

**Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale
De la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Cadre en soin de santé**

**« INFIRMIERES EN CHEF, VERITABLES LEADERS :
UTOPIE OU REALITE ? »**

**Présenté par : Mattens Anne
En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé**

Année scolaire : 2009-2010

**A toutes les personnes qui m'ont soutenue,de près ou de loin,
durant ce voyage riche en rebondissements : MERCI.**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	I
CHAPITRE I : LA DYNAMIQUE D'EQUIPE	IV
1. Les quatre fonctions du groupe	IV
1.1 Le pilotage.....	V
1.2 La focalisation	VI
1.3 La mobilisation.....	VII
1.3.1 La motivation	VII
1.4 La cohésion	IX
1.4.1 Le niveau fonctionnel.....	IX
1.4.2 Le niveau explicite	IX
1.4.3 Le niveau dynamique	X
2. Les limites de la cohésion	X
2.1 La cohésion contre l'institution.....	X
2.2 La pensée de groupe	XI
3. Les trois logiques du groupe	XII
3.1 La logique territoriale.....	XII
3.2 La logique de coopération	XIII
3.3 La logique de synergie	XIII
4. Les autres pouvoirs de l'équipe.....	XIV
4.1 Le pouvoir hiérarchique	XIV
4.2 Le pouvoir personnel.....	XV
4.3 Le pouvoir collectif	XV
4.4 Le pouvoir contextuel.....	XVI
5. Conclusion.....	XVI
CHAPITRE II : LE CHANGEMENT.....	XVIII
1. La typologie des changements	XVIII
1.1. Le changement prescrit : imposé et progressif.....	XIX
1.2. Le changement de crise : imposé et brutal	XIX
1.3. Le changement construit : volontaire et progressif	XX
1.4. Le changement adaptatif : volontaire et brutal.....	XX
2. La typologie des conduites du changement.....	XXI
2.1. L'éducation/communication.....	XXI
2.2. La collaboration/participation	XXII
2.3. L'intervention.....	XXII
2.4. La direction	XXIII
3. Le système culturel de l'entreprise.....	XXIV
3.1. Les routines	XXIV
3.2. Les rites	XXV
3.3. Les mythes.....	XXV
3.4. Les symboles	XXV
3.5. Les structures de pouvoir	XXV

3.6.	Les systèmes de contrôle.....	XXV
3.7.	La structure organisationnelle	XXVI
4.	La résistance au changement.....	XXVI
4.1.	La colère	XXVII
4.2.	La tristesse.....	XXVII
4.3.	La peur.....	XXVIII
4.4.	L'acceptation.....	XXVIII
4.5.	Les acteurs.....	XXIX
5.	Conclusion.....	XXX
CHAPITRE III : LE LEADERSHIP		XXXII
1.	Le leadership	XXXII
1.1.	Du manager au leader.....	XXXII
1.2.	Les styles de leadership.....	XXXIII
1.3.	Les caractéristiques du leadership.....	XXXVI
1.4.	Le leadership transformationnel.....	XLIII
2.	Conclusion.....	XLIV
Conclusions et perspectives		XLVI
Bibliographie		XLIX
ANNEXES		LI
Annexe I		LII
Annexe II.....		LIII
Annexe III		LIV
Annexe IV		LV

« CE N'EST PAS PARCE QUE LES CHOSES SONT DIFFICILES QUE NOUS N'OSONS PAS ;
C'EST PARCE QUE NOUS N'OSONS PAS QUE LES CHOSES SONT DIFFICILES »

(SENEQUE)

C'est peut être aussi parce que nous n'osons pas que
les choses n'évoluent pas...

INTRODUCTION

La formation de cadre en soins de santé inclut la réalisation de l'épreuve intégrée. Celle-ci doit nous permettre d'exprimer notre identité professionnelle tout en développant nos compétences et en nous aidant à en acquérir de nouvelles. Nous avons, dans un premier temps, décidé de mettre en cohérence notre T.F.E¹ avec un projet institutionnel qui, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité du dossier infirmier, nous proposait d'implanter les transmissions ciblées dans notre unité. Les recherches effectuées dans ce contexte nous ont vraiment aidés dans notre approche du changement sur le terrain. Cependant, après trois années de formation et un peu plus d'expérience dans notre fonction, nous nous sommes retrouvés dans une phase de questionnements. Cette période de doute nous a décidé à réorienter notre travail sur notre fonction et son évolution.

Depuis notre prise de fonction, il y a presque cinq ans, nous avons pris conscience que les infirmières en chef² éprouvaient parfois des difficultés à mettre en œuvre leur management et à plus forte raison, à développer leur leadership. Nous nous sommes interrogées sur les causes de ce fait et avons décidé d'essayer de trouver des pistes de réflexions susceptibles d'améliorer ce constat.

Ce travail s'adresse donc aux infirmières en chef, ou cadres de proximité, mais aussi, aux infirmières chef de service, ou cadres intermédiaires, qui ont, à notre sens, un rôle important à jouer dans le développement des compétences et le cheminement qui conduira le manager vers le leader. Tout au long de cette réflexion, nous tenterons de conceptualiser des notions théoriques issues d'ouvrages ou d'articles et ce, à l'aide de notre propre expérience et nos propres intuitions. Notre objectif n'est pas de révolutionner notre fonction mais bien d'apporter notre petite pierre au grand édifice du changement ou plus précisément de la transformation puisqu'il n'est nullement question de remplacer le manager par le leader mais bien de faire évoluer le premier pour qu'il se métamorphose en second telle la transformation de la chrysalide en papillon. Nous n'avons nullement la prétention de détenir les réponses à

¹ Travail de fin d'études

² Faisant entorse à la règle grammaticale française qui veut que le masculin l'emporte, dès lors qu'un seul élément puisse s'en prévaloir... nous n'emploierons en général que le féminin pour les termes « infirmière », « infirmière en chef », et « infirmière chef de service ».

toutes les questions, ni les solutions à tous les problèmes. Nous souhaitons seulement ouvrir le débat et comprendre pourquoi il y a parfois tant de décalage entre la théorie et la réalité du terrain.

Le leadership est un mot probablement considéré par certains comme une formule que l'on utilise pour faire « bien ». Lorsque nous parlons avec nos collègues, nous pouvons constater que très peu emploient ce terme. Nous ne le prononçons presque jamais comme s'il était honteux de l'utiliser. Pourtant ce terme devrait faire partie intégrante de notre fonction. Durant nos trois années d'étude de cadre en soins de santé nous l'avons étudié, expliqué, appliqué sous différentes formes mais une fois sorti du cadre scolaire, c'est le silence radio. Il n'est plus question de leadership, ni même de management. Ces deux notions seront d'ailleurs distinguées plus loin et trouvent partie de leur différenciation à l'aune de celle qui distingue pouvoir et autorité. Pourtant, nous aspirions tous à tel ou tel type de leadership, nous en parlions avec nos professeurs, entre nous et nous étions, pour la plupart, prêts à affronter le terrain pour amener la transformation.

La transformation, probablement un des mots clés de notre travail, puisqu'il est bien question de cela. Pourquoi tant de démotivation au sein de notre fonction ? Mais surtout comment inverser la vapeur ? Quels sont les leviers à actionner ? Et où chercher l'énergie pour aller justement vers cette transformation ? Nous estimons que pour faire évoluer notre fonction, nous devons accepter qu'elle se transforme. Mais nous ne devons pas nous contenter de ça, nous devons également être les acteurs actifs de cette transformation. Pour y parvenir, nous allons devoir prendre conscience que nous ne pourrions pas mener à bien cette évolution sans tenir compte de nos équipes et plus précisément de leur dynamique. Nous pensons que le manager qui tient compte de cette dynamique et qui l'accompagne est déjà un leader. Mais nos équipes ne suffiront pas. Pour que la transformation soit complète, nous allons avoir besoin de l'aide de nos cadres intermédiaires. Ceux-ci devront également accepter le changement et évoluer avec nous en mettant en place de nouveaux modes d'encadrement, plus individualisés, plus personnalisés. La transformation de nos fonctions respectives ne peut être qu'étroitement liée. L'une ne peut se faire sans l'autre, et vice et versa.

Les perspectives de ce travail sont donc d'amener les infirmières en chef à utiliser la dynamique de leur équipe afin de faire évoluer leur fonction et de devenir ainsi de véritables leaders. Nous espérons également que cette réflexion les aidera à comprendre qu'exercer un leadership adapté est indispensable tant pour le développement de la qualité des soins que pour le bien être du personnel et le bon fonctionnement de leur institution. Enfin, nous

espérons que le fait d'exercer un leadership de qualité permettra aux infirmières en chef de s'épanouir dans leur fonction en trouvant le bon équilibre entre le respect de leur équipe et l'atteinte de leurs objectifs. Et peut être qu'à plus long terme, nos supérieurs hiérarchiques agiront avec nous comme nous agissons avec nos équipes, en nous donnant plus de pouvoir et d'autonomie afin de nous permettre d'acquérir de nouvelles compétences.

CHAPITRE I : LA DYNAMIQUE D'EQUIPE

L'équipe évolue en fonction de son infirmière en chef mais l'infirmière en chef évolue également en fonction de son équipe. Elle devra adapter son mode de fonctionnement en fonction de la maturation de celle-ci. En effet une infirmière en chef arrivant d'une autre institution et n'ayant aucune expérience pratique de sa nouvelle fonction ne se comportera pas de la même manière qu'une infirmière en chef en place depuis plusieurs années dans une équipe plutôt stable. En tout cas, c'est ce que nous espérons, par exemple, il nous semble difficile de déléguer des tâches plus complexes à un membre de l'équipe dont nous ne connaissons rien des compétences. L'infirmière en chef devra donc commencer par observer l'équipe et déterminer dans quel type de logique elle se trouve, si son niveau de cohésion est bon mais aussi qui sont les leaders informels et essayer de s'en faire des alliés. Il est également important de connaître les besoins individuels de chacun pour pouvoir augmenter la mobilisation. Il faut donc prendre le temps de « grandir » avec son personnel et s'accompagner mutuellement dans cette évolution. Le leader devra donc tenir compte de l'équipe et plus précisément de sa dynamique. Il est donc essentiel de maîtriser les bases théoriques du fonctionnement d'un groupe afin de pouvoir utiliser ce dernier de manière optimale. Nous allons commencer par définir le groupe et ces quatre fonctions qui sont : le pilotage, la focalisation, la mobilisation et la cohésion.

1. Les quatre fonctions du groupe

Nous pensons donc qu'il est impossible de transformer notre fonction d'infirmière en chef sans tenir compte de l'équipe. En effet, celle-ci est un véritable puits de ressources. Conduire le groupe de façon optimale nous permettra sans aucun doute de tirer parti de ce gisement en développant nos compétences mais aussi, celles de notre équipe, ce qui est à nos yeux un comportement de leadership. Afin d'y parvenir, il est indispensable de définir le mot « équipe ».

Equipe : « *Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même but* »³ Cette définition met en évidence trois notions : groupe d'individus, objectif commun et mise en commun des actions. Mais une chose nous interpelle : à aucun moment, cette définition ne parle du responsable. Or, pour nous, il n'y a pas de véritable équipe sans leader, que ce dernier soit formel ou pas, l'équipe doit avoir un représentant, un coordinateur, quelqu'un qui donne une direction à suivre. Nous partons donc du principe qu'une équipe a quatre éléments constitutifs : le chef, l'objectif, l'action et le groupe, et que ces quatre notions donnent naissance à quatre fonctions : le pilotage, la focalisation, la mobilisation et la cohésion.

1.1 Le pilotage

Il nous semble important de préciser ce que le terme « pilotage » englobe. En effet, la fonction « pilotage » ne se limite pas à une seule personne. Au contraire, le leader formel doit être capable d'utiliser les ressources de son équipe. Il doit accepter que d'autres personnes que lui participent, à un moment ou à un autre, au processus en cours. Cette façon de faire oblige à un modèle de leadership participatif ou mieux encore au leadership transformationnel⁴. Il est illusoire de croire que le modèle autocratique puisse donner des résultats sur du long terme. Bien sûr, ce style de commandement peut fonctionner un certain temps, mais il induira une communication centralisée sur le chef et réduira les échanges entre les collaborateurs. Il créera également la dépendance du groupe, qui se retrouvera incapable de produire en l'absence du leader. Enfin, le modèle autocratique instaurera un climat collectif peu enclin au travail. L'agressivité et l'apathie intellectuelle s'y développeront sans aucun doute. Le leader va devoir responsabiliser ses collaborateurs, entretenir leur motivation et leur permettre de développer leurs compétences afin qu'ils deviennent eux-mêmes des leaders. En déléguant plusieurs tâches à d'autres personnes, le chef d'équipe se positionne comme l'animateur de la fonction « pilotage » et non plus comme le seul pilote à bord. Il n'est plus le seul détenteur du pouvoir mais reste cependant indispensable en tant que référent de tous, pour représenter l'équipe et pour prendre des décisions en urgence le cas échéant. Pour être à l'aise dans ce mode de fonctionnement, le leader doit être sûr de lui et être reconnu comme l'autorité statutaire. S'il ne l'est pas, il s'orientera de lui-même vers un modèle de commandement autocratique afin de préserver son « pouvoir supposé ». Nous amenons ici une notion importante : le pouvoir est différent de l'autorité. Ce n'est donc pas toujours l'infirmière en

³ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, Grand Format Dictionnaire Encyclopédique (Paris, Edition Larousse) 2007, p.425.

⁴ Ce terme sera développé dans le chapitre traitant du leadership.

chef qui a le pouvoir dans son unité mais parfois un leader informel. Le manager a l'autorité parce qu'il est reconnu par la hiérarchie comme étant le chef, ce même manager deviendra leader s'il est reconnu par son équipe comme porteur d'une vision et aura ainsi, en plus de l'autorité, du pouvoir. Mais pour être porteur d'une vision, il est indispensable d'avoir un objectif commun, c'est ce que nous appellerons la focalisation.

