronter la première vague donc le soutien, l'écoute et bien sûr la bienveillance c'est ce qui me semble être les leviers de résilience comme vous dites.

**5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?
Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?
Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?**

Les conséquences sur le travail d'équipe...(réflexion)

Concrètement, le travail d'équipe a été démultiplié. On se rend bien compte que chaque personne travaillant au sein de l'hôpital est essentielle. Et on s'en est d'autant plus rendu compte durant la première vague Chacun des corps de métier a dû réussir à travailler avec les autres. Parfois même en ne se connaissant pas du tout. Nous avons eu énormément de renforts et il a fallu rapidement apprendre à travailler ensemble et surtout apprendre à travailler ensemble dans des conditions totalement différentes de celles habituelles.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Pendant la première vague, tout le monde était impliqué. On sentait vraiment le sens du devoir, le rôle de soignant. Enfin c'est ce que les équipes disaient, que c'était leur devoir de se mobiliser etc. C'est aussi ce que je ressentais. La gestion durant la première vague était difficile parce que c'était nouveau et qu'il fallait faire face à l'inconnu.

Mais au final ce sont les vagues suivantes qui me sont de plus en plus difficiles à gérer. J'ai l'impression que progressivement la fatigue et la lassitude se sont installées. Et les vagues suivantes ont été de plus en plus difficiles. De plus en plus d'absences, d'arrêts maladie, de difficultés à trouver des remplaçants...Je pense que les soignants sont épuisés et à bout de souffle, ils l'expriment eux même d'ailleurs et ça me fait peur quand je vois la remontée des cas en ce moment.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Je dirais de soutenir ses équipes, les préserver au maximum, car on se rend bien compte que la crise dure dans le temps et que autant pour la première vague la mobilisation était maximale, autant à l'heure actuelle l'épuisement se fait sentir. Il faut absolument réussir à préserver ses équipes, être à leur écoute, les soutenir et maintenir l'esprit de groupe qui permet de faire face selon moi.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

D'autres crises ? Ah non ! (rire)

Déjà j'aimerais que nous sortions de celle du covid. Ce qui m'angoisse par contre, c'est la pénurie de soignant à laquelle nous sommes confrontés en ce moment. Si ça continue, là ça sera une vraie crise.

Entretien 2 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Madame O, 36 ans, cadre de santé.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

J'ai été infirmière pendant 5 ans dans différents services : oncologie, médecine, chirurgie générale avant de passer le concours de l'école des cadres, je suis cadre depuis 4 ans maintenant.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Notre service est un service de médecine qui s'est transformé en service d'accueil de patient covid durant la première vague et qui à l'heure actuelle l'est toujours.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je gère toute l'organisation du service, que ce soit les plannings, la gestion des stocks, les relations avec les familles, les médecins et les autres paramédicaux avec lesquels nous sommes en contact. Je suis en charge de faire appliquer toutes les directives, je suis responsable de la qualité des soins.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

J'ai été impacté, car mon travail réside dans l'organisation du service donc j'ai été impacté à tous les niveaux. Il a fallu réorganiser l'intégralité de nos pratiques pour s'adapter aux patients Covid et j'ai participé à cette organisation.

Il fallait gérer la réorganisation totale du service, les plannings, les informations arrivant de mes supérieurs, les questions et les demandes des soignants.

Nous avons dû totalement revoir la manière dont nous prenions en charge les patients. Il a fallu réorganiser l'intégralité des chambres en nous adaptant à la prise en charge des patients Covid. Par exemple, il nous fallait tout le matériel avant d'entrer dans chaque chambre, il nous fallait également des respirateurs, un nombre important de prises à oxygène etc, choses que d'habitude nous n'avions pas forcément dans le service.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Oh c'est difficile cette question... (réflexion) Je dirais que le concept de résilience de l'équipe soignante c'est la capacité d'une équipe à faire face, à s'adapter. Elle permet du coup justement à l'équipe d'affronter les difficultés qui peuvent se présenter dans le service tous les jours. Par exemple, en période Covid, c'est la résilience, je pense qui a contribué à ce que nous tenions le coup.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire?

En tant que personne, j'ai fait face en m'adaptant au mieux, comme je pouvais aux vues des éléments et au jour le jour surtout.

C'était assez difficile au début parce que nous n'avions aucune information sur la maladie et il fallait montrer l'exemple en étant une personne ressource pour les équipes. Il y avait un double enjeu : je devais faire face pour moi, mais également pour mon service. On ne pouvait pas se permettre de montrer nos peurs et nos inquiétudes de manière totale parce qu'il fallait réussir à canaliser et à gérer la peur et l'inquiétude de nos équipes. Il fallait être suffisamment transparent pour leur montrer qu'ils n'étaient pas les seuls à être dans l'incertitude mais il fallait aussi montrer une certaine assurance pour les rassurer quant aux décisions prises. Ce n'était pas chose simple.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Les équipes ont fait face de manière formidable je trouve. Pour ma part, l'équipe de mon service a fait face en étant très solidaire, la communication a été très importante également. Il est vrai qu'il y a eu beaucoup d'interrogations durant la première vague et ses interrogations étaient source de stress. Je pense que l'entraide et la solidarité ont permis de faire face. Ils ont été très soudés durant cette période de première vague, je précise (rire). A l'heure actuelle, avec la lassitude c'est plus délicat.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Avec l'ensemble des cadres finalement de l'établissement nous avons dû réorganiser les services, réorganiser les plannings, mettre en place des aides pour les salariés qui n'avaient plus de moyens de transport.

Nous avons également été à leurs dispositions pour permettre la garde de leurs enfants parce que nous avions certains soignants qui étaient mariés avec d'autres soignants et qui n'avaient personne pour garder leurs enfants. Bref nous nous sommes adaptés et nous avons essayé au mieux de faciliter leur quotidien et de faciliter leur travail malgré les conditions difficiles de la première vague.

Nous avons également mis en place la venue de renfort, ces renforts permettant justement à nos équipes de souffler et de pouvoir prendre des jours de repos parce que certains avaient enchaîné énormément d'heures dans la toute première phase de la première vague. Il a donc fallu que nous organisions l'intégralité des arrivées des renforts. Il fallait les loger, leur organiser un planning, les accueillir etc. Mais tout s'est très bien passé parce que les équipes étaient très bienveillantes envers les renforts, et ces derniers étaient très motivés pour se mobiliser. Pour ce qui est de la deuxième vague, nous essayons au maximum de préserver nos titulaires parce que les équipes sont épuisées donc nous essayons de les remplacer lorsqu'ils en ont besoin. Mais il est vrai que c'est assez délicat car nous manquons cruellement de remplaçants en ce moment, il me semble que c'est pareil dans tous les établissements mais c'est une réelle difficulté.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Avec nos supérieurs, nous nous sommes organisés avec des réunions quotidiennes. Il fallait transmettre les informations qui changeaient tous les jours et s'adapter au fur et à mesure, c'était très chronophage. Les décisions se prenaient plus facilement durant cette phase de crise nous avions plus de liberté si je puis dire, nous pouvions plus rapidement agir. Mais à la fois c'était assez stressant car on voyait bien que l'incertitude était présente au niveau de notre hiérarchie.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Surtout de la bienveillance pour ma part. Il est vrai que durant toute la phase Covid j'ai essayé d'être au plus proche des équipes j'ai essayé de les arranger au maximum de les préserver au maximum pour améliorer leurs conditions de travail ou du moins pour essayer de les arranger au maximum.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Le travail individuel a un petit peu disparu, je pense (rire) durant la première vague parce que finalement on s'est retrouvé avec des dépassements de tâches, on peut le dire. Et surtout une nécessité de collaborer ensemble pour vaincre le virus et pour faire face.

Donc on a vu une réelle collaboration entre tous les professionnels de santé.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ? Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Les apprentissages post crise...(réflexion) Je dirais l'importance de la collaboration, l'importance de la communication, surtout l'importance de la préparation aux crises.

Quant à moi vis-à-vis de mes méthodes managériales, je me suis rendue compte qu'il était d'autant plus important d'être à l'écoute de ses équipes, d'être proche d'eux, d'essayer au maximum de les comprendre. Le dialogue et la communication sont vraiment pour ma part ce qui me semble être le plus important à l'heure actuelle pour pouvoir manager au mieux.

On s'est aussi rendu compte avec cette crise qu'à l'hôpital les décisions prenaient très longtemps d'habitude à être réfléchies, débattues et acceptées alors qu'en situation de crise nous pouvions nous mettre d'accord et mettre en place des choses très rapidement. Finalement, la part de liberté qu'on nous a laissée pour nous organiser est une chose que nous ne devrions pas perdre selon moi dans la gestion quotidienne.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Il est vrai qu'il y a une différence selon les différentes vagues.

Durant la première vague, les équipes étaient mobilisées et se sentaient portées par leur vocation. Malgré le manque d'information sur la maladie, l'impression de naviguer à vue si je puis dire, ils sont restés mobilisés.

Depuis la deuxième vague, je ressens que leur vocation ne suffit plus pour faire face. Ils sont de plus en plus épuisés et c'est de plus en plus difficile de gérer l'organisation du service car il y a un grand nombre d'arrêts maladies et j'ai de grandes difficultés à remplacer les titulaires.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Je lui dirais qu'il faut être à l'écoute de ses équipes et que finalement le plus difficile n'est pas la première vague mais plutôt de faire face sur le long terme. Réussir à maintenir la motivation, l'implication des équipes malgré la fatigue, la longueur de la crise c'est ça le plus difficile. Finalement maintenir leur résilience s'avère difficile.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ? Non je n'anticipe pas forcément d'autres crises et je n'espère pas surtout car je pense que la crise du Covid 19 est loin d'être terminée.

Entretien 3 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Madame E, j'ai 34 ans et je suis cadre de santé.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

J'ai été infirmière pendant 6 ans avant de devenir cadre depuis 2 ans dans ce service.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Nous sommes un service d'unité de soins de longue durée. Nous accueillons une population majoritairement gériatrique. Nous avons 25 lits répartis sur deux secteurs.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je m'occupe de tout le management quotidien.

Pouvez-vous être plus précise ?

Oui bien sûr, je m'occupe de la gestion des équipes, des plannings, des relations avec les familles, de l'articulation avec l'équipe médicale, j'accueille aussi les stagiaires, les nouveaux membres de l'équipe. Bref tout ce qui fait partie de la vie du service en général.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

En tant que manager, j'ai été impacté par la crise du Covid-19 parce que notre organisation a dû être totalement revue pour faire face à la pandémie. Il fallait gérer la réorganisation du service, les renforts, le manque de matériels, les nouveaux protocoles et tous les changements qui survenaient tous les jours. C'était assez délicat car tout notre fonctionnement habituel a changé en un temps record et en tant que cadre nous étions responsables de tous ses changements.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

La résilience pour moi, c'est une sorte de résistance des soignants, c'est être capable de mettre ses émotions de côté, ses avis aussi parfois pour éviter qu'ils soient un frein pour faire face aux situations

déliçates. Outre la période covid, les équipes sont résilientes dans toutes les situations quotidiennes types les décès etc, pour résister et continuer de prendre en soin les patients.

Pour moi, la résilience soignante repose beaucoup sur la conscience professionnelle, c'est faire face en mettant en avant sa conscience professionnelle et en se focalisant sur celle-ci pour avancer et affronter les difficultés

Il y a aussi selon moi, une grande dynamique de l'équipe qui entre en jeu je pense. Lors des derniers mois, on s'est vraiment rendu compte que les équipes étaient résilientes car elles étaient soudées et solidaires. A l'heure actuelle avec les vagues successives de Covid, l'épuisement, on se rend compte que ça devient beaucoup plus difficile, je dirais que la résilience à ses limites.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

Comment j'ai fait face en tant que personne...(réflexion) Je dirais que je me suis adaptée. J'ai fait preuve de résilience (rire). Nous n'avions pas forcément le temps au début de la pandémie de nous poser beaucoup de questions, il fallait agir, malgré nos peurs, nous devions tout mettre en place et s'adapter au mieux surtout en tant que cadre, il fallait montrer l'exemple, motiver et soutenir les équipes.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Les équipes ont fait face en étant très solidaires et en s'adaptant au maximum. On a remarqué durant la première vague une réelle entraide et un réel impact de la force de l'équipe je trouve. La solidarité leur a permis de tenir le coup, d'avancer et d'affronter l'incertitude de la situation.

Après, je ne vous dis pas que tout a été rose, loin de là. Certains avaient très peur du virus, refusant même parfois de prendre en soin les patients mais, c'était vraiment une minorité. Pendant la première vague ils ont fait front commun. Là, à l'heure actuelle, c'est assez différent. Mais c'est surtout l'esprit de groupe qui leur a permis d'affronter la situation selon moi. Après il y a eu aussi toutes les preuves de soutien de la population qui les ont beaucoup aidés à tenir lors de la première vague. Les soignants ont ce besoin de reconnaissance et durant la première vague il a été démultiplié ce qui a été un réel booster de leur motivation et de leur résilience du coup.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Nous avons réorganisé les plannings, réorganisé le service tout en essayant au mieux de préserver les équipes et de prendre en soin les patients. Durant la première vague, on avait vraiment une forte mobilisation des équipes, on sentait que c'était leur devoir et ils étaient prêts à se mobiliser pour affronter l'épidémie malgré leurs peurs. D'ailleurs pour pallier à ces doutes, nous avons mis en place des cellules de soutien. Nous nous réunissions pour parler des situations graves et du ressenti de chacun. Il me semblait important de me préoccuper du ressenti des équipes, savoir comment ils vivaient la situation, s'ils avaient des craintes, des doutes, etc. Même si je n'avais pas toutes les réponses, il me paraissait important de les rassurer au mieux.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Pour ce qui est de l'articulation avec mes supérieurs, c'était assez variable. Au début, dans le flou, on avait des réunions tous les jours, nous prenions des décisions nous-même on nous laissait une certaine autonomie. D'une parce qu'ils n'avaient pas le choix, il y avait trop de choses à gérer et deux parce qu'ils me semblent que la direction, enfin nos supérieurs, nous faisaient confiance pensant que nous étions les plus à même pour prendre des décisions. C'est très rare dans nos établissements (rire).

Parfois cela a été assez délicat à gérer d'ailleurs, toutes les problématiques de manque de matériel, etc, n'ont pas été simples du tout. On avait très peu de stock, il fallait protéger les salariés, c'était très compliqué.

