

Louvain School of Management

Comment les compétences managériales que les infirmier(ère)s en chef pensent devoir mobiliser dans l'exercice de leur rôle ont-elles évolué dans le temps ?

Mémoire réalisé par
DEMELENNE Florine

Promoteur
MEURENS Pierre

Année académique 2025-2026
Mémoire en vue d'obtenir le titre d'ingénieur de gestion à finalité spécialisée

Déclaration

La déclaration ci-dessous est obligatoire et doit figurer sur la première page (après la page de couverture) du mémoire de master.

Déclaration relative à l'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Veuillez confirmer les déclarations suivantes :

Déclarations relatives à l'utilisation responsable de l'intelligence artificielle générative	Réponse
Le contenu de mon mémoire est le fruit de mon travail personnel, même si j'ai utilisé des outils d'intelligence artificielle générative pour m'aider dans sa préparation.	☒ OUI ☐ NON
Je maîtrise les théories, les outils et les méthodes mobilisés dans ce mémoire.	☒ OUI ☐ NON
J'ai vérifié que les informations présentées dans ce mémoire sont exactes et valides, et qu'elles ne contiennent ni hallucinations, ni références erronées, ni autres informations inexactes.	☒ OUI ☐ NON
Je reconnais maîtriser le contenu final du mémoire et être en mesure de l'expliquer ainsi que de répondre aux questions qui s'y rapportent.	☒ OUI ☐ NON
Je me suis assuré de ne fournir à aucun outil d'intelligence artificielle générative des données ou informations confidentielles.	☒ OUI ☐ NON

SIGNATURE

Nom, prénom de l'auteur	Date	Signature
1 DEMELENNE Florine	24/07/2026	

Remarque

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, j'ai eu recours à des outils d'intelligence artificielle générative (à titre d'assistance ponctuelle, selon les modalités suivantes :

1. **Soutien rédactionnel et reformulation** : aide à la correction de certaines fautes d'orthographe et de grammaire, ainsi qu'à la reformulation de certains passages afin d'améliorer la clarté et la qualité rédactionnelle du texte. Aide à réduire certains passages (ChatGPT, Claude).
2. **Traduction et clarification linguistique** : aide à la traduction de certaines sources scientifiques rédigées en anglais afin d'en faciliter la compréhension et l'analyse dans le cadre de ce travail (ChatGPT).
3. **Soutien à la retranscription des entretiens** : assistance dans la retranscription des enregistrements des entretiens, en veillant au respect de l'anonymat des participants (ChatGPT).
4. **Analyse du contenu thématique** : appui dans le codage thématique des entretiens (NotebookLM/Claude).
5. **Vérification de la bibliographie** : contrôle de la cohérence et de la mise en forme des références bibliographiques (Claude).

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien de nombreuses personnes, que je souhaite remercier sincèrement.

Mes premiers remerciements s'adressent à mon promoteur, Monsieur Meurens, pour sa disponibilité, son accompagnement, ainsi que pour la qualité de ses remarques et de ses conseils tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier chaleureusement les infirmier(ère)s en chef qui ont accepté de participer aux entretiens. Je leur suis reconnaissante pour le temps qu'ils et elles m'ont consacré, pour la richesse de leur expérience partagée ainsi que pour l'intérêt qu'ils et elles ont porté à cette recherche. Sans leur confiance et la qualité de leurs témoignages, ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour.

Enfin, je remercie sincèrement ma famille et mes proches pour leur soutien tout au long de ce parcours. J'adresse une pensée particulière à mes parents pour le temps qu'ils ont consacré à la relecture de ce mémoire, ainsi que pour leurs remarques et leurs conseils, qui ont contribué à en améliorer la qualité.

Table des matières

I. Introduction.....	1
II. Cadre théorique.....	2
Chapitre 1 : L'évolution du management et la notion de compétence.....	2
1.1. Les origines du management.....	2
1.2. Émergence de la compétence.....	3
1.3. Principales définitions.....	4
1.4. Les composantes de la compétence.....	4
Chapitre 2 : Les compétences managériales.....	5
2.1. Définition.....	5
2.2. Les compétences clés du manager selon Katz.....	5
2.3. Deux courants d'analyse : francophone et anglo-saxon.....	6
2.4. Les compétences managériales contemporaines.....	10
2.5. Conclusion du chapitre.....	12
Chapitre 3 : Les transformations du contexte hospitalier belge.....	12
3.1. Une organisation hospitalière davantage intégrée.....	13
3.2. Des besoins de santé croissants dans un contexte de ressources contraintes.....	13
3.3. Une transformation des pratiques hospitalières.....	14
3.4. Des tensions persistantes sur les ressources humaines.....	14
Chapitre 4 : La fonction d'infirmier(ère) en chef en Belgique.....	15
4.1. Évolution législative.....	15
4.2. Devenir infirmier en chef en Belgique.....	16
4.3. Évolution de la fonction d'infirmier(ère) en chef.....	16
4.4. Conclusion de la partie théorique.....	17
III. Partie empirique.....	18
1. Objectifs de la recherche.....	18
2. Méthodologie.....	18
2.1. Positionnement de la recherche.....	18
2.2. Échantillonnage.....	19
2.3. Collecte des données.....	22
2.4. Analyse des données.....	22
3. Présentation des analyses et résultats.....	24
3.1. Leadership et posture managériale.....	24
3.2. Communication managériale.....	27
3.3. Accompagnement et développement des collaborateurs.....	29
3.4. Organisation, coordination et prise de décision.....	30
3.5. Adaptation et gestion du changement.....	34
3.6. Synthèse transversale des résultats.....	35
4. Discussion.....	36
4.1. Un socle de compétences stable : les fondements de la fonction d'IC.....	36
4.2. D'une logique classique de management vers un leadership participatif et d'accompagnement.....	37
4.3. L'intelligence émotionnelle et l'individualisation des relations au cœur de l'évolution des compétences managériales.....	38
4.4. Un environnement hospitalier devenu durablement complexe : de la gestion du changement à l'adaptation permanente.....	39
4.5. Les transformations du contexte hospitalier comme moteur de l'évolution des compétences managériales.....	40
4.6. Synthèse des principaux apports de la recherche.....	42
5. Limites et recommandations.....	43
5.1. Limites de la recherche.....	43
5.2. Recommandations pratiques.....	43

6. Conclusion générale	44
<i>IV. Bibliographie</i>	<i>46</i>
<i>V. Annexes.....</i>	<i>51</i>
Annexe I : ESCI.....	51
Annexe II: Tableau synthèse.....	51
Annexe III : Guide d’entretien.....	53
Annexe IV : Retranscription.....	55
IC1	55
IC2	71
IC3	82
IC4	94
IC5	105
IC6	112
IC7	119
IC8	127
IC9	134
IC10	143
IC11	151
IC12	162
IC13	168
IC14	177
IC15	186
IC16	195
IC17	202
Annexe V : Tableau synthèse des résultats	209

Abréviations

COVID-19	Coronavirus 2019
ESCI	Emotional and Social Competency Inventory
IC	Infirmier(ère)s en chef
QI	Quotient intellectuel
MAHA	Model for Automatic Hospital Analyses
SPF	Service public fédéral
VUCA	Volatility, Uncertainty, Complexity and Ambiguity (modèle de Bennett & Lemoine)

I. Introduction

Dans un environnement de bouleversements profonds qui impactent le monde du travail, la problématique des compétences managériales devient centrale. Ces mutations économiques, technologiques, sociales et culturelles, redéfinissent le travail, ses formes et ses pratiques managériales (de Ridder et al., 2019) affectant de cette manière les compétences associées à chaque métier.

Les organisations de santé sont aujourd'hui confrontées à des transformations profondes liées aux évolutions démographiques, technologiques et organisationnelles qui affectent l'ensemble du monde du travail. Le secteur hospitalier illustre particulièrement ces mutations : vieillissement de la population, pénurie de personnel soignant, intensification du travail et développement de nouvelles technologies modifient profondément les conditions d'exercice des professions de santé. Par conséquent, les établissements hospitaliers doivent continuellement s'adapter afin de garantir la qualité et l'efficacité des soins (Noulet, 2025).

Dans ce contexte, les infirmiers et infirmières occupent une place centrale dans la prise en charge des patients et dans le fonctionnement des établissements hospitaliers. Les conditions de travail y sont souvent exigeantes, marquées notamment par une charge émotionnelle importante, des difficultés de conciliation travail-famille et un manque persistant de personnel. En 2025, l'enquête nationale Be.Well.Pro, menée par Sciensano à la demande du SPF Santé publique, révèle une situation préoccupante (Prez, 2025) : les infirmiers font partie des huit groupes présentant un risque de burn-out nettement supérieur à la moyenne, 41,4 % d'entre eux se déclarent épuisés mentalement ou physiquement au travail. Près d'un quart des soignants estiment que leur engagement n'est pas suffisamment reconnu, et les infirmiers signalent un soutien hiérarchique inférieur à la moyenne.

Dans un tel contexte, les infirmier(ère)s en chef occupent une position centrale : situés à l'interface entre les directions et les équipes de soins, ils assurent la coordination des activités, veillent à la qualité des soins et participent au bien-être des équipes. Les transformations du travail hospitalier, qu'elles soient démographiques, technologiques, sociales ou organisationnelles, redéfinissent leurs responsabilités de manager de proximité ainsi que les compétences requises pour exercer leur rôle.

Plus largement, les mutations contemporaines du travail s'accompagnent d'une évolution des attentes envers les managers. Les travaux de Linhart (2015) montrent notamment que l'intensification du travail, l'individualisation des responsabilités et l'affaiblissement des collectifs transforment les compétences nécessaires pour faire face aux contraintes organisationnelles. Les compétences ne se réduisent plus à des savoirs techniques, mais renvoient désormais à la capacité des individus à s'adapter à des situations complexes, à réguler les tensions organisationnelles et à coordonner l'action collective (Linhart, 2015).

Au vu des transformations organisationnelles du système hospitalier, le rôle des infirmiers en chef s'est progressivement élargi pour intégrer des responsabilités de gestion des équipes, de coordination des activités et de régulation organisationnelle (de Ridder et al., 2019). Ces évolutions s'accompagnent nécessairement d'une transformation des compétences mobilisées dans l'exercice de la fonction. Si la littérature scientifique s'est largement intéressée à l'identification des compétences pour atteindre une performance supérieure, à leur développement à travers des dispositifs de formation ou encore à leur impact sur la performance des organisations de santé (Oahimijie & Olorunfemi, 2025; Wong et al., 2013), peu d'études se sont penchées sur la manière dont les infirmiers en chef, eux-mêmes perçoivent l'évolution de ces compétences au cours de leur parcours professionnel, en particulier dans le contexte belge. Explorer ces perceptions apparaît pourtant essentiel pour mieux comprendre comment les transformations du travail hospitalier se traduisent concrètement dans l'exercice du rôle managérial des infirmier(ère)s en chef.

Ce mémoire vise dès lors à explorer la manière dont les infirmier(ère)s en chef perçoivent l'évolution des compétences managériales mobilisées dans l'exercice de leur fonction. Plus précisément, il cherche à répondre à la question suivante :

Comment les compétences managériales que les infirmier(ère)s en chef pensent devoir mobiliser dans l'exercice de leur rôle ont-elles évolué dans le temps ?

Afin de répondre à cette question de recherche, ce mémoire s'organise en deux parties principales. La première partie présente le cadre théorique mobilisé. La seconde est consacrée à l'étude empirique et comprend la méthodologie de recherche, la présentation et l'analyse des résultats, leur discussion, ainsi que les limites, les recommandations et la conclusion générale.

II. Cadre théorique

Cette revue de littérature examine les compétences managériales et leur application à la fonction d'infirmier(ère) en chef (IC) en Belgique. Elle s'organise en quatre chapitres complémentaires. Le premier retrace l'évolution du management et l'émergence de la notion de compétence. Le deuxième est consacré aux compétences managériales, en présentant les principaux courants théoriques et leur évolution. Le troisième analyse les transformations du contexte hospitalier belge qui influencent l'exercice des fonctions d'encadrement. Enfin, le quatrième s'intéresse à la fonction d'IC en Belgique à travers son évolution législative, les conditions d'accès à la fonction et les transformations de son rôle.

Chapitre 1 : L'évolution du management et la notion de compétence

1.1. Les origines du management

Les premières réflexions concernant le management datent du début du XX^e siècle avec le courant classique, notamment à travers les travaux de Frederick Winslow Taylor et Henri Fayol (Barabel et al., 2015). Alors que Taylor développe l'organisation scientifique du travail, centrée sur l'optimisation et la standardisation des tâches, Fayol élabore une approche fondée

sur l'organisation administrative du travail et les fonctions du gestionnaire. Il identifie plusieurs activités essentielles du manager : prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler (Deschênes, 2025 ; Barabel et al., 2015). Dans la continuité de ces travaux, Luther Gulick (1937) propose le modèle POPDCORB¹, qui contribuera ensuite à ce qu'on nomme aujourd'hui le modèle PODC (planifier, organiser, diriger, contrôler), largement utilisé pour définir les fonctions managériales (Barabel et al., 2015). Dans cette perspective classique, le manager est principalement perçu comme un acteur chargé d'assurer la coordination, la supervision et le contrôle des activités au sein de l'organisation. À partir des années 1930, l'école des Relations Humaines vient nuancer cette vision en mettant davantage l'accent sur les dimensions psychologiques et sociales du travail. Les travaux d'Elton Mayo ainsi que les théories X et Y de Douglas McGregor soulignent notamment l'importance de la motivation, des relations interpersonnelles et de la participation des collaborateurs dans la performance organisationnelle (Barabel & Meier, 2015). Toutefois, ces approches restent largement normatives et décrivent davantage ce que le manager devrait faire que ce qu'il fait réellement. C'est dans cette perspective que Mintzberg (1973) s'intéresse aux activités quotidiennes des cadres et propose une analyse fondée sur l'observation de leurs pratiques effectives. Ses travaux l'amènent à identifier dix rôles managériaux regroupés en trois grandes catégories : le manager est amené à exercer des rôles interpersonnels (symbole, agent de liaison et leader), des rôles informationnels (observateur actif, diffuseur et porte-parole) ainsi que des rôles décisionnels (entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources et négociateur) (Mintzberg, 1973 ; Cristol, 2010 ; Barabel et al., 2015 ; Wilczyńska, 2026).

1.2.Émergence de la compétence

Les rôles managériaux identifiés par Mintzberg ne peuvent être exercés efficacement sans la mobilisation de compétences spécifiques. La notion de compétence s'est ainsi progressivement imposée comme un concept central dans l'étude du management.

L'un des premiers auteurs à s'intéresser à la notion de compétence est Robert W. White. Il est l'auteur à l'origine psychologique de la notion de compétence. Il la définit comme « la capacité d'un organisme à interagir efficacement avec son environnement » (White, 1959, p. 297). Contrairement à une conception strictement innée des aptitudes, il considère que la compétence se développe progressivement à travers l'apprentissage et l'expérience (White, 1959).

Malgré son importance dans des disciplines telles que le management, la gestion des ressources humaines, la psychologie du travail ou les sciences de l'éducation, la notion de compétence ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle (Coulet, 2011). Cette difficulté s'explique notamment par son caractère multidimensionnel ainsi que par la diversité des approches théoriques mobilisées pour l'étudier (Aubret et al., 2003).

¹ Le POSDCORB est l'héritage du POCCC de Fayol, cet acronyme définit les 7 fonctions fondamentales de tout manager qui sont : planifier, organiser, gestion de l'humain, diriger, coordonner, rendre compte et budgéter. (Granger, 2026)

1.3.Principales définitions

Si la notion de compétence résiste à toute définition unique, plusieurs auteurs ont proposé des conceptualisations devenues des références dans le domaine. La littérature distingue généralement deux grands courants d'analyse : le courant francophone et le courant anglo-saxon.

Le courant anglo-saxon, principalement rattaché à la psychologie du travail et des organisations, met l'accent sur les caractéristiques individuelles associées à la performance. Les compétences y sont généralement envisagées comme des attributs expliquant l'efficacité d'un individu dans l'exercice de sa fonction. À l'inverse, le courant francophone, davantage ancré dans les sciences de l'éducation et de la formation, considère la compétence comme la capacité à mobiliser et à combiner différentes ressources dans l'action et dans des situations professionnelles complexes. Malgré ces différences, les deux courants visent à mieux comprendre les compétences nécessaires à l'exercice du management (Aubret & Gilbert, 2003).

Du côté francophone, Le Boterf (2000) définit la compétence comme un savoir agir en situation, c'est-à-dire la capacité à mobiliser et combiner des ressources (connaissances, capacités, expériences) de manière pertinente face à une situation donnée. Cette définition souligne le caractère situé et dynamique de la compétence, qui se construit dans l'action plutôt qu'elle ne préexiste à la situation. Du côté anglo-saxon, Boyatzis (1982) définit la compétence comme une caractéristique sous-jacente d'un individu qui est causalement liée à une performance efficace ou supérieure dans un emploi. Cette approche, davantage centrée sur la performance individuelle, est à l'origine de nombreux travaux sur les compétences managériales que nous aborderons dans le chapitre suivant.

Ces deux perspectives illustrent une tension fondamentale dans la littérature : là où l'approche francophone insiste sur la mobilisation de ressources en contexte, l'approche anglo-saxonne tend à concevoir la compétence comme un attribut stable de l'individu, mesurable et transférable d'une situation à l'autre (Aubret et al., 2003 ; Coulet, 2011).

1.4.Les composantes de la compétence

La littérature distingue classiquement trois composantes de la compétence : les savoirs (connaissances théoriques et conceptuelles), les savoir-faire (capacités techniques et pratiques) et les savoir-être (attitudes, comportements et qualités relationnelles) (Le Boterf, 2000 ; Zarifian, 2001). Cette trilogie, largement utilisée en gestion des ressources humaines et en sciences de l'éducation, met en évidence le caractère multidimensionnel de la compétence. Elle sera particulièrement utile pour analyser les compétences managériales, qui mobilisent ces trois dimensions de façon simultanée.

Chapitre 2 : Les compétences managériales

2.1.Définition

Dans cette revue de littérature, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux compétences managériales, que nous définirons comme l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être mobilisés par un individu dans l'exercice de fonctions managériales afin d'assurer une gestion efficace des activités, des équipes et des ressources de l'organisation.

Selon Sylvie Guerrero (2023), une distinction fréquemment mobilisée dans la littérature oppose les compétences techniques ou de métier aux compétences managériales. Les premières renvoient aux connaissances et aux compétences spécifiques nécessaires à l'exercice d'une profession, tandis que les secondes concernent les capacités mobilisées dans l'encadrement et la gestion des équipes, telles que le leadership, la communication, les relations interpersonnelles ou la réflexion stratégique (Guerrero, 2023).

2.2.Les compétences clés du manager selon Katz

Afin d'assurer efficacement ses différentes fonctions, le manager doit mobiliser plusieurs types de compétences managériales. Toutefois, Barabel et al. (2015) soulignent que la littérature sur les compétences managériales demeure souvent descriptive et tend à reformuler les rôles du manager sous forme de « capacités à », en évoquant par exemple la capacité à décider, à communiquer ou à coordonner. Une telle conception tend ainsi à dresser une liste de qualités attendues du manager sans réellement structurer les compétences mobilisées dans l'action managériale.

Les travaux de Robert L. Katz se distinguent justement de cette approche plus descriptive. Katz propose une vision plus structurée des compétences managériales en identifiant trois grandes catégories de compétences nécessaires à l'exercice du management : les compétences techniques, humaines et conceptuelles.

Les compétences techniques correspondent aux connaissances et méthodes spécifiques à un domaine d'activité. Les compétences humaines renvoient à la capacité d'interagir efficacement avec les autres, notamment à travers la communication, la motivation ou la coordination des équipes. Enfin, les compétences conceptuelles désignent l'aptitude à analyser des situations complexes, comprendre le fonctionnement global de l'organisation et envisager les enjeux de manière plus stratégique (Katz, 1974 ; Barabel et al., 2015).

L'apport de Katz réside dans la mise en évidence du caractère multidimensionnel des compétences managériales. Selon lui, l'efficacité du manager ne repose pas uniquement sur son expertise technique, mais également sur des compétences relationnelles et conceptuelles permettant de gérer les interactions humaines et de comprendre les enjeux organisationnels dans leur ensemble. Il met un point d'attention sur le passage de la logique du « faire » à une dimension plus large, celle du « faire-faire » (Katz, 1974 ; Barabel et al., 2015).

2.3. Deux courants d'analyse : francophone et anglo-saxon

Dans la suite de cette revue de littérature, nous nous intéresserons donc à ces deux approches afin de mieux comprendre les différentes conceptualisations des compétences managériales.

2.3.1. Le courant francophone

Le courant francophone est principalement représenté par Guy Le Boterf et Philippe Zarifian. Tous deux s'opposent à une conception de la compétence réduite à une accumulation de savoirs ou de qualifications. Ils considèrent au contraire que la compétence se manifeste dans l'action et dans des situations concrètes de travail. Dans cette perspective, être compétent implique de mobiliser différentes ressources pour faire face à des environnements professionnels marqués par davantage d'autonomie, d'initiative et de responsabilité, en rupture avec la logique taylorienne du travail prescrit.

D'une part, Guy Le Boterf adopte une approche des compétences centrée sur la mobilisation et la combinaison des ressources nécessaires à l'action professionnelle. Il s'éloigne ainsi d'une vision de la compétence fondée uniquement sur la possession de connaissances ou de qualifications (Le Boterf, 2018). Selon lui, la compétence doit être comprise à partir de deux perspectives complémentaires : « avoir des compétences » et « être compétent » (Le Boterf, 2018, p. 57).

Du point de vue « être compétent », la compétence renvoie à la capacité d'un individu à « savoir agir en situation professionnelle en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources internes personnelles (connaissances, savoir-faire ou habiletés, aptitudes, émotions...) et externes (ressources de l'environnement) » (Le Boterf, 2018, p. 57). Du point de vue « avoir des compétences », elle renvoie davantage aux ressources dont dispose l'individu, telles que ses connaissances, savoir-faire, aptitudes ou qualités personnelles. Le Boterf (2018) souligne toutefois que ces deux perspectives sont indissociables : posséder des ressources est nécessaire, mais c'est leur mobilisation en situation qui caractérise véritablement la compétence.

L'auteur distingue ainsi les ressources personnelles, qui regroupent notamment les savoirs, savoir-faire et savoir-être, et les ressources externes, telles que les outils, documents, bases de connaissances ou réseaux mobilisables dans l'environnement professionnel (Le Boterf, 2018). Dans cette perspective, l'expérience professionnelle joue également un rôle important dans le développement de la compétence. En effet, si la compétence repose sur la mobilisation et la combinaison de différentes ressources dans l'action, ces ressources se construisent et s'enrichissent progressivement à travers les situations rencontrées dans l'activité professionnelle. Les professionnels développent ainsi des savoirs issus de l'expérience et des leçons tirées des situations vécues, qui viennent compléter les connaissances et les savoir-faire acquis par la formation (Le Boterf, 2018). Plusieurs travaux montrent d'ailleurs que l'expérience professionnelle correspond à un processus d'apprentissage inscrit dans l'activité de travail, permettant aux individus de construire des savoirs pratiques et des manières d'agir adaptées aux situations rencontrées (Rogalski & Leplat, 2011; Van Laethem, 2023).

D'autre part, Philippe Zarifian propose une approche des compétences davantage centrée sur la gestion des situations complexes, des imprévus et des événements rencontrés dans l'activité professionnelle. Zarifian considère que les transformations du travail ont progressivement conduit à un dépassement des modèles tayloristes fondés sur des tâches prescrites et standardisées. Selon lui, les professionnels évoluent désormais dans des environnements de travail de plus en plus complexes et instables, nécessitant davantage d'autonomie, d'initiative et de responsabilité (Aubret, 2002 ; Remermier, 2002).

Dans cette perspective, la compétence ne se limite pas à l'exécution de tâches définies à l'avance, mais renvoie à la capacité d'un individu à prendre des initiatives et à assumer la responsabilité des situations professionnelles auxquelles il est confronté. Zarifian souligne notamment que la compétence se manifeste particulièrement face aux événements imprévus, aux situations nouvelles ou encore aux problèmes complexes rencontrés dans l'activité de travail (Aubret, 2002).

L'auteur insiste également sur l'importance de la coopération et des interactions entre acteurs. Selon lui, les compétences managériales ne reposent pas uniquement sur des ressources individuelles, mais se construisent également à travers les échanges, la coordination et l'action collective au sein des organisations (Zarifian, 2001 ; Remermier, 2002).

2.3.2. *Le courant anglo-saxon*

Dans la continuité des premiers travaux de White (1959) sur la notion de compétence, le courant anglo-saxon s'intéresse principalement aux caractéristiques individuelles associées à la performance professionnelle et managériale. Cette approche, largement influencée par la psychologie du travail et des organisations, cherche à identifier les facteurs permettant d'expliquer pourquoi certains individus performant davantage que d'autres dans l'exercice de leurs fonctions.

Dans les années 1970, David C. McClelland remet en question l'utilisation des tests de quotient intellectuel comme principaux prédicteurs de la performance professionnelle. Il montre que ces tests prédisent davantage la réussite scolaire que l'efficacité réelle au travail, notamment dans des contextes complexes et relationnels (McClelland, 1973). Selon lui, les compétences constituent de meilleurs indicateurs de la performance, car elles prennent en compte les comportements observables, les motivations ainsi que certaines caractéristiques mobilisées dans l'action professionnelle. Les travaux de McClelland contribuent ainsi à déplacer l'attention des seules aptitudes intellectuelles vers les comportements et les compétences effectivement mobilisés dans les situations de travail.

Dans la continuité de cette approche, Spencer et Spencer (1993) cherchent à mieux comprendre ce qui distingue durablement les individus les plus performants des autres. Ils définissent la compétence comme « une caractéristique sous-jacente d'un individu, causalement liée à une performance efficace et/ou supérieure, mesurée à l'aide d'un critère précis, dans un emploi ou

une situation donnée » (Spencer & Spencer, 1993, p. 9). Leur principal apport réside dans le fait que toutes les compétences n'ont pas le même poids dans l'explication de la performance. À travers le modèle de l'iceberg, les auteurs distinguent les compétences visibles, telles que les connaissances et les comportements, des dimensions plus profondes, comme les motivations, les traits de personnalité ou encore le concept de soi. Cette approche met ainsi en évidence que la performance managériale ne dépend pas uniquement des compétences techniques, mais également de caractéristiques plus profondes. Deux individus peuvent ainsi posséder les mêmes connaissances tout en obtenant des niveaux de performance différents, car les caractéristiques profondes influencent les intentions, lesquelles orientent les comportements qui produisent ensuite les résultats en matière de performance.

Les travaux de Goleman s'inscrivent dans la continuité de ceux de Spencer et Spencer, dans la mesure où ils approfondissent plus spécifiquement les dimensions émotionnelles et relationnelles associées à la performance managériale. Selon lui, la performance d'un manager ne dépend pas uniquement de ses connaissances techniques ou de ses capacités analytiques, mais également de sa capacité à comprendre ses émotions, à réguler ses comportements et à interagir efficacement avec les autres (Wilcox, 2015). Goleman (1997) définit ainsi l'intelligence émotionnelle comme un ensemble de compétences permettant de reconnaître, comprendre et gérer ses propres émotions ainsi que celles des autres.

Dans le contexte du management, ces compétences jouent un rôle important dans le leadership, la communication, la gestion des conflits, la coopération et la mobilisation des équipes. L'auteur considère ainsi que les compétences techniques constituent des prérequis nécessaires à l'exercice d'une fonction managériale, sans toutefois suffire à expliquer une performance supérieure (Theurelle-Stein & Barth, 2017). Goleman distingue cinq grands domaines de compétences émotionnelles et relationnelles : la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les aptitudes sociales. À travers cette approche, il contribue à intégrer les dimensions émotionnelles et relationnelles dans la compréhension des compétences managériales.

Les travaux de Richard E. Boyatzis occupent une place importante dans l'évolution du courant anglo-saxon des compétences managériales, dans la mesure où ils proposent une approche plus intégrative des différentes perspectives développées précédemment. Ses recherches s'inscrivent dans la continuité des travaux de McClelland sur le lien entre compétence et performance, tout en intégrant les apports de Spencer et Spencer concernant les caractéristiques profondes de la compétence ainsi que ceux de Goleman relatifs aux dimensions émotionnelles et relationnelles du management.

Selon Boyatzis, la performance managériale ne dépend pas uniquement des compétences individuelles du manager, mais résulte de l'interaction entre trois dimensions : les compétences de l'individu, les exigences du poste ainsi que l'environnement organisationnel. Cette approche permet ainsi de dépasser une vision strictement individuelle de la compétence en montrant que

certaines compétences peuvent être favorisées, limitées ou non mobilisées selon le contexte organisationnel.

Il distingue également les compétences seuils, nécessaires à l'exercice d'une fonction, des compétences différenciatrices, c'est-à-dire les compétences associées à une performance supérieure. Cette distinction prolonge les travaux de McClelland (1973) et de Spencer et Spencer (1993), selon lesquels certaines caractéristiques expliquent davantage la performance que d'autres. À travers cette approche, Boyatzis contribue à structurer l'analyse des compétences managériales en montrant que l'efficacité du manager ne repose pas uniquement sur des connaissances techniques, mais également sur des dimensions comportementales, relationnelles et émotionnelles.

Par la suite, les travaux de Boyatzis évoluent progressivement vers une conceptualisation davantage centrée sur les compétences émotionnelles et sociales. En collaboration avec Daniel Goleman, il participe au développement du modèle sur les compétences émotionnelles et sociales à travers l'outil *Emotional and Social Competency Inventory* (ESCI) (Goleman et al., 2002 ; Hay Group, 2011). Ce modèle repose sur l'idée que certaines compétences émotionnelles et relationnelles sont associées à la performance professionnelle et managériale.

L'outil ESCI (annexe I) organise ainsi les compétences autour de quatre grandes dimensions : la conscience de soi, la gestion de soi, la conscience sociale et la gestion des relations. La conscience de soi renvoie à la capacité du manager à reconnaître et comprendre ses émotions ainsi que leur influence sur ses comportements et ses décisions. La gestion de soi concerne davantage la capacité à réguler ses émotions, à s'adapter aux situations rencontrées et à maintenir des comportements cohérents face aux exigences du rôle managérial. La conscience sociale correspond à la capacité à comprendre les émotions, les besoins et les dynamiques relationnelles présentes dans l'environnement professionnel. Enfin, la gestion des relations regroupe les compétences permettant au manager d'interagir efficacement avec les autres, notamment à travers la communication, le leadership, la gestion des conflits, la collaboration ou encore la mobilisation des équipes (Boyatzis, 2008 ; Hay Group, 2011).

Dans la continuité des travaux de Boyatzis, plusieurs auteurs ont cherché à proposer des modèles plus globaux permettant de structurer les différentes compétences mobilisées dans l'exercice d'une activité professionnelle. Parmi eux, Bartram (2005) développe le modèle des « Great Eight Competencies », construit à partir d'une méta-analyse portant sur 29 études et plus de 4 800 individus. L'objectif de ce modèle n'est pas d'identifier les caractéristiques profondes expliquant la performance, comme le proposent notamment McClelland (1973), Spencer et Spencer (1993) ou Boyatzis (1982), mais davantage de regrouper les principaux comportements associés à la performance professionnelle au sein de grandes catégories de compétences.

Le modèle distingue ainsi huit domaines de compétences : le leadership et la prise de décision, le soutien et la coopération, l'interaction et la communication, l'analyse et l'interprétation, la créativité et la conceptualisation, l'organisation et l'exécution, l'adaptation et la gestion des difficultés, ainsi que l'orientation vers la performance et les résultats (Bartram, 2005).

2.4. Les compétences managériales contemporaines

Il est important de souligner que les nouveaux contextes organisationnels sont étroitement liés à l'évolution du rôle du manager (Bekheda, 2019 ; Wilczyńska, 2026). Jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, celui-ci évoluait dans un environnement relativement stable et fortement bureaucratique, proche des principes du courant classique (Barabel & Meier, 2015). À partir des années 1970, les organisations sont cependant confrontées à de profondes transformations liées notamment à la mondialisation, aux progrès technologiques et à l'évolution des attentes des travailleurs (Barabel & Meier, 2015). Plus récemment, la transformation digitale, les crises sanitaires, les pénuries de personnel ou encore l'émergence de l'intelligence artificielle viennent davantage complexifier l'environnement de travail des managers (Gosset & Laurence, 2005 ; Perrin, 2022).

Dans ce contexte, le rôle du manager de proximité évolue progressivement d'une fonction de contrôle vers un management davantage participatif, centré sur l'accompagnement, la coordination et la mobilisation des équipes. « Le manager de proximité se retrouve ainsi souvent « écartelé » entre le « haut » et le « bas » de la pyramide hiérarchique, devant concilier les exigences institutionnelles avec les réalités du terrain » (Bellini, 2005 ; Barabel & Meier, 2015, p. 228).

Ces évolutions conduisent progressivement la littérature à considérer que les compétences techniques, bien qu'importantes, ne suffisent plus à expliquer l'efficacité managériale dans les organisations contemporaines (Bekheda, 2019 ; Manyiraho et al., 2025). Dans un contexte marqué par des transformations organisationnelles importantes, telles que l'aplatissement des structures hiérarchiques, l'augmentation des responsabilités confiées aux managers et la complexification de l'environnement de travail, les recherches récentes mettent davantage l'accent sur des compétences permettant aux managers d'agir dans des environnements marqués par l'incertitude, la complexité, la transversalité des relations de travail et la multiplication des interactions organisationnelles (Gentry et al., 2008).

2.4.1. Les compétences collaboratives et de coordination

Une première évolution concerne l'importance croissante accordée aux compétences relationnelles, collaboratives et de coordination. Les transformations des organisations vers des modes de fonctionnement davantage transversaux et collaboratifs renforcent les besoins en communication, en coordination et en coopération entre acteurs (Detchessahar, 2013). Dans cette perspective, le manager ne se limite plus à superviser une équipe, mais agit également comme facilitateur des interactions et coordinateur des dynamiques collectives (Mintzberg, 2010). De plus, le manager est également de plus en plus amené à jouer un rôle de mentor, de

coach et de promoteur du partage des connaissances, en accompagnant le développement des collaborateurs et en favorisant les processus d'apprentissage au sein de l'organisation (Skubis & Bijańska, 2024).

2.4.2. Les compétences d'adaptation et de gestion du changement

Une tendance importante concerne le développement de compétences liées à l'adaptation et à la gestion du changement. Cette préoccupation n'est pas nouvelle. Dès les travaux fondateurs de Lewin (1947), le changement organisationnel est présenté comme un processus nécessitant un accompagnement des individus et des groupes. Par la suite, Kotter (1996) souligne le rôle central du manager dans la conduite du changement, notamment à travers sa capacité à mobiliser les acteurs autour d'une vision commune et à faciliter l'appropriation des transformations organisationnelles. Aujourd'hui, dans des environnements souvent qualifiés de VUCA (caractérisés par la volatilité, l'incertitude, la complexité et l'ambiguïté), les managers doivent être capables de s'adapter rapidement aux transformations de leur environnement et d'accompagner leurs équipes face à des situations nouvelles ou instables (Bennett & Lemoine, 2014 ; Manyiraho et al., 2025). Cette évolution rejoint notamment les travaux de Heifetz et Linsky (2002) sur le leadership adaptatif, selon lesquels le rôle du manager ne consiste plus uniquement à appliquer des solutions techniques à des problèmes clairement identifiés, mais également à accompagner les équipes face à des situations complexes nécessitant apprentissage, ajustement et adaptation collective. Dans cette perspective, plusieurs compétences managériales apparaissent comme centrales, telles que l'agilité, la flexibilité décisionnelle, la communication, l'intelligence émotionnelle, la capacité d'apprentissage continu ou encore la gestion des relations interpersonnelles (Heifetz & Linsky, 2002 ; Boyatzis, 2008). Le leadership adaptatif accorde également une place importante à l'intelligence collective, à la coopération et à l'implication des équipes dans la résolution des problèmes complexes, renforçant ainsi le rôle du manager comme facilitateur du changement et coordinateur des dynamiques collectives (Kotter, 1996).

2.4.3. Les compétences politiques et organisationnelles

Enfin, plusieurs auteurs mettent également en évidence l'importance croissante des compétences politiques et organisationnelles dans les environnements de travail contemporains. Les managers évoluent aujourd'hui dans des environnements caractérisés par des contraintes multiples, des intérêts parfois divergents et une forte complexité organisationnelle (Perrin, 2022). Dans ce contexte, ils doivent être capables de comprendre les dynamiques organisationnelles, de négocier, d'arbitrer des tensions et de gérer des situations conflictuelles. Ferris et al. (2007) soulignent à cet égard que les managers efficaces disposent de véritables compétences politiques leur permettant de comprendre les comportements des autres et d'exercer une influence adaptée afin d'atteindre des objectifs individuels et organisationnels. Selon ces auteurs, ces compétences reposent notamment sur la perspicacité sociale, l'influence interpersonnelle, la capacité à développer et mobiliser des réseaux professionnels ainsi que la capacité à inspirer confiance et crédibilité auprès des différents acteurs organisationnels. Les travaux sur le management de proximité montrent d'ailleurs que les managers occupent souvent

une position intermédiaire complexe entre les attentes institutionnelles et les réalités opérationnelles du terrain, nécessitant des capacités accrues de régulation, de coordination et de gestion des relations professionnelles (Collard & al, 2013 ; Bellini, 2005).

2.5. Conclusion du chapitre

Afin de synthétiser les principales approches théoriques présentées dans cette revue de littérature, un tableau récapitulatif est présenté en annexe II.

L'analyse transversale des différents modèles met en évidence le caractère multidimensionnel des compétences managériales. En effet, les compétences mobilisées dans l'exercice du management ne se limitent pas à une expertise technique ou à des connaissances administratives, mais reposent également sur des dimensions relationnelles, émotionnelles, stratégiques, collaboratives, politiques et adaptatives (Manyiraho et al., 2025). Selon Giraud et al. (2021), les compétences identifiées par Katz, Mintzberg ou Fayol restent pertinentes, mais leur importance et leur complexité évoluent en fonction du contexte organisationnel. Les auteurs concluent ainsi que certaines compétences deviennent plus importantes que d'autres lorsque l'environnement évolue ou se transforme. Alors que les approches classiques accordaient principalement une importance aux dimensions techniques, organisationnelles et de contrôle, les modèles plus contemporains insistent davantage sur les compétences relationnelles, collaboratives, émotionnelles et adaptatives. Cette évolution semble étroitement liée aux transformations des environnements organisationnels, désormais marqués par la complexité, l'incertitude, la transversalité des relations de travail ainsi que l'évolution des attentes des travailleurs. À cet égard, de Ridder et al. (2019) soulignent que le métier de manager est aujourd'hui en profonde transformation et qu'il tend à s'articuler davantage autour de la gestion des personnes et des équipes, de la coordination des processus de travail, de la conduite du changement et de la capacité à évoluer dans des contextes de plus en plus complexes.

Enfin, cette analyse montre que les différents modèles théoriques apparaissent davantage complémentaires qu'opposés. Chaque approche met l'accent sur certaines dimensions spécifiques des compétences managériales et contribue ainsi à enrichir la compréhension globale du rôle du manager dans les organisations contemporaines. Les travaux de de Ridder et al. (2019) suggèrent d'ailleurs que ce rôle est aujourd'hui traversé par plusieurs tensions, notamment entre la prise en compte des besoins individuels et la gestion du collectif, entre expertise technique et expertise managériale, ou encore entre stabilité et adaptation au changement. Dans cette perspective, les compétences managériales ne peuvent être considérées comme figées, mais apparaissent comme un ensemble évolutif de ressources permettant aux managers de répondre aux transformations de leur environnement professionnel.

Chapitre 3 : Les transformations du contexte hospitalier belge

Comme présenté dans le chapitre précédent, les compétences managériales évoluent en fonction des transformations et de leur environnement. Dans le secteur hospitalier, ces évolutions prennent une résonance particulière au regard des nombreux changements qu'ont connus les

établissements de soins belges au cours des dernières décennies. Les réformes du système de santé, les contraintes économiques, l'évolution des besoins de santé de la population, les innovations technologiques ainsi que les difficultés croissantes en matière de ressources humaines ont progressivement modifié l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux. Ces transformations dépassent le niveau institutionnel et influencent l'ensemble des acteurs hospitaliers, depuis la gouvernance des établissements jusqu'à l'organisation des unités de soins. Dans cette perspective, il apparaît pertinent de présenter les principales évolutions du contexte hospitalier belge avant d'aborder plus spécifiquement la fonction d'IC.

3.1. Une organisation hospitalière davantage intégrée

L'organisation hospitalière belge a connu d'importantes transformations visant à améliorer la coordination des soins et à renforcer l'efficacité du système de santé. Longtemps organisés de manière relativement autonome, les hôpitaux s'inscrivent désormais dans une logique de coopération et de complémentarité. Cette évolution s'est notamment concrétisée par la création des réseaux hospitaliers locorégionaux, rendus obligatoires à partir du 1er janvier 2020. Aujourd'hui, la Belgique compte 23 réseaux hospitaliers regroupant 103 hôpitaux généraux (SPF Santé publique, 2025). Cette réforme poursuit plusieurs objectifs, parmi lesquels une meilleure répartition de l'offre de soins, le développement des soins intégrés ainsi que le renforcement des collaborations entre établissements. La Conférence Interministérielle Santé publique (2025) rappelle ainsi que l'ambition est de garantir « des soins de proximité là où c'est possible, et des soins spécialisés là où c'est nécessaire », en évitant les duplications d'activités et en concentrant certaines expertises au sein de centres de référence. Dans cette perspective, l'hôpital ne constitue plus une entité fonctionnant de manière isolée, mais s'intègre dans un réseau associant les établissements hospitaliers, la première ligne de soins ainsi que les structures d'hébergement et d'accompagnement.

3.2. Des besoins de santé croissants dans un contexte de ressources contraintes

Au-delà des transformations organisationnelles, les établissements hospitaliers doivent répondre aux mutations démographiques et épidémiologiques de la population. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques ainsi que les progrès médicaux conduisent à la prise en charge de patients aux pathologies de plus en plus complexes. Selon le rapport sur la performance du système de santé belge, ces facteurs entraînent une hausse importante de la demande de soins, tout en exigeant une coordination accrue entre les professionnels (Gerken et al., 2024). Par conséquent, ces dynamiques accentuent la pression sur les dépenses publiques et placent la question de la soutenabilité financière au cœur des politiques de santé. Les établissements hospitaliers sont directement confrontés à ces contraintes budgétaires. L'étude *Model for Automatic Hospital Analyses* (MAHA) réalisée par Belfius met en évidence une situation financière qui, malgré une légère amélioration observée en 2024, demeure fragile. Les auteurs soulignent que le secteur hospitalier devra faire face à des défis majeurs touchant simultanément son fonctionnement, son organisation et son financement, dans un cadre budgétaire de plus en plus contraint. Ils mettent également en

évidence une progression continue des coûts d'exploitation, notamment liés aux ressources humaines, alors même que les marges financières restent limitées.

Dans ce contexte, les hôpitaux sont amenés à concilier plusieurs objectifs parfois difficiles à équilibrer : répondre à une demande de soins en constante évolution, garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, tout en assurant une utilisation efficiente des ressources disponibles. Ces enjeux influencent progressivement les modalités managériales des établissements et les conditions dans lesquelles s'exercent les fonctions d'encadrement.

3.3. Une transformation des pratiques hospitalières

Les pratiques hospitalières ont également connu d'importantes évolutions au cours des dernières décennies. Les progrès médicaux et technologiques, associés à une volonté d'améliorer l'efficience des soins, ont progressivement modifié l'organisation des prises en charge. Cette évolution se traduit notamment par un développement croissant de l'hospitalisation de jour et une diminution de la durée moyenne des séjours en hospitalisation classique. Selon l'analyse MAHA de Belfius (2025), l'activité en hospitalisation chirurgicale de jour était, en 2024, supérieure de 37 % à celle observée en 2019, tandis que la durée moyenne des séjours classiques poursuit sa diminution.

Parallèlement, la transformation numérique occupe une place croissante au sein des établissements hospitaliers. Le développement du dossier patient informatisé, le partage électronique des données de santé ainsi que l'intégration progressive de nouvelles technologies modifient les pratiques professionnelles et les modalités d'organisation des soins (Gerken & Merkur, 2020 ; CIM Santé publique, 2025). Ces évolutions s'inscrivent dans une volonté d'améliorer la continuité des soins, la coordination entre professionnels et la qualité des prises en charge. L'évolution des pratiques hospitalières conduit ainsi les établissements à adapter en permanence leur organisation afin de répondre à un environnement en constante évolution, marqué par des prises en charge plus rapides, des technologies en développement et des parcours de soins de plus en plus coordonnés.

3.4. Des tensions persistantes sur les ressources humaines

Au-delà des transformations organisationnelles et technologiques, les établissements hospitaliers sont confrontés à des difficultés croissantes en matière de ressources humaines. La pénurie de professionnels de santé, en particulier de personnel infirmier, constitue aujourd'hui l'un des principaux défis du système hospitalier belge. Dans son rapport consacré à la réforme du paysage hospitalier, la Conférence Interministérielle Santé publique (2025) identifie d'ailleurs cette pénurie comme l'une des principales fragilités du système de santé, susceptible d'affecter durablement l'accessibilité et la qualité des soins.

Cette situation s'est accentuée au cours des dernières années, notamment à la suite de la pandémie de COVID-19. L'analyse MAHA de Belfius (2025) met en évidence une progression de l'absentéisme de longue durée ainsi que des difficultés persistantes de recrutement, alors que

les besoins en personnel demeurent importants. Le rapport souligne également que les coûts liés aux ressources humaines continuent d'augmenter, dans un contexte où les établissements disposent de marges financières limitées.

Chapitre 4 : La fonction d'infirmier(ère) en chef en Belgique

4.1. Évolution législative

Dans cette section, il s'agira de retracer l'évolution des textes légaux encadrant l'organisation des soins infirmiers en Belgique, afin de comprendre comment s'est progressivement construit la fonction d'IC. L'analyse chronologique de ces textes permet de mettre en évidence que cette fonction n'a pas été définie de manière immédiate et précise, mais qu'elle s'est développée progressivement au fil des transformations du système hospitalier.

4.1.1. 23 octobre 1964 : Arrêté royal portant sur la fixation des normes auxquelles les hôpitaux belges et leurs services doivent répondre

L'Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant sur la fixation des normes auxquelles les hôpitaux doivent répondre, constitue une première étape dans la reconnaissance de l'encadrement infirmier en Belgique. Bien qu'il ne définisse pas encore explicitement la fonction d'IC, il introduit la nécessité d'une organisation structurée de l'activité infirmière au sein des hôpitaux. Le texte prévoit notamment que « la responsabilité de l'activité infirmière sera confiée à une infirmière graduée ou accoucheuse, au titre de chef des services infirmiers » et que cette dernière « aura reçu une formation spécifique de cadre en soins infirmiers ». Il souligne également que ce responsable participe à l'intégration de l'activité infirmière dans le fonctionnement global de l'hôpital, ce qui marque l'apparition d'une structuration hiérarchique du département infirmier. Cependant, le rôle décrit reste principalement centré sur l'organisation et la supervision des soins. Les dimensions stratégiques et managériales de la fonction ne sont pas encore développées.

4.1.2. Loi sur les hôpitaux coordonnée du 7 août 1987

La loi sur les hôpitaux coordonnée du 7 août 1987 marque une étape importante dans la structuration légale de l'activité infirmière en Belgique. Au sein du Titre I relatif à l'organisation hospitalière, le Chapitre IV consacré à la structuration de l'activité infirmière introduit une reconnaissance plus formelle du rôle organisationnel des soins infirmiers. L'article 17bis prévoit que le chef du département infirmier soit assisté par des IC de services constituant le cadre intermédiaire. Le texte précise que ces IC de services sont responsables des activités infirmières au sein de plusieurs unités de soins, de services médico-techniques ou de domaines spécifiques de l'art infirmier, et qu'ils sont désignés par le gestionnaire de l'établissement après avis du directeur, du chef du département infirmier et du médecin-chef. Toutefois, bien que cette législation formalise l'existence d'une hiérarchie infirmière et reconnaisse un rôle d'encadrement intermédiaire, elle décrit de manière relativement générale les missions et responsabilités associées à ces fonctions.

4.1.3. Arrêté royal du 13 juillet 2006 relatif à la fonction d'infirmier en chef

L'Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux constitue une étape déterminante dans la définition légale de la fonction d'IC. En effet, il donne une définition officielle et détaillée de la fonction d'IC dans les hôpitaux belges et précise concrètement ce que cette fonction implique dans la pratique. Alors que les textes précédents reconnaissaient l'existence d'un encadrement infirmier, cet arrêté opérationnalise la fonction en décrivant précisément ses responsabilités et ses domaines d'action. Il établit notamment que l'IC est « responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, tout en participant au développement de la politique infirmière ». L'arrêté précise également les principaux domaines d'intervention de la fonction, qui dépassent la seule supervision des soins. L'infirmier en chef intervient ainsi dans plusieurs sphères de gestion, notamment la vision stratégique et l'alignement avec la politique hospitalière, l'organisation et la qualité des soins, la gestion des ressources humaines, la gestion des moyens matériels et budgétaires, la formation et le développement du personnel ainsi que la communication et la concertation avec les autres professionnels de santé.

4.2. Devenir infirmier en chef en Belgique

Ainsi, la fonction d'infirmier en chef ne repose pas uniquement sur des compétences cliniques, mais suppose également l'acquisition de compétences managériales spécifiques. C'est pourquoi, en Belgique, l'accès à cette fonction requiert généralement d'être titulaire d'un bachelier en soins infirmiers, de justifier d'une expérience clinique de plusieurs années, et de suivre une formation complémentaire en management des soins, telle qu'un bachelier de spécialisation en cadre de santé (« école des cadres ») ou une formation universitaire équivalente (« faculté de santé publique »).

Comme l'indique le dossier pédagogique du Bachelier de spécialisation : Cadre de santé du Ministère de la Communauté française (Institut Provincial de Formation Sociale, 2019, p7-8), cette formation permet aux titulaires d'un grade de bachelier infirmier responsable de soins généraux ou sage-femme « d'assurer la fonction d'infirmier en chef » et vise notamment à leur permettre « d'organiser l'activité d'une unité de soins en coordonnant les ressources humaines et les moyens matériels du service » ainsi que de « collaborer à la gestion du changement et au développement de la politique de santé » de la structure dans laquelle ils exercent.

4.3. Évolution de la fonction d'infirmier(ère) en chef

L'analyse du cadre légal met en évidence une évolution progressive de la fonction d'IC, passant d'un rôle essentiellement clinique à une fonction intégrant pleinement des responsabilités managériales, stratégiques et humaines. Cette évolution souligne l'importance croissante des compétences managériales nécessaires à l'exercice de cette fonction.

Cette analyse montre également une transformation progressive de la fonction d'IC. Les premiers cadres réglementaires décrivent principalement le rôle à travers des tâches et des responsabilités opérationnelles. Par exemple, l'arrêté royal de 1964 insiste surtout sur

l'organisation des soins infirmiers, la supervision du personnel et la continuité des soins. La fonction est alors définie par des actions à réaliser plutôt que par les ressources mobilisées par le professionnel. Cette logique correspond à une vision traditionnelle du management reposant sur le modèle du PODC (Planifier, Organiser, Diriger, Contrôler). Dans ce cadre, le rôle du responsable consiste principalement à structurer le travail, répartir les tâches, superviser les équipes et contrôler l'exécution des activités. Cette approche reflète une organisation du travail relativement stable et prévisible.

Cependant, les textes plus récents, notamment l'arrêté royal du 13 juillet 2006, traduisent une évolution importante de la fonction. Ce texte ne se limite plus à décrire des tâches à accomplir, mais met en évidence des responsabilités plus complexes, telles que l'accompagnement du changement, le développement de la politique infirmière, la gestion des ressources humaines, la formation du personnel et la participation à la stratégie institutionnelle. Ces responsabilités impliquent la mobilisation de capacités d'adaptation, d'analyse, de communication et de leadership qui dépassent la simple exécution de tâches. Cette évolution reflète le passage d'une logique centrée sur l'action à une logique d'approche par compétences. La fonction d'IC repose désormais sur la capacité à mobiliser et combiner différentes ressources en fonction des situations rencontrées. Par conséquent, l'évolution progressive des responsabilités associées à la fonction d'IC suggère que les compétences nécessaires à l'exercice de ce rôle ont également été transformées.

4.4. Conclusion de la partie théorique

Au terme de cette revue de littérature, il apparaît que les compétences managériales ne constituent pas un ensemble de qualités figées, mais évoluent en fonction des transformations des organisations et de leur environnement. Si les approches classiques mettaient principalement l'accent sur les dimensions techniques, organisationnelles et de contrôle, les modèles plus récents accordent une place croissante aux compétences relationnelles, collaboratives, émotionnelles, politiques et adaptatives. Cette évolution reflète les profondes mutations du monde du travail, caractérisé par une complexité accrue, des changements permanents et des attentes renouvelées à l'égard des managers.

Le secteur hospitalier belge s'inscrit pleinement dans cette dynamique. Les réformes du système de santé, les contraintes économiques, les évolutions démographiques, les innovations technologiques et les tensions persistantes sur les ressources humaines ont progressivement transformé l'organisation des établissements de soins. Dans ce contexte, la fonction d'IC a connu une évolution importante, passant d'un rôle principalement centré sur la supervision des soins à une fonction intégrant des responsabilités managériales, stratégiques et humaines de plus en plus complexes.

Ces constats soulignent l'intérêt d'étudier la manière dont cette évolution est vécue par les professionnels eux-mêmes. Si la littérature met en évidence les transformations du management, des compétences attendues et du contexte hospitalier, elle renseigne moins sur la

manière dont les IC perçoivent ces évolutions dans leur pratique quotidienne. C'est précisément à cette question que la partie empirique de ce mémoire cherchera à répondre.

III. Partie empirique

1. Objectifs de la recherche

Comme l'ont montré l'introduction et le cadre théorique, les transformations du monde du travail, des organisations et du secteur hospitalier s'accompagnent d'une évolution du rôle des managers ainsi que des compétences nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Dans ce contexte, cette étude vise à explorer la manière dont les infirmier(ère)s en chef perçoivent l'évolution des compétences managériales mobilisées dans l'exercice de leur fonction au fil de leur parcours professionnel. Pour répondre à cette question de recherche, trois sous-objectifs ont été définis.

1. Identifier les compétences managériales perçues comme importantes dans l'exercice de la fonction d'IC et examiner leur évolution au fil du parcours professionnel.

Ce premier sous-objectif vise à identifier les savoirs, savoir-faire et savoir-être que les IC considèrent comme importants dans l'exercice de leur fonction. Il s'agit d'examiner les compétences qu'ils estiment devoir mobiliser dans leur pratique managériale et d'en analyser l'évolution perçue au fil de leur parcours professionnel.

2. Comprendre les transformations perçues dans l'exercice du rôle et des compétences managériales

Le deuxième sous-objectif consiste à analyser la manière dont les IC perçoivent les transformations de leur rôle ainsi que l'évolution des compétences mobilisées dans l'exercice de la fonction au fil du temps. Il s'agit plus particulièrement d'identifier les changements perçus dans les savoirs, savoir-faire et savoir-être associés au rôle d'IC, afin de comprendre si certaines compétences se sont intensifiées, si de nouvelles compétences managériales ont émergé ou, au contraire, sont devenues moins présentes, si certaines compétences occupent aujourd'hui une place plus centrale dans la pratique quotidienne, ou encore si certaines apparaissent relativement stables au fil du temps.

3. Explorer les motifs attribués aux évolutions perçues des compétences managériales

Enfin, le troisième sous-objectif consiste à explorer les motifs attribués par les participants aux évolutions éventuellement perçues dans les compétences managériales mobilisées dans l'exercice de la fonction. Il s'agit de comprendre comment les IC expliquent les évolutions qu'ils décrivent, mais également de prendre en compte la possibilité que certaines compétences soient perçues comme relativement stables au fil du temps.

2. Méthodologie

2.1. Positionnement de la recherche

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative, exploratoire et repose sur la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs. Ce choix méthodologique se justifie par la nature même

de l'objet étudié, à savoir la manière dont les IC perçoivent l'évolution des compétences managériales mobilisées dans l'exercice de leur fonction. L'objectif n'est pas de mesurer ou de quantifier ces compétences, mais de comprendre comment elles sont décrites, interprétées et perçues au regard des transformations du rôle managérial et du contexte hospitalier.

Le caractère exploratoire de cette recherche se justifie également par le nombre limité de travaux s'étant intéressés à la perception qu'ont les IC de l'évolution de leurs compétences managériales, en particulier dans le contexte belge francophone. Une approche qualitative apparaît dès lors particulièrement pertinente pour accéder au sens que les participants attribuent à leur expérience professionnelle et pour comprendre les phénomènes étudiés à partir de leur propre point de vue.

L'entretien semi-directif constitue une méthode adaptée à cet objectif puisqu'il permet d'aborder un ensemble de thématiques prédéfinies tout en laissant aux participants la possibilité de développer librement leurs expériences, leurs perceptions et les éléments qu'ils jugent pertinents (Quivy & Van Campenhout, 2011). Cette souplesse favorise l'émergence de dimensions parfois inattendues et permet d'appréhender la complexité des situations vécues.

Les entretiens ont été conduits à partir d'un guide d'entretien semi-directif commun à l'ensemble des participants, présenté en annexe III. Celui-ci a été élaboré en cohérence avec les objectifs de la recherche. Après une phase introductive et la collecte de données signalétiques, les questions portaient sur le parcours professionnel des participants ainsi que sur leur expérience de la fonction d'IC. Une première série de questions visait à identifier les savoirs, savoir-faire et savoir-être perçus comme importants, les mêmes questions étant posées pour le début de fonction, puis pour la pratique actuelle.

Une deuxième série de questions avait pour objectif d'explorer les transformations perçues du rôle et des compétences managériales au fil du temps. Enfin, une troisième série de questions portait sur les facteurs auxquels les participants attribuent ces évolutions. Cette structuration a permis d'assurer une cohérence entre les données recueillies et les objectifs poursuivis par la recherche.

2.2.Échantillonnage

2.2.1. Population cible

L'étude a été menée auprès d'IC exerçant en milieu hospitalier en Belgique francophone. Le choix de cette population se justifie par l'objet même de la recherche, qui vise à explorer la manière dont les IC perçoivent l'évolution des compétences managériales mobilisées dans l'exercice de leur fonction. Le choix du contexte hospitalier belge francophone permet par ailleurs d'ancrer l'analyse dans un cadre organisationnel, professionnel et institutionnel spécifique.

2.2.2. Critères de sélection

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants :

- occuper ou avoir occupé la fonction d'infirmier(ère) en chef dans un établissement hospitalier belge francophone ;
- disposer d'un minimum de deux années d'ancienneté dans la fonction ;
- être actuellement en poste ou avoir quitté la fonction depuis moins de deux ans ;
- accepter de participer à un entretien enregistré dans le cadre de la recherche.

Le seuil minimal de deux années d'ancienneté a été retenu afin de garantir une appropriation suffisante de la fonction et une capacité réflexive permettant aux participants de porter un regard sur les compétences mobilisées dans l'exercice de leur rôle. Deux années d'expérience permettent en effet d'avoir été confronté à diverses situations professionnelles telles que la gestion d'équipe, la coordination des activités, la gestion de tensions ou encore la conduite de changements organisationnels.

À l'inverse, les IC récemment nommé(e)s et ne disposant pas d'une expérience managériale suffisante ont été exclus de l'étude. De même, les personnes ayant quitté la fonction depuis plus de deux ans n'ont pas été retenues afin de limiter les biais liés à une distance temporelle excessive entre l'expérience vécue et le récit produit. Cette précaution visait notamment à réduire les biais de mémoire, de reconstruction rétrospective ou encore les décalages potentiels entre les réalités organisationnelles actuelles et celles décrites par les participants (Althubaiti, 2016).

2.2.3. Stratégie d'échantillonnage

Cette recherche repose sur un échantillonnage raisonné. Cette stratégie consiste à sélectionner des participants en fonction de leur capacité à fournir des informations pertinentes au regard de la question de recherche plutôt qu'à rechercher une représentativité statistique de la population étudiée (Quivy & Van Campenhoudt, 2011). Ce choix apparaît particulièrement adapté dans le cadre d'une recherche qualitative exploratoire, dont l'objectif est de comprendre les perceptions et les expériences vécues par les acteurs concernés. Les IC constituent par ailleurs une population professionnelle relativement spécifique, nécessitant une sélection ciblée des participants. Une attention particulière a également été portée à la diversité des profils recrutés, notamment en termes d'ancienneté, de services hospitaliers et d'établissements d'exercice, afin de recueillir une variété de points de vue et d'expériences.

2.2.4. Recrutement des participants

Le recrutement des participants a reposé sur plusieurs canaux complémentaires. Une première partie des participants a été identifiée grâce à mon stage réalisé au sein d'un établissement hospitalier belge francophone, qui m'a permis d'accéder aux coordonnées de certains IC de l'établissement. D'autres participants ont été contactés directement via les réseaux sociaux, principalement LinkedIn et Facebook, ou grâce à des contacts communs. Par ailleurs, certains participants ont été recrutés selon la technique d'échantillonnage par effet boule de neige, par

laquelle des IC déjà rencontrés m'ont recommandé d'autres professionnels répondant aux critères de sélection de l'étude.

Au total, une trentaine d'IC ont été contactés directement afin de participer à la recherche. Certaines sollicitations n'ont pas abouti, principalement en raison de contraintes organisationnelles ou de préférences concernant les modalités de réalisation des entretiens.

2.2.5. Présentation de l'échantillon final

L'échantillon final est composé de 17 IC, dont 12 femmes et 5 hommes. Les participants exercent ou ont exercé leur fonction dans différents établissements hospitaliers de Belgique francophone et couvrent une grande diversité de spécialités médicales, notamment les urgences, les soins intensifs, la psychiatrie, la pneumologie, la chirurgie, la gériatrie ou encore les hôpitaux de jour.

L'ancienneté dans la fonction varie de deux à quarante-deux années d'expérience, permettant de recueillir des perceptions issues de parcours professionnels diversifiés. Les participants sont également répartis dans plusieurs établissements hospitaliers distincts et encadrent des équipes de tailles variables.

Cette diversité de profils contribue à enrichir l'analyse en permettant de confronter des expériences professionnelles différentes et d'explorer les évolutions perçues des compétences managériales dans des contextes organisationnels variés.

Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des participants.

IC	Service	Hôpital	Ancienneté	Âge	Taille de l'équipe	Formation complémentaire
IC1	Hôpital de jour chirurgical	A	15ans	49 ans	30	Cadre en soins de santé
IC2	Soins intensifs et équipe volante	B	11ans	51 ans	21	Cadre en soins de santé
IC3	Soins intensifs	F	26ans	61 ans	25	Cadre en soins de santé
IC4	Orthopédie et brancardage	B	32ans	62 ans	20	Cadre en soins de santé
IC5	Urgences	G	11ans	45 ans	80	Master en sciences de la santé publique
IC6	Pneumologie et oncologie	B	25ans	56 ans	25	Cadre en soins de santé
IC7	Pneumologie	A	27ans	59 ans	30	Cadre en soins de santé
IC8	Psychiatrie	H	42ans	65 ans	54	Master en santé mentale
IC9	Hôpital de jour médical	A	16ans	49 ans	18	Cadre en soins de santé
IC10	Chirurgie digestive et ORL	A	5 ans	39 ans	26	Cadre en soins de santé

IC11	Soins intensifs	D	10ans	49 ans	55	Master en sciences de la santé publique
IC12	Hôpital de jour médical	B	2ans	37 ans	7	Cadre en soins de santé
IC13	Urgences	E	3ans	35 ans	45	Master en sciences de la santé publique
IC14	Soins intensifs	A	2,5ans	29 ans	30	Master en sciences de la santé publique
IC15	Chirurgie générale	C	4ans	30 ans	22	Master en sciences de la santé publique
IC16	Gériatrie-maison de repos	B	3ans	35 ans	30	Master en sciences de la santé publique
IC 17	Chirurgie de semaine et unité d'accueil préopératoire	A	8,5ans	56 ans	15	Cadre en soins de santé

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

2.3. Collecte des données

Les données ont été collectées entre la fin du mois de février et le début du mois d'avril 2026 au moyen de 17 entretiens individuels semi-directifs réalisés auprès d'IC exerçant dans différents établissements hospitaliers de Belgique francophone.

Afin de tenir compte des contraintes organisationnelles et géographiques des participants, différentes modalités de rencontre ont été proposées. Trois entretiens ont été réalisés à distance via Microsoft Teams, tandis que les quatorze autres ont été menés en présentiel. Ces derniers se sont déroulés soit sur le lieu de travail des participants, généralement dans leur bureau, soit à mon domicile. Tous les entretiens ont été réalisés individuellement.

La durée des entretiens variait entre 20 et 45 minutes. Avec l'accord préalable des participants, l'ensemble des entretiens a été enregistré afin de garantir une retranscription fidèle des échanges et de faciliter l'analyse ultérieure des données. Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement avec l'aide d'une intelligence artificielle, tout en veillant à préserver l'anonymat des participants. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à l'atteinte d'une saturation des données, c'est-à-dire jusqu'au moment où les nouveaux entretiens n'apportaient plus d'informations significativement nouvelles et où les thèmes abordés devenaient récurrents (Miles & Huberman, 2017 ; Jacquemin, 2017-2018). Bien que cette saturation ait commencé à être observée lors des derniers entretiens, l'ensemble des entretiens déjà planifiés a été maintenu afin de consolider les résultats et de confirmer la récurrence des thèmes identifiés.

2.4. Analyse des données

2.4.1. Démarche générale

L'analyse des données repose sur une analyse thématique de contenu. Elle combine une logique déductive et une logique inductive (Miles & Huberman, 2017). La logique déductive s'appuie sur le cadre théorique. Elle a servi à identifier les grands domaines de compétences

managériales à rechercher dans les entretiens. La logique inductive s'appuie sur le terrain. Elle a permis de faire émerger des éléments non prévus par la littérature, ainsi que la manière précise dont chaque compétence se transforme dans le discours des participant(e)s.

2.4.2. Un premier codage par savoir, savoir-faire et savoir-être

Dans un premier temps, chaque unité de sens repérée dans les dix-sept entretiens a été classée selon les trois composantes classiques de la compétence : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être (Le Boterf, 2000 ; Zarifian, 2001). Ce premier codage a permis de couvrir l'ensemble du matériau de façon systématique, sans en écarter aucune dimension. Ce premier passage a cependant révélé une limite. De nombreuses compétences relèvent en réalité de plusieurs dimensions à la fois. Une présentation strictement organisée par savoir / savoir-faire / savoir-être aurait donc fragmenté artificiellement des compétences que les participant(e)s eux-mêmes décrivent comme un tout. Cette observation rejoint d'ailleurs le caractère multidimensionnel des compétences managériales mis en évidence dans le cadre théorique, selon lequel celles-ci résultent de la mobilisation simultanée de ressources cognitives, techniques, relationnelles et comportementales en situation. Dès lors, les données ont été réorganisées autour de thèmes empiriques reflétant les principales dimensions de l'évolution du rôle managérial telles qu'elles sont exprimées par les participants.

2.4.3. Le choix d'une présentation par domaines de compétences

Pour cette raison, les résultats sont présentés dans ce chapitre selon une seconde organisation, construite à partir du premier codage : cinq thèmes empiriques relatifs aux compétences managériales, qui rassemblent chacun des éléments de savoir, de savoir-faire et de savoir-être autour d'une même finalité pratique. Ce choix ne remet pas en cause le premier codage. Il en constitue un second niveau de lecture, plus proche de la manière dont les participant(e)s parlent eux-mêmes de leur métier, et plus lisible pour le lecteur du mémoire.

2.4.4. L'analyse de l'évolution des compétences: stable, renforcée ou transformée

À l'intérieur de chaque thème, l'analyse comparative des compétences évoquées au début du parcours professionnel et aujourd'hui a permis de mettre en évidence trois formes possibles d'évolution : la stabilité, le renforcement et la transformation. Ces différentes formes ne sont toutefois pas systématiquement présentes dans chaque thème. Seules les évolutions qui ressortent effectivement des entretiens sont présentées dans les résultats.

Une compétence est dite stable lorsqu'elle est mentionnée comme importante à la fois au début du parcours professionnel et aujourd'hui, sans changement notable dans son intensité ou dans sa manière d'être exercée.

Une compétence est dite renforcée lorsqu'elle était déjà présente au début du parcours, mais que son importance, sa fréquence ou sa centralité dans la pratique quotidienne ont augmenté avec le temps.

Une compétence est dite transformée lorsque ses modalités concrètes d'exercice ont changé, même si la finalité générale de la compétence reste la même.

Une quatrième situation a été relevée ponctuellement : celle d'une compétence identifiée comme un manque, c'est-à-dire une lacune reconnue par les participant(e)s eux-mêmes, indépendamment de son évolution dans le temps. Ce cas est signalé chaque fois qu'il se présente, sans faire l'objet d'une catégorie systématique dans chaque domaine.

2.4.5. Les motifs attribués aux évolutions

Enfin, conformément au troisième sous-objectif de la recherche, chaque thème se termine par une synthèse des motifs attribués par les participant(e)s aux évolutions décrites. Ces motifs sont présentés à la fin de chaque section plutôt que dans un chapitre séparé, car ils sont le plus souvent spécifiques à un domaine de compétence précis.

3. Présentation des analyses et résultats

3.1. Leadership et posture managériale

Le leadership occupe une place importante dans les discours des IC interrogé(e)s. Les entretiens mettent notamment en évidence la construction progressive de la posture managériale au fil de l'expérience ainsi qu'une évolution des modalités d'exercice du leadership vers davantage de participation, de consultation et de responsabilisation des équipes.

3.1.1. Des compétences managériales stables : fédérer et entraîner l'équipe

Deux compétences managériales relatives au leadership apparaissent comme relativement stables, indépendamment de l'ancienneté des participant(e)s. La première, largement partagée, concerne la capacité à mobiliser et fédérer les équipes autour d'objectifs communs, compétence évoquée par 13 participant(e)s sur 17. Les IC la décrivent à travers leur capacité à rassembler les collaborateurs autour d'une vision commune, à susciter leur adhésion aux projets, à favoriser l'intelligence collective et à insuffler une dynamique positive au sein de l'équipe. Un participant illustre cette posture en expliquant que, lorsqu'une nouvelle procédure doit être mise en place, elle ne l'impose pas seule, car « *le chef de service n'a pas la science infuse [...] il faut que les idées viennent du terrain* » (IC1). Cette compétence se traduit également par la capacité à entraîner et soutenir l'équipe au quotidien, y compris dans les périodes difficiles. Ce même participant se décrit, depuis ses débuts jusqu'à aujourd'hui, comme quelqu'un qui insuffle une énergie collective plutôt que comme un simple exécutant de tâches administratives : « *je suis un peu un moteur comme ça* » (IC1).

Une seconde compétence stable concerne la capacité à agir avec équité, objectivité et impartialité dans la gestion des collaborateurs. Cette exigence est explicitement mentionnée par 12 participant(e)s sur 17, qui la présentent comme un principe non négociable, notamment dans la gestion des horaires et des demandes individuelles : « *il faut que je reste impartiale, que je reste objective. Si je dis oui à l'une, il faut que je dise oui à l'autre* » (IC4). Une participante relie explicitement cette exigence à la solitude propre à la fonction de chef, qui exclut toute

proximité différenciée avec certain(e)s membres de l'équipe : « *on ne peut pas faire de copinage avec les membres de l'équipe [...] il faut exercer son travail avec équité, avec justesse* » (IC3). Une autre participante exprime ce même principe comme une valeur constante depuis sa prise de fonction : « *j'aime la justice, donc j'essaye qu'il n'y ait jamais d'iniquité dans l'équipe* » (IC15).

3.1.2. Des compétences managériales dont l'importance se renforce avec l'expérience

Au-delà des dimensions du leadership qui demeurent stables, les entretiens mettent en évidence plusieurs compétences dont l'importance se renforce au fil du parcours professionnel : la capacité à affirmer ses décisions et à poser un cadre clair ainsi que la capacité à prendre du recul.

La capacité à affirmer ses décisions et à poser un cadre clair apparaît également comme une compétence dont l'importance se renforce avec l'expérience. Onze participant(e)s sur dix-sept décrivent une évolution vers une posture managériale plus affirmée, caractérisée par une plus grande capacité à dire « non », à fixer des limites et à assumer leurs décisions. Ce résultat suggère que cette compétence ne relève pas d'un savoir-faire acquis une fois pour toutes, mais d'une compétence dont la maîtrise continue de progresser tout au long de la carrière. Deux participant(e)s plus récemment entré(e)s dans la fonction l'identifient d'ailleurs encore comme un axe de développement (IC12 ; IC14).

Enfin, la capacité à prendre du recul apparaît comme une compétence dont l'importance se renforce avec l'expérience. Sept participant(e)s sur dix-sept évoquent le développement progressif d'une plus grande prise de hauteur dans leur pratique managériale, qu'il s'agisse d'adopter une vision plus globale, de se distancier davantage de l'équipe ou de gérer les situations conflictuelles avec davantage de recul. Cette évolution est illustrée par une participante qui explique être passée d'une relation de proximité avec ses anciens collègues à une posture davantage managériale : « *au début, j'étais un peu dans la relation collègue, copine [...] j'ai vraiment pris de la distance* » (IC2). Cette même participante souligne également avoir développé une vision plus stratégique de son rôle : « *j'avais vraiment pris de la hauteur [...] je pensais plus large [...] plus en macro* ».

3.1.3. Une transformation majeure : du management directif au leadership participatif

Le changement le plus fréquemment évoqué par les participant(e)s concerne les modalités d'exercice du leadership. Neuf participant(e)s sur dix-sept décrivent un passage progressif d'un management directif, dans lequel les décisions du chef étaient peu discutées, vers un leadership davantage participatif, fondé sur l'explication des décisions, la consultation des équipes et le partage des responsabilités. IC6 résume particulièrement bien cette évolution :

« *J'ai connu les années où l'infirmière en chef était plus directive : tu donnais une ligne de conduite et tout le monde suivait cette ligne de conduite-là, et personne ne discutait. À l'heure actuelle, on ne peut plus gérer une équipe comme ça. Tu dois être plus souple, tu dois faire en sorte que chacun donne plus son avis. C'est devenu plus participatif, plus consultatif.* » (IC6)

Ce constat est également partagé par IC17, qui oppose son management actuel à celui de la génération précédente : *« à l'époque, on leur demandait d'être des "petits chefs", on demandait presque à être des dictateurs. Le bien-être au travail n'existait pas »*.

Cette transformation s'accompagne également d'une délégation plus importante des responsabilités et d'une autonomie croissante accordée aux collaborateurs. Plusieurs participant(e)s expliquent avoir progressivement confié certains domaines à des référents afin de responsabiliser davantage leur équipe. Cette évolution conduit parfois à une redéfinition du rôle même du manager. Comme l'explique IC5 : *« je ne me vois plus vraiment comme un décideur, je me vois davantage comme un facilitateur. »* Dans la même logique, IC13 considère qu'un management efficace est celui qui permet au service de fonctionner de manière autonome : *« je pars en vacances 8 jours et j'ai l'impression que tout s'est très bien passé malgré que j'étais absent [...] un service qui tourne bien quand son chef n'est pas là, c'est qu'en fait tout a bien été mis en place pour que ça tourne. »*

Toutefois, les entretiens montrent que cette évolution vers un leadership participatif ne signifie pas l'abandon de toute forme de directivité. Plusieurs participant(e)s expliquent adapter leur posture aux situations rencontrées, notamment lorsque la sécurité des soins est en jeu. IC11 résume cet équilibre en expliquant : *« Il faut être extrêmement empathique et compréhensif. Mais, d'un autre côté, pour que ça fonctionne, on doit aussi être très directif. C'est donc vraiment un équilibre très net entre les deux. »*

Les résultats montrent ainsi que l'évolution du leadership ne correspond pas au remplacement d'un style par un autre, mais au développement d'une posture plus flexible, capable d'alterner participation et directivité en fonction du contexte.

3.1.4. Synthèse des motifs attribués

Les participant(e)s attribuent cette évolution à plusieurs facteurs complémentaires. Le premier est l'expérience, qui favorise le développement progressif de plusieurs compétences managériales, notamment la capacité à affirmer ses décisions et à poser un cadre clair ainsi que la capacité à prendre du recul. L'expérience contribue également à renforcer leur sentiment de légitimité dans la fonction. Comme le résume IC15 : *« les compétences ont évolué dans le temps par rapport à la maturité qu'on acquiert, pas juste la maturité en tant qu'âge, mais la maturité dans la fonction »*.