1.2 La focalisation

Il n'y a pas d'équipe sans actions et pas d'actions sans objectif. Le groupe doit se focaliser sur un objectif et travailler ensemble afin d'atteindre ce but. Lorsque l'action d'un membre de l'équipe agit comme un stimulus et suscite la réponse d'une autre personne, nous pouvons parler d'interaction. L'interaction est une des forces de la dynamique de groupes mais uniquement si elle est engendrée par des actions positives. Si nous avons des opposants dans notre équipe, et il y en a toujours, ceux-ci peuvent désapprouver de façon explicite les objectifs, ils peuvent également manifester de la gêne voire de l'agressivité. Toute cette sphère socio-affective négative va inévitablement donner naissance à des interactions négatives. La bonne compréhension de ce processus par le leader peut lui permettre d'anticiper le phénomène afin d'en limiter les effets négatifs. La fonction de focalisation est donc indispensable au fonctionnement de l'équipe. Nous pensons même que sans elle, il n'y a pas d'équipe. Dans notre milieu professionnel, nous avons tous le même objectif : la qualité des soins. Sans vouloir nier cette évidence, nous aimerions sortir de cette phrase un peu stéréotypée et y apporter une autre dimension. Bien sûr, toutes les infirmières en chef parlent de qualité de soins mais nous pensons que nous devons aller plus loin. Pour la plupart d'entre nous, la qualité de soins englobe un soin technique bien fait, une attitude professionnelle avec le patient et son entourage et savoir agir de façon adéquate face à une urgence. Et si plutôt que de parler qualité de soins, nous parlions d'efficience dans le soin et du « *prendre soin* »⁵. En tant que cadre en soins de santé allons plus loin. Apprenons à gérer nos stocks afin que ceux-ci ne constituent pas de l'argent qui dort. Commandons de manière réfléchie et veillons à nos dates de péremption. Ne nous contentons plus de donner un soin ponctuel mais prenons le patient dans sa globalité en travaillant avec des objectifs précis. Luttons contre le corporatisme et développons la pluridisciplinarité dans nos unités. Apprenons à notre personnel que le dossier infirmier est un outil de travail extrêmement important et qu'il sera de plus en plus un moyen de financement. Il devient impératif d'être visionnaire et de ne plus

⁵ HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, 212 p.

nous contenter de demander des « bras en plus » pour préserver notre si précieuse qualité de soins. Pour sensibiliser au mieux nos équipes, fixons avec elles des objectifs précis et réalisables. S'ils peuvent avoir la parole, ils se sentiront bien plus concernés et leur mobilisation sera bien plus forte.

1.3 La mobilisation

La mobilisation peut être définie comme étant le degré d'énergie déployé par le groupe. Cette énergie est soumise à deux forces en opposition. Une positive, présente lorsque deux personnes travaillent ensemble en se stimulant l'une l'autre. La motivation d'abord individuelle va se développer au travers des actions et des résultats pour devenir collective. C'est cette motivation qui va engendrer la mobilisation. La force négative de l'énergie dégagée par le groupe est mise en évidence lorsque l'individu, mis en contact avec d'autres, se laisse porter par le groupe en fournissant moins d'efforts personnels. Une équipe démobilisée peut donc rapidement devenir inerte. Le leader doit être capable de mobiliser le groupe pour qu'il puisse être productif. Les renforcements positifs peuvent augmenter la motivation et donc la mobilisation de l'équipe à condition que ceux-ci soit habilement dosés. Si vous faites trop de compliments à votre équipe, elle finira par ne plus les apprécier. Les renforcements positifs doivent être réservés aux efforts fournis par une personne qui rencontre des difficultés dans un domaine ciblé ou lorsqu'un objectif individuel ou collectif est atteint. La mobilisation doit donc être entretenue de façon quotidienne et là aussi notre comportement joue un rôle essentiel. Nous devons arriver le matin avec le sourire et d'un pas qui semble dire : « rien ne pourra m'arrêter ». Tout cela est fort imagé mais nous voulons vraiment faire comprendre aux infirmières en chef que les équipes sont comme des éponges qui absorbent leurs comportements. Une infirmière en chef qui traîne les pieds à longueur de journées ne peut pas mobiliser son équipe, elle ne devrait même pas avoir l'audace de demander à son équipe d'être plus motivée qu'elle. Ce qui nous amène à dire quelques mots sur la motivation.

1.3.1 La motivation

La motivation peut être considérée comme un processus qui permet la mise en action. Ce mécanisme est très complexe. Nous estimons que pour le comprendre il faudrait lui consacrer un travail à lui seul. Cependant, nous allons tenter d'en expliquer les tenants et les aboutissants afin de savoir non pas comment motiver son équipe mais surtout comment ne pas la démotiver. Impossible de parler de la motivation sans parler des besoins que l'individu

cherche à assouvir et qui, par conséquent, le pousse à mener un certain nombre d'actions. Ces besoins ont été développés par plusieurs auteurs comme Maslow⁶, Porter et McClelland⁷. La pyramide de Maslow⁸ et ces cinq grandes catégories de besoins a souvent été discutée. En effet, même si nous sommes en accord avec l'auteur lorsqu'il avance que chaque individu cherche à satisfaire différents types de besoins durant son existence, nous avons des doutes quant à l'ordre dans lequel il va assouvir ces besoins. Pour nous, chaque personne a ses propres priorités en matière de besoin. Ainsi, chez certains individus, nous pouvons très bien imaginer que le besoin d'estime passe avant le besoin de sécurité. Porter et McClelland se sont plus intéressés aux besoins que l'individu cherche à satisfaire dans son milieu professionnel. Nous voyons alors apparaître des besoins comme le besoin d'autonomie chez Porter⁹ et de pouvoir chez McClelland¹⁰. De ces trois approches, nous pouvons tirer plusieurs conclusions. La première est que les actions de l'individu sont guidées par le besoin ressenti comme étant le plus important dans un contexte bien déterminé. La seconde est qu'un besoin assouvi ne motive plus. Herzberg¹¹ va aller plus loin en soutenant l'idée que les besoins en haut de ces pyramides jouent un rôle plus moteur en termes de motivation que les autres. Il fera une distinction entre les facteurs extrinsèques (ou facteurs « d'hygiène ») et les facteurs intrinsèques (ou facteurs « moteur »)¹². Pour lui, les facteurs du premier groupe doivent être satisfaits pour éviter la démotivation. Par contre, s'ils sont satisfaits, ils n'entraînent pas nécessairement de la motivation. Si les facteurs du second groupe, dits « moteur », ne sont pas pris en considération, ils ne provoqueront pas d'insatisfaction mais s'ils sont assouvis, ils donneront de la motivation. A la suite de ses recherches, Herzberg pense que l'on peut motiver son personnel et donc, le mobiliser, par amélioration des tâches comme, par exemples, favoriser les prises d'initiatives, informer de façon régulière ses collaborateurs, donner plus de responsabilités, accroître de manière régulière la difficulté des tâches à accomplir,... Nous avons souvent pu constater que même si ces considérations semblent être une évidence, elles sont loin d'être appliquées de manière systématique. Combien d'individus sont démobilisés uniquement par manque de reconnaissance ou parce que la qualité du climat de travail est mauvaise ? Nous en arrivons donc à la cohésion et ses différents niveaux.

⁶ Abraham Harold Maslow psychologue américain (1908-1970).

⁷ David McClelland psychologue américain (1917-1998).

⁸ Annexe 1

⁹ Annexe 2

¹⁰ Annexe 3

¹¹ Frederick Herzberg, psychologue organisationnel (1923-2000).

¹² Annexe 4

1.4 La cohésion

La cohésion est l'attrait que suscite le groupe pour tous ses membres. C'est ce qui garde ensemble les membres de l'équipe. La difficulté de fonctionner à plusieurs réside dans le fait que trouver l'unité d'action n'est pas chose aisée. Il faut donc tendre vers l'uniformité malgré les parcours, les expériences, les caractères et les ressentis différents de chacun. Nous sommes persuadés que la productivité d'une équipe est directement proportionnelle à son niveau de cohésion. Nous avons eu l'occasion de le vérifier à plusieurs reprises dans notre pratique quotidienne. Lorsqu'un conflit éclate entre deux membres de l'équipe, il y a une véritable perte d'énergie et ce, à tous les niveaux. D'abord pour les premiers intéressés, ensuite pour les personnes qui se sentent investies d'une mission de réconciliation, et enfin pour nous qui devons intervenir, parlementer, confronter,... Par contre, dès que l'ambiance générale du service est bonne, tout le monde travaille dans un esprit d'entraide et de solidarité. Ils se motivent mutuellement et leurs performances s'en trouvent nettement améliorées. Cela nous prouve que le leader doit tenir compte de la cohésion de son équipe et doit pouvoir la maintenir, voir même l'améliorer. Une fois de plus, nous pensons que pour avoir la possibilité d'agir sur un processus, il faut le maîtriser. Et pour ça, il faut le comprendre. Nous allons donc tenter de préciser ici le concept de la cohésion. On distingue trois niveaux de cohésion : le niveau fonctionnel, le niveau explicite et le niveau dynamique.

1.4.1 Le niveau fonctionnel

Ce niveau de cohésion s'attarde uniquement à la tâche. Il ne cherche pas les relations interpersonnelles. Il ne vise qu'à atteindre les objectifs de l'institution sans s'occuper des objectifs personnels de chaque individu. Dans ce cas de figure, l'aspect humain est laissé de côté. Les membres du groupe effectuent leur activité propre sans échange ni interaction. Le niveau fonctionnel de cohésion est le plus répandu mais il est également celui qui engendre le plus de pertes d'énergie due à la compartimentation qu'elle entretient. Ce type de cohésion s'observe surtout lorsque le management est pyramidal, il ne permet pas le développement de la vie d'équipe. Nous estimons que ce niveau de cohésion est à éviter.

1.4.2 Le niveau explicite

Ce niveau de cohésion s'attarde à la tâche mais aussi à l'humain. Les membres du groupe ont un degré élevé d'appartenance. Ils se sentent unis par des objectifs communs autour d'un chef estimé. Ils facilitent les comportements de collaboration afin de développer

la qualité des actions communes. Ce genre de cohésion dégage une réelle énergie positive autour de l'objectif à atteindre.

1.4.3 Le niveau dynamique

La cohésion dynamique est un cran au-dessus de l'explicite. La collaboration y est également bien présente mais elle devient proactive. Les membres de l'équipe recherchent de façon consciente la coopération. Chacun faisant confiance à l'autre et au groupe. Il y a délégitation verticale mais aussi latérale. Nous parlerons ici d'interdépendance où tout comme dans le corps humain, la partie ne peut exister sans le tout, ni toute chose sans aucune. Nous ne pouvons pas nous empêcher de comparer ce type de cohésion à l'interdisciplinarité. Si elle existe réellement dans une équipe, elle est une force indiscutable pour le groupe et devient inévitablement un plus pour les patients. Comme beaucoup d'infirmières en chef, nous souhaiterions atteindre ce niveau de cohésion dans notre équipe. Cependant, nous estimons nous situer au niveau explicite, et sommes consciente qu'un long chemin doit encore être parcouru.

Après avoir vu la cohésion et ses différents niveaux, nous nous sommes interrogés sur les limites de cette cohésion.

2. Les limites de la cohésion

Nous avons pu constater que la cohésion est indispensable à la formation du groupe et, que plus cette cohésion est forte plus la productivité est grande. La cohésion ne peut exister que si les objectifs du groupe sont en concordance avec les objectifs individuels des membres de ce groupe. Par contre, toute cohésion n'est pas bénéfique. Elle peut parfois même être contreproductive lorsqu'elle est contre l'institution.

2.1 La cohésion contre l'institution

Une équipe à fort pouvoir cohésif et normatif peut faire bloc face à l'institution si elle estime que les objectifs de celle-ci ne correspondent pas à leurs propres attentes. Lorsque la cohésion est très ancienne elle peut également engendrer des résistances aux changements¹³. Une fois de plus, c'est au leader du groupe à être attentif à ce genre de débordement et à trouver l'équilibre nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe.

¹³ Ce terme sera développé dans le chapitre traitant du changement

2.2 La pensée de groupe

La « pensée de groupe »¹⁴ a été mise en évidence par I.-L. Janis¹⁵ en 1972. Cette pensée de groupe consiste à rejeter toutes idées innovantes et/ou minoritaires. Elle est également connue sous le nom de « phénomène de pression de conformité ». Cette pression pousse les membres d'une équipe à se conformer à l'opinion de la majorité ou à celle du leader. Ce phénomène engendre une perte d'idées nouvelles qui pourraient être enrichissantes pour le groupe. Les groupes agissants ainsi possèdent trois caractéristiques. En premier, un leader influent et estimé. Les membres de l'équipe le suivent sans se poser de questions. Il n'y a plus de place ici pour la réflexion critique individuelle. En second, le groupe se caractérise par une normativité excessive. Les normes¹⁶, qui sont les signes d'appartenance du groupe, peuvent être poussées à l'extrême. Cela provoquera une fois de plus le rejet de tout ce qui est différent et poussera les membres de l'équipe vers le conformisme, troisième caractéristique des groupes appliquant la pensée collective. Il existe deux grandes formes de conformisme : la soumission et l'adhésion. Le conformisme par soumission est le plus fréquent, il pousse l'individu à se plier aux normes afin de rester adapter au groupe. L'individu n'a pas toujours conscience de la pression exercée sur lui, cette pression n'est d'ailleurs pas systématiquement réelle. Le conformisme par adhésion est plus rare mais aussi plus fort. Il sous-entend que l'individu connaît les normes du groupe et qu'il estime que celles-ci correspondent à sa propre personnalité. Il y adhère donc de façon naturelle, sans aucune pression. Dans certains cas où la dimension affective prend trop d'importance et où le groupe se retrouve autour d'un chef très influent, la situation risque d'évoluer vers ce que l'on appelle l'illusion fusionnelle. Cette cohésion poussée à l'extrême est pathologique mais également très rare. Il en résulte un sentiment de toute puissance avec un rejet systématique de ce qui ne vient pas du groupe. L'illusion fusionnelle est dommageable tant pour les individus que pour le groupe et l'institution.

Après avoir développé les quatre fonctions du groupe, la cohésion et ses limites, il nous a paru important de parler des logiques de fonctionnement du groupe puisque, la cohésion de l'équipe va lui permettre d'atteindre une sorte d'intelligence collective en se servant de ces trois logiques qui sont : la logique territoriale, la logique de coopération et enfin, la logique de synergie.

¹⁴ Ou group-think

¹⁵ Irving Janis (1918-1990), psychologue américain.

¹⁶ Ce terme sera développé dans le système culturel de l'entreprise, dans le chapitre traitant du changement.

3. Les trois logiques du groupe

Rappelons-nous des trois niveaux de la cohésion. Le premier est le niveau fonctionnel et suppose une équipe qui se centre uniquement sur l'objectif à atteindre, le second est le niveau explicite où l'équipe se centre sur l'objectif mais aussi sur les relations interpersonnelles et le troisième, le niveau dynamique, où en plus de se centrer sur l'objectif et les relations interpersonnelles, l'équipe va rechercher de manière consciente la coopération et devenir ainsi proactive. Ce petit retour en arrière nous semblait important, puisque les trois logiques du groupe sont directement liées à ces trois niveaux de cohésion.