Et puis il y a eu aussi des décisions parfois assez folles à mettre en place, comme lorsque nous devons laver les surblouses, je me rappelle la tête de certains soignants lorsque je leur disais qu'il fallait mettre à laver les surblouses en papier, qui ressortaient de la machine dans un drôle d'état d'ailleurs soit dit en passant (rire). Dans ces moments, il était assez compliqué pour moi de faire appliquer ces décisions qui paraissaient totalement improbables par rapport à la normalité. Mais ils se sont toujours exécutés, ce qui est, il me semble une preuve de résilience et d'adaptabilité des soignants.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Je dirais beaucoup de communication, c'était primordial. Même si je n'avais pas toutes les informations, j'ai essayé tout au long de la première vague d'être la plus transparente possible envers mes équipes.

Énormément de réassurance. J'ai essayé au maximum d'être présente sur le terrain pour les rassurer, les aider du mieux possible, écouter leurs ressentis, leurs avis, au final c'était eux qui sur le terrain étaient les plus à même de nous faire remonter des informations pour permettre d'améliorer notre organisation.

Il fallait aussi faire preuve de fermeté à certains moments, vous savez dans la panique, si je puis dire, parfois tout le monde donne son opinion, décide de faire ce qui lui chante, il fallait réussir à manager dans le flou et dans une situation assez hors norme donc la fermeté était essentielle à certains moments pour avancer.

Il fallait donc trouver un juste milieu entre écouter mes équipes au maximum pour la prise de décision et faire respecter les directives qui venaient de mes supérieurs.

Cela dit, je n'ai pas à me plaindre, l'équipe a toujours été très compliant et s'est toujours adaptée aux décisions et aux directives. Il est vrai que ce n'était pas chose facile, car nous avions des nouveaux protocoles tous les jours durant les premières semaines mais, ils ont toujours réussi à être résilients du coup et à s'adapter.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Le travail d'équipe a été très important et on s'est rendu compte de sa nécessité je trouve, même si nous étions déjà au courant la pandémie est venue appuyer cette certitude selon moi.

Toutes les professions se sont mobilisées ensemble pour faire face et ça a fait du bien à l'hôpital, ça a cassé un peu certaines barrières qui pouvaient exister. Je ne sais pas si cela va perdurer dans le temps. On se rend compte que l'être humain est doté d'une réelle force surhumaine finalement, pour être capable de totalement bouleverser son organisation, travailler d'arrache-pied avec des personnes que parfois il ne connaissait absolument pas et de se mobiliser corps et âme pour une même cause. Bon malheureusement on se rend aussi compte que cette mobilisation a ses limites avec l'épuisement lié à la durée de la crise.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?

Mes apprentissages liés à la crise...(réflexion) Je dirais l'importance de la cohésion, de la communication, de la préparation à la gestion de crise, de la bonne gestion des stocks aussi. Ah oui ! Et la formation de tous nos soignants aux soins de premier recours. Je trouve aussi que la crise a révélé que certaines professions, notamment les aides-soignants, pouvaient effectuer certaines tâches qui sont

pour le moment hors de leur champ de compétence alors qu'ils sont totalement aptes à les réaliser. On se rend compte qu'il faudrait peut-être revoir les décrets de compétence.

Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Pour moi, dans mes méthodes managériales, la crise a accentué la certitude selon laquelle un management de proximité est essentiel pour que l'hôpital tienne le coup. Je pense que la pandémie a révélé cette nécessité de donner plus de poids aux managers de proximité de par la place que nous avons occupée et les décisions que nous avons prises notamment pendant la première vague. Après, je ne sais pas si cela aura un réel impact et si les choses vont changer dans les années à venir. J'en doute fort...

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ? Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Oui les différences sont clairement notables !

Durant la première vague la mobilisation était très intense, chacun a pris son rôle de soignant très à cœur. A l'heure actuelle, c'est beaucoup plus difficile, les équipes sont épuisées, nous manquons fortement de remplaçants et nous tournons en sous-effectif ce qui n'arrange pas les choses pour les titulaires.

J'ai l'impression que la mobilisation s'est essouffée au cours du temps car la pandémie dure depuis longtemps maintenant.

On ressent un ras le bol que les équipes expriment de manière franche. Ils sont épuisés, à bout et il est très difficile en ce moment de les solliciter.

A l'heure actuelle, il manque un infirmier pratiquement tous les jours et je ne trouve plus personne pour les remplacer. Les équipes tournent en sous effectifs et je sens qu'ils sont à bout. Malgré leur force, l'esprit d'équipe, leur capacité à affronter les choses, leur résilience du coup, etc. J'ai l'impression que ce n'est plus suffisant pour affronter les conditions de travail en ce moment.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Je lui dirais que le plus difficile ce n'est pas la première vague, mais plutôt la période que nous vivons actuellement. Que la motivation des équipes, leur force à ses limites et qu'il est primordial de les préserver au maximum. Mais que c'est une chose plus facile à dire qu'à faire.

Il faut rester à leur écoute le plus possible, être proches d'eux pour réussir à entrevoir toutes leurs problématiques quotidiennes et essayer de gérer celles qui le sont pour alléger leur tâche. Voilà c'est surtout ça que je dirais, il faut réussir à manager son service au plus proche de son équipe pour être un soutien pour eux surtout dans cette phase qui dure et pour laquelle ils sont à bout. Et surtout il faut faire ce métier uniquement si on l'aime.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

Non, peut-être une crise de pénurie de soignant mais elle a déjà débuté... J'ai réellement peur d'une prochaine vague, nous ne sommes plus en mesure de l'affronter je pense au niveau staff.

Entretien 4 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Mme G, j'ai 53 ans, je suis infirmière de formation et je suis cadre de santé à l'hôpital B.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

J'ai été infirmière durant 15 ans et cela fait 8 ans que je suis cadre de santé dont 5 années dans cet hôpital.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Notre hôpital est un hôpital qui reçoit majoritairement des patients gériatriques, soit pour de l'hospitalisation, de la convalescence mais aussi des soins palliatifs.

Je suis cadre du service de médecine, nous avons une capacité de 21 lits dans le service avec un effectif matin / après-midi de 2 IDE et 3 AS travaillant en 7 heures.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Le périmètre de mes activités quotidiennes est composé essentiellement de la gestion du service, planning, commande, gestion des absences, arrêt maladie... Bref je gère toutes les problématiques quotidiennes pour que le service tourne. Je participe aussi aux réunions avec la direction, avec les cadres supérieurs pour la bonne gestion de l'hôpital de manière globale.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

J'ai été impactée car notre organisation dans le service a totalement changé.

Nous avons dû nous réorganiser en un temps record pour accueillir les patients Covid et j'ai mené cette réorganisation.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Le concept de résilience d'une équipe soignante selon moi c'est la faculté de cette équipe à faire face aux difficultés, à s'adapter et à se réajuster. C'est leur capacité à continuer d'avancer.

Elle permet du coup de s'adapter comme je le disais et de permettre une continuité des soins dans notre cas.

Par exemple, notre équipe a fait preuve de résilience face à la pandémie de covid qui est venue bouleverser l'intégralité de nos pratiques de manière brutale.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

J'ai fait face en m'adaptant je dirais, nous n'avions pas le choix, il fallait tenir le coup. C'était énormément de changements, d'incertitudes et il fallait tenir le coup et montrer l'exemple pour l'équipe. Je devais être un pilier pour eux durant cette période. Donc je ne me suis pas posée beaucoup de questions, j'ai juste avancé et fait de mon mieux pour les aider au maximum. Durant cette première vague on avait tous l'envie, la motivation de donner le meilleur de nous-même pour vaincre la pandémie. On était poussé par la force de l'équipe, notre rôle de soignant mais également par les encouragements de l'ensemble de la population.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Du coup, les équipes ont fait face durant la première vague en étant très soudées. Elles avaient la volonté de se mobiliser au maximum pour vaincre le virus. L'esprit d'équipe était très important durant la première vague et leur permettait de tenir le coup. Malgré leurs inquiétudes, leurs craintes qui étaient bien réelles, ils ne se sont pas démotivés bien au contraire.

Et je pense aussi que le soutien de la population les a énormément aidés également. Ils avaient le sentiment que leur travail était enfin mis en valeur, qu'on remarquait à quel point ils étaient essentiels.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

C'est simple, nous avons dû littéralement revoir l'organisation entière du service ! (rire)

Pouvez-vous préciser ?

Oui, bien sûr. Alors déjà nous avons changé les plannings, de 7 heures les équipes sont passées en 12h. Nous avons également déménagé l'intégralité du service dans le secteur SSR qui possédait plus de chambres, pour pouvoir prendre en soins plus de patients. Il a fallu vider tout le service et le déplacer en une après-midi, cela n'a pas été de tout repos.

Ensuite, nous avons fusionné avec l'équipe du SSR, donc il a fallu s'organiser pour trouver des manières de travailler ensemble. Avec la cadre du service nous nous sommes accordées sur l'organisation, la réalisation des plannings communs, mettre en place des cellules de soutien pour les équipes, accueillir les renforts, les loger etc.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Comme je vous le disais, j'ai énormément travaillé en binôme avec la cadre du service de SSR. Nous avons des réunions quotidiennes pour l'organisation journalière et la mise en place des nouvelles mesures dès que nous en avons connaissance.

La direction nous a laissé plus de marge de manœuvre durant cette période je trouve. Ils nous donnaient les grandes directives et nous étions seules pour les mettre en place de manière concrète sur le terrain. C'était à la fois très intéressant que l'on nous laisse de l'autonomie et à la fois assez déroutant car on sentait bien que cette autonomie nous été donnée car ils n'avaient pas les réponses eux-mêmes pour faire face.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Pour favoriser leur résilience... (réflexion) Je dirais que j'ai essayé d'être la plus soutenante possible, la plus proche d'eux aussi, de leurs ressentis, leurs craintes. Il était important pour moi de leur montrer qu'ils pouvaient compter sur moi. Avec ma collègue nous avons tenté d'être les plus arrangeantes possibles tout en effectuant les tâches qui nous étaient demandées. La période était exceptionnelle et les équipes devaient se sentir soutenues, nous étions d'autant plus sur le terrain que d'habitude. J'essayais d'être le moins possible dans mon bureau.

On a énormément communiqué avec eux, que ce soit pour leur donner des informations, mais aussi pour avoir leur ressenti. Ça nous semblait très important d'être le plus transparent avec eux dès que nous avions des nouvelles informations et à la fois cela permettait de mettre en place les nouvelles directives avec leur adhésion. La situation n'était vraiment pas simple mais grâce à une bonne communication nous avons réussi à les faire adhérer alors qu'en temps normal, il y aurait eu rébellion si nous imposions des changements de pratique tous les jours (rire).

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Le travail d'équipe a pris toute son importance pendant la pandémie, surtout durant la première vague. Chaque corps professionnel a dû travailler en équipe, en binôme, dans des conditions très différentes de la normale, avec une pression supplémentaire qui était celle de l'incertitude vis-à-vis de la covid. Mais tout le monde s'est très bien débrouillé. Il fallait évidemment accorder tout le monde, si je puis dire et c'était notre travail avec la cadre du service SSR voisin. Les équipes ont d'ailleurs étaient très contentes de travailler avec de nouvelles personnes, beaucoup m'ont dit en ressortir enrichis.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ? Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Les apprentissages liés à la crise que j'ai pu faire... (réflexion)

Je dirais dans un premier temps que j'ai vu à quel point les soignants sont capables de s'adapter, de se réorganiser, de faire face. C'est assez impressionnant de voir à quel point leur capacité d'adaptation est importante. J'ai aussi remarqué depuis ces derniers mois que leur capacité d'adaptation a aussi ses limites malheureusement...La longueur de la crise est en train d'épuiser les soignants.

La crise sanitaire nous a aussi fait remarquer que l'hôpital était capable de laisser plus de place aux décisions émanant des cadres. Pendant la crise j'ai eu l'impression d'avoir plus de marge de manœuvre et plus d'autonomie qu'à l'ordinaire. Les décisions que nous prenions n'étaient pas remises en cause, nous n'avions pas le temps et on estimait que nous étions les plus à même de les prendre, ça c'était très valorisant pour nous. A vrai dire je pense que c'est parce que tout le monde était débordé et dépassé par la situation.

Pour les équipes je pense qu'elles ont eu l'impression d'être réellement indispensable durant la première vague. On s'est rendu compte que le rôle de chacun était nécessaire pour que cela fonctionne. Mais malheureusement, à l'heure actuelle ce n'est plus ce sentiment qui domine. Les équipes sont épuisées et ont le sentiment d'être de nouveau oubliées. Le Ségur de la santé a permis certes une revalorisation, mais en ce moment le manque de personnel très important, les sous-effectifs, les fermetures de lits, les rémunérations qui n'augmentent pas font de nouveau émerger les anciennes problématiques de l'hôpital.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Lors de la première vague, malgré les incertitudes sur la pathologie, il y avait une très grande volonté d'agir des soignants, une mobilisation très importante. Chacun d'entre eux prenait son rôle très à cœur. Le management était certes délicat parce que nous manquions d'informations, qu'il y avait de la peur, de l'angoisse mais la mobilisation des équipes était très importante ce qui m'a vraiment facilité la tâche.

Depuis quelques mois avec les vagues successives, ce n'est plus la même chose. L'épuisement, le ras-le-bol si je puis dire, ont pris la place de la volonté de se mobiliser. Le management me semble plus difficile à l'heure actuelle. J'ai l'impression que la moindre demande de ma part est de trop. Et je peux le comprendre, cela fait des mois que l'équipe est sur sollicitée. Mais à la différence avec la première vague, nous n'avons plus de renfort et nous n'arrivons plus à trouver de remplaçants. La fatigue, la lassitude, etc sont très difficiles à gérer et on sent une réelle baisse d'implication des équipes. Beaucoup ont décidé de démissionner et nous n'arrivons pas à effectuer un recrutement suffisant pour remplacer tous les postes vacants. C'est la preuve d'un réel désintérêt des soignants et de leur épuisement.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Je lui dirais qu'il faut être capable de s'adapter, de soutenir ses équipes, d'être proche d'elles, de bien communiquer avec eux et de s'accrocher parce que la première vague était certes très intense mais c'est la période d'après qui est bien plus difficile à gérer avec l'épuisement des équipes.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

Une crise des soignants mais je pense qu'elle a déjà débuté finalement quand on voit la difficulté de recrutement que nous avons à l'heure actuelle. Et à ça vient s'ajouter une nouvelle vague Covid.

Entretien 5 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Madame C, 38 ans, cadre de santé.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

Je suis diplômée premier clerc de notaire, j'ai ensuite géré deux agences immobilières avant d'effectuer une reconversion professionnelle et obtenir le diplôme d'infirmière. Au bout de trois ans de diplôme je suis devenue cadre de santé, poste que j'occupe depuis maintenant 2 ans.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Il s'agit d'un service de réadaptation, nous accueillons essentiellement des personnes âgées. Il y a deux ailes avec chacune 15 lits de réadaptation.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je m'occupe de la qualité des soins mais également des plannings et de la gestion des absences et des congés.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

De plein fouet.