Le renouvellement des générations constitue le principal facteur expliquant l'évolution vers un leadership plus participatif. Six participant(e)s estiment que les nouvelles générations n'acceptent plus un management autoritaire et attendent davantage d'écoute, de dialogue et de participation. IC1 souligne ainsi que *« le management d'il y a 15 ans et le management d'aujourd'hui n'est pas tout à fait le même avec les générations différentes : les X, les Y et les Z »*. Dans le même sens, IC3 explique : *« Je pense qu'on n'obtient pas grand-chose de positif avec un comportement autoritaire [...]. Surtout avec la nouvelle génération, je crois vraiment*

qu'on ne peut plus s'adresser aux gens comme moi j'ai parfois été traitée par ma chef d'unité auparavant. »

La pénurie de personnel et la complexification de la fonction sont également identifiées comme des facteurs d'évolution. Elles conduisent les IC à déléguer davantage certaines responsabilités, mais limitent aussi le temps qu'ils peuvent consacrer au pilotage de leur service. IC10 explique ainsi que *« tout ce qui est gestion de projet a dû être mis en pause pendant la période de forte pénurie infirmière »*, tandis qu'IC13 justifie sa délégation par la taille de son service : *« je délègue quand même beaucoup de tâches parce que le service est très gros »*.

3.2.Communication managériale

La communication managériale constitue, au même titre que le leadership, une compétence managériale mentionnée par l'ensemble des participant(e)s. Elle ne se limite pas à la transmission d'informations. Les entretiens montrent qu'elle recouvre des compétences très diverses, dont certaines restent stables dans le temps, tandis que d'autres se renforcent avec l'expérience ou se transforment profondément dans leurs modalités d'exercice.

3.2.1. Des compétences managériales stables : transmettre et coordonner

La capacité à assurer la circulation des informations et la coordination entre les différents acteurs de l'organisation apparaît comme une compétence managériale stable de la fonction, évoquée par 10 IC. Dès sa prise de poste, IC7 décrit ce rôle comme inhérent à la fonction d'IC : *« c'est aussi assister à beaucoup de réunions informatives pour pouvoir après justement redescendre les informations dans ton service »*. Cette fonction de relais entre la direction, les médecins et les équipes soignantes demeure présente tout au long du parcours professionnel.

3.2.2. Des compétences managériales dont l'importance se renforce

Plusieurs dimensions de la communication prennent davantage d'importance avec les années, notamment l'écoute active, la transparence, la disponibilité et le feedback.

La capacité à écouter activement et à faire preuve d'empathie constitue la compétence la plus largement partagée, évoquée par 15 participant(e)s sur 17. IC13 distingue explicitement sa manière d'écouter au début de sa carrière de celle qu'il mobilise aujourd'hui : *« j'avais tendance à écouter, entendre, et tout de suite donner un conseil [...] tandis que là [...] on a vraiment appris à écouter énormément »*. IC8 souligne également l'importance de cette compétence : *« il faut savoir écouter, sentir certaines choses et laisser la parole aux personnes »*.

La capacité à communiquer avec transparence se renforce également au fil de la carrière, mentionnée par environ cinq participant(e)s sur dix-sept. Les participant(e)s expliquent qu'une communication claire, honnête et explicative favorise davantage l'adhésion des équipes. Comme l'exprime IC3 : *« je pense qu'on obtient de meilleurs résultats quand on est transparent, quand on veut contourner les choses ou ne pas expliquer, cela se passe moins bien »*.

Enfin, la capacité à donner, recevoir et solliciter un feedback apparaît comme une compétence qui se développe petit à petit avec l'expérience, évoquée par sept participant(e)s sur dix-sept. IC2 explique avoir appris à mener des entretiens plus structurés et à formuler ses retours de manière plus affirmée. De son côté, IC17 souligne avoir appris à demander un retour à ses collaborateurs : « *j'ai appris à demander du feedback et à demander de la bonne façon.* »

3.2.3. Des compétences managériales transformées : d'une communication collective à une communication individualisée et porteuse de sens

La principale transformation concerne la capacité à adapter sa communication aux caractéristiques de chaque collaborateur, évolution évoquée par au moins huit participant(e)s sur dix-sept. Les participant(e)s expliquent qu'ils ne communiquent plus de manière uniforme, mais adaptent désormais leur discours aux profils, aux attentes et aux besoins de chacun. IC11 illustre cette évolution : « *Quand j'expliquais un projet avant, je disais simplement : "On met ce projet en place parce que la littérature dit que ça améliore ceci, cela" [...] mais il y a des gens que ce genre d'information n'intéresse pas du tout. [...] Maintenant, quand je mets des projets en place, je vais chercher tous les points qui peuvent intéresser les différents profils.* »

Cette individualisation de la communication s'accompagne d'une capacité accrue à donner du sens aux décisions. Plusieurs participant(e)s expliquent que les équipes attendent désormais de comprendre les raisons qui sous-tendent les changements. Comme le souligne IC3 : « *il faut donner les raisons, expliquer pourquoi on demande telle chose. Avant, il y avait moins de justifications à donner.* »

Enfin, la communication de crise devient une compétence à part entière, sollicitée de façon plus fréquente que par le passé. La pandémie de COVID-19 constitue, à cet égard, un moment charnière particulièrement cité par les participant(e)s. Une participante décrit ainsi avoir dû développer, dans l'urgence, une communication rassurante envers des collaborateurs qu'elle ne connaissait pas encore : « *il a vraiment fallu que je développe énormément le fait de rassurer les gens, de montrer qu'elles pouvaient compter sur moi, que j'étais vraiment un soutien.* »

3.2.4. Synthèse des motifs attribués

Les participant(e)s attribuent ces évolutions à plusieurs facteurs qui se recoupent partiellement avec ceux identifiés pour le leadership. La complexification du travail hospitalier explique en partie le renforcement de compétences telles que l'écoute active et le feedback structuré, ces compétences n'étant mobilisées de façon aussi intensive que dans un contexte où la charge relationnelle du chef s'est elle-même densifiée. Les attentes des jeunes générations, déjà identifiées comme facteur explicatif du changement de style de leadership, jouent également un rôle central dans la transformation de la communication managériale, en particulier dans l'exigence croissante de justification du sens des décisions.

« *Quand je dis : "Vous devez faire ça", l'ancienne génération dit plus facilement : "Ok." Les nouvelles générations ont plutôt tendance à demander : "Pourquoi ?" Alors on explique pourquoi.* » (IC11)

« Les plus jeunes sont plus dans une génération en quête de sens, de savoir pourquoi elles font les choses quand on leur demande. » (IC3)

La pluridisciplinarité croissante du travail hospitalier (multiplication des interlocuteurs, des réunions et des canaux d'information à redescendre vers l'équipe) contribue à maintenir la fonction de relais d'information comme une compétence centrale et permanente. Enfin, la multiplication des situations de crise ou de changement organisationnel (fusions, pandémie) explique l'émergence d'une compétence de communication de crise, largement absente des débuts de carrière des participant(e)s les plus expérimenté(e)s.

« Pendant le Covid, il y a eu plusieurs fusions d'équipes. J'ai dû apprendre à gérer des équipes qui avaient l'habitude d'avoir un autre manager [...]. Elles ont donc un deuil à faire. J'entends souvent : "Ah mais Laurence faisait comme ça..." [...] j'ai pris du recul et j'ai essayé de voir comment on pouvait adapter certaines choses [...] afin qu'elles ne perdent pas tous leurs repères. » (IC17)

3.3. Accompagnement et développement des collaborateurs

Le management des équipes concerne plus spécifiquement le suivi, le développement, le soutien des collaborateurs : sa motivation, son développement, son bien-être et sa fidélisation. Les entretiens montrent que si l'attention portée aux personnes constitue un socle stable de la fonction, le rôle du chef évolue nettement d'une logique de supervision vers une logique d'accompagnement.

3.3.1. Des compétences managériales stables : capacité à motiver et à soutenir l'équipe

La capacité à motiver et à soutenir les collaborateurs apparaît comme une compétence stable de la fonction, évoquée par la grande majorité des participant(e)s (13 sur 17). Le souci de la motivation et du bien-être de l'équipe apparaît comme une préoccupation constante, présente dès le début du parcours professionnel et jamais reléguée au second plan. Une participante le formule comme un principe directeur inchangé de sa fonction, du début à aujourd'hui : *« ça a toujours été d'être garant de la qualité des soins, donc que les patients aient les meilleurs soins possibles, et que le personnel soignant soit épanoui à son travail » (IC6)*. Une autre participante décrit ce même souci comme la préoccupation centrale de sa pratique quotidienne, indépendamment de l'ancienneté ou du service occupé : *« c'est toujours la même chose avec les questions humaines, parce que pour moi c'est primordial » (IC9)*.

3.3.2. Des compétences managériales dont l'importance se renforce

Neuf participant(e)s sur dix-sept décrivent un renforcement de leur rôle d'accompagnement au fil de leur parcours professionnel. Cette évolution se traduit principalement par une capacité accrue à accompagner le développement individuel des collaborateurs, à reconnaître et valoriser leur travail ainsi qu'à structurer le suivi de leur bien-être.

La capacité à accompagner le développement individuel des collaborateurs est relativement peu évoquée, puisqu'elle n'est mentionnée que par quatre participant(e)s sur dix-sept. Une participante en fait l'aspect de sa fonction qu'elle valorise le plus après plus de vingt ans de pratique : « *c'est aussi de faire avancer, de faire grandir ton équipe [...] c'était un truc que j'adorais dans ma fonction de chef* » (IC6).

La capacité à reconnaître et à valoriser le travail des collaborateurs est mentionnée par une minorité de participant(e)s (3/17). Une participante décrit ainsi une pratique de valorisation systématique : « *j'essaie d'être reconnaissante envers elles en les félicitant quand elles ont fait une bonne journée de travail* » (IC15).

Enfin, la capacité à structurer le suivi du bien-être des collaborateurs est évoquée par cinq participant(e)s sur dix-sept. Une participante explique avoir progressivement intégré un outil de mesure du bien-être individuel, absent de sa pratique initiale : « *c'est quelque chose qui a évolué. Je ne le faisais pas particulièrement au début [...] maintenant je demande à la personne de se situer de zéro à dix sur une échelle de bien-être* » (IC10). Un autre participant illustre cette même attention accrue par un suivi individualisé mis en place lors du retour d'une collaboratrice après un arrêt pour épuisement professionnel, incluant un entretien préparatoire avant la reprise effective du travail (IC16).

3.3.3. Synthèse des motifs attribués

La pénurie de personnel infirmier et la difficulté de recrutement qui en découle constituent le facteur le plus directement cité. Ils expliquent à la fois le développement de stratégies actives de fidélisation, comme l'illustre le choix des horaires en douze heures, et l'attention accrue portée au bien-être au travail comme levier de rétention du personnel en poste. L'évolution des attentes professionnelles des collaborateur(ice)s, déjà identifiée pour le leadership et la communication, joue également un rôle : les équipes attendent aujourd'hui un accompagnement plus individualisé et une reconnaissance plus explicite de leur investissement. Enfin, la préoccupation croissante pour le bien-être au travail et la prévention de l'épuisement professionnel, portée à la fois par les institutions et par les chef(fe)s eux-mêmes, explique la mise en place d'outils de suivi spécifiques, comme les échelles de bien-être ou les entretiens de réintégration après un arrêt.

3.4. Organisation, coordination et prise de décision

L'organisation, la coordination et la prise de décision constituent le socle le plus ancien de la fonction d'IC : c'est historiquement autour de ces tâches que la fonction s'est construite. Les entretiens montrent que ce socle reste stable dans son principe, mais qu'il se complexifie fortement dans son exercice concret, à mesure que le périmètre de responsabilité du chef s'élargit.

3.4.1. Des compétences managériales stables : organiser et coordonner le quotidien

La capacité à organiser et à coordonner le fonctionnement quotidien du service constitue le socle historique de la fonction et est évoquée par la totalité des participant(e)s. La gestion des

horaires apparaît comme la tâche organisationnelle la plus systématiquement citée, quelle que soit l'ancienneté. Un participant la décrit comme une difficulté permanente de la fonction, non résolue par l'expérience mais seulement rendue plus gérable : *« depuis toujours, la gestion des horaires est quelque chose de très complexe, parce qu'il faut effectivement essayer de satisfaire au maximum les membres du staff »* (IC11). Cette centralité de la planification, associée à la coordination quotidienne entre les différents intervenants du service, forme ainsi un socle organisationnel qui ne disparaît à aucun moment de la carrière.

3.4.2. Des compétences managériales dont l'importance se renforce

Plusieurs compétences organisationnelles, déjà mobilisées en début de carrière, prennent une ampleur nouvelle à mesure que le chef élargit son périmètre de responsabilité.

La capacité à prioriser devient une compétence explicitement mobilisée, en particulier lorsque les ressources disponibles ne permettent plus de tout mener de front. IC10 décrit ainsi avoir dû apprendre, sous la contrainte, à hiérarchiser ses missions plutôt qu'à toutes les assumer simultanément : *« on nous a demandé de prioriser, la priorité, c'est évidemment les horaires et les évaluations des nouveaux engagés. »*

Enfin, l'anticipation prend une place croissante dans le discours des participant(e)s, y compris sur des enjeux qui dépassent la gestion courante du service. Une participante illustre cette dimension prospective par un exemple concret, tourné vers l'avenir plutôt que vers la résolution d'un problème immédiat : la construction de *« scénarios dynamiques de nombre de lits ouverts [...] en fonction de la période de l'année pour adapter l'effectif au taux d'occupation »* (IC14).

3.4.3. Des compétences managériales transformées : du pilotage quotidien à la gestion stratégique et interdisciplinaire

Douze participant(e)s sur dix-sept décrivent une transformation de leurs responsabilités organisationnelles, caractérisée par le passage d'un pilotage centré sur leur service à une gestion plus stratégique, interdisciplinaire et transversale.

La capacité à coordonner les activités à l'échelle des réseaux hospitaliers est évoquée par six participant(e)s sur dix-sept. Les fusions et restructurations hospitalières illustrent particulièrement bien cette transformation. Un participant décrit ainsi le travail de coordination interdisciplinaire rendu nécessaire par la fusion progressive de plusieurs hôpitaux en un seul réseau : *« on essaye d'uniformiser les façons de faire, les façons de voir [...] mais on ne travaille pas encore tout à fait de la même façon »* (IC7). Ce témoignage illustre que cette coordination élargie ne va pas de soi : elle demande un travail actif et prolongé d'harmonisation des pratiques entre services auparavant indépendants.

La gestion des imprévus devient une compétence managériale mobilisée en permanence, et non plus occasionnellement. Face à la multiplication des absences de dernière minute, plusieurs participant(e)s décrivent le recours à des équipes de réserve mutualisées entre services, un

dispositif qui n'existait pas au début de leur carrière. IC4 explique ainsi le fonctionnement de ce système dans son hôpital : « *quand n'importe quel chef de service est en difficulté, il appelle la GJE [gestion journalière des effectifs], qui s'occupe de l'équipe volante* ». Une autre participante confirme l'existence d'un dispositif similaire dans son propre hôpital, destiné à réajuster les effectifs entre unités en cas de sous-effectif prolongé : « *la direction analyse nos horaires en fonction des effectifs disponibles dans l'équipe volante pour éviter de laisser des unités en fort sous-effectif* » (IC10).

3.4.4. Une lacune récurrente : la législation sociale

Six participant(e)s sur dix-sept soulignent une lacune persistante concernant la capacité à mobiliser les connaissances en législation sociale et en droit du travail, pourtant indispensable à l'exercice quotidien des tâches organisationnelles (réalisation des horaires, gestion des absences, des congés, des retours après maladie). Cette lacune est signalée dès le début de la fonction par plusieurs participant(e)s : « *je n'avais pas encore eu de cours de législation sociale, puisque j'ai refait ma formation par après. Donc j'ai dû faire un horaire, mais sans connaître les contraintes législatives. Donc ça, c'était un point qui était pour moi en difficulté* ». (IC2). Elle est également reconnue, avec le recul de l'expérience, par un participant pourtant titulaire d'un Master : « *il y a des éléments qui sont sous-estimés, notamment tout ce qui est lié au droit du travail [...] je pense que c'est une compétence qui devrait être renforcée au début* ». (IC5). Ce constat, largement partagé à travers des profils de formation et d'ancienneté très différents, suggère qu'il s'agit moins d'un manque individuel que d'un angle mort structurel des parcours de formation menant à la fonction.

3.4.5. Un recentrage forcé sur les soins directs sous l'effet de la pénurie

Dix participant(e)s sur dix-sept décrivent une évolution marquante de leur fonction liée à la pénurie de personnel et à l'absentéisme. Ils expliquent que ces contraintes les conduisent régulièrement à reprendre des activités de soins directs afin d'assurer la continuité des prises en charge, au détriment de leurs missions managériales.

Pour plusieurs participant(e)s, cette situation entraîne une inversion de leur rôle. Alors que leur fonction devrait être principalement consacrée au management, ils se retrouvent contraints d'intervenir quotidiennement auprès des patients. IC10 explique ainsi que la répartition de son temps s'est progressivement inversée, passant d'une fonction essentiellement managériale à une présence majoritaire dans les soins, avec pour conséquence la mise en suspens de nombreux projets d'équipe. Dans le même sens, IC4 estime que cette situation l'amène à « *redevenir simple infirmière* », tandis qu'IC7 souligne être « *dans les chambres [...] tout le temps* », ne parvenant plus à dégager de temps pour ses missions administratives.

D'autres participant(e)s expliquent que ce retour dans les soins ne supprime pas leurs responsabilités de cadre, mais les reporte en dehors des heures de travail. IC12 indique ainsi réaliser une partie importante de ses tâches managériales à domicile, tandis qu'IC16 et IC17

évoquent un nombre important d'heures supplémentaires afin d'assumer simultanément leurs responsabilités cliniques et organisationnelles.

Enfin, plusieurs témoignages mettent en évidence la dimension émotionnelle de cette évolution. Les participant(e)s expliquent intervenir dans les soins par solidarité envers leurs équipes et par difficulté à les laisser faire face seules au manque d'effectifs. IC15 illustre cette réalité en décrivant une période durant laquelle elle cumulait les fonctions d'infirmière et d'infirmière en chef malgré sa grossesse, estimant ne pas pouvoir « les laisser dans l'embarras ». De manière similaire, IC14 explique que cette implication dans les soins la conduisait à négliger d'autres missions essentielles de sa fonction.

Ces résultats montrent que la pénurie ne transforme pas uniquement les conditions d'exercice de la fonction, mais affecte également la mobilisation des compétences managériales, qui deviennent plus difficiles à exercer faute de temps et de disponibilité.

3.4.6. Synthèse des motifs attribués

Les participant(e)s attribuent ces évolutions à plusieurs facteurs. La complexification générale du système hospitalier explique l'élargissement de la vision du chef, du service vers l'institution dans son ensemble, ainsi que la conscience accrue des enjeux financiers de la fonction. Les réformes du financement hospitalier et l'organisation en réseaux hospitaliers expliquent plus spécifiquement le développement de compétences de coordination interdisciplinaire, rendues nécessaires par les fusions et regroupements de services (IC7). Ces réformes du financement hospitalier se traduisent également par un raccourcissement continu des durées de séjour et un développement croissant de l'hospitalisation ambulatoire, deux évolutions que les participant(e)s relient explicitement à une logique financière incitative. IC3 situe cette bascule dès les années 1990 : « *lorsqu'un séjour hospitalier était trop long, il y avait des pénalités pour les hôpitaux [...] le turnover a énormément évolué* », illustrant ce changement par l'exemple d'une prothèse de hanche qui nécessitait un mois d'hospitalisation à ses débuts et n'en requiert plus que quelques jours aujourd'hui. IC4 confirme cette même logique en la reliant directement au mode de financement actuel : « *plus le séjour est court, plus les hôpitaux sont récompensés [...] au niveau financier, ça rapporte* ». Cette intensification du turnover patient a des répercussions directes sur l'exercice quotidien de la fonction : IC4 associe ainsi ce rythme accru à une perte de la relation individualisée avec le patient, qu'elle pouvait entretenir plus facilement par le passé : « *il y a trop de turnover, trop de folie [...] elles n'ont plus le temps de parler avec le patient* ». Le manque de ressources, en particulier la pénurie de personnel infirmier, explique le développement de compétences de priorisation, ainsi que la mise en place de dispositifs institutionnels de gestion des imprévus tels que la gestion journalière des effectifs (IC4). Les restrictions budgétaires constituent un facteur distinct de la pénurie de personnel, bien que les deux se renforcent souvent mutuellement dans le discours des participant(e)s. Elles expliquent directement la conscience financière croissante des chef(fe)s, contraint(e)s d'arbitrer sur des choix jusque-là peu associés à leur fonction. Une participante illustre cette pression par un exemple concret, portant sur le choix même du matériel de soin : « *avant, tu allais employer un*

pansement stérile, maintenant tu dois réfléchir à peut-être travailler qu'avec un paquet de compresses » (IC6), cette même participante résumant cette évolution générale par la formule : « on en demande toujours plus avec moins de moyens, moins de temps ». Une autre participante relie explicitement cette contrainte budgétaire à un durcissement de sa propre gestion des équipes, en particulier sur la question des heures supplémentaires : « les restrictions budgétaires ont influencé ma manière de travailler [...] je suis devenue beaucoup plus sévère sur tout ce qui est heures supplémentaires » (IC15).

3.5. Adaptation et gestion du changement

L'adaptation constitue un fil rouge qui traverse l'ensemble des thèmes précédents, mais les entretiens montrent qu'elle a évolué d'une capacité mobilisée ponctuellement vers une compétence permanente, exercée en continu. Cette section met également en évidence l'ampleur de la transformation numérique vécue par les participant(e)s au cours de leur carrière.

3.5.1. Des compétences managériales transformées : de changements ponctuels à un changement permanent

La capacité à s'adapter en continu aux évolutions de l'environnement de travail constitue la principale transformation identifiée dans cette thématique, évoquée par 12 participant(e)s sur 17. Les participant(e)s ne décrivent plus des adaptations ponctuelles à des événements isolés, mais un environnement hospitalier marqué par un changement permanent nécessitant une remise en question constante. Une participante résume cette évolution de manière particulièrement explicite : « il faut vraiment être flexible [...] et très agile [...] c'est fini, les journées un peu linéaires » (IC10).

Cette évolution se manifeste notamment lors de situations exceptionnelles, telles que la crise de la COVID-19 ou les restructurations hospitalières. Plusieurs participant(e)s décrivent avoir dû adapter rapidement leur organisation, leurs pratiques et leur mode de management face à des changements imprévus. IC2 évoque ainsi l'ouverture d'une unité COVID en moins de vingt-quatre heures, tandis qu'IC11 explique avoir dû « réinventer chaque jour une manière de fonctionner » durant la pandémie.

L'évolution permanente de l'environnement de travail se traduit également par la transformation numérique des hôpitaux. La capacité à s'approprier les outils numériques et les nouvelles technologies, évoquée par 10 participant(e)s sur 17, apparaît désormais comme une compétence indispensable à l'exercice de la fonction. Une participante décrit le changement radical intervenu en moins de vingt ans : « quand je suis arrivée en 2007 [...] je n'avais pas de mail, rien du tout, tout se faisait par téléphone. Et maintenant, c'est impensable de ne plus avoir de PC » (IC4). Un autre participant résume cette évolution en expliquant : « mes horaires au début je les faisais version papier, puis après c'était des horaires informatisés [...] il fallait une certaine capacité pour s'adapter » (IC6).

Plusieurs participant(e)s soulignent toutefois que cette transformation numérique ne constitue pas uniquement un changement d'outil, mais impose un apprentissage continu et une adaptation permanente face à la succession de nouveaux logiciels et processus. Certains, notamment les plus expérimentés, décrivent cette évolution comme une source de difficulté supplémentaire, liée à la rapidité des changements technologiques.

3.5.2. Synthèse des motifs attribués

Les participant(e)s attribuent ces évolutions à plusieurs facteurs, dont certains recoupent ceux déjà identifiés dans les sections précédentes. La pandémie de COVID-19 constitue le facteur le plus fréquemment cité comme déclencheur d'une adaptation brutale et durable, aussi bien dans l'organisation du travail que dans le rapport à l'incertitude. La numérisation continue des outils de travail explique à elle seule une part importante de la charge d'adaptation permanente décrite par les participant(e)s, indépendamment de toute autre transformation du secteur. Les réformes du système hospitalier et la réorganisation en réseaux de soins, déjà identifiées en 3.4, contribuent également à ce climat de changement continu, en modifiant régulièrement le cadre de travail des chef(fe)s. Enfin, la pénurie de personnel infirmier, transversale à l'ensemble des cinq domaines de compétences analysés dans ce chapitre, agit comme un amplificateur général de la nécessité d'adaptation, en réduisant les marges de manœuvre disponibles pour anticiper plutôt que réagir dans l'urgence.

3.6. Synthèse transversale des résultats

L'analyse des cinq domaines de compétences managériales fait apparaître un même schéma, qui se répète avec une remarquable constance dans quatre des cinq domaines : un noyau de compétences reste stable tout au long de la carrière, tandis que leurs modalités concrètes d'exercice se transforment en profondeur. Fédérer une équipe, transmettre l'information, motiver les collaborateurs, organiser le service ou s'adapter aux imprévus : ces finalités ne changent pas. C'est la manière de les exercer qui évolue. Les principales compétences identifiées, leur statut d'évolution ainsi que les facteurs explicatifs associés sont synthétisés dans le tableau présenté en annexe V.

Ce schéma se décline autour d'un même mouvement de fond, qui traverse les cinq domaines et qui peut être considéré comme le résultat central de ce mémoire : le passage d'un management directif, centré sur le chef, vers un management participatif, distribué et individualisé. Ce mouvement est le plus visible dans le domaine du leadership, où il s'exprime comme un changement explicite de posture. Mais on le retrouve, sous une forme déclinée, dans chacun des autres domaines : en communication, il se traduit par le passage d'une information descendante à un dialogue individualisé ; dans le management des équipes, par le passage de la supervision à l'accompagnement ; dans l'organisation, par une délégation et une priorisation accrues ; dans la gestion du changement, par un rôle de facilitateur de l'adaptation collective plutôt que de simple exécutant des transformations. Ce constat suggère que l'évolution des compétences managériales des IC ne doit pas être lue comme cinq transformations

indépendantes, mais comme les multiples manifestations d'un même changement de paradigme managérial.

Les motifs attribués par les participant(e)s à ces évolutions se recoupent également d'un domaine à l'autre, ce qui permet d'identifier cinq facteurs explicatifs transversaux plutôt que des causes propres à chaque compétence. Le changement générationnel des attentes du personnel encadré revient dans les domaines du leadership, de la communication et du management des équipes : il constitue le facteur le plus directement associé au passage vers un management participatif. La pénurie de personnel infirmier, quant à elle, traverse l'ensemble des cinq domaines : elle explique à la fois la nécessité de déléguer, la priorisation des tâches, les stratégies de fidélisation et l'intensification générale du rythme de travail. La digitalisation constitue la troisième force transversale, plus circonscrite aux domaines de l'organisation et de l'adaptation, mais dont l'ampleur et la permanence en font une rupture à part entière plutôt qu'un simple ajustement d'outils. Les restrictions budgétaires et les réformes du financement hospitalier expliquent l'émergence d'une conscience gestionnaire et financière jusque-là étrangère à la fonction infirmière. Enfin, la pandémie de COVID-19 est mentionnée comme un accélérateur ponctuel mais déterminant, notamment dans le développement de compétences de résilience et de communication de crise.

Pris ensemble, ces résultats montrent que les compétences managériales des infirmier(ère)s en chef n'évoluent pas de manière isolée. Elles s'inscrivent dans une dynamique commune, façonnée par les transformations du contexte hospitalier et davantage caractérisée par une évolution des modalités d'exercice des compétences que par une remise en cause de leurs finalités.

4. Discussion

Cette discussion vise à interpréter les principaux résultats de cette recherche à la lumière du cadre théorique présenté dans la première partie du mémoire. Elle met en évidence les principaux apports de cette recherche, ainsi que les limites qui doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats.

4.1. Un socle de compétences stable : les fondements de la fonction d'IC

Avant d'aborder les compétences ayant connu une évolution, il convient de souligner que cette recherche met également en évidence l'existence d'un socle de compétences demeurant relativement stable au cours de la carrière des IC. Les compétences consistant à fédérer l'équipe, agir avec équité, transmettre l'information, motiver et soutenir les collaborateurs ou encore organiser le travail quotidien sont mentionnées avec une importance similaire par les participant(e)s, indépendamment de leur ancienneté. Ce résultat montre que toutes les compétences managériales n'évoluent pas de manière uniforme, certaines constituant les fondements mêmes de la fonction.

Cette observation rejoint les travaux de Boyatzis (2008), qui distingue les compétences seuils des compétences différenciatrices. Les compétences identifiées comme stables dans cette étude présentent plusieurs caractéristiques des compétences seuils, dans la mesure où elles apparaissent comme des prérequis indispensables à l'exercice de la fonction, sans pour autant expliquer à elles seules une performance managériale supérieure.

Ce résultat fait également écho aux compétences humaines décrites par Katz. La capacité à communiquer, soutenir les collaborateurs, fédérer une équipe ou instaurer un climat de confiance apparaît comme constitutive du rôle de l'IC, présente avec la même intensité dès la prise de fonction. Ce socle stable ne doit toutefois pas être confondu avec l'ensemble des compétences relationnelles mobilisées par les infirmier(ère)s en chef : d'autres dimensions, telles que l'écoute active, l'empathie ou l'accompagnement individualisé, sont quant à elles décrites comme se renforçant progressivement avec l'expérience plutôt que comme des acquis d'emblée (cfr. 4.3). Les résultats suggèrent ainsi que la fonction repose à la fois sur un socle relationnel stable dès le départ, et sur des compétences relationnelles distinctes qui, elles, continuent de se développer tout au long de la carrière.

4.2. D'une logique classique de management vers un leadership participatif et d'accompagnement

L'un des principaux enseignements de cette recherche concerne l'évolution de la posture managériale des IC. Les entretiens montrent que le management est progressivement passé d'une logique essentiellement centrée sur la supervision, le contrôle et la prise de décision individuelle vers une approche davantage participative, fondée sur la collaboration, la responsabilisation et l'accompagnement des équipes. Les participant(e)s décrivent ainsi l'abandon progressif d'un management qualifié de « directif » ou de « petit chef » au profit d'une posture où le dialogue, la délégation et la recherche de solutions collectives occupent une place centrale. Cette évolution s'inscrit dans le prolongement des transformations du management décrites dans le cadre théorique. Les premiers modèles, notamment celui de Fayol, reposaient sur une vision essentiellement hiérarchique de la fonction managériale, organisée autour des activités de planification, d'organisation, de direction et de contrôle. Dans cette perspective, le manager est avant tout chargé d'assurer la bonne exécution du travail et le respect des procédures.

Les résultats montrent toutefois que cette conception apparaît aujourd'hui insuffisante pour décrire la réalité de la fonction d'IC. Si les activités de planification, d'organisation ou de contrôle demeurent présentes, elles ne constituent plus le cœur du rôle tel qu'il est décrit par les participant(e)s. Cette évolution transparaît d'ailleurs dans le cadre légal lui-même : l'arrêté royal de 1964, qui reconnaît pour la première fois l'encadrement infirmier, reste centré sur l'organisation, la supervision et la continuité des soins, proche du modèle PODC. L'arrêté royal de 2006 élargit ensuite la fonction à la vision stratégique, à la gestion des ressources humaines, à la gestion budgétaire, à la formation du personnel ainsi qu'à la communication et à la concertation, sans toutefois mentionner la gestion du changement, l'écoute active, l'empathie ou

le leadership participatif, des dimensions qui occupent pourtant une place centrale dans les résultats de cette étude. Les participant(e)s mettent en effet davantage l'accent sur leur capacité à mobiliser les équipes, à favoriser la coopération, à soutenir les collaborateurs et à construire des décisions collectives. Cette évolution rejoint les travaux de Katz (1974), qui soulignait déjà que le rôle du manager ne consiste plus uniquement à « faire », mais à « faire faire » en développant les compétences de ses collaborateurs. Elle confirme également les observations de Mintzberg (2010) et de Detchessahar (2013), selon lesquelles le manager contemporain agit davantage comme un facilitateur des interactions et un coordinateur des dynamiques collectives que comme un simple superviseur.

Les résultats apportent toutefois un éclairage que la théorie seule ne donne pas. Les modèles décrivent cette évolution de façon générale. Les entretiens montrent comment elle est vécue concrètement par les IC eux-mêmes. Les participant(e)s les plus expérimenté(e)s racontent avoir développé cette posture participative petit à petit, au fil de leur carrière. Les plus récemment nommé(e)s, eux, la considèrent déjà comme une évidence dès leur prise de fonction. Cette différence est révélatrice : elle suggère que cette évolution ne vient pas seulement de l'expérience individuelle de chaque manager, mais d'un changement plus large des attentes, à la fois organisationnelles et professionnelles.

Par ailleurs, les entretiens suggèrent que cette évolution est étroitement liée aux attentes des nouvelles générations de collaborateurs. Plusieurs participant(e)s expliquent que les jeunes professionnel(le)s recherchent davantage de participation aux décisions, de reconnaissance, d'autonomie et de sens dans leur travail. Le leadership participatif apparaît ainsi moins comme un choix personnel du manager que comme une réponse aux évolutions des attentes des équipes. Ce résultat complète les travaux de Barabel et Meier (2015), qui décrivent l'évolution du manager de proximité vers une fonction davantage tournée vers l'accompagnement des collaborateurs sous l'effet des transformations du monde du travail.

Enfin, cette évolution dépasse le seul domaine du leadership. Les résultats montrent qu'elle s'observe également dans la communication, devenue plus individualisée et davantage orientée vers l'explication des décisions, dans l'accompagnement des collaborateurs, où le soutien et le développement des compétences prennent une place croissante, ainsi que dans l'organisation du travail, qui repose davantage sur la délégation et la responsabilisation. Les entretiens suggèrent ainsi que ce n'est pas une compétence isolée qui évolue, mais plus largement une nouvelle manière d'exercer le management.

4.3.L'intelligence émotionnelle et l'individualisation des relations au cœur de l'évolution des compétences managériales

Au-delà de la transformation du style de leadership, les résultats mettent en évidence un renforcement marqué des compétences relationnelles et émotionnelles. Les IC interrogé(e)s soulignent notamment l'importance croissante de l'écoute active, de l'empathie, de la capacité à communiquer avec transparence, à donner du feedback et à accompagner individuellement les

collaborateurs. Ces compétences apparaissent comme essentielles pour répondre aux attentes des équipes et favoriser leur engagement dans un contexte professionnel de plus en plus exigeant.

Ces résultats rejoignent les travaux de Goleman et de Boyatzis, qui montrent que la performance managériale ne repose plus uniquement sur des compétences techniques ou organisationnelles, mais également sur la capacité du manager à comprendre ses propres émotions, à reconnaître celles des autres et à développer des relations de qualité avec ses collaborateurs. Les compétences émotionnelles occupent ainsi une place centrale dans l'exercice du leadership, en particulier dans les environnements caractérisés par une forte complexité relationnelle.

Les entretiens confirment cette évolution, tout en apportant plusieurs nuances. D'une part, les participant(e)s ne mobilisent jamais le vocabulaire de l'intelligence émotionnelle pour décrire leur pratique. Ils évoquent plutôt des comportements concrets tels que « écouter », « rassurer », « être disponible », « prendre du recul » ou encore « expliquer les décisions ». Les dimensions décrites par Goleman semblent donc bien présentes dans leur pratique quotidienne, mais elles sont exprimées à travers un langage davantage centré sur l'action que sur les concepts théoriques. D'autre part, les résultats montrent que ces compétences ne se limitent plus à la qualité des relations interpersonnelles. Elles répondent également à une évolution des attentes des collaborateurs. Plusieurs participant(e)s soulignent que les nouvelles générations souhaitent être davantage écoutées, impliquées dans les décisions et comprendre le sens des changements qui leur sont demandés. La communication ne consiste donc plus uniquement à transmettre une information descendante, mais devient un véritable outil d'accompagnement, permettant d'expliquer les décisions, de donner du sens et de favoriser l'adhésion des équipes.

Cette évolution complète les travaux de Goleman et Boyatzis. Si ces auteurs mettent principalement l'accent sur les compétences émotionnelles comme déterminants de la performance managériale, les résultats de cette étude suggèrent que leur développement répond également à une transformation du contexte de travail et des attentes des collaborateurs. Les compétences relationnelles ne constituent donc pas uniquement une caractéristique individuelle du manager, elles apparaissent comme une réponse aux nouvelles réalités organisationnelles auxquelles les IC sont confrontés.

4.4. Un environnement hospitalier devenu durablement complexe : de la gestion du changement à l'adaptation permanente

Les résultats montrent que les IC évoluent aujourd'hui dans un environnement caractérisé par des changements continus. Les transformations organisationnelles, les pénuries de personnel, la transition numérique, les contraintes budgétaires ou encore les réformes du système hospitalier sont décrites comme autant de facteurs qui modifient durablement leurs conditions d'exercice. Dans ce contexte, la capacité à s'adapter ne constitue plus une compétence mobilisée ponctuellement lors d'un changement organisationnel, mais une composante permanente de leur pratique managériale.

Cette évolution trouve un écho particulier dans les travaux de Zarifian (2001). Pour cet auteur, la compétence ne se limite pas à l'exécution de tâches prescrites, elle réside dans la capacité à prendre des initiatives et à mobiliser des ressources pertinentes face à des situations inédites ou imprévues. Les résultats de cette étude illustrent pleinement cette conception. Les IC décrivent un quotidien marqué par des réajustements constants, qu'il s'agisse de gérer des absences de dernière minute, d'accompagner la mise en œuvre de nouvelles procédures, de répondre aux contraintes budgétaires ou encore de faire face aux évolutions technologiques. Ces situations nécessitent moins l'application de procédures prédéfinies que la capacité à analyser les situations, à arbitrer entre différentes priorités et à adapter continuellement leur pratique.

Cette lecture est également cohérente avec les travaux de Le Boterf, qui considère la compétence comme un « savoir agir » fondé sur la mobilisation et la combinaison de différentes ressources en fonction des situations rencontrées. Les résultats montrent en effet que les IC ne développent pas uniquement de nouvelles connaissances. Ils apprennent progressivement à mobiliser différemment leurs compétences pour répondre à un environnement professionnel devenu plus complexe.

Cette évolution rejoint enfin les travaux de Heifetz et Linsky, selon lesquels le rôle du manager consiste de plus en plus à accompagner les équipes dans des situations pour lesquelles il n'existe pas de solution préétablie. Elle s'inscrit également dans le cadre des environnements VUCA proposé par Bennett et Lemoine, qui décrit des organisations confrontées à la volatilité, à l'incertitude, à la complexité et à l'ambiguïté. Les résultats suggèrent toutefois que ces caractéristiques ne relèvent plus uniquement de situations exceptionnelles, mais constituent désormais le contexte ordinaire dans lequel les IC exercent leur fonction.

4.5. Les transformations du contexte hospitalier comme moteur de l'évolution des compétences managériales

Les résultats de cette étude confirment l'importance des transformations du contexte hospitalier belge mises en évidence dans le troisième chapitre de la revue de littérature. Celui-ci montrait que les établissements de soins évoluent aujourd'hui dans un environnement marqué par la pénurie persistante de personnel infirmier, les contraintes budgétaires, la transition numérique ainsi que la mise en place des réseaux hospitaliers locorégionaux. Les entretiens illustrent la manière dont ces évolutions structurelles influencent concrètement les compétences mobilisées par les IC. Les participant(e)s attribuent en effet l'évolution de leurs compétences managériales à plusieurs facteurs récurrents, parmi lesquels figurent la pénurie de personnel, les contraintes financières, la digitalisation, les réformes organisationnelles et la pandémie de COVID-19.

La pénurie de personnel infirmier apparaît comme le facteur le plus marquant. Dans la revue de littérature, les données de Sciensano et de la Conférence Interministérielle Santé publique mettaient déjà en évidence les difficultés croissantes de recrutement, le vieillissement de la profession et le risque élevé d'épuisement professionnel. Les résultats qualitatifs montrent

comment ces constats se traduisent dans la pratique quotidienne des IC, qui consacrent une part importante de leur activité à la réorganisation des effectifs, à la gestion des absences imprévues, au soutien des équipes et à leur fidélisation. Ils mettent également en évidence une conséquence moins décrite dans la littérature : face à la pénurie et à l'absentéisme, plusieurs IC amenés à reprendre régulièrement des activités de soins directs afin d'assurer la continuité des prises en charge. Cette situation crée un décalage entre le rôle managérial décrit dans le cadre législatif et la réalité du terrain, les missions de coordination, de pilotage ou d'accompagnement étant parfois reportées ou reléguées au second plan. Les transformations du contexte hospitalier ne conduisent donc pas uniquement à faire évoluer les compétences attendues ; elles peuvent également limiter leur mobilisation. Ces résultats soulignent l'importance de préserver, même en contexte de pénurie, un temps dédié aux missions managériales afin de permettre aux IC d'exercer pleinement les responsabilités qui leur sont confiées.

Les contraintes économiques mises en évidence dans l'analyse MAHA de Belfius trouvent également un écho dans les entretiens. La revue de littérature soulignait que les hôpitaux belges sont confrontés à une pression financière croissante, notamment en raison de la réduction des durées de séjour, du développement de l'hospitalisation de jour et de l'augmentation des coûts de fonctionnement. Cette évolution impose aux établissements de concilier qualité des soins et maîtrise des dépenses. Les participant(e)s illustrent concrètement cette réalité en décrivant un quotidien marqué par des arbitrages constants concernant les ressources humaines, les heures supplémentaires, le matériel ou encore les priorités organisationnelles. Les résultats montrent ainsi que les IC développent progressivement une véritable sensibilité aux enjeux économiques, dimension qui apparaît aujourd'hui indissociable de leur fonction managériale.

Les résultats permettent également d'illustrer les effets de la transition numérique présentée dans la revue de littérature. Alors que celle-ci était principalement abordée sous l'angle de la modernisation des établissements et du développement des outils numériques, les entretiens montrent que cette évolution se traduit avant tout par une nécessité d'apprentissage permanent. Les IC doivent continuellement s'adapter à de nouveaux logiciels, procédures et modes de communication. Si ces outils peuvent améliorer la coordination des soins, ils sont également perçus comme une source supplémentaire de complexité, rejoignant ainsi l'idée que la transformation numérique constitue davantage un processus continu qu'une évolution ponctuelle.

Enfin, les résultats confirment les conséquences des réformes organisationnelles évoquées dans le troisième chapitre de la revue de littérature, notamment la création des réseaux hospitaliers locorégionaux. Les participant(e)s décrivent une fonction qui dépasse désormais la gestion de leur seule unité de soins pour intégrer des collaborations intersites, l'harmonisation des pratiques et une coordination renforcée avec de multiples acteurs. Cette évolution illustre le développement des compétences conceptuelles décrites par Katz, qui renvoient à la capacité de comprendre le fonctionnement global de l'organisation plutôt que celui d'une seule unité de soins. Les IC ne pilotent plus uniquement leur service, mais participent désormais à des logiques

de coordination intersites, d'harmonisation des pratiques et de collaboration au sein des réseaux hospitaliers.

Les résultats montrent également que cette évolution mobilise des compétences politiques au sens de Ferris et al. (2007). Les participant(e)s décrivent des situations nécessitant de négocier avec différents acteurs, de construire des relations de confiance entre équipes provenant d'établissements distincts ou encore d'harmoniser des pratiques professionnelles. Si ces compétences ont principalement été étudiées dans des organisations privées, cette recherche suggère qu'elles trouvent également une application pertinente dans le contexte hospitalier belge, marqué par le développement des réseaux hospitaliers locorégionaux.

Dans leur ensemble, ces résultats confirment que les transformations décrites dans le contexte hospitalier belge ne constituent pas uniquement des évolutions structurelles du système de santé, mais qu'elles redéfinissent également les compétences attendues des IC. En ce sens, ils prolongent les conclusions du troisième chapitre de la revue de littérature et rejoignent la conception défendue par Zarifian (2001), selon laquelle la compétence se construit dans l'action et se développe en réponse aux situations rencontrées. Les transformations du système hospitalier ne modifient donc pas uniquement le contexte d'exercice de la fonction ; elles participent directement à l'évolution des compétences managériales mobilisées au quotidien.

4.6.Synthèse des principaux apports de la recherche

Dans leur ensemble, les résultats montrent que l'évolution des compétences managériales des IC ne relève ni d'une transformation uniforme ni d'une simple accumulation de nouvelles compétences. Ils mettent plutôt en évidence une recomposition progressive des compétences mobilisées dans l'exercice de la fonction. Certaines compétences demeurent stables et constituent le socle indispensable de la fonction, tandis que d'autres se renforcent ou se transforment sous l'effet des évolutions organisationnelles, sociétales et institutionnelles. En distinguant ces différentes trajectoires d'évolution, cette recherche apporte une lecture plus nuancée des transformations des compétences managériales des IC.

Cette observation rejoint les travaux de Giraud et al. (2021), selon lesquels les transformations du contexte ne rendent pas obsolètes les compétences historiques du management, mais en modifient l'importance relative ainsi que les modalités d'exercice. Toutefois, cette recherche permet d'aller plus loin en montrant concrètement comment ces évolutions se traduisent dans la pratique quotidienne des IC. Les résultats montrent ainsi que les compétences managériales évoluent de manière différenciée : les compétences relationnelles et adaptatives prennent une place croissante, les compétences stratégiques se développent avec la complexification du système hospitalier, tandis que certaines compétences fondamentales demeurent essentielles tout au long de la carrière.

Enfin, cette recherche met en évidence que l'évolution des compétences ne peut être comprise indépendamment du contexte dans lequel elles s'exercent. Les transformations du système

hospitalier belge, qu'elles soient organisationnelles, économiques ou sociétales, ne se limitent pas à faire émerger de nouvelles exigences : elles conduisent les IC à adapter continuellement leurs pratiques et à redéfinir la manière dont leurs compétences sont mobilisées et articulées entre elles. Les compétences managériales apparaissent ainsi moins comme un ensemble de qualités figées que comme des ressources dynamiques, mobilisées et développées en fonction des situations rencontrées.

5. Limites et recommandations

5.1.Limites de la recherche

Comme toute recherche, cette étude présente plusieurs limites qui doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. Une première limite concerne la taille et la représentativité de l'échantillon. Les dix-sept entretiens, réalisés exclusivement en Belgique francophone, permettent une analyse qualitative approfondie, mais ne sont pas suffisants pour représenter l'ensemble des infirmier(ère)s en chef belges. Une deuxième limite tient au contexte spécifique de l'étude. Les résultats reflètent la réalité des hôpitaux francophones belges, marqués par des réformes et un cadre institutionnel particuliers. Ils ne sont donc pas directement transférables aux hôpitaux flamands ou aux systèmes de santé d'autres pays. Une troisième limite concerne le codage des données. Celui-ci a été réalisé par l'auteure seule, sans second codeur indépendant, ce qui laisse une part d'interprétation personnelle qu'un double codage aurait permis de limiter. Une quatrième limite concerne le caractère rétrospectif des données recueillies. Les participant(e)s ont comparé leurs compétences actuelles à celles du début de leur carrière à partir de leurs souvenirs. Bien que la convergence des discours entre les IC les plus expérimenté(e)s et les plus récemment nommé(e)s suggère que les résultats ne s'expliquent pas uniquement par une idéalisation du passé, un biais de reconstruction des souvenirs ne peut être totalement exclu. Une cinquième limite concerne l'absence de triangulation des points de vue. Ce choix est cohérent avec l'objectif de cette recherche, qui visait à comprendre la manière dont les infirmier(ère)s en chef perçoivent l'évolution de leurs compétences managériales. L'étude s'est donc volontairement centrée sur leur point de vue, sans interroger les équipes encadrées, les directions ou d'autres acteurs hospitaliers. Si cette approche permet d'approfondir leur expérience, elle ne permet pas de confronter leurs perceptions à celles d'autres parties prenantes. Il n'est dès lors pas possible de savoir si les transformations décrites, notamment le passage d'un management plus directif à un management plus participatif, sont également perçues de cette manière par les collaborateurs. Sixièmement, un biais de désirabilité sociale ne peut être exclu. Les IC interrogé(e)s ont pu être amené(e)s à présenter leur pratique managériale sous un jour plus favorable, à minimiser certaines difficultés ou à omettre certains aspects plus sensibles de leur expérience, malgré les garanties d'anonymat et de confidentialité.

5.2.Recommandations pratiques

Les résultats de cette recherche permettent de formuler plusieurs recommandations à destination des établissements hospitaliers, des organismes de formation et des décideurs publics. Premièrement, les résultats soulignent l'importance croissante des compétences relationnelles dans l'exercice de la fonction d'IC. Si les compétences techniques demeurent

indispensables, les compétences liées au leadership participatif, à la communication, à l'écoute active, à la gestion des conflits et à l'intelligence émotionnelle occupent aujourd'hui une place centrale. Les programmes de formation initiale et continue gagneraient dès lors à renforcer ces dimensions afin de mieux préparer les futurs cadres aux réalités actuelles de la fonction.

Deuxièmement, cette recherche met en évidence une lacune récurrente concernant la législation sociale, identifiée par six participant(e)s sur dix-sept, indépendamment de leur parcours de formation. Les formations destinées aux IC pourraient ainsi intégrer davantage de contenus pratiques relatifs à la gestion des horaires, des contrats, des absences, des congés ainsi qu'aux principales dispositions du droit social applicables au personnel hospitalier.

Troisièmement, les résultats mettent en évidence un décalage entre les compétences aujourd'hui mobilisées par les IC et celles décrites dans le cadre réglementaire actuel. Alors que les participants insistent sur l'importance du leadership participatif, de l'accompagnement du changement, de la communication et des compétences relationnelles, ces dimensions restent peu explicitées dans l'arrêté royal du 13 juillet 2006. Une actualisation de ce cadre réglementaire permettrait de mieux refléter les réalités contemporaines de la fonction.

Enfin, les résultats montrent que les transformations du système hospitalier, et plus particulièrement la pénurie de personnel, modifient non seulement les conditions d'exercice de la fonction, mais également la nature même du travail managérial. Les IC consacrent une part croissante de leur activité à l'adaptation permanente des organisations, à la gestion des absences, au soutien des équipes et au maintien de la continuité des soins. Les établissements hospitaliers gagneraient dès lors à reconnaître cette évolution dans l'organisation de la fonction et dans les ressources mises à disposition des cadres de proximité.

6. Conclusion générale

Ce mémoire est parti d'une question simple en apparence : comment les compétences managériales que les IC pensent devoir mobiliser dans l'exercice de leur rôle ont-elles évolué dans le temps ? Dix-sept entretiens semi-directifs, menés auprès d'IC exerçant en Belgique francophone, ont permis d'y répondre à travers cinq domaines de compétences : le leadership, la communication, l'accompagnement des équipes, l'organisation et la gestion du changement. La réponse que ce mémoire apporte n'est pas celle d'une transformation uniforme. Certaines compétences comme la capacité à fédérer une équipe, agir avec équité, transmettre l'information, motiver les collaborateurs, organiser le quotidien restent stables tout au long de la carrière : elles constituent le socle identitaire de la fonction, présentes dès la prise de poste. D'autres compétences se renforcent progressivement avec l'expérience, sans changer de nature, comme l'écoute active ou la capacité à prendre du recul. D'autres, enfin, se transforment en profondeur : c'est le cas, de façon particulièrement marquée, du passage d'un management directif à un leadership participatif, et individualisé. Un mouvement qui traverse les cinq domaines et qui constitue le principal résultat de cette recherche. L'adaptation et la flexibilité

ont changé de statut. D'une compétence mobilisée ponctuellement face à un changement, elle est devenue une composante permanente de la pratique managériale quotidienne.

Ces évolutions ne relèvent pas, selon les infirmier(ère)s en chef interrogé(e)s, d'un choix individuel. Les IC les associent à des transformations qui les dépassent : le renouvellement générationnel des attentes des collaborateur(rice)s, la pénurie persistante de personnel infirmier, la digitalisation continue des outils de travail, ainsi que les réformes du financement hospitalier et la constitution des réseaux hospitaliers locorégionaux. Ce mémoire montre que, dans la perception des IC, ces facteurs, souvent étudiés séparément dans la littérature, convergent vers une même réalité : un environnement hospitalier devenu structurellement imprévisible. Dans ce contexte, les compétences managériales reposent moins sur l'application de procédures que sur la capacité à arbitrer des situations complexes, évolutives et rarement standardisées.

Mis en perspective avec le cadre théorique, ces résultats confirment plusieurs apports de la littérature. Ils rejoignent notamment les compétences humaines de Katz, le leadership comme facilitation plutôt que supervision décrit par Mintzberg et Detchessahar, ainsi que la conception de la compétence comme réponse à l'imprévu proposée par Zarifian. Les résultats mettent également en évidence plusieurs spécificités du contexte hospitalier belge. Ils révèlent notamment un décalage croissant entre un cadre légal resté largement inchangé depuis 2006 et une pratique managériale en constante évolution. Ils montrent également que les compétences politiques décrites par Ferris et al. prennent une forme particulière dans un contexte de fusions hospitalières imposées plutôt que choisies. Enfin, ils mettent en évidence un besoin récurrent de compétences en législation sociale, suggérant que cette dimension demeure un angle mort des parcours de formation des infirmier(ère)s en chef.

Au terme de ce mémoire, une conclusion s'impose : la fonction d'IC ne s'exerce plus aujourd'hui comme elle s'exerçait il y a vingt ans. Ce qui frappe, à l'écoute de leurs témoignages, n'est pas seulement l'ampleur de ce changement, mais la manière dont ils et elles continuent, malgré des ressources de plus en plus contraintes, à faire de l'accompagnement de leurs équipes une priorité constante. C'est peut-être là le résultat le plus durable de cette recherche : au milieu de toutes ces transformations, ce qui n'a pas changé compte au moins autant que ce qui a changé.

IV. Bibliographie

Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: Definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 211-217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>

Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef. (2006). Moniteur belge. https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/3/3678_Arrêté_royal_portant_exécution_de_l'article_17_bis_de_la_loi_sur_les_hôpitaux%2C_cooronnée_le_7_août_1987%2C_en_ce_qui_concerne_la_fonction_d'infirmier_en_chef_07-09-2006-.pdf

Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. (1964). Moniteur belge. https://fnib.be/wp-content/uploads/AR_23101964_Annexe_normes_organisation.pdf

Aubret, J. & Gilbert, P. (2003). L'évaluation des compétences. Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.gilbe.2003.01>.

Aubret, J. (2002). P. Zarifian. Le modèle de la compétence. L'orientation scolaire et professionnelle, 31(1). <https://doi.org/10.4000/osp.4897>

Barabel, M. & Meier, O. (2015). Chapitre 4. Le métier de manager. Manageor : Tout le monde à l'ère digitale (3e éd., p. 201-284). Dunod. <https://shs.cairn.info/manageor--9782100722464-page-201?lang=fr>

Bartram, D. (2005). The Great Eight Competencies: A criterion-centric approach to validation. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1185-1203. https://www.researchgate.net/publication/7453309_The_Great_Eight_Competencies_A_Criterion-Centric_Approach_to_Validation

Bekheda, K. (2019). Culture d'entreprise, compétences managériales et conduite du changement. *Revue Maghrébine Management des Organisations*, 3(1), 21-36. <https://asjp.cerist.dz/en/article/104482>

Belfius Banque & Assurances. (2025, 19 novembre). *Analyse MAHA 2025 – La santé financière du secteur hospitalier belge en 2024 et premier aperçu de 2025 : 2024, une année de léger répit avant une zone de forte turbulence ?* [Communiqué de presse]. https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2025/Communiqué-de-presse-Belfius_Analyse-MAHA-2025-19-11-2025.pdf

Bellini, S. (2005). Éviter le marteau, glisser sur l'enclume. Comment les managers de proximité ajustent leurs rôles face aux contraintes de l'organisation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 65(1), 13-25. <https://doi.org/10.3917/cips.065.0013>.

Bennett, N., & Lemoine, G. J. (2014). What VUCA really means for you. *Harvard Business Review*, 92(1/2), 27-42. <https://ssrn.com/abstract=2389563>

Boyatzis, R. E. (1982). The competent manager: A model for effective performance. Wiley. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/1533220>

Boyatzis, R. E. (2008). Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development*, 27(1), 5-12. <https://doi.org/10.1108/02621710810840730>

Collard, D., Raulet-Croset, N., Teulier, R. & Suquet, J.-B. (2013). Les managers de proximité face aux compétences : une approche située. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 113(3), 62-72. <https://doi.org/10.3917/geco.113.0062>

Conférence interministérielle (CIM) Santé publique. (2025). *Recommandations du groupe d'experts pour la réforme du paysage hospitalier belge : Changer pour préserver (2026-2036)*. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-12/fr_imczzh_avis.pdf

Coulet, J.-C. (2011). La notion de compétence : Un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. *Le Travail humain*, 74(1), 1-30. <https://doi.org/10.3917/th.741.0001>

Cristol, D. (2010). Des compétences du responsable au responsable compétent. *Revue internationale de psychosociologie*, 337-360. <https://doi.org/10.3917/rips.039.0337>

Dameron, S., & Joffre, O. (2007). Les managers intermédiaires entre stratégie et organisation. *Revue française de gestion*, 33(174), 115-128. <https://doi.org/10.3166/rfg.174.115-128>

de Ridder, M., Taskin, L., Ajzen, M., Antoine, M., & Jacquemin, C. (2019). Le métier de manager en transformation : Une démarche prospective. *Management & Avenir*, N° 109(3), 37-60. <https://doi.org/10.3917/mav.109.0037>

Deschênes, A.-A. (2025). Séance 6 : Les approches classiques, néoclassiques et stratégiques. Résumé. [Diapositives de cours]. Unité départementale des sciences de la gestion, Université du Québec à Rimouski (UQAR).

Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57-80. <https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>

Éditions Eyrolles. (s.d.). *Guy Le Boterf*. <https://www.editions-eyrolles.com/auteurs/guy-le-boterf#tabs>

Ferris, G. R., Treadway, D. C., Perrewé, P. L., Brouer, R. L., Douglas, C., & Lux, S. (2007). Political skill in organizations. *Journal of Management*, 33(3), 290-320. https://www.researchgate.net/publication/228373161_Political_Skill_in_Organizations/references

Gentry, W. A., Harris, L. S., Baker, B. A., & Leslie, J. B. (2008). Managerial skills: What has changed since the late 1980s. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(2), 167-181. <https://doi.org/10.1108/01437730810852506>

Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). *Belgium: Health system review. Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies.

Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., Devos, C., Scohy, A., Vlayen, A., Yaras, H., Janssens, C., & Meeus, P. (2024). *Performance du système de santé belge : rapport 2024*. KCE Reports 376B. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Goleman, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle* (T. Piélat & D. Roche, Trad.). J'ai lu. <https://ils.bib.uclouvain.be/uclouvain/documents/855091>

Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *L'intelligence émotionnelle au travail*. Village mondial. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/852990>

Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*. Harvard Business School Press. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/3950912>

Gosset, P., & Laurence, G. (2005). Les défis des managers intermédiaires à l'ère de l'entreprise distribuée et à l'épreuve des réseaux. *Revue Française de Gestion Industrielle*, 24(4), 71-98. <https://doi.org/10.53102/2005.24.04.483>

Granger, L. (2026). De POCCC à POSDCORB : les fonctions du management. Manager GO!. <https://www.manager-go.com/management/dossiers-methodes/manager-avec-posdcorb>

Guerrero, S. (2023). Chapitre 1. Les outils de l'organisation du travail, des emplois et des compétences. Les outils des RH : Les savoir-faire essentiels en GRH (5e éd., p. 15-44). Dunod. <https://shs.cairn.info/les-outils-des-rh--9782100848287-page-15?lang=fr>.

Gulick, L. (1937). Notes on the Theory of Organization. In Papers on the Science of Administration. <https://ia802808.us.archive.org/34/items/papersonscienceo00guli/papersonscienceo00guli.pdf>

Hay Group. (2011). *Emotional and social competency inventory (ESCI): A user guide for accredited practitioners*. Hay Group. https://www.eiconsortium.org/pdf/ESCI_user_guide.pdf

Heifetz, R. A., & Linsky, M. (2002). *Leadership on the line: Staying alive through the dangers of leading*. Harvard Business School Press.

Hersey, P. (1989). *Le leader situationnel*. Éditions d'organisation. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/272351>

Institut Provincial de Formation Sociale. (2019). *Bachelier de spécialisation : cadre de santé – Dossier pédagogique*. Fédération Wallonie-Bruxelles. <https://www.ipfs.be/wp-content/uploads/2024/09/Cadre-de-sante-presentation.pdf>

Interim Management Mag. (s.d.). Leadership adaptative : définition et conseils. <https://www.interim-management-mag.fr/definition/leadership-adaptatif/>

International Coaching Federation. (s.d.). Richard Boyatzis. <https://coachingfederation.org/person/richard-boyatzis/>

Jacquemin, A. (2017–2018). *Séminaire d'accompagnement du mémoire : Focus sur la méthodologie qualitative de recherche* [Diapositives de cours]. ESCEM, École de management.

Katz, R. L. (1974). *Skills of an effective administrator*. Harvard Business Review, 52(5), 90–102.

Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business School Press.

Le Boterf, G. (2018). Développer et mettre en œuvre la compétence : Comment investir dans le professionnalisme et les compétences. Eyrolles. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/2038646>

Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Human Relations*, 1(1), 5-41. <https://doi.org/10.1177/001872674700100103>

Linhart, D. (2015). 3. Redéfinitions du travail, de la morale et du bonheur : Un nouveau modèle managérial. In *La comédie humaine du travail* (p. 97-148). érès. Cairn.info. <https://shs.cairn.info/la-comedie-humaine-du-travail--9782749246321-page-97?lang=fr>

Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. (1987). *Moniteur belge*. Consulté sur Wallex <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/7/7333/1.html?doc=8577&rev=10039-3816#62c56c40-2c42-4960-add6-c2786a46da2f>

Manyiraho, D., Kaweesi, M., & Atibuni, D. Z. (2025). A conceptual review of managerial competencies for the 21st century education academe. *East African Journal of Education Studies*, 8(3), 13-24. <https://doi.org/10.37284/eajes.8.3.3380>

- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for “intelligence”. *American Psychologist*, 28(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/h0034092>
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2017). *Analyse des données qualitatives* (2e éd., 6e tir.). De Boeck. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/2050927>
- Mintzberg, H. (2010). *Managing*. Berrett-Koehler Publishers.
- Mintzberg, H. (1973). The nature of managerial work. Harper and Row. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/191415>
- Noulet, J.-F. (2025). *Les pistes d'experts pour réformer le secteur hospitalier : 39 hôpitaux devraient se transformer*. RTBF. <https://www.rtbf.be/article/les-pistes-d-experts-pour-reformer-le-secteur-hospitalier-39-hopitaux-devraient-se-transformer-11649898>
- Oahimijie, F., & Olorunfemi, O. (2025). *Transformational leadership in nursing: A concept analysis*. *Niger Delta Journal of Gender, Peace & Conflict Studies*, 5(1), 323–347. https://www.researchgate.net/publication/396342619_Transformational_Leadership_in_Nursing_A_Concept_Analysis
- Perrin, A. (2022). Comprendre et gérer les paradoxes organisationnels inhérents à la « transformation digitale » : une nécessité managériale. *Projectics / Proyética / Projectique*, Hors Série(HS), 81-105. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0081>
- Prez, V. D. (2025). *Be.well.pro rapport Belgique*. Sciensano. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-11/rapport_global_belgique_fr_20250602.pdf
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2011). *La méthode de recherche en sciences sociales* (4^e éd.). Dunod. https://fad.umi.ac.ma/pluginfile.php/25132/mod_resource/content/1/Manuel%20de%20recherche%20en%20sciences%20sociales%20-%204e%20edition.pdf
- Remermier, C. (2002). Zarifian, P. Le modèle de la compétence. L'orientation scolaire et professionnelle, 31(2). <https://doi.org/10.4000/osp.4818>
- Retour, D., & Krohmer, C. (2006). La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences. Dans C. Defélix, A. Klarsfeld & E. Oiry (Eds.), *Nouveaux regards sur la gestion des compétences* (p. 149-183). Vuibert.
- Rogalski, J., & Leplat, J. (2011). *L'expérience professionnelle : expériences sédimentées et expériences épisodiques*. *Activités*, 8(2). <https://doi.org/10.4000/activites.2556>
- Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2025). *Données phares dans les soins de santé : Hôpitaux généraux* (2025). Direction générale Soins de Santé, Belgique.
- Sharma, G. (2014), *Competency Mapping in HRM (Doctoral Dissertation, Shreemati Nathibai Damodar Thackersey Women's University)* Mumbai. <http://hdl.handle.net/10603/45129>
- Skubis, I., & Bijańska, J. (2024). The role and competencies of managers in contemporary process-project organizations. *Scientific Papers of Silesian University of Technology. Organization and Management Series*, 198, 489-510. <https://doi.org/10.29119/1641-3466.2024.198.27>
- Spencer, L. M. & Spencer, S. M. (1993). *Competence at work : Models for superior performance*. Wiley. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/390294>

Theurelle-Stein, D., & Barth, I. (2017). Les soft skills au cœur du portefeuille de compétences des managers de demain. *Management & Avenir*, 95(5), 129-151. <https://doi.org/10.3917/mav.095.0129>

Van Laethem, N. (2023). Outil 44. L'expérience professionnelle. In *La boîte à outils du bilan de compétences* (p. 245-248). Dunod. Cairn.info. <https://shs.cairn.info/la-boite-a-outils-du-bilan-de-competences--9782100840854-page-245?lang=fr>

White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297–333. <https://doi.org/10.1037/h0040934>

Wilcox, L. (2015, July 6). *Emotional intelligence is no soft skill*. Harvard Division of Continuing Education. <https://professional.dce.harvard.edu/blog/emotional-intelligence-is-no-soft-skill/>

Wilczyńska, M. (2026). Managerial competencies in management theory – a literature synthesis and a classification proposal. *Acta Scientiarum Polonorum. Oeconomia*, 25(1), 43–54. <https://doi.org/10.22630/ASPE.2026.25.1.4>

Wong, C., Cummings, G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21, 709-724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Éditions Liaisons.

V. Annexes

Annexe I : ESCI



Tableau 2: Le modèle de compétences en intelligence émotionnelle et sociale tiré de Hay Group (2011)

Annexe II: Tableau synthèse

Catégories de compétences managériales	Définition	Auteur(s) clé(s)	Apport spécifique de l'auteur	Compétences associées dans la littérature
Compétences techniques et cognitives :	Compétences liées à l'expertise professionnelle, aux connaissances et à la maîtrise des outils nécessaires à l'activité managériale	Robert L. Katz	Le management ne repose pas uniquement sur l'expertise technique. Il y a 3 dimensions : technique, humaine ET conceptuelle.	Expertise technique, connaissances professionnelles, compétences administratives, compétences cognitives, résolution de problèmes, analyse
		McClelland	Les connaissances sont des prérequis d'accès, mais insuffisantes pour prédire l'excellence managériale.	
Compétences humaines et relationnelles	Capacité du manager à interagir efficacement avec les autres dans l'environnement professionnel (relation manager individu).	Robert L. Katz	Le manager doit savoir travailler avec les gens et créer un environnement de confiance	Communication, écoute, assertivité, empathie, gestion des conflits, relations interpersonnelles, motivation, influence interpersonnelle.
		Henry Mintzberg	Mintzberg formalise cela à travers le rôle interpersonnel d'agent de liaison.	
	Compétences liées à la	Daniel Goleman	L'intelligence émotionnelle (savoir	Conscience de soi, maîtrise de

Compétences émotionnelles et sociales	compréhension, à la régulation et à l'utilisation des émotions dans les relations professionnelles et le leadership.		gérer ses émotions et celles des autres) n'est pas un "bonus", c'est au cœur de ce qui fait un bon manager.	soi, empathie, conscience sociale, gestion des relations, aptitudes sociales, intelligence
		R. Boyatzis	Boyatzis démontre que ces compétences sont "différenciatrices" par rapport aux <i>hard skills</i> .	émotionnelle, régulation émotionnelle ; promoteur du partage des connaissances
Compétences conceptuelles et stratégiques	Capacité à comprendre les situations complexes, adopter une vision globale et prendre des décisions stratégiques.	Robert L. Katz	Le manager doit voir l'organisation comme un tout (comprendre comment tout est connecté), pas juste sa petite partie.	Vision stratégique, pensée systémique, prise de décision, arbitrage, compréhension organisationnelle, jugement, analyse complexe, planification
Compétences adaptatives et de gestion du changement	Capacité à agir dans des environnements complexes, incertains et en transformation.	P. Zarifian	Zarifian place la compétence dans la prise d'initiative autonome de l'individu face à <i>l'événement imprévu</i>	Adaptabilité, flexibilité, agilité, innovation, apprentissage continu, gestion du changement, leadership adaptatif, gestion de l'incertitude, créativité
		R. A. Heifetz & M. Linsky	Théorie du rôle du manager face aux défis adaptatifs complexes en milieu instable (VUCA).	
Compétences collaboratives et collectives	Capacité à mobiliser, coordonner et faire coopérer un collectif de travail (relation manager collectif).	Henry Mintzberg	Rôles interpersonnels identifiés empiriquement (agent de liaison, symbole, leader) : le manager crée des liens	Coopération, intelligence collective, travail collaboratif, transversalité, coordination interservices, participation, dynamique collective, mobilisation collective.
		P. Zarifian	Zarifian démontre que la compétence se co-construit dans le réseau relationnel et l'action collective.	
Compétences politiques et organisationnelles	Capacité à comprendre les dynamiques organisationnelles et à gérer les tensions entre les différents acteurs de l'organisation.	G. R. Ferris et al. (2007)	Reconnaissance que manager doit naviguer jeux d'acteurs, négocier, arbitrer tensions	Négociation, arbitrage, networking, compréhension des jeux d'acteurs, régulation, influence organisationnelle,
		S. Bellini	Bellini désigne la position intermédiaire du manager de proximité "écartelé"	

			entre le haut et le bas de la pyramide.	gestion des conflits, gestion des priorités et gestion du temps
Compétences de leadership	Compétences permettant d'influencer, guider, accompagner et mobiliser les équipes dans l'atteinte des objectifs organisationnels.	D. Goleman & R. E. Boyatzis	Le mood et l'énergie du leader influencent directement l'équipe. C'est un "leadership résonnant" (on résonne avec le leader).	Leadership adaptatif, leadership situationnel, influence, accompagnement, délégation, mobilisation, soutien, facilitation, inspiration
		Dave Bartram	Bartram (modèle des <i>Great Eight</i>) isole le leadership et la prise de décision comme un domaine comportemental universel.	

Tableau 3: tableau de synthèse de la revue de littérature

Annexe III : Guide d'entretien

INTRO:

Bonjour et merci beaucoup d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je me présente brièvement : je m'appelle Florine, étudiante en ingénieur de gestion à l'UCL. Et je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire à des fins de recherches académiques de master 2.

L'objectif de cet échange est de recueillir votre point de vue et votre expérience personnelle et professionnelle. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : ce qui m'intéresse, c'est vraiment votre vécu.

L'entretien durera environ 20 à 30 minutes. Avec votre accord, il sera enregistré afin de faciliter la retranscription et l'analyse. Cet enregistrement restera strictement confidentiel et sera utilisé uniquement à des fins académiques.

Je vous garantis que l'anonymat est totalement respecté : aucune information permettant de vous identifier ne figurera dans le mémoire ou dans toute autre communication liée à cette recherche.

Vous êtes bien entendu libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment.

Est-ce que cela vous convient ? Avez-vous des questions?

Dans cette première partie, je vais vous poser quelques questions générales afin de mieux situer votre profil professionnel et le contexte dans lequel vous exercez votre fonction.

PARTIE 0: Données signalétiques

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Dans quel hôpital travaillez-vous ?
- 3) De combien de personnes est composée votre équipe ?
- 4) Dans quel service travaillez-vous ?
- 5) Avez-vous fait une formation complémentaire à votre formation d'infirmier(ère) ?

- Si oui, laquelle ? (Formation de cadre, ou master en santé public ou autres)

Nous allons maintenant aborder votre parcours professionnel afin de mieux comprendre votre trajectoire et la manière dont vous êtes arrivé(e) à la fonction d'infirmier(ère) en chef.

PARTIE 1 : Parcours professionnel (situer la trajectoire professionnelle)

- 1) Depuis combien de temps occupez-vous la fonction d'IC ?
- 2) Comment êtes-vous arrivé(e) à cette fonction ?
- 3) Pourquoi avoir choisi cette fonction d'IC ?

Nous allons maintenant revenir au moment où vous avez débuté dans la fonction d'infirmier(ère) en chef.

PARTIE 2 : Le rôle au début de la fonction

- 1) Qu'est-ce que c'était exercé un rôle d'IC quand vous avez commencé ?
- 2) Qu'est-ce qui occupait principalement votre temps à ce moment-là ?
- 3) Quelles situations deviez-vous gérer ?
- 4) Quels savoirs vous paraissaient essentiels au début de votre fonction ?
- 5) Qu'est-ce que vous deviez particulièrement savoir-faire en tant qu'IC ?
- 6) Quelles qualités vous semblaient importantes à ce moment-là ?
- 7) Quels savoir-être vous semblaient indispensables pour exercer le rôle d'IC ?

Maintenant que nous avons parlé du début de la fonction, j'aimerais que nous nous concentrons sur la situation actuelle.

PARTIE 3 : Le rôle aujourd'hui

- 1) Qu'est-ce que c'est exercé un rôle d'IC aujourd'hui ? (ça représente quoi pour vous ?)
- 2) Qu'est-ce qui occupe le plus votre temps actuellement ?
- 3) Quelles situations gérez-vous aujourd'hui en tant qu'IC ?
- 4) Quels savoirs paraissent essentiels aujourd'hui dans l'exercice de la fonction d'infirmier(ère) en chef ?
- 5) Quels savoir-faire doivent être particulièrement mobilisés aujourd'hui en tant qu'infirmier(ère) en chef ?
- 6) Quelles qualités semblent importantes aujourd'hui pour exercer cette fonction ?
- 7) Quels savoir-être paraissent indispensables aujourd'hui dans le rôle d'infirmier(ère) en chef ?
- 8) Y a-t-il des attitudes devenues essentielles dans votre fonction ?

Maintenant que nous avons vu vos débuts et votre situation actuelle, j'aimerais que nous prenions un peu de recul pour comparer ces deux époques.

PARTIE 4 : Les transformations perçues

- 1) Si vous comparez vos débuts à aujourd'hui, comment décririez-vous l'évolution de votre fonction ?
- 2) Qu'est-ce qui est resté globalement similaire ?
- 3) Qu'est-ce qui a évolué ? Et de quelle manière ?
- 4) Qu'est-ce qui vous semble moins présents aujourd'hui qu'à vos débuts ?

- 5) Qu'est-ce qui vous semble plus présents aujourd'hui qu'à vos débuts ?
- 6) Y a-t-il des compétences que vous aimeriez davantage développer dans votre rôle pour faire face à la réalité actuelle ?

PARTIE 5 : Motifs attribués aux changements

- 1) Selon vous, ces changements et ces évolutions, à quoi les attribuez-vous principalement ? (Selon vous, qu'est-ce qui explique ces évolutions ?)
- 2) Y a-t-il des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé votre manière d'exercer ?
- 3) Est-ce qu'il y a eu un moment ou période qui vous a particulièrement marqué dans l'exercice de votre fonction ?
➔ Relancer pour avoir plus d'explications (manque de personnel, bien-être au travail, conflit de générations, cadre hospitalier, etc)

PARTIE 6: Clôture

- 1) Avant de terminer, y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez ajouter, un point qui vous semble important et que nous n'aurions pas abordé ?

Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos réponses. Vos propos sont très précieux pour mon travail de recherche. Si vous le souhaitez, je pourrai bien entendu vous transmettre les résultats globaux de l'étude une fois le mémoire terminé.

Annexe IV : Retranscription

IC1

I : Merci beaucoup, donc je vous confirme bien que ça restera anonyme. Entrons dans la première partie, elle concerne les données signalétiques. Donc pour commencer, quel âge avez-vous ?

R : 49 ans.

I : Merci. L'hôpital dans lequel vous travaillez ?

R : Donc c'est l'hôpital A

I : Merci. De combien de personnes est composée votre équipe ?

R : 30.

I : Dans quels services travaillez-vous ?

R : À l'hôpital de jour chirurgical.

I : Et est-ce que vous avez fait une formation complémentaire à votre formation d'infirmier ?

R : Oui, cadre de santé, en 3 années, en moyenne 1 à 2 jours de cours semaine.

I : D'accord, merci. Donc maintenant on va vraiment se concentrer sur la partie plus profonde de l'entretien. Depuis combien de temps occupez-vous de la fonction d'infirmier-chef ?

R : 12. Donc non, je vais dire plutôt dire, je me trompe, 15 ans.

I : 15 ans, d'accord. Et comment est-ce que vous êtes arrivé à cette fonction d'infirmier-chef ?