3.1 La logique territoriale

Dans la logique territoriale, chaque membre de l'équipe a son territoire propre où se retrouvent sa tâche et son but. Les objectifs seront atteints si chacun exécute son travail de manière optimale. Cette vision est totalement exacte mais ne permet pas les effets démultiplicateurs qui sont propres au travail en équipe. De plus, ce morcellement limite la prise de responsabilités des membres du groupe. Ce type de logique se retrouve dans les équipes en formation qui n'ont pas encore suffisamment de cohésion pour fonctionner autrement. Elle nous semble également correspondre à un mode de leadership plus directif, qui sera centré sur la tâche plus que sur l'humain. L'action sera dès lors détaillée, cloisonnée et limitera les responsabilités des différents intervenants. C'est également ce mode de fonctionnement que l'on retrouve dans le « nursing à la tâche » où chaque membre d'une équipe est cantonné à une seule action et nous avons ainsi une « infirmière piqueuse », une « infirmière aux toilettes », une « infirmière pour les pansements »...C'est en fait le patient qui est fractionné en tâches et nous nous retrouvons face à du personnel qui est incapable de raisonner et de voir le patient dans sa globalité. Elles ne sont plus que des exécutantes sans aucune réflexion. Même si le fonctionnement territorial est inévitable dans le processus de développement du groupe, il ne peut, à lui seul, donner naissance à une équipe. Il n'y a pas d'interdépendance entre les individus et tout le fonctionnement y est cloisonné. Le sens de l'équipe y est donc bien absent. Ses lacunes seront heureusement modérées par la logique de coopération, que l'on retrouve dans le niveau explicite de la cohésion.

3.2 La logique de coopération

Dans ce type de logique, deux ou plusieurs personnes doivent collaborer pour effectuer une même tâche, se créent alors des relations interpersonnelles. Chaque individu garde une fonction qui lui est propre mais celle-ci peut déborder dans le champ d'action d'un autre. Cette logique n'est pas incompatible avec la logique territoriale : elle la complète. En effet, chaque membre d'une équipe a deux rôles, le premier est lié à sa fonction (ou son territoire), elle-même déterminée par sa mission, le second est lié à la coaction, déterminée par la situation et les aléas qu'elle peut comporter. La coopération permet donc de profiter de la complémentarité de chacun et de pallier de façon réciproque aux faiblesses. Il ne suffit plus ici uniquement de déterminer la fonction de chacun mais de définir en plus la coresponsabilité nécessaire dans des cas bien précis d'interdépendance. A ce stade de fonctionnement nous pouvons véritablement parler d'équipe puisqu'il existe un objectif commun et un début de pratique d'interdépendance. Mais, pour que l'équipe devienne performante, une troisième logique de fonctionnement doit entrer en jeu : la logique de synergie que l'on peut atteindre lorsque la cohésion se trouve au niveau dynamique.

3.3 La logique de synergie

La logique de synergie repose sur la connaissance qu'ont les membres de l'équipe les uns sur les autres. Plus les individus se connaissent, plus ils auront tendance à développer les capacités nécessaires à fonctionner ensemble. Cette manière de fonctionner se retrouve dans les équipes ayant un haut niveau de cohésion, nous sommes donc bien dans le niveau dynamique. Chacun utilise le potentiel des autres afin d'atteindre les objectifs établis et est prêt, lui-même, à aider ses collègues. Cette synergie donne naissance à des équipes très performantes et autonomes. La logique de synergie se combine aux deux premières et forme ce que l'on appelle l'intelligence collective. L'intelligence collective, voilà une association de mots qui devrait tous nous plaire. Voilà un objectif que nous pourrions essayer d'atteindre en pratiquant vraiment notre leadership.

Nous venons de faire la jonction entre les niveaux de cohésion et les logiques de fonctionnement du groupe. Nous allons à présent aborder les autres pouvoirs du groupe : le pouvoir hiérarchique, le pouvoir personnel, le pouvoir collectif et le pouvoir contextuel. Nous allons également tenter de différencier de façon claire les mots « pouvoir » et « autorité ».

4. Les autres pouvoirs de l'équipe

Le pouvoir se définit comme : « *Capacité, possibilité de faire quelque chose, d'accomplir une action, de produire un effet* » ; « *Autorité, puissance, de droit ou de fait, détenue sur quelqu'un, sur quelque chose* »¹⁷ alors que l'autorité se définit comme : « *Droit, pouvoir de commander, de prendre des décisions, de se faire obéir* »¹⁸. Voici donc deux mots très souvent utilisés de manière similaire, alors que leur signification est bien différente. Le pouvoir est une capacité, l'autorité est un droit. Allons plus loin et définissons les mots « capacité » et « droit ». La capacité se définit comme : « *Aptitude à faire, à comprendre quelque chose ; compétence* »¹⁹. Le droit se définit qu'en à lui comme : « *Faculté d'accomplir ou non quelque chose, d'exiger quelque chose d'autrui, en vertu de règles reconnues, individuelles ou collectives...* »²⁰. Le pouvoir est donc une compétence qui permet d'exercer une influence sur une autre personne, ce qui veut clairement dire qu'il n'y a pas que l'infirmière en chef qui a du pouvoir dans une équipe, alors qu'elle est la seule à y avoir l'autorité. Tous les intervenants du groupe ont du pouvoir. Le chef en a sur ses collaborateurs qui en ont eux-mêmes sur ce dernier. Les experts possèdent le savoir et les autres l'énergie pour agir. Toutes ces sources de pouvoir se complètent, s'opposent, se renforcent ou s'annulent. L'infirmière en chef doit être consciente de tous ces pouvoirs et ne doit pas les combattre mais plutôt les « apprivoiser » pour, une fois de plus, pouvoir développer ses compétences et celles de son équipe.

4.1 Le pouvoir hiérarchique

Le pouvoir hiérarchique est également appelé pouvoir institutionnel ou fonctionnel mais nous devrions l'appeler « autorité hiérarchique » puisqu'il est bien question ici d'autorité et pas de pouvoir. Toutes les institutions cultivent des autorités organisationnelles, lucratives, réglementaires ou sociales. Cette autorité hiérarchique est déléguée aux chefs qui doivent veiller au respect des règles établies par l'organisation. Du fait de sa toute puissance, l'autorité institutionnelle peut très vite être perçue comme absolue, c'est d'ailleurs comme cela qu'elle est parfois encore utilisée. Le manager impose ses idées en se retranchant derrière les règlements. Le leadership directif est un moyen de mise en action ne laissant que peu ou pas de place à la prise d'initiatives et à l'autonomie. Nous ne voulons pas ici faire le procès de

¹⁷ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, *Grand Format Dictionnaire Encyclopédique* (Paris, Editions Larousse) 2007, p.856.

¹⁸ Ibidem, p.127.

¹⁹ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, op. cit., p201.

²⁰ Ibidem, p. 381.

l'autorité hiérarchique. Nous savons qu'il est tout à fait possible d'obtenir beaucoup d'une équipe seulement en s'appuyant sur ce type d'autorité. Mais où serait alors l'intérêt de parler de la dynamique de groupe puisque celle-ci ne peut s'exprimer pleinement que dans un contexte participatif. Nous pensons que ce genre d'autorité est utile voire même indispensable mais, qu'elle ne peut s'utiliser seule. Pour qu'une équipe soit autonome et performante, il faut laisser les autres pouvoirs s'épanouir. Le chef ne doit plus être le représentant d'un pouvoir unique mais le représentant d'individus responsables et le dispensateur d'énergie positive. Voilà la différence entre le manager et le leader.

4.2 Le pouvoir personnel

Le pouvoir personnel est le pouvoir détenu par tous les individus. Chacun ayant ses propres ressources tels que l'expertise, l'énergie, l'information, la motivation... Toute personne cherche à faire croître son pouvoir et à l'exercer sur autrui. Ce pouvoir peut aller de l'expression d'un véritable leadership à la nuisance. Il faut savoir que le pouvoir individuel peut influencer à lui seul la majorité, à condition que celui qui le possède réponde à quelques types de comportement comme : être impliqué, c'est-à-dire être prêt à accepter des sacrifices personnels afin d'atteindre ses objectifs. Etre autonome, c'est-à-dire être indépendant dans sa prise de décision, avoir le courage de ses opinions et avoir un haut niveau d'objectivité. Etre volontaire et enfin savoir écouter les autres même si ceux-ci n'ont pas la même vision des choses. Le pouvoir personnel doit être encouragé par le leader. Il doit pouvoir s'appuyer sur les différentes ressources présentes dans son équipe. Laisser libre cours à l'interaction des pouvoirs personnels augmente le rôle moteur des individus et augmente leur motivation. De toute façon, aucun leader ne peut empêcher les pouvoirs individuels d'être présents. Il est donc important de les identifier afin de savoir les canaliser et les utiliser de manière optimale.

4.3 Le pouvoir collectif

Le pouvoir collectif ou de groupe est probablement le plus influant de tous. Il est tout aussi incontournable que le pouvoir individuel. C'est de cette force que découle le conformisme qui pousse les membres de l'équipe à se plier aux normes. Toujours dans un esprit participatif, il nous semble naturel de tenir compte de l'avis collectif pour accompagner au mieux le groupe sans toutefois renoncer à notre autorité hiérarchique et notre pouvoir personnel. Dans certains cas, il est impossible de trouver un consensus, c'est alors au leader formel de trancher.

4.4 Le pouvoir contextuel

Le pouvoir contextuel est représenté par l'environnement de l'équipe. Même s'il est extérieur, ce pouvoir ne doit pas être ignoré. Le leader devra compter avec lui. Il sera, par exemple, dépendant du système de rémunération mis en place par son institution ou encore, il devra tenir compte des demandes de sa direction. Ces pressions externes sont elles aussi incontournables et peuvent mettre une équipe en position d'échec.

Un des rôles de l'infirmière en chef est d'articuler ces quatre sortes de pouvoir. Elle peut y arriver si elle est assez sûre d'elle pour laisser ces forces se développer. Par contre, si elle a peur de se faire phagocyter par ces différents pouvoirs, elle risque d'hypothéquer les chances de son équipe en matière de performance. Les nombreux potentiels dont regorge le groupe risquent fort de rester inutilisés.

5. Conclusion

Maîtriser la dynamique d'équipe et en tenir compte sont deux éléments indispensables pour transformer un manager en leader. Le manager aura l'autorité, le leader aura du pouvoir. Et si nous ne disons pas LE pouvoir, c'est parce que nous sommes persuadés que le vrai leader ne possède pas tous les pouvoirs. L'un de ses objectifs doit être de développer les compétences et donc le pouvoir des membres de son équipe. Trop souvent encore, les infirmières en chef ne tiennent pas compte des ressources présentes et des relations de pouvoir qui sont pourtant présentes dans tous les services. Prendre conscience de tous ces mécanismes nous semble indispensable pour faire un premier pas vers le leadership et son éventail de possibilités. Si l'infirmière en chef arrive à situer son équipe dans son niveau de cohésion et sa logique de groupe, si elle est capable d'identifier le ou les leaders informels, elle aura un point de départ pour appliquer son leadership. Elle devra se poser les bonnes questions et analyser suffisamment la situation pour se positionner avec conviction. Mais l'infirmière en chef a aussi des responsabilités face aux membres de son équipe. Elle doit avoir conscience de l'autorité et, nous l'espérons, du pouvoir qu'elle peut exercer sur les personnes qui gravitent autour d'elle. Connaître le fonctionnement de son équipe peut éviter de commettre des erreurs qui peuvent parfois avoir des conséquences graves. Une fois de plus, il n'existe pas de recette miracle, mais nous devons toujours fonctionner dans le respect de l'autre. C'est là une règle fondamentale qui ne doit jamais être transgressée. Le leader doit être l'exemple à suivre et son comportement doit être le plus irréprochable possible. Nous ne pouvons pas demander du

respect si nous humilions notre équipe, nous ne pouvons pas demander de l'enthousiasme si nous même sommes incapables de faire « bonne figure » alors que rien ne va. Notre équipe peut être amenée à nous soutenir en cas de « baisse de régime » mais cet état de fait ne peut durer. C'est à nous d'épauler, d'écouter, de stimuler, de coordonner...de porter une vision.

Si les infirmières en chef ont pris conscience de l'importance d'accompagner la dynamique d'équipe, elles ont commencé leur transformation de manager en leader et vont progressivement développer leur pouvoir en ne se cachant plus derrière leur autorité. Mais pour faciliter cette métamorphose, elles devront en plus maîtriser les rouages du changement. C'est ce que nous allons développer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II : LE CHANGEMENT

Avant de nous plonger dans les théories qui nous parlent du changement, il nous semblait important de définir les mots « changement » et « transformation ». Le changement se définit comme : « *Action, fait de changer, de modifier, en parlant de quelqu'un ou de quelque chose* »²¹. Pour aller plus loin, nous avons également défini le mot action comme : « *Fait, faculté d'agir, de manifester sa volonté en accomplissant quelque chose (par opposition à la pensée, à la réflexion)* »²². Deux constats nous sont venus immédiatement en tête en lisant ces définitions. Le premier est que la profession infirmière va se retrouver dans le mot « action », parce qu'elle fonctionne dans le « faire »²³. Le second, est que le changement peut sans aucun doute possible s'appliquer à une personne. Par contre, il est difficile pour nous d'accepter de mettre en opposition l'action et la réflexion. En tant qu'infirmière en chef, il nous semble impossible d'agir sans avoir pris la peine d'analyser la situation. Nous devons être capable d'identifier devant quel type de changement nous nous trouvons et quelle conduite du changement nous allons privilégier. Le mot transformation est quant à lui défini comme : « *Action de transformer. Passage d'une forme à une autre ; métamorphose* »²⁴ Cette définition nous convient tout particulièrement puisque le passage du manager au leader est bien au centre de notre réflexion. Il n'est nullement question de supprimer l'un pour le remplacer par l'autre. Nous parlerons donc plus volontiers de transformation que de changement.

1. La typologie des changements

Il existe une multitude de définitions possibles du mot « changement ». Ici, nous nous sommes référés aux études de Gersick (1991), Miller(1982) et Tushman (1985) qui expliquent qu'un changement peut être classé en fonction de son intentionnalité et de son rythme. L'intentionnalité met en opposition un changement imposé par l'évolution de l'environnement et un changement délibérément choisi par des individus sans pression extérieure. Le rythme

²¹ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, op. cit., p.226.

²² Ibidem, p. 58

²³ A tort ou à raison ? Ça, c'est un autre débat

²⁴ Ibidem, p. 1071

dépend de la manière dont les leaders vont conduire le changement. Il peut être brutal ou progressif.

En tenant compte de ces deux grands axes, nous pouvons déterminer quatre grands types de changement qui seront ensuite décrits un à un.

Progressif	Changement prescrit	Changement construit
	Changement de crise	Changement adaptif
Brutal		
	Imposé	Volontaire

1.1. Le changement prescrit : imposé et progressif

Les éléments qui vont entrer en jeu dans ce type de changement sont externes. Le changement est imposé par des lois, des réglementations. Si l'entreprise ne les prend pas en compte, elle met sa survie en danger et/ou risque des poursuites pour non observance de la législation. Ces changements, sont en général prévus de longue date, ce qui permet à l'entreprise de s'y préparer de façon progressive.