En mars 2020 je venais d'être nommée cadre du service et j'ai dû mettre en place toutes les mesures de protection des soignants et des patients mais j'étais également l'interlocutrice privilégiée des familles que je devais informer de l'interdiction des visites par exemple.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

La résilience c'est l'acceptation de la situation et donc dans ce cas précis, de la crise sanitaire. Les soignants poussés par l'amour du métier et le sens des responsabilités ont pris beaucoup sur eux afin de continuer à soigner malgré les absences répétées des uns et des autres qui étaient cas contact par exemple, la prise de risque, la peur de ramener le virus chez soi...

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

(Réflexion) J'ai fait face à la situation sanitaire de façon assez difficile tant la situation était stressante et les mesures à mettre en place très chronophages en tant que cadre de santé.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Concernant les équipes il y avait beaucoup de disparités entre les soignants : certains volontaires pour aller travailler en secteur covid et d'autres non. Chacun a fait comme il a pu avec ses propres ressources et appréhensions.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Nous avons fait énormément de réunions d'information dès qu'une mesure de protection évoluait (au début c'était très fréquent) et nous avons mis en place des renforts pour soulager les équipes soignantes.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Je rencontrais la direction tous les jours afin de faire le point sur la situation et de voir ce qu'il était possible de mettre en place pour soulager les équipes.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Je pense que j'étais très disponible et la plus transparente possible dans ma transmission d'informations. Cela me semblait être très important pour que nous arrivions à faire face ensemble.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ? Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ? Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Des disparités sont apparues très rapidement dans les équipes avec des personnes très volontaires pour aller au contact du virus et d'autres qui refusaient catégoriquement. Au début nous nous sommes adaptés et avons écouté les souhaits de chacun mais lors de la deuxième vague nous avons imposé un roulement obligeant chaque soignant à passer en secteur covid. Cela a créé quelques tensions et une ambiance un peu pesante mais cela a été accepté par tout le monde. Je pense que cela illustre bien le concept de résilience des soignants (rire).

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ? Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Au début beaucoup d'appréhension, ensuite lors de la deuxième vague, beaucoup d'inconscience avec des gestes barrières non respectés, un habillage non effectué pour rentrer dans les chambres etc. Le relâchement s'est fait ressentir auprès de la quasi- totalité des soignants.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

De la tolérance envers chaque soignant quel que soit son niveau d'implication durant la crise et du courage, beaucoup de courage (rire).

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

Oui, du côté des soignants. Ils ont été applaudis au début de la crise puis contraints à la vaccination sous peine de licenciement. Cette profession a un besoin viscéral de considération que l'État refuse de lui accorder.

Entretien 6 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Madame J, j'ai 47 ans, je suis cadre de santé dans le service de médecine interne.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

J'ai travaillé en tant qu'infirmière pendant 15 ans avant de passer mon concours pour l'école des cadres et je suis cadre de santé depuis 10 ans. J'ai été cadre durant 5 ans dans un service de chirurgie cardiaque puis pendant 3 ans dans un service de rhumato avant de devenir il y a 2 ans cadre de ce service.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Alors...Le service est composé de 2 ailes d'hospitalisation complète de 11 lits chacune ainsi qu'une aile d'hospitalisation de jour de 15 lits.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je gère toutes les problématiques quotidiennes du service, les plannings, la mise en place des directives qui nous viennent de nos N+1. Je participe aux recrutements, à l'accueil et l'évaluation des stagiaires.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

Pour ma part, le réel impact a eu lieu en termes de réorganisation. Le Covid est venu bouleverser toutes nos pratiques habituelles, toutes nos habitudes et il a fallu se réorganiser très rapidement. Les changements de pratiques, les directives différentes que nous recevions chaque jour au début de la crise ont été très chronophage pour nous. Il fallait ainsi réorganiser les services, mais aussi s'occuper de gérer les familles. Ça n'a pas été simple, nous devions interdire les visites aux familles dans un premier temps mais il fallait leur donner des nouvelles chaque jour de leur proche. J'essayais donc de m'en occuper au maximum pour soulager les équipes qui étaient déjà surchargées de travail.

En bref, la réorganisation du service, les familles, les directives changeantes tous les jours avec de nouvelles modalités à mettre en place c'était ça le quotidien au début de la crise.

Maintenant, avec les vagues successives, nous sommes impactés autrement. C'est plus le manque de personnel qui occupe nos journées. Il est très difficile de trouver des remplaçants en ce moment.

Heureusement que les protocoles sont connus de tous, cela dit, il faut faire de plus en plus de rappel de bonnes pratiques parce qu'on ressent un relâchement au niveau des gestes barrières.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

(Réflexion) Pour moi, le concept de résilience soignante est la capacité d'un soignant à se concentrer sur son cœur de métier pour faire face aux problèmes ou aux changements qui peuvent survenir. Par exemple durant la crise Covid que nous traversons les soignants se sont adaptés, ont modifié leurs pratiques dans le but de continuer à prendre en soin les patients.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

J'ai fait face parce que je n'avais pas le choix (rire). Au début, c'était assez délicat car tout s'est mis en place très rapidement et nous n'étions vraiment pas préparés à cela. J'ai essayé de m'organiser au mieux, en priorisant les choses et en restant concentrée sur l'essentiel, il fallait tenir, montrer l'exemple et faire face. C'était assez difficile, car nous n'avions aucune information sur le Covid et la peur du virus était présente, c'est évident. La peur pour soi, la peur de le ramener à la maison. J'ai d'ailleurs choisi au début de la pandémie de ne pas vivre avec ma famille par peur de les contaminer.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

C'était la même chose pour les soignants, ils ont fait face durant la première vague parce qu'il le fallait, c'était leur rôle et on sentait que ça leur tenait vraiment à cœur. Vous savez c'était la première fois qu'ils étaient autant mis à l'honneur, je pense que ça les a énormément poussés. Nous sommes des professions pour lesquelles la reconnaissance joue énormément.

Mais malgré tout, la peur était présente, les questionnements beaucoup aussi. De manière générale, ils étaient tous mobilisés et prêts à prendre en soins les patients malgré leurs appréhensions. Ils avaient surtout peur de rentrer chez eux et de contaminer leurs proches.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Durant la première vague nous nous sommes adaptés tous ensemble, nous avons réorganisé les plannings dans un souci de prise en soins des patients mais aussi dans un souci de bien-être des équipes. En effet, cela leur permettait d'effectuer plus d'heures sur la journée, mais d'avoir un nombre de repos consécutifs plus important pour tenter de déconnecter du travail.

Nous faisons beaucoup de réunions de service, pour parler des problématiques de chacun et tenter de les résoudre, des problématiques type la garde d'enfants avec les crèches fermées, etc. Une vraie solidarité s'est mise en place durant la première vague.

Nous essayons à l'heure actuelle d'organiser des moments plus conviviaux en équipe hors du travail pour permettre à l'équipe de se retrouver dans un autre contexte, nous avons effectué deux repas de service.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Il y avait des réunions chaque jour avec mes supérieurs pour parler de l'organisation. La communication était très importante et ils nous faisaient pleinement confiance au niveau organisationnel, nous leur remontrions toutes les problématiques et nous essayions lors de ces réunions d'y répondre. Mais il est vrai que durant la première vague, la gestion des informations était pesante

et difficile à gérer. Soit, nous avions trop d'informations, avec des protocoles qui changeaient tous les jours, qui étaient parfois contradictoires comme la grande question du début masque ou pas masque (rire). Ou alors pour d'autres sujets nous manquions cruellement d'informations à transmettre à nos équipes comme par exemple les dates de livraison d'EPI etc. C'était assez difficile à gérer.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Tout au long de la crise, j'ai essayé et j'essaie toujours d'être proche d'eux, de comprendre leurs problématiques, d'entendre leurs craintes, leurs revendications et de les écouter au maximum. Pour moi, cette proximité a un double effet, elle leur permet de se sentir considérés et elle me permet de leur faire passer les messages, les instructions plus facilement.

Pour cela, j'étais le plus possible dans le service, avec eux, les voir évoluer me permettait de cerner les problématiques et de pouvoir les traiter.

La communication est très importante aussi, il faut transmettre les bonnes informations, savoir comment les transmettre et s'assurer que chacun soit au courant pour que cela fonctionne. Pendant la première vague comme je l'ai déjà dit, nous faisions des réunions chaque jour. J'ai toujours été très honnête vis-à-vis des informations que j'avais et que je n'avais pas. La franchise m'a permis de leur montrer que nous étions tous dans le même bateau, qu'ensemble, nous devons faire face malgré le manque d'information et la peur.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Les conséquences sur le travail d'équipe, je dirais que la crise a montré l'importance d'une équipe soignante soudée et qui s'est travailler ensemble et s'écouter. Je m'inclus également dans le lot. La crise a accentué l'importance d'écouter son équipe, de travailler en collaboration avec eux pour favoriser leur adhésion. On s'est rapidement rendu compte au début de la crise qu'il fallait laisser les soignants gérer et les écouter pour qu'ils s'organisent au mieux. Qui mieux qu'eux ne connaît leur travail, personne. Il était donc très important que chacun des corps de métier fasse confiance à l'autre pour gérer les tâches qui leur étaient propres. C'est cette collaboration et ce travail pluridisciplinaire où chacun avait une importance fondamentale qui nous a permis de faire face.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?

Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Du coup... (réflexion) Au niveau des apprentissages, comme je le disais, la crise m'a d'autant plus montré l'importance d'écouter mon équipe, d'être au plus proche d'eux dans mon management, d'une part pour leur apporter mon soutien, mais d'autre part pour être capable de déceler bien plus tôt les problématiques et ainsi de pouvoir agir plus vite.

Je pense que le management de proximité est d'une très grande importance et surtout en ce moment avec des équipes épuisées. J'essaie au maximum de recueillir leurs ressentis et de les soulager au maximum. Être proche d'eux me permet aussi de leur faire comprendre les problématiques que nous rencontrons en tant que cadre à l'heure actuelle. Cela leur permet de se rendre compte qu'ils ne sont pas laissés pour compte et que nous essayons de faire tout ce que nous pouvons pour améliorer leurs conditions de travail qui sont délicates en ce moment.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ? Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Lors de la première vague, la majorité de l'équipe a répondu présente avec une motivation très forte, les valeurs soignantes étaient décuplées, la majorité d'entre elles étaient mobilisés dans le but de vaincre le virus, de prendre en soin les patients et de faire face malgré les difficultés. Évidemment, il y avait des craintes, de la peur, mais dans l'ensemble très peu de soignants de mon service se sont opposés à la prise en soin de patients Covid. Il y avait cette nouveauté, ils étaient mis en valeur, c'était les héros de la population et ça les a énormément motivés durant cette première vague. La valorisation de leur travail à cet instant les a poussés à se surpasser, je pense, peut-être même trop finalement.

Parce que pour les vagues suivantes, c'est très différent. J'ai ressenti leur baisse de motivation, qui est totalement normale au vu d'une crise qui dure d'ailleurs. Mais on a ressenti un relâchement dans les gestes barrières, dans l'implication etc. Après, ils sont humains et lorsque l'on voit que la majorité de la population n'en peut plus d'entendre parler du Covid, les soignants eux aussi sont épuisés, car c'est le quotidien de leur vie personnelle et professionnelle depuis 1 ans et demi maintenant. D'autant plus que la situation dans le service est de plus en plus délicate, un manque de personnel qui ne cesse d'augmenter, avec des remplaçants très difficiles à trouver, beaucoup de départs dans l'équipe, notamment des soignants qui étaient là depuis de nombreuses années. Je ressens vraiment un ras-le-bol qui est général. C'est partout dans l'ensemble de l'hôpital et même partout en France il me semble.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Je lui conseillerais de passer un maximum de temps sur le terrain, au plus proche de son équipe. Il ne faut pas s'enfermer dans son bureau en tant que cadre et encore moins en ce moment. On les porte à bout de bras, la crise dure et ils sont épuisés, on doit continuer de tenir car si nous en tant que cadre on lâche, l'équipe lâche aussi.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

En ce moment, s'il y a une crise que j'anticipe, c'est une crise de notre système de santé. Certes, il a tenu pendant la première vague, mais la crise dure et les soignants sont épuisés, démotivés, certains ont même totalement décidé de changer de voie. Je suis très inquiète quant aux prochains mois/ années, s'il n'y a pas une revalorisation des métiers de la santé importante, je pense que nous courrons à la catastrophe.

Entretien 7 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Mme F, j'ai 26 ans et je suis infirmière, devenue récemment cadre de santé faisant fonction depuis 6 mois

Quelle est votre expérience professionnelle ?

Diplômée depuis 2016, j'ai d'abord commencé par travailler au sein d'une boîte d'intérim afin d'acquérir une expérience et surtout une adaptabilité pour pouvoir faire face aux différents services, missions et soins qui pourraient m'être proposée par la suite.

Suite à cela, j'ai commencé par faire des vacations au sein d'une clinique, et enfin j'ai intégré l'hôpital dans un service de Soins de suite et de réadaptations dans lequel je travaille toujours. Après 3 ans de service et suite à la démission de la cadre, je me suis proposée afin de faire l'intérim en attendant qu'une nouvelle cadre prenne le poste et finalement je suis restée cadre faisant-fonction intégrant bientôt l'école.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/service ?

Le service pour lequel je travaille est un service de Soins de Suite et de Réadaptation, il se compose de 3 ailes, soit 3 services, chacun composé d'environ 25 lits. Chaque équipe se compose de 2 IDE et 2 AS de jour

Nous accueillons une population gériatrique polypathologique, nécessitant de la rééducation. Parfois, nous accueillons aussi des soins palliatifs ou des personnes âgées en attente de place en EHPAD...

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

En ce qui concerne mes activités quotidiennes, la principale activité notamment en ce moment est la gestion des plannings, la coordination des soins, le recrutement.

Je m'occupe également des commandes de matériels divers et variés (dispositifs médicaux, protections...), d'une partie de la démarche qualité, je communique aussi beaucoup avec l'équipe médicale...

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

Ayant pris le poste au début d'un cluster Covid-19, je connaissais déjà l'envers du décor d'un point de vue soignant. J'ai donc dû apprendre et découvrir sur le tas le fait de manager des équipes épuisées et en grande difficulté du fait du manque de personnel titulaire ayant eux-mêmes contracté le Covid-19. Je pense que le plus gros impact a été remarqué sur l'organisation. Nous avons par choix, ouvert des secteurs covid lors des premières vagues avec un nombre de patients raisonnable compte tenu de nos effectifs. Là, c'était nos patients qui contractaient le Covid-19 les uns après les autres, donc en plus grand nombre et avec des effectifs restants tels quels malgré quelques renforts lorsque nous arrivions à recruter des soignants.