R : Alors, j'ai d'abord travaillé, donc j'étais infirmier en bloc opératoire quand j'ai commencé en 2000. Très vite des patients pour l'orthopédie et la chirurgie ORL. J'ai exercé pendant tout un temps, si tu veux, tu avais des personnes référentes qu'on appelait IRS, donc personnes responsables d'une spécialité. J'étais l'adjoint de cette personne-là. Et très vite j'ai fait le tour, j'avais envie de m'investir plus dans ma fonction en tant que manager et justement de pouvoir donner éventuellement ce que je connaissais aux autres.

Et il y a un poste d'infirmier adjoint à l'hôpital de jour qui s'est ouvert. J'ai postulé, j'ai eu la place et donc j'ai été l'adjoint de ce chef de service qui deux ans après que je sois arrivé, j'ai eu la possibilité de monter, j'ai été chargé d'une grosse mission au niveau de l'institution. Et alors on m'a proposé, d'emblée en fait, j'ai même pas dû postuler. On m'a dit, tu es l'adjoint, on a besoin d'un infirmier chef tout de suite, est-ce que t'es ok de t'engager à faire ta formation de cadre de santé et de prendre le rôle tout de suite ? Moi j'avais négocié à l'époque de dire que je voulais essayer d'être chef pendant presque une petite année parce que c'était en octobre de mémoire où la place s'est proposée. Et donc moi je ne voulais pas commencer ma formation de cadre de santé avec un mois de retard et que ça ne me plaise pas. Donc finalement j'ai négocié un an sans formation et puis j'ai pris ma formation par la suite parce que je me plaisais bien en tant que chef. Et très vite, l'équipe a grandi parce qu'au début, en 2000, on a ouvert le centre de chirurgie ambulatoire en 99. Moi je suis arrivé en 2000, c'est pour ça que je te disais 15 ans, je dirais 2010 par là. Et donc à ce moment-là on est arrivé, on était sur les projets du développement de ce site ici. Et donc c'était un fameux challenge parce qu'on passait de deux salles d'op dans une petite structure à cinq salles d'opération avec une quinzaine de chambres, tu vois c'était quelque chose d'un peu plus grand. Et donc moi j'ai pu participer alors après activement donc il y avait ça aussi qui me motivait. Pouvoir vraiment participer au développement parce qu'en fait on est parti d'une page blanche. On avait une structure avec des pilastres qui soutenaient la structure et il fallait créer avec les architectes nos trucs.

I : Ok d'accord, merci. Dans cette partie, je vais vous poser des questions sur le début de la fonction, donc quand vous avez commencé à être infirmier chef. Est-ce que vous pouvez me décrire ou m'expliquer qu'est-ce que c'était d'exercer un rôle d'infirmier chef quand vous avez commencé ? Donc au tout début.

R : Ah. Donc au tout début quand j'ai commencé.

I : Oui, vraiment votre fonction d'infirmier chef à vos débuts.

R : Ok donc d'infirmier chef. C'était une petite équipe. Dans ma fonction, t'avais vraiment une fonction de management, et de programme opératoire. Au niveau du management, donc ça veut dire que tu devais gérer, regarder que tout rentre bien dans les cases, tout ce qui s'en suit.

Et puis aussi au niveau du management, au niveau de mes collègues. T'avais un rôle de gestionnaire des horaires. C'était une petite équipe donc très familiale. Donc tout le monde finalement, toi tu décidais de mettre des gens dans des cases. Mais si les gens changeaient, comme c'était de la chirurgie assez simple, ça ne chamboulait pas grand-chose. Et donc c'était familial. Donc je vais dire que j'avais plus des fois l'impression peut-être d'être le papa de l'équipe.

C'est mettre une étiquette un peu tu vois quoi... Mais on gère comme une famille. Et maintenant ça n'a plus rien à voir. Maintenant t'as vraiment un rôle totalement différent. Donc les situations vraiment au début, c'était surtout gérer une équipe familiale, les plannings opératoires. Oui c'est ça, tout rentrait facilement dans des cases et c'était assez facile. Et je répète, une petite équipe. On était je crois 10-12.

I : Ok d'accord. Quels savoirs vous paraissaient essentiels au début de votre fonction ? Donc tout ce qui est en rapport à vos connaissances.

R : Oui alors...Donc c'est quoi exactement que tu veux ?

I : Est-ce qu'il y a des connaissances techniques, pratiques, théoriques qui t'ont semblées importantes au début de la fonction? Que vous mobilisiez vraiment au début de la fonction.

R : Alors je vais te dire des choses. Pour moi, c'est la façon que je pense, tu n'ais manager. Je pense clairement qu'on a ce truc en nous, on a cette fibre d'être manager.

Je pense qu'on peut te donner toutes les ficelles. Si tu n'es pas un bon manager, tu ne seras jamais un bon manager. Et tu n'arriveras jamais à amener une équipe. Ça, c'est mon ressenti. Pour moi, je suis manager depuis toujours.

Je me suis toujours investi que ce soit dans des clubs différents, des organisations différentes. J'ai toujours eu un statut de président ou de membre actif de l'association.

Et de bouger. Et encore aujourd'hui, à 50 ans, je suis encore coordinateur d'une grosse ASBL. Et je n'en suis pas le président parce qu'on a une structure où on a deux têtes. Et puis après, on a toutes nos commissions qui sont en dessous de nous.

I : Mais donc qu'est-ce que tu veux dire par avoir ce côté manager?

R : Pour moi, c'est ce côté leader. C'est exactement ça, mener les gens, les guider. Et derrière, avec du management.

Qui de fait, avec les formations, que ce soit en interne ou pendant ma formation de cadre de santé, j'ai tiré les ficelles qui me semblaient intéressantes dans ma façon de travailler. Donc, je vais dire si par exemple, moi ici, je viens de lancer un petit entretien avec l'équipe. Plus sur le bien-être dans le service, pas sur une évaluation des compétences. Mais comment tu te sens dans l'équipe. Je leur ai donné un petit questionnaire, une page à écrire. Elles devaient répondre de manière très succincte.

Ça devait leur prendre 10 minutes. Maintenant, je vais les rencontrer une par une.

I : Ok, oui.

R : Tu me viens avec, donc on a eu chez nous en niveau interne, tout un questionnaire qui n'était pas du tout adapté à mon service. Qui était un truc généraliste. Qui était ciblé pour le monde infirmier, mais pas forcément le monde infirmier d'une salle d'op, plutôt ciblé pour l'étage. Rien à voir à ce genre de truc, je fous ça à la poubelle, ça ne m'intéresse pas de faire ça. J'aime bien de sortir des petits outils qui sont pour moi ciblés à mon service. Pour moi, c'est du management où tu vas pouvoir rencontrer les gens. Avoir une bonne communication au sein de l'équipe, voilà.

Et de se rendre compte que, quand la porte du bureau est fermée et qu'on se retrouve en tête-à-tête avec une personne, il faut savoir l'écouter et comprendre ce qu'elle vit. « En fait, je ne me plais pas du tout dans l'équipe, parce que je ne m'entends pas avec un tel, un tel, un tel. » Alors que tu as l'impression qu'elle se plaît bien. On va chercher ensemble, qu'est-ce qu'on va mettre en place ensemble.

I : Est-ce arrivé au début de la fonction, ce genre de choses ?

R : Alors moi, je vais te dire que je pense que comme je te l'ai dit que j'ai ça dans le sang. Ouais, je pense que j'ai fait ça assez rapidement tout au long de mon parcours. Et d'avoir aussi, de l'expérience, d'essayer de vraiment toujours être sur le terrain. D'être un gars, un chef de service qui de nouveau pour moi est sur le terrain. Tu ne peux pas être derrière un bureau ou derrière un PC. Si tu ne vas pas un peu sur le terrain et que tu ne comprends pas la réalité des gens, t'es pas un bon manager. De nouveau, ce n'est pas un bon management.

Non, un bon management, c'est de voir la réalité. Tiens, voilà, ça, ça et ça.

À ce moment-là, du coup, tu as facile de faire les remarques au personnel, si tu vois qu'il y a quelqu'un qui dysfonctionne. Si derrière ton bureau, tu ne prends que, « ah, on m'a dit que tu ne faisais pas bien ça, que tu ne faisais pas bien ça, que tu ne faisais pas bien ça... »

Bah qui te le dit ? Parce que tu n'es jamais venu me voir. Moi ici, moi je te vois, je suis sur le terrain, je vois ce que tu fais.

I : Ok, d'accord.

R : Et je fais de manière un peu, tu vois, pas sournoise, mais je suis dans les salles et je regarde, j'observe et je note.

I : D'accord. Et au début de la prise en fonction d'infirmier chef, il y avait des qualités qui semblaient importantes à ce moment-là ?

R : Non, parce que je pense que je suis, hormis que j'ai grandi et que tu prends de la maturité, bien sûr, en 15 années. Mais je pense que de nouveau, non, je n'ai pas changé grand-chose dans ma façon de faire. Bon, moi je suis quelqu'un de très humain, je pense, bienveillant. Donc je ne suis toujours pas touché par l'affect des gens, mais je peux comprendre toutes les situations. Et donc parfois, j'arriverai peut-être, et donc c'est bien que ça reste entre nous. Mais en tant que chef d'équipe, il y a des fois, tu vois, je vais avoir une fille qui, je ne sais pas, va vivre une situation très compliquée dans sa vie privée, que ce soit avec son conjoint ou avec ses enfants, et que je vais la voir s'effondrer, je suis quelqu'un qui va lui dire, écoute, prends ton

après-midi, va, occupe-toi, essayer d'arranger tes bidons. Si ça ne va pas, je lui conseille aussi même, prends un arrêt de travail et prends du temps pour toi.

Mais par exemple, tu vois, en tant que gestionnaire, je vais dire, écoute, les trois heures où tu pars là, prends-les. Parce que je sais, tu les prends et je ne les compterai pas, tu vois. Parce que je sais que c'est le genre de travailleur qui, moi, quand je vais être dans la difficulté pour faire tourner mon service, va me le rendre systématiquement. Et donc, je vais être un peu comme ça, tu vois, un peu.

Un manager aussi, de nouveau, quand je disais un peu bon père de famille, tu vois, essayer d'être compréhensif et tout en restant, je vais dire « ferme » si le travailleur dysfonctionne. Peut-être que je t'aurais fait un cadeau de trois heures il y a deux mois d'ici parce que j'estimais que tu en avais besoin. Mais si tu dysfonctionnes, je n'aurais pas peur de te rappeler un peu les règlements. Si t'arrives tous les jours à 7h30, alors que c'est 7h15 ton horaire. Je peux tolérer une ou deux fois. Mais la troisième fois, je vais te faire le rappel en disant, mais qu'est-ce qu'il y a ? Pourquoi est-ce que tu ne sais pas arriver à l'heure ? Qu'est-ce qu'on met en place tous les deux ?

Vraiment faire un suivi. Et je pourrais peut-être avoir l'exception de dire à la fille, OK. Je sens que tu ne sais pas faire autrement. On va convenir de toi, à moi, que tu commences à 7h30, mais tu finiras un quart d'heure plus tard. Mais c'est à titre exceptionnel pour une durée courte. Parce que moi, je vais avoir toute l'équipe qui va me dire moi, je veux commencer à 7h30. Là, c'est une durée d'exception pour un travailleur qui vit une situation difficile. Ça, ça va être mon management, si tu veux. Et je trouve que ça, c'est important parce que derrière, je sais que j'ai le retour. C'est un retour gagnant pour moi.

I : Donc si j'ai bien compris, dans ce que tu me décris, tu me parles d'empathie, de la compréhension vis-à-vis des travailleurs pour gagner leur confiance et reconnaissance. Tout en étant reconnaissant avec eux aussi. Pour te permettre d'avoir une certaine flexibilité et que l'équipe puisse compte sur toi et inversement.

R : C'est ça. Et inversement, je suis sûr que je suis toujours gagnant à la fin. Même si j'ai donné 3 heures, je suis sûr que finalement, je vais peut-être en récupérer 4 parce que la personne, quand elle doit rester, il y a des personnes systématiquement qui vont rester un quart d'heure en plus parce qu'elle voit que c'est difficile. Et donc là, tu vas noter et elles disent : « Bah non, chef, tu sais bien. » Donc, j'ai pas de problème avec ça.

I : Merci. Donc là, on va rentrer dans une troisième partie où là, c'est vraiment exercer le rôle d'infirmier chef maintenant, à l'heure actuelle aujourd'hui. Donc là, est-ce que tu peux me décrire une journée type ou une semaine type dans des tâches, ce genre de choses ?

R : Oui, je peux te dire que déjà, pour moi, le management d'il y a 15 ans et le management d'aujourd'hui n'est pas tout à fait le même avec les générations différentes. Je ne sais pas si tu les connais, les X, les Y et les Z.

I : Tu peux expliquer un peu, détaillez plus ?

R : C'est-à-dire que tu, en fait, tu as des jeunes qui ont une conception du travail totalement différente. Je donne l'exemple d'une membre de mon équipe.

Elle a décidé, elle a besoin d'avoir un jour de congé par semaine. Donc, elle ne travaille qu'à quatre cinquième (elle a 25 ans) parce qu'elle a besoin d'un jour de bien être par semaine. Elle considère qu'elle ne travaillera pas plus.

Et donc, des fois, ça se ressent même dans le travail. Ces jeunes travailleurs, tu vas leur demander de travailler un peu plus longtemps. Ils vont dire « non, non, non, moi j'ai mon cours de gym, j'ai ci, j'ai là... »

Que la génération, ma génération va dire on aurait dit oui s'il y a besoin, je reste et tant pis pour mon cours de gym.

Je prends un exemple, il y a une réunion de service donc tu reçois les dates un an à l'avance. Et bah si le jeudi, le hasard fait qu'elle a cours de gym, elle s'en fout de la réunion de service. Elle ira son cours de gym. Parce que pour elle, c'est important de s'occuper de soi.

On n'est plus dans la même mentalité. D'ailleurs, je pense que les jeunes maintenant vont changer d'emploi peut-être 5, 6 fois sur leur carrière que la génération comme moi. Moi, j'ai jamais changé d'emploi. Et je ferai ma carrière ici dans l'institution. J'ai 25 ans d'ancienneté, il m'en reste encore 15 à faire. Et puis, je les ferai ici à l'hôpital A. Par facilité, je pense. Est-ce qu'on a la peur du changement? Je ne crois pas, mais les jeunes maintenant, ils n'ont pas peur de ça. Et puis, ils ont besoin de bouger. Et le contexte peut-être actuel fait que t'as plus peur.

Donc, les jeunes ne font pas forcément d'enfants. Donc, du coup, ça, c'est complexe.

Tu vois, par exemple, pour les congés de juillet, août, où c'est censé être les périodes de vacances, et bien là, je vais devoir rentrer les jours de congés au personnel.

Et bien, je me rends compte que finalement, j'ai les demandes de congés en juin, j'ai les demandes de congés en septembre. Et juillet, août, je n'ai pas de demande de congés.

Alors que, vu l'activité, on va fermer un peu des salles d'opération en juillet, août. Mais en septembre et en juin, non. Donc, je suis censé avoir un maximum de personnel.

Et là, tu vois, c'est compliqué parce que maintenant, toutes ces jeunes-là, elles n'ont pas d'enfants et n'en veulent pas. Donc, elles s'en foutent d'avoir des congés en juillet, août. Ou bien elles sont maman de plus en plus tard. Ou si elles sont maman, parce que beaucoup décident de ne plus faire d'enfant de nouveau dans le contexte actuel, eh bien, voilà. Donc, ça, c'est des changements. Avant, juillet, août, c'était les vacances. Je devais me battre pour faire un planning pour que ça tienne la route, négocier les deux premières quinzaines de juillet et demander si un tel n'as pas moyen de basculer sur la troisième et quatrième parce qu'un tel, tac, tac, tac, pour faire vraiment un jeu de Tetris. Et c'est là, maintenant, je casse la tête pour pouvoir accorder les jours de congés aux gens. Donc, ça, c'est un changement réel par rapport, je pense, à une situation actuelle.

Donc, dans mes journées, pour revenir à comment une journée aujourd'hui, moi, en tant que manager d'un bloc opératoire avec maintenant presque six salles d'op, mes journées se résument à faire déjà du planning. C'est-à-dire que tu as des secrétaires qui encodent dans des grilles opératoires des patients.

Moi, je revois à J-7 tous les programmes. Je regarde les heures d'arrivée, les heures de passage en salle d'op avec toutes mes connaissances « Ah bien tiens, c'est une hernie inguinale chez le docteur X je sais que ça va durer autant qu'une hernie inguinale chez le docteur Z, Ça va durer un temps totalement différent, Ça va être plus long, ça va être plus court.

Remarquer que « Ah oui, on n'a pas assez de boîtes parce que là, vous me programmez cinq interventions les mêmes. » Mais en fait, on n'a que du matériel pour en faire quatre.

Donc, il faut annuler la cinquième, la postposer, la mettre ailleurs un autre jour.

Donc, c'est vraiment toute commande de matériel, c'est-à-dire que pour certaines chirurgies, tu as besoin d'une prothèse, par exemple.

I : Oui.

R : Eh bien, c'est moi qui vais contacter dans ma journée, qui vais contacter la firme pour dire qu'il me faut absolument commander la prothèse totale de genoux pour le docteur tel jour. Ok, l'intervention est à telle heure. Est-ce que tu sais venir assister à l'intervention parce que le chirurgien a besoin que tu sois là. Donc ça, c'est mon taf aussi de gérer ce genre de truc. Alors ça, c'est vraiment l'aspect programme.

Et donc là, un de mes appels téléphoniques, c'est bien voilà, Monsieur, est-ce qu'on peut ajouter dans le programme du docteur un tel, encore un cas ? Moi, je regarde, non, ça passe pas. Oui, ça passe pour X raisons.

Ça passe parce que, bah oui, dans la durée, on a encore un trou, on sait encore mettre un patient parce qu'on est ouvert de telle heure à telle heure. Ben ouais, non, ça va pas passer parce que problème de boîte ou problème de matériel. Quand je te dis boîte, c'est problème de matériel ou non, non, c'est bon, le chirurgien, il a prévu qu'il allait mettre 90 minutes pour faire telle, telle intervention. Donc c'est vraiment cet œil expert de gestionnaire par rapport au programme opératoire.

Alors les autres tâches, c'est le management du personnel. Voilà, tu vois, ça, c'est une répartition du personnel. Eh bien, tu mets des noms dans des casses. Tu mets des noms dans des casses et tu fais de la formation du personnel.

Donc ici, on a quelques nouvelles dans l'équipe et donc ce sont les anciennes qui vont former. Dans cette répartition, je dois réfléchir à tout ça. Puis finalement, je m'aperçois qu'il n'y a pas beaucoup de programmes opératoires.

Qu'est-ce que je fais? Ah oui, OK, un jour de congé, deux jours de congé. Qui veut prendre congé parce qu'il n'y a pas assez de travail demain? C'est une période de vacances ici.

Donc tantôt, je vais faire la chasse là pour mettre des gens soit en récup de heures, soit en congé. Donc ça, c'est du management. Vraiment, j'ai besoin de ça pour faire tourner mon bloc opératoire de 10, 12, 13 personnes. Aujourd'hui, 7 en matin, 7 en soir, tu vois et hop. OK, j'ai besoin de ça ou je n'ai pas besoin. Donc ça, c'est vraiment de la gestion du personnel pour faire tourner notre bloc opératoire.

Alors dans une journée type, tu vois ici, on doit faire notre horaire pour le mois d'avril.

Je dois faire la gestion pour tout le mois avec tout le personnel de savoir bah oui j'ai une moyenne. Autant de soir, autant de matin. Autant de petits soirs, autant de petits matins et vice versa. Et je dois planifier ça pour tout le monde. Ça, c'est un rôle que j'ai.

Bon, j'ai un autre rôle en tant que euh , on a tout du matériel. C'est colossal quand on fait toutes les spécialités. Donc, ça va être aussi bien du matériel onéreux qui va coûter, je vais te dire, une colonne vidéo, par exemple, c'est une centaine de milliers d'euros et jusqu'au petit instrument qui va coûter 200 euros.

Et le petit instrument, ben voilà, regarde Monsieur, il y a tel instrument cassé. Est-ce que tu peux recommander dans la firme tel matériel?

OK, donc j'ai toute cette gestion de demande, de prise de contact avec des firmes qui vendent différents produits. De demander un devis de réparation ou un devis pour un nouveau matériel. J'ai l'offre. Et à ce moment-là, je transforme ça vers le service compta. Les gens du service compta, à ce moment-là, c'est eux qui finalisent la commande du produit. Après, je reçois le produit ici dans mon bureau. Je vérifie la conformité de ce que j'ai commandé. Et après, j'envoie vers la stérilité le matériel qui sera remis dans le conteneur où l'instrument était manquant.

On a cette gestion où, si tu veux, au quotidien, le personnel qui arrive vers 9h30, donc il fait le soir chez nous, parce qu'on a des tranches horaires 7h15, 18h, ça c'est les heures d'ouverture de l'hôpital de Jour, il y a toute une préparation des interventions. Et donc le personnel est dédié à ça.

Mais nous, on a tout préparé en amont. Enfin, préparé dans notre tête et en théorie. Et donc, j'ai normalement quasi toutes les infos de comment vont se dérouler les choses.

Les infirmières, elles préparent en arrivant. Elles sont à deux à préparer le soir, mais souvent, elles viennent près de nous en disant, qu'est-ce qu'il va faire, le chirurgien, je ne comprends pas, il parle de faire une téno sinovectomie, machin, avec un ancrage.

Alors là, j'explique, tu dois prendre ça comme matos, ça comme matos. Donc, j'ai ce rôle un peu de soutien théorique sur la préparation des interventions. Alors, mais on a un soutien aussi au niveau...Donc, là, tu es plus dans le management et dans...

Moi, je suis quelqu'un qui fait beaucoup déléguer dans mes équipes. Je n'ai pas une personne qui n'a pas une tâche en plus, que de faire son métier de base.

C'est-à-dire qu'une telle, elle va s'occuper plus de tout ce qui est pharma. Donc, ça va être ma personne référente pour les problèmes de pharmacie.

Il y en a une qui va être responsable plus de l'orthopédie parce que maintenant, ça devient tellement spécifique que je lui demande de vraiment gérer que l'orthopédie.

Voire même lui déléguer le devoir de formation sur ses nouvelles collègues. Et de lui dire écoute, là, j'ai fait le cas aujourd'hui, j'ai fait un peu le topo, je vais voir la 13h, si tu veux.

Comme on a, avec nos horaires, les moments clés, c'est l'ouverture 7h15.

On a un deuxième moment clé qui est le 13h parce que c'est une partie de l'équipe, de la petite équipe, est partie, elle rentre chez elle et donc tu as un petit chevauchement, un rapport qui est fait concernant à la prise en charge des patients.

L'autre moment clé, c'est quand les gens qui ont commencé à 7h15 partent à 15h30.

Donc là, il faut revoir, redistribuer les pions, on va dire. Parce que celle-là a fini à 15h30, celle-là va finir à 15h30. Ok, celle-là fait soir, on va mettre celle-là là. Tu revois un peu la répartition de ton personnel. Et 18h on ferme. Ça, c'est les moments clés pour voir si le personnel est au bon endroit. Et si là, je vois que j'avais un peu trop de personnel, ce qui est le cas aujourd'hui parce qu'on est en vacances, donc il y a une activité moindre.

Allez hop les filles, vous êtes deux nouvelles là. Il y a Mathilde qui est formée en ortho, instrumentation. Vous allez jouer à la dinette. Vous prenez une table, vous prenez du matériel, vous stérilisez tant pis, une boîte t'explique le nom des instruments, comment on monte une table d'opération pour aider un chirurgien de manière optimale.

Parce que demain, c'est toi qui seras dans la salle d'ortho en formation avec Mathilde, mais tout ça t'auras déjà absorbé. Donc demain, en gros, ça doit aller tout seul. Tu auras le temps de revoir tes notes. Donc là, j'ai ce rôle aussi de redistribuer et de vraiment prendre en charge.

Donc quand je te disais que je délègue, mais ça c'est des activités que je délègue parce que je ne peux pas être partout. L'information, je ne peux pas l'assurer moi-même, donc il faut demander au personnel. Pareil pour l'ensemble de choses.

Si on doit mettre ensemble une nouvelle procédure, qui veut se lancer dans le projet de nouvelle procédure pour, je ne vais pas dire une bêtise, accueillir les nouveaux patients qui vont passer par les nouvelles cabines que nous avons créées ? Qui veut participer à ce projet ?

Ok, tac tac, j'ai deux personnes à ce moment-là. Dans les répartitions, si je vois que j'ai un peu de temps, je délègue la mission et vous faites comme je l'ai dit tout à l'heure, vous venez faire un petit feedback fin de journée de ce que vous avez fait et ce que vous n'avez pas fait.

I : Et donc tes équipes participent vraiment au projet et toutes les procédures ?

R : Oui, c'est ça parce que de nouveau, le chef de service n'a pas la science infuse. Et donc pour moi, il faut que les idées viennent du terrain. Et donc qui parle mieux de ce qui se passe sur le terrain, c'est les gens qui y sont. Et donc voilà, quand il y a une nouvelle procédure, alors moi j'arrivais avec une idée, en réunion de service, je fais quatre réunions de service par an. Et voilà, moi j'aimerais me développer parce que je me rends compte que finalement dans l'activité qui est croissante, on manque de place régulièrement, vous venez me dire qu'on n'a pas de place pour, j'aimerais lancer justement, je parle du projet de cabine, réduire deux chambres où aujourd'hui on a cinq lits, c'est d'augmenter à neuf lits. Comment est-ce que tu vas faire ? Voilà mon idée.

Et donc de nouveau, qui vient travailler sur mon idée ?

Et alors il faut accepter que ton idée ne passe pas non plus, tu vois, en tant que chef. Parce que finalement les filles elles vont me dire, mais X, tu ne te rends pas compte, tchac, tchac, tchac, tchac, tchac.

Ah oui, de fait, ça j'avais pas pensé à ça, ça et ça. Mais qu'est-ce qu'on peut faire ? Parce que moi j'ai vraiment envie de gagner de la place, tu vois. Et donc vraiment dans un truc participatif et de partage.

I : Oui, du dialogue, remise en question.

R : Tout le temps. Et ça je pense que c'était important. Et moi en tant que chef de service, c'est pour ça tantôt tu m'as demandé, est-ce que je ferme la porte ?

Cette porte, elle n'est quasi jamais fermée. Parce que pour moi, si ma porte est fermée, c'est quelque part un refus de rencontrer le travailleur. Et donc moi j'aime bien que mon équipe, elle se sente toujours accueillie.

Alors ça c'est marrant, c'est que j'ai un feedback, donc justement de nouvelles, lors d'une petite soirée de souper et de service. Il y a notre technicienne de surface qui est partie à la retraite. Et c'est le retour très positif que j'ai eu des nouvelles collaboratrices qui me disent mais en fait, ton bureau, on se sent toujours accueilli. Nous on a eu des chefs de service, donc c'est trois infirmières différentes. On a eu des chefs de service qu'il fallait prendre rendez-vous pour venir dans le bureau du chef. Et cette porte était toujours fermée et on ne savait pas venir. A priori moi j'ai cette faculté et donc ça c'est mon choix managérial. De toujours être disponible. Si je suis en truc, tu ne peux pas passer dans dix minutes parce que je suis avec toi en train de faire un entretien.

Mais si ma porte va s'ouvrir, on stoppera et je dis ouvre, entre. Il est très rare de ne pas répondre. Mais je peux dire oui, ça peut attendre dix minutes parce que ça peut être urgent aussi.

Si c'est quelqu'un qui arrive en pleurs dans mon bureau, qu'est-ce que je fais ?

Je vais te demander gentiment, est-ce qu'on peut interrompre dix minutes l'entretien ?

Je t'installe pour prendre un café et je vais voir parce que je trouve que le travailleur en aura besoin. Alors tout va dépendre de qui. Si c'est une pleureuse qui pleure toutes les dix minutes depuis deux ans, ça ne va pas être urgent. Par contre si c'est quelqu'un qui arrive dans une situation qui n'a pas l'habitude de crise, je vais l'accueillir tout de suite et je mettrai en pause notre entretien. C'est ma façon de voir les choses. J'ai l'impression que pour moi c'est hyper important que le travailleur se sente écouté et toujours accueilli. Pour moi c'est important.

I : D'accord. Y a-t-il des attitudes/ compétences devenues essentielles dans votre fonction ?

Les compétences, c'est ce que je développais en savoir, savoir-être et savoir-faire. Dans le savoir-être, pour moi aussi, pareil, je suis un manager qui doit pouvoir à un moment donné montrer l'autorité, se faire respecter. Tu dis ce qui fonctionne, je dois pouvoir dire ce qui ne va pas aussi, parce que c'est bien beau d'avoir cet esprit en bon père de famille, de papa manager. Il ne faut pas ça non plus tout le temps. Je pense que ça met un bon esprit dans l'équipe. Mais quelque part, je dois pouvoir toujours me positionner et être respecté par mes travailleurs, par mon équipe.

I : Et de quelle manière ?

R : Comment je fais ça ? Par un peu d'autorité. C'est de dire, voilà, aujourd'hui, on met cette procédure en route. Je souhaite que vous respectiez toutes et tous cette procédure. Dans le cas contraire, on en reparlera et vous viendrez voir dans mon bureau. Moi, je vais aller voir en tant que chef, si on met des procédures en route, que les gens les respectent. On a mis une check-list dans nos salles de rangement, franchement, tous les jours, je fais le tour.

S'il y en a une tâche qui n'est pas remplie, je vais aller retrouver la personne qui a fait le soir en disant pourquoi est-ce que tu n'as pas encore fait cette check-list ? Si tu n'en as rien à foutre, je m'en fous.

Moi, je demande à ce que cette check-list soit faite. Donc, je te demande de remplir cette check-list. C'est ta responsabilité. Si la salle est mal rangée, s'il y a une erreur, ce sera ta responsabilité. Et je veux que ce soit écrit que c'est toi qui est responsable d'avoir rangé cette salle. Donc voilà, je vais poser mon autorité, poser mes jalons. Et je pense que les gens le savent jusqu'à quelle limite ils peuvent aller. Parce qu'ils me connaissent. Et donc, je pense que de ce côté-là, ils savent jusqu'où on peut aller. Et à un moment donné, il faut rabaisser quelqu'un. Donc, si par exemple, tu as quelqu'un qui dysfonctionne. Je vais te donner l'exemple d'une collègue qui arrive et dit « J'en ai marre de travailler avec un tel. Il ne fout rien. Il se promène. »

C'est toujours difficile après de dire, oui, mais quels sont les faits ?

« Ouais, il fait ça et il disparaît. Et puis, on ne le voit plus pendant un temps. Moi, j'en ai marre de travailler pendant que j'installe trois patients et lui n'en installe qu'un. »

Alors, dans mon rôle de manager, j'écoute la personne. Je lui conseille : « tu n'irais pas lui dire ? Est-ce que tu n'irais pas près de la personne et faire le constat avec elle ? Tu te sens capable ou pas capable ? Parce que si tu ne te sens pas capable, à ce moment-là, on va le voir à nous trois. »

Gérer les conflits et donc de dire, maintenant, on va faire ça à trois. Si tu ne le sens pas de faire tout seul. Parce que moi, j'ai d'abord envie de dire toujours aux gens que si ça ne va pas avec Pierre ou Jacques, va trouver Pierre ou Jacques d'abord. Peu importe ton âge, mais à un moment donné, on est adulte. Et voilà. Et alors, peut-être qu'il va te donner une réponse parce que lui, il met peut-être deux fois plus de temps pour installer les patients. Parce qu'il est plus lent parce qu'il a toutes les bonnes raisons d'être plus lent. Et peut-être que toutes les bonnes raisons, tu vas les comprendre ou alors tu ne les comprendras pas. Si tu ne les comprends pas et que ça rentre dans conflit, à ce moment-là, moi, je vais être là pour gérer ce conflit, voir les deux personnes en même temps. Et trouver après un compromis. Alors, on ne demande pas d'aimer tout le monde. Moi, je dis toujours, on est 30, qu'est-ce que tu veux aimer les 30 de l'équipe ? Tu vas avoir des altercations contre l'un ou contre l'autre.

Ici, nous allons échanger sur les transformations perçues entre le début de la prise en fonction d'infirmier chef et maintenant. Donc, si vous comparez votre début à aujourd'hui, comment est-ce que tu décrirais l'évolution ?

Dans mon cas, je te disais, il y a une évolution parce que je suis passé d'une équipe de dix personnes à trente. On est passé d'une activité en ambulatoire, en chirurgie ambulatoire. Et ça, c'est vrai que c'est un beau sujet. C'est le nôtre, c'est-à-dire qu'on a un service qui ne fait que de grandir, qui ne va faire que de grandir. La tendance politique aujourd'hui, c'est de dire on va hospitaliser de moins en moins. Donc, on doit développer la chirurgie ambulatoire. Les patients

doivent rester le moins de temps possible à l'hôpital. Donc, on est en perpétuelle l'évolution dans tous les domaines. Et donc, moi, en tant que chef, j'essaie d'être un moteur. Et donc, de travailler en collaboration avec les chirurgiens, avec les anesthésistes, avec mes collègues infirmières.

Et de dire « Qu'est-ce qu'on met en place demain pour dire, allez, on est avant-gardiste. On va faire la prothèse totale de genoux en one day. » Alors, pour ça, il faut créer un itinéraire clinique. Tu vas devoir être en collaboration avec les kinés, avec l'anesthésiste, comme je te disais. Mais le chirurgien, oui, est-ce qu'il sait lui revoir sa technique? Ça, ce n'est pas moi en tant que chef de service, mais en tout cas de lui dire, on ne ferait pas ça. Parce que je suis allé en congrès et j'ai vu que dans un centre à Strasbourg, 70 % de la prothèse de genoux, le gars, il les opère en one day. Le patient rentre le matin, il rentre le soir chez lui. Voilà, est-ce qu'on n'irait pas voir comment il travaille? Comment est-ce qu'il fait? Alors oui, tchak tchak, et tu vois, c'est comme ça que moi en tant que manager, et ça, il est clair que je pense que c'est un gros changement pour moi entre, on va dire, les années 2010 et où on est en 2025 maintenant. Parce que ça n'a fait que de grandir. Et donc, nous, on doit toujours prévoir les formations pour le personnel, aller chercher l'information chez nos collègues du grand bloc où on opère actuellement ces cas-là. Et qu'on va les faire chez nous. Et donc, tu dois toujours être une guerre en avance. Et donc, du coup, il faut vraiment qu'on essaye de dire, allez, on fait ça, on fait ça. Et donc, il faut qu'on rentre, enfin, qu'on fasse en sorte que nos équipes rentrent dans tous les projets. Parce que tu vois, former quelqu'un...Oui, oui, qui veut être référent de l'ortho parce que ça va évoluer. Ah oui, moi j'ai un tel, un tel.

Et donc ça, c'est moi en tant que manager qui vais aller trouver les ressources et se dire, bah tiens, ah oui, toi, toi, tu es bonne en ortho.

Ah oui, toi, tu es plus...

I : Essayer de les motiver.

R : Voilà, exactement.

I : Ok, d'accord.

R : Donc ça, c'est vraiment, je trouve, une évolution entre il y a 10 ans et maintenant, enfin 15 ans et maintenant. C'est cette évolution de l'ambulatoire qui nous touche tous, à être toujours au taquet pour vraiment continuer à faire bouger notre entreprise.

I : Oui, dans l'anticipation.

R : Oui, oui, oui, oui.

I : Ok. Et qu'est-ce qui est resté globalement similaire ?

R : Globalement similaire ?

I : Est-ce qu'il y a des aspects qui sont restés semblables ?

R : Bah, je veux dire, bah après, je sais pas si c'est la bonne réponse, mais ce qui reste similaire, moi, je trouve que j'arrive à maintenir la convivialité dans l'équipe. Une ambiance assez sereine et festive.

I : Ok, oui.

R : D'ailleurs, c'est vrai que si je reprends tous les questionnaires et 30 questionnaires, en général, c'est ce qui ressort.

I : Ok.

R : Bonne ambiance. C'est vrai que moi, j'arrive et ça, je trouve que c'est important. Un manager, s'il arrive avec la gueule jusqu'à terre, ça peut pas aller. Pour moi, en tant que manager, je dois toujours arriver, même si j'ai des problèmes derrière moi, je dois les laisser derrière moi et devant, je dois toujours montrer que « Allez, ok, les filles, aujourd'hui, ça va être une grosse journée, je le sais déjà, une grosse journée. Bah, je vous connais, on va y arriver. »

I : Oui.

R : Et si on n'arrive pas, on mettra les choses en place pour y arriver. Si j'arrive et que je dis que ça va pas aller, je sais que ça ne va pas aller.

On verra bien. Ça va pas, non. En tant que chef, moi, j'aime bien d'arriver. D'ailleurs, tous les matins, je dis avec la banane, je viens à vélo. Donc, tu vois, ça me...Je m'aère les neurones pendant 20 minutes à vélo. Et donc, du coup, je suis toujours au taquet le matin parce que t'as pas le temps de...Tu as bu ton café, mais t'as pris l'air à moins 15, à 2 degrés ou sous la flotte ou sous le soleil. T'arrives quand même toujours avec la pêche. Et donc, pour moi, un chef de service, pour moi, il doit arriver avec la pêche.

I : Oui.

R : Si t'arrives en faisant la gueule, qu'est-ce que tu veux ? Tu auras ton équipe, elle veut faire la gueule. Et ceux qui font la gueule, il faut essayer de leur donner le sourire. Ça, ça arrive aussi. T'as des gens qui arrivent en faisant la gueule. Tu essaies d'aller les titiller un peu pour leur dire, allez, ça va être une belle journée.

I : Oui.

R : Moi, je suis un peu un moteur comme ça.

I : Oui, donc un rôle de moteur ?

R : Oui, oui, oui, oui.

I : D'accord. Et est-ce qu'il y a des aspects qui semblent moins présents maintenant que quand t'as commencé en tant qu'infirmier chef ? Dans tes équipes, comme tu disais, des différences de génération, il y a des choses qui ont changé ou...

R : Oui, c'est ça. Alors, tu vois, tu as la différence de génération, tu travailles avec des équipes plus jeunes. Donc, alors, t'as le turnover du personnel et puis t'as les vieilles anciennes qui sont

toujours là. Mais il faut aussi pouvoir travailler avec les vieilles anciennes qui n'ont pas envie, elles, de changer. On a toujours fait comme ça. Pourquoi est-ce qu'on devrait changer ? Et donc ça, tu peux le constater de temps en temps. Tu dis waouh. Ok, alors comment on va faire ? Et bien moi, ce que j'arrive des fois à faire, c'est de mettre une jeune avec une vieille, tu vois, entre guillemets.

I : Oui.

R : Et que finalement, les deux, ensemble, elles me font une infirmière parfaite. Et elles arrivent finalement à se construire l'une l'autre sur des projets, en mettant les idées.

C'est marrant, je repère vraiment ça. Et finalement, t'as vraiment des fois, finalement, un truc où elles sont allées faire ça toutes les deux avec des pieds de plomb. Et finalement, elles ont toutes les deux la banane parce que la jeune tire la plus ancienne vers le haut. Puis elles expliquent leur rôle, leur expérience et je trouve que ça, c'est important.

I : Elles se sont complétées, en fait.

R : Oui. Et ça, c'est vraiment finalement d'un truc qui allait être négatif, t'arrives à en faire un truc positif.

I : Est-ce qu'il y a des compétences que tu aimerais davantage développer dans ton rôle dans le futur ?

R : Alors, j'ai envie de dire, et ça, c'est quand même la chose la plus difficile, c'est la gestion des conflits. Parce que t'en as toutes sortes et donc de nouveau aussi avec des générations qui ne comprennent pas forcément ce que moi je veux faire passer, surtout avec des plus jeunes. Et je pense qu'on devrait en avoir plus régulièrement des formations sur la gestion de conflits. Pour pouvoir parler aux gens et comment aiguiller, tu vois. Moi, je fais quand même pas mal d'exercices. Je veux dire que tu peux même, je m'amuse des fois même dans mon privé, à essayer de communiquer correctement, que ce soit dans les situations familiales, parce que tu vas prendre la tête avec ta mère ou avec ton père ou avec ton frère, ta sœur. Et t'essayes des fois d'utiliser tes outils managériaux pour résoudre le conflit familial. Alors je veux dire que moi maintenant, ma femme, elle me dit que c'est bon, je reconnais maintenant tes petites techniques à la con là. Tu arrives toujours à me piéger, tu arrêtes de m'emmerder avec ça. Et donc elle le sent, mais je suis sûr qu'on devrait avoir encore plus d'outils parce que ça évolue aussi.

Donc je suis sûr que j'ai une réponse à lui donner. Tu vois, quand elle me dit arrête, ce ne sont pas mes outils de communication.

I : Par rapport aux évolutions que tu as citées, c'est la différence de génération. Tout ce qui est évolution où il faut anticiper et tout ce qui grandit, t'attribue principalement ça à quoi ?

Est-ce que, par exemple, enfin moi je prends l'exemple du Covid, est-ce que ça a marqué quelque chose dans l'équipe ou est-ce qu'il y a eu des fusions ou ce genre de choses ?

Alors, dans mon équipe, tu vois, en fait, nous, on a de la chance que c'est une équipe d'hôpital de jour avec des horaires assez sympas pour un travailleur 7 heures - 18 heures. Pas de week-

end, pas de garde. Je veux dire que le Covid a juste conforté les gens à dire qu'est-ce qu'on est bien chez nous.

I : Oui.

Parce que quand on s'est retrouvé à aller à droite à gauche dans des horaires qui étaient un peu tout et rien, et donc ils se sont dit qu'est-ce qu'on est bien. Donc les gens se rendaient compte qu'il ne fallait pas qu'ils se plaignent de trop de l'endroit où ils travaillaient. Donc je pense qu'ils s'en rendent compte.

Maintenant, sur l'évolution, c'est ça, c'est l'évolution.

I : S'il y a des événements qui ont transformé ta manière de travailler ou qui ont amélioré ?

R : Non, je te le disais, tu fais des formations quand même pour un bon manager, mais je pense que j'ai toujours été le même manager depuis 15 ans.

I : C'était en toi?

R : Moi, je suis convaincu. Je prêche, je suis certain. Je ne sais pas ce que tu fais dans ta vie privée en plus de tes études, mais est-ce que tu sais, moi j'étais, je te le dis d'abord, j'avais 16 ans. Je présidais un club, alors tu vas rigoler, un club de pétanque, mais on avait 80-90 membres. On organisait des tournois, on organisait des soupers. J'étais le gars de 16 ans qui dirigeait des anciens de 50, 60, 70 ans. J'avais le pouvoir décisionnel ou en tout cas la façon de pouvoir leur parler en disant on va faire ci, on va faire comme ça. Et ça a marché, puis après j'ai fait des trucs pour le Télévie, j'ai organisé pas mal de trucs. Puis après je me suis retrouvé président de l'association, tu vas rire aussi, parce que j'ai pas l'air comme ça, le président de l'association des anciens combattants. Parce que mon grand-père avait été prisonnier de guerre et que je lui ai toujours dit qu'on commémorait ces moments atroces dont il a vécu une partie de sa vie.

Et je dis, ben ouais, moi tracasse, j'organiserai tout ça, mais du coup maintenant on a rassemblé, parce que bien sûr des combattants il n'y en a plus et des prisonniers il n'y en a plus non plus, ils sont plus grand nombre. Et du coup on a rassemblé les sections de toute l'entité de la ville. Donc c'est aussi un fameux groupe où tu dois commémorer le 11 novembre, le 8 mai, la date des parachutistes qui ont été sortis au Rwanda en 2000.

Donc c'est de l'organisation, être fédérateur tu vois, moi j'arrive à fédérer pas mal de monde autour de moi pour créer des projets, ce qui est le cas dans mon équipe et dans mon milieu privé.

Et donc à Lustin, on fait cette organisation, on m'a dit, depuis qu'on organise ça, on a récolté, donc ça fait la 13ème année, on a récolté plus de 500 000 euros pour la recherche pour le cancer. Et donc on redistribue ça à la Fondation de Recherche. On donne ça au foyer Saint-François.

I : Ah oui, ça je vois, oui.

R : Et au Fonds Emile Saint François, qui est sur Sainte-Élisabeth.

I : D'accord.

R : Et donc, voilà, c'est pour ça que je pense qu'un manager, il doit aussi être fédérateur. Parce que, et donc c'est ça, tu as ça dans le sang, tu es fédérateur ou tu ne l'es pas. Et moi, je vois, pour tous ces événements que je t'ai expliqués, j'arrive à tout faire tourner autour de moi. Ici, enfin autour de moi et autour de notre groupe. Mais je pense que voilà, si tu n'es pas quelqu'un de fédérateur, que tu fais la gueule tout le temps, les gens ne viendront pas vers toi.

Et tu dois gérer ton équipe comme ça, vraiment dans la fédération pour moi. Autour de projets, autour de plein de choses, même de personnes.

I : Merci beaucoup.

R : On est arrivés au bout ?

I : On est arrivés au bout, oui. Merci beaucoup.

I : Ok donc, est-ce que tu as des questions avant de commencer?

R : Non, je n'ai pas de questions.

I : Super, donc ici la première partie c'est vraiment définir ton profil.

R : Oui.

I : Quel âge est-ce que tu as?

R : Alors j'ai 51 ans.

I : Dans quel hôpital est-ce que tu travailles?

R : Alors, je travaille à l'hôpital B.

I : De combien de personnes est composée ton équipe?

R : Alors, j'ai plusieurs équipes.

I : Ok.

R : Et au total, à l'heure actuelle, je dirais, faut que je compte, désolé.

I : Pas de souci.

R : Aujourd'hui, mais ça va évoluer dans le mois prochain, aujourd'hui je dirais en tête 21 personnes.

I : Ok. Et dans quel service tu travailles?

R : Alors, je ne suis pas dans un service, je suis infirmière responsable de l'équipe volante, du service des préadmissions, donc je ne suis pas dans un seul service.

I : Merci. Est-ce que tu as fait une formation complémentaire à ta formation d'infirmière?

R : Oui, j'ai fait l'école des cadres. Donc j'ai fait infirmière spécialisée SIAMU. Et puis j'ai fait cadre du secteur non-marchand. Une spécialisation, ça s'appelle baccalauréat de spécialisation de cadre du secteur non-marchand. Et puis j'ai dû recommencer parce que le cadre du secteur non-marchand n'était plus reconnu pour être infirmière-chef. Donc j'ai fait après spécialisation, donc j'ai fait un baccalauréat de spécialisation de cadre en soins de santé.

I : Et ça se fait où?

R : J'ai fait ça à Libramont le dernier et le premier à Namur.

I : D'accord, merci beaucoup. Donc là ici, on va commencer la partie sur ton parcours professionnel afin de mieux comprendre vraiment ta trajectoire professionnelle. Donc depuis combien de temps est-ce que tu occupes la fonction d'infirmière-chef?

R : Alors j'occupe la fonction d'infirmière-chef depuis 11 ans.

I : D'accord, et comment est-ce que tu es arrivée à cette fonction?

R : Alors je travaillais aux soins intensifs. J'étais infirmière aux soins intensifs. Et il y a deux choses qui ont fait que j'ai eu envie de changement. C'est que les horaires étaient compliqués. Donc c'est vrai que je cherchais une fonction où je ne faisais plus de nuit et plus de week-end. Parce que ça m'a détruit la santé pendant 20 ans, donc je n'en pouvais plus. Et la deuxième, j'avais envie d'un nouveau challenge après 20 ans aux soins intensifs. Et il manquait une infirmière en chef en chirurgie. Et ma cadre à ce moment-là savait que j'avais envie de changement. Et c'est elle qui est venue me proposer d'essayer. Donc j'ai d'abord essayé et puis j'ai postulé de manière officielle.

I : Ok, super.

R : Donc il y avait deux motivations. C'est vraiment le challenge et puis éviter les nuits. Le challenge et un aménagement d'horaires.

I : Ok, super. Donc là maintenant on va vraiment se focaliser sur le moment où tu as débuté dans la fonction d'infirmière-chef.

R : Oui, bien sûr.

I : Vraiment au tout début de ta prise en fonction. Est-ce que tu pourrais m'expliquer ce que c'était d'exercer un rôle d'infirmière-chef quand tu as commencé à exercer?

R : Donc si je me replonge et que je dois expliquer quand j'ai commencé ce qu'étaient les missions d'infirmière-chef. Moi je voyais plutôt la mission d'infirmière-chef comme coordonner un service. Être garante quand même de l'organisation de son service, de la qualité des soins aussi indirectement. Et gérer des effectifs, donc gérer de l'humain, du personnel. Donc voilà, je voyais comme ça.

I : Et qu'est-ce qui occupait principalement ton temps à ce moment-là ? Si tu te replonges les deux, trois premières années.

R : Ce qui occupait mon temps, c'était plus de l'organisation de service. Donc en fait, je devais gérer le service, donc dispatcher le matin les infirmières, faire le tour avec les chirurgiens. Veiller à ce que le matériel soit en ordre chaque jour. Répartir le personnel le vendredi pour le dispatcher pour tout le week-end. Et ça, ça ne se faisait vraiment pas dans mon bureau, mais sur le terrain. J'étais quand même fort encore dans les soins. Je prenais les entrées, j'accompagnais l'équipe quand un patient n'allait pas bien. Donc j'étais vraiment encore fort au sein du service. Et ça, ça me prenait, je vais dire, les quatre cinquièmes de mon temps. Et je donnais un cinquième temps pour faire les horaires, mettre en place des objectifs, réaliser des projets administratifs.

I : Qu'est-ce qui était important pour toi par rapport à tout ce que tu faisais au début de ta fonction ? Pour répondre à la question, je vais te demander de développer ça : en savoir, savoir-faire et savoir-être. Donc commençons par le savoir, c'est plus ce qui concerne tes connaissances théoriques. Au début de ta fonction, qu'est-ce qui te semblait important ?

R : Alors moi, ce qui me semblait important, c'était plus dans le savoir, connaître les lois sociales. Parce que je n'avais pas encore eu de cours puisque j'ai refait ma formation par après. Donc j'ai dû faire un horaire, mais sans connaître les contraintes législatives. Donc ça, c'était un point qui était pour moi en difficulté. Sinon, en autre savoir, je n'avais pas d'autres problèmes parce que je venais d'un service plus aigu. Et en autre aussi, c'est qu'aux soins intensifs, on n'utilisait pas de logiciel informatique. En tout cas, pas les mêmes qu'à l'étage. Donc j'ai dû aussi apprendre sans avoir de formation. Mais ce sont mes collègues, mon équipe qui m'a appris. Et ça, c'était un manquement dans le savoir. Donc c'était le côté informatique et surtout le côté horaire. Le restant, j'avais tellement d'expérience déjà au bout de 20 ans dans l'hôpital. Donc je veux dire, j'avais déjà une belle approche des missions de l'infirmière-chef. Donc au niveau autre, savoir, connaissance technique du service, je n'ai rien appris. C'est même moi qui l'aurais appris. Donc voilà, ça, ça allait.

I : Et donc concernant le savoir-faire, qu'est-ce qui était important ?

R : Alors au savoir-faire, j'ai dû un petit peu voir comment s'organisait le service. Puisque je venais d'un service complètement différent. Donc ce que j'ai fait au début, c'est que j'étais dans les chambres. Donc je n'ai pas directement pris du jour au lendemain ma fonction de responsable d'unité. Mais j'étais dans les chambres pour voir, et j'ai fait les deux pauses. Je n'ai pas fait de nuit, mais j'ai fait le matin, le soir, comme ça. Je pars du principe que ce que je demande à mes équipes, je dois savoir le faire moi-même. Donc faire un tour des médicaments, prendre en charge un de mes services. Ça c'était ma difficulté en savoir-faire, et j'y ai pallié comme ça. Sinon, la difficulté en savoir-faire, c'était la réalisation d'horaire. Ça c'est du savoir-faire et je n'avais jamais fait ça. Donc prendre en compte les désidératas de l'équipe, être équitable. Ça c'était aussi une difficulté du début dans le savoir-faire. Sinon, pour les soins, je n'avais pas de difficulté dans le savoir-faire. Puisque j'avais mes études en soins qui sont, j'estime, supérieures à ce que je voyais en étage.

I : Et maintenant par rapport au savoir-être?

R : Alors le savoir-être, j'ai eu beaucoup de difficultés. Parce que j'ai commencé avec une équipe qui n'avait plus de chef depuis quelques temps. Qui avait eu des changements de chef quasiment tous les ans. Donc en fait, moi j'ai dû trouver ma posture de chef dans une équipe qui était quand même en souffrance et avec des gros caractères, donc il y avait des conflits. Et donc ça, j'avais un peu du mal à voir comment je devais gérer ça.

Et j'avais une bonne cadre qui m'a vraiment donné plein de trucs et astuces. Cette cadre m'a vraiment épaulée. On a fait des entretiens de recadrage. Donc voilà, elle était un peu mon mentor en me disant quoi faire quand j'étais pas très à l'aise avec certains nouveaux aspects.

I : C'est-à-dire ?

R : Quand je devais faire une remarque à quelqu'un, par exemple, j'étais pas très à l'aise. En savoir-être aussi, c'était me positionner en tant que responsable. Donc ça, je n'avais pas peur de donner des ordres, mais c'était difficile à ce que ça soit respecté. Mais comme ça, une chef, ça

doit donner des ordres. Être un peu leader. Être un peu leader, d'être un peu directive ou en tout cas d'amener des projets. Pour ça, il n'y avait aucun souci.

C'était plus dans la posture de chef, il faut être équitable avec tout le monde. Je connaissais quand même certaines filles à titre privé et de manière plus privée. Donc là, j'ai dû me détacher et ça c'était nouveau.

I : Prendre du recul.

R : Prendre du recul afin d'être équitable. Donc ça, c'était nouveau pour moi aussi. De me sentir aussi un peu seule. Puisque quand on fait partie d'une équipe, on peut partager quand on est ici, en tant que chef, je ne pouvais pas partager certaines choses. Donc voilà, je me suis sentie un peu seule face à certaines difficultés.

Je ne pouvais pas pouvoir en parler avec l'équipe ou de changer aussi. Parce que, en réalité, j'aimais bien l'humour un peu noir, ou dire des petites conneries. Et ici, en tant qu'IC, je devais toujours faire attention à ce que je disais parce que tout pouvait être mal interpréter. Après, j'ai appris avec l'équipe que je pouvais un peu me lâcher. Mais au début, c'était aussi une des difficultés du savoir-être.

Donc j'ai dit qu'il y avait même plus, si je résume, plus de difficultés en savoir-être que le reste. En tout cas, c'est ce qui a été le plus long à apprendre.

I : Et est-ce que tu pourrais me citer des qualités qui te semblaient importantes à ce moment-là ou qui, maintenant avec le recul, te semblent avoir été importantes ?

R : Qui me semblent importantes ?

I : Oui.

R : Donc je parle par rapport à mon service que j'ai pris en charge. Mais c'était la rigueur, d'être rigoureuse, d'être organisée, d'avoir un droit de réserve. D'être vraiment équitable, de ne pas entrer dans une discussion et risquer de donner un avis contre quelqu'un. Pour moi, c'était vraiment important. Difficile, pour ma part. Mais pour moi, c'était vraiment important.

I : Ok.

R : Là, on en a fini avec la partie sur le début de ta fonction.

I : On va venir maintenant sur ton rôle aujourd'hui. Et je vais te reposer plus ou moins les mêmes questions. Comment ça se passe aujourd'hui ? Qu'est-ce que s'est exercé aujourd'hui le rôle d'infirmier-chef ?

R : Pour moi, je ne suis plus dans un seul service. Mes missions ont un peu changé. Je ne peux pas comparer aujourd'hui avec ce que j'ai vécu.

I : Mais par rapport à ta gestion d'équipe par exemple?

R : Par rapport à ma gestion d'équipe. Donc le savoir, j'ai dû apprendre. On a toujours à apprendre. Ça, j'apprends tous les jours. Le savoir-faire, je pense qu'organiser une réunion de

service, que ça soit par rapport à ma posture de chef. Organiser une réunion de service ou réaliser un horaire. Je ne suis plus en difficulté. Ça roule. Ici, j'ai changé de mission, mais je ne me suis pas... J'ai changé de service, je veux dire, je n'ai plus les mêmes équipes. Je n'ai pas été en difficulté là-dedans. De reprendre des nouvelles équipes.

Et en savoir-être, aujourd'hui, j'ai vraiment beaucoup mûri.

Dans le sens où je dis plus facilement les choses aux gens. Je sais mener un entretien sans que je doive le préparer quatre jours à l'avance. Donc là, en savoir-être, je suis beaucoup plus à l'aise. Et beaucoup plus performante et efficiente aussi.

Il y en a d'autres qui t'apparaissent, des compétences je veux dire. Tu vas te dire, au début de ma fonction, je ne voyais pas ça. Aujourd'hui, je me rends compte qu'il faut que je développe ce côté-là. Au début de ma fonction, j'étais fort centrée sur mon service. J'étais vraiment la tête dans le guidon, mais centrée sur mon service. Et aujourd'hui, avec le recul, j'ai une vision beaucoup plus élargie.

Donc je pense plus site X. Il y a des années, je me suis battue pour certaines choses pour le service. Je pense que je me battrai toujours pour un service, c'est sûr. Mais avec une vision de me dire, je vois plus ça macro. Et ça, je ne l'avais pas au début.

J'étais vraiment C2, C2, c'était le nom de mon service. Donc chirurgie, chirurgie.

Et je pense que même avant de quitter, après dix ans de chirurgie, donc j'ai quitté il y a un an la chirurgie, j'avais vraiment une autre vision. J'avais vraiment pris de la hauteur. Et dans les projets, je pensais plus large. J'étais moins dans... plus en macro, une vision plus macro.

I : Et est-ce qu'il y a des attitudes qui sont devenues essentielles dans ta fonction d'infirmière-chef, qui ne l'étaient pas au début ou qui sont apparues avec le temps ?

R : Le droit de réserve, ça j'avais un peu du mal parce que comme je connaissais plus l'une ou l'autre, c'est vrai que j'aurais eu plus vite fait d'aller dire quelque chose. Pas me confier, mais voilà, je n'ai pas d'exemple comme ça en tête.

Mais j'aurais eu plus vite fait d'aller dire, j'invente les prénoms, mais j'aurais plus vite fait d'aller dire parce que j'étais copine avec Virginie, que je la connaissais d'avant.

J'aurais plus vite fait dire, oh là là, oui, t'as raison. Joséphine, elle se plaint tout le temps. Enfin, c'est Joséphine, elle n'avance pas ou des choses comme ça. Maintenant, avec les années, j'ai vraiment pris de recul par rapport à ça. De ne rien dire, de ne pas me confier ou de ne pas transmettre une info. C'est pas de l'impartialité, c'est vraiment prendre du recul afin d'être équitable.

Au début, c'était très compliqué pour moi parce que j'étais un peu dans la relation collègue, copine. J'ai vraiment pris de la distance, même que les filles sont restées dans mon service pendant 10 ans, j'ai vraiment pris de la distance par rapport à ça.

Pour moi, c'était très compliqué.

I : Maintenant, on va se pencher sur faire une comparaison entre les débuts de ta carrière en tant qu'infirmière-chef et aujourd'hui, est-ce que tu décrirais une évolution de fonction, quelque chose que tu perçois comme ayant évolué ?

R : En fait, c'est difficile puisque je n'ai plus le même service.

J'ai une évolution de fonction, oui.

Si je prends mes 10 ans d'infirmière, mes débuts d'infirmière, je faisais énormément d'heures supplémentaires, je faisais les horaires à la maison pour compenser, etc.

J'étais vraiment la tête dans le guidon et ça, j'ai appris à prendre du recul, à mieux m'organiser pour mieux déléguer, dire non parce que je disais oui à tout.

Et ça m'a permis de mieux m'organiser et d'être mieux dans ma peau, puisqu'à un moment, quand on travaille comme je le faisais au début, à faire les horaires à la maison, à faire des heures supplémentaires, à dire oui à tout, à vouloir continuer quand un patient n'était pas bien... Je me disais : « Allez, je le prends en charge », etc. Ou dire à celle du soir : « Ne viens pas, je fais les 12 heures. » À force, je me suis un peu épuisée. Je ne vais pas dire que j'étais en burn-out, mais je sentais que j'étais en épuisement.

Et puis, j'ai mis en place des choses, j'osais plus déléguer, je savais rappeler quelqu'un quand il le fallait, dire non, dire stop, et travailler plus en administratif dans mon bureau, donc faire faire mes horaires et tâches administratives à la maison, ce qui était aussi du bénévolat parce que mes heures n'étaient pas comptées. Donc ça, je trouve que c'est ma plus grande évolution. Et j'ai deux grosses évolutions.

Celle-là, c'est sûr, plus organisée, plus voir les besoins du service, être plus réactive peut-être, ou aussi me poser des questions, être plus réfléchie

Et la deuxième, c'est... je ne sais plus ce que j'allais dire.

Dans mon évolution, c'était plus par rapport au... donc ça, c'est dans l'organisation, c'était plus par rapport au savoir-être.

Et la deuxième, c'est que je suis plus à l'aise, dans le sens où je suis plus à l'aise quand je devais faire un entretien de recadrage, un entretien d'absentéisme, parce qu'on a mis en place ça.

I : Et quelles compétences as-tu développées alors par rapport à ça ?

R : Quelles compétences j'ai développées ? L'écoute, je l'avais toujours, mais j'étais peut-être un peu trop dans l'écoute et dans l'empathie. Et ici, j'ai développé... j'ai utilisé des outils, tu vois, pour avoir le feedback, donner du feedback à un collaborateur, utiliser le desk. Voilà, donc ça, j'ai plus développé les entretiens. J'étais beaucoup plus à l'aise de voir quelqu'un, tu vois. Et je m'y suis toujours beaucoup plu.

I : Plus essayer d'aller dans la communication, le feedback, c'est ça que tu veux dire ?

R : Alors, j'étais dans la communication, mais elle était moins dirigée.

J'étais plus dans l'empathie. J'osais moins dire les choses aussi que maintenant, c'est sûr que je suis plus directe aujourd'hui.

I : Plus directe ?

R : Dire les choses, les gens le comprennent plus vite. Et j'ose quoi.

Avant, j'étais jeune chef, je ne savais pas si... Le temps de prendre sa place. Voilà, je ne savais pas si je faisais bien en parlant. « Comment lui dire ça ? » Comment aborder une collaboratrice pour lui expliquer qu'elle est beaucoup absente ? Elle est très compliquée. Donc ça, au début, ça me mettait hyper mal à l'aise. Je ne savais pas. Je tournais ma langue. Je ne savais pas comment je devais le dire et tout.

Et maintenant, voilà. Mais on est formé et j'ai utilisé les outils. Donc ça ne m'est pas venu comme ça. Je me suis formée par l'école.

L'école des cadres que j'ai faite deux fois quand même. Donc quand même deux fois trois ans.

Donc par l'école des cadres et aussi par les outils et les formations que nous donne l'hôpital.

I : Est-ce qu'il y a des choses qui sont restées globalement similaires dans ta gestion d'équipe ?

R : Oui, la réalisation d'horaires par exemple. Je pense que l'équipe ne s'en est jamais plaint. Et ici, je dois faire les horaires pour une autre équipe. Donc ça, je pense que je le fais toujours avec équité. En temps de matin, de soir, en se disant celle-là, elle doit faire la répartition des fêtes, etc.

Donc ça, je pense que je suis un peu plus rapide, sûrement. J'espère qu'au début.

Mais je suis toujours...

I : Et en tant qu'infirmière en chef, comment est-ce que tu penses que tes équipes te décrivent là maintenant comme cheffe ?

R : Alors, elles me décrivent parce que comme j'ai changé de fonction, quand on est infirmière-chef pendant dix ans, on n'a jamais passé la porte en me disant : Oh, t'as été une bonne infirmière-chef, on t'aime bien, merci beaucoup, etc. Jamais, on n'a pas beaucoup de reconnaissance. Et quand on a fermé mon service, on a fait un souper et l'équipe s'est vraiment manifestée. Et là, elles me décrivent comme quelqu'un de quand même assez organisé, rigoureuse. Ça, c'est sûr, ça sort chez tout le monde, très réactif.

Donc si elles arrivent en me disant, écoute, il manque ça comme pansement dans les cinq minutes c'était réglé. Je n'ai jamais laissé un truc sur un irritant.

Donc, voilà. Elles me décrivent comme quelqu'un qui est à l'écoute et bienveillante. Donc, voilà. Il y a beaucoup de choses positives qui sont sorties quand l'équipe m'a perdue.

Et si je récupère de par mes nouvelles fonctions des anciennes à moi, j'ai vraiment un bon retour. Mais c'est surtout aussi que je suis quelqu'un de réactif et qui ose prendre ses responsabilités.

Par rapport aux chirurgiens, parce que les chirurgiens ne sont pas toujours les plus faciles. Ils ont leurs exigences, leur petit caca nerveux et j'ai pas peur. En fait, vulgairement, ça va être enregistré, mais elles me décrivent comme quelqu'un une cheffe qui a des couilles et qui prend ses responsabilités, qui est réactive et qui a des couilles. C'est ce qu'elles m'ont dit l'autre fois.

I : Ça va, merci beaucoup. Une dernière question par rapport à cette partie. Est-ce qu'il y a des compétences que tu aimerais davantage développer dans ton rôle pour faire face à la réalité actuelle et au futur?

R : Alors, j'aimerais bien développer comme une compétence de parfois moins râler ou d'être moins négative. En fait, quand j'ai un changement, je vois fort le négatif avant de trouver le positif. J'aimerais... Pourtant, il paraît qu'on ne me voit... Moi, je me vois comme ça. Pour en avoir parlé avec une de mes cadres, parce que maintenant j'ai plusieurs cadres en fonction de mes services. Elles disent que je ne suis pas comme ça, mais moi, j'aimerais être encore plus porteuse pour l'équipe.

Donner plus de motivation. Donner plus de motivation, oui. Mais enfin, voilà.

Moi, je me vois comme ça, mais mes cadres ne me voient pas comme ça.

Elles trouvent justement que je suis quelqu'un qui tempère. C'est fou.

Mais moi, je me dis que s'il y a une partie que je veux encore m'améliorer, c'est là-dessus. C'est là-dessus absolument, oui.

Parce que la parole d'une chef, c'est important ce qu'elle transmet à l'équipe, quoi.

I : C'est sûr.

R : Mais voilà, c'est moi qui me vois comme ça, clairement. Personne d'autre ne me voit comme ça dans mes cadres, parce que c'est eux qui peuvent me juger. L'équipe, c'est plus compliqué à... Et il y a des raisons. Comme ça, mais non, j'aimerais encore être plus posée, plus positive, moins... Ou alors, c'est peut-être ma réflexion qui est comme ça et que ce que je dis à l'équipe et ce que je dis à l'extérieur n'est pas comme ça.

I : Parce que là, t'as une capacité de remise en question, justement.

R : Oui, oui, énormément, énormément. Mais voilà, j'aimerais être encore plus...positive

J'ai un de mes collègues qui était mon chef aux soins intensifs et maintenant qui est mon collègue. Et je le prends souvent en exemple en me disant, mais j'aimerais être comme Jérémie, il est toujours bien posée.

Moi, je peux m'exciter ou dire, mais non, ça ne va pas.

Enfin, c'est quand même pas possible et tout. Et j'aimerais encore être un peu plus posée.

Voilà.

I : Maintenant, on va regarder les changements par rapport aux quelques évolutions que tu m'as décrites. Et est-ce que tu attribues ces changements à quelque chose, à un événement ou à une fusion?

R : Par rapport à, quand tu me disais, le savoir-être au début, maintenant, est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a fait réaliser ?

Oui, le parcours...

Déjà le temps, puisque quand on apprend, ça fait quand même dix ans, donc je trouve qu'en dix ans, j'ai appris par rapport à une situation, un cas particulier que j'ai rencontré par rapport à l'équipe.

Et puis, il y a eu aussi, j'ai fait quand même beaucoup de fusion. Chaque été, on fusionnait, mon service fermait ou on fusionnait. Et le COVID, j'ai eu quand même beaucoup de changements. J'ai été le premier service au COVID à la première vague, j'ai ouvert le premier service COVID. Je me suis retrouvée avec une nouvelle équipe qu'on avait piochée un petit peu partout.

I : T'as dû t'adapter, être flexible ?

R : Oui, j'ai dû m'adapter et être nouvelle chef avec des personnes que je ne connaissais pas. Donc, je suis restée dans ma rigueur, dans mon équité.

Je me suis raccrochée à mes compétences. Et puis, à la deuxième vague COVID, j'ai ouvert en 24 heures un service BIS de soins intensifs.

Je me suis retrouvée encore, on m'a mis des gens de salle et les médecins, c'était les anesthésistes. Donc, j'ai encore dû réadapter. J'ai pas dû réadapter mon management, mais j'ai encore dû m'adapter aux changements. Mais je suis toujours restée sur le même management. Donc, je veux dire, le participatif quand il y avait besoin, l'écoute, d'être réactif. Je me suis renforcée dans mes forces, je vais dire.

I : Je fais encore deux questions. Est-ce qu'il y a un moment, une période qui a particulièrement marqué l'exercice de ta fonction ?

Donc là, tu viens de me citer le COVID, mais à part le COVID, est-ce qu'il y a autre chose qui... Ou même dans ta gestion d'équipe, tout ce qui est, par exemple, conflit générationnel, je sais pas, tout ce qui est bien être au travail, est-ce qu'il y a certaines choses qui sont apparues dans l'exercice de ta fonction ou qui ont toujours été présentes ?

Euh...Oui...

Attends, reprends un peu le début de ta question.

Mais donc là, tu viens de me citer le COVID comme un moment, une période qui a particulièrement marqué l'exercice de ta fonction. Si par exemple, je sais pas moi, tout ce qui est question de bien-être au travail, j'entends beaucoup parler de pénurie de personnel, est-ce que ces éléments-là ont pu impacter ta manière d'exercer ou ta manière de développer des compétences ou ce genre de choses ?

Oui, ben déjà, le premier, c'est le COVID, clairement.

Ça modifie beaucoup de choses, quoi.

Il faut...

On découvre des qualités qu'on n'avait pas.

Enfin, la polyvalence, en 24 heures mettre en place des procédures.

Donc ça, le COVID, je dirais, c'est la plus grosse partie qui a...

La plus grosse période qui a impacté, en tout cas la période la plus compliquée qui a impacté...

Mais j'en ressors grandie, dans mon management, quoi.

J'en ressors grandie puisque j'étais dans la même routine d'équipe et puis là, j'ai eu des gens que je ne connaissais pas, avec le stress du COVID et ça, il a vraiment fallu que je développe énormément le fait de rassurer les gens, de montrer qu'elles pouvaient compter sur moi, que j'étais vraiment un soutien, ce qui était déjà le cas au C2.

Mais là, c'est avec des gens qui ne me connaissaient pas, parce qu'on a quand même dit à des filles, toi t'iras au COVID, toi t'iras là, toi t'iras là, puisqu'on a un peu modifié toutes les équipes, recréé un nouveau service.

Donc ça, c'est sûr que c'est l'élément marquant pour moi dans mon management, c'est la flexibilité et l'adaptation.

Et je dirais, c'est très bien.

C'était déjà un peu reconnu que X, elle était malléable parce que même quand j'étais au C2, un jour, elle m'a dit, écoute, pendant trois semaines, tu vas redescendre aux soins intensifs, il y a un manque de personnel.

Donc voilà, je sais que je suis hyper flexible.

C'est une force, mais ça m'a valu aussi que je viens de perdre mon service il y a un an parce que X, quand on a fermé le C2, on s'est dit X, on ne va pas la remettre en chirurgie parce qu'on peut la remettre autre part.

Elle arrivera à rebondir, elle connaît, elle est flexible, elle a beaucoup d'expérience.

Donc voilà, mais le COVID, c'est la partie la plus importante, je veux dire, en lien avec l'organisation, le management d'équipe, la posture, le bien-être parce que les gens n'étaient pas bien du tout.

Il y en a qui me faisaient des crises d'angoisse dans le couloir, quoi.

Donc la technicienne de surface, tous les jours, elle arrive en étant angoissée.

Ça, ça fait partie aussi de mon équipe.

Donc là, le COVID, c'est ce qui a fait que ça a développé beaucoup de choses comme la flexibilité et l'adaptation et au début c'était compliqué.

I : Et avant de clôturer, est-ce que tu souhaiterais ajouter un point que tu penses qui serait essentiel sur mon mémoire? Il faut savoir qu'ici, mon mémoire va être sur l'évolution des compétences managériales des infirmières en chef

Alors, je pense qu'on ne naît pas une super infirmière en chef. Ça s'apprend. Ça s'apprend avec l'expérience. J'apprends encore tous les jours. Surtout ici, j'ai changé.

J'étais infirmière en chirurgie. Maintenant, je suis infirmière-chef de l'équipe volante des jobistes de la préadmission. Et dans un mois, je serai infirmière-chef de la polysomnographie, des aides logistiques, du brancardage. Et je reprends un service de chirurgie de loin parce qu'elles n'ont pas de chef. Donc, on ne naît pas chef, mais on apprend tous les jours.

Et l'essentiel, c'est de se remettre en question, mais pas trop non plus parce que sinon on se fait manger...

Avoir quand même confiance en soi. Il faut avoir confiance en soi et être bien entouré aussi, je veux dire. C'est important d'être bien entouré, d'avoir des collègues avec qui on peut discuter et avoir confiance. On avait créé ça.

Nous, on s'était mis les mardis des infirmières-chefs. Pendant deux heures, toutes les infirmières-chefs, on échangeait sur nos besoins, nos difficultés. Donc, on apprend tous les jours. Il n'y a personne de parfait.

Et alors, il y a des qualités sur lesquelles, pour moi, je suis intransigeante.

Je les ai citées plusieurs fois, l'équité, la rigueur, l'organisation.

Donc voilà, je ne suis pas encore une infirmière-chef accomplie à mes yeux après 11 ans. Je suis sûre qu'à 99%, oui.

I : Bonjour, et merci d'avoir accepté l'entretien. Moi, c'est Florine, je suis étudiante en ingénieur de gestion à l'UCL. Je réalise cet entretien à des fins de recherche académique dans le cadre de mon mémoire de Master 2, en vue de l'obtention de mon diplôme.

L'objectif de cet échange est vraiment de recueillir votre point de vue, ainsi que votre expérience professionnelle et personnelle vis-à-vis de votre fonction d'infirmière en chef. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : c'est vraiment votre vécu qui m'intéresse. L'entretien devrait durer environ 30 minutes, plus ou moins selon le niveau de détail de vos réponses. Avec votre accord, et comme vous me l'avez donné auparavant, l'entretien sera enregistré. Cela restera confidentiel : votre nom n'apparaîtra pas, et l'hôpital sera codé par des lettres, donc il n'y aura pas de moyen de vous reconnaître.

Vous êtes libre de répondre ou non à certaines questions. Vous pouvez aussi m'interrompre à tout moment si vous ne comprenez pas une question, si vous voulez que je la répète, ou pour toute autre raison.

Est-ce que cela vous convient de cette manière ? Et est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

R : Non.

I : Donc ici, on va commencer par la première partie, qui concerne les données signalétiques pour ma recherche. Quel âge avez-vous ?

R : 61 ans.

I : Dans quel hôpital travaillez-vous ?

R : L'hôpital F

I : De combien de personnes est composée votre équipe ?

R : 25 personnes. Enfin, 18 ETP infirmiers, et deux aides logistiques pour 1,5 ETP.

I : Dans quel service travaillez-vous ?

R : Aux soins intensifs.

I : Avez-vous une formation complémentaire à votre formation d'infirmière ?

R : Bien sûr. Pour pouvoir être infirmière en chef, j'ai dû faire le cadre en soins de santé. Et puis j'ai d'autres compléments universitaires, j'ai aussi participé à divers projets.

I : D'accord, merci. Là, on va rentrer un peu plus dans le vif du sujet. Depuis combien de temps occupez-vous la fonction d'infirmière en chef ?

R : 26 ans

I : Et comment êtes-vous arrivée à cette fonction ?

R : Eh bien, c'est l'occasion qui a fait le larron. Ça, c'est plus personnel, mais j'ai divorcé et j'avais deux enfants assez petits. Je n'avais plus trop de personnes pour m'aider à les élever, donc c'était assez compliqué au niveau des horaires quand j'étais infirmière.

À ce moment-là, mon chef d'unité quittait sa fonction et m'a dit : « Écoute, essaye de postuler. » Il trouvait que j'avais quand même une certaine prédisposition au leadership. Il m'a dit : « Si, écoute, fais ça. » Alors je me suis dit : pourquoi pas ? Le poste était ouvert, j'ai postulé. Nous étions trois candidates et c'est moi qui ai obtenu le poste. À l'époque, il avait été convenu que, durant ma prise de fonction, je devais obtenir le diplôme requis, soit une licence, soit le cadre en soins de santé avec les quatre années et le mémoire.

Voilà comment cela s'est fait. Ce n'était pas quelque chose que j'ai fait par ambition au départ. Je l'ai surtout fait pour les horaires, pour mes enfants, pour ma vie de famille qui avait changé.