1.2. Le changement de crise : imposé et brutal

Contrairement au changement prescrit, le changement de crise peut être amené par des facteurs externes ou internes. L'événement déclencheur de ce changement sera toujours brutal et demandera une réponse rapide. Les managers n'auront pas le temps de reformuler à loisir le problème. Les décisions seront plutôt prises de façon instinctive. Les différents acteurs entrant en jeu n'auront pas le temps d'être préparés au changement. Cela ne veut pas dire pour autant que les solutions choisies seront de mauvaise qualité.

1.3. Le changement construit : volontaire et progressif

D'une façon générale, le changement imposé est plus simple à faire accepter qu'un changement volontaire. En effet, le changement imposé ne laisse pas d'alternatives aux managers. Les pressions externes font qu'ils ne doivent pas se justifier auprès des différents acteurs. Ils n'ont pas le choix, c'est comme ça et pas autrement... Par contre, pour le changement volontaire où il n'y a pas de pressions externes qui entrent en jeu, les managers vont devoir argumenter leurs décisions afin de pouvoir les faire accepter. La conduite du changement est alors beaucoup plus complexe. Elle requiert beaucoup d'actions puisqu'elle a la volonté de mobiliser un maximum d'individus à moyen et à long terme. Le changement construit s'étale sur un à dix ans et concerne des changements de culture d'entreprise des démarches qualité... Ce changement est basé sur la formation individuelle et collective.

1.4. Le changement adaptatif : volontaire et brutal

Le changement adaptatif est intentionnel tout comme le changement construit. Ce qui les différencie, c'est le rythme. Pour le changement adaptatif, les résultats sont attendus à court et moyen terme. Il s'étale sur trois à dix-huit mois et concerne, par exemple, les réorganisations de fonctions.

Il est inutile de rappeler que le changement est continuellement présent. Notre institution évolue, notre équipe évolue, nous évoluons et tout naturellement, notre fonction évolue.

Face à cette transformation nous nous trouvons devant trois choix possibles. Le premier est de rejeter cette évolution, ce qui serait une erreur en tant que leader. Le second serait de se laisser porter par le mouvement. Mais être suiveur n'est, à notre sens, pas une des caractéristiques premières du leader ! Le troisième choix serait de participer à cette mouvance de façon active en développant nos compétences mais aussi celles des autres. Pour ce faire, nous devons absolument maîtriser la conduite du changement. En fonction du type de changement que nous rencontrons, nous devons être capables de choisir le style de conduite du changement que nous allons adopter.

Dans le cadre qui nous intéresse ici, nous pensons nous trouver dans un changement de type construit. Volontaire, puisqu'il n'y a pas de pressions externes. En effet, il n'y a ni loi ni réglementation qui nous oblige à nous métamorphoser en leader. Progressif, puisqu'il paraît illusoire de transformer des modes de fonctionnement en quelques mois. Nous savons également que le fait que le changement ne soit pas imposé rend la mission plus difficile. Les décideurs du changement vont devoir argumenter leurs choix. Ce sera donc un changement

sur du long terme et qui devra incontestablement avoir l'appui de la hiérarchie. Il est inconcevable d'exercer un leadership de qualité sous la direction de personnes directives et sans avoir un minimum de marge de manœuvre. En tant que cadres de proximités, nous devons avoir une liberté d'action et d'initiative. A nous de développer nos compétences et de gagner notre droit à l'information et à l'action. A nos directions d'organiser des formations individuelles et collectives afin de mettre à la tête des unités de véritables leaders.

Après avoir déterminé la typologie des changements, nous allons nous intéresser à la typologie des conduites du changement, qui sera ici fonction du type de changement rencontré. Il y en a donc quatre possibles : l'éducation/communication, la collaboration/participation, l'intervention et la direction.

2. La typologie des conduites du changement

Avant de développer les quatre grands types de conduites du changement, nous les avons classés en fonction de l'intentionnalité et le rythme du changement.

Progressif	L'intervention	La collaboration/Participation
	La direction	L'éducation/communication
Brutal		
	Imposé	Volontaire

2.1. L'éducation/communication

L'éducation/communication est le style de conduite du changement préconisé pour les changements de type « adaptatif » (volontaire/brutal). Les objectifs visent ici à informer et former des individus choisis afin qu'ils puissent appliquer ou faire appliquer une consigne. C'est donc obtenir l'adhésion des acteurs de terrain grâce à une information sur un changement et travailler avec eux pour intégrer ce changement dans leurs pratiques journalières. Ce style de conduite du changement est particulièrement efficace lorsque la difficulté première au changement est le manque d'information et qu'il faut que les consignes

touchent rapidement un maximum d'individus. Dans ce cas de figure, nous préconisons de faire une réunion de service afin de toucher un maximum de personnes en un minimum de temps, de donner des informations identiques à l'ensemble du personnel et de donner une occasion de partage supplémentaire avec son équipe.

2.2. La collaboration/participation

Ce type de conduite du changement est utilisé pour les changements construits (volontaire/progressif). Il demande la participation de tous ceux qui seront touchés par le changement dans l'identification des problèmes, le choix des solutions et la détermination des actions. Cette méthode favorise l'amélioration des processus de prise de décisions individuelles et collectives, l'identification des problèmes et leur résolution, la communication et les relations de travail. Elle permet également de renforcer l'adhésion du personnel au changement. L'outil de choix utilisé par cette méthode est le brainstorming avec formation de groupes de travail. Cette conduite est très participative et trouve son point faible dans le fait qu'elle fait appel à un grand nombre de participants avec tout ce que cela implique de conflits d'intérêts et de relations de pouvoir. Il est intéressant de constater que participer à ce type de conduite permet de développer des compétences comme la prise de décisions, la résolution de problèmes, la communication...Compétences, faut-il le rappeler, qui font partie intégrantes de notre fonction. Nous sommes donc bien dans un changement volontaire et progressif.

2.3. L'intervention

L'intervention est la conduite du changement choisie pour les changements prescrits (imposé/progressif). Le but est ici de mettre en place un mécanisme de réponse à une contrainte, dans les délais, tout en laissant aux individus concernés la possibilité de participer à la mise en place de ce mécanisme. Une autorité formelle doit maîtriser le processus de changement tout en déléguant certaines tâches et en veillant à leur réalisation et à leur réintégration dans le processus global. L'individu ou le groupe d'individus, à qui sont déléguées certaines tâches, n'ont pas la responsabilité du processus global. L'avantage de cette méthode est que l'autorité formelle garde la maîtrise du processus malgré l'implication de nombreux intervenants.

2.4. La direction

La direction est fortement préconisée pour les changements de crise (imposé/brutal). Le but est ici de trouver une solution rapidement. Il est donc souhaitable de centraliser les informations et les responsabilités afin de limiter le nombre d'intervenants. Cette méthode doit être utilisée de façon ponctuelle afin de régler un problème grave mais elle doit rapidement laisser la place à une méthode plus participative afin de comprendre les origines du dysfonctionnement en tenant compte des avis des acteurs compétents.

Nous venons de répertorier les quatre grands styles de conduite du changement en les faisant correspondre aux quatre types de changement. Nous devons cependant savoir que dans la pratique, plusieurs conduites du changement peuvent être utilisées pour un même changement quelle que soit sa nature et ce, en fonction de l'étape dans laquelle nous nous trouvons. La conduite du changement peut se résumer en trois types d'actions : le diagnostic, le déploiement des leviers et le pilotage. Le diagnostic est l'étape qui permet de répertorier les leviers qui sont la communication, la formation et l'accompagnement. Elle permet aussi de déterminer les acteurs concernés et estimer la réceptivité de l'institution. A ce stade du changement, nous pourrions utiliser l'intervention. En effet, celle-ci donnerait la possibilité aux infirmières en chef et aux infirmières chefs de service de s'associer à la mise en place du projet, mais le processus resterait sous la responsabilité de la directrice de nursing qui se positionnerait ainsi, au centre de son équipe, à son tour comme leader. Le déploiement des leviers est probablement l'étape la plus importante de la conduite du changement. L'éducation/communication nous semble des plus appropriée pour cette étape. Elle donnera la possibilité de former et d'informer les cadres tout en travaillant avec eux pour modifier leurs comportements. Si nous employons, ici, le mot « cadre », c'est que nous pensons que pour cette étape il faudra utiliser les compétences de chacun sans tenir compte de son niveau hiérarchique. Une infirmière en chef qui maîtrisera, par exemple, la communication, pourra accompagner d'autres infirmières en chef, voire même des infirmières chef de service pour développer cette compétence. Cette approche suppose une fois de plus une direction très participative. La dernière étape du changement est le pilotage. Les actions de la phase précédente doivent permettre au projet d'être compris et accepté. La phase de pilotage « action, évaluation, rétroaction » se réalisera durant tout le déploiement des leviers et pourra correspondre à la collaboration/participation. Là encore, il n'y aurait aucune distinction entre les cadres intermédiaires et de proximités, puisqu'ils seront tous touchés par le changement. On leur demandera donc de déterminer les disfonctionnements du processus, de proposer des

solutions et de les mettre en œuvre. Durant cette phase, nous continuerons d'utiliser l'éducation/communication pour les rétroactions. Si nous n'avons pas cité la conduite du changement « direction », c'est que nous pensons qu'elle n'a pas sa place dans le processus d'évolution qui nous intéresse. Cependant, si des infirmières en chef refusent en bloc et sans argumentation valable tout ce qui leur est proposé, la direction de projet devra se positionner fermement. Mais nous sortons, ici, du cadre de la conduite du changement et parlons bien de leadership. Ce qui nous fait dire que même si nous préconisons un leadership très participatif, nous constatons que le leadership directif est indispensable face à certaines personnalités ou dans des situations bien précises.

Nous savons à présent que de nombreuses combinaisons sont possibles entre les changements et les conduites de changement. Mais le choix des conduites du changement ne se contentera pas de tenir compte uniquement du changement ou de l'étape dans laquelle nous nous trouvons. Nous devons également tenir compte du système culturel de l'entreprise, qui est souvent méconnu, voir pas connu du tout. Nous allons essayer de le rendre accessible en le développant mais surtout en donnant des exemples concrets qui permettront aux lecteurs d'identifier le système culturel de leur propre entreprise.

3. Le système culturel de l'entreprise

Le système culturel est l'aspect « caché » de l'entreprise. Il regroupe les normes et codes implicites qu'il ne faut pas confondre avec les règles organisationnelles. L'organisation est également un système symbolique avec ses mythes, ses héros, sa mémoire collective,... Et enfin, l'organisation est un système imaginaire qui occupe une grande part de psychique des individus. Ce système est composé de sept éléments qui sont : les routines, les rites, les mythes, les symboles, les structures de pouvoir, les structures organisationnelles, les systèmes de contrôles. Il est prudent de développer ces points de manière homogène et équivalente.

3.1. Les routines

Les routines, appelées aussi normes, sont les façons dont les membres d'une institution vont se comporter entre eux et hors de l'organisation. Les groupes créent et appliquent ces normes pour régir des comportements qu'ils croient importants. Ces normes vont assurer la vie du groupe et lui apporter des avantages comme rendre prévisible le comportement que l'on attend de ses membres, ce qui permettra d'éviter les problèmes interpersonnels embarrassants, d'exprimer les valeurs essentielles du groupe et de conditionner l'intégration d'une nouvelle personne. Concrètement, lorsqu'un nouveau membre arrive au sein d'une

équipe, l'infirmière en chef devrait lui donner quelques pistes afin de faciliter son intégration : ce qu'il faut absolument éviter et ce qu'il est préférable de savoir. Il faut cependant rester attentif à ces normes, puisque nous avons vu précédemment que si ces signes d'appartenance sont poussés à l'extrême, nous pouvons nous retrouver face au phénomène dit de « pression de conformité » ou « pensée de groupe »²⁵.

3.2. Les rites

Les rites sont des actions rituelles qui montrent ce qui est important dans la vie sociale de l'institution. Concrètement, ce sont les « drinks » qui sont fait systématiquement pour les mêmes occasions. C'est la façon de présenter une nouvelle collègue infirmière en chef, c'est la façon dont la direction fêtera le départ à la retraite des membres de son institution...

3.3. Les mythes

Les mythes mettent en avant les grands événements ou les « héros » qui ont marqué l'organisation. Ils font appel à la mémoire collective et orientent le comportement des membres de l'institution. Nous avons déjà tous entendu les « anciennes » parler de telles ou telles personnes qui ne font plus partie de l'institution mais qui ont laissé une empreinte importante dans celle-ci.

3.4. Les symboles

Les symboles représentent l'état d'esprit de l'institution. Ils font également partie des ressources du pouvoir grâce à un arsenal de moyens symboliques pour flatter l'orgueil des autres (grandeur du bureau, avantages en nature,...). Ces symboles nous semblent moins explicites en milieu hospitalier. Cela ne veut pas dire qu'ils n'existent pas, mais plutôt qu'à notre niveau, nous ne sommes pas parvenus à les identifier.

3.5. Les structures de pouvoir

Les structures de pouvoir déterminent les leaders informels. Les détenteurs de pouvoir au-delà des organigrammes de fonctions formels. Ici, nous n'avons eu aucune difficulté à identifier les leaders informels de notre organisation et de notre propre équipe.

3.6. Les systèmes de contrôle

Les systèmes de contrôle représentent les points forts de l'organisation, les éléments qui déterminent sa réussite. Ces éléments orientent les différents acteurs de l'institution sur la façon dont ils doivent se comporter pour être en accord avec les hautes instances. Nous

²⁵ Cf. Chapitre I : La dynamique d'équipe ; les limites de la cohésion.

retrouverons dans les systèmes de contrôle les grandes valeurs prônées par l'institution comme : un accueil personnalisé, une communication, un partenariat au sein d'une même unité et entre les unités...

3.7. La structure organisationnelle

La structure organisationnelle détermine la répartition des responsabilités laissées à la ligne hiérarchique. Elle permet de définir le leadership prédominant au sein de l'organisation. Il est difficilement concevable de pouvoir aborder le changement de façon sereine dans une institution où le leadership prédominant serait directif. Par contre, il ne serait pas plus constructif de se retrouver dans une institution qui se dit participative mais où la marge de manœuvre des cadres de proximité serait très réduite alors que leur position est plus que stratégique au sein de l'institution.

De manière très concrète, ces sept éléments doivent nous permettre de déterminer si notre institution se situe plus dans un esprit participatif ou directif et d'orienter ainsi notre choix de conduite du changement. Il nous semble inapproprié d'utiliser une méthode très participative, comme la collaboration/participation, dans une institution dont la culture d'entreprise est clairement la direction. Tout comme employer une méthode directive serait déplacé dans un contexte participatif. Ces erreurs d'appréciation ne feraient qu'accroître le phénomène déjà très présent de résistance au changement. Etant très conscients que nous n'échapperons pas aux résistances, nous allons tenter d'en comprendre les mécanismes afin de les limiter ou mieux encore, afin de les utiliser pour renforcer notre démarche.

4. La résistance au changement

Le milieu hospitalier est en état de changement permanent tant sur le plan macroscopique, comme l'adaptation des hôpitaux pour répondre aux contraintes externes²⁶, que sur un plan microscopique, comme la mobilisation du personnel pour répondre aux nouveaux projets.