L'organisation a été établie pas à pas, en équipe pluridisciplinaire.

La difficulté que j'ai rencontrée, malgré une réussite de prise en soin de nos patients pour lesquels nous n'avons eu aucun décès à déplorer, a été de me positionner en tant que manager alors que quelques semaines auparavant je faisais partie de l'équipe soignante. Sachant bien que mes collègues étaient épuisés, je devais faire preuve à la fois d'empathie mais aussi donner des directives, pas toujours simples à respecter au vu des difficultés et de la lourdeur des soins.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Alors... (réflexion) Selon moi, la résilience d'une équipe soignante est la faculté de rebondir face à des traumatismes ou des difficultés qui leur sont imposés, parfois ces situations pourraient être évitables, d'autres fois non comme dans le cas d'un cluster.

Pour moi, la résilience permet, grâce à des mécanismes spécifiques à chacun de faire face à des traumatismes, des difficultés et de trouver des solutions ou tout simplement de supporter la tension, la pression imposées par ces situations difficiles. C'est notamment grâce à cette résilience que les soignants ont pu faire face à cette pandémie pendant un an et demi, mais je ne pense pas que celle-ci, leur permettant d'avoir une certaine résistance face aux difficultés, soit éternelle...

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

Pour être honnête avec vous, je ne pensais pas que la crise sanitaire allait perdurer et avoir autant d'impact sur nos vies, que ce soit d'un point de vue professionnel, mais aussi personnel. J'étais à un stade de ma vie où je me posais beaucoup de questions sur mon avenir professionnel, sur mon avenir privé, j'avais des projets sur le court et moyen terme qui ont pour la plupart étaient mis entre parenthèses suite à cette crise sanitaire. Mais ! (Exclamation de joie) Cette crise m'a permis d'accéder au poste de cadre, il faut toujours voir le positif ! (Rire)

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

En ce qui concerne mes équipes, je pense qu'au début et comme pour tout le monde, l'attrait de la nouveauté avait quelque chose d'excitant, ils voulaient être au front, ils se sentaient utiles, respectés, ils avaient de la reconnaissance. C'était un changement dans notre routine professionnelle à tous et c'est ce qui nous a fait tenir. Au fil des vagues, on a pu sentir une lassitude s'installer, la fatigue et la répétition de contraintes imposées autant au niveau professionnel que personnel n'a pas aidé, mais ils ont tenu bon et pour la plupart des « piliers » du service, ils sont encore et toujours là, ce qui me semble être une preuve de résilience !

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous.

En tant que manager, j'ai surtout voulu instaurer une relation de confiance, comme je vous l'ai dit, j'ai pris le poste au début d'un cluster alors que je faisais partie des équipes, on se connaissait tous et je tenais à leur montrer que malgré mes nouvelles fonctions, je serais toujours aussi disponible pour eux. Nous avons donc fait des réunions, je leur ai accordé des temps de parole, parfois au milieu d'un couloir, parfois de manière formelle, leurs avis, leurs sentiments et ressentis étaient pour moi les choses les plus importantes. Je souhaitais être la plus disponible pour eux, les rassurer lorsque c'était nécessaire. Suite à cela, notre direction nous a proposé d'inclure davantage les équipes au sein de la vie du service, il a été proposé de réaménager la salle de pause selon leurs idées, de faire des séances de réveil musculaires, des moments conviviaux une fois le cluster passé.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Au niveau de l'articulation avec les autres membres et mes supérieurs, je pense que chacun connaissait son rôle, j'ai bien évidemment été accompagné par ma direction, sachant que je n'avais qu'un mois d'expérience dans le management.

Les avis de chacun étaient écoutés, toutes les propositions faites étaient analysées, ça a créé une véritable cohésion, un vrai travail d'équipe, bien sûr comme partout ça n'a pas toujours été tout rose mais c'était intéressant et formateur.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Le principal levier pour moi a été la communication, la proximité avec mes équipes. Avant d'être cadre, je suis avant tout infirmière, leur collègue pour certains, leur amie pour d'autres. A savoir que cela peut être un avantage comme un désavantage. (Rire)

Le fait de communiquer énormément, d'aller les voir chaque jour, de savoir comment ils allaient réellement, de discuter avec eux des jours, semaines à venir, de leur difficulté et autres, leur permettait de « désamorcer » et de vider leur soupape, c'était une manière de leur montrer qu'ils avaient tout mon soutien et que je tâcherai de les accompagner au mieux.

Dans les moments difficiles et sous tensions comme ceux que l'on a vécu cette dernière année, il n'y a que deux possibilités, se soutenir et s'entraider ou se diviser.

Comme deuxième levier managérial, je dirais que nous avons utilisé et surtout travaillé sur l'organisation afin d'éviter tout stress inutile. En effet, je pense que le fait d'avoir une organisation, des directives claires, permettent de diminuer ce stress qui n'est que grandissant surtout en période de crise sanitaire. De mon point de vue, la communication et le fait de transmettre des directives claires à l'oral et à l'écrit auprès des salariés sont les deux points primordiaux pour favoriser la résilience des équipes, elles évitent d'avoir différents sons de cloches et de ne plus savoir réellement quoi faire sur le terrain, ce qui engendre du stress et donc une diminution de la qualité de vie au travail.

Bien sûr, d'autres leviers ont été mis en place en parallèle, des temps de « répit » autour d'un petit-déjeuner par exemple une fois le cluster passé. Cela a permis aux équipes de discuter, de se voir autrement qu'entre deux chambres ou deux étages. Je pense que c'est important d'avoir y compris au sein de son lieu de travail, des moments qui rappelle à chacun d'entre nous que nous sommes soignants, mais pas seulement, et que nous avons besoin de partager, de vivre des moments plus conviviaux tous ensemble.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Les conséquences sur le travail d'équipe... Il y a du positif et du négatif, mais c'est propre à chaque salarié. Certains se sont révélés être de vrais piliers, faisant preuve d'énormément de solidarité, prenant des initiatives et d'autres au contraire, se sont quelque peu renfermés dans leur pratique habituelle, ne souhaitant pas travailler au sein du secteur covid par exemple. Par peur très certainement.

Pour ce qui est du travail individuel, chacun a continué à faire son travail généralement en bonne et due forme, certains parfois ne se rendant pas compte de la gravité des choses et de la nécessité de respecter certaines consignes.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?

Alors... (Réflexion) Au niveau des apprentissages liés à la crise, je dirais que dans un premier temps celle-ci m'a confortée dans l'idée première que j'avais, la communication est la clé d'une bonne organisation. Ensuite, je dirais que j'ai appris à gérer autant que faire se peut, les peurs et angoisses de

chacun, la colère aussi parfois, mon positionnement ayant changé vis-à-vis de mes équipes, j'ai douté d'avoir le bon positionnement, d'avoir les bons mots et de mes capacités à les accompagner au mieux dans cette crise sanitaire.

En ce qui concerne mes équipes, je pense qu'ils ont appris ce qu'était réellement le travail en équipe. N'étant pas sectorisé et ne travaillant pas réellement en binôme aux vues des horaires de travail pratiqués au sein du service pour lequel je travaille, le travail en équipe est parfois « laissé pour compte », or, dans cette situation bien particulière où les soins devaient être regroupés pour éviter de rentrer à plusieurs reprises dans les chambres et ainsi éviter la propagation du Covid, le travail en équipe s'est montré être un vrai atout et une vraie force. Ça a ainsi poussé les différents salariés à communiquer entre eux, plus qu'à leur habitude et bien sûr à être solidaire.

Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Étant donné que pour moi, l'un des leviers managériaux que l'on a le plus utilisé a été la communication, je dirais que oui ces apprentissages concernent mes méthodes managériales. En pleine découverte du métier, chacune des épreuves, chacun des moments m'a permis d'apprendre, sur la gestion globale d'une équipe, sur leur résilience, sur l'accompagnement et l'écoute à leur fournir.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

N'ayant connu qu'une vague, pour l'instant (rire), je n'ai pas pu observer de différences en tant que manager. En tant qu'infirmière en service, étant donné que j'en ai connu trois, j'ai pu constater comme dit précédemment que lors de la première vague, en tant que soignants, nous présentions un attrait certain pour cette « nouveauté », nous avions envie de soigner, nous nous sentions réellement utiles, puis passé la seconde et la troisième vague, une certaine lassitude a commencé à s'installer et pourtant nous étions parfaitement bien manager par notre cadre et par l'équipe médicale...

En ce qui concerne la réaction des équipes, lors de la première vague, certains étaient volontaires pour aller en secteur covid, d'autres étaient effrayés, il avait donc été décidé de laisser la place aux volontaires. Lors de la seconde vague, les volontaires étaient quelque peu éprouvés, mais sont tout de même restés volontaires, il a été décidé par l'ancienne cadre de mettre en place un roulement en secteur Covid, tous les 15j les équipes tournaient ce qui a permis à certains de souffler un peu et à d'autres de se rendre compte que tout était organisé et sans danger.

Ces directives ont permis d'instaurer une solidarité, un esprit d'entraide et ont renforcé les liens entre les équipes bien qu'avec la fatigue et la lassitude, cet esprit d'équipe ait quelque peu été éprouvé par la suite...

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Alors... (Réflexion) Déjà je lui conseillerai de ne pas se précipiter, de prendre les décisions en équipe pluridisciplinaire, si possible en majorant les « primo-propositions » concernant par exemple les EPI, c'est ce qui a été fait par ma prédécesseur en accord avec la direction et l'équipe médicale et c'est ce qui nous a permis de ne pas contracter de cluster pendant plus d'un an.

Ensuite, je pense que je lui conseillerai de communiquer, d'établir des temps de dialogue avec les équipes, d'essayer au mieux de répondre à leur question malgré l'incertitude et le questionnement personnel que l'on peut avoir face à une situation pareille.

D'organiser des temps de « répit » autour d'un moment convivial tout en respectant les gestes barrières, le fait d'organiser ce genre de moment permet selon moi d'être au plus proche des équipes. Il est parfois difficile pour certains soignant de livrer leurs difficultés et leurs peurs au détour d'une réunion, auprès de leurs collègues, pendant ces moments conviviaux il est parfois plus simple pour eux de s'ouvrir à leur manager car tout reste « informel ».

Enfin, je lui conseillerai de rester soignant tout en étant manager, d'être à l'écoute et d'avancer pas à pas. De ne pas paniquer, de communiquer encore et toujours, d'exposer les difficultés rencontrées à ses N+1 et de chercher des solutions à chaque problématique rencontrée de manière pluridisciplinaire.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

De vous à moi, je pense que l'on peut anticiper une quatrième vague, le taux de vaccination augmente, c'est une réalité, mais les cas de Covid continue d'augmenter jour après jour. A cela, il faudra ajouter le manque considérable de personnel soignant, on peut le constater sur le terrain depuis quelques mois déjà... En résumé c'est une crise au milieu d'une autre crise.

Entretien 8 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Madame M, 45 ans, cadre de santé

Quelle est votre expérience professionnelle ?

De filière infirmière, avec un parcours professionnel où j'ai commencé en tant qu'auxiliaire de puériculture, ensuite infirmière, faisant fonction cadre, concours, école des cadres et cadre.

A la sortie de l'école, j'ai été nommé dans le service d'endocrino, diabéto, nutrition au CHU L et au bout de 3 ans, j'ai souhaité changer et je suis revenue à mes premiers amour, la pneumologie où j'avais fait toute ma carrière d'infirmière et également où j'étais faisant fonction cadre.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Dans le service nous avons 31 lits en temps normal.

Pendant la première vague en mars 2020, on a fait que des chambres individuelles donc 21 lits.

Deuxième vague, on a ouvert 8 lits de Covid donc plus que 13 patients de pneumo qui donc se retrouvent dans le service avec les patients covid. Chose pas simple du tout, mais nous n'avons jamais eu de contamination croisée.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je m'occupe de toute l'organisation du service, des plannings, de la qualité des soins, des problèmes quotidiens, de la gestion des commandes...

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

Alors...(réflexion) En mars 2020, j'étais dans le pôle EMMBRUN, pôle qui a été transformé pour accueillir les patients covid parce que le MIT débordait.

Donc, durant la première vague, nous avons monté de toute pièce, avec ma collègue cadre d'hospitalisation semaine, un service entier d'accueil des patients Covid. C'était un service d'orientation qui s'appelait le Covidora. Il accueillait les patients pour débloquer les urgences et les tentes où les patients s'accumulaient.

Donc, on hospitalisait les patients sans avoir les résultats PCR et quand ils étaient covid plus ils étaient mutés dans d'autres services covid. C'était un système de tri, mais au final nous avons également été un service d'hospitalisation, car certains patients n'avaient pas de place ou pas le temps d'être mutés. On les a accompagnés pour beaucoup jusqu'au bout très vite, en quelques heures.

Deuxième vague, je deviens cadre ici, un service de pneumo qui n'avait pas connu la première vague. Je suis arrivée dans une équipe qui n'avait pas de cadre depuis 3 ans. Ça n'a pas été facile, mais on l'a fait. Mais là, les équipes sont épuisées.

On a dû réorganiser le service entièrement pour les deux ailes comme je vous disais donc on a créé une salle de soin covid et une non covid par exemple, mais également réorganiser tout le matériel, les plannings des soignants, etc.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Alors déjà pour moi, de manière générale, c'est la capacité que l'on a de vivre quelque chose de traumatisant, de rebondir après ce traumatisme, de se saisir de ce traumatisme pour avancer et continuer à vivre comme avant.

(Moment de réflexion) Après la résilience, je dirais qu'on l'a tous en nous, ça vient de notre éducation, de notre vécu, des personnes qui nous entourent etc. Et parfois ça vient suite à un événement particulier qui fait que ça se réveille.

Je pense que tous les soignants sont résilients, ils sont résilients, car ils sont toujours présents aujourd'hui. Après attention certains en ont eu marre, non pas des soins ou de leur travail, mais de la considération de l'institution et ont dit stop, je veux autre chose pour ma vie.

Mais, de manière générale ils sont résilients car ils arrivent à revenir à l'état normal entre les différentes vagues et à s'adapter lorsque les vagues reprennent, mais là ils sont épuisés on a énormément d'arrêts maladie.

Et puis autant la première vague, on a senti que les soignants faisaient face parce qu'ils étaient poussés par des sentiments de cohésion, de soutien surtout au niveau médiatique, national, par leur mise en valeur.

Mais après pour les deuxièmes et troisièmes vagues, tout ça n'existe plus et on a eu des patients beaucoup plus exigeants, plus désagréables, qui nous pistaient, nous craignaient à cause du covid ... Et maintenant ils sont un petit peu dégoûtés et de moins en moins résilients.

3- Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

Je suis quelqu'un qui fait preuve d'une grande résilience dans ma vie personnelle, c'est un terme que j'ai découvert adulte et je trouvais que ça m'allait très bien. (Rire)

Mais là, je sens quand même qu'au fur à mesure qu'on nous agresse dans notre quotidien, parce que c'est une réelle agression dans notre travail habituel cette pandémie, ma résilience à ses limites. Et puis on a le covid au travail, le covid à la maison, le covid dans les médias, on ne déconnecte jamais.

Je pensais avoir énormément d'énergie, de résilience mais là, je ne l'ai plus cette énergie parce que la situation dure. Et maintenant le challenge pour moi c'est de remonter très vite la pente, de faire preuve de résilience. Je suis un petit peu dans le creux de la vague mais je dois remonter très vite pour que ça ne tombe pas en déescalade sur mon équipe.

En fait, c'est un bateau, on a besoin de tous les marins, mais si on n'a pas de capitaine, on coule. Donc la résilience de l'équipe finalement, elle vient en premier de la résilience du cadre. (Rire)

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Pendant la première vague, quand nous avons monté le service Covidora ça s'est fait avec une équipe qui a été créée de toutes pièces avec tous les agents qui avaient été récupérés dans les services fermés ou à activité réduite.

On s'est retrouvé avec des agents d'hospitalisation ORL, d'hospitalisation de jour dermato, des agents d'orthopédie... En gros, des agents qui n'avaient plus la vision de la médecine aigüe, de réaction d'urgence. Il fallait organiser entièrement le service, les plannings, etc. Les membres de l'équipe se sont adaptés, ceux qui pouvaient faire des nuits ou non, qui avaient des enfants, etc. Mais c'était la première vague, on s'est senti pousser des ailes, il fallait répondre, c'était une espèce de guerre, on y a été sans masque, sans tenue, sans rien, et ça c'est très bien passé. Il y avait une cohésion d'équipe qui est née très vite, malgré au départ pour certains une absence quasi complète de connaissance, mais qui ont suivi car poussé par leur volonté et leur détermination.

Là, par exemple dans le service de pneumo qui est donc divisé en deux parties Covid et non Covid. Pour la seconde vague, mon équipe a vécu ce qui n'est pas vécu dans un service uniquement covid, c'est l'isolement.

Elles sont isolées, car je leur demande de ne pas aller dans la salle de repos des autres, de ne pas prendre en soin les autres patients etc, par mesure de précautions.

Il y a eu une scission où certains ne voulaient pas aller au Covid, il y avait des peurs, cela changeait les habitudes, ça reste aussi des prises en charge difficiles, différentes avec des patients instables. Un nombre très important de décès assez rapide et violent. En plus, au début on arrivait à muter nos patients en réanimation ou en soins intensifs, mais à la troisième vague on nous a donné les optiflo pour maintenir les patients au maximum dans le service lorsqu'ils se dégradaient. A chaque fois, on leur rajoute des tâches, des compétences en plus à acquérir pour éviter de transférer les patients. Et malgré tout, ils sont toujours là, alors oui certains sont là pour un travail alimentaire, mais on sent que la majorité de nos soignants sont là parce qu'ils aiment leur métier, ils aiment s'occuper des gens. Je n'aime pas parler de vocation, car ça a une connotation religieuse, mais ils ont le sens du métier, le don de soi, mais là ils ont peut-être assez donné. (Rire)

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

En tant que cadre, c'était assez difficile parce qu'on ne savait pas où on allait. Ce qui était important, c'était de protéger les équipes, de tout mettre en place au niveau organisation, parce que rien que l'organisation pour entrer dans le service était compliqué. Il fallait entrer par un endroit, ressortir par un autre, désinfecter les chaussures, etc. Parce qu'au début on n'avait aucune information sur la pathologie et on a fait des choses inutiles.

Pendant la première vague, dans le service covidora, c'était important d'être présente. Nous étions

deux cadres, il fallait expliquer aux agents qui avaient été déchirés d'un service, d'une équipe, d'une activité, de leur cadre aussi, que nous étions là, nous étions tous dans la même galère. On a écouté les désirs de chacun, même si on n'a pas pu respecter les désirs de tous. Mais on a essayé de faire au mieux. Et surtout nous étions présentes de 12 à 14 heures par jour, même sans que l'institution ne nous le demande on a donné de nous parce qu'on faisait partie de l'équipe. Mais il fallait un soutien moral, social, c'était primordial. Pouvoir manger avec l'équipe, échanger avec eux, cette présence était très très importante. Et après, il y avait tout le soutien logistique, c'est-à-dire qu'il fallait quelqu'un qui gère l'arrivée du matériel, du linge etc. Ça a été vraiment ça la première vague, un tsunami qui au final est passé très vite.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Alors pendant la première vague, c'était très difficile, on a eu de grandes difficultés avec les services transversaux, la blanchisserie était fermée, l'équipement matériel pareil, car avec le confinement pour les personnes qui n'étaient pas dans les soins, beaucoup d'agents étaient chez eux. Le service minimum était assuré, mais ne suffisait pas donc c'était à nous de gérer.

Les ressources humaines on les avait, mais l'organisation était très difficile à gérer notamment avec les renforts.

Il y a eu des cellules de crise quotidiennes où l'on disait les choses, on pensait avoir été entendu, mais non. Parce que ce que l'on vit, on est nous dans notre sphère, mais on n'a pas le regard plus élargi des fonctions managériales supérieures. Et là, on se rend compte avec la quatrième vague qu'il y a des enjeux de pouvoirs médicaux. Les médecins sont en train de monter des murs car ils ne veulent plus l'arrêt de leur activité donc ça marche au chantage. On entend des discours comme : « moi je ne prendrai pas de covid parce que mon activité est essentielle ». Donc on a peu de services qui veulent monter en charge et on va se retrouver comme pour la première vague à devoir faire ça dans la précipitation.

A l'heure actuelle, nos cadres supérieures sont autant débordés que nous. Le cadre supérieur est débordé, la direction des soins a eu énormément de choses à gérer et à l'heure actuelle ils sont débordés à cause des problématiques de recrutement.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

(Réflexion) Je dirais en tant que cadre qu'il faut les tenir à bout de bras, on fait de la négociation en permanence.

Ce que j'ai remarqué, c'est que la présence est très importante. Ce qui fait vivre les situations de crises au mieux c'est d'être dans une réelle proximité. Ne pas rester enfermé dans son bureau, je parle d'une vraie présence.

Il faut montrer que le manager de proximité sait ce que c'est la vie du terrain et ça si on pouvait le conserver et rendre notre métier moins administratif ce serait un vrai plus pour le futur. Il faut absolument conserver des connaissances soignantes, être présente sur le terrain. Quand on sent que la situation devient compliquée, que l'on entend les soignants se plaindre, il faut l'entendre et le prendre en compte pour agir. Il faut connaître ses agents, savoir ceux qui sont résistants, ceux à qui on peut demander, même s'il ne faut pas toujours demander aux mêmes, savoir celui dont il faut prendre plus soin.

Le management, c'est de l'observation, c'est pas que des grands concepts, des grandes théories. Il n'y a pas que ça, certes, c'est important mais c'est surtout de l'observation au quotidien. On le voit dans la manière avec laquelle les membres de son équipe entrent en service, si elles arrivent avec entrain ou au contraire avec le visage fermé.

Et je peux vous dire qu'à l'heure actuelle on ne voit plus d'entrain, on sent vraiment une fatigue.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ? Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ? Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Je n'ai jamais vu, à aucun moment dans ma carrière, je n'ai vu se mettre en place une telle cohésion médicale/paramédicale où même les médecins formaient, donnaient des cours, prenaient du temps pour expliquer la pathologie, ce qu'il se passait lorsque les patients décompensaient, etc.

Les fins de vie sont rapides et brutales, pour affronter cela les soignants ont besoin d'une très grosse cohésion et le travail d'équipe s'est très rapidement mis en place sans aucun problème. Et il en faut de la cohésion pour affronter des situations où nous avons été les derniers à poser le regard sur ces patients qui mouraient seuls, sans famille et qui après étaient emballés dans un double sac avec pour seul contact la javel pour le désinfecter...

Donc c'était assez difficile à vivre et le travail d'équipe était une nécessité pour tenir le coup.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Oui forcément, durant la première vague, comme je le disais, il y avait cette mobilisation très intense, ce devoir qui mobilise avec ferveur.

Là si on prend l'exemple de la seconde vague ça devient beaucoup plus difficile. On sent un épuisement réel de l'équipe. Quand je leur ai demandé qui veut changer de planning et passer de nuit, elles m'ont répondu « oh beh non, je suis épuisée... mais bon si on n'a pas le choix ». Et non nous n'avions pas le choix et elles le font. Mais on se rend compte que petit à petit, elles sont à bout. Et à l'heure actuelle, l'organisation et la routine sont très importantes, car c'est ce qui leur permet de tenir. On sent que s'il y a un petit truc qui ne va pas, un petit problème devient un énorme problème. J'ai l'impression qu'on est en train de grignoter leur résilience parce que c'est une répétition, une accumulation d'une situation qui dure sans considération de l'institution à leur égard.

Certes les soignants sont résilients mais pour être résilient il faut de la ressource et là on sent qu'il n'y a plus de ressource.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

De s'accrocher (Rire). Non je lui dirais surtout qu'il faut être proche de son équipe pour l'aider à tenir. Être présente dans le service, être à leur écoute c'est primordial.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

Une pénurie de soignant et d'autant plus avec l'obligation vaccinale.

On sent qu'il y a un manque cruel de reconnaissance des soignants. Une reconnaissance qui passe par les moyens, l'argent, mais aussi une reconnaissance morale avec des patients qui deviennent de plus en plus exigeants, comme la société finalement. Le soin est devenu une consommation et j'ai peur que cela nous amène à une crise, car les soignants seront à bout de souffle.

Entretien 9 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Madame T, j'ai 47 ans et je suis cadre de santé.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

Anciennement infirmière je suis devenu cadre de santé il y a 3 ans maintenant.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Je suis cadre de santé dans un service SSR de 25 lits composés de deux ailes, nous accueillons surtout des patients gériatriques en post interventions chirurgicales.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je gère toute l'organisation du service, que ce soit les plannings, le management des soignants, les relations avec les familles etc.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

Le premier impact a été surtout en termes de réorganisation des plannings du personnel en particulier surtout par rapport aux contraintes personnelles qu'avaient les soignants dans mon service.

Le 2e impact a été au niveau des familles des personnes hospitalisées, elles nous questionnaient énormément et remettaient en cause nos décisions concernant les choix que nous avons pris.

Concrètement, ce ne sont pas les malades du Covid qui nous ont impactés mais plutôt les décisions prises pour faire face.

Aujourd'hui encore des mesures sont prises pour faire en sorte d'optimiser et de prévoir les éventuelles vagues futures même si nous avons pris l'habitude de travailler dans ce climat d'urgence permanent.

Ça devient vraiment une habitude et c'est assez lourd mentalement et psychologiquement pour les équipes et pour moi même

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Je crois que la résilience d'une équipe soignante est le fait de rendre l'équipe performante et de faire en sorte qu'elle puisse faire face à tout chamboulement comme la crise de COVID-19.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

Disons que ça a été un chamboulement pour tout le monde et je ne suis pas du genre à m'apitoyer sur mon sort mais cela a pas mal bousculé ma vie personnelle, comme professionnelle. Après j'ai appris à travailler différemment, remettre en question certaines méthodes de travail ce qui rend aujourd'hui

mon travail différent mais plus optimisé.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

J'ai la chance d'avoir un petit service sous ma responsabilité. J'ai également la chance de bien m'entendre avec tous mes collaborateurs. Nous sommes 8. La première crise, c'est assez paradoxal mais, s'est mieux passé que les crises que nous avons connu cet hiver. Les équipes se sont mobilisées elles-mêmes. Ce qui m'a aidé dans mon travail. C'est dur de dire ça mais le Covid a permis de renforcer l'esprit d'équipe et du coup de mieux faire face ensemble au chamboulement de la crise.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Rentrons dans l'opérationnel : la première chose faite a été de compter nos stocks. C'est bête mais nous n'avions aucun visuel sur nos stocks de masques, nos d'EPI. Après les transmissions qui durent habituellement 30 min, duraient environ 1h, nous échangeons sur les différents scénarios possibles. J'ai décidé de mettre en place un groupe WhatsApp pour que nous échangeons. Mon gros problème n'était pas tant la réorganisation du service au niveau des problématiques médicales mais plus des problématiques personnelles des soignants qui devaient garder leurs enfants car ils n'allaient pas à l'école. Je jonglais en permanence pour savoir qui pouvait venir ? À quelle heure ? Comment ? J'ai décidé également avec l'aval de la direction de faire un secteur spécial Covid. Nous avions 2 lits.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Bien sûr nous étions en permanence en contact. Nous avions à peu près 2 ou 3 réunions mensuelles, elles sont passées à 2 ou 3 hebdomadaires. Nous étions dans l'urgence et traitions les problématiques opérationnelles. Pas de stratégie particulière, nous avançons au jour le jour.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Communication ! Communication ! Communication ! Échanges et transparence sont mes maîtres mots. Nous sommes dans un même bateau direction et subordonnés. Nous devons accomplir une mission de service public. Pour ça j'ai eu la chance d'avoir une équipe déjà résiliente on va dire.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Nous nous sommes rendus compte, la direction et moi-même de la capacité des équipes à être force de proposition dans ce genre de situation. Hier nous dirigions à 2 ou 3 personnes aujourd'hui l'avis du personnel soignant, aide-soignante, infirmière, et même des ASH, est important.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?

Je communique plus. Je suis plus à l'écoute et le personnel également. C'est ça que nous devons retenir de la crise. Faire confiance aux autres.

Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Complètement.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ? Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Complètement, la première vague a été plus facile à gérer en termes de relations humaines que la 2e la 3e et sûrement que la 4e car c'était quelque chose d'inédit pour les gens, moi en premier. Je trouvais assez haletant d'aller au travail avec quelque chose de nouveau à gérer même si c'était des problèmes assez importants surtout dans une structure sanitaire. Le fait que ça soit nouveau a permis d'observer de nouveaux comportements pour les équipes, en bien. Cependant le fait de la routine dans les deuxièmes et 3e vague ont été complètement différentes à gérer cela a été beaucoup plus difficile.

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Pas du tout comme je vous l'ai dit.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

D'être patiente. D'aimer son travail, d'être à l'écoute des autres et de ne pas compter ses heures.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

À l'heure d'aujourd'hui nous anticipons tout. Ce qui est bien c'est que nous sommes prêts. Comme le gouvernement. Comme les instances politiques. Et comme les Français. Cependant j'espère vraiment que ça ne chamboulera pas autant le système.