I : D'accord, merci beaucoup. Là, on va se concentrer sur le rôle au début de la fonction d'infirmière en chef, donc vraiment se replonger dans le passé. Qu'est-ce que c'était, exercer le rôle d'infirmière en chef à vos débuts ? Quand vous avez commencé cette fonction, qu'est-ce qui occupait votre temps ? Comment décririez-vous le rôle ?

R : Ce qui était compliqué, c'est que j'étais infirmière dans l'équipe, et j'ai dû prendre un poste managérial. Je me suis rendu compte que c'était assez difficile dans la mesure où j'avais travaillé avec ces personnes-là : elles connaissaient mes qualités, mais aussi mes défauts. Et il fallait malgré tout que je prenne un certain ascendant sur elles et qu'elles me reconnaissent comme leur responsable, alors qu'au départ j'étais une simple collègue. Donc ça a été un peu compliqué.

Et puis, dans ma tête, je pensais que lorsqu'on devenait chef, il suffisait de dire les choses pour qu'elles se passent simplement. Mais en fait, ce n'est pas du tout le cas.

I : Oui, tu saurais développer un peu plus cette idée-là ?

R : En fait, c'était beaucoup plus complexe. Faire participer l'équipe à des projets, c'était assez compliqué. Comme je suivais ma formation en même temps que je prenais en charge l'équipe, cela m'a quand même aidé. Les cours m'ont permis de mieux accompagner les personnes et de savoir comment s'exprimer, notamment du point de vue de la communication.

La communication dans une équipe, c'est quelque chose de très complexe. Il faut s'adapter aux personnalités de chaque agent. Il faut pouvoir s'adapter, par exemple : je prends des exemples concrets, on apprend en cours de psychologie qu'on ne parle pas aux personnes de n'importe quelle manière. On essaye de faire émerger les idées des agents.

On se demande aussi : comment puis-je repérer qu'un agent a certaines capacités, les développer, le valoriser, pour qu'il puisse ensuite partager avec les autres ? Parce que je pense ne pas avoir un management autoritaire. J'ai plutôt un management participatif. C'était vraiment mon objectif.

Selon les personnes, quand on veut faire germer un projet, on essaye de trouver la « locomotive » dans l'équipe. Et parfois, cette locomotive entraîne les « wagons » qui sont plus réticents, parce que la réticence au changement dans les projets, c'est quelque chose de très complexe et qu'il faut analyser.

Maintenant, on a aussi des méthodologies avec l'accréditation. Au début de ma carrière, ce n'était pas comme ça, mais ensuite nous avons eu des projets. L'hôpital dans lequel je travaille a suivi une accréditation canadienne, et on a désormais des méthodologies qui nous apprennent à évaluer un problème, à le circonscrire, puis à le mettre au tableau, à faire avancer le projet avec l'équipe, et ensuite à évaluer. Les projets sont donc davantage traités selon une méthodologie.

Après, il y a aussi tous les projets liés aux événements indésirables. Je ne sais pas si on en a déjà parlé.

I : Non, pas encore.

R : Donc tous les événements indésirables sont décrits dans un logiciel. On doit y encoder les événements. Ensuite, cela part à la direction générale, qui les traite, puis cela nous revient et on essaye de trouver des solutions. Il y a aussi une équipe qui travaille là-dessus pour qu'on puisse traiter tous les problèmes, rationaliser les choses et trouver des solutions.

Donc je pensais qu'être chef, au départ, c'était dire les choses et qu'elles se feraient. Mais non, c'est un réel travail de fond, et on doit toujours y revenir. C'est aussi cela, la complexité. Même quand on pense que les choses sont bien acquises, parfois elles ne le sont pas, ou pas par tout le monde. Il faut toujours revenir, rappeler, refaire des rappels... et ça, c'est très fatigant.

I : Qu'est-ce qui occupait principalement ton temps au début de ta prise de fonction ?

R : Déjà, il fallait refaire tous les protocoles. C'était quelque chose que je devais revoir de manière scientifique, et rétablir. Il fallait aussi rencontrer les médecins. Et puis, à l'époque, j'ai eu une chance (ou pas une chance) puisque j'ai aussi dû déménager le service : on créait une nouvelle unité.

J'ai travaillé sur ce projet-là, et c'était un projet fabuleux, parce qu'on devait déménager et j'ai dû recréer toute l'organisation d'un nouveau service. Par exemple, on travaillait auparavant par commandes à la pharmacie, et moi je voulais travailler avec une réserve pharmacie, donc avoir toutes les réserves dans le service et commander seulement le surplus pour les week-ends, etc.

Ça a été un travail colossal. Il y avait toute l'organisation, même le rangement pour l'ergonomie, trouver une ergonomie de travail. Le plan de soins avait changé avec le DRG infirmier, enfin, une méthodologie fédérale qui nous fait mesurer tous les trimestres, pendant quinze jours, les activités infirmières avec des codes. Il fallait donc que je recrée tout le dossier infirmier en fonction de tout cela. Tout ça m'a pris énormément de temps, avec le déménagement en plus.

On avait aussi des réunions sur les normes architecturales, et on devait travailler là-dessus avec l'architecte. C'était très chouette comme projet. J'aime bien ce genre de projets.

I : Par rapport à tout ce que tu viens de m'expliquer sur le début de ta fonction et ce qui occupait tes journées, on va maintenant se concentrer sur les compétences que tu avais à ce moment-là pour pouvoir réaliser tout cela. On va parler en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être.

R : Le savoir, on l'apprend avec les lois, l'école et tout ça. On a quand même des normes d'organisation, donc le nombre de choses à respecter est défini par des arrêtés royaux. Il faut respecter tout cela.

Le temps de travail, les horaires... ça prend énormément de temps pour une chef d'unité. L'octroi des congés annuels aussi : cela relève de la gestion du temps et de l'organisation d'une unité.

Concernant les normes, elles n'ont pas beaucoup changé depuis des années, entre parenthèses. Ça, je pense que tu le sais.

I : Oui, je me suis renseignée.

R : Voilà. Il faut donc respecter tout cela, faire les horaires... Pour le savoir, enfin les connaissances théoriques, il faut aussi connaître les normes architecturales, pour ne pas faire n'importe quoi, puisqu'il y a les circuits propres, les circuits sales, etc. Il faut avoir des compétences en hygiène hospitalière, connaître les arrêtés royaux, les actes techniques infirmiers. Il faut toutes sortes de connaissances.

Et puis il y a évidemment tous les protocoles, la manière dont on doit gérer les soins. L'infirmière en chef gère la répartition du travail le matin, donc ça c'est moi qui le faisais déjà. Ensuite il y a le tour avec les médecins, puis le contrôle. On est beaucoup dans le contrôle en tant que chef d'unité.

I : Par rapport au savoir-faire maintenant, tu me parlais aussi d'organisation, de gestion... Tu aurais d'autres exemples ?

R : Oui. Le savoir-faire, c'est aussi connaître les besoins de l'équipe en matière de formation. Surtout aux soins intensifs, où il y a beaucoup de changements de matériel. Il faut pouvoir organiser les formations nécessaires lors de l'arrivée de nouvelles machines ou de nouveaux matériels.

Ici, par exemple, on travaille avec les respirateurs, l'hémofiltration, toutes sortes de machines comme ça. Il y a aussi des actes techniques très spécifiques, différents de ceux appris directement dans la formation de base, comme le cathéter intra-osseux. Il faut donc s'assurer des compétences techniques de l'équipe. Il faut organiser tout cela.

Et moi, personnellement, en tant que chef, je pense que je dois même être plus performante que mes infirmiers pour pouvoir les former, les aider si elles ont des difficultés, surtout pour l'accueil des nouveaux. Il faut aussi pouvoir faire cela.

J'ai d'ailleurs fait tout un travail, sur lequel je travaille encore, concernant l'accueil et les compétences du nouvel infirmier. Parce que cela aussi, c'est complexe. Il faut mettre en place une sorte de parrainage. J'ai fait tout un document sur les actes techniques et les compétences, à la fois en savoir-faire et en savoir-être.

I : On va en parler après, oui.

R : Voilà. Et puis il faut aussi faire en sorte qu'ensuite, lorsqu'eux deviennent formateurs des élèves, ils soient eux-mêmes capables de former correctement. Donc il y a toutes ces compétences-là.

I : Oui, là c'est parfait. Ici, pour le savoir-être en tant qu'infirmière en chef, et on revient bien au début de la fonction, quel savoir-être te semblait vraiment indispensable à tes débuts ?

R. Quand j'étais infirmière, j'étais quelqu'un qui n'avait pas sa langue en poche. Mais je me suis rendu compte qu'en devenant infirmière en chef, on ne disait plus les choses de la même manière. Comme je le disais, auparavant j'étais beaucoup plus spontanée, mais ensuite j'ai dû apprendre à dire les choses d'une façon plus constructive.

J'essayais d'aborder les choses de manière à ne pas blesser non plus.

I : Plus diplomate ?

R : Voilà, plus diplomate, plus constructive, essayer de cerner les qualités des personnes et de les mettre en avant. Donc il faut certaines compétences de savoir-être, c'est certain.

I : Tu saurais en décrire quelques-unes ?

R : Oui. Par exemple, si je vois une infirmière qui est en train de commettre une erreur, imaginons qu'elle a oublié de mettre son masque lors de la réfection d'un pansement de voie centrale, alors que c'est obligatoire dans le protocole, je ne vais pas lui dire devant le patient : « Tu as oublié ton masque. » Je vais plutôt aller près d'elle et lui dire doucement : « Tu n'as rien oublié ? » en lui montrant discrètement. C'est une manière plus diplomate de faire les choses.

I : Oui, dans le respect.

R : Voilà, dans le respect. Parce que je pense qu'on n'obtient pas grand-chose de positif avec un comportement autoritaire. En tout cas, moi, je le pense. Surtout avec la nouvelle génération, je crois vraiment qu'on ne peut plus s'adresser aux gens comme moi j'ai parfois été traitée par ma chef d'unité auparavant.

I : Maintenant, on va parler de ton rôle aujourd'hui. Je vais te reposer plus ou moins les mêmes questions, mais cette fois-ci en lien avec la situation actuelle. Aujourd'hui, comment ça se passe en tant qu'infirmière en chef ? Qu'est-ce que tu fais aujourd'hui ? Est-ce que c'est resté la même chose ou est-ce qu'il y a eu des changements ? Tu disais notamment que, face aux nouvelles générations, tu as dû t'adapter. Est-ce que tu pourrais décrire un peu tout ça ?

R : Oui. Je pense qu'on avait plus de retours auparavant que maintenant. Enfin, je veux dire : les gens sont plus revendicateurs aujourd'hui. C'est vraiment le terme.

Par exemple, ils viennent parfois en voulant m'imposer leurs horaires, en disant : « Moi maintenant, je ne veux plus faire de nuit », ou des choses comme ça. Et cela devient compliqué.

Moi, j'essaye d'être juste, parce que c'est une qualité importante pour une infirmière en chef, afin qu'il n'y ait pas de tensions dans l'équipe : exercer son travail avec équité, avec justesse. Quand je fais un horaire, en tenant compte des desiderata, des congés des gens, on n'a pas toujours l'horaire idéal le mois suivant. Mais si l'horaire est un peu moins bon un mois donné, j'essaye de corriger le mois suivant.

Je trouve qu'à l'heure actuelle, les jeunes scrutent vraiment tout. Par exemple : « Je n'ai plus de mercredis », alors qu'on sait bien que le mercredi est important pour celles qui ont des enfants. Ou alors le vendredi... parfois je leur dis avec humour : « Moi, je pensais que le week-end commençait le samedi, pas le vendredi. » Je le dis de façon un peu humoristique pour faire passer le message.

Les gens ne sont plus prêts à accepter tout comme auparavant. Quand j'étais jeune infirmière, la chef disait quelque chose, on ne bronchait pas et on s'exécutait. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Il faut donner les raisons, expliquer pourquoi on demande telle chose. C'est plus complexe. Et quand les choses se passent mal, on doit vraiment se justifier. Avant, il y avait moins de justifications à donner et les personnes s'exécutaient davantage.

I : Est-ce qu'aujourd'hui tu as des savoir-être qui te semblent encore plus indispensables ?

R : Oui, forcément, j'ai évolué.

I : Tu saurais décrire un petit peu ?

R : J'essaye de faire attention à la façon dont je m'adresse aux gens. Je reviens vers eux. Je pense qu'on obtient de meilleurs résultats quand on est transparent. Je dis toujours qu'il faut de la transparence.

Quand on veut contourner les choses ou ne pas expliquer, cela se passe moins bien. Je l'ai remarqué. Par exemple, si je veux mettre un horaire qui n'est pas tout à fait dans la norme, entre guillemets, je prends les devants et je l'explique avant de l'imposer. Donc il faut plus de doigté.

I : Et est-ce que tu pourrais me citer des qualités qui te semblent importantes aujourd'hui dans ta fonction ?

R : L'écoute, l'écoute active. Ensuite, quand une chef d'unité doit prendre une décision, il y a toujours deux possibilités : si elle choisit le chemin A, elle contentera ceux qui étaient pour A, mais décevra ceux qui étaient pour B, et inversement. Mais quand je prends une décision, je pense toujours l'avoir analysée et j'espère que c'est la meilleure solution, ou en tout cas la plus adéquate.

Une autre qualité importante, c'est que les décisions doivent être justes. Il ne faut pas faire preuve de favoritisme.

Et je dis toujours aussi, c'est peut-être drôle de le dire comme ça, que quand on est infirmière en chef, on est seule. Pour moi, en tout cas, on ne peut pas faire de copinage avec les membres de l'équipe.

I : Qu'entends-tu par-là ?

R : Rester neutre. Et aussi ne pas être génératrice de « bruit de couloir ». Ça aussi, c'est une bonne qualité.

I : Oui, dans la gestion des conflits aussi, j'imagine ?

R : Oui, bien sûr. Il y en a. Mais il faut écouter les deux parties avant de prendre position, et parfois confronter les personnes.

I : Comment ça se passe quand il y a un conflit dans ton équipe ? Comment est-ce que tu gères cela ?

R : J'essaye d'abord d'avoir les différents points de vue, de les analyser, et aussi d'interroger les personnes qui étaient présentes, afin de me faire une idée de la véracité des faits.

I : Et les conflits, c'est sur base de quoi, en général ?

R : Ça peut être très varié. Ce qui m'a étonnée quand j'ai pris ma fonction, c'est que je ne savais pas que j'aurais à régler des « problèmes de bac à sable », comme on dit. C'est vraiment un aspect du métier qui surprend quand on devient chef d'unité.

Et puis il y a aussi des situations où chacun veut être reconnu, veut avoir la primauté dans certaines choses. C'est très étrange. Cela crée de petits conflits.

Parfois, on se dit : « Mais si tu lui disais simplement les choses, il n'y aurait pas besoin d'en faire une montagne. » Ce sont parfois des choses très mineures qui prennent une ampleur énorme.

Par exemple : « Elle n'a pas refait le pansement », « le pansement n'était pas propre », « elle nous a laissé tel soin alors qu'il aurait dû être fait », « la chambre n'était pas en ordre »... des choses comme ça.

I : C'était une question prévue plus tard, mais je pense que c'est le bon moment : est-ce que tu as déjà eu des conflits plus intergénérationnels dans tes équipes ?

R. Oui, oui. Pas forcément de manière ouverte, mais cela se sent, parce que la manière de travailler est parfois très différente.

Par exemple, avec les plus jeunes, j'ai souvent dû aborder la question du GSM. Avant, chez nous, on ne pouvait pas l'avoir sur soi. Maintenant, à cause de la cyberattaque, on est obligés de l'avoir parce qu'on en a besoin pour débloquer certaines situations avec des codes. Donc il est utile à certains égards.

Mais malgré tout, dans la nouvelle génération, je remarque que le GSM reste un point important. Parfois, quand il faut se mettre au travail, elles prennent leur téléphone. Je ne regarde pas ce qu'elles font, mais je dois parfois intervenir. Le téléphone peut être utile, par exemple si moi-même je veux vérifier rapidement un médicament prescrit, cela va plus vite. Mais entre générations, c'est souvent ça : la difficulté à commencer le travail directement, à se décrocher du téléphone.

I : D'accord. Et on le sent dans les remarques des plus anciennes ?

R : Oui, ça revient systématiquement.

I : Si tu devais comparer tes débuts à aujourd'hui, comment décrirais-tu l'évolution de ta fonction managériale ?

R : Je trouve qu'elle est plus complexe aujourd'hui. Il y a tout cet aspect d'acceptation des horaires, j'y reviens souvent, mais c'est important. Il faut être plus flexible et toujours devoir justifier certaines décisions que je prends, alors qu'avant je ne devais peut-être pas autant me justifier.

I : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui, selon toi, ont évolué dans la fonction ?

R : Oui. Il faut bien se dire qu'avant, le temps d'hospitalisation était plus long qu'aujourd'hui. Maintenant, on est soumis à des durées de séjour beaucoup plus courtes. Cela fait que le turnover des patients est beaucoup plus élevé, ce qui nécessite aussi beaucoup plus de travail.

Et puis l'évolution du dossier patient informatisé est aussi plus complexe. On a beaucoup d'indicateurs de qualité à remplir. Tout cela est répertorié à travers des échelles qu'on doit compléter davantage. Donc, oui, en termes de paperasse, il y a plus d'administratif qu'avant. C'est clair.

Je pense aussi qu'on a moins de temps auprès du patient.

Et puis il y a la pénurie d'infirmières.

Cette pénurie fait que j'ai beaucoup moins de temps à consacrer au management, parce que je dois aussi prendre en charge des patients. Je travaille dans un petit hôpital, pas dans un hôpital universitaire où les infirmières en chef sont totalement détachées. Pour l'instant, ce n'est plus mon cas à cause de la pénurie de personnel.

I : Et avec cette pénurie, comment est-ce que tu t'es adaptée ?

R : Je n'ai pas le choix. Ma direction ne peut plus engager davantage pour l'instant. J'ai aussi trois femmes enceintes dans mon équipe, donc la situation s'est vraiment aggravée. Je dois aller en chambre si je veux pouvoir faire tourner mon unité.

I : Donc tu dois être vraiment polyvalente.

R : Oui, je dois être polyvalente et tout gérer.

I : Par rapport au début de ta fonction, est-ce qu'il y a des choses qui sont restées globalement similaires ?

R : Oui. On essaye toujours de maintenir la qualité. Ça, ça ne change pas. L'objectif ultime, c'est de maintenir la qualité des soins. Même si on doit redoubler d'efforts, même si on a moins de temps, on doit quand même essayer d'y parvenir. On doit aller plus vite, on a moins de temps à consacrer au patient, moins de temps pour l'écouter. C'est dommage, mais c'est comme ça.

I : Et est-ce qu'il y a des choses qui sont plus présentes aujourd'hui qu'à tes débuts ?

R : Oui, tout ce qui concerne la tenue du dossier infirmier, avec tous les indicateurs de qualité : les différentes échelles, Braden, STRATIFY, et d'autres encore. Il y en a plein qu'on doit

remplir. Et en réunion d'infirmières en chef, on nous donne tous les résultats. Avant, on n'avait pas ça de cette manière-là.

I : Est-ce qu'il y a des compétences que tu aimerais davantage développer dans ton rôle managérial, pour faire face à la réalité actuelle du terrain ?

R : Oui. Je trouve qu'il y a une discordance entre la théorie et la pratique de terrain. Ce que j'aimerais avant tout, c'est avoir plus de temps à consacrer à des projets. J'aimerais aussi développer davantage mes compétences technologiques et informatiques.

Je viens d'une autre génération, je ne suis pas née avec un ordinateur en main. Donc, oui, parfois c'est plus compliqué pour moi. Maintenant, il y a aussi l'IA, et je ne m'y connais pas encore. J'aimerais bien m'informer davantage pour pouvoir utiliser l'IA, par exemple pour m'aider dans certaines tâches ou dans la création de projets.

I : Maintenant, on va entrer dans la dernière partie. On a parlé du début de ta fonction, de ta fonction actuelle, et tu as cité pas mal de changements. À quoi attribues-tu ces changements-là ?

R : Je pense que le Covid a changé énormément de choses. Il y a vraiment un avant et un après-Covid. Ça peut paraître un peu aberrant dit comme ça, mais c'est comme ça. Aux soins intensifs, on était au cœur du problème. Il y a eu une réelle souffrance psychologique du personnel. On sait maintenant qu'il y a eu beaucoup de burn-out. Donc ça, ce n'est pas négligeable.

Et puis il y a aussi les nouvelles technologies, à tous les niveaux. Elles arrivent très vite, avec du nouveau matériel, et il faut suivre.

I : Tu me parlais du burn-out. Par rapport au bien-être au travail, cela prend de plus en plus d'importance en tant qu'infirmière en chef, non ? De quelle manière le ressens-tu ?

R : Je trouve que les gens se plaignent davantage. Je ne sais pas... on ne peut plus... ils n'ont pas beaucoup de résistance, je trouve. Ils sont vite dépassés, vite débordés quand on leur demande certaines tâches.

Par exemple, on peut entendre : « Chef, il faut que tu sonnes », ou « on ne va pas prendre le chariot d'urgence », ou d'autres choses du même genre dès que les tâches sont un peu plus complexes. Ils sont vite dépassés.

I : D'accord.

R : Je trouve que c'est une génération beaucoup moins résiliente.

I : D'accord. C'est intéressant. Est-ce qu'il y a des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé ta manière d'exercer ? Par exemple des fusions, l'accréditation canadienne, ce genre de choses ?

R : Oui, l'accréditation a eu du positif, mais aussi du négatif. Parce que moi, je vais passer mon temps à établir des protocoles, à les revoir, etc., et cela rend mes tâches davantage administratives.

Or, ce qui m'intéresse, en tant que chef d'unité, c'est quand même le travail au chevet du patient. C'est le but final. La sécurité du patient, le ressenti du patient, le bien-être du patient : cela doit rester le centre d'intérêt de tout le monde hospitalier. C'est quand même le patient qui fait tourner le service. Pour moi, c'est le plus important.

I : Il me reste une dernière question. Sur vos 26 années de fonction, est-ce qu'il y a plusieurs moments ou périodes qui vous ont particulièrement marquée ?

R : Oui, bien sûr. Le Covid, évidemment.

Mais il y a eu aussi la période où l'hôpital a subi une inspection de la Région wallonne, notamment par rapport aux horaires. Avant, on pouvait parfois davantage satisfaire les agents. À partir du moment où il y a eu cette inspection sur les horaires, il a fallu respecter les 50 heures maximum par semaine.

Cela a entraîné beaucoup de changements, notamment avec les veilleurs de nuit. Avant, ils commençaient du lundi au lundi ; ensuite, ils ont dû commencer du mercredi au mercredi. Ils faisaient le même nombre de nuits, mais réparties différemment sur deux semaines. Cela a beaucoup changé les horaires et ça a été une période assez compliquée.

Encore aujourd'hui, c'est compliqué. Avant, quand on avait un malade, on savait rappeler les gens. Maintenant, c'est plus difficile, parce que les compteurs d'heures sont remis à zéro tous les trimestres. Les heures supplémentaires ne doivent pas exister, ou alors elles sont payées, mais de façon très dérisoire.

Peut-être que le personnel a raison de ne plus vouloir être payé « pour des queues de cerise », comme on dit. Parce qu'une fois les contributions retirées, il ne reste plus grand-chose. Heureusement, il y a aussi des mesures positives, comme les heures volontaires défiscalisées, qui aident un peu, même si tout le monde n'y a pas droit.

Et puis il y a eu aussi toutes les nouvelles lois dans le secteur hospitalier. Déjà dans les années 1990, lorsqu'un séjour hospitalier était trop long, il y avait des pénalités pour les hôpitaux. Donc les choses ont changé. Le turnover a énormément évolué.

Quand on regarde, par exemple, une prothèse de hanche : avant, on restait un mois à l'hôpital en orthopédie ; maintenant, parfois la semaine suivante, la personne est sortie. Moi, j'ai travaillé à une époque où, pour une cataracte, les patients restaient hospitalisés deux jours. Maintenant, ils rentrent chez eux. Donc oui, ça change énormément l'activité infirmière.

I : Avant de terminer, est-ce qu'il y a un point ou quelque chose que tu souhaiterais ajouter, maintenant que tu vois mieux le but de ma recherche ?

R : Je pense que je t'ai déjà donné beaucoup de pistes. Mais parfois, je me demande quand même si nous, nous avons raison. Quand on parle entre personnes qui ont davantage d'expérience par rapport aux nouveaux engagés, on se dit parfois qu'ils n'ont peut-être pas tort de ne plus se laisser faire comme nous on s'est laissé faire auparavant.

Mais malheureusement, comme nous avons été élevées comme ça, nous ne savons pas changer. Et cela crée parfois des conflits entre les générations. Moi, je pense que ça, c'est réel. Les plus

jeunes sont plus dans une génération en quête de sens, de savoir pourquoi elles font les choses quand on leur demande.

Ce n'est pas qu'on ne voulait pas le savoir avant, mais aujourd'hui, sur la gestion du temps et des horaires, les jeunes... je ne sais pas, il est l'heure, elles prennent leur sac. Et si elles ont fait deux minutes supplémentaires, il faut leur comptabiliser. Avant, nous, on laissait tomber un quart d'heure, on continuait à travailler.

Et il y a aussi beaucoup de rapport à l'argent dans les jeunes générations. Elles ne veulent plus... ici, on m'a clairement dit : « Stop, chef. » Pendant un certain temps, elles pouvaient comprendre qu'il fallait aider un peu davantage parce qu'il manquait quelqu'un, mais maintenant c'est terminé. Nous, on n'aurait jamais osé le dire. On aurait continué à travailler pour le besoin du service. Elles, elles ne veulent plus faire ça.

C'est comme pour les jeunes médecins : avant, certains travaillaient jusque 22 heures ; maintenant, ils sont en cabinet et ne travaillent plus le mercredi après-midi. C'est comme ça. Est-ce qu'ils ont tort ? Est-ce qu'ils ont raison ? En tout cas, leur vie personnelle a beaucoup plus d'impact sur leur vie professionnelle que pour nous, qui laissions souvent tomber notre vie personnelle.

I : C'est aussi ce qu'on apprend à l'université : la question de la centralité du travail. Le travail était beaucoup plus central dans les anciennes générations, alors que chez les plus jeunes, la vie extérieure a davantage de place.

R : Oui, ça c'est clair. Et ça change tout l'esprit du travail.

I : D'accord, merci beaucoup. Merci d'avoir répondu à mes questions.

R : Je voulais aussi dire que j'avais une aide logistique qui, à mon sens, ne convenait pas vraiment, parce qu'elle n'accomplissait pas son travail dans les délais et n'avait pas non plus le sens de l'initiative qu'elle aurait dû avoir. Donc c'est parfois compliqué.

Le travail qui était accompli auparavant par deux autres personnes était quand même plus sérieux que celui réalisé par cette personne-ci.

I : Et comment lui as-tu transmis le message ?

R. D'abord, lors d'une évaluation, on demande à la personne de s'autoévaluer sur certains critères bien définis. Je lui donne donc d'abord les questionnaires, elle travaille sur le sien, et moi je fais le mien de mon côté.

Ensuite, nous avons une discussion, comme maintenant, très libre, par rapport aux items de l'évaluation. Elle peut dire, par exemple : « Moi, je me mets 8/10 », et moi je peux lui répondre : « Écoute, moi je t'ai mise à 6/10, parce que... »

J'ai aussi des éléments concrets. Par exemple, à cet étage, il y a beaucoup de nettoyage à faire : nettoyer les armoires, vider les chambres, etc. Or, elle n'aime pas le nettoyage. Donc je lui ai dit : « Si tu n'aimes pas le nettoyage, pourquoi as-tu postulé ? C'est les trois quarts du travail. »

Elle m'a répondu qu'elle n'aimait plus ça. Je lui ai dit : « Alors si tu n'aimes plus, cela se ressent dans ton travail. »

Par exemple, si dans la monographie de fonction il est indiqué qu'elle doit faire les frigos une fois par mois, et qu'elle ne le fait pas, moi j'ai des éléments mesurables. Je connais aussi les commandes : je vois s'il en manque, si elle a bien anticipé ou non. J'ai déjà cadré le nombre de matériel nécessaire de façon hebdomadaire. En principe, elle doit juste vérifier ce qui manque et recommander ce qu'il faut pour assurer le stock.

I : Et donc tu lui fais un feedback quand ce n'est pas respecté ? Tu retournes vers elle ?

R : Oui, c'est ça. Et puis j'essaye aussi de la remotiver. Mais ici, elle m'a dit qu'elle n'aimait plus ce travail, qu'elle cherchait autre chose, qu'elle avait travaillé dans la vente auparavant, dans un magasin.

Et avec le directeur, je lui ai dit : « Il y a des tâches que tu ne fais pas, notamment le nettoyage des chambres. » Je lui ai dit : « Je t'ai observée aujourd'hui, tu ne le fais pas. Est-ce que tu le fais quand même parfois ? » Elle m'a répondu non.

Je lui ai dit : « C'est monstrueux, ce que tu me dis là. » Parce que si un patient immunodéprimé, comme on en a en réanimation, attrape une bactérie parce que tu n'as pas bien nettoyé, même les claviers, alors ton travail est indispensable. Tu n'as pas compris l'essence même de ton travail.

Là, il faut dire les choses telles qu'elles sont. Il n'y a pas 36 façons de le dire.

I : C'est sûr. Mais ce n'est pas évident non plus. On aimerait bien que toutes les évaluations se passent bien.

R : Franchement, moi aussi, j'aimerais mieux avoir du personnel parfait et ne devoir faire aucune remarque. On n'est jamais heureux d'annoncer des choses négatives comme ça.

I : Mais c'est essentiel de le dire quand ça ne va pas.

R : Bien sûr. Sinon, on se retrouve avec des gens au travail qui ne font pas correctement leur travail, et c'est toi qui en paies les conséquences. Moi, j'essaye toujours de ne pas garder du personnel qui ne convient pas. En tout cas, j'en fais part à ma direction. Je fais des courriers, j'explique.

I : Donc tu prends les choses en main, avec des éléments mesurables et observables.

R : Oui, oui. SMART, comme on dit. Les objectifs SMART, j'essaye toujours de les utiliser. Et quand je parle aux personnes, je leur donne des exemples concrets.

Comme ici, le directeur qui était avec moi lui a dit : « Madame untel, vous ne faites pas les tâches prévues dans les chambres ? C'est votre travail. Et c'est indispensable. Je vais vous faire un courrier. »

Ce sont des situations délicates, qu'il faut savoir gérer.

I : Donc tu connais déjà, moi c'est Florine. Je suis étudiante en ingénieur de gestion à l'UCL, à Louvain. J'ai fait mon bachelier ailleurs, mais maintenant je suis à Louvain. Je me suis spécialisée en logistique quand j'étais en Belgique et puis je suis partie un semestre au Canada, où je me suis spécialisée en gestion des personnes en milieu de travail. C'est un peu comme les ressources humaines, sauf que là, on considère vraiment davantage la personne. Le Canada est un peu plus avancé que la Belgique à ce niveau-là, on va dire. Je me suis rendu compte que j'aimais beaucoup plus l'aspect management humain que la logistique, et c'est ça qui a fait que j'ai orienté mon mémoire vers cette partie-là de mes études. Donc là, je suis en Master 2 et je rends normalement mon mémoire au mois de juin, si tout va bien.

Ici, l'objectif de l'échange, c'est vraiment de recueillir ton point de vue et ton expérience personnelle et professionnelle dans ta fonction d'infirmière en chef, mais plus particulièrement dans la dimension managériale de cette fonction. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui m'intéresse, c'est vraiment ton vécu, ton ressenti et tout ce que tu as à me raconter.

L'entretien devrait durer environ une demi-heure. Parfois ça dure un peu plus, en fonction des réponses que tu vas me fournir. Avec ton accord (je te l'ai déjà demandé) l'entretien sera enregistré, mais il n'y a pas de souci : cela reste anonyme et confidentiel, et le mémoire sera lui aussi confidentiel.

Tu es libre de ne pas répondre à certaines questions si tu n'es pas à l'aise, même si normalement il n'y a rien de dérangent. Et aussi, si tu ne comprends pas le sens d'une question ou là où je veux en venir, n'hésite pas à me le demander. Est-ce que tu as des questions avant de commencer ?

R : Non, non, ça va. C'est juste pour voir un petit peu si je saurai répondre à tout ce que tu me demandes.

I. Donc ici, la première partie, ce sont vraiment des questions plus basiques, plus signalétiques, pour que je puisse répertorier les profils. Quel âge as-tu ?

R. 62 ans.

I. Dans quel hôpital travailles-tu ?

R. Pour l'instant à l'hôpital B pour être exacte.

I. De combien de personnes est composée ton équipe ?

R. Alors c'est un petit peu particulier. En fait, je gère quatre petites équipes. Je gère d'abord le brancardage, où il y a dix personnes. Les CSO, donc les conseillères en soins oncologiques, elles sont trois. La polysomnographie, elles sont quatre. Et les assistantes logistiques volantes, elles sont trois. Donc voilà, ce sont toutes des petites équipes. Auparavant, j'étais responsable de toutes les consultations, et là j'avais trente infirmières et plus ou moins quatre-vingts médecins. Et avant ça, j'étais à X, où j'étais responsable de l'orthopédie. Là, j'avais aussi une petite vingtaine de personnes à gérer.

I. D'accord. Et est-ce que tu as fait une formation complémentaire à ta formation d'infirmière ?

R. Oui, oui, tout à fait. J'ai fait l'école des cadres à Bruxelles pendant trois ans, tout en travaillant. J'avais des congés-éducation payés. Donc je suis allée pendant deux ans aux cours, c'était près de l'UCL en fait, et puis j'ai fait une troisième année de mémoire.

I. D'accord. Donc là, c'était vraiment pour te situer un peu maintenant par rapport à ton parcours. Depuis combien de temps est-ce que tu occupes la fonction d'infirmière en chef ?

R. Alors, je pense que j'étais chef à l'âge de 30 ans. À ce moment-là, j'étais monitrice de nuit pour deux hôpitaux. Et c'est en faisant mes horaires de nuit que j'ai fait en même temps mes études de cadre.

I. Ok, donc ça fait trente-deux ans plus ou moins.

R. Oui, c'est ça, plus ou moins. Et puis après ça, quand j'ai fini, je suis partie à X et là j'ai été treize ans responsable de l'orthopédie. Puis, vu la construction de la maison ici et vu l'emplacement de la maison, je me suis dit que c'était un peu bête d'être à côté d'un hôpital et de travailler loin. Et après treize ans en orthopédie, il me semblait que j'avais fait le tour aussi. L'orthopédie est très systématique, et il me semblait que j'avais mis plein de choses en route, donc je commençais un peu à me lasser.

I. Il te fallait un peu de challenge.

R. Oui. Et à ce moment-là, parce qu'à l'époque c'était comme ça, mon papa est arrivé en disant : « Regarde dans le journal, j'ai vu qu'ils cherchaient une responsable en consultations. » Je me suis dit : tiens, pourquoi pas ? J'ai postulé et comme je venais quand même d'une place de responsable, les questions de sélection me paraissaient assez faciles. Et j'ai été prise. Aussi, on me connaissait parce que, tout au début, j'avais déjà travaillé là-bas. Donc voilà, j'ai été prise pour être responsable des consultations, je l'ai été pendant quinze ou seize ans. Et puis maintenant, je suis passée en quatre-cinquièmes dans le cadre d'un crédit-temps en fin de carrière. C'est comme ça que j'ai diminué mon temps de travail, et ce n'était plus possible d'être responsable de trente infirmières et quatre-vingts médecins. On m'a donc donné quatre petites équipes.

I. D'accord, merci. Alors là, on va rentrer dans une autre partie. Je vais te demander de replonger vraiment au tout début de ta fonction d'infirmière en chef, donc quand tu as eu ce rôle, quand ta formation était terminée et que tu gérais tes équipes. À tes débuts, qu'est-ce que c'était, exercer le rôle d'infirmière en chef, quand tu as commencé ? Comment est-ce que tu m'expliquerais ça ?

R. Moi, je vais t'expliquer. Tu vois, pendant que j'étais monitrice de nuit, c'était un peu particulier. Je faisais les nuits, mais je croyais que je faisais plus infirmière volante qu'autre chose. Je trouvais que je n'étais pas vraiment responsable d'une équipe, même si je sentais déjà que j'aimais ça, que j'aimais organiser, voir, aider. D'ailleurs, j'avais mis au point tout un travail, que j'avais remis à la direction, et après cela toutes les veilleuses ont eu droit à un repas le soir, parce que c'était dans la législation et j'avais fait valoir cela. Puis mon mémoire portait aussi sur les besoins en formation permanente du personnel de nuit, et on s'est également servi

de mon mémoire pour atteindre des objectifs de formation. Mais malgré ça, cela ne me satisfaisait pas vraiment.

Quand j'ai eu mon diplôme, il faut savoir qu'au tout début, en 1984, j'avais travaillé en orthopédie à X. Et j'adorais ça, vraiment. Puis je suis venue à B, j'ai un peu roulé ma bosse partout, puis j'ai été monitrice de nuit, j'ai obtenu mon diplôme, et à ce moment-là un copain m'a téléphoné pour me dire : « Madame X, il y a une place de responsable en orthopédie à X qui se libère. » Et là, je me suis sentie prête à y aller. J'adorais l'orthopédie, je sentais que j'aimais vraiment organiser. Moi, organiser, c'est vraiment mon truc. Dans toutes mes évaluations, dans tous mes entretiens, ça a toujours été mon point fort. J'adore ça. C'est quelque chose d'un peu inné, je pense.

Donc j'ai postulé, comme je venais aussi de sortir de l'école des cadres et qu'on me connaissait déjà un petit peu, j'ai été prise pour être responsable en orthopédie à X. Mais maintenant, je ne me rendais pas compte au début. Tu es jeune et tu ne te rends pas compte finalement de toutes les responsabilités qu'on te donne.

I. Tu saurais vraiment en citer quelques-unes, des responsabilités que tu avais là au début ?

R. Quand j'ai commencé, d'abord, je me suis rendu compte que dans l'équipe il y avait des personnes beaucoup plus expérimentées et beaucoup plus âgées que moi. Et puis c'était avec le docteur G à l'époque. Le docteur G, c'était un grand chirurgien et tout le monde avait peur de lui. Donc je me suis dit que j'allais devoir travailler avec un très grand patron. Mais bizarrement, il avait le même âge que mon papa et mon papa a toujours été très sévère avec moi. Donc j'ai retrouvé un peu l'éducation de mon père dans ce chirurgien-là. Et ça ne m'a pas fait peur, en fait. Beaucoup de gens le craignaient, et la chef avant moi, qui avait essayé, avait abandonné parce que c'était trop compliqué, surtout la relation avec le chirurgien.

Mais voilà, j'ai été plongée dans cet univers. Et a posteriori, il y a une infirmière qui est venue me trouver et qui m'a dit : « Madame X, quand tu es arrivée, qu'est-ce qu'on a eu peur ! On aurait dit un volcan. Tu avais mis l'idée à plat et tu nous as fait peur. » Mais ça, moi, je ne m'en rendais pas compte. J'avais tellement de choses en moi, tellement d'idées. Comme je te l'ai dit, j'ai toujours eu ce besoin d'organiser. Déjà quand je suis sortie de l'école et que je travaillais en orthopédie, ça m'énervait la manière dont on travaillait, parce qu'on travaillait à la chaîne. Et ça, ça ne me plaisait pas. Avec deux ou trois jeunes qui étaient là, et avec une vieille chef qui ne voyait pas grand-chose, on avait déjà réorganisé un peu le service de manière informelle. Et là, je pouvais le faire formellement, mettre en place mes idées et organiser comme je voulais. Et ça, j'ai adoré. Maintenant, en effet, j'avais mis les idées à plat.

I. Et avec les équipes, comment ça s'est passé, le fait d'implémenter ce genre de choses ?

R. Écoute, j'aime beaucoup parler. Enfin, je parle très facilement. Et quand tu es responsable d'une équipe, il faut que tu emmènes ton équipe avec toi, il faut que tu les tires vers le haut. Et je pense que ça, c'est une facilité que j'ai aussi. J'ai peut-être cette capacité de persuasion, ou en tout cas d'explication. J'explique beaucoup, je communique énormément. Parce que si tu imposes en disant « je veux ça », mais que ça n'a pas de sens pour la personne, elle n'adhérera jamais à ton projet. Jamais.

Donc ce que j'ai fait au début, il me semble, c'est d'abord regarder et analyser. Et puis après je suis venue avec des idées. Le fait aussi que j'avais travaillé aux urgences avant a fait que mon expertise d'infirmière a été très vite reconnue. Et c'est important de ne pas arriver directement de l'école comme responsable, parce que ça marche beaucoup moins bien. Moi, j'avais travaillé aux urgences, donc quand une fille ne savait pas piquer, je piquais. Quand il fallait mettre une perfusion, je la mettais, sans souci. Comme j'avais déjà travaillé en orthopédie, je savais très bien ce que c'étaient les drains, une prothèse de genou, une colonne. Donc au niveau des connaissances, on m'a très vite fait confiance.

Et la confiance, je pense que c'est vraiment essentiel. Il faut que l'équipe te fasse confiance et, de ce fait-là, te respecte. Et à ce moment-là, c'est beaucoup plus facile d'organiser les choses, parce qu'elles savent que tu connais le terrain, que tu ne viens pas d'un bureau pour leur imposer quelque chose qui n'a pas de sens. Tout ce que j'ai implémenté avait du sens parce que j'étais avec elles, quelque part. Je travaillais avec elles. Quand il y avait beaucoup d'entrées à l'époque, je prenais l'appareil à électro et je faisais les électros. Donc je pense que l'équipe m'a suivie principalement pour ça au début : parce que j'étais reconnue.

I. D'accord. Mais par rapport à ça, quelles qualités te semblaient importantes à ce moment-là, pour toi, en tant qu'infirmière en chef ?

R. Je pense que c'était d'abord d'être écoutée, évidemment, et de ne pas être sabotée. Mon sentiment principal, c'était vraiment d'emmener toute l'équipe avec moi et de faire en sorte que l'équipe forme un groupe. D'aller toutes vers le même objectif. Mais pour ça, il faut faire des réunions, il faut expliquer le pourquoi du comment et il faut que tout le monde adhère. Donc il faut fédérer.

I. Et quand tu avais des tensions, quelqu'un qui ne suivait pas, ce genre de choses, comment tu réagissais ?

R. Ça, ça existe toujours dans une équipe. Tu as toujours un peu des réfractaires ou des résistances au changement. C'est inévitable. Alors ces personnes-là, il faut les prendre à part, il faut discuter avec elles, il faut communiquer, il faut trouver des consensus. Mais en fin de compte, c'est quand même moi qui avais le dernier mot, quelque part. Alors parfois ça fout le bazar, ou ça crée une mauvaise ambiance. Donc ce n'est pas toujours facile. Il y a des gens qui disent : « Non, moi je ne travaille pas comme ça », parce qu'ils ont toujours travaillé autrement et qu'ils pensent qu'il n'y a que leur manière de faire qui est bonne. Donc le principe, c'est d'abord d'être reconnue, puis respectée, et alors à ce moment-là tu sais avancer. Mais malgré tout, je n'ai pas eu énormément de difficultés.

I. D'accord. Pas beaucoup. Qu'est-ce qui te semblait indispensable au niveau du savoir-être, en tant qu'infirmière en chef vis-à-vis de tes équipes ?

R. Je pense que j'ai toujours eu beaucoup d'empathie. Je crois que c'était une qualité. C'est bizarre parce que parfois on m'a dit : « Toi, quand tu imposes, tu imposes. » Et moi, je ne le ressentais pas comme ça. Je le ressentais dans le sens où j'écoute quand même beaucoup les gens, je les écoute vraiment, mais in fine c'est quand même moi qui décide. C'est un peu bizarre à dire, mais j'écoute énormément les gens et je leur explique pourquoi j'ai cette opinion-là, pourquoi je pense comme ça.

Donc je pense que la communication, l'empathie, et puis aussi la reconnaissance. J'ai toujours fonctionné sur le principe du donnant-donnant. Tu me fais plaisir, tu travailles bien, mais quand tu as un desiderata, je te le donne. Ça, c'est très important je pense.

I. C'est de la reconnaissance envers tes équipes aussi.

R. Oui, c'est ça. De la reconnaissance, de l'empathie. Et ce qu'on m'a toujours dit aussi, c'est que j'ai toujours défendu mon personnel à fond. Toujours, toujours. Quand un patient se plaignait ou quoi, je n'allais jamais tout de suite dire : « Ah oui, celle-là... » Jamais.

I. Tu ne prenais jamais parti directement ?

R. Non. Quitte à avoir une discussion après, mais pas devant les gens. Et donc le plus difficile aussi, c'est de rester la plus objective possible. Ça c'est compliqué parce que parfois tu as des préférences, c'est inévitable, c'est humain. Mais tu ne peux pas le montrer. Donc dans les horaires, par exemple, ce qui est très important, c'est d'être impartiale, d'être objective. Tu ne peux pas mettre dix soirs à une personne et deux à une autre, sinon tu l'as tout de suite en pleine figure et elle va te dire : « Pourquoi elle a deux soirs et moi dix ? » Donc les horaires, c'était très important aussi.

Quand j'étais à X, je mettais quatre infirmières et une aide-soignante. J'avais un énorme tableau blanc avec le nom de tous les patients. Je voulais qu'on note aussi les antécédents des patients parce que j'estime qu'on ne soigne pas juste un genou ou une hanche, mais un patient avec toute son histoire, ses antécédents. Je voulais donc qu'on mette ça. Et je prenais énormément de temps la veille pour déjà organiser le travail du lendemain. Je mettais qui travaillait avec qui, et les étudiants savaient exactement de quels patients ils étaient responsables. C'était très organisé, encore une fois.

Alors l'envers de la médaille, c'est qu'on m'a dit que ça faisait très institutrice, que ça donnait l'impression que je les prenais pour des enfants, alors qu'elles étaient infirmières et savaient ce qu'elles devaient faire. Mais au tout début, quand j'ai observé, une fois le rapport terminé, on se demandait : « Qu'est-ce qu'on fait ? Tu travailles avec qui, toi ? On commence par quoi ? » On perdait facilement une demi-heure à discuter de qui faisait quoi. Une demi-heure fois cinq personnes, ça fait énormément de temps perdu dans une journée. Et ça, je ne supportais pas.

I. Donc tu recadrais un petit peu, en fait. Tu donnais un cadre, une direction.

R. Oui. Mais on me l'a parfois reproché aussi.

I. Peut-être trop rigide ?

R. Oui, parce que c'était très cadré. Une telle travaillait avec une telle, on divisait en deux parce que le couloir était en H. Donc il y avait un côté avec deux filles, et l'autre côté avec deux filles et une aide-soignante. Et je mettais les deux plus légères d'un côté, j'équilibrais évidemment, et quand elles avaient fini d'un côté, elles devaient aider de l'autre. C'était très, très structuré.

I. D'accord, merci pour cette partie. Maintenant, on va rentrer dans la réalité actuelle, donc dans ta fonction d'infirmière en chef aujourd'hui. Je vais te poser quasiment les mêmes questions, mais avec maintenant. Qu'est-ce que c'est, exercer le rôle d'infirmière en chef aujourd'hui ?

R. Tu vois, ça va être un peu compliqué pour moi parce que je ne suis plus responsable d'une équipe dans un service comme avant. J'ai changé complètement. Je suis responsable du brancardage, ce qui est complètement différent. La polysomnographie, ce sont trois filles qui travaillent de nuit et qui mettent des électrodes sur la tête et surveillent des ordinateurs. Les CSO ont aussi des tâches très particulières. Mais en termes de gestion d'équipe, la logique managériale reste la même.

Par exemple, la gestion des horaires, tu l'as systématiquement. Et de nouveau, j'ai gardé ma même logique. Il faut que je reste impartiale, que je reste objective. Si je dis oui à l'une, il faut que je dise oui à l'autre. Et par exemple, on te le dit tout de suite si tu fais une erreur.

Au brancardage, il n'y a que des trois-quarts temps. Et moi, dans ma tête, je pensais leur faire plaisir en leur mettant parfois des temps pleins, parce que si tu mets trois temps pleins à quelqu'un, elle a une journée de récupération. Donc pour moi, c'était chouette. Mais on est venu me dire : « on est trois-quarts temps, donc on veut travailler en trois-quarts temps. » Je leur ai dit : « Oui, mais alors vous venez travailler tous les jours. » Et on m'a répondu : « Oui, mais comme ça on a nos chèques-repas, et puis on a des enfants et des choses à gérer, donc on a plus de temps pour notre famille quand on fait trois-quarts temps. » Donc j'ai compris. Je leur ai dit que j'allais mettre un maximum de trois-quarts temps, parce que j'avais bien compris leurs desiderata, mais qu'elles devaient aussi être conscientes que j'avais quand même besoin de temps pleins à certains moments et que j'en mettrais quand même, mais que je les répartirais sur toute l'équipe. Donc voilà, c'est encore une fois une question d'équité par rapport à l'équipe.

Le plus compliqué, c'est que tout le monde demande ses congés. En juillet et en août, maintenant que tout est raccourci, tout le monde veut la même période, souvent fin juillet-début août. Tu dois mettre dix personnes en congé sur huit semaines, et quand il y en a trop qui demandent la même période, il faut dire oui à l'une et non à l'autre. Ça, c'est compliqué, très compliqué. Et puis tu as toujours les petits malins qui disent : « Ah mais désolée, moi j'ai déjà réservé. » Non. Le règlement, c'est : tu me remets tous tes desiderata fin février, et début mars je te dis oui ou non. Mais il y en a toujours qui essaient de contourner ça.

Et puis évidemment, il y a toujours un malade. Pour moi, il y a plus d'absentéisme qu'au début. Et la grosse différence aussi, c'est que mon équipe à X était tellement soudée que dès qu'il y en avait une qui était malade, une autre se proposait spontanément : « Tu veux que je fasse plus ? Tu veux que je revienne ? » Maintenant, plus personne ne me dit rien quand il y a un malade. C'est moi qui dois aller chercher à gauche et à droite pour boucher les trous. Alors maintenant, il y a des incitants, des primes de rappel, qui n'existaient pas avant. Parfois, je leur dis : « Écoute, si tu reviens, je te mets une prime de rappel. » Et là, ça aide. Ça, ça n'existait pas avant.

Et puis ce qu'on a créé aussi, de manière générale, c'est la gestion journalière des effectifs. En fait, quand n'importe quel chef de service est en difficulté, il appelle la GJE, qui s'occupe de l'équipe volante. Et l'équipe volante est mise là où il y a un besoin. Mais maintenant, les équipes n'essayent même plus de se débrouiller elles-mêmes. On appelle tout de suite la GJE. Moi, je trouve que pendant les treize ans où j'étais responsable, je n'ai presque jamais fait appel à l'équipe volante. On s'est toujours débrouillées. Mais c'était aussi moins aigu.

Moi, une prothèse de hanche, tout au début, ça restait quinze jours à l'hôpital. Il y avait deux jours de traction. Puis quand je suis partie en 2017, ça restait une petite semaine. Et maintenant, une prothèse de hanche, ça reste deux ou trois jours, voire ça commence à se faire en hospitalisation de jour. Tu vois comme ça a évolué.

Ce que j'appréciais quand j'étais à X, c'est que j'avais le temps de parler avec les patients tous les jours. Je faisais mon tour, je voulais voir tous les patients, sentir comment ils allaient, voir s'ils avaient mal, comment ça se passait. Et quand je passais faire mon tour, je regardais aussi si la chambre était bien en ordre. C'était une façon de suivre le travail aussi. J'avais le temps, et c'était important. Maintenant, demande à n'importe quel chef de service s'il réussit à faire son tour de patients. Il y a trop de turnover, trop de folie. Je ne voudrais plus travailler dans un étage aujourd'hui. Les infirmières sont en pénurie, elles courent partout, elles n'ont plus le temps de parler avec le patient. Elles vont à l'essentiel : médicaments, pansements, ce qu'elles doivent faire, point. Elles n'ont plus le temps.

Et la chef de service, qu'est-ce qu'elle fait ? Parfois, elle remplace carrément l'infirmière, tellement il n'y a plus assez de personnel. Donc ce rôle de coaching, d'organisation, parfois elle doit le laisser tomber pour redevenir simple infirmière. Et puis le turnover est tellement important, il y a tellement de médecins dans les pattes, tellement de papiers... enfin, de papiers qui deviennent de l'informatique. Il y a beaucoup plus d'administratif qu'avant.

I. Plus d'administratif ?

R. Beaucoup plus. Tu dois tout prouver. Tu donnes une bouteille d'eau, tu dois le prouver. Oui, il y a beaucoup plus de paperasse qu'avant.

I. Je vais te reposer la même question : est-ce qu'il y a des savoir-faire qui te paraissent indispensables aujourd'hui, plus peut-être qu'à tes débuts ?

R. Oui. Le savoir-faire aujourd'hui, c'est l'ordinateur, de plus en plus. Je te dis qu'il y a de plus en plus de paperasse, mais il y a aussi de plus en plus d'ordinateurs, d'informatique. Les filles, quand elles distribuent leurs médicaments maintenant, elles cochent sur le PC. Et ça va être de plus en plus comme ça. Donc vous, les jeunes, vous êtes nés là-dedans, vous êtes doués. Mais moi, qui suis déjà plus âgée, c'est dur. Quand je suis arrivée à B en 2007, c'est à peine si j'allais sur mon ordinateur une fois. Je n'avais pas de mail, rien du tout, tout se faisait par téléphone. Et maintenant, c'est impensable de ne plus avoir de PC. Même toutes les chefs de service ont un PC portable quand elles vont en réunion. Moi, pas. J'écris dans mon carnet. Oui, ça c'est clair et net : l'ère de l'informatique est là. Et c'est compliqué. Ce n'est pas compliqué pour les jeunes, mais dès que tu arrives à la quarantaine, ça devient plus compliqué. Il faut vraiment s'adapter.

Tu as quelque chose à faire réparer, tu dois aller sur l'ordinateur, suivre une procédure. Tu dois isoler quelqu'un, tu dois retrouver la bonne information sur l'ordinateur. Avant, on avait des fardes. Maintenant, on a tout sur ordinateur, mais quand tu n'as pas l'habitude, déjà trouver la bonne rubrique, taper le bon mot, ça énerve beaucoup. Et puis les mails que les filles reçoivent, il y en a qui ne vont jamais les voir. Donc soi-disant la communication est plus facile, mais moi je ne trouve pas. Cela dit, à l'époque du papier, il y avait aussi des papiers partout. Donc ce n'est pas tout blanc ou tout noir.

I. On va rentrer dans une des dernières parties. Là, ça va être vraiment de comparer ton rôle managérial tel que tu me l'as décrit au début et maintenant. Si tu compares les deux, qu'est-ce que tu perçois comme évolution ou comme changement ?

R. Comme je t'ai dit, la rapidité. Tout devient rapide. Tu travailles comme si tu étais tout le temps dans l'aigu. Le turnover est terrible. Moi, j'ai toujours adoré parler avec les patients, les

rassurer, les soigner vraiment. Et maintenant, non, manque de temps. Complètement. Pour moi, un patient, ce n'est pas une plaie, une fracture ou un fémur. C'est tout un patient avec une histoire. Mais maintenant, on s'en fout un peu du tout. Il est là pour soigner sa fracture du fémur, on soigne son fémur, et le reste... Voilà. Alors que ça n'a jamais été ma vision du soin. Donc retravailler dans un étage, pour moi, ce serait très dur. Très, très dur. Il y a ça, il y a le turnover terrible, le fait que je ne pourrais plus parler avec le patient comme je veux, les exigences, le fait que tu dois terminer tes soins pour une certaine heure, donc une pression terrible. Et puis l'informatique, qui pour moi serait vraiment difficile. Si j'étais aujourd'hui infirmière dans un étage, j'aurais très difficile à cause de tout ça par rapport à ce que j'ai connu.

I. Ok. On va passer maintenant à ces changements : à quoi est-ce que tu les attribues principalement ?

R. Écoute, l'informatique, je pense que c'est partout, de manière générale. Et aussi le financement, malheureusement. Plus le séjour est court, plus les hôpitaux sont récompensés financièrement. Donc derrière, il y a de l'argent. Ce n'est pas pour rien que les hôpitaux qui ont un meilleur rendement sont mieux récompensés. C'est pour ça que maintenant la majorité des interventions va se faire en hospitalisation de jour. Au niveau financier, ça rapporte. Je pense aussi que je n'étais peut-être pas autant consciente de cela quand j'étais jeune. Maintenant, j'entends beaucoup plus parler de rentabilité, de taux d'occupation maximal, de ce genre de choses. Donc oui, l'argent, c'est sûr. Et l'informatique aussi. Et puis je dirais aussi le besoin de tout justifier. D'une part pour obtenir de l'argent, et d'autre part pour avoir une traçabilité, parce qu'il y a beaucoup plus de plaintes qu'avant. Tu dois savoir tout justifier. C'est pour ça qu'il faut tout noter.

Avant, je notais, mais je notais par exemple : « patient douloureux, on lui a donné un Dafalgan ». Puis ça a commencé à être un peu plus développé, en allant système par système. Mais maintenant c'est encore beaucoup plus complexe. Tu ne peux pas attacher un patient s'il n'y a pas le consentement, il faut une signature, il faut un ordre médical. Pour l'alimentation, il faut faire des échelles pour voir s'il n'est pas dénutri, si on a donné assez de protéines. Il faut tout justifier.

I. Si je te parle maintenant de tout ce qui est bien-être au travail, manque de personnel, conflit intergénérationnel, est-ce que tu as déjà vécu des situations en lien avec ça ?

R. Concernant le bien-être, je suis très, très attentive au bien-être des équipes. Pour te donner un exemple, j'étais responsable du brancardage et quand je suis arrivée, ils travaillaient dans une pièce où il n'y avait pas de store, il y avait des choses cassées, c'était vraiment laid. Et j'ai dit : « Non, je ne veux pas qu'ils travaillent là-dedans. Ça, c'est niet. »

Je reprends aussi l'exemple des CSO. Qu'est-ce que je vois ? On avait mis deux infirmières conseillères en soins oncologiques dans la même pièce. Ce qui veut dire qu'il y en avait une qui voyait un patient, et l'autre devait faire attendre son patient dans le couloir ou commencer la consultation dans le couloir pour ne pas perdre trop de temps. Ou alors l'une recevait des coups de fil pendant que l'autre était en consultation juste à côté. J'ai dit : « C'est quoi ça ? » Pour le bien-être de l'infirmière et du patient, ce n'était pas possible. L'oncologie avait pris de l'essor, on faisait attention aux médecins, mais pour les infirmières, on les avait mises à deux dans la même pièce et c'était censé être suffisant. Moi, j'ai ouvert de grands yeux. J'ai dit que ça ne pouvait pas aller.

À ce moment-là, j'ai fait venir le CPPT, j'ai fait venir des gens pour témoigner, j'ai pris des photos, j'ai envoyé tout cela à la direction. Et au bout d'un certain temps, j'ai réussi à obtenir qu'elles aient deux bureaux distincts. Et maintenant elles travaillent dans deux beaux bureaux, bien aménagés. Le brancardage pareil : on n'a pas su changer complètement leur local, mais au moins on l'a amélioré. Rien que l'endroit où ils travaillent, c'est important. Celle qui surveille les polysomnographies passe presque toute la nuit assise à regarder des écrans. Si elle n'a pas une bonne chaise, elle va avoir mal au dos, mal partout. Il faut un siège ergonomique. Donc oui, je suis très attentive à ça, énormément.

I. Et par rapport à la pénurie de personnel, est-ce que tu saurais me faire un avant/après, sur la manière dont tu la gérerais, s'il y en avait plus ou moins, comment tu t'es adaptée ?

R. Écoute, comme je te l'ai expliqué, à l'époque de X, je trouvais que je savais quand même faire face. Je n'avais pas de pénurie d'infirmières. Dès qu'il y en avait une malade, je savais en rappeler une. Je n'avais pas de problème. Maintenant, je ne vis pas ça exactement de la même façon parce que j'ai surtout des assistantes logistiques, donc je n'ai pas une expérience aussi directe. Mais j'entends mes collègues : avec la pénurie, rappeler devient presque impossible. J'étais de garde pour l'hôpital ce week-end, ça a été horrible. Il y avait des malades aux urgences, des certificats aux urgences, et personne n'a voulu revenir dans l'équipe.

Parce que c'est ça aussi : vu qu'elles sont déjà trop peu nombreuses, une fois qu'il y en a une malade, elles sont vraiment trop peu. Et alors on les rappelle tout le temps, et maintenant elles disent non, elles ne veulent plus revenir. L'équipe volante, la GJE, oui, mais elle n'a pas non plus des effectifs infinis. Donc la pénurie, c'est très, très difficile à gérer.

Moi, pour essayer de pallier à cela, je dis que puisqu'il n'y a plus beaucoup d'infirmières, il faut que les aides-soignantes aident davantage, et moi je suis une défenseuse des assistantes logistiques. Je dis : prenez-en plus. Ce n'est pas pour dire, mais elles ne gagnent pas grand-chose, c'est un petit salaire, mais ce sont des petites fourmis qui peuvent énormément aider l'équipe. À un moment donné, pour des raisons d'économie, on avait carrément supprimé les assistantes logistiques. Puis maintenant elles réapparaissent et on voit tous les bienfaits qu'elles apportent dans les étages. Elles font les lits, elles remettent en ordre, elles font de l'hygiène, du nettoyage. Ce sont des tâches essentielles pour que ça tourne.

Donc moi je dis : prenez des assistantes logistiques. D'accord, il y a une pénurie d'infirmières. Mais puisque les infirmières ne doivent faire que les tâches pour lesquelles elles sont habilitées, que les aides-soignantes les aident davantage, ce qui est déjà le cas puisqu'on leur a ajouté cinq actes, et qu'en plus on mette des assistantes logistiques pour aider tout ce monde-là, afin que les infirmières puissent davantage se concentrer sur le patient. Quand j'étais à X, je ne pensais même pas qu'il existait des assistantes logistiques. Je n'en avais pas besoin. Maintenant, on en voit l'utilité.

J'ai même entendu parler du fait que le ministre pensait encore à une autre catégorie intermédiaire pour aider les infirmières, parce qu'on n'en trouve plus. Parce que, franchement, il faut être un peu fou pour être infirmier aujourd'hui : tu fais des matins, des soirs, des nuits, un week-end sur deux, tu es épuisé, et tu es payé une misère. Il ne faut plus faire infirmier, je te le dis.

I. Et une dernière question par rapport aux conflits de génération : est-ce que tu en observes plus que quand tu as commencé ?

R. Je trouve que quand j'étais à X, il y avait déjà des différences de génération, mais ça se passait relativement bien. Ici, comme je te l'ai dit, rien que la fracture de l'informatique, ça crée déjà quelque chose. Les plus âgées se sentent larguées, ça c'est clair.

I. Et est-ce que tu vois de l'entraide, ce genre de choses, au sein de tes équipes ?

R. Pas beaucoup. Ou alors si je demande. J'ai par exemple un brancardier qui jongle très bien avec l'informatique, donc il peut expliquer, mais si la personne en face ne s'y met pas elle-même, elle oublie. Et puis tout change tout le temps. Ça aussi. Ça porte un nom un jour, puis un autre le lendemain. Chaque fois qu'il y a un changement de directeur, on change les valeurs. Déjà que tu essayes de retenir les valeurs, qu'on fait tout un travail autour de ça, avec le respect, l'excellence, la synergie, etc., puis bam, on change de directrice et on change encore. Donc il faut s'adapter en permanence. Et ça, les jeunes ont quand même plus facile que les plus âgées.

Ça change de nom, ça change de procédure, ça change tout. Avant, je disais simplement : « Salut, tu ne veux pas venir ? Il y a quelque chose de cassé là. » Maintenant, il faut faire un ticket. Pareil pour l'informatique. Si je cale, on me dit : « Tu fais un ticket. » Ticket réparation, ticket demande technique, ticket bio technicien... c'est une multitude de procédures à apprendre. Et quand tu ne le fais qu'une seule fois, tu oublies. La jeune va vite le retrouver, la plus âgée va se dire : « Mince, c'était quoi déjà le nom de ce truc ? » On a une base avec plein de données, une loupe pour rechercher, mais moi quand je tape « description de fonction du brancardier », il m'en sort vingt. J'en veux une, pas vingt. Et ça m'énerve.

Et puis automatiquement aussi, les jeunes sont en pleine forme. J'ai un brancardier en pleine forme, il va très vite. La plus âgée, elle, elle a mal au dos, elle a mal partout, donc elle avance plus lentement. Il faut de la tolérance. Il faut prêcher un peu la tolérance, sinon on entend vite : « T'as vu comme elle est lente ? » Mais regarde son âge, regarde le métier. Quand tu es brancardier, tu fais dix à treize kilomètres par jour. Quand tu as cinquante ans ou plus, que tu es en surpoids, c'est compliqué. Et ça, je trouve que les gens n'ont parfois pas beaucoup de tolérance les uns envers les autres.

I. Merci beaucoup pour cet échange, maintenant que tu en sais un peu plus, est-ce que tu as envie de rajouter un élément qui, pour toi, te paraît essentiel au niveau du management de l'infirmier en chef ?

R. Oui. C'est vrai que tu évolues forcément et que tu dois t'adapter. Il y a l'expérience qu'il faut prendre en compte, mais il y a aussi certains nouveaux motifs, comme tu dis, et c'est cela que tu essayes de voir : si la pénurie a fait émerger des compétences, si le fait de gérer plusieurs générations a demandé de nouvelles compétences. Moi, je me dis que quand on devient une « vieille chef », automatiquement on est larguée par rapport à certaines choses. Heureusement, tu as ton expérience, tu as ton feeling, tu sais encore comment parler aux équipes, mais tu es quand même larguée. Et vu que tu te sens larguée, tu te sens plus stressée.

J'ai toujours trouvé que les vieilles chefs, soit elles laissaient un peu tout tomber, soit elles essayaient de suivre, mais que ça les stressait terriblement. J'ai vu quelques fins de carrière, et à la fin elles n'en pouvaient plus. Elles disaient : « C'est terminé, ça va trop vite, il faut suivre. » Donc voilà, je trouve que les jeunes ont plus de capacité à s'adapter techniquement. Elles connaissent déjà l'informatique. Mais elles n'ont pas encore l'expérience. Les plus âgées, elles, ont l'expérience, le feeling, mais elles sont stressées par tout ce qu'on leur demande.

Je me sentais moins stressée au début. J'avais l'impression que tout coulait plus, qu'on avait plus de temps. Les patients restaient plus longtemps, j'avais moins de procédures à respecter,

je ne travaillais presque pas sur ordinateur. Au début, je faisais mes horaires sur papier. Puis d'un coup, on a dit : « Maintenant il y a un logiciel, il faut faire les horaires sur ordinateur. » Alors qu'est-ce que je faisais ? Je les faisais d'abord sur papier, puis je les recopiais sur l'ordinateur. On m'a dit : « Mais, ce n'est pas comme ça qu'il faut faire, tu dois les faire directement sur ordinateur. » Mais moi, sans ma gomme, je n'y arrivais pas. Et j'ai continué comme ça jusqu'au bout. Je voyais les jeunes chefs faire directement leurs horaires sur ordinateur, mais moi je ne voyais pas comme elles. En gros, ça passait encore parce qu'il n'y avait pas beaucoup de choses informatisées.

Et même si mes journées étaient très chargées, parce que je faisais les tours avec les chirurgiens, les assistants, que je rassemblais tous les problèmes, j'avais de grosses journées, mais elles ne me semblaient pas insurmontables. Alors que maintenant, il y a des choses qui, pour moi, sont insurmontables.

Dernièrement, on m'a dit : « Ah Madame X, il faut aller sur Teams. » J'ai répondu : « C'est quoi encore ça ? » On m'a expliqué que c'était un autre canal, surtout en cas de cyberattaque. Mais moi, j'ai dit : « Laissez-moi tranquille, dans un mois et demi je suis pensionnée. » On me parle de formations Teams, qui peuvent aussi se faire par e-learning. Ça aussi, c'est la mode maintenant. On fait des formations par e-learning. Moi, je n'ai jamais aimé ça. Je vais à une formation, j'écoute le formateur, point. Je n'aime pas apprendre sur ordinateur. J'en ai fait parce que j'étais obligée, notamment pour l'accréditation, mais je n'aime pas du tout.

Et même dans les formations, tout a changé. Une formatrice m'a dit un jour : « Vous, vous étiez sages, vous écoutiez en formation. Maintenant je ne saurais plus faire une formation comme avec vous. Il faut les faire jouer, il faut qu'ils aient leur GSM, il faut faire des quiz, des trucs interactifs, parce que ça les amuse. » Et moi déjà, quand il faut entrer un mot de passe ou utiliser un outil interactif, je regarde comment faire, où cliquer, je mets dix minutes de plus que les jeunes. Donc oui, pour moi c'est compliqué, c'est stressant. C'est une source d'anxiété. Il y a trop de nouveautés qui arrivent trop vite, trop d'informations. On me dit tout le temps : « Attention, nouvelle procédure. Maintenant il faut faire comme ci, comme ça. » Et moi je me dis : « Ah bon, mais avant ce n'était pas comme ça. » Donc pour moi, c'est ça qui est le plus compliqué.

I. Merci beaucoup. Je vais couper l'enregistrement.

I. Oui, voilà. Donc je vais me présenter avant, pour que ce soit plus agréable pour la discussion. En fait, moi je suis étudiante en ingénieur de gestion à l'UCL et je suis en dernière année, donc en Master 2. Et je m'intéresse, dans le cadre de mon mémoire, sur les compétences managériales des infirmiers en chef.

Ici, le but de notre entretien, c'est vraiment de recueillir votre expérience professionnelle et personnelle vis-à-vis de cette fonction managériale. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : c'est vraiment ce que vous allez me dire qui va m'aider à comprendre.

L'entretien devrait durer plus ou moins une demi-heure, en fonction des réponses que vous me fournissez, et c'est totalement anonyme. On ne vous reconnaîtra pas, ce sera simplement retranscrit, il n'y aura rien qui permette de vous identifier. Donc est-ce que vous êtes d'accord qu'on commence l'entretien ?

R. Oui, pas de souci.

I. Donc ici, la première partie, ce sont surtout des données signalétiques. Quel âge avez-vous ?

R. J'ai 45 ans.

I. Dans quel hôpital travaillez-vous ?

R. Je travaille à l'hôpital G

I. Et dans quel service travaillez-vous ?

R. Aux urgences adultes.

I. De combien de personnes est composée votre équipe ?

R. En gestion directe, nous sommes deux infirmiers en chef et nous avons environ 80 personnes à gérer. Maintenant, en gestion transversale, on est plus ou moins 200 à travailler dans le service des urgences, mais il y a différentes pyramides hiérarchiques. Nous, en direct, nous sommes deux pour 80 personnes.

I. D'accord. Et est-ce que vous avez fait une formation complémentaire à votre formation d'infirmier ?

R. Oui. Moi, j'ai fait la formation d'infirmier à l'époque en trois ans, maintenant c'est en quatre. Pour avoir accès aux services d'urgence, on fait un an de plus avec la spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente. Et moi, j'ai ensuite refait deux ans de master en santé publique à l'UCL.

Je n'ai pas du tout fait un master orienté gestion hospitalière. J'ai plutôt fait de la biostatistique, de l'épidémiologie et de la recherche dans les systèmes de santé. Donc ce n'était pas un master spécialement orienté vers une fonction dirigeante. Je l'avais davantage orienté vers de la gestion de projets transversaux, voire même extra-hospitaliers, comme au SPF Santé publique ou en pharmacie. Maintenant, dans les faits, les choses ont fait que la place de mon ancien chef s'est libérée et qu'ils ont introduit le concept de binôme, ce qui me tentait assez bien.

En fait, avec mon collègue direct, on se complète assez bien, parce que moi j'ai une approche plus gestion de projet, analyse de problématiques, et lui a une approche plus RH.

I. D'accord. Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction d'infirmier en chef ?

R. Ça fait 11 ans qu'on est chefs en binôme, et ça fait en tout 20 ans que je suis aux urgences. Moi, j'ai tout fait dans le même service.

I. D'accord. Et pourquoi avoir choisi cette fonction ?

R. En fait, ce sont d'abord des collègues à moi qui me l'ont suggéré. Ils m'ont dit : « Tiens, vu que la place s'est libérée... » Ils avaient du mal à définir le profil recherché et ce sont des collègues avec qui je travaillais qui m'ont dit : « Pourquoi est-ce que tu ne postulerais pas ? » J'avais déjà mon master en poche à ce moment-là, ça faisait une petite dizaine d'années, donc neuf ans, que je travaillais comme infirmier, et c'était un peu un moment où je me disais que j'avais fait le tour de mon projet infirmier aux urgences. Je me suis dit : pourquoi pas ?

Je ne suis pas sûr que j'aurais relevé le défi s'ils avaient demandé une seule tête. Moi, j'aime bien travailler en équipe, et c'est confortable d'avoir une bicéphalie pour ce genre de service et ce genre de domaine. Donc l'idée a d'abord germé chez les autres, puis je me suis dit : pourquoi pas ? Et je me suis lancé.

L'avantage du système hospitalier, c'est qu'il n'y a pas de point de non-retour absolu. L'orgueil des gens est parfois la seule chose qui peut empêcher de revenir en arrière, mais on sait très bien que ce sont des expériences. On ne se destine pas à une fonction de manager quand on décide d'être infirmier à la base. On sait que ça existe, parce que tous les managers infirmiers hospitaliers, même assez hauts dans la hiérarchie, sont d'abord infirmiers avant d'être managers.

D'ailleurs, à certains niveaux plus élevés que le mien, je pense que cela peut parfois être une erreur. Je pense qu'à des niveaux plus élevés, il serait parfois plus important d'avoir des gens dont la fonction première est le management avant le nursing. Mais bon, là on change un peu de sujet. Ici, on était dans une opportunité où on pouvait se dire : on essaye, et si jamais ça ne nous plaît pas, on peut refaire un pas en arrière sans trop de problème.

I. Donc là, je vais rentrer plus dans le vif du sujet de ma recherche. Je vais vous poser des questions par rapport au début de votre fonction, donc quand vous avez commencé à être infirmier en chef. Est-ce que vous pourriez m'expliquer ce que c'était, exercer un rôle d'infirmier en chef à cette époque-là ?

R. Quand on est infirmier, on a une relativement bonne vision de ce que doit faire un infirmier en chef. Mais c'est beaucoup plus flou quand on devient soi-même infirmier en chef. Moi, je suis monté au sein de mon équipe, donc ce n'est pas ce qu'il y a de plus simple, du jour au lendemain, de passer de la casquette d'infirmier à celle d'infirmier en chef.

Je connaissais mes points forts, mais j'étais aussi assez réaliste sur mes points faibles. Le binôme avec lequel je travaillais, on avait déjà travaillé ensemble pendant longtemps avant. Lui était parti deux ans, donc je savais plus ou moins que le binôme fonctionnerait.

Maintenant, nous, on dit toujours aux jeunes infirmiers qui commencent chez nous que le service est quand même assez important et assez compliqué. Donc on leur dit toujours : vous aurez besoin de six mois pour atterrir et de deux ans pour devenir autonomes. Et c'est un peu le mindset dans lequel je me suis lancé. Je me suis dit que c'était normal d'être noyé au début, par les demandes, par les projets, par le fait qu'on veut tout faire, tout changer, mettre sa touche. On n'a pas spécialement, à ce moment-là, des compétences en techniques de communication, en gestion d'entretiens, en gestion d'événements difficiles avec l'équipe. Donc moi, je me suis dit : laisse-toi quelques années pour apprendre, en évitant de faire trop de dégâts, mais en sachant aussi qu'à un moment donné, dans les deux ans, il faudrait que je fasse un examen

intérieur pour me dire : est-ce qu'in fine, tu as les compétences ? Est-ce que ça te plaît ? Est-ce que ça s'accorde avec ta vie familiale ?

I. Et quand vous dites « avoir les compétences », vous souligneriez quelles compétences nécessaires ?

R. Je pense qu'il y a des compétences qui sont vraiment des techniques managériales à acquérir : la manière de gérer un entretien, la manière de gérer une réunion d'équipe, la manière de gérer un groupe, la manière de communiquer avec un groupe, la manière d'envoyer des mails, la manière de choisir le bon canal de communication.

Par exemple : est-ce que je dois faire passer mon message par une formation ? Est-ce que c'est du face-à-face ? Est-ce que c'est de la communication par mail ? Est-ce que c'est de l'affichage ? Donc il y a plein de choses à acquérir. Je pense que ce sont des choses qui peuvent s'acquérir plus facilement quand on a une formation de gestion à la base. Moi, ce n'est pas du tout la formation que j'ai faite, donc j'ai dû me former sur le côté.