La résistance au changement est donc fortement secouée par le rythme effréné des mutations au sein des hôpitaux et ce phénomène n'épargne pas les infirmières en chef ni les cadres intermédiaires. A ce flot de changements, nous désirons en amener un supplémentaire : l'évolution de notre fonction. Et, il nous suffit de regarder autour de nous pour savoir que cette remise en question ne va pas faire l'unanimité. Alors deux possibilités s'offrent à nous : laisser tomber, en écoutant la petite voix au fond de nous qui nous chuchote que le jeu n'en

²⁶ Exemple : les bassins de soins

vaut pas la chandelle ou comprendre les grands mécanismes de la résistance et nous préparer au mieux aux difficultés qui nous attendent. Ce n'est pas tant le processus de changement qui provoque les résistances. Ces dernières sont préexistantes et se manifestent tout au long de la vie de nos institutions ; ce sont des résistances au dynamisme, à l'ouverture et à l'autonomie et ce sont en fait elles que nous voulons faire évoluer C'est justement parce que le changement s'attaque à elles qu'elles risquent de se révéler de façon très significative.

Le changement provoque inévitablement un processus de « deuil » qui comprend quatre grandes étapes : la colère, la tristesse, la peur et l'acceptation. L'ordre et l'intensité de ces quatre états seront fonction des différents acteurs rencontrés dans un processus de changement : les décideurs, l'équipe projet et les utilisateurs. Mais aussi des trois grands comportements de ces acteurs : les proactifs, les passifs et les opposants.

4.1. La colère

Plus le changement sera perçu comme imposé, plus la colère risque d'être présente. Le changement qui est vécu comme une rupture est très souvent accompagné d'une phase de refus et de colère qui se concrétise par des discours agressifs face aux porteurs du projet ou contre le fonctionnement de l'institution en général. La colère étant condamnée par notre société, il est souvent compliqué d'y faire face. L'accompagnement devra donc se faire par des personnes qui ne sont pas perçues comme initiatrices du changement et ce, afin d'apaiser l'atmosphère. Mais cette colère peut parfois être positive en se manifestant comme une « rage de vaincre » et de ne pas subir de façon passive le changement. Dans ce cas de figure, les opposants deviennent de véritables proactifs²⁷ en transformant leur colère en énergie positive pour reprendre le contrôle des événements.

4.2. La tristesse

La tristesse est la phase où l'on se remémore le passé en l'idéalisant. Cette étape est plus facilement accompagnée puisqu'elle est jugée comme politiquement correcte. Il est beaucoup plus simple de soutenir quelqu'un qui a du chagrin que quelqu'un qui est en colère. L'individu exprimera ses angoisses, ses envies et ses besoins de manière plus réfléchie et posée. L'accompagnateur doit ici favoriser les échanges et se trouvera plus dans un mode participatif.

²⁷ Ce terme sera développé plus loin

4.3. La peur

La peur du changement est une attitude naturelle. L'individu va repousser le changement de façon instinctive sans parfois même, s'en apercevoir. Les opposants d'un projet vont rarement critiquer le projet lui-même mais vont plutôt dire qu'il ne correspond pas à leurs besoins. La peur du changement s'explique en partie par le fait qu'une routine est rassurante. Elle permet d'économiser du temps puisqu'il n'y a plus de questions à se poser, plus d'informations à trouver. On sait exactement comment faire les choses et on maîtrise ou l'on pense maîtriser la situation. Tous ces changements demandent un temps d'adaptation où il faut fournir des efforts et accepter d'être moins performant. Ce n'est qu'après ce temps d'adaptation que l'on peut dire si le jeu en valait la chandelle. Cette phase de rétraction se caractérise par un repli sur soi-même et à une grande inertie. L'accompagnement préconisé dans cette étape sera de type plus directif pour « tirer » progressivement les différents acteurs de cette léthargie de façon progressive et assertive.

4.4. L'acceptation

Cette dernière étape qu'est l'acceptation du changement va véritablement être un nouveau départ. L'individu va se retrouver dans une dynamique plus constructive. Cette phase marque la fin d'un processus douloureux et creuse les premières fondations d'un avenir que nous espérons autrement satisfaisant.

Un des objectifs de la conduite du changement est de faire comprendre aux personnes touchées par le changement que la perte de ce qu'ils connaissent et les risques sous-jacents éventuels sont acceptables aux vues des avancées obtenues. Une tension mentale accrue accentue encore la résistance au changement. La responsabilisation croissante des individus au travail augmente le stress et l'épuisement professionnel. C'est bien là le revers de la médaille du management par projet qui augmente l'autonomie, les responsabilités et l'obligation de résultat. Le tout se passant dans un contexte « d'humanité » où l'on soigne mais aussi où l'on souffre et meurt.

La résistance au changement est donc un réflexe presque comme un instinct de survie. Cette dimension est souvent négligée, elle peut pourtant remettre en cause le bien fondé et le déploiement du changement. Nous pensons aussi que si nous nous retrouvons devant des infirmières chefs de service qui ne soutiennent pas l'évolution de notre fonction, nous allons inévitablement échouer. Tous les acteurs du changement ont leur importance, quelle que soit

leur fonction et leur positionnement face au changement. Il existe trois types d'acteurs et trois grands comportements face au projet.

4.5. Les acteurs

Les stratégies d'évitement sont fonction du type d'acteurs. Dans la réalisation d'un changement, il y a trois sortes d'acteurs :

- Les décideurs : ils représentent les personnes qui ont décidé qu'un changement devait être réalisé. Ils mettent en place le changement dans l'organisation. Idéalement, si nous voulons vraiment que le changement ne soit pas qu'une décision personnelle, il faudrait que le décideur soit la direction de nursing.
- L'équipe projet : ce sont les acteurs qui gèrent et réalisent le changement en fonction de leurs compétences. Ici, l'équipe projet devrait être les infirmières chefs de service mais aussi des infirmières en chef ciblées dans certains champs de compétences.
- Les utilisateurs : ce sont tous les acteurs concernés de près ou de loin par le changement. C'est-à-dire les infirmières en chef mais aussi les cadres intermédiaires qui devront évoluer avec les cadres de proximité.

Il ne devrait pas y avoir de résistance dans les deux premières catégories. Notre expérience nous fait dire que cela n'est pas toujours vrai et nous pensons que si des résistances importantes se situent dans l'équipe projet, il y a peu de chance que celui-ci aboutisse. L'évitement se retrouve plus généralement chez les utilisateurs. Parmi ceux-ci, il y a trois grands types de comportement qu'il faut être capable d'identifier : les proactifs, les passifs et les opposants. Plus vite, nous les cernons, plus vite nous serons à même de réagir de manière adéquate face à eux.

4.5.1. Les proactifs

Les proactifs adhèrent au projet dès son lancement. Ils se positionnent comme des décideurs. Les raisons de leur positionnement sont multiples. Soit ce sont des pionniers attirés par tout ce qui est nouveau, soit ils le font par amitié pour les porteurs du projet, soit ils y trouvent un intérêt quelconque pour leur carrière... Les proactifs représentent plus ou moins dix pourcents des utilisateurs. Nous pouvons, par exemple, retrouver les proactifs dans les leaders informels de nos unités quand ceux-ci sont nos alliés.

4.5.2. Les passifs

Les passifs sont les indécis. Pas vraiment pour, pas vraiment contre. Ils veulent voir comment ça se passe et se sentir sécurisés avant d'y adhérer. Il est important de connaître les éléments qui comptent pour eux afin de les faire basculer rapidement vers les proactifs. Le simple fait d'être en « attente » peut provoquer une inertie et ralentir le développement du projet. Les attentistes représentent le plus grand nombre des utilisateurs soit plus ou moins quatre-vingt pourcents d'entre eux.

4.5.3. Les opposants

Les opposants sont les personnes qui sont ouvertement contre le projet. Ils développent une argumentation anti-projet de façon systématique. Les raisons de leur positionnement sont multiples : la peur de se voir amputer d'une partie de leur pouvoir et de leur savoir-faire, un désaccord avec une personne porteuse du projet. Ils peuvent compromettre le projet surtout s'ils sont leaders informels. Toutefois, leur argumentation doit être prise en considération car elle permet aux porteurs du projet de se remettre en cause et de développer sans cesse une argumentation de riposte. Les managers doivent être capables de déceler les signes de résistance et de quelle manière cela se traduit sur le terrain.

5. Conclusion

Quelle que soit le type de changement et la conduite utilisée, nous nous retrouverons inévitablement face à des résistances au changement. L'évolution de notre fonction n'échappera pas à cette règle. C'est pourquoi il est important de détecter le plus précisément possible les différents acteurs du projet mais surtout les différents comportements rencontrés. Il n'est nullement question d'éliminer les opposants en les ignorant mais bien de développer notre argumentaire en fonction de leurs réticences. Nous ne devons pas tomber dans le travers du « quoi qu'il en soit, j'ai raison ! ». Sachons écouter de manière active et positive les arguments de chacun afin de trouver des solutions et d'évoluer ensemble. S'essayer à faire des opposants des alliés, peut être un exercice des plus périlleux mais également des plus riches. Que les comportements rencontrés soient passifs ou actifs, conscients ou inconscients, que la forme qu'ils prennent se concrétise dans les discours, les routines, les actions ou les symboles, nous devons être capables de mobiliser certains leviers afin de réduire les risques d'échec. Mais nous devons également être capables d'identifier les personnes ressources qui

peuvent nous aider dans notre démarche. Ces personnes peuvent se trouver parmi nos cadres intermédiaires mais également parmi nos collègues infirmières en chef. Enfin, nous devons pouvoir utiliser notre équipe et tout le potentiel dont elle regorge. Cette équipe qui évolue au fil du temps en fonction du contexte mais aussi en fonction de son leader, qu'il soit formel ou pas.

Nous avons pris connaissance de toute la complexité de la dynamique d'équipe et des mécanismes de la transformation. Nous sommes donc prêts à éclaircir le terme « leadership » et à mettre en lumière la multitude de possibilités d'actions qu'il nous offre.

CHAPITRE III : LE LEADERSHIP

1. Le leadership

Les cadres en soin de santé ont la particularité d'être issus de leur filière professionnelle. Ils sont au centre d'une activité en perpétuel mouvement et sont les porte-parole de leur profession initiale mais aussi, de la direction auprès de leur personnel. Leur position est stratégique car elle est de proximité et institutionnelle. En effet, ils peuvent donner des informations précises, à leur direction, sur le travail de terrain puisqu'ils le connaissent bien. Ils peuvent également participer activement à la gestion et l'organisation des soins puisqu'ils sont en possession de tous les éléments qui influencent l'organisation. Enfin, ils peuvent expliquer les projets et les positions de l'institution à leur équipe. Tous ces éléments font d'eux des acteurs incontournables de la ligne hiérarchique même s'ils sont bien les derniers maillons de cette chaîne. Bien sûr, il faut être conscient qu'à notre niveau, nous ne sommes pas en possession de toutes les informations. La transparence absolue n'existe probablement pas. Mais de toute façon, devons-nous réellement tout savoir ? De notre côté, donnons-nous toutes nos informations au personnel de terrain ? Par contre, il nous paraît essentiel d'être en possession des informations susceptibles d'améliorer notre analyse du contexte et le développement de nos compétences, comme il nous paraît également essentiel d'avoir suffisamment d'informations pour ne pas perdre notre crédibilité auprès de nos équipes.

Nous sommes bien ici au cœur du débat. Nous, infirmières en chef, sommes nous bien conscientes de notre pouvoir ? Et si nous en sommes conscientes, l'utilisons-nous de manière optimale ? Avons-nous développé suffisamment nos compétences pour espérer être prises au sérieux que ce soit par nos équipes ou notre hiérarchie ? Voilà quelques questions que nous devrions toutes nous poser et que nous pourrions résumer par la question : sommes-nous des managers ou des leaders ? Nous allons tenter de répondre à cette question en nous penchant d'un peu plus près sur le leadership.

1.1. Du manager au leader.

Nous pensons qu'il est nécessaire de faire la différence entre le manager et le leader. Même si dans tout manager il y a un peu de leader, il persiste quand même une distinction à

faire entre les deux. Le leader est visionnaire, il produit le changement et amène ses collaborateurs à adhérer à une vision des choses. Le manager gère la complexité, il organise et donne de la cohérence. Le leader mobilisera les individus autour d'un projet, le manager le fera plus volontiers autour d'actions plus routinières afin d'assurer la réussite du projet. Ces différences ne sont peut-être que le résultat de l'évolution des dirigeants. En effet, la mondialisation qui se traduit par une accélération de la diffusion des informations et par une évolution rapide de notre environnement, a sans aucun doute un impact sur les hommes. Ceux-ci sont de plus en plus amenés à participer à ces changements. Le dirigeant qui devait manager des groupes d'individus stables et des situations plus ou moins rectiligne, se retrouve à présent obligé d'anticiper et d'accompagner les multiples changements qui constituent son environnement professionnel. Il est loin le temps des infirmières en chef qui devaient uniquement faire « le tour avec les docteurs » et les horaires. La profession et la fonction ont bel et bien évolué. A présent, l'infirmière en chef doit savoir développer et tenir à jour ses connaissances tant en matière d'hygiène, d'administration, de législation, ... qu'en matière spécifique relative aux pathologies traitées dans son unité. Elle doit être capable d'être un élément moteur pour son équipe et l'institution, de développer son sens de l'écoute et de la communication, de déléguer et faire appel à des personnes ressources. Elle doit avoir le sens de l'organisation, des responsabilités et de l'économie. Elle doit posséder la capacité de s'auto-évaluer et a un devoir de discrétion et de respect du secret professionnel. Elle doit faire fonctionner son unité en assurant les gestions quantitatives et qualitatives des ressources humaines et matérielles. En organisant la dispensation des soins, en exploitant le potentiel des membres de l'équipe et en veillant à leur formation. En étant la personne ressource et de référence pour l'équipe. En encadrant et évaluant le personnel. En s'assurant d'une bonne prise en charge des stagiaires et du nouveau personnel...Et puis une fois de plus, elle doit être capable de savoir devenir en évoluant, en se transformant. Si nous sommes persuadés qu'exercer un leadership est indispensable dans notre fonction, il est probablement intéressant de connaître les principaux styles de leadership et leur évolution au fil du temps.

1.2. Les styles de leadership

Dans les années 70, deux chercheurs américains, Blake²⁸ et Mouton²⁹, ont déterminé différents styles de leadership. Ces chercheurs ont fait correspondre ces façons de faire aux combinaisons possibles entre la fonction tâche et la fonction socio émotionnelle du leader. La

²⁸ Robert R. Blake, psychosociologue américain, spécialisé dans l'étude du leadership et des organisations sociales (1918-2004).