Entretien 10 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Madame W, j'ai 56 ans, je suis cadre de santé depuis 20 ans.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

J'ai été infirmière puis j'ai passé l'école des cadres il y a maintenant 20 ans, j'ai travaillé dans énormément de services tels que la chirurgie, la médecine, les urgences, l'hospitalisation de jour etc avant d'arriver ici depuis maintenant 6 ans.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Nous sommes un service de médecine composé de 22 lits répartis en deux secteurs.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je gère toute l'organisation du service, les plannings, les relations avec les agents, les familles etc.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

L'établissement a été affecté frontalement par la crise. Personne ne s'attendait que le Covid prendrait une aussi grande ampleur. On a été impacté par les mesures prises par la directrice des soins et la direction de l'établissement. Surtout sur l'hygiène et le « flicage des familles ». Ça a été le plus dur.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

La résilience c'est la capacité qu'une personne possède pour surmonter les émotions et les chocs. J'espère avoir raison. (Rires)

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

Comme l'ensemble du personnel soignant, on a fait face. C'est tout. On ne pensait jamais être préparé à ce genre d'événement et nous avons tenu bon. On s'est serré les coudes (rires). Ça a été dur pour moi car cela a tout chamboulé dans l'organisation. Ma routine a complètement disparu. J'aime bien ma petite routine moi (rires).

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Elles ont fait face. On n'avait pas le choix. Le coiffeur ou le primeur s'il ferme il n'y a pas mort d'hommes. Nous si un peu quand même. Certaines personnes du service étaient très dévouées. D'autre pas. Ça met en avant les états d'esprits des personnes.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Il a fallu expliquer aux infirmières et aux aide soignants que nous étions dans une situation de crise extrême. Déjà eux ont eu du mal à le comprendre. Donc la première chose a été d'informer sans cesse sur la gravité de la situation. Après ça nous avons sectorisé les patients par type. Par exemple, les patients à risque important étaient ensemble et nous prenions les plus grandes précautions. Après les repas ont été servi en chambre ce qui a réorganisé le travail des ASH et des tournées, donc indirectement de mes plannings. Ça a été le bazar (rires)

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Nous avons fait preuve de flexibilité. La crise nous a permis d'être flexible ensemble car nous étions tous impactés. Nous avons énormément communiqué. J'étais entre les infirmières et la direction et je jouais un peu au téléphone arabe.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

J'ai beaucoup joué sur l'affect, je me suis en quelque sorte livrée lorsque je le pouvais parce qu'à certains moments dans le rush, on oubliait parfois de parler aux équipes, focalisées sur nos tâches de

gestionnaires et sur les ordres que l'on recevait de la part de la direction. Mais dans l'ensemble dès que je le pouvais j'essayais de communiquer ce qui était communicable.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Aux alentours de juin 2020, je me suis imaginée que le COVID avait changé les choses. Je me suis trompé. Pas de conséquences sur les mentalités. Désolé mais c'est la vérité. La conséquence est simplement que nous avons plus de stock d'EPI.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?

Personnellement, paradoxalement le Covid m'a redonné confiance en moi. Ma gestion est plus souple mais ne perd pas en efficacité. Je pense être moins stressée. Concernant les équipes, hormis la période de février-juin 2020, il n'y pas beaucoup d'apprentissage.

Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Pour ma part oui, ma capacité d'adaptation a été énorme je trouve. Je pense que ce terme de résilience est sous-coté car il résume beaucoup de choses qui concerne notre travail.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Comme je vous ai dit, la période de février – juin 2020 la gestion d'équipe a été fortement chamboulée. Mais les comportements des équipes étaient différents. La première vague a été plus importante mais la gestion d'équipe plus facile. La deuxième vague une routine s'est installée et les apprentissages non retenus de la part des équipes. Ce n'est que mon avis.

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Comme je vous l'ai dit non. Enfin pour certain oui, pour certain non. Comme d'habitude.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Il faut rester à sa place malgré les difficultés du management des situations. Répondre à toutes les demandes. Prendre soin des patients est la priorité pour moi. Comprendre et agir vite. Être dynamique et dans le feu de l'action. Les personnes qui tergiversent ne peuvent pas avoir des postes comme celui que j'occupe aujourd'hui.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

J'espère que le plus gros est derrière nous. La plus grosse crise que nous traversons est celle du recrutement et celle du manque d'effectif. J'espère qu'il va y avoir des prises de conscience.

Entretien 11 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Madame P. J'ai 42 ans et je suis cadre de santé.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

Je suis cadre de santé depuis 2016 après avoir été infirmière pendant 10 ans.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Notre service est un service de soins de longue durée, les patients sont des personnes âgées, hospitalisées avec des durées de séjour assez longue en provenance pour la plupart de maison de retraite. En effet, dès que les EHPAD ne sont plus en capacité de prendre en soins les patients parce qu'ils sont trop fragiles, nous les accueillons. Nous avons ainsi des patients très âgés, multipathologiques, fragilisés et de nombreuses fins de vie.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je m'occupe de toute la gestion du service, la gestion des équipes, l'organisation quotidienne, l'articulation avec les autres services, l'équipe médicale etc.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

L'impact a été important pour moi, moralement et physiquement car j'ai contracté le COVID donc je sais de quoi je parle. En terme professionnel ça a été très dur et personnellement également car il y avait énormément de contraintes, par exemple mes enfants ne pouvaient pas aller à l'école.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

La résilience d'une équipe c'est à mon avis le fait de s'entraider et de faire face au chamboulement, crises, événements perturbateurs sans compromettre la qualité du travail.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

J'ai fait face à la crise dans mon lit en premier temps car j'ai été clouée 3 semaines à mon domicile. J'ai eu un profond sentiment de culpabilité pour mon équipe mais aussi pour ma famille.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Cela a été très compliqué pour les équipes au départ, mais elles se sont adaptées. J'ai eu de la chance d'être remplacée pendant mon absence, ce qui a permis la continuité et l'organisation du service durant

la première vague. Je communiquais avec la faisant fonction cadre et nous avons réussi à organiser le service. Les équipes étaient très impliquées, ce qui nous a fortement facilité la tâche.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Nous avons réservé une aile pour les patients COVID. Il a donc fallu réorganiser tout le service, les entrées, sorties, une salle de soins différentes, des vestiaires différents etc...

Nous avons également modifié les plannings pour que les équipes passent de 7h à 12h permettant ainsi d'avoir plus de jours de repos à la suite. Nous avons réorganisé les visites pour les familles.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Tout le monde était plus alerte. L'articulation avec les collègues s'est faite de manière naturelle. Une grande solidarité a eu lieu entre les différents cadres de service. Chacun essayant de s'aider au mieux.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Le principal levier fut la reconnaissance du travail fait par mon équipe et en particulier de la faisant fonction cadre qui a tenu bon pendant mon absence. Il me semblait important de les féliciter de tenir bon, de s'accrocher. Cela les a aidés à continuer d'avancer je pense. J'ai également joué la carte de la franchise vis-à-vis des informations que j'avais et je pense que l'ensemble de l'équipe a apprécié.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Il y a eu beaucoup de conséquences sur le travail d'équipe je pense. L'esprit d'équipe a réellement pris toute son importance durant cette crise. C'était nécessaire pour les soignants d'être unis et de faire face ensemble. Enfin du moins durant la première vague, parce qu'à l'heure actuelle cette dimension se dégrade un peu je trouve. Je pense que les équipes sont épuisées, nous avons eu énormément de démissions et je pense que l'esprit d'équipe se dégrade un peu.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?

Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Je dirais que la crise m'a fait prendre conscience de l'importance de replacer le patient au centre dans les établissements de santé. C'est vrai nous sommes souvent trop occupés par des tâches administratives très chronophage et la crise sanitaire, notamment la première vague, a mis tout ça en stand-by. Et finalement on se rend compte que c'est vraiment la place du patient au centre qui est le plus important pour une bonne prise en soin.

Il est vrai que la période a été très compliquée pour l'équipe, mais nous essayons malgré tout d'en tirer du positif. Nous avons tenu le coup, nous avons fait face, ensemble en s'adaptant, en étant soudés et c'est ça qu'il faut retenir. Nous avons été résilients du coup c'est ça ? (Rire)

Cette crise nous a permis à chacun d'évoluer que ce soit personnellement mais aussi professionnellement.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Oui toutes les périodes ont été différentes. Pendant la première vague, certes l'organisation était totalement chamboulée, mais la gestion de l'équipe était plus simple car ils étaient tous motivés. Il y avait la nouveauté, l'envie de soigner, la force du groupe mais aussi le soutien de la population qui jouaient beaucoup.

La deuxième vague et les suivantes ont été plus difficiles parce qu'une sorte de routine s'est installée. Il est de plus en plus difficile de faire respecter les gestes barrières par exemple. La peur du virus est bien moins présente. On sent un relâchement au niveau des équipes, une baisse de motivation. Après attention il y a aussi un épuisement face à une situation qui dure depuis plus d'un an. Finalement aujourd'hui ce n'est pas l'organisation qui est difficile car nous sommes rodés je dirais, mais c'est le turn over des équipes, il y a beaucoup de départs et les remplaçants sont très difficiles à recruter.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Je lui dirais d'être très à l'écoute de son équipe pour lui permettre de déceler les problématiques avant qu'elles ne prennent trop d'ampleur. Il faut être sur le terrain au maximum pour pouvoir observer. Il faut connaître les membres de son équipe pour savoir à qui demander quoi et quand. La communication est extrêmement importante, que ce soit avec son équipe mais aussi avec les autres services car l'échange de savoir, de pratiques permettent d'avancer, de s'organiser au mieux et de trouver des solutions ensemble.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

Je dirais une quatrième vague. Après, nous sommes en crise permanente depuis mars 2020. La crise Covid devient routinière, nous sommes préparés. J'espère que cette quatrième vague bousculera moins la France et le système.

Entretien 12 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Madame H, je suis cadre de santé puéricultrice, et j'ai 61 ans (déjà). Je suis IDE puéricultrice depuis 28 ans, et cadre de santé depuis 16 ans (j'ai été FFC, puis j'ai effectué ma formation de cadre au CHU lorsqu'ils m'ont financées). J'ai 3 grands enfants et même des petits enfants, et j'adore mon métier, même si je commence un peu à fatiguer. Je suis dans ce service pédiatrique depuis 6 ans à peu près je crois, et je pense bien terminer ma carrière ici sauf mauvaise surprise, mais en tous les cas je n'ai pas l'intention de lâcher mon service maintenant.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

J'ai un parcours d'IDE puéricultrice assez classique : j'ai été diplômée PDE en 1993, peu de temps après l'obtention de mon diplôme d'IDE, puis j'ai exercé en maternité et néonatalogie pendant environ 3 ans, puis je suis partie en crèche pour avoir un rythme de travail plus souple et régulier compatible avec ma vie privée et mes enfants. Et une fois que personnellement, j'étais plus disponible, je suis retournée en service actif pour retrouver la technicité des soins, des entrées et sorties régulières et le monde de l'hôpital que j'aime. Je n'aime pas vraiment la monotonie et j'ai besoin de challenges et d'enjeux pour me donner à fond. Donc ici je suis bien servie oui.

J'ai ensuite rapidement intégré l'école des cadres dont je suis sortie diplômée en 2004. Depuis j'exerce comme cadre dans le public, je suis restée dans ce secteur volontairement, et du fait de ma spécialité de puéricultrice, soit en maternité, soit en services. Une fois titulaire, je n'ai plus eu envie de partir, ou à certains moments le courage. Je me suis déjà demandée si c'était mieux ou pire ailleurs, mais ce n'est pas maintenant que je vais changer, je n'ai plus toute mon énergie (rire).

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Ce service on l'appelle chez nous médecine pédiatrique, et il accueille des enfants de 0 à 16 ans (et l'âge fluctue énormément) atteints de pathologies variées. Ça peut aller de la bronchiolite, ou aux épisodes de gastroentérite ; voire à des diagnostics sur des troubles endocrinologiques chroniques ; des problèmes hépato-gastro... Bref, tout un tas de choses. En ce moment sur les pics de chaleur il y a par exemple une vague de déshydratation, heureusement pas trop grave.

On a 28 chambres seules dont certaines (2) qu'on utilise pour la surveillance plus rapprochée, proches de la salle de soins des puérils. Il y a aussi une salle des familles qu'on utilise pour les visites, surtout en ce moment. Pour les parents ou autre, une couchette est mise à disposition quasi systématiquement dans la chambre.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Alors les journées sont variables mais elles demandent en numéro 1 la gestion globale des équipes : accueil des nouveaux professionnels ; entretiens annuels et surtout la réalisation des plannings. C'est sûrement l'activité la plus chronophage, surtout en ce moment avec l'absentéisme et le turn-over des équipes. Mais ce n'est pas nouveau, les équipes sont variables, même si je dois avouer qu'en pédiatrie nous sommes plutôt bien lotis, du fait de l'attraction pour les tous petits. Mais le planning c'est vraiment ce que le personnel attend toujours avec une grande impatience, et je les comprends car ça a une répercussion énorme sur leur vie personnelle. Mais du coup, ils me mettent la pression quand je suis en retard pour le rendre, et ça maintient cette petite pression permanente, tous les mois (rire). Bien sûr, il y a aussi toute la coordination des parcours des patients afin de croiser les différents intervenants et la gestion globale du service que vous devez bien connaître. Ensuite, un autre gros morceau c'est la gestion des familles et ça s'est très chronophage et demande beaucoup d'implication et de patience. Les parents sont souvent en détresse et il faut être très diplomates et compréhensifs pour pouvoir les accompagner. Ce sont souvent les auxiliaires ou les PDE qui, en première ligne s'y frottent, mais dès qu'il y a besoin de plus, je suis l'interlocuteur privilégié. Souvent en cas de mécontentement d'ailleurs (rires). Ensuite, il y a diverses missions, ça va de l'organisation de l'accueil et de l'encadrement des étudiants : AP, AS, IDE, PDE, AMP (sauf les internes, ça on le laisse à nos médecins) ; et après en plus, bien sûr il y a des réunions hebdomadaires avec les collègues ou nos supérieurs ; une participation aux instances CLIN ; CLAN ; CLUD... Enfin une vraie vie de service bien chargée où il faut être multifonction, et en plus toujours garder le sourire, car tout le monde vient nous voir quand ça ne va pas (j'exagère un peu, mais souvent tout du moins), et on doit donc souvent

être en capacité de proposer des solutions, peu importe le problème (rire, le cadre sait toujours tout ou aura toujours la solution non ? rire)

Partie 2- Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

Nécessité de bien préciser que je souhaite qu'elle me parle en tant que cadre du service, et non en tant que personne ou équipe entière.