On a des formations internes, dans la filière infirmier-chef, qui sont proposées par l'institution. Mais je me suis aussi beaucoup renseigné auprès de pairs autour de moi, qui ont ce type de fonction dans d'autres structures, pour voir comment ils se débrouillaient dans chaque situation. La chance que j'ai eue aussi, c'est que le collègue avec lequel je suis infirmier-chef avait déjà été infirmier-chef pendant deux ans au quartier opératoire avant de commencer avec moi. Donc, au début, ça a quand même été un vrai soutien. Quand j'avais des questions, je pouvais les poser. Moi, j'ai une vision assez réaliste de mes forces et de mes faiblesses et je n'ai aucun problème à poser des questions pour transformer des faiblesses en forces. Donc, in fine, ça s'est bien passé.

I. D'accord. Et si je devais vous poser des questions par rapport au savoir qui vous paraissait essentiel, donc aux connaissances que vous aviez après, on va dire, vos deux premières années, si vous deviez citer des connaissances plus théoriques (puis après je vous poserai la question sur les savoir-faire et les savoir-être) qui vous semblaient importantes quand vous avez vraiment atterri dans votre poste ?

R. Je pense qu'il y a des éléments qui sont sous-estimés, notamment tout ce qui est lié au droit du travail. Ça, c'est quand même sous-estimé, et je pense que c'est une compétence qui devrait être renforcée au début.

Je pense aussi qu'une compétence que j'aurais dû avoir davantage, c'est la capacité d'évaluer quelqu'un et de transmettre un message d'évaluation. Pas forcément dans le cadre d'une évaluation continue formelle, mais simplement être capable de formuler correctement un feedback, qu'il soit positif ou négatif. C'est extrêmement compliqué. Et ça, c'est quand même une compétence qui m'aurait fait gagner du temps si je l'avais acquise avant d'être manager.

Après, on peut aussi parler de toutes les compétences liées à la gestion de projet. Mais ça, ce sont des choses que j'avais quand même fort développées dans mon master. Par exemple : comment ne pas avoir la sensation d'être noyé quand on veut débiter un projet ? Là, on est dans le saucissonnage, la planification, l'action, l'évaluation. Ce sont les grandes roues classiques.

I. Oui. Et par rapport à tout ce qui est gestion de projet avec vos équipes, au niveau de la motivation, du fait de les emmener avec vous, est-ce que ça vous parle ? Vous y arriviez ? Ça se passait comment ?

R. Globalement, on travaille dans un département où on a une obligation de rester fort up to date. Quand on veut mener des projets, on a toujours eu cette politique, nous deux dans notre

fonction de management, de garder 50 % de notre temps dans les soins et 50 % comme chefs. Donc, si vous prenez une semaine, ça veut dire qu'on est chacun deux jours en administratif pur par semaine. En gros, on a un temps plein administratif à deux.

Mais on n'a pas le temps de tout mener de front. Donc ce qu'on fait, en fait, c'est qu'on délègue les projets aux infirmiers. Avec deux objectifs : d'abord, l'acceptation est toujours plus facile quand le projet vient d'un pair plutôt que de la hiérarchie. Ensuite, un infirmier ne défendra jamais un projet dont lui-même n'est pas convaincu.

Même si nous gardons 50 % de notre temps de travail dans les soins, on a quand même un certain détachement du terrain. Il y a des choses qu'on pourrait imaginer mettre en place mais qui, dans les faits, ne fonctionneront pas parce qu'on n'est plus dans la réalité complète d'une équipe. Moi, je ne fais plus de nuit, par exemple. Donc même si j'ai fait du travail de nuit pendant longtemps, si je devais modifier la manière dont l'équipe de nuit est structurée sans en refaire moi-même, ce serait compliqué.

C'est pour ça que, quel que soit le projet, qu'il soit lié aux soins purs ou non, on embarque toujours les infirmiers avec nous. Le dernier gros projet qu'on a eu, c'était la création de tout le dossier infirmier. Ce sont des infirmiers qu'on a détachés pendant trois mois pour arriver à créer le formulaire et le dossier infirmier avant de l'implémenter.

C'est la manière dont on fonctionne le mieux : on embarque les infirmiers avec nous. Ça permet de les nourrir, qu'ils fassent un peu autre chose que du soin pur. Ça permet aussi de donner une ouverture et une envie à certains, en termes de motivation. Et ça permet d'arriver à mobiliser leurs compétences.

I. Oui, c'est vraiment une participation active.

R. Oui, c'est vraiment de la participation active. On travaille aussi pas mal en intelligence collective. Par exemple, on a fait une charte du vivre-ensemble au niveau du service, et on l'a faite en intelligence collective.

Après, on a un service un peu particulier. C'est un service très attractif. Donc je n'ai aucun problème de recrutement. J'ai une liste d'attente de gens qui veulent venir chez nous. L'avantage de ça, c'est qu'on a tendance à recruter des infirmiers qui ont quand même de très hauts potentiels. Dans mon équipe de 80, il y en a 20 qui ont fait un master universitaire.

Cela veut dire qu'une personne sur quatre a eu une formation à la gestion de projet, au management hospitalier ou à la recherche dans les systèmes de soins. Donc ce sont des gens qui ont déjà, quelque part, cette compétence. Et ça, c'est challengeant pour nous, parce qu'on est moins dans une relation top-down et moins dans un management directif. C'est plus challengeant, mais c'est aussi plus confortable, parce qu'on a un pouvoir de délégation plus important que dans beaucoup d'autres équipes infirmières.

I. On va continuer. Ici, je vais vous poser des questions sur ce que représente votre rôle aujourd'hui. Je vous ai demandé ce que c'était qu'exercer le rôle d'infirmier-chef quand vous avez commencé ; maintenant, qu'est-ce que c'est de l'exercer aujourd'hui ? Est-ce qu'il y a eu des modifications, des changements ?

R. Aujourd'hui, j'ai commencé avec l'image de mon ancien chef, qui avait un management assez directif. Ici, nous sommes plutôt dans de l'accompagnement et de l'encadrement de compétences pour que le système arrive à tourner sans nous.

Je ne me vois plus vraiment comme un décideur. Je me vois davantage comme un facilitateur.

I. Alors qu'au début, vous preniez un peu ce rôle de décideur, puis vous vous êtes rendu compte que ce n'était pas...

R. Oui. Dans la ligne du temps du service, mon ancien chef était seul, alors que nous, depuis deux ans et demi, on est dans un fonctionnement à deux, sans numéro un. La difficulté, c'est que quand il n'y a pas un leadership très clair au départ, il y a des autorités parallèles qui émergent et l'ensemble du groupe perd un peu la direction unique.

Donc nous, au début, il a d'abord fallu rassembler les troupes autour d'un projet commun avant d'avoir une équipe qui ait la capacité de faire ce qu'on fait maintenant. Je pense que si on avait essayé de faire il y a dix ans ce qu'on fait aujourd'hui, on allait droit dans le mur, parce que l'équipe n'était pas armée pour ça.

I. Et donc, est-ce qu'il y a des savoir-être aujourd'hui qui vous semblent plus indispensables qu'au début, dans les attitudes, par exemple ?

R. Je pense que la manière dont on gère l'équipe maintenant est très liée à ces dix années d'expérience. C'est lié à l'expérience, mais aussi au fait qu'aujourd'hui on a une confiance totale de l'équipe. Ils savent comment on fonctionne, ils connaissent nos points forts et nos points faibles à tous les deux. Ils ne jouent pas spécialement avec ça, mais on a une vraie adhésion au projet d'équipe et à la manière dont on la gère.

Donc c'est difficile de répondre à la question : quel est le savoir-être d'aujourd'hui ? Parce qu'en fait, il est directement lié à l'expérience.

I. Oui, c'est tout le cheminement qui fait que...

R. Voilà. Et c'est ça qui est parfois difficile quand on est responsable d'équipe : on a toujours l'impression d'être un éternel insatisfait parce qu'on veut toujours faire plus. Mais quand on regarde d'où on vient, le chemin qu'on a parcouru, tout ce qu'on a fait volontairement et tout ce à quoi on s'est adaptés involontairement...

Nous, à G, on a connu les attentats en 2016. Moi, j'ai connu le Covid. Avant ça, j'ai connu la crise Ebola. Donc, en plus, aux urgences et c'est vrai aussi dans d'autres services hospitaliers, mais c'est plus marqué aux urgences ou aux soins intensifs, on a quand même des événements complètement soudains qui modifient parfois de manière très courte, mais on l'a vu avec le Covid aussi de manière très longue, la vie et la structure d'une organisation.

Quand on regarde en arrière, on se dit quand même que le chemin parcouru était relativement bon. Et on comprend pourquoi il y a cette confiance de l'équipe, mais aussi de la direction. Donc nous, on est dans une position assez confortable, où les gens qu'on a en supervision directe, comme les gens qui sont au-dessus de nous, nous font confiance.

Je ne vais pas dire qu'on est assis dans un fauteuil doré, parce qu'on a quand même participé à créer ça, mais on est dans une position plus confortable que beaucoup d'autres équipes.

I. Oui, parce que vous avez su instaurer cette confiance justement et gérer des problématiques qui ont fait que l'équipe a suivi.

R. Oui. Et puis on est aussi dans un service qui a la cote pour le moment, ce qui est complètement indépendant de nous. Parce qu'à la base, dans une dynamique hospitalière, un service correctement staffé, dans lequel les gens ne passent pas leur temps à faire des recrutements, départs, recrutements, départs, ou à travailler avec des intérimaires, part déjà avec plus de facilité qu'un service où il y a du turnover, une mauvaise ambiance ou qui est moins à la mode pour le moment.

I. Donc maintenant, si je devais vous demander de comparer vos débuts à aujourd'hui, est-ce que vous remarquez une certaine évolution dans tout ce qui est gestion d'équipe ? Par-là, j'entends par exemple l'intergénérationnel, les nouvelles technologies qui arrivent... Est-ce que ces évolutions ont impacté votre management ?

R. J'ai une pyramide des âges extrêmement jeune. J'ai une dizaine de personnes dans la quarantaine, mais la majorité a moins de 30 ans chez nous. Donc mon côté générationnel, c'est forcément que je ne gère pas quelqu'un qui a aujourd'hui 60 ans comme je vais gérer quelqu'un qui en a 25 ou 30, ça c'est sûr.

Maintenant, je pense que c'est important que, pour les deux, les objectifs soient les mêmes. À partir du moment où le tableau des objectifs à atteindre et de ce qui est attendu, que ce soit en termes de compétences ou de relationnel, est clair pour tout le monde, alors in fine, la manière dont on communique l'information peut varier.

Mais nous, on n'a pas tellement de conflits de génération. Mon collègue chef a le même âge que moi, on a tous les deux 45 ans. Donc on est quand même en décalage avec la génération qui sort maintenant de l'école, mais ce n'est pas quelque chose qui nous freine spécialement.

Oui, il y a un lien au travail qui est différent. On n'a plus aucun infirmier qui rentre chez nous et qui nous dit : « Moi, je suis sûr que dans 25 ans je serai encore là. » Ils ont plutôt tendance à nous dire : « Moi, je suis sûr que dans cinq ans je serai parti. » Voilà, c'est la mouvance actuelle. Si on ne s'adapte pas à ça, on ne s'adapte à rien. Ce n'est pas eux qui vont s'adapter à moi. Ça fait partie de mon rôle de m'adapter au monde du travail actuel, sinon on reste figé.

I. Et est-ce qu'il y a eu des événements comme des fusions, par exemple, qui ont pu aussi impacter votre management ou votre gestion d'équipe ?

R. Nous, il ne nous arrive pas grand-chose de cet ordre-là. On est, dans les services d'urgence, un peu au sommet de la pyramide alimentaire, donc on a une position relativement facile.

Maintenant, je vais projeter quelque chose qui n'arrivera peut-être jamais. Mais c'est sûr que si, à un moment donné, on dit : « On ferme le service d'urgence d'un hôpital proche et aux urgences de l'hôpital G vous récupérez le personnel de l'autre hôpital », là il y aurait un vrai travail à faire pour que les équipes puissent se merger et s'intégrer l'une à l'autre.

Le travail n'est pas le même, la population n'est pas la même, le tempo du travail n'est pas le même. Rien n'est comparable entre deux services qui sont pourtant à un kilomètre et demi l'un de l'autre. Donc là, on sait qu'il y aurait des choses à mettre en place, et des choses à accepter et à corriger pour que cela se passe bien.

Mais ce n'est pas impossible. Les gens qui choisissent de venir chez nous savent exactement pourquoi ils viennent chez nous. Je reprends l'exemple de l'hôpital proche qu'on appellera M: si une infirmière de M nous dit « moi je ne veux pas travailler avec une population précarisée », alors elle ira travailler ailleurs qu'à G parce qu'en fait, il y a un contrat clair quand on vient travailler chez nous.

On sait qu'on est une grosse équipe. On sait qu'on fait 200 patients par jour. On sait qu'on a un bassin de soins précarisés. On sait qu'on fait du social-santé. On sait qu'on a des valeurs très claires, qui sont discutées dès l'entretien : des valeurs de respect, de solidarité, de soins pour tous, et le fait de travailler dans un hôpital universitaire, donc de faire de la recherche, de travailler avec des assistants, des médecins en formation, des infirmiers en formation.

En fait, on a un tableau assez clair quand on propose le package. Les gens prennent ou ne prennent pas, mais il n'y a pas de surprise.

I. On arrive à la fin de l'entretien. Merci beaucoup pour cet échange. Mais avant de finir, est-ce que vous voulez ajouter un point maintenant que vous connaissez un peu plus le sujet ?

R. Moi, dans toutes les formations en management que j'ai suivies, je ne dirais pas qu'il y a un décalage en termes d'outillage. Je pense que les outils sont bons. Par contre, il y a un décalage en termes de moyens d'application de ces outils.

La majorité des outils de management sont pensés pour des managers qui gèrent entre 15 et 20 personnes, avec un temps prévu pour la gestion du personnel, un temps pour la gestion macro d'un service et un temps individuel presque indéfini. On a toujours l'impression que le temps est indéfini. Donc on a six heures pour préparer, faire une évaluation, faire un entretien post-évaluation et faire un rapport.

Moi, si je dois faire ça, il me faut 480 heures pour tout faire. 480 heures, c'est trois mois de travail à temps plein, rien que pour ça. Donc en fait, je pense que les outils n'évoluent pas fondamentalement. Il n'y a rien que j'ai vu dans les cinq dernières années que je n'avais pas vu dans les cinq premières et qui m'ait fait me dire : « Ça, ça révolutionne le management. »

On a de plus en plus de managers devant nous, donc il y a des techniques de communication qu'on n'utilise plus parce qu'elles sont devenues désuètes, donc là on s'adapte. Mais par contre, il y a clairement un delta de temps entre tout ce qui fait partie de la formation continue du manager, les outils qui sont proposés, et le temps dont nous disposons réellement pour les implémenter. Et ça, ça ne colle pas du tout.

En fait, en terme de management, on fait presque uniquement du damage control. Nous, on a un thème à l'année. On fait trois réunions d'équipe par an. À la première réunion d'équipe, en septembre, on donne le goal de l'année. L'année passée, par exemple, c'était l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée aux urgences, à tous les niveaux. Je vous passe les détails, mais on ne donne qu'un gros objectif parce qu'on sait qu'on aura déjà du mal à trouver le tempo pour suivre ce projet-là, tout en sachant que le reste du temps, on ne fait que du damage control. Donc on ne fait que régler des situations, qu'elles soient aiguës ou non aiguës. Et c'est ça la difficulté à l'heure actuelle. Si je prends les formations au pied de la lettre, on ne devrait pas être deux infirmiers en chef, on devrait être six. C'est là qu'il y a un énorme gap. Et je pense que c'est la réalité de tous les managers hospitaliers aujourd'hui.

Moi, j'ai encore de la chance d'avoir un mi-temps administratif. J'ai plein de collègues qui sont managers hospitaliers et chez qui aucune minute n'est réellement comptée dans le temps de chef. Et donc si ça, c'est le prochain gap à combler, si on veut réellement avoir des managers, c'est de leur donner le temps de faire du management.

I. D'accord, merci beaucoup.

R. Ça va ? Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

I. Oui, si, c'est très bien, c'est parfait. Merci. En tout cas, merci beaucoup d'avoir accepté.

I : Donc voilà, est-ce que ça vous convient ? Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ? Donc là ici, la première partie, c'est surtout les données signalétiques. Donc première question : quel âge est-ce que vous avez ?

R : Moi, 56 ans.

I : Dans quel hôpital est-ce que vous avez travaillé ?

R : Alors, c'est quand j'étais infirmière en chef, infirmière en chef à l'hôpital A

I : Et de combien de personnes était composée votre équipe ?

R : C'était des équivalents temps plein et donc, à mon avis, j'avais à peu près, quand c'était la grosse équipe, une grosse vingtaine de personnes.

I : D'accord. Dans quel service ?

R : C'était pneumo-onco.

I : Et est-ce que vous avez fait une formation complémentaire à votre formation d'infirmière ?

R : Donc j'ai fait infirmière puis j'ai fait l'école des cadres et je suis spécialisée en oncologie.

I : Et pendant combien de temps vous avez occupé la fonction d'infirmière en chef ?

R : Un peu plus de vingt ans.

I : Vous avez beaucoup de choses à me dire alors. De quelle année à quelle année ?

R : Donc j'ai commencé, je crois que c'était en 1999, et jusqu'à peu près 2024

I : Et comment est-ce que vous êtes arrivée à cette fonction d'infirmière en chef ?

R : C'est vraiment une envie, j'aimais bien. Donc ça a été assez rapide. Oui, donc c'était même avant 99 puisque vous avez travaillé, je crois, trois ans comme infirmière et donc oui, c'était peut-être même un peu avant. Rapidement, j'ai eu envie quoi. C'était vraiment... j'aimais bien l'organisation et tout.

I : Donc là ici, on va rentrer plus dans le vif du mémoire. Je vais vous demander de vous replonger vraiment à vos débuts, on va dire, les quelques premières années où vous avez commencé la fonction d'infirmière en chef. Est-ce que vous pouvez m'expliquer qu'est-ce que c'était exercer un rôle d'infirmière en chef à vos débuts ?

R : Alors à mes débuts, c'était organiser surtout. Un gros rôle d'organisation du travail sur la journée, de donner un peu... avoir quand même des critères de qualité, donc donner un peu une

route, un circuit au personnel quoi. Oui, c'était ça. C'était d'être le relais aussi un peu avec les supérieurs hiérarchiques et les infirmières ou les aides-soignants de terrain. Oui, c'était surtout un gros rôle d'organisation.

I : D'accord.

R : Et d'être garant de la qualité quand même aussi.

I : Si vous deviez me décrire ce qui vous prenait le plus de temps dans la fonction d'infirmière en chef, c'était quoi au début ?

R : Au début, c'était quand même la gestion des horaires. Qui nous prenait quand même énormément de temps.

I : Et qu'est-ce qui était important pour vous au début de votre fonction ?

R : Moi, ça a toujours été d'être garant de la qualité des soins, donc que les patients aient les meilleurs soins possibles, et que le personnel soignant soit épanoui à son travail.

I : Et qu'est-ce que vous mettiez en place pour garantir ça ?

R : Pour garantir ça, c'était d'essayer de faire des horaires qui conviennent. Donc j'essayais de respecter au maximum ce qu'ils me demandaient comme desiderata. Oui, c'était d'essayer d'organiser pour que tout le monde retrouve une bonne façon de travailler, instaurer un climat serein et assez chouette. On faisait quand même pas mal de choses en dehors aussi du service. Oui, c'était un peu tout ça. Je réfléchis aussi, ça date de longtemps, mais c'était surtout les horaires pour le personnel, je pensais que c'était hyper important d'avoir un horaire un peu... les desiderata qu'ils demandaient, donc ça j'essayais quand même au maximum de les respecter. Et aussi, mais ça c'est plus quand j'ai un peu pris quelques années, c'était de leur donner de la motivation, de motiver le personnel et donc si elles le voulaient, leur donner un rôle.

I : Ok, oui.

R : Elles avaient des fonctions un peu en plus à développer, comme des responsabilités.

I : Donc on est toujours au début de la fonction. Ici, je vais m'intéresser aux compétences managériales. Donc les compétences, je vais les diviser en trois, avec les savoirs, donc c'est tout ce qui est connaissance, connaissance théorique ; les savoir-faire, donc c'est vos aptitudes, ce que vous avez appris, comme organiser des plannings comme vous venez de me dire ; et principalement aussi les savoir-être. Donc qu'est-ce que vous avez développé comme savoir-être quand vous avez pris la fonction ? Vous sauriez m'expliquer en essayant de scinder ces trois parties ?

R : Oui. Savoirs, ça, il a fallu... j'ai eu quand même pas mal de formations, et entre autres comment diriger une équipe. Même si je pense que quand on est chef, on l'a en soi ou pas. Donc moi, j'ai toujours aimé, j'ai toujours été un peu un leader entre guillemets. Mais j'ai dû apprendre, et donc pas mal de formations pour développer le savoir, comment gérer une équipe, comment gérer de l'humain. Oui, donc ça il y a eu pas mal de formations. Savoir-faire, en tant qu'infirmière, pour moi il fallait que moi aussi j'aie énormément de compétences techniques. Oui, donc il y avait le managérial, mais pour moi, bien diriger une équipe, il fallait aussi que

j'aie énormément de savoir-faire parce que tu peux pas évaluer quelqu'un si tu ne sais pas le faire aussi toi-même. Oui, j'ai développé pas mal de compétences techniques en apprenant, en faisant, puisque je travaillais avec le personnel.

I : Ok, oui.

R : J'avais un peu les deux rôles. Et donc... et savoir-être, c'est le plus difficile. Et on doit apprendre énormément. Et là, à l'époque, puisqu'on remonte, il n'y avait pas de formation comme il existe maintenant. Et donc on nous lâchait un petit peu dans un rôle qui était compliqué. Et c'est pour moi hyper compliqué de gérer de l'humain. Et dans le savoir-être, sûrement que moi j'ai fait des erreurs en tant que jeune chef.

I : Et pourquoi c'est compliqué pour vous ? Enfin, quels aspects compliqués dans la gestion, vous auriez à m'en citer ? Dans la gestion de l'humain ? Vous auriez des exemples de cas auxquels vous avez été confrontée ?

R : Beaucoup de choses. Entre autres, des gens qui présentaient des incompétences, et donc tu dois pouvoir leur faire des évaluations sans les choquer, sans les atteindre. Et parfois aussi, se séparer de personnes. Et donc on était un petit peu toute seule face à tout ça, à l'époque en tout cas.

I : Ok.

R : Tout ce qui était évaluations personnelles et tout ça, moi quand j'ai dû en faire, j'avais pas eu de formation. Et même dans mon école des cadres, on t'apprend plein de choses, les lois et tout, mais on ne t'apprend pas comment bien mener une évaluation. Donc on dit quel chef tu vas être. Donc moi je me souviens, j'étais dans les leaders et tout ça, mais on m'a pas trop donné de base.

I : Oui. Comment donner un feedback, c'est ça ?

R : Donc là, je l'ai appris un peu par moi-même en tout cas au début.

I : Ok, d'accord. Maintenant, on va passer dans la partie où vous avez fini, la fin de votre carrière d'infirmière en chef. Qu'est-ce que c'était, exercer un rôle d'infirmière en chef, un rôle managérial, à la fin de votre carrière d'infirmière en chef ?

R : C'était beaucoup, pour moi beaucoup plus compliqué. Changement de façon de penser des jeunes du personnel parce que l'évolution a fait que les mentalités changent.

I : Je veux bien que vous me décriviez un petit peu plus.

R : Alors, je pense qu'au début, donc on remonte dans les années... fin les années nonante. Donc les gens qui commençaient à travailler, la priorité c'était ton horaire, ton travail. Et ce qu'on te donnait comme horaire, ma foi, tu discutais pas trop quoi. La priorité, c'était le travail. Donc c'était assez facile. En plus, on n'avait pas trop de pénurie de personnel et on était souvent un peu surstaffé. Donc voilà, c'était facile, entre guillemets, facile à gérer un horaire. Fin de carrière, changement de mentalité. Je la critique pas, c'est... voilà, les gens voient plus leur vie privée je pense. Et donc les horaires étaient beaucoup plus difficiles à gérer. Manque de

personnel, moins de moyens, plus d'absentéisme aussi que ce qu'on avait quand moi j'ai commencé en tant qu'infirmière en chef.

I : Ok.

R : Donc des conditions de travail plus lourdes aussi, puisqu'on avait une charge de travail plus lourde, puisque les temps d'hospitalisation étaient, sont raccourcis de plus en plus. Et donc tu avais un service qui était beaucoup plus lourd que ce que moi j'ai connu quand j'étais... quand j'étais infirmière. Des conditions de travail plus difficiles, et donc un peu plus difficile de gérer tout ça quoi. Je ne sais pas si c'est clair ?

I : C'est vraiment parfait ce que vous me donnez comme infos, c'est très riche. Et qu'est-ce qui occupait le plus votre temps, on va dire, dans le rôle managérial d'infirmière en chef à la fin ?

R : Oui, gestion de problèmes, gestion de conflits.

I : Quand vous dites que vous avez géré des conflits, vous pourriez m'en dire plus ?

R : Oui, j'ai eu des gestions de conflits entre le personnel, avec moi aussi, que j'avais pas eu en début de carrière. Et donc c'était... ouais ça, c'est profond. Bon, en tout cas, mais ça c'est à titre perso, moi je trouve ça fatigant. C'est ce qui m'a fait arrêter.

I : Ok.

R : Tout ce qui était gestion humaine, des gens insatisfaits, qu'on avait de plus en plus, je pense. Moi j'étais plus jeune, mais on avait moins de gens insatisfaits dans les années 2000 que maintenant.

I : Ok, oui d'accord. Là je vais vous poser la question avec les compétences divisées en savoirs, savoir-faire et savoir-être. Donc à la fin de votre fonction, est-ce que vous sauriez me dire s'il y a des savoirs qui ont émergé, que vous auriez voulu avoir, ou des savoir-faire qui se sont manifestés. Ou des savoir-être où vous dites : ah ça, sans ça, à ma fin de carrière, j'aurais jamais su tenir ce poste d'infirmière chef. Comment ça s'est passé?

R : Pour moi, c'est vraiment les formations qui m'ont vraiment aidée dans mon parcours. Et pour moi c'est riche quoi, parce que t'apprends des autres, des expériences aussi, des échanges d'expériences avec d'autres chefs, de vivre un peu les mêmes choses. Donc ça, moi, ça m'a beaucoup aidée dans ma carrière. Mais c'est les formations qui m'ont le plus tenue. Ouais, c'était plutôt ça. Parce que t'as pas toujours le soutien de ta hiérarchie, donc t'es un petit peu toute seule quand tu fais ça. Et alors le soutien de collègues, oui, ça pour moi c'était hyper important.

I : D'accord.

R : Que j'ai eu tout le long de ma carrière.

I : Si vous deviez vous décrire donc au début en tant qu'infirmière en chef, comment est-ce que vous vous décririez ?

R : Trop perfectionniste. Donc j'attendais sûrement trop des gens, des autres. Ça, c'est avec l'âge, l'expérience. Et donc alors, je pense que... des échos que j'ai encore même maintenant, je pense que j'étais une bonne... je suis une bonne chef. J'essayais, mais je voulais trop faire bien. J'étais peut-être trop dans la gestion de la qualité. Donc parfois, j'étais un peu trop exigeante.

I : Ok, oui. Et à la fin de votre carrière, comment est-ce que vous vous décriez avec le recul ?

R : Fatiguée. Fin de carrière, moi j'ai été déçue et fatiguée.

I : Ok et pourquoi ?

R : Parce que je pense que j'ai gardé un peu mon niveau d'exigence quand même. Et puis tu te rends compte que le monde hospitalier change, il évolue tellement. On te demande de faire de la qualité en exigeant des choses qui sont trop difficiles pour le personnel, en tout cas. Et des horaires compliqués, et des gens qui étaient toujours insatisfaits. Et donc pour moi, ça m'a... oui, c'était un peu fatigant, j'ai fini ma carrière d'infirmière en chef.

I : Ok. Et quel... comment dire, quelles qualités vous semblent indispensables pour exercer ce rôle ?

R : Alors il en faut plusieurs. Je pense que tu dois quand même avoir un bon sens de l'organisation. Ça pour moi, c'est vraiment important... moi j'étais chef d'hospitalisation, donc pour moi il faut vraiment avoir un sens de l'organisation bien fait. Tu dois avoir de l'empathie envers les gens, enfin, et être à l'écoute, être à l'écoute de tout le monde. Et savoir gérer, avoir une personnalité quand même assez forte. Et savoir se mettre un peu en retrait des situations difficiles pour pouvoir gérer tout l'humain, toutes les difficultés. Et il faut faire preuve de beaucoup de... comment dire... il faut faire preuve d'originalité.

I : Ok.

R : Parce que tu dois savoir faire plein de choses avec peu de moyens.

I : Être très polyvalente en fait.

R : Être polyvalente, tu dois l'être puisque tu dois... autant infirmière, chef d'unité d'hospitalisation, tu travailles tout autant qu'une infirmière, et en plus tu gères le service. En tout cas comme moi j'ai fini quoi. Maintenant je pense, tu gères plein de choses à côté.

I : Et à la fin de votre fonction, est-ce qu'il y a, dans les qualités que vous venez de décrire, certaines qui ressortent plus que d'autres quand vous comparez à vos débuts ?

R : Chez moi, oui. Pour gérer la réalité du terrain, je pense que j'ai fait preuve quand même d'assez d'originalité pour essayer de gérer. Mais en toute fin de carrière, mes qualités, elles étaient endormies parce que vraiment j'étais vraiment fatiguée. Oui. Et donc moi, c'est pour ça que j'ai arrêté. Je ne voulais pas arrêter sur une mauvaise note parce qu'à un moment, c'est un peu plus de 20 ans, c'est lourd. Tu dois faire preuve de... et puis de voilà. Et il y a plein de choses à côté. C'est aussi de faire avancer, de faire grandir ton équipe. Ça, moi, c'était un truc que j'adorais dans ma fonction de chef, c'était de faire avancer, de faire grandir le personnel pour qu'ils s'épanouissent. Et qu'ils s'épanouissent ou qu'ils grandissent. J'ai eu plusieurs aides-

soignantes qui sont devenues infirmières ou des choses comme ça, car je les ai encouragées. Et ça, en fin de carrière, c'était vraiment ce que j'aimais faire.

I : C'est parfait. Si vous deviez comparer vos débuts à la fin, est-ce qu'il y a des évolutions qui vous marquent ?

R : L'évolution, on en demandait toujours plus avec moins de moyens, moins de temps. Donc ça, sûrement. Maintenant, j'ai pas vraiment... moi je crois que j'ai un peu quand même fait ça sûrement évoluer sur 20 ans, mais j'ai quand même... ou alors j'ai tellement suivi l'évolution, je me suis pas trop rendu compte qu'on me demandait des choses vraiment différentes. Moi, j'étais plus à l'aise. Plus j'ai avancé, plus j'étais à l'aise dans ma fonction.

I : Par rapport aux technologies par exemple, est-ce que vous avez... enfin, est-ce que vous avez remarqué vraiment que ça n'a plus rien à voir ?

R : Ah ça, c'est 20 ans de carrière. Moi j'ai même 35 ans de carrière complète. Donc il a fallu faire avec tout. Donc sur 20 ans, tu connais tout quoi. J'ai déjà connu travailler avec des ordinateurs... mes horaires au début je les faisais version papier, puis après c'était des horaires informatisés. C'était là aussi. Donc il fallait aussi une certaine capacité pour s'adapter.

I : Oui, ça il faut une capacité d'adaptation.

R : Mais en tant que chef, il faut pouvoir s'adapter et évoluer avec l'évolution. Je sais pas si c'est comme ça qu'on dit, mais il faut... ouais, il faut prendre l'évolution, il faut se mettre dedans quoi.

I : Ok, oui. Est-ce qu'il y a des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé votre manière d'exercer ?

R : Ah ben oui une fusion, moi j'ai connu la fusion avec l'hôpital B, j'étais encore infirmière chef. Ah ben c'est sûr que voilà, c'est une autre façon de travailler... ça touchait pas vraiment le service, mais ça donnait du stress, et du stress à gérer un peu dans les équipes. Fallait rassurer, il fallait rassurer un petit peu sur la fusion. Mais ça, c'était un moment un peu stressant. Et alors toute l'évolution que tu connais, mais ça ne serait que gérer les temps d'hospitalisation qui étaient beaucoup plus courts. Ça veut dire qu'on avait un turnover de patients plus lourd, et donc des équipes plus fatiguées. Tu dois gérer ton horaire différemment. Donc ça, il faut être un peu plus au taquet... Et j'ai aussi parfois du personnel plus âgé, puisque moi je prenais en année, mais j'avais des infirmières qui avaient 20 ans de carrière, et bien tu les gères différemment qu'une personne qui commence. Et donc j'ai aussi des fins de carrière et des choses comme ça à gérer.

I : D'accord. Et si je vous parle de tout ce qui est question de bien-être au travail, centralité du travail par exemple chez les jeunes, est-ce que c'est plus ressorti à la fin de votre carrière qu'au début ?

R : Alors moi je pense qu'on y fait plus attention, il y a eu plus de choses mises en place. Par contre, pour moi, on était plus heureux et il y avait plus de bien-être au travail au début de ma carrière qu'en fin de carrière.

I : Ok, vous pourriez développer ?

R : Pour moi, il y a... pour les jeunes dans les services, et en tant que ma fin de carrière infirmière chef, on avait beaucoup plus de pression. De pression de la direction, parce qu'on devait, par exemple... on pouvait plus travailler avec le même matériel, il faut faire des économies. Donc si avant, enfin c'est un bon exemple, tu allais employer un pansement stérile, ben là tu devais réfléchir à peut-être travailler qu'avec un paquet de compresses. Et ça, c'est toute une pression que moi j'ai pas connue quand j'étais jeune infirmière chef. Il y avait moins de stress en début de carrière qu'on connaît maintenant. Beaucoup de stress, beaucoup de pression dans les services.

I : D'accord. Je vous remercie pour cet échange très enrichissant. Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose avant de finir maintenant que vous en savez un peu plus sur le sujet ?

R : Oui. Pour moi, dans notre management, ce n'est pas une apparition-disparition, c'est vraiment que certaines choses émergent plus qu'avant, certaines compétences sont primordiales alors qu'avant on pouvait s'en passer et bien se débrouiller quand même, je me demande si c'est resté exactement la même chose, non je ne pense pas. Pour faire face à la réalité du terrain, non, tu dois... enfin en tout cas moi... mais je suis une vieille... non, il a fallu évoluer autrement, s'adapter à la réalité sinon tu ne tenais pas. Et donc être plus souple avec mon équipe. Moi, j'ai connu les années où l'infirmière chef était un peu plus... pas dire autoritaire, mais t'avais un respect, et voilà, toi tu donnais une ligne de conduite et tout le monde suivait cette ligne de conduite-là, c'était plus directif et personne ne discutait. À l'heure actuelle, on peut plus gérer une équipe comme ça. Tu dois être plus souple, tu dois faire en sorte que chacun donne plus son avis. C'est plus du participatif... pour moi en tout cas, le gérer, mais un peu sur une même ligne, mais tout le monde est au même niveau...

I : Plus participatif qu'au début de votre carrière, c'est ça ?

R : Plus participatif oui, alors qu'au début de ma carrière, c'était plus directif.

I : C'est-à-dire ?

R : C'était plus directif. Et donc ça, ce n'était pas que ma personnalité qui a fait, c'est les gens, la façon d'être des gens change. Et donc plus on avançait, plus tu devais composer... la charge de travail était plus importante et donc il fallait vraiment donner plus de responsabilités au personnel. Donc moi j'avais des référentes un peu dans tous les domaines, que je n'avais pas du tout en début de carrière. Donc déléguer, déléguer. Donc oui, j'avais par exemple une référente étudiants, une référente hygiène hospitalière, il y avait vraiment tous les domaines qui étaient un peu délégués plus et donner des responsabilités aux gens. Oui, moi j'avais l'impression que c'était important de déléguer.

I : Ok, oui. Qu'au début de carrière, enfin déjà ça n'existait pas, pas autant c'est ça ?

R : Oui, t'avais la chef et les autres, ben voilà, il faut travailler comme la chef avait dit. Mais par après, c'est devenu un peu plus consultatif, un peu plus participatif. Pour moi, en tout cas, c'est ça qui a fortement évolué selon moi dans mon management.

I : D'accord, merci beaucoup. On arrive à la fin de l'entretien. J'ai coupé comme ça.

I : C'est totalement anonyme, donc il y aura pas de manière de vous reconnaître ni de reconnaître l'hôpital dans lequel vous travaillez. Vous êtes libre de répondre ou ne pas répondre à certaines questions, et si vous ne comprenez pas la question, n'hésitez pas à m'interrompre pour que je reformule. Et voilà est-ce que ça va pour vous ?

R : C'est parfait, c'est clair.

I : Alors on va commencer par les premières questions donc ça c'est plus les données signalétiques. Donc première question : quel âge est-ce que vous avez ?

R : 59 ans.

I : Dans quel hôpital est-ce que vous travaillez ou est-ce que vous avez travaillé ?

R : Toujours ici à l'hôpital A.

I : De combien c'est de personnes étaient composées votre équipe ?

R : 30 personnes

I : Et dans quel service vous travaillez ?

R : Je travaillais en tant qu'infirmière chef dans le service de pneumologie.

I : D'accord. Et est-ce que vous avez fait une formation complémentaire à votre formation d'infirmière ?

R : Oui j'ai fait l'école des cadres.

I : D'accord, en trois ans c'est ça ?

R : En trois ans, enfin en deux ans puisque quand on était gradué, on ne devait pas faire les trois années à l'époque.

I : D'accord. Vous avez occupé combien de temps la fonction d'infirmière en chef ?

R : Pendant 27 ans.

I : Vous sauriez me donner les dates approximativement ?

R : Oui donc j'ai commencé en 97. Et donc j'ai terminé en... même plus j' raconte des bêtises jusqu'en 2024.

I : Et comment est-ce que vous êtes arrivé à cette fonction ?

R : Ah là c'est rigolo quand j'ai commencé à travailler donc en 92, je suis allée directement en service de pneumo où il y avait un chef de service qui lui avait déjà 10 ans d'ancienneté. Et qui voulait aller dans un autre service, il voulait changer. Il m'a proposé, je lui ai dit bah non au

bout de cinq ans c'est un peu trop tôt quoi, j'ai pas l'expérience. Si mais je te vois bien c'est donc comme ça que j'ai été à l'entretien tranquille, sans espoir même. Et j'ai été choisie. Donc voilà, ça m'a beaucoup plu.

I : Et donc si vous deviez citer deux ou trois motivations pour le poste d'infirmière en chef.

R : Alors comme motivation : un c'est que j'aimais diriger, mais dans le bon sens du terme, c'est-à-dire la gestion, la gestion des horaires, la gestion de l'humain, enfin tout ça c'est important. J'aime aussi le fait de pouvoir apprendre d'autres choses et de voir autre chose en même temps que le métier d'infirmière. Mais tout en étant un chef, pour moi en tout cas, un chef qui va dans les chambres, pas un chef de bureau donc j'ai quand même une journée où je m'isolais pour les horaires, ce genre de choses. Mais j'étais un chef qui était plutôt participatif donc avec beaucoup d'échanges dans mon équipe.

I : D'accord. Merci. Ici je vais vous demander de vous replonger, on va dire au début de votre fonction d'infirmière chef. Donc quand vous avez compris comment ça fonctionnait, on va dire au bout de trois ans de votre prise en fonction. Est-ce que vous pouvez m'expliquer ce que c'était exercer le rôle d'infirmière-chef quand vous avez commencé ?

R : Alors c'était la gestion des horaires parce qu'il fallait donc établir les horaires en tenant compte de la législation etc. C'était aussi la gestion des conflits qu'on peut avoir en interne.

I : Quel genre de conflit ?

R : Les conflits entre femmes parfois c'est pas toujours simple donc il y a parfois des égos qui sont un peu compliqués. Il y avait aussi la gestion, je vais dire au niveau du fonctionnement de l'unité que ce soit financier, puisqu'il y a quand même des bilans chaque année où on vous donne vos dépenses etc. Que ce soit l'organisationnel du travail : qui fait quoi et à quel moment, de quel côté, et qui est responsable de quoi .C'est aussi assister à beaucoup de réunions informatives pour pouvoir après justement redescendre les informations dans ton service. Bah, c'est aussi être une personne de référence pour les patients, même si les infirmières l'étaient déjà. Mais je veux dire, si le patient a un souci, on devient son interlocuteur privilégié.

I : D'accord. Si vous deviez citer deux ou trois choses qui occupaient principalement votre temps à ce moment-là, c'était quoi ?

R : Alors beaucoup quand même les horaires. C'était la gestion horaire, la planification ça c'était quand même quelque chose qui était énergivore et qui prend du temps. Faire un horaire, c'est pas si simple que ça, puisqu'il faut prendre en compte tous les desideratas des gens, il faut tenir compte des écarts de jour, du nombre de jours, il y a tout un calcul donc c'est compliqué. Il y a aussi la gestion de tout ce qui est la pharmacie et des stupéfiants. Il faut garder un œil très régulièrement sur ça. Donc ça aussi ça prend du temps à faire des inventaires tous les 15 jours, tous les mois c'est énorme. Donc voilà et puis aussi, il faut participer aux tours médicaux puisque moi j'avais quand même trois chefs médecins. Et donc trois fois semaine il y avait des tours avec les médecins dans lesquels on échangeait, mais ça prenait une heure ou une heure et demi.

I : D'accord. Je vais maintenant vous poser des questions par rapport à vos compétences, toujours au début de votre prise en fonction d'infirmière en chef. Je vais développer ces compétences en trois parties : donc les savoirs, tout ce qui est connaissance, les savoir-

faire, donc c'est les aptitudes. Et les savoir-être plus au niveau comportemental. Est-ce que vous pourriez m'expliquer ce qui était important dans les savoirs quand vous avez commencé ?

R : Alors dans les savoirs en tout cas faire, c'est vraiment avec la connaissance des pathologies, la connaissance des différents actions qu'il y a à faire au niveau infirmier. Et j'avais par principe de dire, je ne peux demander qu'à mon équipe, ce que je sais faire, je ne peux pas exiger de quelqu'un, qu'il fasse quelque chose, si moi-même je sais pas comment on le fait. Donc moi j'ai besoin de, j'ai toujours besoin de comprendre ce que je fais et qu'il y ait une raison et un sens. Donc ça c'était vraiment apprendre, apprendre beaucoup. Et c'est les patrons médicaux aussi qui ont beaucoup aidé dans les connaissances qui m'ont donné beaucoup de lecture. J'avais un patron qui était très exigeant et qui régulièrement me posait des questions pour voir si j'avais lu ce qu'il m'avait donné. Et donc c'est vraiment apprendre le plus de choses théoriques parce que quand on sort de l'école, on a des compétences, oui d'accord, mais des compétences générales. Tout ce qui est vraiment très spécifique, il fallait l'apprendre. Puisque j'avais quand même un service où on faisait de la ventilation à l'époque qu'on fait toujours d'ailleurs. Et donc les patients qui étaient sous respirateur, c'est tout un apprentissage important, on a dû faire apprendre à l'époque au personnel du domicile qui ne connaissait pas les canules de trachéotomie, etc. donc ça c'était vraiment toutes ses compétences et de savoir c'est toujours s'informer toujours apprendre ce qui est nouveau, les évolutions. Ça c'est important.

I : Merci beaucoup

R : Alors par rapport au savoir-être, ça demande beaucoup de diplomatie. Beaucoup d'échanges et de rigueur quand même. Et aussi, je vais dire comme l'expression une main de fer dans un gant de velours, c'est-à-dire que moi j'étais très participative dans le sens où je savais que si je donnais par exemple des facilités d'horaire etc. En échange, si moi je rappelais pour un problème, il manque quelqu'un ce qui arrivait beaucoup. Chaque fois il y avait du win-win en fait donc avec beaucoup de respect en tout cas, mais c'est beaucoup de dialogue et participatif, je trouve que ça c'est l'idéal tout en étant contrôlante parce qu'un rôle de chef il y a du contrôle, mais il y a moyen de contrôler sans que ça soit oppressant. J'ai toujours essayé d'être plus large possible, mais avec parfois des exigences qui répondent à dire bah non ça c'est pas correct. Et alors je dirais considérer tout le monde de la même façon. Être équitable. Oui donc on peut toujours avoir des affinités parce que ça c'est l'humain, mais je vais dire. Chaque personne était traitée de la même façon. Et le dialogue quand il y avait des conflits ou des choses comme ça, mais pas dire ah bah oui mais tu préfères celle-là parce que t'as permis ça non maintenant il y a toujours des jalousies et ça c'est compliqué d'accord.

I : Si vous deviez vous décrire en tant qu'infirmière chef au début et puis je vais vous reposer la question par après à la fin. Est-ce que vous pourriez vous décrire, vous donner des qualités ou comment vos équipes vous percevaient ?

R : Donc au début, j'étais très rigoureuse, donc très carrée, j'aime pas le mot à la militaire, mais c'était un peu ça. Ça vient de l'éducation aussi donc j'étais très carrée, moins ouverte d'esprit et moins d'ouverture des angles. J'étais peut-être un peu plus brute peut-être au départ dans la façon d'exprimer les choses.

Et puis avec l'évolution dans le temps, on apprend à arrondir les angles, à dire les mêmes choses, mais de manière peut-être plus assertive qu'au départ, parce qu'au départ on est un peu dans le stress, le personnel juge aussi. Moi je me souviens quand j'ai commencé, on m'a dit bon tu n'es

jamais que notre huitième chef, donc ça me mettait déjà la pression. J'étais jeune et j'avais quand même des infirmières qui avaient une moyenne d'âge déjà à l'époque d'une quarantaine d'années. Donc elles étaient plus âgées que moi, elles avaient des compétences bien plus grandes que les miennes. Et j'ai appris à me dire mais tout compte fait, je vais apprendre, je vais apprendre par rapport à elle, parce qu'il y a des choses que je ne connais pas, parce que l'expérience, on l'acquiert qu'après des années. Et en effet, elles m'ont toujours après décrit en me disant au départ tu étais très carrée. Mais par contre on pouvait toujours dialoguer avec toi, oui ça a toujours été. Et après elle m'a dit ce qu'on a aimé c'est que quand tu disais blanc ça restait blanc et c'était pas gris ou vert en fonction de la personne qui venait donc elle dit, on avait des objectifs, on savait où on voulait aller, t'as toujours été très structurée. Donc ça c'est comment on me décrit et comment je suis, je pense, je suis très procédurière, très structure etc.

I : D'accord. Qu'est-ce que c'était exercer le rôle d'infirmière chef vers la fin de votre carrière d'infirmière chef ?

R : Alors à la fin ça devenait plus compliqué parce qu'il y avait beaucoup plus de tâches administratives. Et ça mange beaucoup de temps. Ça veut dire qu'on perd aussi. On perd du contact avec le patient, alors quand même que quand on est infirmière si on est infirmière chef, il y a quand même cette capacité de vouloir avoir quand même ce contact patient. L'autre chose aussi, c'est que ça devenait plus difficile parce qu'il manque de plus en plus d'infirmières. La pénurie. La pénurie s'est ressentie parce que il fallait absolument faire porter la charge sur tout le monde et on en arrivait parfois où je me retrouvais à être seule d'un côté d'un couloir avec une autre infirmière parce que soit il y avait des personnes malades ou du personnel a démissionné ou du personnel tout simplement qui a été pensionné et qui n'a pas été remplacé parce qu'on ne trouvait déjà pas. Donc ça c'est le côté plus compliqué. Par contre les charges administratives, elles augmentent.

I : C'était quel genre de charges ?

R : Alors c'est qu'on vous demande maintenant d'avoir ce qu'on appelle des indicateurs. De faire plein de calculs sur des indicateurs, de voir l'évolution, de chaque fois tenir compte des statistiques, de voir l'occupation. Donc c'est une analyse constante de chiffres qui, quand on est un personnel soignant, c'est compliqué à se dire, il faut y passer par là pour prouver justement qu'on est en manque de personnel, qu'il manque, qu'il faut c'est toujours le truc des calculs des équivalents temps plein c'est de voir alors en milieu infirmier quand on a un certain âge, on a les dispenses de travail, mais ces dispenses de travail elles ne sont pas remplacées. Mais tout compte fait ces gens ils sont en congé donc ils ne sont pas là quand ils sont en dispense de travail. Et donc c'est tous ces trucs qui demandent d'avoir plus d'indicateurs, de regarder un peu plus encore tout ce qui est enregistrement aussi, je veux dire du DRHM donc tout ce qui est le résumé clinique infirmier où il y a un contrôle qu'on demandait de plus en plus au contrôle de chef de repasser derrière de vérifier parce qu'il y a un aspect financier derrière.

Les charges sont devenues plus lourdes à l'heure actuelle, être infirmier chef, c'est pas évident et de moins en moins ils ont du temps justement pour une journée administrative où ils disent je vais faire les horaires, je vais faire les choses. En fait, on leur rabote parce que comme il manque du personnel, ils sont dans les chambres mais là tout le temps. Ils ne savent pas s'extraire par moments de j'ai besoin d'une journée. Ça c'est plus compliqué à l'heure actuelle, honnêtement et on demande plus en gestion en fait le côté financier il compte hein.

I : D'accord, je vais vous poser la question avec les compétences avec les savoir, savoir-faire et savoir-être. Est-ce que vous pensez qu'il y a eu une évolution par rapport à ça ?

R : Je dirais que peut-être qu'en avançant en âge, on apprend à être un peu plus sage, donc on réagit moins parfois à des petites choses. Donc on est un peu plus... je vais pas dire plus cool sur des trucs parce qu'il y a toujours ce phénomène de contrôle du travail bien fait qui doit être fait. Mais peut-être se dire à la rigueur, j'ai envie de dire quel que soit le chemin qu'on emprunte du moment que la destination finale est acquise c'est bon.

I : Flexible ?

R : Plus flexible, je dirais. Moins de rigidité en effet dans se dire si c'est pas fait dans ce sens-là, mais c'est fait. Donc en fait ce qui compte c'est que ce soit fait. Donc c'est plus souple ou plus flexible, plus accommodant, peut-être encore sur certaines choses. Par contre niveau savoir forcément on maîtrise de plus en plus son métier. Donc ça on est plus sûr de soi encore puisque là on le maîtrise vraiment bien. Mais je dirais que c'est plus dans le savoir-être où il y a des choses qui sont plus souples oui c'est peut-être ça.

I : D'accord, si vous deviez vous décrire à la fin de votre carrière d'infirmière chef, comment vous décririez-vous ?

R : Plus sage. Plus sage, moins volcanique, je veux dire plus posée en fait. Il y a l'âge aussi qui fait donc je veux dire quand on est jeune, on est un peu plus speed et on va répondre un peu plus vite et parfois on devrait un peu se taire. On apprend ici à être plus réflexive et plus se dire je vais prendre un peu de temps parce que je suis énervée. Prendre la peine de ne pas dire les choses maintenant, de les dire différemment. Donc oui c'est plus apaisé en fait.

I : D'accord, et par rapport à la gestion des équipes à la fin comment est-ce que ça se passait vous me parliez de conflit au début. Est-ce qu'ils étaient toujours présents ? Est-ce que c'était les mêmes types de conflits ?

R : Pour ma part, les types de conflits évoluent avec le temps puisque le personnel change aussi dans l'unité. Les conflits vraiment de travail c'est pas vraiment le cas à ma fin de carrière... il y en avait plus trop ou très peu. C'est plus des conflits interpersonnels. C'est d'ailleurs une des raisons qui m'a fait quitter un peu la fonction d'infirmière-chef. J'en avais un peu assez de devoir gérer parfois des conflits purement personnels, parce que l'une avait acheté une machine à laver et que l'autre n'avait pas pu, ce genre de trucs un peu bêtes et ridicules. Ou du style : « Vous avez apporté des gâteaux un jour, oui, mais vous n'en avez pas apporté quand je n'étais pas là. » Ça fait un peu école maternelle.

I : Et vous pensez que c'est dû à quoi ?

R : Je pense que de plus en plus les gens sont individuels, de plus en plus les gens aussi dans la jeunesse, je suis désolée, ont de plus en plus de mal avec les frustrations. Ils ont de plus en plus de mal avec le contrôle et autant je vais dire quand on est... si je remonte un peu dans le temps, on était frustré bah oui c'est jamais drôle, mais on accepte la frustration, on accepte de se dire ça va, je reste quand même et puis voilà. Je pense qu'elles partent plus vite, elles en ont plus vite marre. Pas toutes, mais la frustration est plus difficile à gérer à l'heure actuelle. Et c'est vrai que c'était une difficulté de se dire un chef il a quand même un rôle de contrôle, même s'il fait confiance et on doit faire confiance sinon c'est pas possible. Autant les gens auront accepté le contrôle maintenant c'est parfois un peu plus compliqué ou très vite les gens disent oui mais t'es toujours sur mon dos. Non, c'est mon job de contrôler aussi et je trouve que la limite entre

contrôle et la personne qui se sent contrôlée, entre contrôle et harcèlement, elle est très fine à l'heure actuelle, que dans le temps, c'est normal, il contrôle quoi, il regarde ce que je fais, c'est logique. C'est un peu différent, je trouve que la mentalité là est un peu différente et que c'est plus compliqué à gérer.

I : D'accord. Donc si vous devez comparer votre début à votre fin de carrière, comment est-ce que vous décririez l'évolution de votre fonction managériale ?

R : Alors plus sûr dans ce que je fais, d'accord sur la maîtrise des savoirs, sur les compétences, plus de difficultés dans tout ce qui est relationnel.

I : D'accord. Et qu'est-ce qui reste globalement similaire ?

R : Ce qui reste similaire, c'est vraiment la gestion des gens, le fait d'être quelqu'un qui soit participatif, qui ait des échanges, qui soit collaboratif. Ça reste, ça reste toujours.

I : D'accord, est-ce qu'il y avait des compétences que vous auriez aimé davantage développer dans votre rôle face à la réalité du terrain ?

R : Bah ça j'y ai déjà réfléchi et honnêtement... apprendre encore un peu plus à... oui, mais j'ai trouvé que j'étais déjà à un bon niveau. Maintenant ce que j'aimais beaucoup, c'était justement redonner les savoirs, repartager. C'est comme ça d'ailleurs que j'ai changé et que je suis maintenant un coach en effet donc... et je l'enseigne aux médecins. Donc c'est quelque chose qui me fait vivre, c'est vraiment de partager les connaissances. Donc ça c'est vraiment le plus.

I : D'accord. Est-ce que selon vous il y a des changements et des évolutions dans votre fonction managériale ? Et à quoi est-ce que vous les attribuez principalement ?

R : Oui c'est la gestion des charges supplémentaires. Quand je parlais d'administratif, avant on gribouillait beaucoup à la main. Après les évolutions ont changé, on a commencé déjà à faire plein de trucs informatisés. Maintenant, de plus en plus tout est informatisé pratiquement.

Avant pour moi, dans ma pensée, c'était l'informatique allait m'aider à gagner du temps. Et en fait on n'en gagne pas vraiment parce que ça prend du temps à encoder, ça prend du temps à vérifier, s'il y a un problème on est coincé, on retourne au papier. C'est quand même une charge où aussi tout le monde... enfin maintenant avec les évolutions, je veux dire maintenant tout le monde sait utiliser un ordinateur etc., mais il y a quelques années de ça, c'était quand même encore compliqué, il y avait des gens qui étaient déjà dans la cinquantaine ou 60 ans, il n'y avait jamais eu un ordinateur dans les mains, donc c'était quand même aussi un apprentissage.

Je trouve qu'autant la charge administrative est lourde, mais elle est lourde aussi avec l'informatique. Et je rappelle quand même toujours aux gens, c'est un outil. Ce n'est pas... ça ne doit pas être une entrave au patient. De plus en plus je vois les gens sont sur leur PC, même médecins, et on se demande s'ils voient encore le patient derrière l'écran.

Et je me dis en tant qu'infirmière ou infirmière chef, si j'ai beaucoup de choses à remplir sur les PC mobiles, il faut quand même toujours savoir que derrière il y a quand même un patient et lui il n'a rien à faire de votre écran, vous remarquez que vous avez fait une toilette, vous avez fait ci, vous avez fait là. Et si on reste concentré sur son écran, on perd dans le contact.

Mais par contre, la charge, elle est lourde, parce qu'il faut le remplir, il faut maintenir un dossier.

I : D'accord. Est-ce que vous avez vécu des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé votre manière d'exercer ?

R : Alors l'informatique est arrivée donc forcément on exerce différemment, les horaires c'est plus papier, on les faisait sur un ordinateur. Le fait peut-être... comment je vais dire... pose-moi un peu la question.

I : Est-ce qu'il y a des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé votre manière d'exercer ?

R : Donc l'informatisation ça c'était une chose. Le fait aussi que de plus en plus on considère, même si on est un secteur non marchand, mais qu'on considère qu'on est une entreprise. L'aspect financier est devenu de plus en plus important. Typiquement, on mettait les prix sur tout pour dire consomme plutôt ça que ça parce que ça coûte. Donc je vais dire, on devient un peu des mini gestionnaires, même s'il y a un gestionnaire d'entreprise au-dessus, mais on devient des mini gestionnaires. Donc ça influence la façon de consommer, les aiguilles, les choses comme ça parce qu'il y a des prix différents. Ça joue beaucoup. Donc en évolution qu'est-ce qu'on a encore... il y a maintenant l'intelligence artificielle qui peut aider aussi à aller plus vite dans certaines choses. Donc toutes ces évolutions-là, elles font bouger quand même.

I : Et est-ce que par exemple vous avez vécu une fusion ? Si oui, comment ça s'est passé vis-à-vis de la gestion des équipes ?

R : Alors on a fusionné, mais... la première fusion est avec l'hôpital B, mais chacun est resté chez soi, on a formé un seul hôpital avec deux sites. Puis après il y a eu la fusion avec l'hôpital C. Il y avait des partages d'informations... mais c'est toujours en cours en fait. Je dirais qu'il y a eu des gens qui après ont dit bah oui ce qui s'est passé par exemple c'est qu'ici on avait de la pédiatrie et puis la pédiatrie ça semblait plus logique qu'elle soit à côté de la maternité donc ils sont partis à l'hôpital B. C'est un choix donc les gens ont dû se dire soit je garde ma spécialité et je vais à l'hôpital B, soit je veux pas du tout aller à l'hôpital B, je veux rester l'hôpital A. Donc ils quittaient leur spécialité.

Donc ça il y a eu des choix. Alors des partages d'informations, on essaye d'uniformiser les façons de faire, les façons de voir. Maintenant les informations qui sont données aux infirmières chefs par la direction sont les mêmes, c'est déjà très bien. Mais on ne travaille pas encore tout à fait de la même façon.

I : Ici je vais vous demander, enfin je vais vous donner des mots vous allez rebondir si ça vous parle par rapport à votre fonction managériale. Le bien-être au travail.

R : Avec le Covid oui. Après oui donc le bien-être oui puisqu'on a quand même fait plein de trucs après, des ateliers, des temps, des ateliers hypnose, des ateliers yoga qui continuent encore d'ailleurs. Et je pense qu'on fait un peu plus attention quand même aux personnes. Avant, je veux pas dire qu'on ne faisait pas attention, mais c'était secondaire, on travaillait pour travailler quoi. Les états d'âme... que maintenant je pense qu'on y est quand même plus attentif.

I : D'accord, est-ce que vous avez déjà été confronté à un conflit intergénérationnel au sein de vos équipes ?

R : Oui, on a les plus anciennes qui disaient oui mais tu vois nous quand on sortait de l'école, on savait faire ça, maintenant regarde elle sait rien faire.

Et nous plus on manque de personnel, on attend... et donc prendre du temps pour apprendre à quelqu'un qui sort de l'école... alors c'est vrai qu'on en perd du temps, mais on en gagne après. Et je me dis que le jeune qui arrive et qui dans ces situations où on lui apprend pas, on lui dit t'avais qu'à savoir, ça ne l'aide pas à s'installer non plus. Ça le décourage très vite.

Donc ça arrivait peu fréquemment parce que moi j'y faisais très attention, mais je me rends compte en passant maintenant dans certaines unités où on sent une différence générationnelle, où les gens disent : « ça devient difficile que nous on est les vieilles et les plus jeunes n'ont pas la même façon de voir les choses ». Mais c'est peut-être pas plus mauvais non plus, loin de là. Et donc ça entraîne une différence quand même générationnelle.

I : D'accord. Je vous remercie pour cet échange très riche. Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose avant de finir maintenant que vous en savez un peu plus sur le sujet ?

R : Oui, je pense qu'une des façons d'être infirmier chef dans le temps, ce qu'il fallait, c'était gérer une équipe et que ça tourne.

Je pense que maintenant gérer l'équipe est toujours intéressant et il faut que ça tourne. Mais je pense qu'il y a plus d'attention quand même à l'être humain, à la personne, ça, ça a changé.

Et je pense que ça a changé parce que les plus jeunes ont justement ce phénomène par rapport à la frustration, à une autre évolution de pensée. Et si on n'y est pas attentif très vite, ça va cracher. Ça je pense que c'est la grosse différence de pouvoir dire être plus encore à l'écoute des autres. Pour moi c'est vraiment ça. Et éviter tout ce qui est burnout ou des choses comme ça. Avant on disait avance ça va aller. C'est plus tout à fait comme ça, heureusement d'ailleurs.

I : Donc je vais vous décrire un peu l'objectif de ma recherche. C'est vraiment axé sur, pas la fonction d'infirmier, mais la fonction d'infirmier chef du point de vue managérial. Ici, l'objectif de l'échange, c'est de recueillir votre point de vue professionnel et personnel par rapport au poste que vous avez eu. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse qui m'intéresse, c'est vraiment votre vécu. Ça devrait durer une demi-heure en fonction des réponses que vous me fournissez. L'enregistrement est anonyme, il n'y a pas moyen de vous reconnaître. Vous êtes libre de répondre, ne pas répondre à certaines questions. Et si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à m'interrompre et je la reformulerai. Voilà donc est-ce qu'on peut commencer ?

R : Oui OK ça va pas de problème.

I : Alors donc la première partie c'est plus les données signalétiques pour élaborer un type de profil. Donc je vais vous poser la question quel âge est-ce que vous avez ?

R : Moi j'ai 65

I : D'accord, dans quel hôpital est-ce que vous avez travaillé ?

R : Donc l'hôpital H, centre neuropsychiatrique.

I : De combien de personnes étaient composée votre équipe ?

R : 54

I : D'accord, vous avez déjà répondu pour le service et est-ce que vous avez une formation complémentaire à celle d'infirmier ?

R : Oui oui oui, j'ai suivi un graduat dans le temps. J'étais à l'université à Gand pour faire une licence sciences médico-sociale. Ça c'était de 95 à 97. J'ai fait mes deux candits en un an. Puis là, je réfléchis, j'ai fait un qualification en santé mentale et j'ai aussi obtenu le titre en santé mentale aussi quoi. Voilà cela suite à tous les projets que j'ai suivi et tout ça.

I : D'accord. Merci. Pendant combien de temps est-ce que vous avez occupé cette fonction d'infirmier chef ?

R : Je suis entré en 83. le 15 avril, six mois après j'étais infirmier en chef. Jusqu'ici 2025 novembre, le 1^{er} novembre, j'ai ma pension.

I : D'accord.

R : Donc ça fait longtemps déjà.

I : Oui, c'est parfait, ça vous fait beaucoup d'expérience.

R : Une fameuse évolution, tout à fait.

I : Et comment est-ce que vous êtes arrivé enfin comment est-ce que vous êtes arrivé à cette fonction ? Qu'est-ce qui vous a donné ? Est-ce que ça vous a donné envie ? Comment ça s'est passé ?

R : Bah écoute je suis néerlandophone, donc j'ai fait mes études en Flandre en fait. Sauf naturellement la qualification et le titre et tout ça et tous les autres projets, mais là il y avait n'y avait pas assez d'emplois sur le marché du travail en fait en Flandre et tout ça donc je me suis retrouvé ici. Je me suis dit ça sera pour un peu de temps quoi voilà et après . Quand j'ai dit que je comptais partir, je l'ai dit au directeur et il m'a remis infirmier en chef quoi en fait voilà là j'ai dit, je vais encore rester un peu. Donc là-dessus c'est parti comme ça quoi en fait quelque part.

I : D'accord. Et qu'est-ce qui vous a plu dans la fonction d'infirmier chef ?

R : C'est que j'étais assez autonome quoi en fait donc c'est quand même une gestion d'équipe. En fait je suis infirmier en chef, c'était infirmier en chef du service de nuit de l'hôpital, ça comblait tout l'hôpital. En fait je travaille une semaine sur deux plus encore en dehors les réunions et tout ça et d'autres projets et tout ça donc ce qui m'a plu naturellement, à la base, c'est tout pour le patient naturellement. C'est pour ça que je suis devenu infirmier aussi. C'est pour soigner le patient quoi en fait. Je pouvais apporter quelque chose aussi quand je suis arrivé en psychiatrie là-bas, il n'y avait pas assez d'infirmiers et tout ça. Donc je me trouvais avec des équipes, des personnes, de gens qui cherchaient pour clôturer leur fin de carrière quelque part, ils travaillaient en psychiatrie. Donc voilà, c'est là la base en fait que voilà que je trouvais quand même ma place là. au fur et à mesure Tout a bien évolué.

I : Eh ben justement là je vais vous demander de vous replonger au début de votre prise en fonction d'infirmier en chef. Donc on va dire les premières années. Et donc à cette époque-là, qu'est-ce que c'était exercer un rôle d'infirmière en chef ? Qu'est-ce qui vous était demandé au début de votre carrière ?

R : Au début, il y avait encore des infirmiers responsables, mais il n'y avait plus vraiment d'infirmiers en chef. La personne qui occupait cette fonction était partie juste avant mon arrivée, et c'est moi qui l'ai remplacée. Nous étions quatre à assurer une fonction de coordination générale et nous intervenions dans les services où il n'y avait pas d'infirmier chef. À un moment donné, nous n'étions même plus que trois pour tout l'hôpital. Comme il y avait beaucoup de patients, nous devions intervenir régulièrement dans les unités, gérer les situations de crise, les relations avec les médecins ainsi que l'organisation quotidienne des services. Il fallait donc assurer une présence dans les services malgré le manque d'encadrement. Voilà un peu comment cela s'est passé au départ.

I : Et qu'est-ce qui occupait principalement votre temps les premières années, par exemple si vous deviez décrire une semaine type ?

R : À cette époque-là, le travail consistait beaucoup à intervenir directement dans les services. J'étais très présent sur le terrain : je faisais régulièrement le tour des unités, j'allais voir ce qu'il se passait, je parlais avec les membres de mon équipe et je gérais beaucoup de problèmes au quotidien. Les traitements psychopharmacologiques n'étaient pas encore aussi développés qu'aujourd'hui, donc il y avait davantage de crises, de cris et de situations difficiles. C'était une période très dure.

I : Je comprends. Ici je vais vous poser des questions par rapport aux compétences qui étaient nécessaires et je vais scinder ces compétences en trois parties. Donc les savoirs, tout ce qui est plus connaissance théorique, les savoir-faire donc plus les aptitudes et les savoir-être donc plus au niveau comportemental. Est-ce que vous pourriez me décrire donc toujours pour le début de la fonction quel savoir était important ?

R : Le savoir reposait naturellement sur toutes les techniques infirmières que j'avais apprises. Mais j'en ai aussi acquis beaucoup sur le terrain, notamment en travaillant avec les médecins. Par exemple, il m'arrivait de faire des sutures et d'autres actes techniques.

Il fallait également savoir reconnaître une situation de crise ou identifier lorsqu'un patient présentait un problème médical, évaluer la situation et essayer d'intervenir nous-mêmes avant, si nécessaire, de contacter le médecin.

En psychiatrie, il fallait aussi maîtriser d'autres aspects spécifiques du travail, notamment la gestion des patients en situation d'agitation ou d'isolement.

Mais les compétences ne se limitaient pas au savoir technique : il fallait aussi savoir communiquer avec les personnes et collaborer avec les autres responsables. Même si j'étais infirmier en chef de nuit, il y avait également les chefs des autres services de jour. Nous avions donc régulièrement des réunions : une réunion quotidienne à la fin de mon service ainsi qu'une réunion mensuelle.

I : Ok, et à quoi servait la réunion ?

R : Ces réunions servaient surtout à ce que tout le monde soit informé et puisse expliquer ce qu'il s'était passé pendant la nuit. Dans mon cas, je transmettais les informations concernant le service de nuit, tandis que les collègues de jour partageaient également leur point de vue et ce qui allait se passer durant la journée.

L'objectif était surtout d'assurer une bonne coordination entre les équipes et de maintenir le lien avec la direction.

I : Et concernant le savoir-être ?

R : Il faut avoir confiance en soi. Il faut aussi avoir une certaine présence et obtenir le respect de son personnel. Mais ce respect se construit notamment en étant juste dans ses décisions.

Par exemple, la gestion des congés n'est pas toujours facile, parce que certaines personnes peuvent avoir l'impression qu'on favorise quelqu'un ou qu'on en pénalise un autre. Cela m'est déjà arrivé : une personne n'était pas satisfaite et avait convaincu trois autres collègues de porter plainte auprès de la direction. J'ai été très surpris par cette situation.

Mais ce qui m'a encore plus surpris, c'est que tous les autres membres de l'équipe ont signé un document pour expliquer que les reproches formulés à mon égard n'étaient pas fondés et que j'avais agi de manière juste. Ce sont des situations qui peuvent arriver dans ce type de fonction.

I : Quel savoir-faire était, on va dire important au début ?

R : Oui, oui... le savoir qui était très important, c'était la connaissance parce que, quelque part, on était là en psychiatrie, il y avait plus de 600 ou 700 patients à ce moment-là.

C'est savoir intervenir, savoir quand on doit faire quelque chose, poser les gestes techniques adéquats et prendre la bonne décision. En cas de feu, il faut aussi prendre la bonne décision, comme dans les autres situations. Voilà, c'est surtout ça que je retiens.

I : Et pour les savoir-faire, est-ce que par exemple savoir-faire des plannings, gérer les horaires ? Est-ce que ça vous était aussi demandé au début de votre prise en fonction ?

R : Oui, ça m'a aussi été demandé. Il y avait une personne qui remplaçait l'infirmier en chef, mais ils n'étaient vraiment pas contents de cette personne-là. Ils ont donc voulu que je fasse tout ça aussi. Je m'occupais également de tout ce qui concernait les visites médicales et tout ça. Il fallait aussi avoir des contacts avec les autres services autour, avec la comptabilité et toutes ces affaires-là. Il y avait aussi les pointages qui étaient contrôlés par le service comptabilité.

I : Ok. Si vous deviez vous décrire en tant qu'infirmier chef, comment est-ce que vous décririez au début ?

R : C'était une autre mentalité parce que beaucoup de personnes venaient de milieux comme les fermes, la boucherie, la menuiserie ou les carrières. C'était donc une communication beaucoup plus directe. Il fallait savoir ce qu'on disait et ne pas avoir peur de hausser la voix. Tandis que maintenant, il faut oublier tout ça surtout.

I : Et comment vous vous décririez en tant que manager à l'époque, vous étiez une personne comment ?

R : Je trouve que j'ai bien géré durant toute ma carrière. Au début, c'était une organisation très différente. Il y avait différents systèmes d'horaires et les équipes travaillaient selon des rythmes particuliers. Moi, je travaillais une semaine sur deux et les équipes de nuit avaient des cycles précis avec plusieurs nuits suivies puis quelques jours de repos. Tout fonctionnait autrement à cette époque.

Je pense qu'en tant qu'infirmier en chef, il fallait surtout être correct, savoir dire non et intervenir quand quelque chose n'allait pas. Par exemple, si quelqu'un buvait pendant le service de nuit ou si une situation avec un patient n'était pas correcte, il fallait réagir et prendre les bonnes décisions. Il fallait aussi savoir évaluer les nouveaux membres du personnel lorsqu'ils arrivaient dans l'équipe.

Au début, j'avais également la responsabilité de l'inventaire. J'étais en contact régulier avec la direction : tous les soirs, le directeur général venait me voir et le matin je voyais aussi un autre directeur vers 9 heures. Cela me permettait de rester constamment informé de ce qui se passait et des attentes de la direction.

Finalement, dans cette fonction, il y avait les différents savoirs : le savoir, le savoir-faire, le savoir-être et aussi le savoir-devenir.

I : Donc maintenant je vais vous demander vers la fin de votre carrière d'infirmier chef donc ici on va dire en proche de 2025. Qu'est-ce que c'était exercer ce métier ? Qu'est-ce qui a changé ?

R : Beaucoup de choses avaient changé. Il y avait davantage de personnes qualifiées et j'ai travaillé avec des infirmières et des infirmiers ayant différents diplômes. Ensuite, il y a aussi eu les aides-soignants et les éducateurs. Donc la composition des équipes avait complètement changé.

Les infirmiers en chef de jour étaient également plus présents et le monde hospitalier est devenu beaucoup plus dynamique.

Beaucoup de choses ont aussi changé avec la réforme de la santé mentale de 1995. Il y a eu de nouvelles normes, notamment au niveau du personnel. Avant, nous étions environ 21 personnes pour tout l'hôpital, puis progressivement les effectifs ont fortement augmenté.

À l'époque, quand il manquait du personnel, une personne pouvait travailler sur trois services différents. Moi-même, j'allais parfois dans un service et je faisais deux services à la suite. Tandis que maintenant, il faut au minimum un infirmier par service, avec aussi des exigences de diplômes et de qualifications.

I : Et pour la gestion des équipes, comment ça se passait ?

R : Pour la gestion des équipes, il y a aussi eu énormément de changements. J'ai été à l'université, donc j'ai appris à travailler sur ordinateur et tout ça. J'ai alors commencé à faire les horaires sur ordinateur. Ensuite, durant les dernières années, il y a aussi eu des changements au niveau de la comptabilité et de la gestion administrative. On a commencé à travailler avec Assert, qui fonctionne avec un autre système de gestion et de calcul. Il y a eu énormément de changements, notamment au niveau de l'organisation et de la gestion du personnel.

I : Et niveau comment expliquer pour mentalité du personnel, est-ce qu'il y a déjà eu des conflits intergénérationnels avoir du personnel très jeune et très âgé ? Est-ce qu'il a déjà fallu gérer ce genre de situation ? Comment est-ce que ça se passait ?

R : Oui, oui... il a fallu gérer ça aussi, avec les générations X, Y et tout ça. Les jeunes qui arrivent, c'est une bonne chose. Moi, je faisais souvent les entretiens d'entrée du personnel, après qu'ils aient déjà passé une première étape du recrutement. C'est très bien d'avoir de nouvelles personnes, mais il faut aussi savoir les garder. Donc il faut être attentif à ce que les gens veulent : est-ce qu'ils sont flexibles ou moins flexibles, qu'est-ce qui leur convient, quels horaires leur arrangent... Il faut beaucoup de dialogue avec les personnes. Les portes doivent rester ouvertes naturellement, et il faut aussi de la diplomatie.

Mais beaucoup de choses ont changé : les collègues ont changé, les structures aussi, l'infrastructure également. On est passé d'un modèle plus "asile" à quelque chose de beaucoup plus ouvert, notamment avec l'évolution actuelle de la psychiatrie en Europe.

Les thérapies avec les patients ont aussi énormément évolué. Donc oui, il a fallu s'adapter à tous ces changements.

À l'hôpital, il y avait aussi cinq jours de formation. J'ai suivi beaucoup de formations en management.

Ensuite, avec l'Europe, Erasmus Plus et auparavant Leonardo, j'ai eu l'occasion de découvrir d'autres structures. Par exemple, j'ai visité des unités difficiles à Sarreguemines en France, ce qui était déjà assez impressionnant. Je suis aussi allé à Prague où j'ai pu observer les pratiques liées aux isolements, aux infrastructures et à l'organisation des soins.

Il y a eu un changement incroyable au niveau des infrastructures, de la médication et des pratiques de soins. Les patients ne sont plus "tenus" de la même manière qu'avant. À l'époque, il y avait encore la camisole physique, alors qu'aujourd'hui elle n'existe pratiquement plus. Maintenant, on parle plutôt, à la limite, d'une "camisole chimique".

I : D'accord. Et si vous deviez comparer vos débuts à aujourd'hui, comment est-ce que vous décririez l'évolution vis-à-vis du management de vos équipes, du management humain que vous faisiez ?

R : C'était différent. Aujourd'hui, il faut faire beaucoup plus attention et tenir compte de énormément de choses.

On a vu apparaître de nouveaux schémas de management et il y a aussi eu toute la période de l'accréditation. Nous avons obtenu l'accréditation après plusieurs années de travail, je crois même une médaille d'argent.

Avec l'accréditation, tout a été remis à niveau parce qu'on parle énormément de procédures. Tout doit être décrit et formalisé. Il y a des procédures pour presque tout. Il y a aussi eu les nouveaux programmes pour la gestion des médicaments et tout ça, donc il faut constamment suivre les évolutions.