²⁹ Jane S. Mouton, psychologue.

fonction tâche correspond à l'intérêt porté à la planification, la coordination des tâches afin d'atteindre les objectifs de l'organisation. La fonction socio émotionnelle correspond quant à elle à l'intérêt porté aux problèmes humains. Cinq combinaisons possibles ont donc donné naissance à cinq styles de leadership : le style « social », centré sur l'humain et pas sur les objectifs, le style « laisser-faire », centré ni sur l'humain, ni sur les objectifs, le style « autocrate », centré sur les objectifs et pas sur l'humain, le style « intégrateur », centré sur les objectifs et sur l'humain et enfin, le style « compromis », qui navigue entre les objectifs et l'humain. Cette première approche présente un inconvénient majeur, elle est statique. Pour Blake et Mouton, chaque leader avait son style et restait cloisonné dedans tout au long de sa carrière. Notre expérience nous fait dire qu'il est impossible de fonctionner uniquement dans un style de leadership. En effet, même si nous avons un style de leadership prédominant, nous utilisons tous les styles en fonction de la situation et du contexte. Par exemple, si la charge de travail est très lourde et que le personnel est clairement fatigué, nous fermerons les yeux sur des « détails » comme l'ordonnance du service afin de diminuer la pression déjà bien présente pour l'équipe. Nous penserons donc plus ici à l'humain qu'à la tâche à effectuer et nous évoluerons dans un style plus « social ». Fiedler a donc complété cette étude en y introduisant un élément supplémentaire : la situation. Il identifia ainsi trois facteurs pouvant influencer sur le style de leadership : le pouvoir du leader, la nature de la tâche (structurée ou non structurée) et la relation avec les membres de l'équipe. Fiedler pense que si la situation est jugée très favorable c'est-à-dire un fort pouvoir, une tâche structurée et de bonnes relations avec son équipe, le style de leadership préconisé doit être centré sur la tâche. Pour lui, pas besoin de faire du social si tout va bien. Nous sommes assez interpellés par cette logique. Il nous semble impossible de faire durer favorablement une situation en ne se préoccupant que du travail à effectuer. Là où Fiedler nous semble en contradiction, c'est quand il dit qu'en cas de situation très défavorable, il ne faut, à nouveau, se préoccuper que de la tâche. Il préconise de ne s'occuper des relations humaines que lorsque les situations sont intermédiaires. Il nous semble hasardeux de se centrer uniquement sur la tâche et de ne tenir compte de l'individu que lorsque le contexte n'est ni favorable, ni défavorable. Même si l'organisation hospitalière doit être considérée comme n'importe quelle autre organisation, le facteur social y est bien présent. De plus, Walter Hesbeen³⁰ n'affirme-t-il pas que la première mission du cadre est de « prendre soin du personnel » afin que celui-ci puisse à son tour « prendre soin des

³⁰ Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain (UCL-Belgique), directeur de l'institut La Source-Paris. W.hesbeen@institutlasource.fr

malades »³¹ ? Nous rejoignons complètement cette affirmation et n'envisageons pas un instant faire fi des relations humaines dans notre fonction. Hersey³² et Blanchard³³ vont heureusement amener une dimension plus rationnelle et plus dynamique au leadership. L'idée principale de leur approche est que le leader doit s'adapter en fonction de la situation mais aussi en fonction des individus auxquels il est confronté. Hersey et Blanchard vont déterminer quatre modes de mise en action du leadership : le mode « diriger » qui sera utilisé avec des employés ayant un niveau de maturité très bas, c'est-à-dire ayant peu de connaissances et de compétences mais une grande motivation. Le leader devra donc donner des instructions pointues et exercer une surveillance accrue, le mode « entraîner » qui sera utilisé avec des employés ayant un niveau de maturité faible c'est-à-dire ayant un peu plus la maîtrise des exigences de leur tâche mais une motivation variable. Le leader devra continuer la guidance et la surveillance mais devra en plus donner des explications sur les décisions, demander de nouvelles idées et encourager les progrès, le mode « épauler » qui sera utilisé avec des employés ayant un niveau de maturité moyen c'est-à-dire ayant les compétences requises mais une motivation variable et un grand besoin de se sentir soutenus. Le leader devra partager avec eux les prises de décision et les encourager à fournir toujours plus d'efforts et pour terminer, le mode « déléguer » qui sera utilisé avec des employés ayant un niveau de maturité élevé c'est-à-dire ayant la maîtrise de leur savoir et un très fort degré d'engagement. Le leader devra leur déléguer des responsabilités diverses. Le leader devra donc être capable d'user des quatre modes de mise en action en fonction des compétences et de l'engagement de ses subordonnés. Ce leadership est bien adaptatif puisqu'il est différent d'un individu à l'autre mais aussi d'un moment à un autre avec le même individu en fonction de sa propre évolution.

Nous venons de voir que le leader doit pouvoir poser le bon diagnostic afin d'utiliser le bon mode de leadership au bon moment. Mais le leadership doit également regrouper certains éléments dont aucun ne peut à lui seul rendre le processus durable. Il s'agit des caractéristiques du leadership. Nous allons tenter de décrire le leadership puisqu'il nous paraît impossible de le définir.

³¹ Hesbeen W., cité par PENGAM M. et SLIWKA C., *Changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité*, Editions Lamarre, collection « Fonction cadre de santé », 2006, p 26-27.

³² Paul Hersey, psychosociologue américain.

³³ Kenneth Blanchard, licencié en administration et philosophie, docteur en administration et gestion.

1.3. Les caractéristiques du leadership

Les éléments qui doivent interagir afin de constituer le leadership sont au nombre de trois : la conviction du leader, la compétence du leader et la situation vécue par le leader. Ces trois caractéristiques sont aussi importantes à prendre en considération que le contexte et le niveau de compétence des individus.

1.3.1. La conviction du leader

Nous pouvons ici parler d'aptitudes, de qualités « internes ». Nous estimons que tous les individus ne sont pas faits pour être leader. Certaines personnes n'ont pas le profil simplement parce qu'ils ne possèdent pas ces aptitudes naturelles. Ceci n'enlève rien à leurs compétences et leur motivation mais il leur manquera toujours ce petit plus qui fait la différence. Ces aptitudes sont : la capacité d'être visionnaire, de déléguer, de se connaître soi-même et d'avoir une communication signifiante. Même si ces quatre aptitudes doivent être présentes chez le leader, nous avons choisi de développer davantage la communication. Celle-ci nous semble plus qu'essentielle pour une bonne pratique du leadership.

La capacité d'être visionnaire :

Les leaders ont le don de mobiliser les autres autour d'une vision différente. Ils ont la capacité de rendre cette vision de l'avenir cohérente et unique. Ils parviennent aussi à susciter chez les exécutants l'envie d'y participer. Le leader est également le mieux placé pour expliquer les nouveaux projets de l'institution à son équipe. Il a un rôle primordial dans la transmission des informations tant ascendantes que descendantes. Il doit pouvoir donner un sens aux décisions prises par les hautes instances de l'entreprise. En plus de démontrer la cohérence des objectifs de la direction, il doit montrer qu'il adhère à la vision et, il doit pouvoir mobiliser son équipe autour de cette vision. Il parviendra ainsi à susciter chez ses collaborateurs l'envie de participer aux projets institutionnels. Nous abordons ici un point qui nous paraît important, en effet, nous ne pouvons pas toujours être en accord avec ce que notre direction nous demande d'appliquer ou de faire appliquer sur le terrain. Comment pouvons-nous alors agir pour concilier nos idées et celles de notre hiérarchie ? Nous pensons que tout dépend de notre degré de désaccord. Si nous ne sommes pas en phase sur la forme mais bien sur le fond, disons-le à nos supérieurs et négocions un compromis éventuel. Si nous ne sommes en accord ni sur le fond ni sur la forme et qu'accepter de faire passer le message va à l'encontre de nos valeurs essentielles, nous devons en avertir notre direction qui devra faire passer l'information elle-même. Nous ne voulons absolument pas créer ici un vent de révolte, nous disons seulement que nous voulons avoir le choix, que se réfugier derrière la phrase « ce

n'est pas nous c'est notre direction » n'est pas si simple et peut avoir des conséquences importantes sur notre propre mobilisation. Notre direction doit avoir conscience de ce fait et doit pouvoir l'accepter. Si nous devons avoir le courage de nos convictions, nous ne devons pas non plus tomber dans le travers du « nous ne sommes jamais d'accord ». En acceptant notre fonction, nous étions conscients que notre position hiérarchique incluait de devoir prendre parfois des décisions qui ne sont pas toujours humainement faciles. Etre systématiquement en désaccord avec notre direction est inconcevable et est significatif de problèmes plus profonds que les cadres intermédiaires devront décrypter.

La capacité de déléguer :

Déléguer n'est pas un acte facile ni anodin. Le leader devra être capable de savoir ce qu'il peut déléguer et à qui. Déléguer des tâches routinières permet au leader de se consacrer à des tâches plus importantes et plus complexes. Cette capacité permet également de partager le pouvoir que l'on détient avec ses subordonnés et de développer ainsi les compétences de l'équipe. Nous devons accepter l'évolution de certains membres du groupe, qui se révéleront être à leur tour de nouveaux leaders. Encourager son groupe à se dépasser, à acquérir du pouvoir et du savoir. Consentir à toutes ces choses est, pour nous, une des plus belles preuves de compétence d'un leader.

La capacité de se comprendre soi-même :

Le leader doit avoir la capacité de s'auto-évaluer de façon objective. Il doit connaître ses points forts et les exploiter mais il doit également connaître ses points faibles et les corriger. Faire régulièrement son examen de conscience nous semble également indispensable. Nous devons prendre le temps de nous arrêter afin de nous recentrer. Posons-nous alors les questions essentielles et faisons le bilan. Nous devons être ambitieux sans devenir arriviste, sans renier nos valeurs et en restant nous-même. Pas toujours facile de combiner le tout mais si nous sommes capable de nous dire que tout ce que nous avons fait, nous l'avons fait dans le respect des autres et de soi-même, alors nous sommes sur la bonne voie.

La communication signifiante :

En plus d'avoir une vision structurée et fiable de l'avenir, le leader doit être capable de la transmettre grâce à une capacité communicative sans faille. La communication donne avant tout du sens. Depuis la nuit des temps, les philosophes réfléchissent à ce besoin

viscéral qu'ont les hommes à donner un sens à leur vie. Rappelons-nous les besoins supérieurs de la pyramide de Maslow : le besoin d'accomplissement était sous-tendu par la recherche de sens.

Nous avons recherché le mot « sens » dans le dictionnaire. Dans un premier temps, le sens est associé aux cinq sens " sensation, perception". L'individu a donc la capacité de ressentir une multitude de choses grâce à ses sens. Dans un deuxième temps, le sens est décrit comme un « sentiment ». Il nous permet donc d'avoir une opinion, un avis. Dans un troisième temps, le sens est « signification ». Il va nous permettre de rationaliser. Et enfin, le sens donne une « direction ». Il nous donne une orientation, un but, un projet. Nous voici donc au centre même de la communication. Le leader, le vrai leader, se doit de donner une direction à suivre à son équipe et l'outil le plus approprié pour ce travail est une communication signifiante.

- **La communication éduquante et mobilisante**

L'absence de communication laisse le champ libre aux rumeurs, aux interprétations et à la désinformation, ce qui engendre de l'angoisse et de l'insécurité. Les employés qui ne vont pas trouver les informations auprès de leur supérieur, vont tout simplement se tourner vers des réseaux de communication parallèles qui vont souvent réduire le contenu du message mais en amplifier les effets. Ces réseaux de communication parallèles vont faire perdre du temps ce qui aura des répercussions sur la productivité. La communication éduquante devra favoriser l'apprentissage. Pour ce, elle doit être la plus objective possible en regroupant tous les points de vue, les similitudes et les divergences d'opinions. Le responsable doit être capable d'expliquer l'origine de ces différentes opinions sans essayer de les falsifier. La communication éduquante est donc une organisation et une structuration de l'information. Pour construire une communication mobilisante, le responsable devra identifier les personnes cibles auxquelles il veut faire passer un message et sélectionner les mots et valeurs les plus adaptés pour ces personnes.

En résumé, nous pouvons dire que la communication éduquante véhicule les informations à l'état brut et que la communication mobilisante véhicule les informations retravaillées afin qu'elles correspondent plus aux individus ciblés. Cela ne veut pas dire que les informations sont truquées, elles sont simplement transmises de façon à être comprises. Dans le contexte d'un changement, une difficulté supplémentaire dans la communication vient du fait qu'il est compliqué de faire passer des messages sur un futur hypothétique et une réalité qui peut aller à l'encontre de certains intérêts. Pourtant, la communication reste un levier incontournable de la conduite du changement.

- **Le changement et la communication**

Transmettre des données incertaines sur un changement est ardu et cette pratique est sujette à des interprétations. Or, le changement charrie inévitablement son lot d'inconnues. Cette communication est définie par plusieurs éléments. Celle-ci rassemble deux ou plusieurs individus, plus il y a d'individus en interaction, plus la communication est ardue car elle doit prendre en considération l'interprétation de chacun ainsi que les éventuels réseaux de communication transversaux. Avant même de commencer le dialogue, il faut préciser la finalité qui donne de la crédibilité à l'acte. Il est impensable de convoquer des personnes à une réunion sans leur dire au préalable la raison de cette réunion. La communication se fait grâce au processus « émetteur/récepteur » qui engendre les mécanismes « d'interprétation/assimilation ». Une fois assimilées, les informations doivent pouvoir être transformées en connaissances actionnables que l'on trouvera dans nos actions et discours. Si ces mécanismes sont défectueux, la finalité de la transmission d'informations peut être mise en échec. La communication doit également utiliser un langage mais aussi parfois un support. Les supports permettent la traçabilité de l'information et sa diffusion vers d'autres personnes. Ne pas communiquer est impossible. Même en l'absence d'une communication verbale, des messages passent grâce à la communication non verbale qui est constituée de signaux corporels et comportementaux. Tous ces éléments font de la communication un processus complexe truffé de pièges.