Notre rôle a été principalement de faire appliquer les directives que recevait l'hôpital et les cadres supérieurs, dans les services. Je devais donc veiller à la bonne application des changements sur le terrain, et ça a impliqué un petit côté gendarme que je n'ai pas d'habitude. Notamment au début lors de la pénurie de matériel, nous avons dû être les garants de la bonne répartition. On a également mis certaines tâches de côté, et on a fait tout ce qu'on savait faire pour aider des collègues ou même d'autres professions pour les alléger si possible. Il faut être logique quand c'est comme ça et se répartir les tâches stratégiquement. La création des services Covid a par exemple demandée une grosse implication des cadres pour l'organisation et la mise en œuvre. Mon service moi n'a pas été impacté directement car nous avons continué notre activité de base, mais j'ai dû détacher du personnel pour équilibrer ailleurs. Bon et bien sûr, en tant que cadre de santé, on a ramené plus de travail à la maison le soir ! Parce que la vie du service doit quand même continuer, surtout après les premiers mois aigus, il a fallu reprendre le reste : les entretiens ; la planification des formations professionnelles, les congés... tout ça ! Et en parallèle, mes collègues et moi, enfin tous les encadrants, on a dû rassurer nos équipes et répondre à toutes les questions. Mais bon l'incertitude était générale, et les gens ont vite compris que même nous avançons à l'aveugle, c'était plus facile de dire qu'on n'avait pas la réponse.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

(Réflexion)

Pour moi si on me dit résilience, j'ai cette idée de capacité à accepter. C'est vraiment l'impression de « faire avec », et trouver comment avancer. On sait que ce n'est pas optimal, mais ce n'est pas grave on avance. Dans une équipe c'est donc cette acceptation de groupe que certains peuvent induire je pense. Comme je le disais, ça permet de ne pas trop se concentrer sur les défauts de la situation, mais au contraire, d'apprendre à faire avec. Sans résilience on reste figé non ? (rire)

Après bon, il faut reconnaître que parfois, on sent qu'on peut s'éloigner de notre propre capacité de résilience. Ce n'est pas possible pour moi de toujours tout encaisser sans craquer ou décompenser.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

En tant que personne, je me suis mise en mode robot. Il y a toujours le stress des choses qui changent : en mars on fait comme ça, en avril comme ci, et en mai ça avait encore changé. Les informations qui venaient des informations publiques ou du CHU changées en permanence, du coup j'ai fait comme tout le monde : robot. J'ai agi comme j'ai pu, avec ce que j'avais, et je me suis adaptée aux demandes. Après bon, il faut reconnaître que parfois, on sent qu'on peut s'éloigner de notre propre capacité de résilience. Ce n'est pas possible pour moi de toujours tout encaisser sans craquer ou décompenser

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Depuis plus d'un an, le CHU avec ses plans blancs a énormément changé nos manières de travailler, et c'est tout à fait normal, on s'adapte, et même dans les services sans patients Covid-19. On a au départ un peu déprogrammé, puis beaucoup. Dans certains services, on s'est même retrouvés avec des lits vides, et après mes collègues là nous ont signalés, vers le mois de mars, le rebond : depuis qu'on a recommencé les interventions, il y a des patients qui arrivent très malades ou avec des symptômes qui datent depuis plusieurs mois. Mais les équipes, dont je fais partie, tiennent bon dans la majorité, on s'adapte aux nouvelles recommandations comme tout le monde, et on fait en sorte d'avancer. Moi dans mon équipe il y a vraiment certains éléments moteurs qui boostent tout le monde, et ça c'est une vraie chance. Des fois, on s'appuie sur une seule personne pour recadrer, remotiver, et hop en cascade ça remotive tout le monde. Au tout début, les équipes étaient tendues du fait du manque de matériel. Bon là ça va mieux, il y a moins de tension sur le matériel, et du coup on sent bien que les équipes sont rassurées de déjà pouvoir travailler, elles, en sécurité. La guerre des masques ça a marqué plus d'une personne je l'assure fermement, on était privés de masques pendant plusieurs semaines, et il ne fallait pas les prendre pour n'importe quelle raison. Mes puéricultrices (même si je ne devrais pas dire ça, elles sont bien autonomes) ont soufflé quand elles ont de nouveau eu du matériel, et qu'elles se sentaient écoutées. Dans certains services, comme en cardiologie, il y a eu beaucoup d'absences longues, et ça a rajouté pour le personnel restant du stress avec des gros plannings pour compenser.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Alors dans mon service, on a instauré des vrais moments de pauses, notamment dans la tisanerie, pas le droit de parler Covid-19. C'était un petit temps de repos nécessaire pour ne pas craquer. Pour rester soudé et en bonne ambiance moi j'aime bien aussi les encourager avec des paquets de bonbons, ça fait plaisir et ça motive. Après bien sûr ma porte est toujours restée ouverte pour les écouter, et on a tous en majorité essayé de s'arranger. Les filles entre elles ont bien joué le jeu pour s'arranger dans les plannings. On a vraiment cherché à favoriser l'entraide entre tous. D'ailleurs même avec moi l'équipe a été plus indulgente sur les plannings.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Question non posée lors de l'entretien

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes?

Je pense qu'en favorisant l'esprit de groupe, et le soutien collectif ça aide tous les professionnels à accepter la situation, ou du moins à faire avec. Je me suis aussi appuyée sur des éléments moteurs, qui amènent avec eux le reste de l'équipe. Cette question est difficile, je pense qu'on le fait un peu tout le temps sans le savoir.

Les heures supplémentaires surcompensées ça a bien marché aussi. Et oui avec l'argent on fait faire des choses en plus, et c'est normal. Le personnel n'a pas envie de faire du bénévolat pendant des mois, et donc l'hôpital avait mis en place ces heures supplémentaires surcompensées. La depuis fin mai c'est terminé, et ce n'est pas plus mal, parce que certaines personnes faisaient énormément d'heure, jusqu'à se mettre en danger. Comme la crise dure depuis des mois, les gens ont pris le rythme, et sans s'en rendre forcément compte, ou volontairement par appât du gain certains faisaient énormément d'heures, notamment dans les services Covid.

La pression induite par le plan blanc a aussi beaucoup joué, car les équipes savent que pendant le plan blanc, s'il y a trop d'arrêt ou s'il y a besoin aigu, ils sont mobilisables. Et je pense que du coup, à l'échelle de l'établissement, cette petite piqure de rappel c'est un moyen de garder engagé les équipes.

5- Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

La conséquence majeure c'est l'augmentation des compteurs (rires), et on a tiré un peu plus sur la corde. Au CHU on a toujours le même problème : des besoins humains. On avait déjà bien ce problème avant la crise, c'est un problème récurrent chez nous. Les compteurs d'heures ont explosé, avec des heures supplémentaires en augmentation encore. Donc pour combler, on a rajouté des tâches, encore, et encore. Les équipes globalement ont appris à faire encore plus, avec toujours moins. Par contre, elles (les équipes) sont vraiment impressionnantes. Certains membres du personnel entraînent vite les autres, et rebondissent. Cette crise aura vraiment soudé certaines personnes, fait grandir d'autres, et éloigné certaines aussi attention. Mais plus que jamais, tout le monde à collaborer (ou presque), et l'entraide a été vraiment bénéfique. J'étais moi-même impressionnée par la rapidité avec laquelle certains répondaient aux nouvelles mesures, du tac au tac ! Les membres des équipes savent encore mieux communiquer, prioriser, et repérer ce qui est important et ce qui ne l'est pas.

Mais oui le réel constat c'est aussi qu'au sein du service, il y a aussi des tensions entre des professionnels, et le recours à l'arrêt maladie est monnaie courante. Alors là, le stress lié à la crise sanitaire, et la facilité d'avoir un motif "tout prêt" ... etc n'a fait qu'accentuer ce phénomène. Du coup l'absentéisme s'est majoré et nous sommes encore aujourd'hui dans un cercle vicieux.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ? Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

On s'aperçoit bien qu'on a tous besoin les uns des autres. Avant je le savais, mais là je l'ai réellement vécue. On a partagé plein de choses en travaillant dans des conditions différentes, et la collaboration c'est ce qui permet d'avancer. Toute seule je ne peux pas faire grand-chose (rire).

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ? Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ? Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Alors oui, selon les périodes de la crise et les étapes. Au début, une fois que le « petit » (rire) choc fut passé, et que les premiers se sont mis en action, tout le monde (sauf quelques exceptions) s'est bien mobilisé. Ceux qui ont eu peur ou autre, sont partis assez vite, et après quelques semaines on savait sur qui compter. Mais bon, même les meilleurs s'épuisent sans repos, et tout le monde se fatigue maintenant, même nous qui sommes censés être le modèle.

Au début, les métiers de la santé ont été mis en lumière et applaudis le soir, du coup forcément cette reconnaissance a motivé tout le monde à se battre. Le respect vis-à-vis de notre travail est très important et ça a fait du bien. Mais maintenant, les équipes ont pris l'habitude de vivre en période de pandémie, et relativisent aussi : la peur est moins présente, mais du coup il y a aussi un léger relâchement et une sorte de lassitude par exemple sur les mesures barrières. Après presque 2 ans à se mobiliser, les soignants reprennent peu à peu leurs habitudes. Certains disent même oublier le covid, si ce n'est que le port du masque obligatoire leur rappelle que le virus est toujours là. Intéressant de voir à quel point on peut aussi s'habituer.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Difficile car on avait déjà la tête sous l'eau, et là on l'a encore ! On était (je parle pour tous le CHU) bien fragilisé par un manque de moyens matériels et humains, et là ça a juste explosé depuis plus d'un an. On a une réelle augmentation de demandes de mise en disposition par exemple car les soignants sont fatigués et ils en ont marre d'entendre parler de crise à longueur de journée, alors ils veulent partir ailleurs (même si entre nous je ne suis pas certaine que ce soit la panacée chez les autres non plus). Alors si je devais donner un conseil, ça serait de faire ce métier avec une réelle motivation et envie ; parce qu'à tout moment comme on vient de le voir, il peut demander une implication bien au-delà des créneaux professionnels habituels. Le vrai conseil serait sûrement de ne pas se laisser emporter ni dépasser, et savoir s'appuyer sur des éléments ressources. Apprendre à déléguer ; à reporter ce qui n'est pas essentiel ; mais aussi à repérer les petits signaux d'alertes à traiter d'urgence c'est sûrement quelque chose de très important. Savoir prendre du recul oui aussi et observer, et prendre soin de soi pour ne pas craquer. Et il faut savoir prendre soin de son personnel. Si les soignants n'arrivent pas à prendre leurs congés, ils s'épuisent, ne récupèrent pas, et ça peut être la catastrophe dans le service.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

Après celle de la Covid-19 ? Oui je pense. J'espère ne pas les voir en tous les cas, mais oui comme je le disais déjà au début, on avait déjà la tête sous l'eau, donc c'est certain que nous ne sommes pas sorties des crises. Tant que ces éléments de fonds ne seront pas réglés, le risque de crise restera présent. Comment voulez-vous qu'un système soit durable si tout le personnel fuit ailleurs ? La prochaine crise se situe à mon avis autour des soignants qui attendent depuis trop longtemps des conditions d'exercices qu'ils puissent tenir dans le temps.

Entretien 13 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je suis Madame Z, 36 ans, faisant Fonction Cadre de Santé Puéricultrice

Quelle est votre expérience professionnelle ?

Je suis diplômée en 2007 de l'école d'infirmière, j'ai travaillé dans un service de soins intensifs en sortie de diplôme de 2007 à 2009. Ensuite en réanimation digestive de 2009 à 2013 avant de passer l'école de puéricultrice. Une fois diplômée j'ai travaillé dans le service de pédiatrie infectieuse et en réanimation pédiatrique. Depuis 2019 je suis faisant-fonction cadre de santé au sein de ce service de pédopsychiatrie.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Nous avons 3 services de 9 lits d'hospit de jour en pédopsychiatrie.

Il y a 3 équipes différentes pour ces 3 services et il y a une structure externalisée à Lunel dont je m'occupe également. En tout il y a 22 agents qui sont des infirmiers, éducateurs, puéricultrices, auxiliaires

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je m'occupe du management de ces 3 services et également de celui de Lunel ou je me rends 2 fois par semaine.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

Au regard de l'expérience que j'avais en tant que soignante, ils m'ont demandé pendant la première vague de retourner dans les soins. De plus, les HDJ de pédopsychiatrie ont été fermées par la direction qui les attribuait de « non essentielles ».

Pour les autres confinements, nous avons laissé les structures ouvertes et j'ai continué à travailler auprès des équipes de pédopsychiatrie.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Les équipes ont été fortement impactées et la capacité à faire face n'est pas forcément acquise pour certains soignants.

La capacité d'adaptation du groupe est souvent dépendante du leader ou du cadre de santé.

L'exemplarité de la résilience du cadre sera un des leviers pour que les soignants acceptent le changement.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

Je suis positive et vive d'esprit. J'ai décidé de suivre les directives, j'ai validé les émotions des soignants tout en leur disant que personne ne détenait la vérité et que même si nous avions des regards critiques sur la manière dont été gérée la crise, de notre place nous ne pouvions que nous soumettre à l'avis général.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Quand elles ont su que j'allais dépanner dans les services de soins critiques, certaines d'entre elles se sont portées volontaires pour aller aux urgences ou dans d'autres services de soins.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Durant la première vague, nous avons demandé aux équipes de travailler dans d'autres services. Pour rester en lien avec les équipes, les soignants ont voulu créer une conversation de groupe. Durant la deuxième vague, avec la répercussion du confinement sur l'état psychique, l'arrêt de la scolarité etc a entraîné une augmentation des suicides d'adolescents. Nous avons créé au sein du service un nouveau groupe thérapeutique pour les adolescents suicidaires.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Nous sommes 3 collègues cadres de santé à travailler en étroite collaboration. Nous avons à nous 3 9 équipes. La communication a été notre force.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

N'ayant pas de formation :

- Mon bon sens
- Mon naturel / Ma transparence mais pas totalement, il y avait certaines choses qu'il était plus prudent de ne pas dire pour ne pas inquiéter.
- Parfois quelques leviers directifs

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

- Beaucoup de peur au départ
- Par la suite une vivacité d'esprit, une augmentation des propositions de soins

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?

- Avant cette crise, la résilience je ne savais pas trop à quoi ça correspondait, mais là je l'ai réellement vécue et je comprends son importance.

- Adaptation
- Réorganisation
- Revue du projet de service

On accepte nos conditions et on avance !

Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

En ayant travaillé en réanimation, j'ai fait preuve de résilience au quotidien sans en avoir conscience. Aller de l'avant fait partie de mes valeurs. J'exerce un management participatif en priorité.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

La lassitude a été le plus dur à gérer et les questions qui étaient redondantes sur l'organisation globale.