Il y a beaucoup plus d'administratif qu'avant, énormément plus. Même pour les horaires, les programmes sont devenus beaucoup plus compliqués. À l'époque, moi je faisais les horaires en quelques jours puis je les adaptais facilement. Ensuite, je déléguais aussi certaines tâches. Il faut savoir déléguer, ça c'est très important.

J'avais de très bons responsables avec moi, trois responsables, et à la fin j'ai aussi eu une infirmière chef adjointe qui a repris la gestion des horaires. Ça a été un vrai soulagement parce qu'on est occupé tout le temps avec ce travail. Ce n'est pas seulement à l'hôpital : même à la maison, on continue à réfléchir aux problèmes et à chercher des solutions.

Il faut gérer les absences, les maladies, parfois même le décès d'un membre du personnel. Et la nuit, lorsqu'il y a des situations très graves, il faut aussi savoir contacter la direction, la police et toutes ces structures-là.

I : Ok d'accord. Donc il y a eu beaucoup de changements ?

R : Oui, il y a eu beaucoup de changements. À la fin de ma carrière, j'aidais moins dans les services. J'essayais quand même de voir régulièrement mon personnel pendant les semaines où je travaillais, parce que nous n'avions pas les mêmes horaires : eux travaillaient du jeudi au jeudi et moi du lundi au lundi. J'essayais toujours de garder le contact avec les équipes. Il y avait aussi toutes les évaluations du personnel qu'il fallait réaliser.

I : Ok, est-ce qu'il y a des compétences que vous auriez aimé davantage développer pour faire face à la réalité de votre fin de carrière ?

R : Oui et j'ai suivi des formations sur les générations et les conflits qui peuvent exister entre elles. Ce qui est très important naturellement, c'est l'empathie. Il faut savoir écouter, sentir certaines choses et laisser la parole aux personnes pour qu'elles puissent bien s'expliquer. Il faut aussi avoir une écoute active, donc parfois reformuler ou répéter afin de vérifier qu'on a bien compris ce que la personne voulait dire.

Il existe des problèmes interpersonnels entre les jeunes et les plus âgés, mais parfois aussi entre des personnes plus âgées entre elles. Et certaines situations peuvent devenir très graves.

Donc il faut faire attention à ce qu'on dit, savoir intervenir correctement et garder une certaine ouverture d'esprit.

I : Bien sûr, et est-ce que vous pensez que ces compétences évoluent ? Et est-ce qu'on peut attribuer ces évolutions à quelque chose ?

R : Oui, je pense qu'il y a eu un changement de mentalité. Je trouve que cela vient peut-être de l'éducation des gens et de l'évolution de la société. Par exemple, il n'y a plus le service militaire et certaines valeurs comme le respect ont changé.

Aujourd'hui, les gens sont beaucoup plus individualistes. Certains veulent choisir leurs horaires, ne pas travailler le week-end ou seulement faire certaines choses. En plus, dans notre métier, il y a une pénurie de personnel. Donc les personnes peuvent facilement aller travailler ailleurs. Tout le monde cherche du personnel dans le même "étang", en quelque sorte. Je dis encore aujourd'hui que, dans quelques années, certains services risquent de fermer parce qu'il n'y aura plus assez de personnel infirmier. Donc oui, je pense qu'il y a eu un véritable changement de mentalité.

Et je voulais encore dire quelque chose, mais ça m'était échappé voilà.

I : Et moi j'ai une question par rapport au bien-être au travail. Est-ce qu'on sent que c'est plus présent aujourd'hui dans la manière d'exercer son métier d'infirmier chef ou comment ça s'est passé vis-à-vis de ça ?

R : Aujourd'hui, il existe beaucoup plus de structures autour du bien-être au travail. Il y a des cellules bien-être, des services de soutien, toute la réglementation liée au travail est beaucoup plus développée. Les personnes peuvent avoir accès à une assistance psychologique, il y a même des activités comme des cours de yoga. Beaucoup de choses sont mises en place autour du bien-être.

Mais la question du bien-être reste parfois compliquée à gérer. Par exemple, si une personne sans enfant veut absolument prendre ses congés pendant les grandes vacances alors que la majorité du personnel a des enfants, il faut lui faire comprendre que ce n'est pas toujours possible.

Je trouve qu'aujourd'hui les gens ont parfois plus de difficultés à accepter certaines décisions et qu'ils sont aussi plus rapidement touchés par certaines remarques ou situations. Il faut vraiment peser ses mots et faire preuve de beaucoup de diplomatie.

Quelqu'un qui n'a pas cette capacité ou qui se laisse trop aller dans sa manière de parler ne tiendra pas longtemps, à mon avis.

Il faut aussi tenir compte des syndicats. À la fin de ma carrière, j'avais cinq syndicalistes dans mon service. Donc il faut vraiment mesurer ce qu'on dit et peser ses mots.

I : Merci beaucoup d'avoir participé à l'entretien avant de finir est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

R : Oui. Quand j'ai commencé dans cette fonction, je n'avais pas vraiment de formation en management parce qu'à la base, j'étais avant tout un infirmier qui avait obtenu ce poste.

Ensuite, à l'université, j'ai suivi une option plus orientée vers le management. J'y ai découvert différentes techniques de gestion. Par la suite, dans les formations que j'ai suivies, il y avait aussi régulièrement des aspects liés à la gestion et au management.

J'ai appris beaucoup de choses qui m'ont vraiment été utiles durant toute ma carrière.

Mais à la fin de ma carrière, avec l'âge, c'était devenu plus difficile de m'adapter à tous les outils informatiques. Les programmes changeaient régulièrement et il fallait plus de temps pour les comprendre, faire des recherches ou vérifier ce qui n'allait pas lorsqu'un problème apparaissait.

Quand quelque chose n'allait pas, les collègues de jour contactaient rapidement la direction et ensuite cela revenait vers nous. Il fallait alors rechercher ce qu'il s'était passé dans les programmes, vérifier les informations et comprendre la situation.

Il y avait aussi toute la gestion de la téléphonie, les contacts avec l'extérieur et tout ce qui allait avec.

I : Si c'est très bien, merci. Je vais arrêter l'enregistrement.

I : C'est complètement confidentiel, il n'y aura pas de manière de vous reconnaître, ni de reconnaître l'hôpital dans lequel vous travaillez. Donc ce sera totalement respecté. Vous êtes libre de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions. Et s'il y a des questions que vous ne comprenez pas, vous pouvez me poser et je vous reformulerai, il n'y a aucun problème. Est-ce que ça vous va ?

R : Oui oui.

I : Donc ici la première partie c'est vraiment des questions plus pour les données signalétiques, rien de compliqué. Donc quel âge est-ce que vous avez ?

R : 49 ans.

I : Dans quel hôpital travaillez-vous ?

R : Hôpital A

I : De combien de personnes est composée votre équipe ?

R : De 18 personnes

I : Dans quel service travaillez-vous ?

R : L'hôpital de jour médical.

I : Et est-ce que vous avez une formation complémentaire à votre formation d'infirmière ?

R : Oui.

I : Laquelle ? Si vous en avez plusieurs, oui.

R : Celle que j'ai... comme infirmière aussi ou pas ?

I : Infirmière, non, celle plus managériales pour avoir le poste d'infirmière en chef.

R : Donc là c'est diplôme de cadre.

I : Cadre de santé ?

R : Oui. Je n'ai pas fait de licence.

I : Par rapport à votre parcours professionnel, donc depuis combien de temps est-ce que vous occupez cette fonction d'infirmière en chef ?

R : Ça va faire... dans le service ou en tout ?

I : La fonction.

R : 16 ans.

I : D'accord. Et comment est-ce que vous êtes arrivée à cette fonction ? Quelles sont vos motivations ?

R : Envie de voir changer des choses, envie de faire changer les choses. Oui, plus ça qui m'a motivée.

I : Alors ici dans cette partie-ci, je vais vous demander de vous replonger, on va dire dans les trois premières années, où vous avez pris le rôle d'infirmière en chef. Donc vraiment au tout début de la fonction. Et est-ce que vous pouvez m'expliquer qu'est-ce que c'était exercer ce rôle d'infirmière en chef à l'époque ? Qu'est-ce qui occupait le plus vos journées ? Comment ça se passait ?

R : Alors là je n'étais pas à l'hôpital A pour le coup, j'étais à G dans un service de soins palliatifs. Ce qui m'a occupé le plus, c'est la gestion humaine. Parce que j'étais jeune, moi, donc j'avais 33 ans et toute mon équipe était beaucoup plus âgée que moi. J'étais la plus jeune de l'équipe. Et ça, ça m'a demandé beaucoup de travail de pouvoir me positionner, de pouvoir prendre ma place, de prendre ma place. Et alors ce qui prenait beaucoup de temps, mais là-bas parce que ce n'est pas la même chose ici, c'était de devoir gérer, de faire le tampon entre la direction et mon équipe qui était une équipe très revendicatrice quand même, qui m'a beaucoup challengée dans beaucoup de domaines... dans les questions, dans ce qui faisait sens, pourquoi on ne peut pas avoir ça, est-ce qu'on peut avoir ça, pourquoi c'est comme ci, pourquoi c'est comme ça. Donc moi chaque fois j'allais me renseigner et essayer de comprendre, tiens, comment cet hôpital fonctionne, comment cette structure fonctionne. Pourquoi elles ne peuvent pas obtenir ça, pourquoi... enfin voilà, j'étais tout le temps là-dedans là-bas. Donc c'était vraiment prendre ma place et cadrer entre la direction et entre les équipes. Les équipes, ça, ça a été compliqué.

I : Et ici ça se passe comment ?

R : Ici j'ai moins cette pression, j'ai pas cette pression-là, ils me font confiance. Bon maintenant j'ai un peu d'expérience aussi donc.

I : Vous êtes infirmière en chef depuis combien de temps dans cet hôpital ?

R : Huit ans ici. En fait ce qu'il y avait au début, c'est que j'avais une direction qui venait tout le temps, tous les jours, qui passait la tête et qui venait voir comment ça se passait. Donc c'était très oppressant en fait. Parce que je devais rendre des comptes tout le temps. Oui, on a à rendre des comptes à notre direction, je vais le dire, mais bon, soit on me fait confiance, soit on ne me fait pas confiance. Ce qui se passe dans le service, tant que moi mes objectifs sont remplis, que je réponds à mon descriptif de fonction, que tout le monde est content... que tout roule, enfin pour moi c'est l'essentiel, en fait, que tout le monde soit épanoui dans son service.

I : Bien sûr.

R : Et donc ça c'était ce qui m'a préoccupée le plus sur les trois premières années, mais ça m'a appris à prendre ma place.

I : Oui. D'accord. Et est-ce que, on va dire, quand vous vous replongez dans vos débuts, au début de votre fonction, est-ce qu'il y a des compétences qui vous sautent aux yeux en

disant : pour gérer ces situations-là, j'ai dû apprendre à développer certaines compétences ?

R : Bah les compétences de gestion ressources humaines. Ça, oui très fort. Pour moi c'est le principal, enfin c'est énorme quoi dans notre fonction. Si on ne fait pas attention à ça, le reste ne suit pas quoi. L'organisation, pour moi, c'est quelque chose qui est normal, je vois très vite où il y a des problèmes, je trouve facilement des solutions, tout ce qui est gestion d'organisationnel, comment être plus productif, gagner du temps, tu vois, certains postes, des machins comme ça, c'est un truc que j'adore. Donc je suis un peu comme un poisson dans l'eau là-dedans. Donc ça je les avais, je pense, de manière innée. C'est propre à moi-même. Donc ces compétences-là, c'était simple. Maintenant j'ai eu des formations, j'ai eu beaucoup de formations dans tous les sens, donc je me suis développée au fur et à mesure. Mais les plus difficiles c'est les formations dans la gestion du changement, la gestion des ressources humaines, tu vois, c'est plus comment aborder l'équipe.

I : Et vous étiez confrontée à ce genre de conflit, on va dire, dans vos équipes ?

R : Ah mais c'est tout le temps. Tout le temps, oui. C'est encore maintenant, oui.

I : D'accord. Est-ce que si vous deviez vous décrire en tant que jeune infirmière chef, comment est-ce que vous vous décririez ?

R : C'est difficile ça comme question. Bah à l'écoute en tout cas, soucieuse de bien faire... envie d'amener ma couleur, ma couleur, qui je suis, tout en étant dans le respect de ce qui est, et puis de ce que la direction demande. Et en plus on avait un projet, donc moi ce que j'aimais bien c'est qu'il y avait aussi projet de nouveau service, donc moi j'adore ça aussi, donc ça m'amenait... bah motivée. Si je ne suis pas motivée, je dis toujours : si nous on est chef, je suis seule, et à côté de moi il y a 17 personnes. Si moi à un moment je commence à dysfonctionner, ou que ça ne va plus, ou que je n'aime plus ce que je fais, c'est à moi de bouger, ce n'est pas l'équipe de partir quoi. Moi j'ai toujours été là-dedans, en tant que jeune chef aussi, ça a toujours été ma ligne de conduite. Je suis là pour les autres, pour mener une équipe.

I : Donc vous êtes un peu le coach, le mentor, pour guider vos équipes ?

R : Oui pour moi c'est vraiment ça.

I : Ici je vais vous demander de reprendre votre place aujourd'hui, et je vais vous poser la question : qu'est-ce que c'est exercer le rôle aujourd'hui d'infirmière chef ? Qu'est-ce qui occupe votre temps par rapport à vos gestions d'équipe, votre rôle managérial en fait ?

R : Bah c'est toujours la même chose avec les questions humaines, parce que pour moi c'est primordial. Une équipe où les gens se sentent bien, où les gens sont bien à leur place, où les gens sont en paix, ils travaillent bien, ils font du bon boulot.

I : Oui. Et si vous deviez me décrire une journée typique aujourd'hui, à quoi ça ressemble ?

R : Comme chef ?

I : Oui.

R : Alors ça dépend des jours. Il y a des jours où je ne suis pas du tout dans mon bureau. Je suis beaucoup avec mon équipe. Moi pour moi c'est essentiel parce que c'est là que je vois où sont les problèmes aussi. Donc le matin j'arrive, je rencontre toujours un peu mon équipe, voir comment va chacune, voir si l'ambiance est détendue ou si je sens qu'il y a des trucs qui ne vont pas. Alors s'il y a des trucs qui ne vont pas, j'essaye un peu de comprendre ce qui se passe pour voir si je peux désamorcer ou si on peut en discuter tout de suite. Je n'aime pas laisser pourrir les situations. Généralement ça dépend de la journée, c'est des grosses journées, je commence avec elles, je donne le rythme en fait. C'est vrai que j'aime bien donner le rythme parce que ça dépend un peu de certaines personnes, on a différents postes, mais en fonction des duos, en fonction des personnes, voilà, je sais que ça va tourner ou ça tournera moins donc faut montrer, montrer voilà.

I : Ok oui.

R : Et puis alors entre les coups moi c'est... enfin en même temps je gère les problèmes, en même temps je gère les trucs, et puis quand dès que je peux, je viens faire... je lis mes mails quand même le matin aussi, voir s'il n'y a rien, si je n'ai pas oublié une réunion, si j'ai un truc, parce que j'ai vite la tête remplie. Et entre les coups, j'essaye de faire de l'horaire, faire tout ce que j'ai à faire en termes de fonction de cadre.

I : D'accord. Est-ce que il y a des conflits qui vous paraissent plus fréquents qu'à vos débuts quand vous gérez vos équipes ?

R : Plus fréquents, non. C'est toujours les mêmes.

I : Ils sont restés les mêmes types de conflits ?

R : Oui. Au tout début, c'était des personnes plus âgées. Je me dis, c'est des personnes qui ont... mais c'était une équipe différente, elle était beaucoup plus en quête de sens, mais c'est un palliatif aussi, donc beaucoup plus en recherche d'éthique et des questions éthiques, donc là je devais être beaucoup plus... j'ai pu les accompagner vraiment dans des... on a fait des chouettes trucs là-bas, des chouettes projets, gestion de projet. Ici dans cette équipe-ci, elles n'ont pas envie en fait. Elles viennent faire leur travail, elles terminent leur journée et puis elles ont envie de rentrer chez elles, une équipe plus jeune. Voilà. Donc j'essaye d'y mettre du sens.

Donc ici j'essaye de motiver sur certains projets, petites choses comme ça, mais en équipe... voilà, des soirées éthiques, j'en ai fait une fois, bah j'ai vu que certaines prennent, d'autres n'ont pas appris, moi c'était plus compliqué. Donc je vais dans les choses beaucoup plus concrètes avec cette équipe-ci. C'est résolution de problèmes concrète et j'essaye de... j'avance avec celles qui ont envie d'avancer, et j'essaye de stimuler celles qui ont besoin... voilà, que je sens qui ont besoin d'être stimulées intellectuellement, ou que ce soit plus pratiquement, enfin voilà.

I : Ici je vais vous poser une question donc je vais vous poser des questions sur les compétences managériales que je vais scinder en trois parties, donc le savoir, tout ce qui est plus connaissance théorique, le savoir-faire, donc vos aptitudes, et le savoir-être. Est-ce que vous pensez que vous en avez développé au fur et à mesure de votre rôle et pour quelles raisons ? Donc on va commencer par les savoirs par exemple.

R : Les savoirs, oui, parce que j'ai eu plein de formations. Franchement ici en plus à l'hôpital A, on est gâtés, comme je prends... on a énormément de formation, d'accompagnement managérial et tout, donc ça c'est super. En tout cas moi je suis nourrie là-dedans.

I : Et vous avez appris quoi lors de ces formations ?

R : Bah accompagner dans la gestion du changement, accompagner déjà, se connaître soi, qu'est-ce qu'on a... on a des remises à jour dans la législation, on a les remises à jour de... c'est divers quoi, pour bien cerner aussi les enjeux de l'institution, les enjeux, vers quoi on veut que nous on aille. Ça c'est important pour moi. Si je ne sais pas vers quoi je dois aller... J'ai connu ça pendant six mois parce que j'avais plus de cadre intermédiaire. Là maintenant j'ai un nouveau cadre, mais c'est bien que je suis ancienne dans la maison et que je connais la maison. Mais un flottement comme ça, sans avoir de cadre pour dire : OK, où est-ce qu'on est ? Est-ce que c'est bien ce que je fais ? Est-ce que ce n'est pas bien ? Est-ce que c'est OK ? Ce n'est pas OK ? Ça n'est pas confortable. Et les formations nous permettent quand même de requalifier ça. C'est aussi les compétences pour mener des entretiens en individuel. Ça c'est top.

I : D'accord. Et concernant plus les savoir-faire, donc vos aptitudes, est-ce que vous avez enfin développé, appris ?

R : Ça je l'ai appris sur le terrain.

I : Sur le terrain, oui. Pour tout ce qui est par exemple faire un horaire, ce genre de choses, ça s'apprend ? Est-ce que c'est inné ? Comment ça s'est passé ?

R : On m'a montré, j'ai appris, l'équipe me disait très vite: ça, ça va, ça, ça ne va pas, ça, c'est OK, ça, ce n'est pas OK. Donc à force... c'est ça aussi connaître son équipe et sentir comment... Au début, franchement, rendre l'horaire, j'étais malade, ça me rendait malade. Je le donnais en fin de journée et puis je m'en allais. Ah oui, c'était comme ça parce que j'avais tout le temps des critiques. Je l'ai appris à l'école, l'horaire c'est le truc touchy. Je l'avais eu en cours donc je savais bien un peu les choses qu'il faut reprendre, à quoi s'attendre et comment ça allait se passer. Mais maintenant j'ai plus la boule au ventre, maintenant je rends mon horaire, contente, pas contente, voilà. Ça c'est l'expérience, je crois. Mais aussi la connaissance de l'équipe et je sais comment, si je veux un changement ou si je veux un truc, je vais chercher les personnes en individuel : est-ce que c'est OK pour toi ou pas ?

I : Et concernant en plus ici les savoir-être, donc plus au niveau, on va dire comportemental, comment est-ce que ça se passe maintenant ? Est-ce que vous pensez que vous avez changé certaines, on va dire, attitudes ?

R : Oui, j'ai changé certaines attitudes. Parce que j'ai appris à mes dépens aussi et la vie c'est ça quoi, on apprend et puis on fait des expériences. Bah j'ai eu des conflits avec une infirmière ou deux, et qui m'ont fait bosser sur moi. Donc le savoir-être... moi je suis pas quelqu'un qui... je suis quelqu'un qui part du principe qu'on apprend les uns des autres. Donc on apprend. Ce qu'elle m'a permis d'apprendre de moi, je le mets au service de l'autre après, et puis comme ça.

I : Vous vous êtes remise en question à certains...

R : Tout le temps, je me mets tout le temps en question. Tout le temps.

I : D'accord.

R : Je pense que si on n'est pas capable de faire ça, faut pas être chef quoi. Parce qu'on est tout le temps challengé, tout le temps.

I : Vous auriez un exemple de challenge qui vous arrivait, on va dire la semaine passée ?

R : Bah hier déjà. Hier il y avait une réunion pour les aides logistiques et les AIA. Bah moi je n'ai pas reçu le mail.

R : Je ne sais plus ce que je disais.

I : Vous me disiez...

R : Ah oui, donc il y avait une réunion prévue pour toute l'institution au niveau des aides logistiques et des AIA. Je n'ai pas été prévenue moi, mais bon je suis parfois un peu oubliée parce que je... Et donc aujourd'hui c'est... enfin hier tout de suite, j'ai rappelé, j'ai dit pourquoi il y avait une réunion, comment ça se fait que je ne suis pas prévenue ? Et donc elles n'ont pas pu y aller, et qu'est-ce qui s'est dit, qu'est-ce qui s'échange ? Et puis voilà, ici j'ai repris chacune leur questionnement, leur position, enfin... Pour moi c'est du savoir-être, c'est de réagir et de ne pas les laisser là dans le truc. De soutenir mes équipes et les comprendre.

I : Est-ce que si vous comparez votre début à aujourd'hui, qu'est-ce que vous constatez, ou comment vous décririez l'évolution dans votre rôle ?

R : Je me sens beaucoup plus à ma place qu'au début, enfin j'ai pris ma place. L'infirmière qui était l'infirmière chef avant moi avait une toute autre manière de fonctionner. On n'est pas les mêmes en fait, pas du tout. Et donc il a fallu que je fasse mes preuves, entre guillemets, dans mon style de management, mon style de communication... comparé à l'autre infirmière chef. Et j'ai une équipe très challengeante et j'ai une personne qui m'a très fort mise à l'épreuve. Elle n'est plus là maintenant. Mais ça m'a fait vachement bosser, donc ça m'a aidée à grandir aussi, à me dire maintenant c'est stop quoi. Je ne peux pas dire... je ne suis pas là pour être aimée en même temps, enfin voilà. C'est vraiment repositionnement, arriver à dire non, ne pas être toujours open... et savoir dire stop. Et surtout remettre... à pouvoir rencontrer les gens maintenant en face à face et dire maintenant non c'est moi qui décide, et moi c'est ça que je veux. Alors toi c'est ça, j'entends, ben mais si ça te plaît pas bah t'es libre aussi de peut-être aller voir ailleurs ou pas. C'est ce que j'avais dit à l'époque à cette personne-là, qui elle l'avait très très mal pris. En même temps je suis convaincue que je dois fonctionner comme ça.

I : Ok.

R : Voilà, s'il y a un moment on n'est plus à notre place, ou ça ne convient plus, ou que ça... qu'on est trop mal, c'est aussi accepter peut-être qu'on n'est plus au bon endroit. Mais ça vaut pour moi et donc pour tout le monde.

I : Oui.

R : Ce que je questionne là, je me questionne moi aussi. Donc quand elle m'a challengée, je me suis questionnée par rapport à ça aussi.

I : Ok.

R : Me dire est-ce que c'est moi qui dois bouger, pas bouger, est-ce que c'est OK, pas OK, enfin voilà.

I : Et si vous deviez vous décrire maintenant en tant qu'infirmière chef, je vous repose la question, mais dans le sens inverse, comment est-ce que vous vous décririez là maintenant ?

R : Bah je pense que je fais pas trop mal mon boulot.

I : Ou comment est-ce que vous pensez que vos équipes vous décrivent ?

R : Bah je pense être quelqu'un à l'écoute, attentive à chacun, au bien-être de chacun... En tout cas ça c'est très important pour moi. Parce que comme je dis, de là, découle tout le reste, on travaille mieux si on est dans une ambiance positive... Claire. J'aime que les choses soient précises, soient claires. En tout cas j'essaye, parce qu'on a beaucoup de travail... donc parfois il y a des informations que je ne vois pas ou bien que je n'entends pas, enfin voilà, je me dis que je suis humaine aussi donc. Bah j'ai développé un certain sens de l'organisation.

I : Est-ce que vous avez vécu ou observé des changements dus à par exemple... je vais vous en citer plusieurs mais... la pandémie, est-ce que vous avez vécu des fusions d'hôpitaux ? Est-ce que ça a impacté votre style de management, toutes ces choses-là ?

R : Ah oui oui. Les fusions, c'était... il y a beaucoup de changements en fait. Il y a eu beaucoup de changements. Ça impacte, mais ça n'est pas toujours simple. La fusion, ça nous a permis d'échanger... c'était chouette à l'époque. On a commencé avec l'hôpital B, on faisait des réunions transversales, donc on rencontrait aussi les chefs des autres hôpitaux. Ça c'était gai. Enfin moi j'aime bien ça. J'aimerais qu'il y ait plus ça, de pouvoir travailler de manière plus transversale avec les unités d'oncologie, l'unité d'hématologie principalement puisqu'on fait ça... ça dépend des chefs. Voilà. Donc moi, je ne peux pas faire si mes collègues ne veulent pas, mais j'essaye de travailler comme ça en tout cas, de la collaboration. J'aime bien le partage des infos aussi. Ici j'instaure ça avec ma collègue de l'unité 43. Je lui ai dit, parce qu'elle vient de commencer sa fonction il y a quelques mois, moi j'ai dit : si t'as des formations, que tu proposes des formations, dis-le-moi, au moins je peux envoyer aussi mes infirmières, et vice versa. J'essaye de les informer si moi je fais des choses. La transversalité, ça permet quand même d'uniformiser aussi nos modes, nos pratiques. Ça on a pu le faire parce que j'ai quand même... avec le fait qu'on a été aidés par l'hôpital B et C, et eux nous ont beaucoup aidés parce qu'à un moment j'ai manqué beaucoup de ressources ici, ça a été très dur. L'hôpital C est venu m'aider beaucoup. On a dû beaucoup bouger en fait. Ça se calme pour l'instant, je touche du bois parce que ça fait du bien aussi quand c'est calme. Mais ça nous permet d'aller, tu vois, avec les collègues. Moi je communique facilement avec ma collègue de l'hôpital C d'hôpital de jour. Et on peut échanger nos pratiques, ça a permis d'uniformiser les procédures, des choses comme ça, de dire tiens... Et avec l'accréditation, ça c'est génial parce qu'on uniformise un peu les trucs aussi. Et la pandémie, moi j'étais quand même beaucoup moins impactée qu'aux étages puisque nous il n'y a rien qui s'est arrêté, ça tournait tout le temps. Donc on est plus resté dans notre unité quoi, j'ai pas dû bouger.

I : Est-ce que vous avez déjà fait face à un conflit de génération ? Est-ce que vous avez déjà été confrontée à ça au sein de vos équipes ?

R : Entre elles, ça va. Il y a quand même, dans les conflits, plus des trucs de valeurs. Par exemple, se dire : “tiens, elle, quand il est 4 heures, elle part, alors que moi je suis toujours en train de trinquer derrière.” Donc il y avait parfois un sentiment que certains supportaient plus la charge que d’autres ou restaient davantage pour aider. Et parfois, ce n’est pas spontané de regarder dans quel état est l’autre, est-ce qu’il est fatigué, débordé ou en difficulté. Donc il a fallu travailler là-dessus, surtout au niveau de la compréhension entre collègues et du fonctionnement de l’équipe.

I : D'accord.

R : Moi j’ai quand même ce type de conflit. Par exemple, de se dire : « waouh purée, parfois c’est violent », surtout plus avec les jeunes. Mais bon, j’en ai revu une par rapport à ça et on a pu crever l’abcès aussi.

I : C'est plus violent dans quel sens ?

R : J’ai l’impression parfois on est le chef, et le chef t’es payé plus donc tu peux tout faire, tu peux... si tu restes après quatre heures c’est normal. Dans ce sens-là, en fait. Des choses qui leur semblent peut-être normales, mais qui ne sont pas normales. Et puis un bonjour, un au revoir, c’est la base. Et être chef, ce n’est pas pour ça qu’on doit tout encaisser. Voilà. Et ça, je le rappelle parfois, je suis humaine aussi et qu’il y a des valeurs qui ne me conviennent pas quand on se comporte comme ça. Mais il y en a qui ne se rendent même pas compte.

I : Comment est-ce que vous gérez vos équipes vis-à-vis de la pénurie du personnel ?

R : Donc moi je présentais ça en disant : bah c’est bien aussi d’aller voir un petit peu comment ça se passe ailleurs. Donc c’est une opportunité en fait d’aller se rendre compte qu’on est peut-être bien chez soi ou peut-être qu’on a envie d’aller voir quelque chose. Parce que ce que je me rends compte, j’en ai 2 ou 3 qui n’ont jamais travaillé ailleurs que l’hôpital de jour aussi, qui n’ont jamais été non plus dans des étages et des choses comme ça. Donc c’est quand même fort, ça, un bon sens aussi, assez différent. Et moi je trouve, voilà, j’ai eu cette opportunité de dire : bah tiens, va un peu voir comment c’est dans les autres services, de les stimuler.

I : Ok.

R : Et finalement elles se rendent compte parfois... enfin je me dis en tout cas, elles sont toujours là mes collègues, parce qu’une autre IC, elle les attire, elle dit ouais tu peux venir travailler chez moi... Et donc elles sont toujours là, donc je me dis c’est que ça va.

I : D'accord.

R : Mais moi je présente ça comme une opportunité parce que je suis convaincue que c’est bien d’aller voir ailleurs et c’est bien de savoir ce qui se passe ailleurs, et de ramener ou pas des idées, et de se dire : bah est-ce que voilà, ce qu’on fait ici c’est peut-être pas mal, c’est peut-être ça, ça tourne, voilà.

I : On arrive à la fin, et je tenais à vous remercier d’avoir répondu à l’entretien. Avant de finir, est-ce qu’il y a des éléments que vous souhaiteriez rajouter maintenant que vous en savez un peu plus sur le sujet de mon mémoire ?

R : Oui, j'aimerais rajouter que je pense qu'auparavant on était fort dans nos unités fermées, dans nos unités cloisonnées. J'ai envie de dire oui, chacun pour soi, enfin on se débrouille dans nos unités. Moi c'est comme ça que je le vis. Et j'ai envie d'aller vers beaucoup plus d'ouverture. On ne peut plus dire : il manque du personnel, il manque des choses, il faut qu'on soit solidaires, il faut qu'on se serre les coudes. Même indépendamment de ce que dit la direction, mais si on ne fonctionne pas comme ça, on s'épuise. Et ça c'est vraiment le changement, le gros changement dans nos compétences. Et développer nos compétences, c'est accompagner nos équipes dans le changement et les accompagner là-dedans, et les aider à sortir du « moi je, moi je, moi je » quoi. Surtout qu'on est dans une société qui est très centrée sur elle. Et alors que ce repli-là, on ne peut plus le faire. Sinon on meurt, moi je suis convaincue. Et c'est l'ouverture qu'il faut travailler. Et remettre du sens là-dedans, et pourquoi c'est important. Et aussi moi, c'est ma vision de l'hôpital de jour. L'hôpital de jour médical, ça se développe de manière exponentielle. Quand j'ai commencé, je verrai toujours mon ancienne collègue d'avant qui me dit : viens à l'hôpital de jour, tu verras c'est pépère, tu vas pas te tracasser, c'est tranquille. Oh bah je suis arrivée, il n'y avait rien. Ça a commencé à exploser dans... on a augmenté nos passages de patients de 25 % sur quatre ans. Donc il y a eu un gros défi, un gros challenge. On a dû reconstruire, donc j'ai vécu quand même la reconstruction d'une extension parce qu'on ne savait plus où mettre les gens. Donc ça, accompagner mon équipe là-dedans en fait tout le temps. Et si on n'est pas ouvert au changement, bah moi je ne serais déjà plus là, je suis certaine. Et voilà, et ça c'est nos défis. Et vraiment le changement de avant, ça ne bouge pas, maintenant tout bouge tout le temps. Et même en informatique, je suis perdue, mais j'essaie vraiment de me maintenir à jour. Dans tout ça, heureusement il y a des formations qui arrivent aussi, donc je me suis inscrite à tout ce que je peux. Oui mais je me sens pas... il y a quelques mois encore, je me sentais noyée... parce qu'on passe d'un process à un autre processeur, puis on rechange, ça va encore un autre truc, puis on va rechanger, puis après ça va être le nouveau DPI (dossier patient informatisé). Et ça je suis vraiment contente d'avoir été justement à X, d'avoir vu le DPI, mais je l'avais déjà un peu vu à X quand j'avais été à X.

Mais pas les soins palliatifs. Ils n'étaient pas encore dedans. Donc je n'arrive pas moi complètement sans savoir ce que c'est. Mais par contre, je vais accompagner mon équipe, qui, elle, n'est pas du tout à l'aise avec l'informatique ni avec l'IA. On est des anciennes infirmières, et nous avons toutes plus ou moins la même tranche d'âge. Et j'ai des jeunes. C'est ça aussi qui est chouette, c'est ce que j'aime bien en fait. Bah j'en ai une, elle manie l'informatique super bien, c'est elle qui va accompagner l'équipe, elle est OK, ça la motive.

I : Déléguer parfois certaines tâches aussi ?

R : Et ça j'essaie de le faire de plus en plus, en les valorisant dans leurs compétences. Parce que toute seule je n'y arriverais pas.

I. Ici, l'objectif de l'entretien, c'est vraiment de recueillir votre point de vue personnel et professionnel sur la fonction managériale de l'infirmière en chef, enfin de ton poste. L'entretien devrait durer environ une demi-heure. Maintenant, parfois cela dure plus longtemps, parce qu'il y a beaucoup de choses à dire, je pense. C'est anonyme, donc il n'y aura aucun moyen de vous reconnaître, tout sera codé. Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

R. Non, pas particulièrement.

I. Donc commençons la première partie, qui concerne vraiment toutes les données plus signalétiques, et puis après on pourra davantage avoir une discussion et échanger. Quel âge est-ce que vous avez ?

R. 39 ans.

I. Dans quel hôpital est-ce que vous travaillez ?

R. Je travaille à l'hôpital A.

I. De combien de personnes est composée votre équipe ?

R. Environ 26 personnes.

I. Dans quel service est-ce que vous travaillez ?

R. En chirurgie digestive et ORL. Le service a fusionné ici en janvier 2026. Avant, on était en chirurgie digestive et urologie.

I. Est-ce que vous avez une formation complémentaire à la formation d'infirmière ?

R. Oui, la formation en cadre de santé.

I. D'accord. C'est en trois ans ?

R. Oui, c'est trois ans. Niveau bachelier, pas master universitaire.

I. Ok. Donc depuis combien de temps est-ce que vous occupez la fonction d'infirmière en chef ?

R. Cela fait cinq ans. Et j'ai déjà fait fonction en remplacement de mon infirmière chef, qui était en congé de maternité, il y a quelques années, deux fois pendant une année.

I. Et comment est-ce que vous êtes arrivée à cette fonction ?

R. Je ne l'avais jamais envisagée, jusqu'à ce que l'infirmière chef de mon unité précédente me le propose pendant son congé de maternité. Elle avait la sensation que, me connaissant, j'allais pouvoir prolonger un peu toute la dynamique qu'elle avait mise en place pour le service.

Donc je me suis dit : pourquoi pas, c'est un défi. J'ai fait cela pendant un an, puis elle est revenue de son congé et j'ai poursuivi dans ma fonction d'infirmière. Ensuite, elle a eu un deuxième enfant, et la DDI (direction du département infirmier) est venue me trouver en me disant : comme tu l'as déjà fait auparavant, que tout s'est bien déroulé et qu'on était content de ton travail, est-ce que tu voudrais bien le refaire cette fois-ci ? Je l'ai refait.

Puis je me suis dit : pourquoi pas, cela fait une corde en plus à mon arc. Au départ, quand je me suis lancée dans l'école des cadres, ce n'était pas pour postuler tout de suite. Et puis, au final, le poste d'infirmière chef dans cette unité-ci est apparu. C'est vraiment la chirurgie que je préfère dans la fonction infirmière, donc voilà, c'était vraiment toutes les étoiles réunies.

I. Donc là, ici, on rentre dans la deuxième partie de l'échange, où je vais vraiment demander

de m'expliquer votre ressenti le plus possible. Je vais vous demander de revenir au tout début de votre carrière d'infirmière en chef, quand vous avez commencé à être infirmière chef. On va regarder pour cette spécialité-ci, ce service-ci, donc quand tu as débuté, pas en remplacement. D'accord ?

R. Oui compris.

I. Est-ce que vous sauriez m'expliquer ce que c'était, exercer ce rôle quand vous avez commencé ?

R. De mon point de vue, quand j'ai commencé, j'ai dû apprendre les deux rôles : le rôle d'infirmière chef et le rôle d'infirmière dans l'unité, puisque je n'avais jamais travaillé dans ce service-ci. Donc j'ai dû commencer par apprendre à connaître les pathologies et les maîtriser, connaître l'équipe avec laquelle j'allais travailler, et en même temps trouver ma place d'infirmière chef.

Je m'écarte peut-être de la question.

I : Non, ça va. En tant qu'infirmière-chef, qu'est-ce qu'on vous demandait en plus de votre fonction d'infirmière ? C'est plutôt ça, la question.

R. Donc on me demandait de maintenir la qualité des soins. Parce que parfois, quand il y a des changements de management, on peut voir des vagues : les équipes testent un petit peu, ou se sont un peu essouffées, et puis il faut remonter la qualité et la sécurité des soins aux patients. Il y avait aussi la coordination des soins, tout ce qui est gestion d'équipe, donc les évaluations, la gestion des nouveaux engagés, les entretiens avec les personnes présentes dans le service depuis avant moi, s'assurer du bien-être de tout le monde, répartir équitablement les effectifs dans le service.

I. Équitablement, c'est par rapport aux horaires ?

R. À la charge de travail, par rapport aux horaires, réaliser les horaires. C'était en gros le point de départ de la fonction d'infirmière chef.

I. D'accord. Et quelles situations vous avez appris à gérer à ce moment-là ?

R. Les horaires, ce sont des situations qui sont parfois complexes, dans le sens où chacun a, de manière informelle, ses habitudes dans un service que je ne connaissais pas auparavant, que j'ai dû appréhender, et j'ai aussi dû essayer d'y mettre ma touche à moi, avec parfois un désaccord

avec les volontés du personnel, et donc une nécessité de négocier les horaires. Cela dit, l'équipe est très compliante.

La gestion de conflit entre aides-soignantes, ça, c'est apparu quand même assez tôt aussi. Et c'est vrai que c'est un point qui est balayé dans la formation, que ce soit en école de cadre ou en master, mais au final, quand on se retrouve devant le conflit, ce n'est jamais une situation qui a été décrite exactement par quelqu'un, donc c'est chaque fois une situation différente, et on n'est pas toujours bien préparé à cela.

I. Et si tu devais décrire comment tu as réagi la première fois ?

R. La première fois, je me suis posée en me disant que je ne pouvais pas réagir à chaud, parce que les deux personnes étaient à chaud toutes les deux. Et en même temps, je ne pouvais pas laisser évoluer le conflit, donc il fallait le prendre en charge rapidement, mais de la bonne façon. Donc je me suis posée, j'ai refait des recherches sur la gestion de conflit, j'ai contacté mon cadre intermédiaire pour qu'il puisse m'aiguiller, voir si j'allais dans la bonne direction, et puis j'ai fait la rencontre avec les personnes concernées.

I. D'accord. Et là ici, je vais m'intéresser aux compétences, que l'on va scinder en trois catégories : le savoir, donc tout ce qui est connaissance ; le savoir-faire, donc les aptitudes ; et le savoir-être, donc au niveau comportemental. Au début, quand tu as pris ta fonction, on va commencer par les savoirs : quels savoirs te paraissaient indispensables ?

R. Dans ma fonction d'infirmière chef, pour moi, je devais maîtriser les pathologies du service, parce que sinon, à mon sens, je n'aurais pas eu de crédibilité vis-à-vis de l'équipe médicale et vis-à-vis de l'équipe infirmière. Donc cela, c'était vraiment un des points pour lesquels j'étais très attentive : mettre à jour mon niveau de connaissance, même si je n'avais pas la même pratique antérieure que l'ensemble de l'équipe. Il fallait que je puisse maîtriser les pathologies du service. Et en même temps, je ne pouvais pas oublier que j'étais là comme infirmière chef, donc il fallait aussi avoir en tête en permanence toutes les compétences liées au rôle d'infirmière chef.

I. Donc maintenant, par rapport au savoir-faire, donc aux aptitudes qu'on t'a demandées en plus ici en tant qu'infirmière chef ?

R. Moi, je voulais aussi maîtriser les soins, aussi bien les pathologies que les soins. C'est quelque chose qu'on ne m'a pas forcément demandé explicitement, ou alors à moitié, dans le sens où, par exemple, quand j'ai pris fonction, on m'a demandé d'aller au bloc opératoire. Là, je n'ai pas participé, donc ce n'était pas directement un savoir-faire, mais cela me permettait de comprendre davantage, au niveau du savoir et du savoir-faire, ce qui se passait en postopératoire dans le service.

Je voulais aussi comprendre les techniques habituelles du service, parce que malgré tout, il y en a de plus spécifiques que dans d'autres unités. Et au niveau du savoir-faire, c'était aussi toute la mise en pratique de ce que j'avais acquis comme connaissances théoriques dans la formation de cadre.

I. Et donc tu as dû aussi apprendre à faire des horaires, je suppose ?

R. Oui. Dans mon rôle d'infirmière chef, il y a les évaluations du personnel, les évaluations des nouveaux engagés et les entretiens annuels. Il y a les horaires. Il y a aussi différents

programmes. Par exemple, en tant qu'infirmière, on utilise le programme Omnipro pour la prescription informatisée. Moi, en tant qu'infirmière chef, j'ai des accès supplémentaires, comme par exemple les pertes attribuées aux services, les pertes de médicaments, les pertes de matériel de soins. Teams, c'est aussi quelque chose que j'ai dû utiliser. Moi, j'ai fait ma formation pendant le Covid, donc on a dû appréhender Teams via l'école. Mais l'utiliser dans sa fonction professionnelle, apprendre tout ce qui est informatique et technologie pour pouvoir gérer sa fonction, c'était aussi un apprentissage.

I. Et par rapport au savoir-être, comment cela s'est-il passé ?

R. C'était un peu compliqué, parce que moi je me suis positionnée d'abord en observatrice, et en même temps c'est ce qu'on me demandait aussi, parce qu'après quelques semaines d'entrée en fonction, j'ai dû faire un rapport SWOT de mes observations.

Je voulais observer pour arriver à évaluer et trouver ma place au sein d'une équipe qui fonctionnait déjà très bien. En même temps, il faut quand même arriver à montrer tout de suite son rôle, mais sans vouloir imposer immédiatement quelque chose. Donc c'est un peu prendre la température. Petit à petit, je me suis ajustée en posant des questions, en m'intéressant à chaque personne séparément, en m'intéressant à l'équipe, pour pouvoir ensuite prendre ma place, dire où je me situe et aussi ce que je vais attendre de chacun.

I. D'accord. Et ça s'est bien passé ?

R. Oui, ça s'est bien passé. En gros, je ne me suis pas imposée, mais petit à petit j'ai fait comprendre ce que j'attendais.

I. Oui, oui, je vois plus ou moins. Donc si tu devais citer des compétences qui t'ont permis d'arriver là où tu en es aujourd'hui, quelles qualités te semblent importantes ?

R. L'écoute. Pouvoir se positionner dans des situations. Après, il y a le terme de bienveillance, qui est très, très vague, mais c'est vraiment au quotidien le maître mot. Oui, c'est vraiment ça : l'écoute et se positionner.

I. D'accord. Ici, je vais te reposer plus ou moins les mêmes questions, mais par rapport à là où tu en es aujourd'hui. Donc est-ce que tu peux m'expliquer ce que c'est, exercer le rôle d'infirmière chef aujourd'hui ? Est-ce que cela a changé ? Comment est-ce que tu le perçois aujourd'hui ?

R. Cela a changé dans le sens où on est passés par différentes étapes. Malheureusement, avec la pénurie de personnel infirmier, à mon sens, l'infirmière chef est devenue un peu le bouche-trou. Quand j'ai commencé comme infirmière chef, il y avait l'équipe et l'infirmière chef, on faisait un, mais l'infirmière chef avait quand même le temps de remplir la mission de sa fonction.

I. C'est quoi, la mission de sa fonction ?

R. La gestion d'équipe, les évaluations, les horaires, et surtout la gestion de projet pour faire évoluer un service, faire évoluer une équipe. Et donc, avec la pénurie infirmière, on a repris des couloirs. Dans notre contrat de base, on est 30 % dans les soins et 70 % dans la fonction d'infirmière chef. Cela s'est un peu inversé avec la pénurie infirmière. Au départ, cela ne m'a pas dérangée, dans le sens où j'adore mon job d'infirmière. Mais pendant un temps, on a perdu

un peu la valeur du rôle d'infirmière chef. Et donc on nous a demandé de prioriser, puisque c'était devenu impossible de faire à la fois infirmière et infirmière chef. On nous a demandé de prioriser. Donc la priorité, c'est évidemment les horaires et les évaluations des nouveaux engagés. Mais tout ce qui est gestion de projet, qui au départ est quelque chose d'un peu plus complexe pour une infirmière chef, mais qui devient plus naturel à force de connaître son service, son équipe et d'observer, tout cela a dû être mis en pause pendant la période de forte pénurie infirmière. Et maintenant, cela reprend. Et c'est vraiment la dynamique que je veux relancer dans le service aujourd'hui : la gestion de projet et faire évoluer les choses.

I. Et comment tes équipes le voient ? Elles te suivent ? Comment cela se passe ?

R. Elles me suivent. Elles sont reconnaissantes du fait que, quand cela a été nécessaire, elles savent aussi que je les soutiens, que j'ai une battante toujours en moi, parce que c'est un peu le terme qu'il faut utiliser maintenant : se battre pour défendre son unité, défendre son service, défendre la qualité des soins. Donc elles savent que je me battrais toujours pour mon équipe et pour mon service. Et du coup, même quand c'est plus difficile parce qu'on est en sous-effectif, on continue à se soutenir et à travailler dans une dynamique positive. Et c'est cela qui fait que tout le monde tient.

I. Qu'est-ce qui occupe le plus ton temps actuellement dans ta fonction ?

R. Actuellement, c'est la fusion de deux disciplines qui ne travaillaient pas ensemble et de deux équipes, ou de deux parties d'équipes, qui ne travaillaient pas ensemble. Cela ne fait qu'un mois, donc il y a encore plein de choses à mettre en place par rapport à cette fusion. Et aussi faire évoluer le service dans le quotidien, donc la gestion de projet liée à cette fusion, c'est la priorité pour le moment. Et puis, il y a les horaires pour les vacances scolaires.

I. Je vais te laisser développer : comment cela se passe ici ?

R. En fait, fin février-début mars, je n'ai plus la date exacte en tête, on demande aux équipes de noter leurs desiderata pour leurs congés payés jusque fin septembre. Quand les équipes ont donné leurs desiderata, moi, entre début mars et mi-mars, je dois créer une simulation d'horaire pour juin, juillet, août et septembre, pour évaluer si on peut permettre à chacun d'avoir deux ou trois semaines de congé d'affilée, tout en restant en sécurité dans le service avec suffisamment d'effectifs. Par exemple, si la dernière semaine de juillet il y a beaucoup trop de demandes de congés payés, alors après c'est la négociation avec les personnes pour décaler les congés, afin d'avoir un effectif suffisant sur les quatre mois.

I. Donc tu as un peu ce rôle de négociatrice avec tes équipes ?

R. Oui. Et c'est vraiment surtout en juillet-août. Et ensuite, après ce travail-là, la direction analyse nos horaires en fonction des effectifs disponibles dans l'équipe volante ou dans l'ensemble des unités, pour éviter, par exemple, de laisser pendant deux semaines des unités en fort sous-effectif.

I. Et est-ce que tu as déjà, dans tes équipes, observé des conflits intergénérationnels, ce genre de choses ?

R. Non, non, je n'ai pas eu cela.

I. Donc là, je vais te reposer la question avec les compétences. Quels savoirs sont importants aujourd'hui ?

R. Étant donné que je voulais avoir un bon niveau de connaissance par rapport aux pathologies du service, je pense qu'après cinq ans, j'ai quand même une bonne maîtrise. Maintenant, ce que je me rends compte, par exemple, c'est qu'en législation sociale, j'ai encore quelques petites lacunes. On a toujours des documents de référence, mais pour plein de choses... Par exemple, une collègue reprend une formation, elle a droit à des congés-éducation payés : cela, je vais savoir lui dire quelle est la réglementation. Mais j'ai plus d'exemples précis en tête comme cela. Par exemple, j'ai une collègue qui a été absente pendant presque un an. Elle me pose des questions par rapport à ses congés payés, à ce qu'elle peut récupérer. Ça, c'est encore un peu flou. Donc c'est vraiment toute la législation sociale qui pourrait être mieux maîtrisée, pour pouvoir répondre plus spontanément à mon équipe.

I. D'accord. Et par rapport au savoir-faire ?

R. Au niveau du savoir-faire, oui, c'est surtout la maîtrise de la gestion de projet. Lancer un projet, je n'ai aucun problème avec cela. Maintenant, trouver du temps pour que l'équipe puisse développer au maximum le projet, c'est parfois compliqué.

Et moi, je suis parfois partagée entre me dire : j'ai eu peu de temps pour faire mon job, donc je vais me sortir des soins pour faire mon job ; mais du coup, pendant ce temps-là, je ne libère pas du temps pour que le reste de l'équipe puisse faire évoluer un projet. Donc cela, c'est une balance qui est un peu juste pour moi dans le savoir-faire, si on veut parler de gestion du temps. Trouver du temps pour que les équipes puissent développer un projet, qui ne dépend évidemment pas que de moi, mais c'est mon rôle de leur trouver cette possibilité.

I. Et par rapport au savoir-être ?

R. Je dirais surtout l'assertivité. Savoir dire non. Oui, vraiment. J'essaye toujours de faire en sorte que tout le monde soit content, mais parfois ce n'est pas possible. Donc prendre conscience de cela, et le faire prendre conscience aux autres, ce n'est pas simple.

I. Et par rapport à tes attitudes envers ton équipe, est-ce que tu penses qu'il y a une évolution dans ta façon d'être ?

R. J'essaye de rester la même, parce que depuis cinq ans cela fonctionne bien. Je dirais encore une fois l'assertivité. Mais sinon, il y a peut-être surtout la relation de confiance avec certains membres de l'équipe qui, au départ, ne me connaissaient pas, parce que j'étais une personne extérieure, et donc ne me faisaient pas confiance. Au fur et à mesure des années, on acquiert la confiance de chacun.

I. Là ici, je vais te demander de comparer tes débuts à aujourd'hui. Si tu devais les comparer, qu'est-ce qui te saute le plus aux yeux ?

R. Ce que je dirais surtout, ce n'est pas tellement ici dans le service, mais plutôt la gestion entre vie privée et vie professionnelle. Je ne me laisse plus emporter par des heures supplémentaires de travail comme je l'ai fait au début, parce que c'était malgré tout un nouveau job dans un nouveau service, donc j'avais besoin d'intégrer énormément de choses, au détriment de ma famille, ce que je ne fais plus maintenant. Au départ, c'était difficile, la gestion du temps entre vie privée et vie professionnelle. Ensuite, cela s'est mieux passé. Puis il y a eu la pénurie infirmière, où à un moment j'ai dû dire stop. Parce qu'en fait, je prenais tous les rôles, tous les

jobs, sauf le mien. J'ai donc rencontré la direction en expliquant que ce n'était plus possible de vivre comme cela. Et c'est là qu'ils m'ont dit : tu priorises, tu fais ce qui est le plus important pour retrouver du temps pour ta famille. Et donc maintenant, c'est quelque chose que je ne mettrai plus en dehors de mes priorités.

I. Est-ce qu'à l'heure actuelle, il y a des compétences que tu souhaiterais davantage développer pour faire face à la réalité?

R. Oui. Ce qui est encore très flou pour toute la Belgique, c'est tout ce qui concerne le nouveau rôle d'assistant infirmier, donc la nouvelle formation qui est en cours, je crois que cela s'appelle assistant infirmier, et qui va arriver dans les services. L'infirmière va avoir un autre rôle, davantage de délégation et de responsabilité envers ces assistants infirmiers, dont on ne maîtrise pas encore vraiment les compétences ni les limites. Donc cela, pour l'avenir, ce sera un gros point. Cela va impliquer une réorganisation dans les soins, dans les unités, et dans les compétences de chacun.

I. Si tu devais te décrire, là ici, en tant qu'infirmière chef, comment décrirais-tu ta personnalité ?

R. Je me décrirais comme quelqu'un qui fait passer le bien-être des autres avant le sien. Je me décrirais aussi comme quelqu'un qui fonctionne encore beaucoup dans l'émotion, même si cela a fort évolué par rapport à avant. Ce n'est pas que je ne prends plus les choses à cœur, mais j'essaie de faire la part des choses entre ce qui est pris pour moi et ce qui, en fait, est déversé sans m'être réellement destiné. J'essaie de prendre du recul par rapport à certaines situations ou certaines communications. Je suis toujours à l'écoute de mon équipe, et aussi toujours dans l'idée de vouloir le meilleur pour le patient, défendre la qualité des soins et la sécurité du patient envers et contre tout.

I. Et la communication au sein de ton équipe, comment cela se passe ?

R. Cela se passe soit de manière formelle, comme par exemple aujourd'hui avec une réunion d'équipe où chacun va apporter son point de vue, de manière cadrée, sur la fusion des pathologies et des équipes. Il y a aussi des moments plus informels, où quelqu'un va me dire quelque chose comme cela, au milieu de tout le monde. Dans ce cas-là, je dois encaisser l'information et revenir ensuite vers la personne de manière plus formelle pour comprendre la situation. Et puis il y a la communication écrite, la communication orale, et je laisse toujours ma porte ouverte. Et cela, je pense que c'est une manière pour chacun de savoir que je suis toujours ouverte à la communication.

I. D'accord. On va rentrer dans la dernière partie, puis après je ne te dérange plus. Est-ce qu'il y a des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé ta manière d'exercer ?

R. Oui. On en a parlé : la pénurie infirmière. Et pour le futur, il y a l'arrivée des assistants infirmiers. Il y a eu aussi le Covid. Et puis, suite à la pénurie infirmière, il y a eu des fermetures de services, donc des réorganisations. Je le disais à mon cadre intermédiaire : c'est au quotidien qu'on doit se réinventer. Il y a toujours une nouveauté. C'est fini, les journées un peu linéaires. Il faut vraiment être flexible.

I. Il faut vraiment être flexible

R. Oui, et très agile.

I. Et une dernière question par rapport au bien-être au travail : comment cela se passe dans les équipes ? Est-ce qu'ils te le font ressentir ? Comment est-ce que tu mesures cela ?

R. Dans l'institution, il y a la cellule de prévention et de protection du travailleur qui fait une fois par an une enquête sur le bien-être au travail. À la DRH, ils font aussi beaucoup de démarches. Et dans le service, moi, chaque fois que j'ai un entretien, je demande à la personne, avant de commencer, de se situer de zéro à dix sur une échelle de bien-être, en sachant que zéro c'est pas bien du tout et dix que tout est parfait, tant sur son bien-être dans le service que dans sa fonction, que ce soit comme infirmière ou aide-soignante.

I. Et cela, tu le faisais déjà au début quand tu as commencé, ou c'est quelque chose qui a évolué ?

R. C'est quelque chose qui a évolué. Je ne le faisais pas particulièrement au début. Je prenais plutôt la température, mais sans graduer de zéro à dix, par exemple. Pendant une réunion de service aussi, on a lancé l'arbre avec les bonhommes, pour que chacun se positionne sur un arbre : branche qui s'écroule, branche bien feuillue...

I. Oui, je vois.

R. Et cela, à un moment où j'ai senti que l'équipe était un peu en souffrance, on l'a relancé une fois par semaine pendant des petits stand-up. Chacun allait se positionner. Cela me permettait de voir si les choses évoluaient ou pas. Donc là c'était plus au niveau du groupe qu'individuellement.

I : Merci beaucoup en tout cas d'avoir répondu à mes questions, avant de finir est-ce qu'il y a des choses que tu voudrais rajouter maintenant que tu connais un peu plus le sujet ?

R. Oui, vraiment : la flexibilité, l'adaptation. C'est vrai que je n'en ai pas beaucoup parlé dans l'entretien, mais c'est vraiment une des grosses compétences de l'infirmière chef, et qui est mobilisée non-stop, et qui va devoir encore évoluer. L'agilité, la flexibilité, cela, c'est clairement beaucoup plus présent maintenant. La créativité aussi, parce qu'il faut toujours faire plus avec moins. Et pour cela, maintenant, on nous dit à la direction : il faut être créatifs. Vous vous débrouillez, vous faites ce que vous voulez, mais il faut y arriver. Et le personnel est quand même aussi fort en souffrance, enfin oui, je pense qu'on peut utiliser ce terme-là maintenant. Donc être très attentif au bien-être, c'est aussi beaucoup plus présent maintenant qu'il y a cinq ou six ans.

I. D'accord, merci beaucoup, c'était très intéressant.

I : Ok, super. Merci beaucoup.

R : Mon téléphone risque de sonner parce qu'en fait, je fais la coordination des soins intensifs. Donc je suis susceptible de devoir accepter des entrées et des sorties pendant qu'on fait ça.

I : Oui, oui, aucun problème, aucun souci. Merci beaucoup. Donc, je vais d'abord me présenter brièvement avant de commencer l'entretien. Moi, c'est Florine. Je suis étudiante en ingénieur de gestion à l'UCLouvain et je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin de Master 2. L'entretien devrait durer approximativement 30 minutes, en fonction de la richesse de vos réponses. Comme je vous l'ai demandé, il va être enregistré.

R : Oui.

I : Ne vous inquiétez pas, ce sera complètement anonyme, donc il n'y aura aucun moyen de vous reconnaître ni de reconnaître l'hôpital dans lequel vous travaillez. Vous êtes libre de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions, même s'il n'y a pas de questions sensibles : cela reste très global. Et si vous ne comprenez pas une question, ou si vous ne voyez pas où je veux en venir, n'hésitez pas à me demander pour que je reformule ou donne davantage d'explications. Est-ce que cela vous convient ? Est-ce qu'on peut commencer ?

R : On peut commencer, c'est très clair.

I : Super, merci. Ici, la première partie concerne vraiment les données plus signalétiques. Première question : quel âge avez-vous ?

R : 49 ans.

I : Dans quel hôpital travaillez-vous ?

R : Je travaille à l'hôpital D.

I : De combien de personnes est composée votre équipe ?

R : J'ai 55 infirmières avec qui j'ai un lien hiérarchique. Enfin, un lien fonctionnel et hiérarchique, parce que je partage la responsabilité avec deux autres collègues. J'ai aussi quatre aides logistiques, et un lien fonctionnel avec 13 médecins et 3 kinés.

I : Ok, d'accord. Dans quel service travaillez-vous ? Je suppose que c'est aux soins intensifs.

R : Oui.

I : Est-ce que vous avez fait une formation complémentaire à votre formation d'infirmier ?

R : Oui. J'ai deux formations complémentaires. J'ai une spécialisation en soins intensifs et soins d'urgence, qui est une condition sine qua non pour être chef aux soins intensifs, donc ça c'est

une obligation légale. Et j'ai un Master en sciences de la santé publique. Là, on pouvait soit avoir le titre de cadre, soit avoir le Master pour accéder à la fonction d'infirmier-chef.

I : Ok, d'accord. Depuis combien de temps occupez-vous la fonction d'infirmier-chef ?

R : Là, ça fait 10 ans.

I : Ça fait 10 ans, ok. Et comment êtes-vous arrivé à cette fonction ?

R : J'ai fait mon Master sur le tard. Ça faisait 12 ans que je travaillais, et il y avait des choses qui ne me plaisaient pas dans le fonctionnement du service dans lequel j'étais. Je me suis dit que pour changer les choses, il fallait faire un Master. Donc j'ai fait un Master. Puis j'ai eu l'occasion, avant l'ouverture de l'hôpital D, de me dire que j'allais essayer d'avoir une place de chef. Il y a eu une place d'adjoint aux soins intensifs dans un hôpital périphérique et, pour mettre un pied dans la porte, j'ai postulé à cette place. J'ai donc eu une place de chef adjoint pendant trois ans, aux soins intensifs de Y. Puis j'ai été reçu en entretien pour voir si je pouvais avoir la place comme infirmier-chef à l'hôpital D et j'ai eu la place.

I : Ok. Donc, si vous pouviez me citer quelques raisons pour lesquelles vous avez eu envie d'être infirmier-chef, qu'est-ce que vous me diriez ?

R : C'était pour faire du management différemment de ce que j'avais connu. Faire travailler les équipes dans la réflexion plutôt que dans le suivi aveugle des règles. En gros, c'était ça. C'était vraiment les deux éléments qui m'ont donné envie.

I : Ok d'accord. Là, on va rentrer beaucoup plus dans le vif du mémoire. Ici, je vais vous demander de vous replonger dans le début de votre prise de fonction d'infirmier-chef, vraiment les trois premières années. Est-ce que vous pouvez me décrire votre quotidien ? Qu'est-ce que c'était, exercer un rôle d'infirmier-chef à vos débuts ?

R : Il faut savoir que, quand je dis que je suis chef depuis 10 ans, je considère que les années où j'étais adjoint, c'était déjà être chef. Dans la réalité du terrain, j'étais vraiment chef, parce que j'étais adjoint de quelqu'un qui gérât aussi le service des urgences et qui n'était jamais avec moi. Donc, en gros, j'étais tout seul. Mon fonctionnement a donc été le même que quand j'ai été officiellement chef. Je vais donc partir de ce moment-là. Le service dans lequel je suis arrivé comptait beaucoup d'infirmières âgées, qui avaient beaucoup d'expérience. Moi, j'étais dans un modèle où on devait faire les choses parce que c'était comme ça qu'on devait les faire, et on ne devait pas beaucoup réfléchir. Et, pour commencer, j'ai très rapidement reproduit ce schéma-là, parce que c'est le seul que je connaissais. Je me suis heurté à beaucoup de soucis, parce que les infirmières qui étaient là, plus âgées, géraient leurs affaires comme elles en avaient envie. Donc il y a eu beaucoup de conflits entre elles et moi.

I : Vous pourriez décrire quelques types de conflits, si ce n'est pas indiscret ?

R : Oui. Par exemple, les infirmiers spécialisés en soins intensifs et soins d'urgence doivent faire 60 heures de formation sur 4 ans, donc au moins 16 heures par an quand ils sont à temps plein. C'est une obligation légale. En général, on impose certaines formations aux gens : on leur dit qu'ils doivent aller à telle ou telle formation, que ça fait partie de leurs heures. Ils peuvent parfois choisir certaines formations, mais pas toutes. Et il y en a une, en particulier, qui m'a dit : « Tes formations, j'en ai rien à foutre, je n'irai pas. » Je lui avais mis à l'horaire une

formation ; elle n'y est pas allée, elle ne s'est pas excusée, elle n'a pas prévenu. C'est le formateur qui m'a dit qu'elle n'était pas venue. Je suis allé la trouver en lui disant qu'en fait elle n'avait pas le choix, que ces jours allaient être décomptés, etc. Et elle m'a répondu : « J'en ai rien à foutre de tes formations, garde-les, ça ne se passera pas comme ça, je vais aller à la direction. » Je me suis alors retrouvé avec la directrice qui m'a dit : « Tu es trop rigide, il ne faut pas être comme ça avec les vieilles. » Mais moi, je disais : « Oui, mais c'est une obligation, donc elles n'ont pas le choix. » Et on m'a répondu : « Oui, mais elle est pensionnée dans peu de temps, on va la laisser tranquille. » Je disais : « Mais ça envoie quoi comme message aux autres de l'équipe ? Ça veut dire qu'en fait, quand le chef dit un truc, on peut faire l'inverse, et le chef ne sera pas soutenu. » Donc ce genre de conflit.

I : Ok, d'accord. Sinon, par rapport à vos tâches, qu'est-ce qui occupait le plus votre temps sur une journée, à vos débuts toujours ?

R : La majorité, c'était l'organisation du service, c'est-à-dire les horaires, la confection des horaires. C'est vraiment la tâche qui prend énormément de temps chaque mois. Quand on débute, le logiciel n'est pas intuitif, ce n'est pas facile, il y a plein de codes. On m'a formé en dix minutes. L'infirmière-chef dont j'étais l'adjoint m'a dit : « Ça, tu fais comme ça, ça c'est tel code, ça c'est tel autre code. » J'ai eu de la chance, parce que je me débrouille bien avec l'informatique et je comprends assez vite ce genre de logique. Mais c'est très compliqué. On ne m'a pas donné les subtilités du logiciel. En fait, il y a encore deux ans, je me suis rendu compte qu'il y avait plein de choses que je faisais dans le logiciel qui n'étaient pas normales. Donc ça prenait déjà beaucoup de temps. Il fallait faire les horaires, puis, une fois qu'ils étaient faits, on se rendait compte que quelqu'un s'était cassé la jambe et qu'il fallait tout remodifier pour faire travailler les gens.

I : Ok.

R : À un moment, j'ai essayé de donner les horaires à l'avance, donc je les faisais trois mois par trois mois. Mais en fait, j'avais donné l'horaire du mois à venir et, deux semaines après, je devais déjà le changer. Donc je devais demander aux gens s'ils étaient d'accord de changer. Comme ils n'étaient pas d'accord, il fallait aller demander à quelqu'un d'autre, modifier tous les horaires... Ça demandait énormément, énormément de temps.

I : Ok, oui. Il y avait beaucoup d'absentéisme ?

R : Il y avait quand même pas mal d'absentéisme, mais c'était de l'absentéisme "blanc". J'ai eu une fracture d'épaule, une fracture de genou... Ce n'était pas des gens qu'on ne voyait plus et qui téléphonaient pour dire : « Je suis malade, je vais être malade trois jours. » Ça, je n'en ai pas eu beaucoup. J'ai donc vraiment eu du vrai absentéisme, mais un absentéisme aussi lié à l'âge de l'équipe, puisque l'âge était très élevé pour un service de soins intensifs. J'avais donc des blessures liées à l'âge.

I : Ok, d'accord. Ici, je vais vous poser des questions sur les compétences managériales, toujours au début de la fonction. Je vais les scinder en trois parties : les savoirs, liés à tout ce qui est connaissance ; les savoir-faire, c'est-à-dire les aptitudes que vous devez maîtriser pour faire votre métier d'infirmier-chef ; et aussi le savoir-être, donc plus au niveau comportemental. Est-ce que vous pouvez me décrire, en commençant par les savoirs, quels savoirs vous paraissaient importants au début de votre prise de fonction ?

R : Est-ce que je parle des savoirs dont je me suis rendu compte qu'ils étaient importants en commençant à travailler, ou bien des savoirs que j'avais avant de commencer et que je pensais utiles ?

I : Peu importe. C'est vraiment au début de la fonction. Puis je vous reposerai la question pour aujourd'hui, pour voir si, après plusieurs années, vous vous êtes dit que tel savoir vous manquait au départ et que vous avez dû le développer. Vous voyez ?

R : Oui, tout à fait. Je voulais juste être sûr que c'était bien ça. Je pense qu'à l'époque, je pensais qu'il fallait avoir des connaissances légales sur le fonctionnement de l'hôpital, des services de soins intensifs, etc. Il y a des dizaines et des dizaines de règles. Tout ce qui touche au fonctionnement infirmier, à l'éthique, à la déontologie des infirmiers et infirmières au niveau légal également, parce qu'il y a des actes qu'ils peuvent poser et d'autres non, me paraissait très important. Et puis il y avait aussi des connaissances à avoir sur la gestion d'équipe. Moi, je les avais acquises pendant le Master, donc je pensais que c'était suffisant.

I : Ok. Donc ça, c'est concernant les savoirs. Concernant maintenant les savoir-faire, quelles aptitudes vous semblaient essentielles quand vous avez commencé ?

R : Toutes les aptitudes que j'allais devoir demander aux équipes et que je leur demandais. Donc toutes les connaissances liées au travail en lui-même, à la fonction. Il fallait vraiment une connaissance approfondie de ce que sont les soins intensifs et de ce qu'on y fait. Et il y avait aussi tout ce qui concerne le fait de savoir faire un horaire, parce que c'est important. J'en ai déjà parlé.

I : Bien sûr.

R : Et puis c'était surtout ça.

I : Ok. Et pour les savoir-être, qu'est-ce qui vous semblait essentiel au début ? Est-ce que ça vous a sauté aux yeux ? Comment ça s'est passé ?

R : Non. En fait, au niveau du savoir-être, je me suis toujours considéré comme quelqu'un de sympa et de calme, qui correspondait bien au genre de profil qu'on pouvait avoir pour un infirmier-chef. Entre autres, je ne voulais pas reproduire ce que mon ancien chef faisait, lui qui était quand même assez colérique. Il avait une façon de gérer les gens que moi, je n'aimais pas, qui consistait à les mettre face à face. Moi, je n'aime pas ça. Donc je me suis dit que ça irait.

I : Ok, d'accord. Donc maintenant, on va passer à la deuxième partie, où je vais vous demander de vous mettre dans votre rôle aujourd'hui. Comment êtes-vous, en tant qu'infirmier-chef, aujourd'hui ? Je vais donc vous reposer les mêmes questions, mais à l'heure

actuelle.
Qu'est-ce que c'est, exercer un métier d'infirmier-chef aujourd'hui ?

R : En termes de savoirs, c'est plus ou moins la même chose. Il y a toujours une part extrêmement importante de législation et de règles à connaître. Je suis connu pour être un spécialiste du domaine légal en soins intensifs, mais même si je suis réputé comme un spécialiste auprès de mes pairs, la direction n'est pas toujours d'accord avec ma vision des règles au niveau des soins intensifs. À titre d'illustration, j'ai eu un conflit avec une cadre il y a quelques années parce que la loi belge dit qu'un service de soins intensifs, pour être agréé,

doit avoir deux infirmières pour six lits, dont une spécialisée. Un jour, je lui ai dit que ça n'allait pas : le mois précédent, on avait été en sous-effectif, il nous manquait du personnel, on ne remplaçait pas les absents et on gardait pourtant nos lits ouverts. Je lui ai dit que ce n'était ni sécuritaire ni légal. Elle a regardé l'occupation des lits et m'a dit que c'était faux, qu'en réalité on avait travaillé en sureffectif parce qu'on avait moins de six patients par infirmière chaque jour, malgré le manque d'infirmières. Or, selon elle, c'était deux infirmières pour six patients. Mais la loi dit deux infirmières pour six lits, qu'ils soient occupés ou pas. Donc mes connaissances sont toujours là, mais je me rends compte que ce ne sont pas mes connaissances qui priment ; c'est surtout la façon dont les autres les interprètent.

I : Oui, ok.

R : Et puis, au niveau des connaissances liées à mon travail propre, elles restent utiles parce que les infirmiers et infirmières de soins intensifs sont très exigeants vis-à-vis des chefs. Ils attendent vraiment qu'on reste des experts tout le temps.

I : Oui, parce que vous prenez un peu le rôle de mentor, de coach vis-à-vis d'eux ? C'est dans ce sens-là ?

R : Eux le souhaiteraient. Mais en fait, on n'a pas la possibilité ni l'opportunité de le faire. Ils souhaitent qu'on soit toujours au top, alors que ce n'est plus du tout notre métier. Mais ils attendent qu'on puisse venir les aider à tout moment. On a eu de gros soucis dans l'équipe l'année passée et, lors d'une réunion, elles nous ont dit : « Nous, on attend de vous que vous veniez dans les chambres et que vous veniez nous donner des coups de main. » Je leur ai répondu : « Oui, mais vous n'attendez pas ça de vos collègues. Vos collègues sont en train de travailler, vous ne leur demandez pas d'aller aider les autres en permanence. Moi aussi, je suis en train de travailler. Si je vais vous aider, ça veut dire que je mets mon propre travail en pause. » Mais au final, ce qu'elles attendent, c'est qu'on reste des experts malgré le fait qu'on touche beaucoup moins les patients. Donc moi, toute la théorie, je la connais encore très bien, mais j'ai beaucoup moins de pratique. Et on ne fait bien que ce qu'on fait souvent. Donc je suis beaucoup plus lent qu'elles pour certaines choses.

I : Ok, d'accord. Et concernant davantage les savoir-faire managériaux de la fonction, vous m'avez cité tout ce qui était gestion d'horaire et un peu gestion de conflit. Est-ce qu'il y en a d'autres qui vous viennent en tête aujourd'hui ?

R : Il y a tout ce qui est gestion de la motivation des équipes. Le fait de pouvoir amener de la motivation et de l'adhésion aux projets, c'est extrêmement important. À l'hôpital D, on a un gros cursus de formation quand on est chef. On a beaucoup de formations pour améliorer ce type de prise en charge. Ce sont des choses que j'ai découvertes sur le tas. Mais je me demande parfois si ce n'est pas arrivé trop tard. Je pense que c'est trop tard.

I : Ok, oui.

R : Il y a aussi tout ce qui concerne les profils. On a fait, par exemple, le MBTI. Si j'avais eu mon profil et compris que les autres avaient des profils différents et fonctionnaient autrement quand j'ai commencé, je ne me serais pas comporté de la même façon. Il y a aussi l'ennéagramme, qui est relativement complémentaire. Ce sont des choses que je ne connaissais pas et que j'ai découvertes au fur et à mesure. Mais je les ai découvertes dans ma troisième ou quatrième année. Puis il faut le temps de les intégrer et de les mettre en place. Ce sont vraiment

des choses importantes que je ne connaissais pas et que j'ai apprises depuis pour améliorer toute cette prise en charge.

I : Et quel rôle ces connaissances sur les différents profils ont-elles joué dans votre rôle ?

R : Ça m'a permis d'en apprendre plus sur moi et sur le fonctionnement potentiel des autres. On ne fonctionne pas tous de la même façon, on n'a pas les mêmes motivations. Quand j'expliquais un projet avant, je disais simplement : « On met ce projet en place parce que la littérature dit que ça améliore ceci, cela, que ça diminue tel problème », et je me contentais de ça. Mais en fait, il y a des gens que ce genre d'information n'intéresse pas du tout. Ce qui les intéresse, c'est plutôt : « Le patient sera-t-il plus confortable ? » ou « Qu'est-ce que moi, j'ai à y gagner ? » Donc maintenant, quand je mets des projets en place, je vais chercher tous les points qui peuvent intéresser les différents profils. Et ça marche beaucoup mieux.

I : Ok, d'accord. Et la gestion de projet, du coup ?

R : Oui, justement, la gestion de projet, c'est un savoir-faire important. On a bien des cours de management et de gestion de projet en Master, mais c'est une chose de faire un microprojet dans un cours et de le décrire. C'en est une autre de réellement le mettre en place, en prenant en compte tous les tenants et aboutissants, la motivation des gens, la manière dont on va agir sur eux. On n'apprend pas vraiment cela. Écrire un projet, faire un poster ou un dossier, c'est assez facile. Mais si on ne nous apprend pas tout ce qu'il y a autour du projet, ça ne marche pas.

I : Et quelles compétences vous semblent essentielles pour faire une bonne gestion de projet en tant qu'infirmier-chef ?

R : On a besoin d'une bonne connaissance du sujet sur lequel on fait le projet. On a aussi besoin d'une bonne connaissance de tout ce qui entoure le projet, de tout ce qui pourrait intervenir comme input et modifier les données du projet. Il y a aussi une petite notion financière selon les projets. Parfois, cela reste relativement basique quand on est infirmier-chef, même si on a un projet en préparation qui est quand même aux alentours d'un million d'euros, donc ce n'est pas négligeable. Et puis il y a toute la gestion des personnes, la gestion de la motivation, le fait d'amener les gens à adhérer. Il y a aussi des notions plus basiques, comme repérer les personnes qui vont constituer un frein au projet et celles qui sont déjà convaincues. Par exemple, ne pas perdre trop de temps à essayer d'aller chercher ceux qui annoncent d'emblée qu'ils sont contre le projet. Ça ne sert à rien, c'est une perte de temps. Ça, par exemple, c'est quelque chose que je faisais beaucoup au début. Maintenant, je sais que les personnes très négatives, je ne m'en occupe plus d'abord. Je vais d'abord chercher les très motivés, les renforcer, et puis on laisse avancer les choses.

I : Comment décririez-vous votre management ?