- **Les pièges de la communication**

Les dérives de la communication peuvent être causées par les émetteurs et/ou les récepteurs. Connaître ces pièges permet de pouvoir les éviter. Il faut avant tout s'assurer que tous les acteurs de la communication disposent d'un référentiel commun. Ceci est surtout vrai lorsque le discours contient beaucoup d'abréviations. Il est inutile de croire qu'un message peut être assimilé s'il n'est pas compris. Si nous employons des abréviations que nous sommes les seuls à connaître, le personnel ne manifestera pas nécessairement son incompréhension. Il est en effet parfois bien difficile d'avouer devant d'autres que l'on ne comprend pas, à nous donc d'anticiper en expliquant chaque symbole. N'oublions jamais que ce n'est pas parce que les choses doivent être connues qu'elles le sont ! Il faut ensuite que le discours et son support soient bien construits. Trois éléments doivent apparaître : le thème central, l'argumentation et la conclusion. En d'autres termes, le pour quoi, le pourquoi et le donc. Que nous soyons en entretien d'évaluation, en réunion de service, ou dans n'importe

quel autre contexte de communication, nous devons dire clairement de quoi nous parlons, expliquer pourquoi et conclure avant de mettre fin à l'entrevue. Une autre erreur à ne pas commettre est d'utiliser des arguments bloquants. Il faut éviter de parler d'éléments qui fâchent sauf si ces éléments font partie de l'objectif de la communication. Même si nous sommes face à un opposant agressif, nous devons nous abstenir d'utiliser contre lui des éléments du passé susceptibles de le blesser uniquement dans le but de le déstabiliser. Nous avons un éventail de solutions bien plus noble et professionnel pour parvenir à le convaincre du bien fondé de notre argumentaire. En cas d'évitement, il faut préconiser des échanges face à face, ou faire participer les éviteurs à des groupes de travail afin qu'ils soient obligés de se positionner et de s'investir. Nous pouvons par exemple dire à une personne opposante d'une étude que sa participation au groupe de travail pourra sans aucun doute apporter une autre perspective au projet. Evitons aussi les contradictions dans notre discours en disant par exemple : « soyez créatif mais faites comme je vous dis ! ». Ces phrases nous font perdre toute crédibilité. Enfin, esquivons la surcharge cognitive en étant clair et précis. Nous devons aller à l'essentiel et être capable de simplifier un maximum le message pour qu'il puisse être assimilé. La dispersion et la non disponibilité sont à éviter. Il faut pouvoir recentrer le débat en insistant sur l'importance du sujet.

Les pièges de la communication sont donc très nombreux, il est impératif de les éviter au maximum afin de communiquer de façon efficace avec nos interlocuteurs. Mais en plus des pièges, nous devons aussi connaître les règles de base de toute bonne communication.

- **Les règles de base de la communication**

Les règles de base sont de deux ordres : celles qui vont améliorer le contenu des informations, et celles qui vont favoriser le processus de communication.

Les premières vont rendre le message fiable et facile d'accès. Ce qui suppose que les émetteurs auront préparé leur travail sur le fond et la forme avant de faire passer les informations. Les deuxièmes vont permettre au récepteur de se sentir en confiance afin qu'il puisse faire part de son avis sans contrainte et devenir à son tour émetteur. Si ces règles de base semblent élémentaires, nous constatons que bien souvent elles sont transgressées. C'est pourquoi nous avons décidé d'en parler. La toute première de ces règles est le respect. Il peut se traduire par la politesse, la ponctualité, des signes de reconnaissances, ... La deuxième est la confidentialité. Nous avons hésité à la mettre en premier. Combien de fois cette règle n'est-elle pas bafouée ? Et pourtant, si les récepteurs ont la certitude que la confidentialité est

respectée, ils seront plus enclins à dire réellement ce qu'ils pensent. Mais aussi, dans une autre dimension, si nos supérieurs hiérarchiques sont absolument sûrs de notre discrétion, ils seront plus disposés à nous donner des informations importantes qui ne peuvent être divulguées d'emblée au terrain. Gagner la confiance de notre équipe et de notre direction passe donc aussi par le respect de la confidentialité. La troisième règle est le « parler je ». Parler à la première personne du singulier nous oblige à prendre nos responsabilités et à nous positionner. Nous devons être capable en tant que cadre d'avancer nos propres arguments sans nous cacher derrière un « on » indéfini. La quatrième règle est la non utilisation du procès d'intention. Il ne faut jamais discréditer une personne pour faire avancer son idée. Si notre personnel constate que tous les avis comptent et que nous cherchons des solutions ensemble, sa coopération ne peut qu'augmenter. Cette règle peut rejoindre la première : le respect. Et pour finir, la dernière règle sera le cadre, et nous ne parlons pas ici du cadre en soins de santé mais bien du moment et du lieu de l'échange. Il est souhaitable de ne pas être interrompu lors de la communication. Nous devons veiller à laisser notre téléphone à d'autres, à ne pas être dérangé et à trouver un local adapté à l'échange. Nous devons aussi penser à notre position dans l'espace. Si nous sommes en entretien d'évaluation, être assis à côté de la personne évaluée diminuera l'impression de jugement souvent présente dans ce type d'échange. Se retrancher derrière son bureau ne fait qu'augmenter la distance entre le personnel et nous.

Tous ces éléments nous montrent à quel point communiquer est difficile. C'est pourtant un processus qui ne peut être contourné par le leader. Ce dernier doit le maîtriser au mieux afin de pouvoir mobiliser son équipe, développer leurs compétences mais aussi les siennes. Parce qu'il est évident que la communication est un échange et que de tout échange ressort un apprentissage. Une fois encore, ne sous-estimons pas les ressources inépuisables de nos équipes. Apprenons à les mettre en exergue.

Nous venons de passer en revue toutes les capacités qui font la conviction du leader. Nous allons à présent parler de la compétence du leader.

1.3.2. La compétence du leader

La compétence est l'une des ressources du pouvoir. Elle vient du savoir, du savoir-faire, des diplômes et titres. Le leader doit savoir de quoi il parle. Il est tenu de se former de façon continue tant dans les domaines du management que dans la spécificité de son contexte professionnel. Une fois de plus nous avons souhaité revenir sur notre propre univers professionnel. En tant que responsable, nous devons nous former dans les branches telles que la gestion, le leadership, l'organisation,... mais en tant que responsable d'une unité de soins,

nous devons également nous former aux nouvelles technologies, aux nouveaux traitements et à la recherche spécifique à notre service. De plus, même si « le deuil du soin » est inévitable, nous croyons qu'il est indispensable de garder un pied sur le terrain. Nous ne pouvons pas être crédibles si nous sommes incapables d'effectuer nous-mêmes ce que nous demandons aux autres. Il faut donc trouver l'équilibre entre notre métier et notre fonction ou plutôt, utiliser l'un pour améliorer l'autre. Nous ne sommes pas tout à fait d'accord lorsqu'on nous dit qu'une infirmière en chef ne devrait plus faire de week-end. Faire de temps en temps un week-end nous permet d'évaluer de façon très précise la qualité des soins donnés durant la semaine. Ca nous permet également de dire à notre équipe que nous sommes parfaitement conscients des problèmes qu'elle peut rencontrer le week-end puisque même si c'est de façon moins régulière, nous les rencontrons aussi. De même, nous devons pouvoir faire les soins que nous devons évaluer. Cela augmente notre crédibilité lors de l'appréciation du personnel. Voilà donc la façon d'utiliser notre métier pour améliorer notre fonction et nos compétences. Il reste à présent à parler d'un point souvent ignoré mais qui fait pourtant bien partie des caractéristiques du leader, c'est la situation.

1.3.3. La situation

La situation est l'élément essentiel à la révélation des aptitudes naturelles du leader. Si le leader ne rencontre pas de situations correspondantes à son tempérament, il ne pourra pas laisser libre cours à son art. Ici, nous voulons différencier deux types de situation : les situations intrinsèques et les situations extrinsèques. Nous appellerons intrinsèques les situations auxquelles nous sommes confrontés au hasard de notre fonction et extrinsèques les situations auxquelles nous serons soumis de façon volontaire par nos cadres supérieures. En effet, si le contexte du travail crée sans aucun doute des situations que nous devons gérer, nos cadres intermédiaires devraient être capables de détecter en nous des aptitudes et créer à leur tour des situations pour nous permettre de développer ces aptitudes. Cette façon de faire ne peut qu'augmenter notre mobilisation et étendre nos compétences. Provoquer des situations va également permettre de savoir dans quels contextes nous nous sentons à l'aise et dans quels autres nous avons besoin d'aide pour fonctionner, puisqu'un leader tout à fait à l'aise dans une situation ne le sera pas forcément dans toutes.

Nous venons de voir les grands principes du leadership et son évolution au fil du temps. De façon inévitable, nous nous sommes demandés quelle sorte de leadership nous correspondait le plus. Sans vouloir tomber dans le travers de nous identifier à un seul mode de

mise en action, nous nous retrouvons quand même plus dans ceux qui tiennent compte des individus. Au cours de nos recherches, nous avons rencontré un style de leadership que nous ne connaissions pas du tout : le leadership transformationnel. Le mot « transformationnel » nous a tout de suite intéressés puisqu'il nous ramène à la « transformation ». Nous nous sommes alors penchés un peu plus sur ce type de leadership.

1.4. Le leadership transformationnel

En 1978, Burns³⁴ a utilisé l'expression « leadership qui transforme » pour décrire des situations où l'énergie créée entre les leaders et les suiveurs augmente leur motivation et leur moralité. En 1985, Bass³⁵ a dépassé ce concept en l'appliquant aux leaders qui invitent les suiveurs à se dépasser et à transcender leurs intérêts personnels au profit de ceux de l'organisation. Les suiveurs deviennent ainsi eux-mêmes des leaders. Dans le modèle du leadership transformationnel, Bass relève quatre comportements qu'il juge transformationnels. Le premier de ces comportements est l'influence idéalisée (ou charisme). Elle représente les attitudes du leader qui lui donnent l'image du modèle à suivre, qui suscitent la confiance et le respect. Pour ce, le leader doit faire ce qui est bien et pas seulement ce qui est rentable et simple. Il doit également rendre ses choix transparents en les explicitant, c'est là qu'entre en jeu la communication éduquante et mobilisante. Le charisme est l'un des comportements le plus important du leader et correspond, nous semble-t-il, aux aptitudes qui font la conviction du leader. Le second comportement est la motivation stimulante. Elle représente les attitudes du leader qui donne la vision d'un idéal que les individus ont envie de suivre. Le leader aura ici des normes de rendement et de qualité élevées. Il parviendra à augmenter la confiance en soi des subordonnés en montrant de l'enthousiasme et de l'optimisme pour leur travail. L'accompagnement et les renforcements positifs peuvent résumer la motivation stimulante. Le troisième comportement est la stimulation intellectuelle. Elle représente les actions qui vont susciter le développement de nouveaux leaders et qui vont rendre les individus plus autonomes. Pour y parvenir, le leader devra inviter ses subalternes à donner leur avis sur certains problèmes et à approfondir l'analyse de certaines situations. Nous savons déjà que la délégation est une des actions permettant de développer les compétences de l'équipe. Le dernier comportement est l'appréciation individualisée. Elle représente la capacité du leader à encadrer ses subordonnés

³⁴ James MacGregor Burns, professeur en sciences politiques.

³⁵ Bernard Bass, docteur en philosophie.

de façon individuelle mais équitable. Le leader prendra le temps de travailler avec chacun de manière unique, en les motivant et en leur donnant des conseils.

Le leadership transformationnel possède également un aspect moral non négligeable puisque le leader et ses subordonnés sont moralement investis dans une vision dépassant leurs propres intérêts. Il faut cependant tenir compte de cette vision. Si celle-ci n'est pas « morale », le leadership transformationnel ne pourra pas être décrit comme tel. Le fait que ce type de leadership n'est en aucun cas coercitif peut aussi plaider en faveur d'un leadership éthique. En effet, le leader va, dans ce cas de figure, rendre son personnel plus responsable en le valorisant sans jamais porter atteinte à sa dignité et en évitant de lui infliger des remarques négatives. Décrit de la sorte le leadership transformationnel peut paraître idéal mais aussi un peu utopique. Cette remarque serait probablement vraie s'il était utilisé de façon exclusive. Or, nous pensons qu'il ne doit pas exclure les autres types de leadership. Si nous avons décidé d'en parler dans ce travail, c'est surtout parce qu'il nous correspond. Nous ne voulons pas dire par là que nous l'appliquons de manière optimale mais il est sans aucun doute notre idéal, l'exemple à suivre. C'est un leadership novateur et dynamique qui suscite chez notre personnel le désir de fournir des efforts supplémentaires à ce qui est normalement attendu, qui augmente leur satisfaction au travail et qui donne le désir de s'impliquer à l'égard de l'institution et de ses objectifs. L'effet de la considération individuelle conduit au respect mutuel, à l'union, à la construction d'un esprit d'équipe. Cet esprit est pour nous indispensable pour exercer notre fonction dans la sérénité.

2. Conclusion

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, plus les individus d'une équipe sont responsables et autonomes, plus ils éprouveront le besoin d'avoir un chef qui les soutient, favorise leur développement, partage leur vision et les représente. Ils comprennent l'intérêt d'avoir un leader qui les épauler car tout le monde a besoin de renforcements positifs. Grâce à l'appréciation individualisée, le leader va encadrer et motiver son personnel de façon individuelle mais toujours dans un esprit d'équité. Le soutien du chef peut également passer par un encouragement, un conseil ou une incitation. Mais qu'il prenne n'importe quelle forme, le soutien répond toujours aux besoins de sécurité et de reconnaissance. Il permet à tout individu de savoir qu'il est sur la bonne voie et que ses efforts sont reconnus. Cela lui donne la motivation nécessaire pour poursuivre son évolution et son développement personnel. L'absence de gratification est la première cause de démotivation. En effet, à quoi

bon se dépasser si personne ne se rend compte de la plus value apportée par votre travail ? Le chef représente l'équipe et sert également à souder ses membres autour de lui. Sans lui, il n'y aurait plus d'unité, mais seulement des électrons libres qui évolueraient dans des directions opposées. Il n'y aurait plus de trait d'union entre le groupe et l'institution. Dans ces conditions, il n'y aurait aucune possibilité de travailler ensemble pour atteindre un objectif commun. Mais le leader permet aussi d'incarner l'équipe afin que celle-ci ait une perception d'elle-même. Elle peut ainsi s'identifier à son leader qui lui donne l'image du modèle à suivre : c'est l'influence idéalisée. De cette représentation de l'équipe ressort deux rôles. Un rôle d'intermédiaire entre les membres du groupe et un rôle de démonstration de l'intérêt collectif. En se positionnant de la sorte, le chef est habilité à prendre des décisions afin de défendre les intérêts de chacun. Il légitime ainsi son rôle de médiateur lors de conflits. Nous avons pu constater que plusieurs comportements transformationnels permettaient de répondre aux besoins d'une équipe. Ce constat nous permet de confirmer qu'il y a bien des modes de mise en action qui permettent de trouver plus facilement l'équilibre entre le pouvoir du leader et l'autonomie d'une équipe. Cet équilibre est indispensable au bon fonctionnement de la dynamique de groupe. Le chef, s'il a du pouvoir, ne doit donc pas en abuser mais doit l'utiliser de manière optimale pour permettre à son équipe de s'épanouir et d'accroître ses compétences.