Il fallait rassurer les équipes de manière quotidienne.

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Oui

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Être bienveillant et patient.

Savoir aussi remettre les soignants face à leur réalité de travail.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

- Fuite des soignants épuisés

- Reconversion professionnelle

Le tout créant un manque de personnel au CHU

Entretien 14 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Madame X, j'ai 50 ans et je suis cadre dans le service de médecine d'un CH rattaché au CHU de Montpellier.

Quelle est votre expérience professionnelle ?

J'ai été infirmière pendant 20 ans au CHU, puis cadre pendant 7 ans et depuis 3 ans au sein du CH.

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Notre structure est une structure polyvalente détachée du CHU de Montpellier. Je m'occupe de la partie médecine du CH qui est composée de 32 lits.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Je gère une équipe de 10 personnes à encadrer (infirmières ; ASH ; Aide soignants). Je fais les plannings, je gère les relations avec les familles, avec la direction, avec les autres services et avec les médecins.

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

L'impact pour moi a été surtout au niveau de la charge de travail que nous avons en tant que cadre de santé parce que tout a changé. Surtout en service de médecine : Nous avons mis en place des nouveaux protocoles d'entrée, réorganisé la gestion des visites et des familles, la logistique. Bref tout a été désorganisé.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Pour moi la résilience c'est faire face à des situations complexes et faire en sorte de les gérer en équipe. Ça permet d'être plus résistant face à des crises comme le Covid ou des changements brutaux.

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

Comme tout le monde. On a dû apprendre à travailler dans l'urgence. Dans un service de médecine, nous ne travaillons pas dans l'urgence comme dans certains services. Là c'était l'urgence tout le temps. En tant que cadre du service, cette période a été très éprouvante. Surtout mentalement. Je suis de nature assez optimiste mais je vous avoue que parfois j'avais envie de tout envoyer balader. Je me suis remis en cause et j'ai remis en cause ma capacité à gérer. Cela a été très dur de concilier professionnel et personnel en même temps également. La peur de ramener le virus chez soi, les horaires à rallonge...

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Comme moi, on a fait face, on est soignants, on devait faire face, c'était notre rôle de se mobiliser. Certains ont fait face mieux que d'autres. D'ailleurs nous faisons toujours face aujourd'hui. C'est très dur de se dire que c'est devenu notre quotidien. Les équipes sont épuisées. Mentalement surtout. Le manque d'effectif épuise le personnel. La crise et la Covid n'épuise pas les équipes, c'est le manque de personnel et la conjoncture autour du métier de soignant qui est très dur pour faire face à ce genre de changement.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

J'ai essayé de faire preuve de leadership. Après j'ai fait plein de choses avec l'aval de la direction. L'infirmier hygiéniste du Chu nous a bien aidé. Nous avons changé les protocoles des visites, changé la logistique pour les repas, nous avons préparé un secteur Covid, réorganisé les plannings pour le personnel ayant d'importante contrainte familiale et nous avons renforcé le recrutement pour avoir des renforts et soulager les équipes.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

La communication a été essentielle. Je trouve la direction du CH beaucoup plus à l'écoute depuis la pandémie, c'est bien (rires...). Le personnel a été exemplaire dans l'écoute également. L'articulation entre tous les changements s'est plutôt bien passée.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

Je dirais beaucoup d'écoute, de l'entraide. J'ai essayé de responsabiliser les équipes au maximum car parfois j'étais prise par d'autres tâches et je ne pouvais pas toujours être à leur côté. J'ai essayé cela dit d'être irréprochable et exemplaire pour les équipes. Je suis retournée dans les soins quand je le

pouvais pour montrer l'exemple.

Et enfin, parfois faire preuve de caractère et d'autorité malgré tout lorsqu'il y a des décisions à faire respecter j'en étais la garante donc je devais me montrer ferme.

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Nous avons dû nous adapter. Les équipes ont vu leur emploi du temps changer. Le mien a également changé. J'allais une fois par semaine à Montpellier en réunion pour apprendre et comprendre les protocoles imposés par le CHU central. J'y vais encore aujourd'hui.

Le pire, ce sont les conséquences en termes de ressources humaines. La crise a engendré encore plus de démission. Nous sommes encore et toujours en manque de personnel. Le jour où cette problématique se règlera, tout ira mieux et nous pourrons absorber des crises type Covid d'une meilleure façon.

Les conséquences personnelles ont également été mises à rude épreuve également. Heureusement que j'ai un socle familial solide et compréhensif.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ? Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

Pour être honnête, de février 2020 à aujourd'hui il y a eu un turn over d'environ 50% sur les équipes. Donc pour voir l'apprentissage des équipes c'est assez délicat.

Je pense que nous ressortons plus fort de cette crise. Moi, en tant que femme, et en tant que professionnel du soin. J'essaye de voir le positif.

Sans me mettre à la place de l'équipe je pense que c'est la même chose. La Covid a mis en évidence l'importance de notre métier de soignant. Nous avons eu une augmentation d'ailleurs. (Rires) (Elle parle du SEGUR).

C'est hyper important la résilience. Même si nous ne l'appelons pas comme ça au quotidien. Les équipes ont tenu le choc. Donc oui ça concerne l'ensemble des méthodes managériales et plus globalement la résilience.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ?

Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Comme je vous l'ai dit, les équipes ont pas mal bougé. Donc le management était différent vu que nous gérons des humains.

Mais pour les personnes qui sont restés, oui complètement. Nous n'avons eu que 40 cas de Covid dans depuis février. Donc très peu. Les prises en charge sont les mêmes mais la gestion d'équipe non. Aujourd'hui un cas Covid est une routine. En février c'était branlement de combat.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Aimer son travail est très important. Sinon c'est l'échec assuré. Après être résilient est important (rires).

Rester soit même, être honnête. S'informer m'a été d'une grande aide pour comprendre la pandémie également. Ça rejoint le fait d'aimer son travail.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

Ha non !! (Rires)

Nous sommes déjà dans une sorte de crise avec la crise du recrutement, et il faut lutter contre le burn-out qui nous guette tous. C'est la pire des crises.

Mais j'espère ne pas subir une nouvelle crise comme le Covid avant la fin de ma carrière.

Entretien 15 :

Partie 1- Présentation du professionnel interrogé

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, Prénom, Age, Profession)

Je m'appelle Madame U, 53 ans, je suis cadre de santé depuis 2011 au CHU

Quelle est votre expérience professionnelle ?

Infirmière depuis 1996, cadre depuis 2011. Toute ma carrière a été faite au CHU

Pouvez-vous nous présenter votre structure/ service ?

Je gère le service USLD de l'hôpital B à Montpellier.

Pouvez-vous nous décrire le périmètre de vos activités quotidiennes ?

Alors il y a 28 lits en USLD. Je m'occupe de l'équipe et prépare toute l'organisation du service (planning, EI...)

Partie 2 - Questionnaire

1-En tant que manager de proximité, de quelles manières avez-vous été impactés par la crise Covid-19 ?

Déjà, comme beaucoup de personnes, j'ai été surprise et choquée de ce que nous vivions. C'était inimaginable ce qu'il se passait. Donc impactée personnellement et bien sûr professionnellement. Nous sommes fonctionnaires et le Covid a bousculé nos habitudes !

Pour le management, ça a été dur ! Très dur ! J'étais toute seule. L'hôpital B est quand même détaché de l'hôpital central. Donc je me suis débrouillée. Le management a changé à partir du moment où le confinement est tombé.

2-À quoi correspond pour vous le concept de résilience d'une équipe soignante, et que permet-elle ?

Je pense que c'est le fait qu'un individu résiste au stress. Arrive à faire face aux situations difficiles qu'il a à gérer et qu'il y arrive toujours. Donc pour une équipe c'est surmonter les épreuves.

Mais je trouve que c'est dur parfois de faire la différence avec le déni. Ma difficulté est souvent là d'ailleurs : savoir si la situation est acceptée ou au contraire refoulée!

3-Comment est-ce que vous, en tant que personne, avez-vous fait face à la crise sanitaire ?

Nous avons vécu ça comme un cataclysme. Et encore, jamais je n'aurai imaginé que ça prenne autant d'ampleur. Ma perception du travail et de la vie en général a changé. Je réfléchis différemment. Peut-être parce que je commence à être âgée et vieille (rires).

J'ai fait face de manière assez logique et consensuelle. C'est-à-dire que j'ai pris les informations de la direction et je me suis adapté en essayant de faire le mieux que je pouvais faire au niveau de l'opérationnel. Tous les projets ont été stoppés net.

Comment est-ce que vos équipes, ont-elles fait face à la crise sanitaire ?

Chaque membre de l'équipe que j'encadre a réagi de manière différente. Mais j'ai été agréablement surprise par l'équipe. Bien que certaines personnes étaient plus disponibles que d'autres, l'équipe est restée soudée malgré la difficulté du métier. Surtout en secteur gériatrique.

En tant que manager de proximité, qu'avez-vous mis en place avec ou dans vos équipes, pour faire face à cette situation ? Avez-vous des exemples ? Racontez-nous

Dans un premier temps, avec tous les protocoles imposés, j'ai demandé du renfort. Ma demande n'a pas abouti. Cependant, j'ai eu l'accord de changer des missions d'aides-soignantes. Elles ont eu des missions de soins.

Après, au niveau de la gestion des lits c'était bien plus simple. Pas d'entrées et pas de sorties. J'ai fait beaucoup de social avec les familles car USLD c'est un peu comme une maison de retraite.

J'ai changé tous les plannings. Les infirmières faisaient parfois 60 heures semaine. Parce que d'autres étaient absentes. J'ai jonglé le plus possible.

Je suis beaucoup retournée dans les soins pour aider pour tout. Avec les protocoles Covid, tout prend beaucoup plus de temps.

Comment vous êtes-vous articulé avec les autres membres et vos supérieurs ?

Nous avons bien communiqué, plus qu'à l'habitude. Et puis nous étions ensemble tous les jours donc l'articulation s'est bien faite.

4-De quels leviers managériaux vous êtes-vous servis pour favoriser la résilience de vos équipes ?

J'ai été franche avec l'équipe. Je pense que ça leur a plu. Après c'est difficile de décrire sa méthode de management. J'essaye d'être honnête, montrer l'exemple et être moi-même

5-Quelles ont été les conséquences sur le travail d'équipe et individuel de cette crise ?

Tout le monde ressort différent de la crise. C'est une certitude. Le travail d'équipe a changé, les soignants et la perception du travail. Je pense que la crise a mis en évidence un système de santé malade. Il faut agir. Les équipes sont épuisées. Vraiment.

Quels apprentissages, liés à la crise, avez-vous fait ? Et vos équipes ?

Il faut guérir l'hôpital avant de guérir les personnes. Je ne fais pas de politique mais c'est une réalité. Je ne me plains pas mais je constate. Nous avons 4 démissions en 3 mois. Des personnes qui ont quitté leur place de fonctionnaire tellement elles en avaient marre. L'équipe qui reste tient, mais jusqu'à quand ? Pas dans le long terme. Le Covid a mis en évidence ça.

Concernent-ils vos méthodes managériales et votre perception de la résilience ?

C'est sûr que les équipes en place sont très résiliente et moi aussi. Donc oui.

6-Avez-vous observé des différences dans la gestion d'équipe entre les vagues successives de Covid-19 ? Si oui, lesquelles ? Comment cela s'est-il manifesté ?

Oui. Ça a été différent. J'ai l'impression que le Covid est devenu une routine alors qu'en février dernier c'était un grand changement. Ce qui induit une gestion des équipes différente. Nous ne sommes plus dans l'urgence.

Est-ce que les membres des équipes ont répondu de la même façon ?

Certains oui, certains non. La mentalité de certaines personnes est exécrationnelle et je dois faire avec. D'autres sont exemplaires. Mais globalement les équipes réagissent différemment avec les deux dernières vagues que la première.

7-Si vous aviez des conseils à donner à une personne qui prend le même poste que vous, que vous lui conseilleriez-vous pour gérer la crise Covid-19 ?

Il faut être résilient (rires). Il faut être sociable je pense. Vraiment. Avec les familles et le personnel. On peut être le meilleur manager du monde mais si on n'arrive pas à être sociable cela est compliqué. Surtout en temps de Covid où la communication est très importante.

8-Question d'ouverture : Anticipez-vous d'autres crises ? Si oui lesquelles ?

J'anticipe tout maintenant. Il faut. Je ne veux pas être dans l'urgence comme au début de la crise. Mais pour bien effectuer mon travail d'anticipation sur les protocoles il faudrait que je trouve une stabilité dans l'équipe.

Résumé

Depuis plusieurs mois, le concept de résilience est propulsé sur le devant de la scène. Comment accepter les contraintes ; construire un avenir commun ; ou conduire les changements en période de crise sanitaire ?

Les organisations de santé ne sont pas restées figées, et ont tout fait pour assurer la continuité des soins, répondre au besoin d'adaptation, et mener la conduite des changements. Cela a nécessité une mobilisation brutale de tous les volets du champ de la santé, et nous nous intéresserons notamment à travers ce travail, au rôle pivot que détient le cadre de santé. En effet, pour accompagner les équipes dans la conduite de ces changements colossaux, le rôle du cadre de santé, également qualifié de manager de proximité, s'est illustré comme déterminant.

Adossés à de tels bouleversements, se trouvent de nombreux enjeux. En effet, la performance des établissements de santé, qu'elle soit économique, médicale, technologique, ou sociale, recueille un large consensus entre tous les acteurs du milieu.

Ainsi, dans ce contexte incertain, comment les managers des établissements de santé ont-ils réussi à conduire les changements, et à faire de l'adaptation permanente leur ligne de conduite ? À travers ce travail, nous nous attacherons notamment à montrer la complexité liée à tout changement comportemental. En effet, de nombreux facteurs entrent en jeu, et souvent intrinsèques aux individus : leurs émotions, habitudes de vie, ou même héritage de logique institutionnelle.

Problématique : « Lors de la crise sanitaire de la Covid-19 en France, comment est-ce que le manager de proximité a-t-il favorisé la résilience des équipes soignantes ? »

Pour tenter d'y répondre, deux parties principales sont présentées à travers ce mémoire : le cheminement proposé est de mailler d'une partie à une autre, des concepts et approches théoriques, à des constats empiriques menés sur le terrain, auprès de 15 professionnelles exerçant dans le secteur hospitalier français lors de la crise sanitaire de la Covid-19.

Mots-clefs

- Résilience ; résilience organisationnelle ; résilience individuelle
- Crise ; crise sanitaire ; Covid-19 ; pandémie
- Manager ; manager de proximité ; cadre de santé ; équipes soignantes
- Hôpital ; secteur sanitaire ; santé
- Apprentissage post-crise