R : Ah oui, oui, bien sûr. Les différents types de leadership, en fonction de ce qu'on doit faire comme projet, on peut passer de l'un à l'autre. Les projets qu'on met en place ici, aux soins intensifs, ont tendance à être très souvent directifs, parce que les équipes n'ont pas forcément l'envie d'être dans le participatif. D'expérience, quand on leur propose de participer à des projets, elles le font un peu, puis elles abandonnent. Donc c'est assez compliqué. On a donc tendance à être très directifs, même si, moi, de base, je suis plutôt très participatif. C'est assez complexe, parce que je pense que les équipes souhaiteraient que ce soit participatif, mais dans les faits, c'est souvent directif ou persuasif.

[Interruption liée au travail]

I : Pas de souci, aucun problème. Est-ce qu'il y a des attitudes ou des postures qui sont devenues plus importantes aujourd'hui qu'au début vis-à-vis de vos équipes ?

R : Depuis toujours, la gestion des horaires est quelque chose de très complexe, parce qu'il faut effectivement essayer de satisfaire au maximum les membres du staff. Si on ne les satisfait pas, on arrive rapidement à des maladies et à ce genre de choses. Donc il faut être extrêmement empathique et compréhensif. Mais, d'un autre côté, pour que ça fonctionne, on doit aussi être très directif. C'est donc vraiment un équilibre très net entre les deux, a fortiori dans une équipe de 55 personnes. Nous, on a mis en place des règles extrêmement strictes, en tout cas, on essaie, mais on sait y déroger si la personne vient nous demander et nous explique son problème. Par exemple, on a dit : « Vous avez droit à trois desiderata, et un qui est obligatoire. » Celui-là est mis en rouge, et on doit toujours le respecter. Quand ils mettent trop de desiderata, on leur dit qu'on essaie toujours de les respecter, mais que parfois ce n'est pas possible. Et quand ils viennent en disant : « Tu n'as pas respecté mon desiderata », on leur répond : « En fait, tu en as demandé six. La règle, c'est trois. On t'en a respecté quatre sur six, c'est déjà plus que ce qui est prévu. » À un moment, on ne peut pas faire de miracles. Les autres n'en demandent pas forcément autant et, si la personne n'est pas venue nous expliquer qu'il y avait un besoin particulier, on ne peut pas toujours savoir. C'est donc très compliqué, parce qu'il y a beaucoup de « j'y ai droit », « c'est un dû ». Alors qu'en réalité, tu as droit à des jours, mais pas nécessairement à celui-là.

I : Je vais maintenant vous demander de comparer votre rôle au début et votre rôle maintenant. Si vous devez comparer les deux, quelle principale évolution me citeriez-vous ?

R : Je dirais que je tiens beaucoup plus compte de la personnalité de chaque personne pour communiquer avec elle. Et j'essaie, et ça, c'est depuis peu, d'être moins coulant. J'ai eu tendance à laisser passer pas mal de choses. Dans les trois premières années, dans ma première équipe, parce que j'ai changé d'équipe depuis et je suis allé à l'hôpital D, la cadre m'avait dit : « Il faut laisser couler. Tu es trop rigide. »

J'ai donc lâché beaucoup de lest dans mon management et j'ai laissé passer pas mal de choses. Je suis arrivé à l'hôpital D en ayant pris cette habitude de laisser passer certaines choses, alors qu'il y avait des choses qui ne me satisfaisaient pas. Mais je me disais : « Ce n'est pas très grave, ce n'est pas très important, il faut laisser couler. » Sauf qu'en fait, je me suis rendu compte que, dans l'équipe que j'ai maintenant à l'hôpital D, ce genre de management ne passe pas. Donc là, je repars dans l'autre sens : je dois être beaucoup plus strict. J'ai beaucoup plus de jeunes, qui ont besoin qu'on les encadre de près, qu'on leur dise : « Ça, tu dois le faire comme ça », « ça, tu ne l'as pas bien fait », « ça, tu l'as bien fait ».

Donc, en fait, les recettes toutes faites ne marchent pas. Il faut vraiment s'adapter à chaque personne. Et ça, ça ne s'apprend pas : c'est au fur et à mesure des rencontres avec les équipes qu'on s'en rend compte. Moi, je ne suis jamais satisfait de ma façon de gérer les équipes. Et quand on a des mauvais retours, je le suis encore moins. On a eu des mauvais retours il y a un an ou un an et demi. Ici, notre cadre a fait des entretiens avec les équipes et on sait que 51 personnes sur 55 sont satisfaites de notre management, mais on ne s'en rend pas compte au jour le jour. Donc ça aussi, c'est important.

I : Si, à l'heure actuelle, vos équipes devaient vous décrire en trois mots, qu'est-ce qui ressortirait par rapport à votre fonction de manager ?

R : Ça, c'est assez simple, parce que j'ai justement eu un entretien avec mon cadre il y a deux ou trois jours. Le premier terme qui ressort, c'est « expert ». Je suis expert dans mon domaine, et ça, ils le reconnaissent tous dans le domaine infirmier en soins intensifs. Après, il y en a qui disent que je gère bien les crises, mais il y en a d'autres qui trouvent que je suis extrêmement mauvais dans la gestion de crise.

I : Ok, donc les avis divergent.

R : Oui, les avis divergent. Et quoi d'autre ? Je ne sais plus... Peut-être quelqu'un de confiance.

I : Ok, et ça aussi, c'est important. Nous sommes en 2026, donc vous avez vécu la crise du COVID. Comment est-ce que cela s'est passé dans les équipes pour gérer le personnel ?

R : Ça a été extrêmement compliqué. La première vague COVID a été très facile à gérer parce qu'en fait, tout le monde était très motivé. Aux soins intensifs, on a un profil un peu particulier : on est là pour faire des urgences, des soins intensifs. Dans notre formation, on a une formation sur la gestion des catastrophes, etc. Et je crois qu'il y a beaucoup de gens qui se demandent comment ils réagiraient en vrai. Là, on a eu l'occasion de se tester en vrai.

Donc la première vague s'est vraiment super bien passée. Il n'y a pas eu d'absentéisme. On a géré les gens de façon relativement fluide. Mais en réalité, on ne gérait pas tellement les gens : on gérait surtout le service et son fonctionnement. On passait notre temps à organiser : « Cette infirmière-là va s'occuper de ces patients-là », « ah oui, mais en fait on ne peut pas rentrer dans les chambres », « on va donc mettre une infirmière dehors et elle sera en binôme avec une autre », etc. On réinventait chaque jour une manière de fonctionner. Donc on gérait le fonctionnel, mais pas le personnel. Certaines infirmières ont commencé pendant le COVID, parfois deux semaines avant l'arrivée de la première vague, et elles se sont retrouvées complètement abandonnées. On n'a pas du tout géré ça. Ce sont des bombes à retardement qu'on a enclenchées et qui ont explosé bien plus tard.

I : Ok. Et par rapport à la pénurie de personnel, est-ce que vous avez été confronté à ce type de situation ? Comment l'avez-vous gérée ?

R : Pendant le COVID, à la deuxième vague, on a commencé à avoir une pénurie de personnel, parce qu'il y avait des gens qui n'en pouvaient plus. Il y avait des gens qui avaient vu des patients mourir alors qu'ils n'auraient pas dû vivre ce type de situation dans de telles conditions. Quand on est enfermé dans une chambre avec un patient qui ne va pas bien, qu'on n'entend pas l'alarme de la chambre d'à côté parce que tout est fermé, et qu'en revenant on constate que le patient est mort, c'est extrêmement difficile. Donc il y a des gens qui ont fait des burn-out, etc. On a commencé à voir des départs. On a cherché du monde à gauche, à droite, on a recontacté d'anciens collègues. C'était complexe. On a fait appel à de l'interim. Il y a eu des gens dans l'hôpital qui venaient nous aider, parfois des gens incompetents pour ce type de travail. Il y a même une gastro-entérologue pédiatre qui est venue nous aider à faire mon métier d'infirmier. C'était très complexe, parce qu'il fallait lui apprendre le métier d'infirmier sur le tas pour quelques jours.

Et cette pénurie s'est prolongée après les vagues COVID. Il y a plein de gens qui sont partis, d'autres qui ont eu besoin de prendre des congés sans solde ou d'aller ailleurs. On a essayé d'engager le plus possible. Mais là, on a eu des soucis parce qu'en fait, on a engagé un peu tout et n'importe quoi. On nous disait parfois : « Il ne faut pas engager cette personne-là, elle n'est pas compétente, ça n'ira pas, on a déjà eu des problèmes avec elle. » Par exemple, on a réengagé quelqu'un qui était sur liste noire dans notre institution. Quand il est revenu, il se débrouillait pas mal, il donnait le change, donc on s'est dit qu'on allait lui redonner une chance. Trois ans plus tard, on le licenciat.

I : Oui, ok.

R : Donc ça a été assez problématique. On a pris tout ce qui se présentait. Face à cette pénurie, on a mis en place une attitude particulière vis-à-vis des étudiants qui venaient dans notre service. J'ai dit aux équipes : « Les étudiants, ce sont vos futurs collègues. Si vous les accueillez mal, ils ne viendront pas chez nous. Même s'ils sont très bons comme infirmiers, s'ils s'ennuient ou s'ils ne sont pas bien pris en charge, ils ne viendront pas. » On a donc mis en place une politique de respect des étudiants plus poussée que dans certains autres endroits. Au début, c'était moi qui les recevais. Maintenant, j'ai quelqu'un qui s'occupe des étudiants, et je lui ai transmis cette façon de faire. Quand je les recevais, je leur disais : « Tu viens en stage chez moi, tu fais partie de l'équipe. Tu t'assieds avec l'équipe, tu manges avec l'équipe, tu réponds aux sonnettes comme l'équipe. Si une fois c'est toi qui réponds, la fois suivante ce sera l'infirmière, puis une autre, puis à nouveau toi. » Donc : tu fais partie de l'équipe. Et cette politique a super bien marché. Les étudiants veulent très souvent venir travailler dans notre équipe. Ça marche tellement bien que, toutes les semaines, mon cadre me disait qu'il recevait une candidature pour venir travailler dans notre service. On a donc une politique très attractive pour les étudiants, mais aussi pour le reste du personnel, notamment parce qu'on est passés en 12 heures depuis un an et demi à deux ans. Et les horaires en 12 heures attirent fortement le personnel. Donc, aux soins intensifs de l'hôpital D, on n'a pas de problème de personnel parce qu'on a une politique qui est très attractive.

I : Ok, d'accord, merci beaucoup. On arrive à la fin de l'entretien. J'ai juste une dernière question : avez-vous déjà été témoin, en tant que chef, de conflits de génération au sein de votre équipe ?

R : Ça dépend de ce qu'on entend par conflit de génération. Mais on a eu un très gros conflit avec une infirmière qui partait à la pension quelques mois plus tard. C'était il y a deux ou trois ans. On avait une patiente très jeune, avec un cas très lourd, qui allait demander énormément de travail. Il y avait aussi deux autres patients à côté. Et j'ai deux infirmières qui disent : « Ce cas-là, on ne va pas le donner à telle personne cette nuit. Elle est plus âgée, on va l'épargner, parce qu'elle va devoir courir toute la nuit pour cette fille-là et elle ne va pas s'en sortir. » À la base, je trouve ça assez bienveillant. Mais, en fait, l'infirmière concernée a complètement explosé quand elle a appris que les autres avaient dit ça. Elle s'est sentie insultée dans son professionnalisme et dans ses compétences. Elle m'a téléphoné le lendemain pour me dire que c'était scandaleux. Or, les autres m'avaient expliqué leur raisonnement, donc je savais que ça partait d'une bonne intention.

I : Ok, d'accord. Et comment avez-vous fait face à cette situation ?

R : J'ai expliqué aux deux infirmières concernées qu'elle l'avait mal pris, alors que je savais qu'elles l'avaient fait dans un bon esprit. Je les ai même félicitées pour l'intention, mais je leur

ai dit que, dorénavant, il ne fallait plus faire ça. Et à l'autre infirmière, celle qui avait été vexée, j'ai expliqué que cela partait d'un bon sentiment et qu'elles ne savaient pas que cela allait la blesser. Je lui ai dit qu'il fallait qu'elle essaie de dépasser ça. Mais je sais qu'elle ne leur a jamais pardonné.

Mais à côté de ça, quand j'ai des conflits dans l'équipe, ma règle, c'est : vous avez le droit d'avoir un conflit entre vous, mais le conflit doit rester entre personnes, pas entre professionnels. Donc, peu importe ce qui se passe, le travail doit être fait, vous devez communiquer pour le travail, et je ne veux pas voir que vous ne vous entendez plus sur le plan professionnel. Et ça, c'est déjà arrivé plusieurs fois. Il y a des gens qui font très bien cela : ils ne se parlent pas du tout en dehors du travail ou quand cela ne concerne pas le travail, mais quand cela concerne le travail, on les voit discuter tout à fait normalement.

I : Oui, oui, c'était ce genre de conflit. On m'avait aussi parlé de tensions par rapport aux congés : les anciennes générations voudraient maintenant des congés en juin et septembre, alors que les jeunes générations ont parfois des enfants plus tardivement, ce qui complique la gestion des congés. Est-ce que vous observez cela aussi ?

R : Non, moi je n'ai vraiment pas ce souci au niveau des congés. J'ai plutôt des désaccords autour du respect des règles. Quand je dis : « Vous devez faire ça », l'ancienne génération dit plus facilement : « Ok. » Les nouvelles générations ont plutôt tendance à demander : « Pourquoi ? » Alors on explique pourquoi. Mais si elles ne sont pas d'accord, elles estiment parfois que cela leur donne le droit de quand même ne pas faire ce qui est demandé. C'est assez problématique. Et du coup, quand ils en discutent entre eux, les plus âgés disent : « Le chef a dit que c'est comme ça, donc c'est comme ça. » Les plus jeunes répondent : « Oui, mais ça n'a aucun sens. » Or, peu importe que toi tu n'y vois pas de sens : si on a décidé que cela devait être comme ça, c'est qu'il y a une vraie raison. Donc ce ne sont pas de vrais conflits, mais plutôt des désaccords.

I : On arrive à la fin de l'entretien donc merci beaucoup pour vos réponses. Avant de finir est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose maintenant que vous connaissez un peu plus le sujet ?

R : Je pense que les compétences nécessaires pour être un bon chef, on ne les a jamais quand on commence, et qu'on les acquiert en cours de mandat. A priori, je pense que c'est impossible de donner ce genre de formation à quelqu'un qui n'est pas déjà sur le terrain, qui ne vit pas toutes les complexités du travail de chef. Quand on met vraiment le nez dedans, alors ce qu'on nous a expliqué auparavant prend sens. Si on m'avait dit avant : « Telle personnalité fonctionne comme ça », j'aurais répondu « oui, d'accord », mais je n'aurais pas su raccrocher ça à quelque chose de concret. Maintenant, je pense que toutes ces compétences-là sont vraiment des compétences à acquérir en cours de mandat, et qu'il faut les acquérir dans les trois premières années. Moi, je les ai acquises un peu plus tard et j'ai l'impression que cela a pu me desservir. Mais il n'y a rien à faire : l'expérience forme aussi.

I : Ok.

R : J'ai énormément changé ma façon de gérer l'équipe depuis le conflit qu'on a eu il y a deux ans. On a eu une infirmière qui a appelé un jour mon adjointe en disant qu'il fallait absolument qu'elles se voient, qu'il y avait un problème avec une collègue en particulier. Comme je n'étais pas là, mon adjointe les a mises face à face et leur a demandé quel était le problème, comment chacune vivait la situation. Puis elle a proposé une manière de fonctionner pour que ça

s'arrange. Mais par après, on s'est rendu compte qu'une des deux avait contacté la direction en disant qu'il y avait de gros problèmes de savoir-être chez l'autre infirmière. On s'est dit que ce n'était pas grave, qu'on allait la voir, mais elle s'est mise en maladie. Et puis elle a démissionné. En démissionnant, elle a dit qu'elle avait été harcelée, etc. En fait, toute une histoire de harcèlement a circulé dans l'équipe, alors qu'elle ne nous en avait jamais parlé et que personne dans l'équipe n'était au courant. Cela a provoqué un énorme problème dans l'équipe. Ils ont estimé qu'on avait mal géré cette situation, mais c'était un problème que personne ne connaissait réellement. Ils ont reconstitué l'histoire chacun avec une petite information, qu'ils ont mise en commun. Puis, un jour, en réunion, ils nous ont dit qu'on n'avait rien géré. À partir de là, on leur a demandé ce qu'ils voulaient qu'on fasse. Ils nous ont dit qu'ils n'avaient pas de solution. Donc on a proposé des pistes et mis en place toute une série de changements.

Avec mon adjointe, on a fait un tableau de choses à modifier dans notre management. Depuis deux ans, on a changé certaines choses de manière assez drastique. Par exemple, on ne laisse plus rien passer. Quand on constate un comportement problématique, quelqu'un qui hausse un peu trop le ton, on intervient directement, parce qu'on nous a dit : « Vous laissez faire les gens. » Et c'est vrai qu'avant, il y avait des choses qu'on laissait passer parce qu'on se disait que c'était ponctuel, qu'une personne avait craqué une fois, et qu'on la reverrait plus tard pour lui dire de faire attention. Maintenant, on ne laisse plus passer ce genre de choses. Et ça, il n'y a que l'expérience qui nous l'a appris. Donc oui, il faut des compétences, mais la meilleure compétence, c'est d'exercer la fonction.

I : Oui, bien sûr. D'accord, merci beaucoup. Je n'ai plus de questions. Je ne sais pas si vous, vous en avez une.

R : A priori, non. J'espère que ça va aider.

I : Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

R : Non

I : Donc ici on va commencer par les données signalétiques, c'est vraiment pour établir un type de profil pour ma recherche. Donc quel âge est-ce que vous avez ?

R : Donc moi j'ai 37 ans.

I : Dans quel hôpital est-ce que vous travaillez ?

R : Je travaille à l'hôpital B.

I : De combien de personnes est composée votre équipe ?

R : Donc moi inclus on est 8. Donc 7 infirmières et une secrétaire qui a mi-temps et 25 % aide logistique.

I : Dans quel service est-ce que vous travaillez ?

R : C'est un hôpital de jour médical.

I : Est-ce que vous avez fait une formation complémentaire à votre formation d'infirmière ?

R : Bah pour l'instant je suis en train de faire ma spécialisation en oncologie. Donc c'est un bachelier en spécialisation. Donc là je termine cette année. Et en septembre je démarre l'école de cadre de santé.

I : Depuis combien de temps est-ce que vous êtes occupé la fonction d'infirmière chef ?

R : Pas très longtemps, ça fait depuis mai 2024

I : Et comment est-ce que vous êtes arrivés à cette fonction ?

R : C'était pas prévu. Donc moi là-bas j'étais infirmière en chirurgie à la base. Beaucoup de chirurgie. Et je voulais avoir des horaires plus corrects. Les week-ends, j'en ai fait pendant 14 ans, un week-end sur deux, j'en avais ras-le-bol. Je voulais aller à l'hôpital de jour médical là où on n'a plus de week-end, on a plus de nuit tout ça. Mais je savais qu'il me manquait des connaissances en oncologie pour y aller et il n'y avait pas de la place facilement non plus. Donc pendant plus en chirurgie, j'ai commencé ma spécialisation en oncologie. Et pendant que je faisais ma spécialisation en oncologie, j'ai réussi déjà à avoir une place à l'hôpital de jour médical.

I : Ok, oui.

R : Puis ici en fait c'est compliqué, mais avant l'hôpital de jour chirurgicale était collé avec avec la médecine. Ça ne faisait qu'un service. Et puis début 2025, ils ont décidé de séparer les deux. Donc faire un hôpital de jour chirurgical et un hôpital de jour médical. Et donc, le chef qui s'occupait des deux services est resté pour la chirurgie et donc il a fallu un nouveau chef pour la médecine. Et donc on m'a proposé le poste, on va parler du poste quand j'étais dans le service à ce moment-là et j'ai postulé et c'est comme ça que je suis là aujourd'hui.

I : Et qu'est-ce qui vous a motivé à devenir infirmière chef ? Peut-être, autre chose que les horaires ? Y-a-t- il d'autres aspects ?

R : Oui, mais les horaires avaient déjà beaucoup d'importance du coup en tant qu'infirmière normale. Mais du coup la possibilité de diriger ton équipe comme tu as envie de faire les choses comme t'as envie toi, de mettre des choses en place, des nouvelles procédures.

I : D'accord.

R : Que ça tourne, voir que ton équipe prend soin des gens correctement, tu peux prendre la décision de modifier des choses pour que ça se passe mieux. Et puis voilà le côté gérer l'équipe c'est chouette, c'est un autre domaine ce n'est pas toujours facile, mais j'aime bien.

I : Là ici, je vais vous demander de vous mettre au début donc quand vous avez pris la fonction 2024. Donc qu'est-ce que quand vous avez commencé vous pensiez que c'était quoi exercer le rôle d'infirmière en chef ? Est-ce que vous aviez la bonne vision comment ça s'est passé ?

R : Bah, la vision que j'avais avant de le devenir, quand j'étais jeune, je me disais toujours : « Je ne serai jamais infirmière-chef, je ne ferai jamais ça. » Infirmière-chef, c'est vraiment entre deux. Enfin, c'est compliqué parce que tu as une équipe à gérer, mais tu as des chefs au-dessus de toi aussi. Donc les autres savaient très bien que les infirmières-chefs avaient souvent de la pression de la part de la direction et devaient faire passer des messages à leur équipe, tout en ayant une pression au-dessus, quoi. Tu ne peux pas toujours tout décider en tant qu'infirmière-chef, et ça, je le savais déjà.

Mais finalement, quand tu es... enfin voilà, je pense qu'au début, ce qui fait un peu peur, c'est comment trouver son juste milieu : être comme avec son équipe, mais de suivre en même temps ce qui est demandé au-dessus. Il ne faut pas d'office toujours... enfin si, il faut écouter ta direction, tout ça, mais il faut rester avec ton équipe, écouter ton équipe aussi. Donc il faut vraiment faire le juste milieu des choses.

Et en fait, ce n'est pas si... enfin moi, je le vis beaucoup, je le vis bien en fait. Là, aujourd'hui, on nous demande beaucoup de choses à la direction et je ne ressens pas de pression, quoi.

I : D'accord.

R : En fait, c'est mon job, en fait. Donc la direction m'aide à diriger mon équipe comme il faut, comme eux, ils souhaitent. Mais je le fais à ma façon et... et je trouve que ce côté-là où j'avais peur, justement, de dire à l'infirmière-chef : « C'est un mauvais poste parce que t'es entre deux. Tu dois gérer tous les problèmes, machin », mais en fait, il y a beaucoup de choses positives aussi à faire, à mettre en place, et c'est une équipe qui te suit, en fait, c'est génial.

Après, j'ai la chance d'avoir une petite équipe, donc j'avoue que j'ai pas beaucoup de problèmes non plus dans mon équipe. Maintenant, peut-être que je serai dans une autre équipe, une équipe de 30 infirmiers, ce serait peut-être autre chose.

I : Quelles compétences vous semblaient nécessaires au début de votre fonction ? Et aujourd'hui, avec le recul, y en a-t-il d'autres qui vous semblent nécessaires ?

R : Moi ce qui me manque ? C'est ça la question ?

I : Pas spécialement. Je veux plutôt dire : au début de votre fonction, quelles compétences pensiez-vous maîtriser, et lesquelles avez-vous finalement dû développer ou apprendre au fur et à mesure ?

R : Faire un horaire, en fait, c'est en informatique. Une fois que tu manipules, en fait, ce n'est pas compliqué. Vu que c'est une petite équipe, j'avoue que voilà, ce n'est pas un problème pour moi, ça. Au niveau organisation, par contre, vu que je travaille et que je vais à l'école en même temps, que j'ai deux enfants, tu vois, donc ça, c'est... ça, c'est un truc que j'ai encore amélioré : c'est de trouver l'organisation pour avoir un équilibre entre le travail et la vie de famille. Pour moi, c'est très dur. Maintenant, au fur et à mesure que les mois avancent, je commence à trouver mon organisation et à ne pas prendre de retard dans un point. Il faut se mettre à jour régulièrement, et voilà. Et l'autre point que je dois encore travailler, c'est être plus... j'ai envie de dire plus stricte, c'est pas vraiment le mot. Oui, c'est... mais moi, des fois, je suis un peu trop gentille. Donc j'essaie toujours que ça se passe bien, que j'arrondis les angles, tout ça. Il faut que je pense qu'il ne faut pas que j'aie peur d'être un peu plus carrée. Quand c'est non, c'est non, et pas dire oui, mais peut-être. C'est plus ça. C'est toujours des solutions, mais voilà, j'essaie de dire non. Mais il faut que j'apprenne encore un peu plus à être carrée, que tout le monde sache que c'est comme ça et que ce n'est pas autrement, et qu'on ne chipote pas et tout. Et c'est pour tout le monde pareil, quoi. Mais ça, ça se travaille avec le temps.

I : Est-ce qu'il y a des savoir-être qui vous semblent indispensables maintenant ?

R : Il faut être humain aussi. Les gens, enfin ton équipe, ils peuvent avoir des soucis à l'extérieur, on dit toujours qu'il faut pas ramener ses soucis au travail. Voilà il faut être quand même à l'écoute. Il faut être empathique, il faut être respectueux. C'est super important.

I : D'accord. Et est-ce que vous avez déjà été confrontée à des situations de conflit au sein de votre équipe ? Si oui, comment les avez-vous gérées ?

R : Je n'en ai pas eu. Je n'ai pas encore eu vraiment de conflit. Enfin, c'est vraiment des tout petits trucs qui se sont déjà passés ici. Par exemple, une infirmière va dire à l'autre infirmière, en gros : « Tu passes ton temps à discuter, mais tu n'avances pas pendant ton travail. » Et l'autre infirmière va lui dire : « Mais en fait, toi, tu travailles peut-être vite, vite, mais pas bien, en fait. » Donc elles sont en train de se comparer toutes les deux dans leur façon de travailler.

En fait, j'ai des infirmières qui sont très franches et qui se disent les choses. Donc, en fait, elles se disent les choses, elles règlent le problème, elles m'en parlent après, mais en fait, elles ont déjà réglé le problème. Parce qu'elles se sont dit les choses et puis, finalement, le boulot avance et voilà. Et je pense qu'elles ont quand même retenu une leçon entre elles.

Mais je n'ai pas dû, pour l'instant, faire convoquer deux infirmières parce qu'il y a un souci, quoi. Elles ont du caractère et elles se disent les choses, donc ça roule.

I : Si vous deviez me décrire une journée typique en tant qu'infirmière chef, comment est-ce que ça se déroule ?

R : Bah, moi, dans mon cas, c'est compliqué parce que quand je suis passée chef dans l'équipe, je n'ai pas été remplacée. Donc, en fait, je suis toujours dans les soins avec mes infirmières. Je travaille, les patients me verraient, ils me prendraient pour une infirmière classique parce que je fais le même boulot qu'elles : je fais les lits, je pique les patients, etc.

Et donc là, c'est encore à travailler : comment on peut faire pour m'écarter des soins pour que je puisse faire mon boulot d'infirmière-chef, parce que là, je fais beaucoup mon boulot à la maison, en fait. Et ce n'est pas bien.

Donc là, aujourd'hui, normalement, je prends la journée à 9 h, je fais 9 h-17 h aujourd'hui. Donc j'étais arrivée une demi-heure avant pour te recevoir au calme, parce que c'est bien qu'à 9 h, je vais dans les chambres et que, jusque au moins 16 heures, je ne vais pas pouvoir revenir ici, quoi.

Et donc, pour l'instant, c'est encore compliqué, mais sinon, normalement, le type de chef, t'es censé organiser ta journée, donc dire : « Telle infirmière, elle va de tel côté s'occuper de tel patient. » J'ai avec les médecins, c'est des patients qui doivent pas forcément avoir le traitement, modifier des chimios, appeler la pharmacie pour voir si les cures sont prêtes, tout ça. Normalement, c'est de la gestion de la journée parce que, comme l'hôpital de jour, ça reste une journée, ce n'est pas... On ne gère pas la nuit.

Et après, c'est beaucoup de mails à répondre, organiser les formations des filles, gérer les problèmes d'horaire, enfin tout ça. Et tout ça, je fais chez moi. Donc je ne fais pas vraiment de... te dire d'organisation type d'infirmière-chef ici parce que, pour l'instant, je suis encore dans les soins en semaine. Mais c'est des projets à venir : trouver une personne... J'en discute chaque fois que j'ai une réunion avec la direction, mais ce n'est pas... c'est encore frais, cette séparation brutale entre l'hôpital de jour chirurgical et médical.

L'hôpital de jour médical est en train de se développer. Et en même temps, on manque de place. Donc, d'un côté, on a envie que ça s'agrandisse, d'engager une nouvelle infirmière dans l'équipe et que moi, je me retire tout doucement des soins. Ça ne se fait pas du jour au lendemain.

I : Et c'est dû à de la pénurie de personnel ou c'est plus vraiment au niveau structure et comme c'est nouveau ?

R : Les deux. Les deux. Parce qu'en fait il y a un nouveau bâtiment qui est en train de se construire, entre-temps il y a des soucis où ils veulent, je ne sais pas si tu as entendu parler qu'ils veulent détruire l'hôpital A pour reconstruire un nouvel hôpital ailleurs. Et donc, nous allons peut-être devenir une polyclinique, enfin un centre médical local ici et c'est encore flou, c'est des nouveautés, des infos qui viennent d'arriver. Et donc on sait pas ce qu'on va devenir, est-ce qu'on va vraiment avoir un nouveau service un jour et on pourra se développer plus, pour l'instant, on est dans le flou.

I : Est-ce que la question du bien-être au travail dans tes équipes ressort quand même souvent ?

R : Oui, parce que, enfin, dans le sens où nous, on a beaucoup de patients en oncologie. Donc, le bien-être pour les patients en cours, on est à fond là-dessus. Et donc, du coup, j'ai une équipe qui aime bien prendre soin d'elle aussi. Maintenant, moi, je ne sais pas, je ne sais pas mettre en place des moments bien-être dans l'équipe. Je crois que chacune se donne des séances bien-être en dehors du boulot, quoi. Oui, on n'a pas vraiment de... Même, on a des masseuses bénévoles qui viennent masser les patients pendant leur chimiothérapie, qui nous ont déjà proposé à nous aussi pendant le travail, et j'étais OK pour ça. Mais, en fait, c'est trop compliqué d'être dans un hôpital de jour où on est tout le temps actives, de se dire : « Bah, je te libère une infirmière un quart d'heure pour qu'elle se fasse masser. » En plus, on n'a même pas de local où on pourrait s'installer.

C'est au niveau de l'infrastructure ou c'est plus compliqué au niveau du timing, parce qu'on n'arrête pas de la journée. Donc, le seul moment où on se divise pour aller manger, où on n'est plus que deux dans le service, sur les quatre, les deux autres sont en train de manger, et puis inversement, on n'a pas de moment où on peut dire... Ce n'est pas évident, quoi, d'organiser ça à l'avance, ou alors ça sera au pied levé, comme ça : là, aujourd'hui, maintenant, il y a moins de patients, donc on pourrait le faire, mais... Je sais bien qu'elles prennent soin d'elles en dehors, quoi.

L'autre IC, lui, donc, c'est plus tout ce qui est gestion des équipes, gestion des horaires, gestion... J'ai une petite base, on va dire. Je n'ai pas encore fait l'école des cadres. Donc ça, je sais très bien que, quand je vais commencer l'école des cadres, je vais évoluer, mes compétences vont d'office évoluer. En ce moment, je suis en train de faire évoluer mes compétences en oncologie. C'est déjà quelque chose qui m'a permis vraiment de m'améliorer à ce niveau-là, j'ai déjà changé dans ma façon de travailler avec ça. Je sais très bien que, quand je commencerai l'école des cadres, mes compétences vont d'office évoluer et s'améliorer, ça, c'est clair. Après, je verrai sûrement plus clair aussi quand je serai à l'école des cadres. Ça, c'est ce qui manque, je pense qu'une infirmière-chef sans l'école des cadres, ce n'est pas l'idéal, je pense.

I : Et si tu devais te décrire là maintenant en tant qu'infirmière chef, comment est-ce que tu te décrirais ?

R : Je suis une infirmière chef qui est à l'écoute, qui fait vraiment tout pour que les infirmières soient... comment dire ça... j'essaie de gérer les problèmes dès qu'il y en a un quoi. Si il y a une infirmière qui a un problème, j'ai fait autant d'heures sur le mois, il faut que je récupère, j'essaie de la faire récupérer. Elle me demande des congés, j'essaie de les mettre au mieux. Dès qu'il y a des soucis administratifs, j'essaie de les régler aussi. Voilà et si elles veulent mettre des choses en place, ça serait bien qu'on ait une procédure pour ça, je fais tout en tout cas, je m'investis.

I : Tu les soutiens très très fort.

R : J'investis énormément. Je pense qu'elles le voient très bien. Et le temps me manque, ça c'est clair. J'ai un bon retour de l'équipe. Maintenant je pourrais être encore meilleure d'office, mais ça, ça va être le temps que ça viendra.

I : Oui c'est avec le temps l'expérience.

R : Et l'infirmière, l'équipe est contente que je travaille avec elle dans les chambres aussi parce que je fais le même boulot qu'eux donc je peux comprendre les difficultés qu'elles peuvent ressentir quand elles font le soir, qu'elles se retrouvent toutes seules à 4h. Parce qu'à 4h ils sont plus qu'une infirmière et des fois il y a encore beaucoup de patients. Mais moi je fais aussi des soirs avec elles donc je me rends compte aussi. Des fois j'étais seule à 4h et je gère aussi la fin du service. Et donc je ressens très bien ce qu'elles vivent et ça c'est pas évident d'être tout le temps dans les soins, mais d'un côté tu comprends ce que ton équipe vit. Et donc ça ça m'aide aussi, elles le ressentent aussi. Je peux améliorer des choses vu que je vis ce qu'elles vivent pas.

I : Oui non je vois très bien c'est très clair. Mais voilà je sais pas si vous avez autre chose à ajouter ?

R : Bah non je pense que ta question elle est pertinente. Merci. En tant qu'infirmière, je pense que toute ta carrière évolue. C'est comme dans tout métier, même dans le métier d'infirmière, t'apprends tout le temps des choses. L'expérience et on tire des leçons de chaque situation et après il ne faut pas avoir peur de se remettre en question. Ça moi je sais bien que je le fais dans ma vie de tous les jours, je le faisais déjà quand j'étais infirmière.

En fait j'ai été infirmière dans tellement de services différents dans ma carrière. Ça fait quand même... c'est plus de 16 ans que je suis infirmière. Et donc j'ai déjà eu beaucoup de choses, j'ai travaillé dans un autre hôpital avant donc j'ai pas mal...

I : Vous connaissez les différences

R : Et j'ai fait beaucoup de services différents, j'étais infirmière volante auparavant donc voilà ça, ça m'aide aussi, j'ai pas mal de connaissances dans le boulot même. Après le boulot managérial ça prend tous les jours, j'apprends. Et avec mes cadres, j'apprends aussi.

I : Et il y a beaucoup de soutien de la part de tes cadres comment ça se passe ?

R : Moi j'ai une cadre très chouette. Au début c'était compliqué aussi parce qu'il n'y avait pas de directrice du département infirmier. Elle était pensionnée et puis il a fallu retrouver quelqu'un d'autre. Et donc il y a un moment donné où j'ai pas eu beaucoup de soutien au tout début. Et puis après il y a une nouvelle cadre qui est arrivée qui m'a prise en charge et qui est très carrée et du coup ça me permet de... j'ai un bon cadre et elle m'aide à avancer et c'est trop bien en fait. Donc ouais un bon soutien à ce niveau.

I : Super merci beaucoup.

I : Ok super, merci beaucoup. Donc je vais me présenter brièvement, puis on commencera l'interview. Moi, c'est Florine Demelenne. Je suis étudiante en ingénieur de gestion à l'UCLouvain. Et je réalise cet entretien pour mon mémoire de fin de master, en vue d'être diplômée. Le contexte hospitalier m'intéresse vraiment beaucoup, d'où l'intérêt de me pencher sur les infirmiers en chef et sur la fonction managériale. L'objectif ici, c'est vraiment de recueillir votre point de vue personnel et professionnel vis-à-vis de cette fonction managériale que vous occupez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est vraiment votre vécu qui m'intéresse. Ça devrait durer environ une demi-heure. C'est complètement anonyme, donc il n'y aura pas moyen de vous reconnaître. Moi, je refais la transcription et voilà. Donc ça, je vous garantis que c'est anonyme. Si vous ne comprenez pas bien une question, n'hésitez pas à me demander afin que je reformule. Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

R : Non, non, on peut y aller.

I : Ok super. Donc ici, la première partie, ce sont plus les données signalétiques, ce qui va me permettre d'établir différents types de profils pour mon mémoire. Donc la première question, c'est : quel âge avez-vous ?

R : 35 ans.

I : Dans quel hôpital travaillez-vous ?

R : À l'hôpital E.

I : Ok. De combien de personnes est composée votre équipe ?

R : 45.

I : D'accord. Dans quel service travaillez-vous ?

R : Les urgences.

I : Et est-ce que vous avez fait une formation complémentaire à votre formation d'infirmier ?

R : Donc oui, j'ai un an de formation complémentaire pour être urgentiste, et deux ans de master supplémentaire en sciences de la santé publique pour pouvoir occuper un poste de cadre ou d'infirmier en chef.

I : D'accord, merci. Depuis combien de temps est-ce que vous occupez cette fonction d'infirmier en chef ?

R : Donc ça fait 3 ans que je suis infirmier en chef, mais en parallèle j'ai une fonction de cadre projet pour le projet du nouvel hôpital du réseau, pour lequel ça fait 7 ans que j'ai ce poste-là en parallèle. Et ça fait 13 ans que je suis infirmier, sorti de l'école.

I : Ok, d'accord. Et comment est-ce que vous êtes arrivé à cette fonction et quelles étaient les motivations pour devenir infirmier chef ?

R : Oh ben moi, j'ai toujours bien aimé... Je savais que j'aimais, j'adorais les soins, mais je savais que j'avais besoin de plus que ça. J'ai toujours bien aimé un peu le challenge et la gestion d'équipe. Avant de travailler comme infirmier, j'étais président de patro déjà, et j'ai toujours bien aimé la gestion de projet, la gestion d'équipe. Et donc, au fur et à mesure de mes années dans les urgences, ça s'est fait un peu naturellement parce que voilà, j'avais un chef qui allait être pensionné dans 3-4 ans. Il m'avait déjà pas mal fait ressentir qu'il aurait bien voulu que je reprenne sa place. Et donc, moi, pendant ce temps-là, j'avais déjà le poste de cadre projet en parallèle. Et donc oui, quand il a été pensionné, je me suis dit que c'était le bon moment. J'avais 32 ans, j'avais déjà 10 ans d'ancienneté aux urgences, et donc je crois que c'était le moment, que j'étais légitime.

I : Ok, d'accord. Oui, c'était vraiment prendre ça comme un challenge et comme quelque chose en plus de vous.

R : Oui.

I : Ok d'accord. Là, je vais vous demander de vous remettre au début de votre prise de fonction d'infirmier-chef, donc vraiment de vous remettre dans les premières années où vous avez pris fonction. Est-ce que vous pouvez m'expliquer ce que c'était, exercer un rôle d'infirmier-chef ? Comment est-ce que ça se passait ?

R : Ben premièrement, moi je connaissais déjà bien l'équipe, le fonctionnement et les personnes dans l'équipe, donc c'était déjà un peu plus facile. Moi, mon premier rôle, ça a d'abord été de stabiliser tout ce qui avait été mis en place par mon chef précédent. Donc j'ai hérité d'une équipe solide, qui s'entendait bien et compétente. Et ça, c'était ma première phase pendant 2-3 mois, où j'ai un peu observé le fonctionnement de chacun, les motivations de chacun, etc.

I : Oui.

R : Et puis, dans un deuxième temps, ça a été plutôt de rectifier ce que moi j'aurais préféré mettre en place en tant qu'infirmier en chef par rapport à mon prédécesseur, pour ne pas non plus casser tout ce qu'il avait mis en place. Et donc là, mon premier rôle, ça a été de mettre en place des référents dans l'équipe. Donc sur les 38 infirmiers, il y en a 20 qui ont pris un rôle de référent : psychiatrie, pédiatrie, gériatrie, etc. De les rencontrer chacun et de dire : "Ben voilà, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse pour améliorer le parcours patient dans notre service d'urgence en fonction de votre rôle de référent ?" Et donc c'est vraiment la première année où il y a eu plus de travail à ce niveau-là, il y a eu plein de petits projets dans le service.

I : Ok.

R : Et la deuxième chose, c'est que... le Lean management, vous voyez ce que c'est ?

I : Oui, bien sûr.

R : Donc moi, je suis à fond dans le Lean management, et j'ai décidé dès ma prise de fonction de mettre en place plusieurs outils de Lean management dans le service. Donc le Kanban a été mis en place, le 5S, le tableau visuel, la gestion visuelle, le tableau des irritants. Et donc on a

mis en place le tableau des irritants après 3 mois de fonction. Et ça, ça a permis vraiment que chacun puisse venir mettre tous les irritants qu'il avait au quotidien. Et donc ça a permis, en un an, de traiter je pense 45 irritants. Et après un an et demi, il n'y avait pratiquement plus d'irritants. Donc on va dire que tous les petits trucs qui nous ennuyaient au quotidien ont été enlevés et réglés. Et donc ça, ça a vraiment été la première année : l'implémentation du Lean, l'implémentation des référents, et plutôt aussi la prise de connaissance de certains sujets que je maîtrisais moins, vu que c'était nouveau pour moi. Mais vu que j'avais déjà eu un rôle de cadre un peu en parallèle, ça s'est fait assez facilement. Et vu que l'équipe m'attendait plutôt pour prendre le poste, ils ont été hyper soutenant. Donc voilà.

I : Ok oui d'accord. Je vais maintenant vous poser une question par rapport, toujours, au début de votre prise de fonction, par rapport aux compétences managériales que vous pensez avoir acquises à ce moment-là. Et je vais scinder ces compétences en trois parties : les connaissances, donc tout ce qui est connaissances théoriques ; les savoir-faire ; et les savoir-être. Qu'est-ce qui était important du point de vue du savoir ?

R : Oui. Je dois scinder en trois points, alors ?

I : Ben si c'est plus simple pour vous, oui.

R : Oui, je vais le faire. Pour commencer, en savoir-faire, moi j'ai toujours trouvé que, dans un service médico-technique comme les urgences, ou les soins intensifs, ou le bloc opératoire, c'est important que le chef puisse maîtriser tous les aspects du métier. Donc d'aller travailler en SMUR, d'aller travailler aux urgences, d'aller travailler à l'hospitalisation provisoire. Et donc moi j'ai demandé pour rester, on va dire, plus ou moins 40 % de mon temps de travail dans les soins. Donc ça m'a permis de maintenir mon savoir-faire sur tous les domaines. Je veux dire : faire des plâtres, réanimer des gens, conduire le SMUR... Je me sentais vraiment à niveau pour tout. Parce qu'en plus je donne cours à la Haute École, à ceux qui font la spécialisation urgentiste, et donc ça m'a permis, en termes de savoir-faire et de savoir théorique, j'avais l'impression d'être vraiment à un bon niveau. Et donc ça me permettait d'être plus exigeant avec l'équipe parce que je savais toucher à toutes les sphères du métier. Mais ça, je veux dire, c'était déjà de par mon expérience. Et puis le fait de donner cours, ça m'a encore donné un petit coup de boost, vu que j'étais obligé de me mettre à jour sur les nouvelles recommandations.

I : Ok, oui.

R : Ah oui, ben ici, il y avait les connaissances théoriques et le savoir-faire. Je pense que je vais répondre un peu à la question pour les deux, parce qu'aux urgences il faut savoir faire plein de techniques et maîtriser plein de matériel, mais il faut aussi plein de savoirs. Par contre, tout ce qui est RH, tout ce qui est législation sociale, tout ce qui est gestion du personnel, ça, c'était assez nouveau pour moi. Je n'avais pas énormément de connaissances là-dedans, et dans mon master on ne m'a pas trop appris ça. Et donc nous, on a un parcours de nouvel infirmier en chef à l'hôpital E dans lequel on reçoit plusieurs formations. Donc par exemple : quelles sont les règles au niveau de la législation sociale pour faire un horaire ? Quand quelqu'un est malade ? Quand il y a un décès dans la famille ? etc. Donc j'ai eu une formation de 2 jours là-dessus, plus une formation de gestion sur les horaires. Donc après ça, j'avais l'impression qu'au niveau des savoirs, je savais ce que je devais maîtriser, donc ça c'était réglé.

I : Oui d'accord.

R : Donc au niveau savoir et savoir-faire, c'était, je veux dire, vite maîtrisé. Le plus complexe, c'est le savoir-être avec une équipe aussi grosse, parce qu'ici c'est 38 infirmières et 9 secrétaires. C'est une équipe qui tourne 24h/24, où il y a des décès tous les 2-3 jours aux urgences. C'est un service lourd et il faut parvenir à éteindre des petits feux régulièrement, à écouter les gens quand ils ne vont pas bien, à s'assurer qu'il n'y ait pas trop de tensions dans le service, à être neutre. Et donc ça, pareil, j'avais l'impression d'avoir déjà pas mal de compétences, de par le patro, des choses comme ça. Mais c'est là où je sens que sur 3 ans j'ai énormément évolué, parce qu'on a eu aussi des formations sur la gestion de conflits, la gestion des émotions. Donc là, on a pu être accompagnés. Et puis les formations c'est bien, mais je pense que ce qui était important, c'est de vivre des expériences. Donc moi j'ai dû vivre pas mal d'expériences où il y a eu des décès, où j'ai dû faire des débriefings, et à force d'expériences j'ai développé mon savoir-être.

I : Oui. D'accord. Par rapport à la gestion de conflit, est-ce que vous auriez un exemple pour m'expliquer quelles compétences vous avez développées par rapport à un événement qui s'est passé ?

R : Ok. Par exemple, il y a eu à un moment donné un gros conflit entre 2-3 infirmières assez jeunes dans le service. Alors au début c'était clairement de l'ordre privé, donc moi je ne m'en mêle pas trop quand c'est de l'ordre privé, sauf que ça avait quand même des conséquences d'ambiance au niveau du travail. Donc là, moi j'ai dû m'en mêler, mais j'ai essayé vraiment de réagir d'une manière neutre... Et on a une psychologue du travail dans le département qui est là pour nous aider parfois, pour nous donner des conseils. Donc moi j'ai vraiment été énormément à l'écoute, énormément observé, énormément... enfin, je suis resté neutre et j'ai rappelé les balises, les règles, le ROI du travail. Et par exemple, c'est vraiment la compétence d'écoute que j'ai l'impression d'avoir énormément développée en 3 ans, que je n'avais pas avant. J'avais tendance à écouter, entendre, et tout de suite donner un conseil, écouter à moitié. Tandis que là, de par nos formations, on a vraiment appris à écouter énormément. Et donc les règles dans la gestion de conflits, ça a été ça : ne jamais prendre parti, écouter les deux parties, et puis trouver une solution pour que tout le monde s'y retrouve et qu'on évolue dans de bonnes conditions de travail.

I : Ok, d'accord. Si vous deviez vous décrire en tant qu'infirmier-chef, vraiment après un an de fonction, comment est-ce que vous vous décririez ?

R : Je me décrirais comme investi. Donc je ne fais pas trop d'heures, je fais juste les heures que je dois faire. Mais je veux dire, je suis... Ça arrive parfois, s'il y a un malade la nuit, en week-end, je suis revenu faire la nuit. Le fait que j'occupe un peu tous les postes, c'est quand même fort apprécié par l'équipe parce qu'ils se disent : "Bon, il nous demande de faire des choses, mais il les fait avec nous." Je pense que du début jusqu'à maintenant, j'ai toujours été quelqu'un de très juste et de quelqu'un de très droit. Et puis quelqu'un de très exigeant aussi, mais exigeant parce que voilà, on est dans un service aigu et je veux que tout soit fait vraiment parfaitement. Maintenant, nous, on a une politique de gestion des effets indésirables assez importante. Donc par exemple, je ne sais pas moi, s'il y a une erreur médicale ou s'il y a quelque chose qui se passe, mon but ce n'est pas de les clasher ou de les engueuler, c'est plutôt de comprendre ce qui s'est passé et ce qu'on peut faire pour que ça ne se reproduise plus jamais. Donc c'est vraiment une démarche qualité. Mais voilà comment je me décrirais après un an.

I : Ok super, merci. Est-ce que vous sauriez me décrire une journée type maintenant, en tant qu'infirmier-chef ? Qu'est-ce que c'est, en fait, une journée type ?

R : Oui, mais quand je ne suis pas dans les soins, alors. Parce que quand je suis dans les soins, au final, là je suis clairement dans les soins, c'est juste que j'ai mon téléphone avec moi et je fais quand même un peu de la petite gestion du quotidien en même temps. Et quand je ne suis pas dans les soins... là je suis en t-shirt parce que je vais bientôt partir, mais sinon je suis habillé en tenue infirmière aussi. Je dirais que mes journées... souvent, je vais venir, je vais d'abord checker mon Outlook en premier, puis ma journée... sur une semaine il n'y en a pas une qui est la même. Parce que moi je dois m'assurer de la continuité des soins, de la gestion du personnel, je dois m'assurer de la gestion du matériel, je dois m'assurer du suivi des projets et du fait avancer tous les projets, parce qu'on a aussi beaucoup d'ententes entre services d'urgence et beaucoup de réunions. Donc je pense que ma journée type, elle commence à 8h00, elle se termine à 16h00 quand tout va bien. Mais vous ne sauriez même pas... ça va être vraiment la gestion Outlook, le suivi des projets, aider dans les soins dès que ça déborde, et avoir énormément de contacts avec les services supports, donc service informatique, service technique. Mais voilà, moi je n'ai pas du tout une journée... je ne pourrais pas vous dire : de 8 à 10 je fais ça, de 10 à 12 je fais ça. Il arrive des fois que je dîne à 15h00.

I : Oui, d'accord. Et quand vous parlez de gestion du matériel, c'est vous qui devez repasser des commandes ? Comment est-ce que ça se passe, en fait ?

R : Donc moi je gère... Ici, on a une secrétaire qui est là pour l'accueil aux urgences, qui fait tout l'accueil administratif et tout ça. Et en plus de ça, ce sont elles qui gèrent tout ce qui est gestion des stocks, commandes, etc., dans le service des urgences. Donc moi je ne gère pas du tout ça. Et puis on a le système Kanban informatisé, donc ça roule maintenant. Moi je suis plutôt là pour prendre les décisions du type : "Ben voilà, on doit acheter un nouveau respirateur", ben c'est moi qui vais faire un cahier des charges et qui vais décider avec les médecins ce qu'on achète, par exemple. Là, il y a des nouvelles recommandations de réanimation qui viennent de tomber en Belgique. Ben il faut adapter le matériel pour intuber des patients. On a fait le 5S, vous connaissez ?

I : Plus ou moins, oui, vous pouvez me rappeler.

R : Donc on a fait le 5S dans tout le service, ce qui a permis de ranger, de trier tout. Ben c'est un peu moi qui, parce qu'au début c'était nouveau pour tout le monde, ai amené la réflexion qui a dit : "Ben non, on doit ranger de telle et telle manière." Donc ça, c'est vraiment ça ma gestion de matériel. Et puis dès qu'il y a une panne d'un gros matériel, au début c'était moi qui gérais, mais en fait plus maintenant parce qu'on a des référents biotechniques, on a un tableau visuel de suivi du matériel. Donc dès qu'on a un matos qui tombe en panne, ça suit son cours au niveau du biotechnique et du service technique. Moi, je suis plus là pour superviser, faire accélérer.

I : Ok, donc vous avez su déléguer des tâches, en fait, c'est ça ?

R : C'est ça. Moi je délègue quand même beaucoup de tâches parce que le service est très gros, que je travaille aussi sur le projet d'un nouvel hôpital, et donc le fait d'avoir plein de référents, qu'on ait énormément de procédures dans le service, fait que des fois je pars en vacances 8 jours et j'ai l'impression que tout s'est très bien passé malgré que j'étais absent. Et ça, au début, ça me tracassait parce que je me disais : "À quoi je sers ?" Mais au final, non. On nous a plutôt appris qu'un service qui tourne bien quand son chef n'est pas là, c'est qu'en fait tout a bien été mis en place pour que ça tourne. Donc voilà, moi je fais ça pour régler les soucis et m'assurer que la machine tourne.

I : Oui, d'accord. Je vais vous reposer la question avec les compétences, donc avec les trois dimensions. Comment vous mobiliser le savoir, savoir-faire et savoir-être aujourd'hui dans votre fonction ?

R : Ben le savoir théorique, il a continué à évoluer au fur et à mesure. Ça fait 3 ans que je donne cours aussi, et je suis toujours sur le terrain, donc je suis obligé de me maintenir à niveau. Et puis on a un peu ce devoir d'exemplarité. Ça veut dire que si j'ai des jeunes infirmières qui viennent me poser des questions théoriques, ça la mettrait mal si je ne savais pas répondre. Le savoir-faire, je pense que c'est le seul point où j'ai peut-être un peu perdu. Par exemple, si je dois piquer un nourrisson ou quoi, je suis peut-être moins à l'aise qu'il y a 3-4 ans parce que je le fais moins souvent qu'avant. Mais par contre, là où j'ai vraiment évolué, c'est dans le savoir-être. J'arrive vraiment, moi, alors que c'est un service complexe et aigu, à avoir une vie privée tranquille à côté, et à ne pas être victime de surmenage. Je ne prends pas les choses à cœur, et je reste très humain, très à l'écoute. Et ici ça fait 3 ans, et on sent qu'il y a vraiment une évolution. Par exemple, le taux d'absentéisme de l'équipe est le plus bas de tout l'hôpital. Donc ça, c'est quand même un signe positif. Et il y a une ambiance saine et sereine. Les gens savent que... enfin, ils le reconnaissent : je suis quelqu'un de droit, neutre et à l'écoute, et ça paye maintenant. Et je revenais sur les irritants : par exemple, les irritants maintenant, on en a deux par mois, même moins, parce que tout a été traité en amont.

I : D'accord. Ben justement, je vais vous demander ici de comparer vos débuts à aujourd'hui. Comment est-ce que vous décririez cette évolution ? Donc là, vous me décrivez qu'il y avait beaucoup moins d'irritants. À quoi est-ce que vous attribuez ça ? Comment ça s'est passé, en fait ?

R : Je pense que c'est tout le travail qu'on a fait, pas moi, qu'on a fait moi et l'équipe, enfin l'équipe et moi. Parce que tout ce qu'on a mis en place, les procédures, l'achat de nouveaux matériels, le rangement du service, la mise en place de référents, la standardisation du travail, tout ça a fait qu'on a mieux organisé le service.

I : Mais est-ce que l'équipe était collaborative pour aller dans ce sens ?

R : Oui, très. Parce que tout ce qu'on a mis en place, ils ont bien compris que c'était chaque fois soit dans l'intérêt du patient, soit dans leur intérêt, dans leur bien-être au travail. Et donc c'était difficile de ne pas les avoir avec moi. Et même maintenant, ce qui est gai, c'est que c'est eux qui proposent des choses. Souvent c'est moi qui dois calmer parce que ça ne sert à rien de faire 50 projets en même temps. Mais donc maintenant, on est plutôt dans une phase de rodage où on consolide tout ce qu'on a mis en place.

I : D'accord, merci. Est-ce que vous voyez d'autres petites évolutions ? Par exemple, est-ce qu'il y a plus de conflits intergénérationnels ? Est-ce que la notion de bien-être au travail est plus présente ? Ou autre chose ? Pénurie de personnel ?

R : Nous, la pénurie de personnel, on n'en a pas. On en a eu un peu au niveau médical, mais on n'en a plus. Donc ça, depuis un an, on n'a plus du tout de pénurie médicale. Et donc ça fait du bien parce qu'on est en suffisance de personnel tout le temps.

Et concernant le bien-être au travail, je pense que mon chef précédent en avait déjà instauré un qui était pas mal, et je dirais juste que ça a suivi son cours. Je pense que parfois, quand il y a du mal-être actuellement, il est plus lié à la vie privée de certaines personnes qui vont se séparer

ou des choses ainsi. Mais au travail, on sent que les gens sont... Je veux dire, il n'y a personne qui crie, le travail est calme. On sent qu'il y a beaucoup moins de pression dans le service alors qu'on a plus de patients qu'avant, à l'inverse. Donc c'est ça qu'on voit aussi : tout a bien été mis en place, tout fonctionne bien.

Là où je vois quand même une amélioration, moi je trouve, c'est quand même dans la qualité des soins, du fait de tout ce qu'on a mis en place. Je vais prendre un exemple : la personne âgée aux urgences, ce n'était pas toujours simple au début. Là, on a deux référents gériatriques qui ont mis plein de choses en place et on voit qu'il y a beaucoup plus de réflexion, qu'on fait plus attention aux personnes âgées, qu'on a acheté du matériel dédié aux personnes âgées. Ça, on le voit bien. Et moi, le système d'audit de satisfaction des patients n'est pas très bien fait ici dans les hôpitaux, donc je n'ai pas vraiment de retour par rapport à ça. La seule chose que je sais dire, par exemple, c'est le taux de plaintes de patients qui est, on va dire, sur 23 000 patients, peut-être 5 plaintes par an.

I : Ok.

R : Donc ça c'est positif aussi. Et puis cette sensation, quand on travaille, d'être davantage en sécurité et d'être satisfait de ce qu'on fait. Moi, je trouve qu'on voit quand même une différence par rapport au début.

I : Ok, d'accord, merci. Est-ce qu'il y a des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé votre manière d'exercer ?

R : Aux urgences ?

I : Oui, par exemple certaines personnes me disent des fusions avec certains hôpitaux, ce genre de choses.

R : Mais oui. Par exemple, nous, depuis le mois d'octobre, on a un même chef médical pour trois services d'urgence. Et depuis octobre, là on voit clairement une différence parce qu'il y a plus de dynamique entre les services. On est trois jeunes chefs et on s'entend bien. On fait beaucoup de choses en commun pour uniformiser. Parce qu'en fait, dans le futur, on va tous se retrouver dans le même service d'urgence. Donc là, on voit vraiment qu'il y a de la collaboration. On est tout le temps au fait des dernières recommandations aussi. Avant, j'avais l'impression qu'on travaillait un peu comme on a toujours fait, tandis que maintenant on sent vraiment une évolution. On suit les nouvelles recommandations, on cherche vraiment à être proactif... on ne sera jamais à la pointe comme un hôpital de ville parce qu'on n'a pas la même taille d'hôpital, mais en extrahospitalier, pour moi on fait vraiment du bon travail. Et ça, on voit vraiment une différence, je dirais, depuis l'automne 2025, le fait d'avoir fusionné les trois services d'urgence. Oui, ça je le vois positivement. Sinon, il y a... oui, je ne sais pas si je vais parler de ça ici, mais il y a les PIT. Les PIT, c'est ce qu'il y a entre les SMUR et les ambulances. Donc les PIT, c'est une ambulance avec un infirmier. Et ça, c'est vraiment quelque chose qui avant n'était qu'un projet, et depuis 2024 c'est devenu... il y a un arrêté royal qui les reconnaît. Et ça, c'est vraiment une évolution très positive pour le métier d'infirmier d'urgence. Et moi, ça fait partie de mon travail aussi de gérer tout ce qui est SMUR et PIT, et ça me prend quand même pas mal de temps, même parfois plus de temps que ce qui se passe aux urgences. Mais voilà, c'est une évolution vraiment positive dans notre secteur.

I : Ok. D'accord, merci beaucoup. Est-ce que sur vos 3 ans d'ancienneté, il y a une période ou un moment qui vous a vraiment profondément marqué d'un point de vue managérial ?

R : Pas spécialement. J'ai l'impression que... si, il y a eu des petits... Parfois, quand il y a un gros événement compliqué, un décès ou autre, c'est toujours plus compliqué pour nous. Mais l'équipe s'auto-régule. Et je veux dire, même parfois, on n'a pas trop besoin de psychologue parce qu'on fait psychologue entre nous pour s'écouter et se rassurer. Et sinon non, moi globalement... on ne peut pas dire que c'est un long fleuve tranquille, mais on arrive chaque fois à se restabiliser. Et je n'ai pas eu d'événement marquant. Le seul événement marquant, je vous dis, c'est le fait d'avoir un chef pour 3 services, et ça c'est un événement marquant positif. Mais point de vue négatif...

I : Ok. Ce n'est pas spécialement négatif, c'est marquant dans le sens où vous vous en rappellerez toujours.

R : Oui, non.

I : Et ben la dernière question, c'est : là maintenant, comment est-ce que vous vous décririez en tant que chef à l'heure actuelle ?

R : Ben après 3 ans, je dirais plus ou moins la même chose qu'après un an. Donc je dirais toujours : juste, droit, fort investi et à l'écoute. Je me décrirais de la même manière. C'est un peu les objectifs que je m'étais fixés en prenant le poste. Et ce que je fais sans doute plus qu'avant, c'est être reconnaissant. Donc je suis fort à valoriser l'équipe quand il y a quelque chose de bien qui a été fait, à la remercier, à la mettre en avant pour ce qu'ils ont fait. Et ça, c'est différent par rapport à avant. En fait, rapidement, j'ai compris que ce n'est pas moi qui fais tourner le service. C'est moi qui impulsais l'énergie, les idées et tout ça, mais c'est l'équipe qui le fait fonctionner. Et c'est important d'en prendre soin.

I : Ok. D'accord. Merci beaucoup pour toutes vos réponses en tout cas. On arrive à la fin de l'entretien mais avant j'aimerais savoir si vous avez quelque chose à rajouter ?

R : Je pense que je vais revenir sur ce qu'on a dit avant et les décortiquer en trois réponses. Le savoir-faire : je pense qu'un infirmier en chef, il faut qu'il maîtrise tous les actes qui sont effectués dans son service. Donc que ce soit les actes de soins, que ce soit, ici par exemple, conduire un SMUR, faire un plâtre... Pour moi, il faut absolument maîtriser tous ces actes-là parce que sinon c'est difficile d'être légitime auprès de son équipe si on n'est pas capable de tout faire avant eux. Et ça, c'est via la formation continue. Je ne suis pas spécialement meilleur que les autres, donc moi je me forme, je me recycle, comme les autres, avec mon équipe. La deuxième chose, c'est le savoir, le savoir théorique. Ben c'est la même chose : il faut aller en formation. Donc nous, on va quand même pas mal en formation d'urgence, et puis on découvre aussi des choses qu'on ne maîtrisait pas avant, comme je l'ai dit, la législation sociale, ou même parfois des théories vraiment relatives à la psychologie que je ne maîtrisais pas et que j'ai apprises au fur et à mesure. Et le savoir-être, ça je dirais vraiment qu'on le développe via les formations. Donc nous, on a pas mal de formations à ce niveau-là pour nous donner des outils, mais après il n'y a rien à faire, il faut s'exercer sur le terrain. À un moment donné, il faut y aller. Il ne faut pas fuir les conflits, parce que sinon on va s'isoler. Donc à un moment donné, il faut oser aller sur le terrain, il faut oser tenir tête aux gens, il faut oser voir des gens qui pleurent, il faut juste rester vraiment juste et à l'écoute. Et je dirais que c'est la compétence pour laquelle

on est le moins préparé. On peut faire tous les masters qu'on veut, c'est la gestion d'équipe qui est, pour moi, hyper riche et hyper complexe.

I : C'est vraiment sur le terrain c'est ça ?

R : Oui. La gestion d'équipe, c'est plus facile parfois de gérer un tableau Excel à distance que de gérer une équipe avec des êtres humains qui ont tous leurs problèmes de vie privée, etc. Donc ça, c'est ce que je vois. Oui, parce que même pendant mon master, j'ai eu énormément de cours théoriques, quasi que ça, et rien du tout sur, bêtement : comment bien gérer une réunion de 40 personnes ? Ça aussi, c'est un art. Ou : il y a eu un accident, comment le gérer ? Il y a eu un décès, comment le gérer ? Je dois par exemple parfois être un peu sévère avec certains qui n'ont pas respecté une procédure ou autre. Ben comment le faire sans être vu non plus comme le chef autoritaire ? Donc ça... Je m'étais pas mal renseigné aussi sur les types de leadership à avoir, parce qu'il y a 50 000 types de leadership. Moi, j'ai décidé d'avoir un leadership vraiment participatif et ça me convient bien, et ça convient bien à l'équipe. Voilà. Je pense être respecté par tout le monde, mais je ne suis pas craint par les gens. Les gens n'ont pas du tout peur d'ouvrir la porte pour venir me parler, et me dire les choses. Et aussi, ce que j'ai pris comme exemple, c'est de me dire que j'avais 32 ans quand j'étais chef. Il y avait des infirmiers qui avaient 55 ans dans mon équipe. Ben ça arrivait régulièrement qu'il y en ait 4-5 dans cette équipe à qui je demande des avis avant de prendre certaines décisions. Je pense que ça, c'est important : prendre en compte l'expérience des autres, des plus âgés.

I : Ok. Ben merci beaucoup, c'était très riche comme entretien. Merci pour vos réponses. Voilà, on est à la fin. Je ne sais pas si vous avez une question ou quoi que ce soit avant de...

I : Donc je vais me présenter un petit peu avant qu'on commence donc moi c'est Florine. Je suis étudiante en fait en ingénieur de gestion à l'UCL. Et j'ai toujours eu un attrait pour le milieu hospitalier d'où mon intérêt de faire mon mémoire dans ce secteur. Et ici je vais être normalement diplômée en juin et c'est dans le cadre vraiment de mon mémoire que je réalise les entretiens. L'objectif ici c'est vraiment d'échanger et de recueillir ton point de vue personnel et professionnel par rapport à la fonction d'infirmier d'infirmière en chef. Donc il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, c'est vraiment le vécu qui m'intéresse. Ça devrait durer une demi-heure en fonction des réponses que t'as à me fournir. Enfin je l'enregistre pour avoir plus facile pour la transcription, c'est complètement anonyme donc il n'y aura pas de manière de te reconnaître. Oui, tu es libre de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions. Et si jamais tu ne comprends pas une question, n'hésite pas très bien. Donc est-ce que ça va pour toi ? Est-ce qu'on peut commencer ?

R : Oui ça va, je veux juste une question comme ça c'est à Liège que tu fais ça ?

I : Ah non à l'UCL. À l'UCL à Louvain.

R : Ah ok. Voilà on peut commencer

I : Donc ici la première partie c'est vraiment les données signalétiques, c'est pour établir un type de profil. Donc quel âge est-ce que tu as ?

R : Donc j'ai 29 ans

I : Dans quel hôpital est-ce que tu travailles ?

R : Je travaille à l'hôpital A

I : Et de combien de personnes est composée ton équipe ?

R : Alors moi j'ai deux équipes précisément parce que ça change souvent, mais si je dois être précise. 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 25 et aux soins intensifs C, j'ai quatre personnes en plus donc 30 personnes.

I : Dans quel service travailles-tu ?

R : Aux soins intensifs

I : Et est-ce que tu as fait une formation complémentaire à ta formation d'infirmière ?

R : Ben j'ai une spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente, mais ça c'est pour travailler aux soins intensifs. Quand j'ai commencé à être chef, j'ai fait des formations complémentaires entre guillemets, mais qui duraient une journée plus ou moins avec des sujets vraiment ciblés. Et là ça fait deux ans que j'ai commencé le Master en sciences de la santé publique.

I : Ok, d'accord. Depuis combien de temps est-ce que tu occupes la fonction d'infirmière en chef ?

R : Deux ans et demi.

I : Et comment est-ce que tu es arrivé à cette fonction ?

R : Donc moi j'ai toujours travaillé dans ce service de soins intensifs, ça fait sept ans et demi que je travaille ici. J'avais pas comme projet de devenir infirmière chef, mais il y a un peu plus de deux ans du coup notre chef donc que j'ai toujours connu moi comme chef ici nous a annoncé qu'il allait quitter sa fonction. Et donc voilà on était tous fort fort déçus, on se demandait un peu qui on allait avoir parce qu'on avait vraiment une bonne relation avec notre chef actuel. Et voilà ça s'est arrêté là, c'était en septembre qu'il nous a annoncé ça.

Et en fait donc nous on a quatre unités de soins intensifs et dans une de ces unités-là, il y avait déjà un membre de l'équipe qui était infirmier chef faisant en fonction depuis plusieurs années parce que son chef à lui était malade donc en congé de maladie. Et je ne sais pas pourquoi en novembre plus ou moins donc c'était quand même plusieurs semaines après, je me suis dit un jour est-ce que je ne demanderais pas pour moi aussi faire infirmière chef faisant fonction parce que personne n'avait postulé pour remplacer notre chef. Et il allait partir parce que là la période de transition était terminée et je me suis dit, ils ont sûrement besoin de quelqu'un et moi je me suis dit ça va me faire une expérience de découvrir en fait un peu l'envers du décor, m'investir dans un autre truc et je me suis dit, j'ai rien à perdre au final.

Je leur dis est-ce que vous voulez quelqu'un faisant fonction comme dans l'autre unité ? Moi je suis OK de faire ça le temps que vous trouviez quelqu'un, mais j'aime toujours mon métier, j'ai pas envie de changer de métier. Moi je suis partante si vous ça vous dit, alors moi je suis partante. Et donc ils ont accepté. Et l'idée c'était de faire ça pendant six mois, ils m'avaient dit, tu veux faire ça pendant combien de temps et je leur ai dit bah six mois si ça vous convient ou moins si vous trouvez quelqu'un pour me remplacer plus tôt. Donc c'était vraiment ça le deal le temps qu'ils trouvent quelqu'un, puis j'arrête. Et moi je m'étais dit, j'ai pas envie de prolonger mon contrat faisant fonction. J'avais dit bah après six mois j'arrête ou si vraiment j'aime bien ça alors je continue, mais je voulais pas prolonger indéfiniment et pas savoir ce qui allait m'arriver.

Et donc après six mois déjà même après cinq mois, mon chef me tannait un peu pour savoir ce que j'allais décider. Et j'ai dit bah moi j'ai toujours dit que j'arrêtais donc voilà. Et puis au final avec le temps, la réflexion c'était vraiment logique, j'ai fait autre chose, ça me plaît, j'ai fait un pas en avant entre guillemets. J'aimais toujours ce que je faisais avant, mais vu que j'ai avancé je vais pas reculer et c'est parti. Mais c'était vraiment pas prévu et j'ai vraiment pas quitté parce que je n'aimais plus ce que je faisais. Et c'était pas un projet de long terme non plus, je m'étais jamais dit que je ferais mon Master. Donc tout s'est vraiment enchaîné suite à cet essai-là. Ça m'a plu. Donc j'ai postulé, j'ai fait les entretiens, j'ai été sélectionnée du coup je me suis inscrite à l'école et puis voilà quoi.

I : Ok d'accord merci beaucoup pour ta réponse.

R : De rien.

I : Je vais maintenant te demander de te replonger plus ou moins au début de la fonction. Donc pas les premiers mois, mais le temps que tu prennes un peu ton rôle, on va dire après

quand t'as su que ça allait rester dans le poste d'infirmière chef. Est-ce que tu peux m'expliquer ce que c'était exercer le rôle d'infirmière en chef à ce moment-là ? Comment est-ce que ça se passait ?

R : Ouais. Bah me mettre dans l'état d'esprit du tout début, oui. Comment est-ce que je voyais mon rôle ? Ben pour moi j'avais plusieurs choses à gérer. Il fallait que il y ait une bonne entente au sein de l'équipe pour avoir une bonne collaboration. Il fallait que je puisse être entendu par l'équipe d'une manière ou d'une autre. Je pense que j'étais pas encore au clair de comment je voulais... enfin je m'étais pas dit, moi, je suis une chef comme ça, je vais faire passer mes messages d'une telle manière, mais je savais qu'il fallait que j'aie une relation de confiance avec l'équipe et une capacité à me faire entendre quand j'avais besoin de dire quelque chose. Donc bonne entente entre eux, bonne collaboration avec moi aussi.

Et il y avait aussi autre chose qui était : je me sens quand même responsable de la qualité des soins dans le service. Et puis il y a deux autres éléments auxquels je pense, c'est la gestion de projet pour l'unité. Donc on est plusieurs infirmiers chefs, on a chacun un peu ses spécificités. Donc moi j'avais de la gestion de projet aussi donc la gestion des dialyses. Moi j'ai par exemple la gestion des départs au sein de l'hôpital donc les urgences. C'est des exemples donc voilà les projets internes.

I : Et par rapport aux équipes, les projets ça se passait comment ? Ils participent aux projets aussi ?

R : Alors. Comme on se répartit les projets, on s'est tous rassemblés autour de la table, on a vu tous les projets en cours, qui reprend quel projet. Donc au départ il m'a passé la main sur certains projets. Dans certains projets il y avait déjà des référents identifiés au sein de l'équipe, donc j'ai continué la collaboration avec ces personnes-là. Dans d'autres projets, il y a certains projets que j'ai dû mettre en place que lui n'avait pas entamés avant. Donc là j'étais là depuis le début et donc j'ai dû moi-même identifier des personnes pour m'aider. Il y a certains projets où j'avais des personnes qui venaient d'ailleurs pour m'aider donc là il n'y avait pas de membre de l'équipe et il y a d'autres projets où j'ai moi dû travailler avec des référents. Je pense que l'idée et la théorie c'est d'avoir des référents au sein d'équipe. Parfois ils étaient déjà existants parfois pas. Parfois il n'y en a pas eu parfois et j'ai dû en trouver. Et donc voilà

I : OK d'accord, c'est parfait. Est-ce qu'il y a des situations que tu devais plus gérer si tu repenses au début comment est-ce que ça allait... une journée type par exemple ?

R : Tu veux dire c'est quoi ma journée type ou tu veux plus une journée ...

I : Une journée type quand tu te remets dans l'environnement du début de ta fonction

R : Si je pense aux éléments que je pouvais rencontrer presque chaque jour au début de ma fonction. Il y a aussi le fait qu'on a deux sortes de journées différentes, parce que vu qu'on est quatre infirmiers chefs aux soins intensifs, on se passe chacun à notre tour le rôle de gérer les effectifs et les places de manière transversale sur toutes les unités. Donc quand c'est ton jour d'être référente pour les soins, c'est un jour où tu sais que tu vas beaucoup gérer les places donc les sorties et les entrées et les effectifs. Et donc t'as pas beaucoup le temps de faire autre chose que ça. Donc il y avait ces journées-là où c'était déjà bien rempli et clair ce que j'allais faire. Et les autres journées où j'étais plus juste la chef de mon équipe avec ses projets et ses trucs. Mais sinon dans la journée type pardon je peux répondre au téléphone ?

I : Oui oui bien sûr

R : Dans les éléments types il y a normalement dans notre descriptif de fonction, on a 30 % je fais du patient et 70 % à gérer des trucs administratifs donc il y a quand même surtout au début de la fonction, toujours ce petit tiraillement interne entre avant j'étais dans l'équipe, j'étais au chevet du patient, là maintenant je suis chef. J'ai d'autres missions qui ne sont pas toujours visibles par l'équipe. Ils se doutent que je ne fais pas rien quand je suis dans mon bureau, mais si vraiment je dois repenser à mes journées du tout début, j'avais quand même cette difficulté en moi à me dire bon là maintenant je suis dans le moment où je suis au chevet du patient, j'aide les équipes et je fais des trucs avec eux. Et à un moment je me décide à arrêter ça, aller dans mon bureau, faire mes autres missions. Et encore maintenant deux ans après j'aime bien être présente pour l'équipe, je sais que pour eux c'est important de me voir, que je sois là. Ils le disent quand même parfois quand ils peuvent faire des reproches à d'autres personnes, c'est si on voit que les chefs sont même pas capables de faire notre travail au chevet du patient. Enfin pour la considération qu'on a de l'équipe, c'est important d'être avec eux au chevet du patient. Mais c'est quand même que parfois... ça a pu me porter préjudice à certains moments parce que je me mettais dans le rouge pour... je me mettais clairement dans le rouge pour plein d'autres choses. Mais moi j'ai commencé, j'adorais vraiment mon métier et du coup je faisais full heures supp. Donc ça c'est vraiment un truc de démarrage que je pense qu'il est important de souligner, c'est cette difficulté à séparer les deux quoi.

I : Ok. Est-ce que il y a des compétences qui te semblent nécessaires. Je vais scinder ce mot compétence en trois parties pour avoir plus simple. Donc plus tout ce qui est savoir donc tout ce qui est connaissance théorique, savoir-faire donc plus les aptitudes. Et plus savoir-être par rapport à la fonction managériale que tu as prise. Et là toujours dans le début de la fonction et je te reposerai la question maintenant pour savoir où tu en es.

R : Ce que je pensais avant ou ce que je pense qu'il faut pour au début ?

I : Non non ce que tu pensais avant, il faut vraiment essayer se visualiser en arrière, c'est difficile.

R : Donc si tu m'avais posé la question à ce moment-là, qu'est-ce que j'aurais répondu ?

I : Exactement.