Conclusions et perspectives

Nos conclusions seront de trois ordres : pédagogique, professionnelle et personnelle. D'un point de vue purement pédagogique, ce travail de fin d'étude nous aura permis de développer nos compétences et d'en acquérir de nouvelles. Très concrètement, nous maîtrisons mieux l'outil informatique, nous avons amélioré notre orthographe et nous avons élargi notre vocabulaire professionnel. Nous avons pu nous replonger dans certains cours et grâce à nos diverses lectures, nous avons été capables de percevoir les choses différemment, de façon plus macroscopique. Nous sommes parvenus à voir plus loin que notre propre unité de soins et avons essayé de nous immerger dans notre fonction en faisant un parallélisme entre la théorie et la pratique. Même si nous n'en n'avons pas pris conscience tout de suite, le fait de n'avoir pas présenté cette épreuve intégrée dès la fin de notre cursus scolaire a vraiment été une chance pour nous. Avec le temps, nous avons compris qu'il nous manquait probablement le recul et la « maturité professionnelle » nécessaire pour mener à bien notre projet³⁶. Même s'il nous semble avoir suivi au mieux « *la charte de l'écrit* »³⁷, nous sommes conscients que ce travail ne suit pas une méthodologie classique, il est plus personnel, mais probablement aussi plus « pratique ». Nous pensons que le fait de s'approcher de la réalité du terrain fera de lui une référence plus accessible pour les infirmières en chef et qu'elles auront ainsi, envie de le lire. Même si nous percevons les choses différemment en fonction de notre personnalité et de notre vécu, nous pensons que chacun d'entre nous va se retrouver à un moment ou à un autre dans ce travail et qu'il suscitera inévitablement le débat.

D'un point de vue professionnel, nous espérons que ce travail ouvrira des pistes de réflexion mais que surtout il amènera des actions concrètes. Une fois de plus, nous n'avons nullement la prétention de détenir les réponses à toutes les questions mais nous souhaitons vraiment participer de façon active à l'évolution de notre fonction. Selon nous, plusieurs actions sont possibles pour favoriser la transformation des infirmières en chef en véritables leaders. Avant tout, il faudrait que les directions expliquent clairement ce qu'elles attendent de leurs cadres de proximité. En effet, les attentes d'une institution ne sont pas nécessairement les attentes d'une autre. Dès leur prise de fonction, les cadres de proximité devraient connaître avec précision leurs missions, des objectifs à courts, moyens et longs termes devraient être fixés en collaboration avec les cadres intermédiaires. Des entretiens d'appréciation devraient

³⁶ Projet que nous avons complètement réorienté.

³⁷VANTOMME P., *Méthodologies de recherche*, cours inclus dans la formation des cadres en soins de santé Compilation des cours U.F 4.2, 8.1, 8.2, 12.1, 12.3 de l'Ecole d'Enseignement et Promotion sociale de la Communauté Française, Tournai, Année scolaire 2006-2007, p14.

être effectués de manière fréquente, avec évaluation des objectifs. Un programme de formations basées sur la pratique devrait être mis en place, ce programme devrait pouvoir être adapté en fonction des difficultés rencontrées par les infirmières en chef dans leur pratique quotidienne. Depuis peu, notre direction a mis en place un système de « parrainage » qui consiste à faire encadrer les nouvelles infirmières en chef par une autre ayant plus d'expérience. Nous avons peu de recul sur cette méthode, mais cette nouvelle façon de faire nous semble positive, et ce, pour les deux partis. La jeune recrue est épaulée de façon concrète par la plus ancienne, elle peut poser des questions qu'elle ne poserait peut être pas à son cadre supérieur et peut également évacuer son ressenti sans avoir l'impression d'être évaluée. Cette mission peut également insuffler une dynamique nouvelle à la « marraine », créer des liens entre les infirmières en chef en augmentant leurs échanges et permettre ainsi de se rendre compte des difficultés rencontrées dans d'autres unités de soins en élargissant son champ de vision. Nous pensons aussi qu'il serait intéressant que les infirmières chef de service encadrent et accompagnent les infirmières en chef en mettant en pratique les quatre comportements jugés transformationnels par Bass, à savoir l'influence idéalisée, la motivation stimulante, la stimulation intellectuelle et l'appréciation individualisée. Ce style de leadership est à notre sens le plus approprié pour accompagner les cadres de proximité dans leur fonction de façon individuelle, en leur laissant suffisamment d'autonomie d'action, pour leur permettre d'utiliser à leur tour leur propre leadership avec leur équipe. La boucle serait alors bouclée !

D'un point de vue plus personnel, ce travail est le résultat d'une période de doutes où nous nous sommes réellement remises en question par rapport à notre fonction. Nous avons l'impression de ne plus savoir ce que notre direction attendait de nous, ni si nous étions vraiment à notre place en tant qu'infirmière en chef. Loin d'être démobilisée, nous n'arrivions toutefois plus à prendre suffisamment de recul pour positiver, tout nous semblait négatif et nous ne parvenions plus à trouver l'énergie suffisante pour accompagner correctement notre équipe. Nous sommes de ces personnes qui pensent que dans la vie, on a toujours le choix. Même si certaines décisions sont difficiles à prendre, elles ne dépendent que de nous. Nous avons alors clairement pensé arrêter notre fonction, nous en avons parlé avec notre direction et quelques autres personnes qui ont su trouver les mots justes pour nous redynamiser. Notre épreuve intégrée est alors devenue une sorte de thérapie et nous a permis de rebondir en nous donnant un nouvel objectif : faire évoluer notre fonction. Nous ne sommes pas naïve au point de penser que ce travail va tout régler, ni même que notre fonction subira toutes les transformations que nous souhaiterions. Nous sommes conscientes que nos difficultés ne sont pas nécessairement celles des autres et que la vision que nous avons de notre fonction ne

correspond peut être pas à la vision qu'en ont les autres. Une seule chose nous apparaît comme une certitude : notre fonction doit accompagner l'évolution de son environnement professionnel or, cet environnement est en pleine mutation. Il est temps que nous, infirmières en chef, sautions dans « le train de la transformation » avant que celui-ci ne prenne trop de vitesse. Nous devons refuser de rester sur le quai...

Bibliographie

Livres :

1. AUBERT N., *Diriger et motiver, Art et pratique du changement*, Editions d'organisation, 2005, 355p.
2. AUTISSIER D. / MOUTOT J-M, *Pratiques de la conduite du changement, Comment passer du discours à l'action*, Paris, Dunod, 2003, 248p.
3. CARDON A., *Leadership de transition*, Editions d'Organisation, 2005, 199p.
4. DESAUNAY G., *Comment gérer intelligemment ses subordonnés*, Paris, Dunod, 1984, 184p.
5. DEVILLARD O., *Dynamiques d'équipes*, Paris, Editions d'Organisation, 2006, 1^{ère} Edition 2000, 304p.
6. DUVERNOIS F. / GROSJEAN P., *Elaborer et mettre en œuvre un projet de service, Guide pratique et méthodologique*, Paris, Masson, 2000, 168p.
7. HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, 212p.
8. JACQUERYE A., *La qualité des soins infirmiers. Implantation, évaluation, accréditation*, France, Maloine, 1999, 326p.
9. LE PETIT LAROUSSE, *Grand Format dictionnaire encyclopédique*, Paris, Larousse, 2007, 1885p.
10. PENGAM M. / SLIWKA C., *Gestion des ressources humaines, Changement de poste, Changement de fonction : Les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité*, Lamarre, 2006, 163p.
11. PHANEUF M., *Soins infirmiers. La démarche scientifique*, Canada, Mc Coraw-Hill, 1985, 238p.
12. RAMEZ CAYATTE, *Manager en restant vous-même*, ESF éditeur, 2009, 126p.
13. SOREZ H., *Pour conduire une réunion*, France, Hatier, 1987, 77p.

Divers :

1. A.R. du 14/08/1987 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964, définissant les normes que les hôpitaux et leurs services doivent respecter, M.B. 25/08/1987.

2. FLORIN C., *Démarche de mise en place d'une offre de soins*, cours inclus dans la formation de cadre en soins de santé UF1/4 de l'Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale de la Communauté Française, Tournai, Année scolaire 2005-2006, 79p.
3. FLORIN C., *Management*, Cours inclus dans la formation de cadre en soins de santé UF7/2 de l'Ecole d'Enseignement et Promotion sociale de la Communauté Française, Tournai, Année scolaire 2006-2007, 124p.
4. VANTOMME P., *Démarche de résolution de problèmes*, cours inclus dans la formation des cadres en soins de santé UF4 de l'Ecole d'Enseignement et Promotion sociale de la Communauté Française, Tournai, Année scolaire 2005-2006, 41p.
5. VANTOMME P., *Méthodologie de projet*, cours inclus dans la formation des cadres en soins de santé UF1 de l'Ecole d'Enseignement et Promotion sociale de la Communauté Française, Tournai, Année scolaire 2005-2006, 28p.

Recherches internet :

1. DORAN D. / SANCHEZ MC CUTCHEON A., Répercussions de l'étendue des responsabilités du gestionnaire sur le leadership et le rendement, 2004, www.chsrf.ca/final_research/ogc/doran2_f.php (page consultée le 13 janvier 2007)
2. LABELLE F., Les quatre générations du leadership, Le leadership transformationnel, observatoireysrh.uquam.ca/UserFiles/File/Dossier%20leadership/Article_FL-La_4eme_%20generation.pdf (page consultée le 13 janvier 2007)
3. MITRE P., Pratiques de la conduite du changement, Comment passer du discours à l'action, 2003, cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/pratiquesconduite.doc (page consultée le 27 février 2007)
4. <http://www.icres.org/article-4552781.html> (page consultée le 11 novembre 2009).
5. www.management-personnel.com/.../pyramides_des_besoins.ppt (page consultée le 11 novembre 2009).
6. www.collegeahuntsic.qc.ca/.../definitions.htm (page consultée le 11 novembre).
7. http://fr.wikipedia.org/wiki/Pens%C3%A9e_de_groupe (page consultée le 15 novembre).
8. http://www.leadershipreview.org/2003winter/article3_winter_2003.asp (page consultée le 15 novembre).
9. http://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html (page consultée le 15 novembre).

ANNEXES

Annexe I Page II

Annexe II Page III

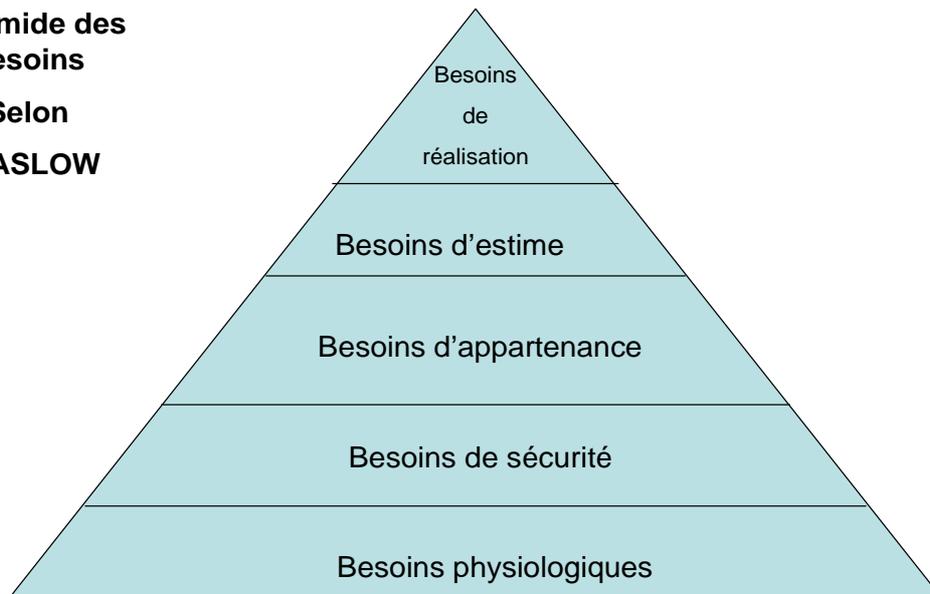
Annexe III Page IV

Annexe IV Page V

Annexe I

LES BESOINS HUMAINS

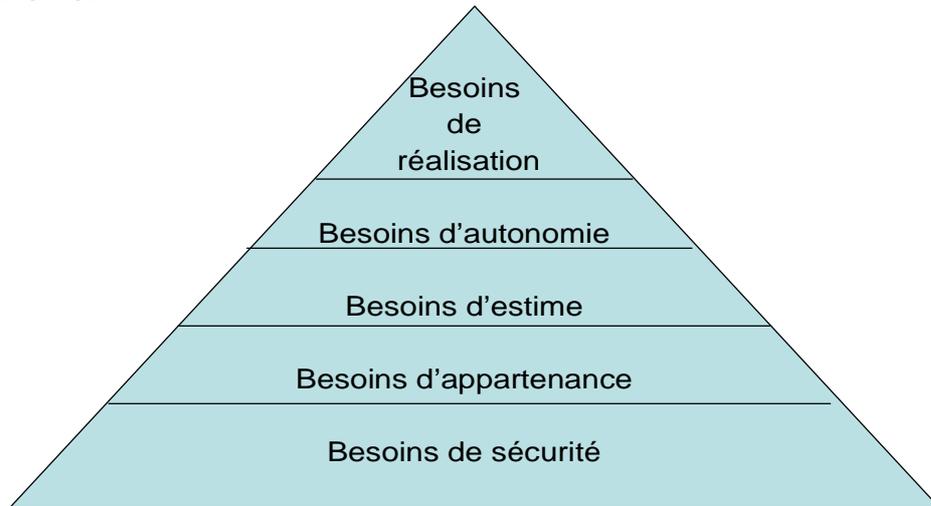
**Pyramide des
besoins
Selon
MASLOW**



IEMP

Annexe II

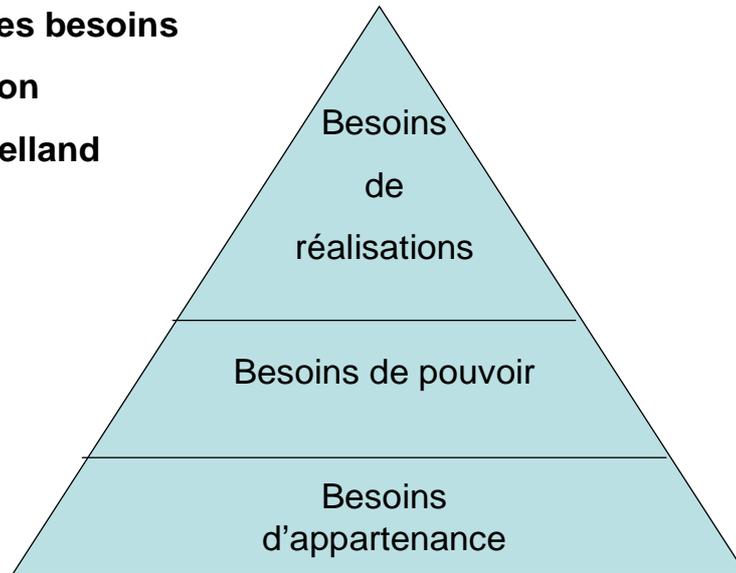
Pyramide des besoins Selon Porter



IEMP

Annexe III

**Pyramide des besoins
Selon
Mac Clelland**



IEMP

Annexe IV

Facteurs de motivation de Frederick Herzberg :