R : Si tu m'avais posé la question à ce moment-là, j'aurais dit qu'au niveau du savoir-faire d'office, oui, il y a plein de trucs à apprendre, il y a plein de programmes à utiliser. Donc oui il y a des compétences, il faut être formé un minimum pour les logiciels horaires. Même Excel pour la gestion de projet, Teams, la gestion d'un agenda donc ouais il y a plein de trucs savoir-faire pour être un infirmier chef, mais savoir-faire aussi pour être un infirmier chef aux soins intensifs parce qu'en fait t'es référente pour plein de trucs. Donc quand il y a un truc qui ne va pas, on vient te chercher toi, donc si t'as jamais travaillé aux soins intensifs et que tu sais pas faire bah tu sais quand même difficilement aider ton équipe.

I : Donc quel rôle est-ce que c'est ça ?

R : Un peu le mentor, celle qui donne l'exemple dans l'équipe. Ben oui alors moi je pense qu'à ce moment-là je t'aurais répondu pareil. Si je ne sais pas, je le dis et je sais clairement que dans l'équipe il y a des personnes qui sont plus expérimentées que moi sur certains points. Et je pouvais faire appel à ces personnes-là aussi, mais il y a quand même un minimum à avoir sinon ça te complique la vie, ça complique la vie. Ça c'est savoir-faire.

Savoir, bon là je pense directement aussi aux connaissances au niveau des infirmières en soins intensifs à nouveau. Il faut quand même avoir un bagage, je pense que le fait que je travaillais dans cette unité là depuis cinq ans et demi, ça m'aidait au niveau de mes connaissances. Au niveau savoir vraiment pour être infi chef, oui je pense aussi qu'il y a des choses qu'il faut savoir. Ça ne t'empêche pas de travailler au début, mais moi je me rendais clairement compte que j'étais pas... j'étais pas au taquet pour rentrer dans certains débats en terme même de législation sociale, de législation tout court. Donc il y a quand même des connaissances à avoir que je n'avais pas, ça ne m'a pas empêché de faire les choses comme il fallait les faire, mais par moments je me rendais bien compte que j'avais des lacunes et que ça m'aurait aidé d'en connaître plus.

Et pour le savoir-être ben oui clairement. Il faut oui oui il y a plein de choses, il faut de la patience, il faut une bonne résistance au stress, il faut savoir gérer ses émotions, il faut savoir... il faut savoir communiquer avec tout plein de types de personnes, savoir s'adapter à eux, je sais pas si c'est important pour toi que je cite des exemples.

I : Si c'est parfait.

R : Mais ouais voilà s'il faut que je donne plus de détails, tu me le dis.

I : Non non c'est vraiment très bien. Et maintenant je vais te reposer exactement les mêmes questions et pour savoir où est-ce que t'en es aujourd'hui par rapport à cette évolution et voir si t'as perçu une certaine évolution. Donc qu'est-ce que c'est exercer aujourd'hui le rôle d'infirmière chef ? Comment ça se passe ?

R : Je réfléchis. Donc j'ai parlé de l'entente dans l'équipe, j'ai parlé du fait que moi, je devais être entendue. J'avais parlé de la fonction de gestion de projet et la fonction de gestion des places. Je pense que désolée, mais du coup je mélange un peu les deux, mais je pense qu'au tout début c'était pas si clair dans ma tête. Je pense que j'étais consciente de toutes ces missions-là. Aujourd'hui c'est quand même plus clair dans ma tête. Ça reste celles que j'ai citées restent présentes. Maintenant je vais réfléchir s'il y en a d'autres. C'est quoi la fonction d'infirmier chef ? Je pense que je perçois quand même mieux maintenant le fait qu'il est important aussi de responsabiliser les équipes et de travailler en collaboration avec elles. Parce que je me rends compte que c'est quelque chose qui me permet... que sans ça je ne peux pas, je ne pourrais pas tout faire. Mais que faire ça dès le début c'est difficile parce que déléguer ça s'apprend et c'est compliqué.

I : OK oui

R : Donc il y a ça en plus. J'avais pensé à un autre truc. J'avais pensé à un autre truc. Ah oui. Il y a quand même une responsabilité à accorder du temps et prendre du recul pour répondre à certaines problématiques. Je ne sais pas, moi j'ai l'exemple de on nous a demandé de réfléchir à des scénarios dynamiques de nombre de lits ouverts aux soins intensifs en fonction de la période de l'année pour adapter notre effectif à notre taux d'occupation. C'est pas une question

à laquelle on sait répondre du jour au lendemain, et donc bon ça peut faire partie de la gestion de projet, mais selon moi c'est notre rôle aussi.

I : Et par rapport à la gestion de conflit, est-ce que t'as déjà été témoin ou participé entre guillemets à ce genre et est-ce que tu t'y attendais en commençant la fonction de devoir gérer ce genre de conflit au sein de l'équipe ?

R : Alors je m'y attendais totalement parce que je vis dans cette équipe depuis toujours et même rien qu'avec les stages on s'en rend compte. Donc je m'y attendais totalement. Est-ce que j'ai déjà été confrontée oui, est-ce que ça fait partie de mon rôle oui. Est-ce que j'étais armée pour faire face à ça non et est-ce que je le suis maintenant pas tout à fait mais je suis consciente que c'est quelque chose qui se travaille et qui est très important à gérer.

I : D'accord et comment est-ce que tu réagis face à ce genre de choses, s'il y a un conflit dans ton équipe comment est-ce que tu vas procéder ?

R : Ça dépend des personnes que j'ai en face de moi, et ça dépend du type de conflit. Je pense qu'il n'y a pas une seule manière de faire, qui est assez important de s'adapter au contexte et aux personnes. Sinon si je dois dire un truc général. Moi j'ai tendance à essayer d'apaiser les choses et de pas rentrer dans le vif du sujet à chaud. Parce que j'ai l'impression qu'on a quand même un quotidien à gérer, donc souvent un patient entre les mains ou alors une journée qui avance et il faut que ça avance à ce moment-là. Et après revenir vers les personnes et en discuter, et rentrer plus dans les détails.

I : Oui c'est parfait. Merci beaucoup. Je vais te reposer la question par rapport aux compétences. Par rapport aux savoirs comment ça se passe aujourd'hui, qu'est-ce qui est important ? Comment ça se passe en fait ?

R : Est-ce que j'ai développé des nouvelles compétences ? Moi clairement le Master ça m'apporte beaucoup. Donc, pour moi c'est pertinent de le faire. Donc oui j'ai développé des nouvelles compétences au niveau du savoir quand je parlais de législation sociale, quand je parlais de législation tout court au niveau fédéral ou des bazars ainsi. Et au niveau... il y avait quoi savoir-être au niveau comportemental. On parlait aussi tantôt, on a donné l'exemple de la gestion de conflits. Pendant la formation, le Master, on a aussi des séances de simulation et tout ça pour la gestion de conversation difficile par exemple, la gestion de réunion. Donc ouais ça ça m'aide.

Et des compétences est-ce que j'en ai d'autres ? Est-ce que j'en ai développé d'autres ? Alors un truc que je dis souvent aussi, pardon, c'est que selon moi il y a beaucoup qui vient avec l'expérience aussi. J'ai quand même l'impression qu'il y a plein de choses que avec toute la volonté du monde, parce que j'ai toujours vraiment été super motivée, je n'aurais pas... il y a certaines choses que je fais aujourd'hui que j'aurais pas pu faire de la sorte au début, même si j'avais été bien formée. Parce que pour moi quand c'est les premières fois c'est les premières fois, on avait beau me les expliquer, j'avais beau être bien accompagnée, pouvoir poser mes questions à plein de gens. Il faut le vivre pour vraiment comprendre... moi en tout cas c'est comme ça que je le ressens.

I : Ok d'accord. Si tu devais te décrire là maintenant en tant qu'infirmière chef, comment est-ce que tu te décrirais

R : Je dirais quoi, je dirais que je suis à l'écoute des équipes. Je dirais désolée ça va pas être très structuré.

I : Non il y a pas de souci.

R : Je dirais que j'aime bien que ça aille bien pour les gens. Et que c'est une qualité, mais que ça peut me mettre en difficulté aussi par moment. J'ai envie que ça aille bien pour tous les membres de l'équipe. Et donc parfois, parfois même peut-être un peu trop dans le sens où... la perception de bien oui est-ce que j'ai besoin d'aide en ce moment ou pas, tu peux faire un truc pour m'aider, et pas toujours en lien avec la réalité du fait que moi j'ai plein d'autres choses à gérer à côté et donc je peux me mettre en retard par rapport à ça, c'est pas très clair.

I : Tu penses que c'est lié à l'empathie ?

R : Alors, je dirais aussi que je suis vraiment, je suis dynamique et donc quand je dis que je veux que ça aille bien c'est que je veux être sûre que tout est sur les rails pour tout le monde avant d'entamer autre chose donc je vais aider, aider, aider pour avancer, mais une fois que c'est bon je m'en vais, mais ils savent aussi que je suis là pour eux. Donc voilà parfois je pense qu'ils pourraient faire sans moi, mais que vu que je suis là on fait quand même ensemble et donc voilà ça peut me mettre en retard.

Mais donc je dirais que je suis à l'écoute, j'aime bien parfois simplement demander comment ça va et prendre le temps de savoir vraiment comment ça va. Et je suis bien si ça va bien et si ça va pas, je vais chercher à ce que ça aille bien. Donc à l'écoute quand même, empathique, je suis dynamique. Maintenant je dirais quand même que je reste quelqu'un de jeune qui a quand même encore beaucoup de trucs à apprendre. Je dois quand même vraiment développer... je dois développer un peu mon assertivité.

Maintenant j'ai réussi à développer une relation de confiance, je pense avec toute mon équipe. Et ça ça m'aide vraiment parce que oui je pense que par moment je suis pas du tout autoritaire. Donc par moment, je peux avoir difficile à faire certaines remarques dans le sens où parfois je vois des comportements qui ne me plaisent pas et donc je dois tourner l'histoire 10 000 fois dans ma tête avant de faire en sorte que ça aille mieux et parfois j'aimerais pouvoir être plus sûre de moi pour que ça aille mieux plus vite. Maintenant quand je dis que j'ai la confiance des équipes, quand je demande un truc souvent les gens me suivent et ça je le ressens vraiment maintenant. Je me dis allez oui maintenant ça marche quoi parce que même quand c'est le rush, même quand on n'a pas le temps, même quand c'est l'urgence, si je dis : toi tu vas faire ça, toi tu vas faire ça et ne parlez pas tous en même temps, écoutez-moi parce que... ben les gens se taisent, ils m'écoutent et on avance ensemble. Donc je trouve que voilà je progresse même s'il y a encore des trucs à apprendre quoi

I : Ok merci. J'ai une question par rapport à si tu compares tes débuts à aujourd'hui, est-ce que tu perçois une certaine évolution ?

R : Oui bah voilà c'est un peu ce que je viens de dire.

I : C'est par rapport à ça. Est-ce que ces évolutions tu les attribues à quelque chose en particulier ?

R : L'expérience, le fait de ne pas avoir peur de demander à des personnes plus expérimentées que moi si j'en ai besoin et la chance d'avoir ces personnes tout près aussi. Je dirais que mon passé dans l'équipe m'a aidé parce que j'étais bien intégrée dans l'équipe et j'avais une bonne relation avec tous mes collègues donc ils avaient déjà confiance en moi de base, même si j'ai dû faire mes preuves en tant que chef. Et le Master mais je l'ai dit

I : ok super. Est-ce que sur les... enfin tes années de service en tant qu'infirmière chef, il y a un moment, une période qui t'a particulièrement marqué ?

R : Le début. Le début là c'est vraiment le rodage, c'est faire ses preuves tout le temps, c'est donner le meilleur de soi. Et moi j'ai été challengée sur un gros, gros projet en tout début de fonction en tant que chef et j'y pense quasiment toutes les semaines à ce que j'ai bien fait, ce que j'ai moins bien fait et ça m'influence dans la manière dont je me comporte à l'heure actuelle quoi.

I : D'accord. Est-ce que la pénurie de personnel t'a impacté d'une quelconque manière ?

R : Ça m'impacte tout le temps. Tous les jours de près ou de loin dans la gestion de notre effectif, dans l'aide qu'on doit fournir à l'étage, dans les justifications qu'on doit donner tout le temps à l'équipe, dans les efforts qu'on doit faire au quotidien. Et même dans ce qu'on nous impose au niveau de la direction, c'est tout le temps tout le temps en lien avec ça et avec les restrictions budgétaires.

I : Ok. Est-ce que le bien-être au travail est important au sein de l'équipe ? Est-ce qu'on en parle beaucoup de burnout, d'absentéisme ? Comment ça se passe ?

R : Le burnout au travail, c'est super important, ils en parlent tout le temps, eux en tout cas quand on leur demande ce qui aide à se sentir bien dans sa fonction etc. Le burnout, oui on en parle de temps en temps parce qu'on a quand même un collègue ou l'autre qui est absent pour ça. Donc oui si la question c'est : est-ce que c'est important ? je dirais oui. Est-ce qu'on en parle : oui. Est-ce que les gens ont l'impression qu'on se soucie de ça ? Moyennement. C'est ça qu'on entend quoi

I : Et par rapport est-ce qu'il y a un évènement ou des transformations du monde hospitalier qui ont influencé ta manière d'exercer ?

R : Je dirais l'expérience. C'est l'expérience qui fait qu'on apprend un peu de ses erreurs et de ce qu'on a pu vivre. Et je me dis bah là je ne ferai plus pareil la prochaine fois, je me suis fait avoir, etc. Pour des choses plus ou moins importantes. Et sinon... bah moi... j'ai un moment où une adjointe qu'il est en maladie depuis plusieurs mois donc ça ça a été très challengeant pour moi aussi d'apprendre à travailler avec cette personne-là, apprendre à déléguer, lui apprendre à faire des choses, lui apprendre... enfin l'aider à s'intégrer dans l'équipe, à se faire respecter. Donc c'est plus d'actualité maintenant mais c'est très... ça a été très challengeant pour moi et ça le sera toujours quand elle reviendra. Donc ouais ça c'est un évènement on peut dire

I : Ok. D'accord. Merci beaucoup pour toutes tes réponses en tout cas. On arrive à la fin de l'entretien mais avant j'aimerais savoir si tu veux rajouter quelque chose ?

R : Alors oui, je pense qu'en fonction de notre personnalité de base, on est plus ou moins fort dans un domaine ou l'autre. Et qu'avec le temps, en tout cas moi, personnellement je sais qu'il

y a des choses sur lesquelles je suis à l'aise maintenant donc elles me demandent moins d'énergie. Et du coup je me dis maintenant que je dois m'atteler à autre chose. Au tout début que j'étais chef et j'en avais parlé avec mon chef à moi, j'avais dit : écoute, moi je dois déjà tout donner pour gérer ça, du coup ça je le mets de côté pour l'instant. Et par exemple faire des audits de dossiers au chevet du patient pour voir si les dossiers sont bien complétés. J'avais déjà tellement de challenges à gérer dans la gestion de mon équipe même que je ne me voyais pas en plus un peu faire la police au chevet du patient et être dans d'autres challenges.

Donc je pense que ça s'oriente sur nos forces... enfin en fonction de nos forces et de nos faiblesses. On fait les efforts à un endroit au début, puis avec le temps qui passe, on devient plus à l'aise dans certaines choses et on passe sur autre chose. Mais moi je dirais que ça évolue plutôt en fonction de notre personnalité, de notre expérience. Et il faut pas... moi, je ressens en tout cas que je ne dois pas lâcher le fait de me reconcentrer sur d'autres choses que j'ai pas encore pu exploiter parce que j'ai pas encore le temps de les développer ou de les mettre en place dans mon équipe.

I : En tout cas merci beaucoup d'avoir accepté l'entretien. Donc je vais me présenter avant qu'on commence. Moi c'est Florine et je suis étudiante en ingénieur de gestion à l'UCL. Et je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin de master 2, dans le but d'être diplômée. Je me suis toujours intéressée au secteur hospitalier, d'où mon intérêt ici pour analyser un peu la fonction managériale des infirmiers-chefs. Donc ici, l'objectif de l'échange, c'est vraiment de recueillir ton point de vue professionnel, personnel, ton vécu par rapport à la fonction managériale que tu peux avoir. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui m'intéresse, c'est vraiment ton vécu. Ça devrait durer environ une demi-heure, parfois plus, parfois moins, ça dépend de l'intervenant. Je l'enregistre, mais c'est vraiment pour la retranscription. C'est totalement anonyme. Il n'y aura pas de moyen de te reconnaître ou quoi que ce soit. Tu es libre de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions. Et si tu ne comprends pas une question, n'hésite pas à me demander pour que je reformule ou pour que j'explique avec d'autres mots. Est-ce que ça va ? Est-ce que tu as des questions avant ?

R : Oui, ça va. Non.

I : Ouais, ok super. Donc ici, la première partie, c'est vraiment les données un peu plus signalétiques, pour établir un type de profil. Donc je vais te poser quelques questions par rapport à toi. La première, c'est : quel âge est-ce que tu as ?

R : J'ai 30 ans.

I : Dans quel hôpital est-ce que tu travailles ?

R : À l'hôpital C

I : Et de combien de personnes est composée ton équipe ?

R : 22, sans me compter moi.

I : Ok. Dans quel service est-ce que tu travailles ?

R : En chirurgie générale.

I : Ok.

R : J'ai un peu toutes les chirurgies.

I : Ok. Et est-ce que tu as fait une formation complémentaire à ta formation d'infirmière ?

R : Oui. J'ai mon école des cadres depuis 3 ans et là, je finis ma première année de master en santé publique.

I : Ok. Depuis combien de temps est-ce que tu occupes la fonction d'infirmière chef ?

R : Ça fait 4 ans cette année, et un an d'adjointe.

I : Ok. Et est-ce que tu peux m'expliquer comment est-ce que tu es arrivée à cette fonction, les motivations, et comment ça s'est passé ?

R : J'étais infirmière en médecine, en cardio-neuro-pneumo, et mon chef un jour m'a dit : « Tu dois faire ton école des cadres, un jour tu seras chef. » Et je voulais pas forcément être chef, c'était pas du tout dans mes projets. Puis il a insisté, il m'a dit : « Si, t'as les compétences. » Donc je l'ai suivi. J'ai dit ok. Donc j'ai commencé mon école des cadres en me disant : comme ça, vers 40 ans, quand j'en aurai marre d'être infirmière ou que j'aurai envie de faire changer les choses, pourquoi pas ? Puis finalement, après 4 ans que je travaillais, il m'a proposé de devenir adjointe parce qu'on augmentait le nombre de lits. Donc j'ai pris le poste d'adjointe. Puis il est tombé en certificat et donc finalement j'ai dû gérer tout le service toute seule. Et vu que la direction a vu que j'avais bien géré, ils m'ont proposé de postuler pour un poste d'infirmière en chef. Et de là, en fait, moi aussi j'ai bien aimé la fonction et je me suis dit : bah oui, pourquoi pas ? Et puis j'ai été prise.

I : Ok, super. Et quand ton chef t'a dit « oui, je vois que t'as des compétences », qu'est-ce qu'il insinuait ? Comment est-ce que tu l'as compris ?

R : Au niveau du leadership. Je pense que j'ai un leadership naturel. J'arrive à motiver les équipes, à arriver à l'objectif que j'ai envie, mais naturellement, sans imposer les choses. Et je pense que quand il n'était pas là, naturellement, sans le vouloir en fait, je prenais sa place. J'organisais le service, j'organisais les tâches, mais vraiment, c'était pas du tout volontaire, c'était naturel.

I : Ok, d'accord. Alors ici, je vais te demander de te replonger dans le début de ta fonction d'infirmière chef, on va dire la première année où t'as pris ce rôle. Est-ce que tu pourrais m'expliquer ton quotidien ? Qu'est-ce que c'était, ce rôle d'infirmière chef, quand t'as commencé ?

R : Quand j'ai commencé, je me souviens que le premier mois, moi je suis en médecine, je me suis retrouvée en chirurgie, donc j'ai suivi beaucoup mes infirmières pour savoir comment elles travaillaient individuellement. Comprendre le service, parce que je viens de médecine, la chirurgie ça n'a rien à voir. Donc comprendre comment fonctionnait le service, les pathologies, parce que je voulais savoir de quoi on parlait. Donc je voulais être formée aussi en tant qu'infirmière et en tant que chef. On va dire que les deux premiers mois, c'était vraiment juste observer, prendre mes marques. Je suis quelqu'un de très maniaque, j'aime l'ordre. Donc j'ai remis en ordre le service parce que je me sentais perdue. La personne avant moi, qui a fait fonction, était plus bordélique, donc il y avait des documents partout, des papiers affichés partout. Moi j'aime bien quand tout est très carré, chaque farde, etc. Donc j'ai surtout remis en ordre pour moi trouver mes marques, en fait, me dire : ok voilà, j'ai mis ma touche. Et puis ensuite, on a eu une réunion de service où je leur ai dit ce que moi je trouvais qui était bien dans leur organisation à elles, mais ce qui pour moi devait changer, parce que je venais avec un poste de management donc j'avais plus d'expérience en termes d'organisation. Et donc on a travaillé ensemble sur des changements qui devaient avoir lieu. Et puis après, la première année, ça a été un peu s'adapter aux changements que je leur avais imposés, parce que c'est une équipe d'anciennes qui ont toujours fait comme ça. Et moi je suis arrivée avec...

I : Oui.

R : ...une jeune qui arrive avec plein de changements, 24 ans, je leur dis « on va changer ça », 25... Et donc du coup, elles étaient là : doucement. Et donc voilà, la première année, ça a été

plutôt toutes les mettre vraiment dans le changement, l'accompagnement. Moi, trouver mes marques avec les médecins parce que vu que je suis avec des chirurgiens, ils sont pas beaucoup à l'étage. Donc il y en a, des fois, que je rencontrais 6 mois après que j'étais chef. Donc voilà, la première année, ça a été de la découverte, je dirais, du changement, de l'accompagnement et de la découverte.

I : Et comment est-ce que tu as réussi à ce que ça se passe bien ? Ou quand il y avait un petit couac, un petit conflit, comment est-ce que tu réagissais ?

R : Que ça se passe bien, je pense que ça s'est fait naturellement avec l'équipe. Le fait d'avoir écouté déjà, c'est toutes des anciennes, et donc j'ai écouté toute leur expérience. J'ai fait aucun changement en imposant les choses. Moi je dis toujours : on essaye, c'est l'amélioration continue. On essaye, ça va pas, on retourne en arrière, mais il faut toujours tester avant. Donc ça, je pense qu'elles ont apprécié, que j'arrive pas en imposant mes idées, parce que l'ancienne chef, ça s'était pas bien passé pour cette raison-là. Elle est restée un an et demi, mais c'était très difficile pour l'équipe. Donc là, j'ai voulu essayer de retourner ça. Et les conflits qu'il y a eu, j'en ai eu pas mal dans l'équipe, deux jeunes...

I : Oui.

R : ...et je faisais une session de gestion de conflits où je les voyais chacune leur tour m'expliquer le conflit, puis je les voyais à deux pour qu'on trouve un objectif commun et qu'on arrive à décanter cette colère qu'elles avaient l'une pour l'autre, des fois sans raison.

I : Ok. Et par rapport au type de conflit que t'as pu avoir au début de ton rôle, tu dirais que c'est plus quel type de conflit ?

R : Je dirais que c'est plus des conflits par rapport à des mentalités différentes. J'avais vraiment deux infirmières qui, moi et l'équipe ça allait, mais là c'est deux infirmières qui entre elles, ça n'allait pas du tout. Mais je pense que c'était juste des mentalités différentes.

I : Ok. Ok, ici, toujours dans le début de ta fonction, je vais te poser des questions sur les compétences. Et ces compétences, je vais les scinder en trois parties. Donc les savoirs, tout ce qui est connaissance plus théorique ; les savoir-faire, donc tes aptitudes, et le savoir-être, donc plus au niveau comportemental par rapport à ta gestion. Est-ce que tu pourrais m'expliquer ce qui était important ? On va commencer avec les savoirs au début de la fonction. Comment est-ce que tu percevais cette compétence ?

R : J'étais en 3e année d'école des cadres, donc j'avais quand même eu pas mal de cours de management. Donc au niveau des savoirs managériaux, je pense que ça allait. J'avais eu des formations ici. On est accompagnés quand on devient nouveau chef, en formation managériale, et à chaque fois qu'ils nous demandaient ce qu'on faisait, ils me disaient que j'étais dans le bon parce que je suivais mes cours de management. Enfin, je pense que les savoirs, ça a été, et le fait d'avoir été adjointe avant, ça m'a quand même bien aidée.

I : Ok. Et quel type de savoir te semblait important pour commencer ?

R : La gestion de conflit.

I : D'accord, d'autres choses ?

R : Le travail d'équipe, donc comment arriver à amener une équipe vers l'objectif qu'on a envie. Et donc moi je suis vraiment sur un travail d'équipe participatif, et donc ça me semblait important de savoir à quel moment notre travail d'équipe doit être décidé par le chef, à quel moment on va sur du participatif. Voilà, savoir à quel moment on impose les choses et à quel moment on les impose pas.

I : Ok. Par rapport au savoir-faire, est-ce qu'il y a des choses que tu as dû apprendre en tant qu'infirmière chef ? Comment ça s'est passé ?

R : Ouais. J'avais jamais fait d'horaires, donc je me suis retrouvée un jour devant mes horaires. J'étais adjointe, et quand mon chef est tombé malade, du coup j'ai dû reprendre les horaires. Là, c'était pas en tant que chef, j'étais infirmière en chef adjointe. J'ai été un peu perdue face aux horaires et certaines de l'équipe, donc mon ancienne équipe m'a aidée parce qu'elles avaient déjà aidé des chefs à faire des horaires. Et puis ici à l'hôpital, on a quand même un groupe de chefs hyper soudés, et donc dès que j'avais une question, on s'entraidait.

I : Ok.

R : Dans les autres savoir-faire, ce pour quoi j'étais pas à l'aise : j'avais jamais fait de PowerPoint pour une réunion d'équipe. C'est la première fois que j'organisais une réunion. Le PV de la réunion, quand j'étais adjointe, parce qu'en tant qu'adjointe il y a quand même des rôles de chef... J'avais jamais évalué, et donc là j'ai fait mes premières évaluations. Ça aussi, on l'apprend pas. On apprend un peu sur le terrain, les premiers chefs, les autres collègues nous donnent des petites pistes, mais c'est en pratiquant finalement qu'on commence à se débrouiller. Les horaires, c'est la même chose. Au début, je prenais des jours et des jours, mais maintenant en 2, 3 heures, c'est fait. C'est la pratique et les conseils des autres. J'étais fort impulsive en tant qu'infirmière. Je suis quelqu'un de très nerveuse, énergique, et donc je partageais mon bureau avec une ancienne infirmière chef qui a au moins 30 ans d'expérience, qui est beaucoup plus posée. Et donc en fait, à nous deux...

I : Oui.

R : ...je la motivais pour des projets, mais elle me canalisait doucement, voilà.

I : Ok, il y avait beaucoup de collaboration et chacun se complétait, c'est vraiment ça. Ok. Et par rapport au savoir-être, comment ça s'est passé au début ? Est-ce que ça a été compliqué ? Comment ça s'est mis en place ?

R : Oui. Non, écoute, ça a été très naturel pour moi. Ça a été compliqué de me dire : ça y est, je passe chef. J'avais 26 ans, j'ai été étudiante dans le service où je passe chef, donc ça a été difficile de me dire : allez, ça y est, je passe un cap. Aller aux réunions de chefs, voilà, ça a été difficile. Je dirais quand même que le temps de trouver mes marques, de passer d'infirmière, à la copine de tout le monde, à la chef où on peut s'entendre avec son équipe, mais il doit quand même y avoir une certaine distance... je dirais qu'au début, ce avec quoi j'ai eu le plus de mal, c'est à trouver cette distance, à me dire où est-ce que je la mets. Et donc au début, je faisais beaucoup de sorties avec mon équipe, on faisait des restaurants, on allait boire des verres. Et puis, à un moment donné, ça s'est un peu canalisé, où ça y est, j'étais mise dans l'équipe, mais en même temps je commençais à prendre mon poste. Je suis pas arrivée : ça y est, je suis la chef, c'est parti. Ça s'est vraiment fait progressivement parce que ça reste difficile. Puis j'ai une équipe d'anciennes, donc elles ont toutes 40, 50 ans plus ou moins, et moi j'arrivais, j'avais 25 ans. Donc voilà, j'ai dû trouver mes marques.

I : Ouais. D'accord. Ici, je vais te reposer les mêmes questions, plus ou moins, mais avec où est-ce que tu en es aujourd'hui, comment est-ce que ça a évolué. Donc qu'est-ce que c'est exercer le rôle d'infirmière chef aujourd'hui ? Tu peux m'expliquer aussi ton quotidien, comment ça se passe ?

R : Le rôle d'un chef, c'est d'évaluer mes collaborateurs pour qu'il y ait une meilleure qualité au chevet des patients. Je les évalue de manière formelle, donc par des évaluations écrites, mais de manière informelle quand je passe dans les chambres, vérifier que les pansements sont bien faits, qu'ils ont bien respecté les procédures. C'est beaucoup de gestion de communication, mais énormément de gestion d'équipe, communication avec les patients, avec les médecins, gestion de conflit des fois, juste gestion d'informations qu'on reçoit, beaucoup de management au niveau de la mise en place de projets d'équipe. Donc j'essaye de faire des projets de manière récurrente.

Et les projets, à chaque fois je fais participer l'équipe, donc ça c'est quand même pas mal. J'ai beaucoup de réunions, où ça revient, de la communication que je dois retranscrire à mon équipe, ce qui s'est passé en réunion. La gestion des horaires, donc la gestion du personnel. Donc je dois gérer les horaires, je dois gérer leur répartition. Quelle infirmière va de quel côté ? Décider quand elles sont trois, celle du milieu va avec laquelle. Et donc ça, je fais selon le rapport que j'ai du matin. Gérer les formations : légalement, on est obligé de se former, donc je dois vérifier qui a ses x heures de formation. Gestion de la qualité administrative, parce que tout ce qu'on fait au chevet du patient, on doit aussi le noter dans un dossier, et donc je dois vérifier que ce qu'elles notent concorde avec ce qu'elles ont fait au chevet du patient.

I : Ok, oui.

R : Oui, je dirais que... et je participe quand même beaucoup dans les soins. J'essaye de les aider un maximum, d'aller faire des pansements avec elles, de garder quand même ce rôle. Et c'est beaucoup de gestion.

I : Ok super, oui je vois ça. Est-ce que par rapport à la question des compétences, est-ce que tu penses qu'il y en a aujourd'hui que tu ne pensais pas devoir acquérir dans ta fonction d'infirmière chef ?

R : Non, je m'attendais à ce que ce soit ces compétences-là qui devaient être nécessaires. Je pense que l'école des cadres avait bien préparé à la pratique. Le master que je fais maintenant prépare beaucoup à la théorie, mais mon école des cadres m'a beaucoup préparée plutôt à la pratique du quotidien en tant que chef. Donc je m'attendais à ce que ça aille vers ça.

I : Ok, d'accord. Si tu dois comparer tes débuts et aujourd'hui, comment est-ce que tu décrirais une certaine évolution ? Est-ce que tu perçois une évolution ?

R : Oui, je vois une évolution dans ma maturité en tant que chef, dans le sens où j'ai beaucoup plus facile à gérer certaines choses maintenant, comme les horaires, comme les gestions de conflits, la communication, qu'au début. Au début, des fois, j'avais peut-être du mal à dire non. Enfin voilà, le temps de trouver sa place. Maintenant, il n'y a plus vraiment ce problème. Oui, je dirais qu'il y a une maturité qui s'est acquise en tant que chef, en fait.

I : Ok. Et est-ce qu'il y a des choses qui te sont moins présentes aujourd'hui qu'à tes débuts ?

R : J'allais beaucoup plus dans les soins au début, parce que j'y vais encore, mais j'y allais encore plus parce qu'à ce moment-là j'avais pas d'enfant et donc je pouvais me permettre de faire des matins, de faire des soirs, ça me dérangeait pas. Mais là après, c'est ma vie privée, maintenant, qui a un impact. C'est que j'ai eu un petit bébé, je dois l'emmener à la crèche et donc je sais plus faire matin comme j'ai envie, comme je faisais avant. Donc ça, c'est ce que je fais le moins.

Et plus on avance en tant que chef, et plus du coup j'essaye de mettre des projets en place. Enfin, mon but plus tard, c'est devenir cadre intermédiaire. Donc j'essaye déjà de mettre des projets en place parce que quand on veut devenir cadre, on doit prouver qu'on a su faire des gros changements.

I : Ok.

R : Et donc forcément, j'essaye plus d'aller vers ça, des fois en délaissant peut-être un peu plus les soins. Voilà. Et j'ai moins de gestion de conflit parce que les deux infirmières avec qui j'ai eu vraiment une gestion de conflit sont toutes les deux parties.

I : Oui. Ok. Ok.

R : Donc l'équipe est beaucoup plus sereine.

I : Et au niveau administratif, est-ce que tu penses qu'il y en a plus, moins, ou c'est resté la même chose ?

R : Plus.

I : Plus, pourquoi ?

R : Plus parce qu'il y a l'accréditation canadienne qui est venue ici l'année dernière. Donc il a fallu gérer tout ça, mais ça prend beaucoup de temps. Cette année, on a l'agrément hospitalier pour avoir nos subsides, pour continuer à travailler, et donc il faut faire tout un dossier. On doit prouver, au niveau des objectifs qu'on atteint, on doit retrouver une information. Enfin, on a pas mal de choses à prouver au niveau de la législation, et donc tout ça prend beaucoup plus de temps.

Les évaluations, quand on est nouveau chef, si on n'évalue pas, les cadres ou la direction sont moins sévères parce qu'ils disent : ben voilà, c'est un nouveau chef, tu prends tes marques. Mais maintenant, quand ça fait 4, 5 ans que t'es en fonction, ils sont d'office plus regardants, que tout doit être fait. Et puis on a de plus en plus de mails, de plus en plus de projets. Avant, on mettait des petits projets en place, maintenant on nous demande de plus en plus des gros. Et un projet, il faut le préparer, mais il faut le suivre aussi. Et tout ça, les indicateurs, ça prend du temps.

I : Est-ce que tu as un exemple de projet, là par exemple, qui est en cours avec ton équipe, et comment tu motives ton équipe ?

R : Oui, on vient de faire un gros projet justement. Donc ici, fin d'année, au mois de décembre, elles sont revenues vers moi en me disant qu'elles étaient épuisées, qu'il y avait beaucoup trop d'heures supplémentaires et qu'elles perdaient leur sens dans la qualité au travail. Donc du

coup, on a refait tout un projet participatif où j'ai demandé à un infirmier de nuit par groupe, une aide-soignante par groupe et des infirmières par groupe. Et on a divisé le travail en 4 groupes : le travail des infirmières du matin, du soir et des aides-soignantes ; 5 groupes parce qu'il y avait aussi la secrétaire. Et elles ont fait vraiment elles-mêmes un groupe où elles ont élaboré les tâches qu'elles avaient envie de faire par pause.

Et ça a permis aux soignants de se rendre compte des tâches infirmières, et aux infirmières de se rendre compte des tâches aide-soignantes, d'arrêter ce fossé et de voir : ok, en fait elles ont tout ça à faire qu'on ne voit pas forcément. Et puis après, chaque groupe l'a présenté. J'avais validé avant, j'avais refusé certaines choses. Puis ils l'ont présenté à l'ensemble de l'équipe qui a validé. Et puis on a démarré le projet. Et donc les conditions et les objectifs que j'avais mis, c'était d'augmenter mon staff au niveau équivalent temps plein. Mais du coup, j'avais dit à la direction : si vous acceptez que j'augmente, je diminue les heures supplémentaires, je ne demande plus de volant et j'ai moins de malades. Et donc tous les mois, je dois rendre des comptes à la direction avec des indicateurs qui prouvent que je demande moins de volants, moins de malades et que le service fonctionne bien. Et donc c'est tout un projet. Et là, on a réunion la semaine prochaine avec l'équipe...

I : Ok.

R : ...pour maintenant faire une post-évaluation du projet et voir ce qu'elles en pensent.

I : Ok ok, super, merci pour l'exemple, c'est très parlant. Est-ce qu'il y a des compétences que tu souhaiterais davantage développer?

R : Je pense que oui. J'aurai des compétences en gestion de projet à développer plus. Et alors, oui, je dirais que c'est plus de la gestion de projet, parce que le reste, en tant que cadre, c'est du management. C'est juste qu'on est à un niveau hiérarchique supérieur, on a moins de contact avec les équipes, mais finalement ça reste du management. Juste qu'on gère différemment, avec moins d'émotions vu qu'on connaît moins les personnes. Mais ce serait plus de la gestion de projet, je pense.

I : Ok. Si tu devais te décrire là maintenant, en tant qu'infirmière chef, comment est-ce que tu te décrirais ?

R : Ouf. Je pense que mon équipe dit de moi que je suis quelqu'un de dynamique. J'aime la justice donc j'essaie qu'il n'y ait jamais d'iniquité dans l'équipe. Si je dis oui à une... voilà, j'essaie les jours fériés, que ce soit moitié-moitié pour tout le monde. Donc ça, je dirais que je suis quelqu'un de juste, de dynamique. Et je reste quand même impulsive : quand je ressens les émotions, je les dis. Je suis pas contente, elles le savent assez vite, mais à l'inverse, quand je suis contente aussi. Et à l'écoute. Elles savent qu'elles peuvent venir dans mon bureau quand elles veulent. D'ailleurs, je vais dans mon bureau que fin de journée, vers 14h00, mais de 8 à 14h je suis dans les soins avec elles. Et je pense que je suis vraiment à l'écoute. Elles peuvent me contacter sur WhatsApp en dehors des heures de boulot. S'il y a une urgence, elles peuvent venir dans mon bureau. Enfin, j'essaie vraiment d'être le plus à l'écoute possible.

I : Ok. Est-ce qu'il y a des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé ta manière d'exercer en tant qu'infirmière chef ?

R : Oui, les restrictions budgétaires ont influencé ma manière de travailler, où je suis beaucoup plus exigeante envers les heures supplémentaires parce qu'on est quand même dans une ère où

les hôpitaux ont de moins en moins de subsides et les finances sont de moins en moins bonnes. Et donc on ne peut plus se permettre d'avoir autant d'heures supplémentaires parce que sinon, soit on les prend en cours de congé, mais alors on fait un effet boule de neige où les autres vont travailler plus parce qu'il y aura moins de personnel ; soit les heures sont payées, mais si elles sont payées, on diminue les finances de l'hôpital. Donc je suis devenue beaucoup plus sévère sur tout ce qui est heures supplémentaires.

I : D'accord. Et est-ce qu'ici, là, en tes 4 années d'infirmière chef, il y a un moment ou une période qui t'a vraiment marquée ?

R : Oui. J'étais enceinte en octobre 2024 et il me manquait tellement de personnel. Il me manquait 6 personnes que je faisais infirmière le matin, que je faisais mon bureau la journée et je faisais des horaires de 06h30 à 18h30 tous les jours. J'étais à 6 mois de grossesse. Et donc c'était vraiment épuisant parce que je devais faire et mon travail de chef et mon travail d'infirmière pour aider mon équipe. Et ça a été une période où je me suis même remise en question en disant : est-ce que je reste dans cet hôpital ? Parce que quand j'entendais autour de moi les autres infirmiers en chef, ça n'avait pas l'air d'être comme ça dans leur hôpital, où on se permettait de pas prendre d'intérim en disant tant pis, ils ont qu'à se débrouiller un peu, on va dire, c'est un peu ça.

Et donc je me suis vraiment remise en question. Puis finalement je suis partie en écartement, je me suis dit on verra, et puis je suis revenue sereine. Mais ça a été vraiment une période très compliquée où j'ai pas mal de personnel aussi de mon équipe qui a hésité à partir.

I : Ok. Et comment t'as géré cette motivation vis-à-vis de toi-même et vis-à-vis de ton équipe ?

R : Vis-à-vis de moi-même, j'adore mon travail et donc ça a pris le dessus, la motivation d'aimer ce qu'on fait. Et par rapport à mon équipe, je me suis dit : elles aussi elles ont des heures, elles aussi elles travaillent beaucoup, je ne peux pas les laisser. Enfin, je ne saurais pas les laisser dans l'embarras, toutes seules à courir, sans que moi je les aide. En fait, c'est d'office, je suis obligée d'aller les aider...

I : Oui.

R : ...de les aider, à se pousser à aller plus loin. Et donc ça m'a motivée aussi à me dire : on fait ça en équipe, dans la bonne humeur. C'était vraiment dur, mais on se disait : bah voilà, on sourit, de toute façon un patient après l'autre, on sait rien faire d'autre.

I : Ok. Est-ce que le bien-être au travail, ça te dit quelque chose ? Est-ce que tu penses que c'est très présent à l'heure actuelle ? Comment ça se passe ?

R : Je pense que c'est présent à l'heure actuelle selon les services, selon les chefs. Dans mon équipe, c'est très présent. Je vois bien qu'elles sont épanouies, sauf au mois de décembre où elles ont une petite baisse. Mais en tant que chef, on fait des gardes par mois et on passe dans tout l'hôpital. Et alors là, je vois bien que le bien-être au travail n'est pas le même pour tout le monde. Moi je trouve ça hyper important et c'est pour ça que j'essaie d'être tout le temps à leur écoute, de faire les horaires selon leurs demandes. Je respecte tous les desiderata parce que je trouve qu'une fois qu'on a du bien-être au travail, on diminue l'absentéisme. Alors du coup, on

garde notre staff et donc on fait fonctionner notre service, mais en même temps on diminue les besoins financiers de l'hôpital : moins il y a d'absents, moins ça coûte.

Et donc je pense que le bien-être au travail, pour moi, c'est un peu la base. Et donc c'est à chaque fois le rôle du supérieur hiérarchique de faire que son employé se sente bien. Donc moi, je trouve qu'en tant que chef, c'est à mon cadre de faire en sorte que je me sente bien, et ainsi de suite, et à moi-même aussi. Mais si ça ne va pas avec son supérieur hiérarchique, je trouve qu'après on se sent déjà moins bien dans sa fonction si on n'est pas écouté. Et le bien-être, pour moi, c'est la base de tout.

I : Ok, merci pour ta réponse. Et au niveau reconnaissance, comment est-ce que ça se passe au sein de tes équipes ? Est-ce qu'ils sont reconnaissants envers toi ? Est-ce que tu leur montres certaines marques de reconnaissance ? Comment ça se passe ?

R : Dans la majorité, ils sont reconnaissants. Après, je pense que c'est un peu comme pour tout : quand on donne un petit peu, ils prennent un peu plus. Donc si par exemple j'accepte toutes les demandes de congés mais qu'une fois j'ai refusé un jour sur le mois, directement on me dit : je t'avais demandé ça, tu ne me l'as pas mis ? Donc je trouve que là, des fois, elles ne sont pas reconnaissantes, parce que normalement le règlement de l'hôpital c'est que 4 demandes par mois ; des fois elles en mettent 10 et j'accepte tout, mais dès qu'il y en a une qui est refusée, directement c'est : t'as pas mis ce que je t'ai demandé. Donc je trouve que là, des fois, elles manquent de reconnaissance.

Mais dans l'ensemble, je vois bien, quand elles parlent de moi, j'entends des fois qu'elles parlent avec des kinés ou des patients qui disent : ah c'est elle la chef. J'entends des fois qu'elles disent : oui, elle est vraiment chouette. Quand je suis partie en écartement, je suis partie 3 mois. Elles ont beaucoup pris de mes nouvelles, elles sont beaucoup venues me voir. Quand je suis revenue, j'avais une petite banderole, bon retour, le petit déjeuner. Enfin voilà. Et de tout ça, je me suis dit : en fait, elles sont hyper reconnaissantes envers moi. Et moi, j'essaie d'être reconnaissante envers elles en les félicitant quand elles ont fait une bonne matinée, quand elles ont fini dans les temps, quand les soins sont bons, voilà. Et/ou quand elles changent d'horaire, je leur dis merci, parce que changer d'horaire, je sais que ça change ta vie familiale aussi. Faut voir avec ton compagnon. Et donc ouais, j'essaie d'être reconnaissante par rapport à tout ça.

I : Ok super, merci beaucoup. On arrive en fait à la fin de l'entretien. Avant de finir, est-ce que tu veux dire quelque chose ou ajouter des éléments ?

R : Mais je pense que les compétences ont évolué dans le temps par rapport à la maturité qu'on acquiert, pas juste la maturité en tant qu'âge, mais la maturité dans la fonction qu'on a. Parce qu'au début et à la fin, enfin au fur et à mesure, on acquiert une maturité, on acquiert une distance avec les équipes. Enfin, du coup forcément, nos compétences vont changer. Je pense que les compétences changent aussi selon ton équipe. Si t'as une équipe qui fonctionne bien... moi j'ai beaucoup d'anciennes donc ça roule. Mais si j'avais une équipe avec beaucoup plus de jeunes qui viennent, je devrais beaucoup plus mettre mes compétences de formation, que là c'est plutôt mes compétences d'acceptation du changement, tu vois ? Je trouve que selon les équipes, les compétences qu'on développe en tant que chef ne sont pas toujours les mêmes. Et aussi au niveau de la législation maintenant. Il y a toute une nouvelle réforme qui sort au niveau hospitalier. Et je crois que toute cette réforme, toute cette nouvelle législation, fait que nos compétences aussi, instinctivement, doivent changer parce qu'on attend d'autres choses de nous qu'on n'attendait peut-être pas il y a encore 3, 4 ans.

I : Donc je vais me présenter un petit peu et puis je t'explique comment ça fonctionne. Donc moi c'est Florine, je suis étudiante en ingénieur de gestion à l'UCL, à la Louvain School of Management. Je réalise l'entretien en fait pour mon mémoire de fin d'études, en vue d'être diplômée. L'objectif de l'échange, c'est vraiment de recueillir ton point de vue personnel et professionnel vis-à-vis de la fonction managériale que tu peux avoir en tant qu'infirmière chef. Y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ça devrait durer une demi-heure en basique, ça dure un peu moins pour pas que tu sois en retard. C'est strictement confidentiel, donc il n'y aura pas de manière de te reconnaître, rien du tout. Tu es libre de ne pas répondre à certaines questions si tu n'en as pas envie. Et si tu ne comprends pas une question, n'hésite pas à m'interrompre ou à me demander pour que je reformule. Donc la première partie, c'est vraiment les données plus signalétiques pour établir un type de profil.

Donc la première question, c'est quel âge est-ce que tu as ?

R : 35 ans.

I : Dans quel hôpital est-ce que tu travailles ?

R : Alors là j'ai un parcours hospitalier de sept ans, puis j'ai quitté l'hôpital en 2018 et je suis titulaire de trois tournées de soins à domicile sur Dinant. Et là depuis 2023, j'ai repris un poste de chef en parallèle à l'hôpital B.

I : De combien de personnes est composée ton équipe ?

R : Alors théoriquement 30 personnes, donc il y a huit infirmières et le reste ce sont des aides-soignantes.

I : Est-ce que tu as fait une formation complémentaire à ta formation d'infirmier ?

R : Oui, j'ai fait le master en santé publique. Oui.

I : Et depuis combien de temps est-ce que tu occupes la fonction d'infirmière chef ?

R : Donc depuis 2023, c'est ça, donc un peu plus que trois ans.

I : Et comment est-ce que tu es arrivée à cette fonction, comment ça s'est passé ?

R : Déjà, quand j'ai commencé comme infirmière, c'est pour ça que j'avais fait le master, parce que je voulais évoluer dans ma carrière et prendre un poste de chef et pouvoir monter les échelons. Et puis voilà, le système hospitalier ayant changé, ça ne répondait plus à mes valeurs. Et donc, l'humanité reste un point important pour moi, et voilà c'est pour ça que j'étais partie faire infirmière à domicile. Et ici, ayant eu une petite fille il y a quatre ans, les horaires de domicile et les horaires de vie de famille, c'est compliqué. Et donc j'avais l'opportunité de reprendre un poste de chef avec un horaire adapté de 8-16.

I : Ok, merci beaucoup. Donc là je vais te demander de replonger dans le début de la fonction d'infirmière chef, donc en 2023, la première année. Est-ce que tu peux m'expliquer c'était quoi exercer ce rôle au début ?

R : Alors c'est... c'est pas évident au début dans le sens. Moi j'ai l'avantage, c'est que j'étais pas chef de mes collègues, que je ne connaissais pas toute l'équipe.

Donc pour moi c'est important aussi que de devenir chef de ses collègues. Maintenant c'est pas évident dans le sens où il y a beaucoup d'absentéisme et je suis arrivée dans une période, dans une équipe, où il y avait déjà beaucoup d'absentéisme et où l'absentéisme reste assez important au fil du temps. Et maintenant ici le master, ça a permis d'avoir déjà une bonne base au niveau management, mais c'est vraiment la formation continue. Et les formations proposées ici pour accompagner les cadres m'ont permis d'avoir plus d'outils.

I : Quel genre d'outils ?

R : Moi j'ai déjà fait une partie de mémoire sur la gestion des conflits, donc ça j'avais déjà un bon bagage à ce niveau-là. Maintenant, se retrouver chef avec surtout tout ce qui est plus législation sociale, ça on n'a pas vraiment avec le master, donc les congés, etc. Et donc ça, c'est une formation proposée dans le package des cadres. Sinon je pense que même si tu sais quel est le rôle de chef et les attendus, c'est parfois un peu compliqué de se positionner aussi.

I : Merci. Est-ce qu'il y a des tâches qui te paraissaient très importantes au début quand t'as pris ton rôle d'infirmière chef ?

R : Les tâches en général sont importantes, que ce soit les tâches plus de gestion

I : C'était quel style de tâches ?

R : Les tâches de contrôle, ça c'est des tâches où malheureusement ici, enfin du moins à l'hôpital B, à cause de l'absentéisme, je suis beaucoup dans les soins. Et donc il y a toute la tâche plus administrative. Ça, je faisais ça tous mes après-midis, du coup je faisais à chaque fois beaucoup d'heures supplémentaires parce que les matinées jusque 13 heures j'étais dans les soins. Maintenant tout ce qui est réalisation des horaires, etc., ça ça va, c'est venu, je veux dire, tout seul. Maintenant tout ce qui est le contrôle, la gestion de l'équipe, essayer de garder la motivation de l'équipe.

I : Ici je vais te poser toujours la question par rapport au début, enfin quand t'as pris le rôle la première année, par rapport aux compétences que je vais scinder en trois parties : donc les savoirs, les savoir-faire et le savoir-être. Est-ce que tu peux me dire ce qui était important pour toi au début au niveau savoir, donc tout ce qui est connaissance plus théorique ? Tu m'as parlé des législations sociales. Est-ce qu'il y a d'autres savoirs qui te semblaient, quand t'as commencé, que c'est hyper important ?

R : Oui, donc tout ce qui est législation sociale et le master m'a permis d'avoir des connaissances aussi au niveau management. J'avais fait comme option management et développement organisationnel et gestion des institutions de soins.

Donc dans ce pack-là, j'avais, dans ces options-là, j'ai quand même pas mal de cours plus de gestion, gestion humaine. Aussi un peu de la logistique. Comprendre le fonctionnement aussi d'une institution. Donc ça c'est pour moi super important que d'être chef et pas savoir comment on tourne un hôpital, comment on tourne une maison de repos, sachant que les financements ne sont pas les mêmes.

Donc moi j'avais, au master, c'était centré sur la gestion hospitalière. Sauf qu'en maison de repos, c'est pas la même gestion. C'est plus spécifique. Maintenant au fur et à mesure, par les formations, etc., voilà maintenant je sais faire un peu la différence entre les deux et je comprends le fonctionnement.

I : D'accord. Au niveau des savoir-faire. Est-ce qu'il y a des choses que tu as apprises au niveau savoir-faire au début de la fonction ?

R : C'était plus des choses que j'avais jamais faites, que j'ai dû faire, mais c'était tout ce qui était gestion des horaires. Gestion aussi de l'aspect motivationnel pour garder l'équipe motivée. Et un problème qu'on a eu beaucoup, c'était la gestion aussi des rumeurs. Donc beaucoup de gens s'amusaient à aller lancer des rumeurs. Donc là où c'était un peu compliqué, c'est de rester vraiment en dehors, tu vois, pas prendre parti.

I : D'accord. Et au niveau savoir-être, comment ça s'est passé au début ?

R : Alors au début c'était un peu la lune de miel, tout était bien, parce que c'est une équipe qui avait un lourd passé. Donc c'était une partie de l'équipe qui venait de X, qui a fermé, qui est revenue avec son chef à Y. Et qui ont connu après une autre chef. Et après, celle que j'ai remplacée, c'était une chef totalement... je vais pas dire désinvestie, mais qui passait sa vie dans son bureau, qui n'était pas très sympa avec l'équipe.

Et donc l'équipe, au début que je suis arrivée, moi j'étais en mode un peu la sauveuse. Et sauf que ça m'a joué un peu des tours, parce qu'au début tout allait bien, etc. Et puis en fait, là où j'ai flanché un petit peu, c'est que... comme une partie de l'équipe, c'était plus les filles que je voyais parfois en dehors. Et donc je me suis faite un peu embobiner dans ce rôle-là, où j'ai un peu perdu ma place de chef. Donc après des entretiens divers avec des membres du pôle formation, justement j'ai essayé de retravailler mon assertivité et reprendre ma place de chef, et ne plus rentrer dans ces systèmes de vouloir sauver tout le monde, faire à la place des autres.

I : D'accord. Est-ce qu'il y a des savoir-être qui semblaient vraiment indispensables pour exercer ton rôle ?

R : Je pense que l'assertivité. Ça c'est un point important.

Enfin voilà, j'ai appris de ça, ça m'a joué des tours, mais je pense que le fait d'avoir gardé une certaine assertivité, rester équitable, ça c'est mon principe aussi, l'équité. On n'a pas de favoritisme, pas de traitement de faveur. Ça c'est surtout ça, et tout en restant... tu peux rester sympa avec tout le monde, mais voilà, il faut garder une certaine distance aussi.

I : Si tu devais te décrire en tant qu'infirmière chef, donc après un an, comment est-ce que tu te décrirais ?

R : C'est plus comme je l'ai dit. Ici j'arrête, tu vois, je cesse, j'essaye de casser le système de sauveuse. Mon problème c'est que je suis très perfectionniste, donc parfois j'allais faire du travail à la place des autres, sauf que c'est pas mon rôle non plus. Et donc enfin voilà, et maintenir encore une fois l'assertivité. Ben c'est comme ça, ça fonctionnait bien pour l'équipe puisque la chef faisait le travail.

Donc... et là maintenant je me détache beaucoup plus des soins.

J'ai plus peur de déléguer. Si avant je faisais tout au lieu de déléguer, donc j'avais du travail par-dessus la tête. Même au niveau organisationnel, j'ai remis en place une certaine organisation avec une répartition des tâches. Donc le matin quand elles arrivent, elles savent dans quelle aile elle est, parce que nous c'est par aile qu'on travaille. Elles ont maintenant une liste, liste de patients à faire.

I : T'as mis un peu plus de structure ?

R : Oui de structure et un cadre

I : Donc c'était justement ma question : comment est-ce que ça se passe ? Comment est-ce que tu exerces ton rôle aujourd'hui ?

R : Donc, avant, pour te donner un exemple, avant j'avais juste fait une feuille de répartition, donc elles étaient à deux par aile. Et voilà, elles tiraient leur plan.

Elles communiquaient entre elles, sauf que avec l'absentéisme on a souvent affaire à des intérimaires. Donc j'avais une feuille de route, mais par aile avec tous les gens, tout ce qu'il y avait à faire chez eux le matin. Et après ils se répartissaient le boulot entre eux. Et puis après ça a été compliqué et un peu conflictuel au sein de l'équipe. Parce qu'il y en avait qui travaillaient plus que d'autres, qui rouspétaient que l'autre n'avait rien fait, qu'elles avaient dû tout faire.

Et donc là j'ai réparti vraiment avec des listes. Liste infirmière, liste aide-soignante, et chacun a ses tâches

I : T'as vraiment mis un cadre ?

R : Un cadre. Pareil pour le travail du soir, on ne peut plus dire qu'on savait pas qu'il fallait faire ça chez tel résident. Il y a une feuille de route pour le soir par aile.

I : D'accord, et je vais te reposer la question avec les compétences. Aujourd'hui concernant les savoirs comment est-ce que ça se passe ? Qu'est-ce qui est important ?

R : Il faut, pour moi, il faut déjà bien comprendre le déroulement du service, de l'organisation. Et puis après tu peux mettre en place un cadre, une structure, une organisation. Puisque voilà, enfin j'ai 65 résidents dans mon étage avec le Cantou. Et donc je connais chaque résident parce que je travaille et je tourne dans chaque aile aussi. Et donc une fois que tu connais bien tes résidents, la charge de travail, c'est plus facile à organiser.

I : Au niveau savoir-faire, il y a des choses en plus que t'as dû apprendre ?

R : Ici moi j'ai eu seulement ma formation de législation sociale fin de l'année dernière. Donc après deux ans. Donc ça, ça m'a déjà bien servi et parce que ça s'est fait comme ça, mais ça je trouve que c'est une formation qu'on devrait avoir en commençant. Pour pouvoir avoir toutes les spécificités, justement par rapport aux congés, aux droits, enfin s'y connaître mieux.

I : Et au niveau savoir-être ?

R : Je suis moins gentille dans le sens où tu laisses moins les choses passer...

I : D'accord. Si tu dois décrire là maintenant ta personnalité en tant qu'infirmière chef, comment est-ce que tu te décrirais ?

R : Bonne question. Mais ici je pense que voilà j'ai refait ma place. Je laisse moins les choses passer. Maintenant je fais beaucoup aussi d'entretiens individuels. Donc j'écoute beaucoup mes équipes... Ça beaucoup, beaucoup plus, j'essaye de faire deux réunions d'équipe par année. Au moins ils peuvent déposer ce qui ne va pas.

I : Comment est-ce que tu décrirais ton management par rapport à tes équipes ?

R : Ici, enfin voilà comme je disais, j'ai repris mon rôle de chef, ma place de chef. Donc même quand je convoque quelqu'un dans mon bureau, c'est plus... je veux dire, c'est plus formel. Donc même au niveau de l'équipe, je vois bien que... pas qu'ils stressent quand je les appelle dans mon bureau, mais... voilà ils se demandent pourquoi. Le fait que je recadre beaucoup aussi les gens qui en ont besoin.

I : Mais t'es une personne à l'écoute ?

R : Oui voilà, très à l'écoute. Enfin voilà, j'essaye de rendre service au mieux. Même au niveau des horaires, j'essaye de respecter et je connais les habitudes de tout le monde. Donc voilà je leur donne pour les satisfaire au maximum. Je reste équitable. Maintenant voilà, il y en a qui aime bien avoir leur mercredi pour eux, avec les enfants. Voilà quand je sais leur remettre le mercredi, je leur remets leur mercredi. Donc ça au niveau horaire, ça ils me le rendent aussi parce que quand il faut rappeler des gens, ils essaient d'être dispo.

I : Si tu dois comparer tes débuts à aujourd'hui, est-ce que tu perçois une évolution et comment est-ce que tu décrirais l'évolution de ta fonction ?

R : Oui j'ai un peu répondu

I : Est-ce que par exemple des événements qui t'ont marqué ?

R : Avant j'étais plus dans le participatif. Pourtant enfin au niveau de mon HBDI, je suis plus protocolaire côté bleu vert, tu vois, enfin surtout côté bleu. Maintenant je regardais quand même une certaine empathie. Et j'étais peut-être beaucoup trop empathique. Et dans ce rôle de sauveuse. Que là maintenant, beaucoup moins.

I : Est-ce qu'il y a des compétences que t'aimerais davantage développer dans ton rôle pour faire face à la réalité ?

R : Bah encore me former un peu plus par rapport à l'absentéisme, pour avoir plus d'outils aussi pour y faire face et essayer de garder les gens motivés. Maintenant je pense que c'est sociétal et c'est partout pareil.

I : Est-ce qu'il y a des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé ta manière d'exercer ?

R : Voilà moi je suis partie de l'hôpital X parce que ça ne répondait plus à mes principes. Ici à l'hôpital B, l'avantage c'est qu'on garde vraiment le résident vraiment au centre de nos préoccupations. On prend encore le temps, même si les journées sont bien chargées, d'être à

leur écoute et de leur rendre service. Qu'à l'hôpital, les derniers temps, ce qui m'a un peu dégoûtée, c'est que je voyais qu'on allait chronométrer les infirmières, le temps des soins d'une infirmière au chevet du patient. Il y avait plus de turnover avec le patient. Beaucoup de turnover, et puis beaucoup moins de temps. Quand j'ai commencé mes études il y a 18 ans, on prenait encore le temps de s'asseoir au pied du lit et papoter cinq minutes avec les patients. Qu'à la fin que j'étais à l'hôpital, c'était plus du tout comme ça, c'était beaucoup de rentabilité au détriment de la qualité.

I : D'accord. Est-ce qu'il y a un moment, une période qui t'a particulièrement marqué ?

R : Plus par rapport aux ragots.

I : D'accord. Si je te dis par exemple manque de personnel, absentéisme, ça tu m'en as beaucoup parlé, qu'est-ce que tu mets en place pour faire face à ça ?

R : J'essaye de les garder motivés, donc le fait d'avoir réorganisé aussi d'une façon équitable les tâches de chacun, chacune. Je pense que ça aide déjà pas mal.

I : Si par exemple je te parle de reconnaissance au travail, est-ce que des formes de reconnaissance qui existent envers toi ou même envers l'équipe, comment ça se passe ?

R : Envers moi, enfin ici je peux les rappeler, avant personne n'était motivé de revenir, maintenant j'arrive plus facilement à les revoir. Mais c'est malheureux, mais avec les primes de rappel. Donc, c'est le seul levier qui les tient encore à vouloir bien revenir. Sinon la reconnaissance, oui bien sûr, à chaque réunion de service ou dès qu'il y a quelque chose, je remets toujours un petit mot. Voilà par rapport au travail accompli aussi. Et le fait de pouvoir déposer, de rester à l'écoute, ils peuvent déposer plus facilement ce qui ne va pas. Maintenant les personnes plus à risque, je sais bien que c'est un peu tendu, j'essaye de les voir de façon régulière pour pouvoir échanger avec eux, qu'ils puissent déposer aussi ce qui ne va pas. Ou si je vois que c'est un peu tendu dans l'équipe. Donc ça je pense que ça va être déjà pas mal. Et même pour les gens qui reviennent après des maladies de longue durée. Mais j'ai encore eu le cas la semaine dernière : il y en a une qui va revenir après plus de six mois. Mais j'ai prévu un entretien la semaine dernière pendant 45 minutes où j'ai réexpliqué les nouveautés de l'organisation. On a repassé en revue les résidents, ce qui avait changé, etc. Et si elle revient le 1er avril, elle est moins stressée, le fait de l'avoir vue, qu'elle ait pu discuter. Et j'ai déjà prévu de la revoir de façon régulière, que c'était suite à un burnout.

I : Est-ce que tu as déjà fait face à un conflit de génération au sein de ton équipe ?

R : Au niveau des aides-soignants, au tout début que j'ai commencé, enfin ou même... J'avais deux aides-soignantes et une infirmière qui étaient près de la pension. Et des petites jeunes qui sortaient de l'école et qui savaient mieux que les plus anciennes. Et donc c'est pas évident parce que les personnes, je veux dire les infis en fin de carrière ont tous leurs bagages, etc. Et ne sont pas toujours ouvertes aux changements ou aux nouveautés. Donc ça c'est surtout avec la discussion qu'on essaye d'avancer. Et après tête reposée, en discuter, ça désamorce un peu la bombe.

I : D'accord. Ici on arrive à la fin de l'entretien, donc merci beaucoup pour tes réponses. Est-ce qu'avant de finir, tu souhaites rajouter quelque chose ?

R : Je pense qu'un poste de chef à l'heure actuelle, ça n'a déjà plus la même valeur qu'il y a 15 ans. Je reprends l'exemple : quand j'ai commencé comme infirmière, notre chef, on la respectait. Pas qu'on en avait peur, mais on savait qu'on devait filer droit.

Et il y avait un respect pour le chef et un attachement pour ta hiérarchie. À l'heure d'aujourd'hui, les jeunes, ils cherchent plus cet aspect hiérarchique. Le chef à l'époque, il devait avoir un certain bagage, il devait s'y connaître. Que maintenant, avec les nouvelles générations, limite le poste de chef, c'est un peu comme si c'était un coach, limite un pote. Et les équipes s'en fichent que le chef... enfin les plus anciennes, que le chef ait une certaine expérience. Donc la relation n'est déjà pas la même. Avant t'avais une certaine loyauté envers ton institution, envers tes collègues. Qu'à l'heure d'aujourd'hui c'est plus du tout comme ça, ou du moins... Les gens sont plus individualistes. Voilà, les gens sont individualistes. Donc limite ils vont regarder, ils vont étudier l'horaire pour essayer de trouver une faille. Un tel il a que six soirs, moi j'en ai 7. Et ils vont se centrer sur leurs besoins, leurs demandes. Et il y a plus d'aspect collaboration, esprit d'équipe, cohésion. Et par exemple j'ai essayé de retravailler là-dessus lors de ma précédente réunion d'équipe au mois d'octobre. C'est que je les ai fait travailler ensemble sur la cohésion, ce qu'on pouvait remettre ensemble en place pour rétablir cette cohésion au sein de l'équipe. Et pouvoir qu'ils puissent s'exprimer par rapport à ce qui pèse, ce qui leur plaît, ce qui est possible de modifier. Et ça a apporté ses fruits, une meilleure ambiance quand même. Donc voilà maintenant c'est tous ces aspects-là qui évoluent au fil du temps. Et je pense que les compétences doivent évoluer aussi. On doit s'adapter tout le temps au type de profil qu'on a. Ben c'est connaître en fait ses collègues. Comme je disais par exemple pour les horaires, voilà je sais que si je connais leurs habitudes, j'essaye de leur faire à tous et toutes la même chose, leur faire plaisir. Pas faire des longues séries, enfin voilà, rétablir une égalité au niveau des soirs. Qu'il n'y en ait pas une qui en ait huit et l'autre quatre. Donc dans ce fait-là de garder une certaine équité, ça aide pas mal quand même. Mais il faut connaître à la fois ses patients, ses collègues, essayer vraiment de faire... oui tu peux faire plaisir aux gens.

I : D'accord.

R : Comme ça tu gardes quand même une certaine reconnaissance. Et après c'est plus facile quand tu as une demande à leur faire. Ça va dans les deux sens.

I : Donc je vais d'abord commencer par me présenter, même si tu me connais déjà un petit peu. Donc je suis Florine, étudiante en ingénieur de gestion à l'UCL et je réalise l'entretien pour mon mémoire de fin d'études de master 2. L'objectif de l'échange ici, c'est vraiment de recueillir ton point de vue personnel et professionnel vis-à-vis de ta fonction managériale en tant qu'infirmière en chef. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, vraiment ce qui m'intéresse, c'est ton ressenti, ton vécu. Ça devrait durer une demi-heure en fonction des réponses que tu as à me fournir. Je t'ai déjà demandé si ça pouvait être enregistré, mais c'est totalement anonyme, donc c'est vraiment pour moi faire des liens entre les différents participants. Tu es libre de ne pas répondre à certaines questions si tu n'en as pas envie.

Et si tu ne comprends pas une question, n'hésite pas à me demander pour que je reformule.

Donc voilà, est-ce que ça te convient comme ça ? Est-ce que tu as des questions avant de commencer ?

R : On peut y aller !

I : Ici, la première partie concerne les données signalétiques. Cela va me permettre d'établir un type de profil. Quel âge as-tu ?

R : J'ai 56 ans.

I : Dans quel hôpital travailles-tu ?

R : Je travaille à l'hôpital A.

I : De combien de personnes est composée ton équipe ?

R : Nous sommes 15 avec moi.

I : Dans quel service travailles-tu ?

R : En chirurgie de semaine et en unité d'accueil préopératoire.

I : Est-ce que tu as une formation complémentaire à ta formation d'infirmière ?

R : J'ai fait l'École des cadres de santé, mais je n'ai pas de Master.

I : Depuis combien de temps occupes-tu la fonction d'infirmière en chef ?

R : Cela fera neuf ans en octobre.

I : Est-ce que tu pourrais m'expliquer comment tu es arrivée à cette fonction d'infirmière chef ?

R : Cela n'a jamais été une envie de ma part d'être infirmière chef. Mais au moment où notre infirmier chef nous a quittés de manière assez inattendue, la direction infirmière m'a demandé d'assurer l'intérim. C'est ce que j'ai fait en attendant de recruter un nouvel infirmier chef. Puis,

un mois après, ma N+1 est venue me voir en me disant que, si je voulais postuler, il fallait le faire tout de suite parce que le poste était ouvert pendant un mois et qu'il fallait se dépêcher. Et voilà, je me suis un peu mise le doigt dans l'engrenage. Je suis partie en commission de sélection, j'ai passé toutes les étapes et puis voilà. Mais il n'y avait pas, depuis toujours, une envie d'être infirmière chef. Je n'avais ni cette ambition ni ce souhait.

I : Et est-ce que cela te plaît maintenant ? Avec le recul, comment vois-tu les choses ?

R : Je ne peux pas dire que je suis super épanouie dans la fonction, parce que je trouve que ce n'est pas une fonction très épanouissante. Je ne regrette pas, parce que je suis quelqu'un qui ne regrette pas ses choix et que j'ai appris énormément de choses. J'ai fait la formation de cadre de santé dans la foulée et cela m'a appris beaucoup, beaucoup de choses, notamment sur la nature humaine et le fonctionnement des équipes. C'était chouette aussi de faire la formation en même temps que mes débuts comme infirmière chef, parce que je retrouvais des situations que je pouvais analyser au cours et qui se calquaient parfaitement à ce que je vivais sur le terrain. Mais voilà... Je m'éparpille. Qu'est-ce que je disais ?

I : Non, c'est très bien.

R : Oui, que je ne regrette pas, mais je ne me sens pas épanouie.

I : Ici, je vais te demander de te replonger dans le début de ton rôle, donc la première année, les deux premières années. Qu'est-ce que c'était « exercer le rôle d'infirmière chef quand tu as commencé » ? Comment percevais-tu ton rôle ?

R : Je percevais cela comme de la gestion d'équipe pluridisciplinaire et de la transmission d'informations ascendante et descendante.

I : Est-ce que tu pourrais m'expliquer une journée type quand tu as commencé ? Comment cela se passait ?

R : En fait, on manquait d'effectifs, donc l'équipe n'était pas complète. J'étais donc d'office dans les soins. Et comme je culpabilisais de me retirer des soins, je ne me retirais pas des chambres pendant toute la journée. Je ne commençais réellement mon rôle de chef qu'à partir de 15 heures. Donc c'était très difficile. Avec la formation en plus, c'était très compliqué. Très, très compliqué.

I : Et qu'est-ce qui occupait principalement tes journées d'un point de vue managérial ? Quand tu te mettais dans ton bureau, qu'est-ce qui te prenait le plus de temps ?

R : Les horaires, parce que c'était une grande équipe à ce moment-là. Les horaires, c'est ce qui touche le plus le côté privé de l'équipe et donc l'équipe est très attachée à cela. Je ne m'en rendais pas compte avant. Peut-être que je l'étais aussi avec mon chef précédent. Mais cela me prenait énormément de temps parce que je voulais faire plaisir à tout le monde et respecter tous les desiderata. Donc je passais des heures à réaliser un horaire.

I : Et quelles autres tâches occupaient aussi principalement ton temps ?

R : La gestion des conflits aussi, parce que la charge de travail était très lourde. Et quand la charge de travail est élevée, d'un côté l'équipe se serre autour du travail, mais d'un autre côté cela crée aussi des conflits parce que tout le monde est un peu sous tension.

I : C'était quel genre de conflits que tu devais gérer, par exemple ?

R : Des conflits par rapport à des personnes qui ne travaillaient pas de la même façon. Pas forcément bien ou mal, mais simplement pas de la même façon. Et cela embête souvent les soignants quand quelqu'un travaille différemment de lui.

I : Ici, je vais te poser des questions sur les compétences. Je vais scinder ce terme en trois parties : les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. On va commencer par les savoirs. Qu'est-ce qui était important pour toi au niveau des connaissances théoriques lorsque tu as commencé ?

R : Moi, je me sentais à l'aise parce que je connaissais parfaitement le travail des soignants dans le service puisque j'y étais depuis 25 ans. Quand quelqu'un me rapportait une situation, je pouvais comprendre parce que je connaissais le terrain. J'avais fait des nuits, des soirées... Donc, connaissant le terrain, c'était plus facile de gérer l'équipe.

I : Et pour les savoir-faire, qu'est-ce que tu as dû apprendre à faire en arrivant dans ta fonction managériale ?

R : J'ai appris à faire appel aux autres, à poser des questions face à des situations où je ne m'en sortais pas, que ce soit de la gestion de conflits, de la gestion d'équipe ou de la gestion de réunion. Toutes ces choses pour lesquelles je n'avais pas encore eu de formation puisque j'étais en cours de formation. J'ai appris à beaucoup faire appel à ma N+1 qui était toujours disponible d'ailleurs.

I : D'accord.

R : Et alors, on avait aussi un coach, je ne sais pas si c'est encore le cas maintenant. Un coach pour les nouveaux infirmiers chefs, chez qui on rapportait des situations qui nous avaient mis en difficulté et qui nous aidait à trouver des solutions. Donc j'ai aussi beaucoup fait appel à ce coach. Et ce qui était chouette aussi, c'est qu'on était plusieurs infirmiers chefs à commencer en même temps. On se retrouvait chez ce coach. On pouvait faire cela en individuel, mais moi j'avais choisi de le faire en groupe. Donc on pouvait partager les problèmes qu'on rencontrait, les solutions qu'on avait mises en place. C'était chouette aussi, beaucoup de partage entre pairs. Très important.

I : Et au niveau du savoir-être, comment cela s'est passé en arrivant ?

R : Moi, j'étais dans le cas particulier où je devenais chef d'une équipe que je connaissais depuis de nombreuses années, où j'avais développé des amitiés que j'ai complètement perdues. Du jour au lendemain, j'ai été perçue autrement. Et cela a été très compliqué à vivre. Parfois, j'étais étonnée des réactions qu'avaient mes collègues, qui n'étaient plus des réactions de collègues ou d'amis, mais des réactions de travailleurs vis-à-vis de leur chef. Cela a été très, très difficile. J'ai dû apprendre à gérer cela et à ne plus venir pleurer dans mon bureau, parce que c'était très compliqué. J'ai découvert des facettes du caractère de personnes que je connaissais depuis vingt ans et que je ne connaissais pas.

I : Et comment as-tu fait face à cela ? Quelles compétences t'ont aidée ?

R : Beaucoup d'assertivité. Et puis les formations qui aident à comprendre pourquoi on est perçue différemment quand on devient chef. À partir du moment où on se rend compte que c'est un processus normal et une dynamique de groupe normale, on se dit que c'est normal et qu'il

faut juste apprendre à le gérer. Moi, je ne m'attendais pas à cela. Donc, au début, cela me semblait anormal. Mais quand j'ai compris que c'était normal, cela a été plus facile à comprendre et à gérer.

I : Si tu devais te décrire comme infirmière chef durant les deux premières années, comment te décrirais-tu ?

R : Beaucoup trop dans l'émotion. Beaucoup trop dans l'émotion et pas assez dans le détachement.

I : Et quelles étaient tes qualités en tant qu'infirmière chef au début ?

R : Justement, je ne les voyais pas. Je n'arrivais pas à voir mes compétences. Je me trouvais un peu nulle parce que j'étais toujours dans l'émotion, toujours envie de pleurer. Je pense que malheureusement je ne voyais pas mes bons côtés ni mes qualités.

I : Et ton équipe ne te le faisait pas ressentir non plus ?

R : Non, pas non plus. Donc j'ai appris à demander du feedback et à demander des signes de reconnaissance, et à ne pas les attendre. Parce qu'en les attendant, ils ne viennent pas. J'ai appris à demander, mais aussi à demander de la bonne façon. Parce que lors de ma première réunion de service, j'avais demandé à tout le monde de mettre sur un post-it ce qu'ils pensaient de moi, et pas de mon rôle de chef. Et en fait, j'ai reçu des choses qui me touchaient personnellement et qui ne concernaient pas mon rôle de chef. Donc on apprend aussi à demander du feedback de la bonne façon.

I : Maintenant, je vais te demander de te placer dans ton rôle aujourd'hui et je vais te reposer plus ou moins les mêmes questions. Qu'est-ce que c'est exercer aujourd'hui le rôle d'infirmière chef ?

R : C'est gérer un service dans sa globalité. Faire en sorte que les exigences institutionnelles au niveau de la qualité des soins soient respectées. Pour cela, il faut s'occuper de la communication ascendante et descendante, de la gestion d'équipe, du bien-être de l'équipe pour qu'elle puisse bien exercer sa fonction. C'est aussi gérer la communication avec les équipes médicales.

I : Est-ce qu'il y a autant de conflits qu'au début ?

R : Il y en a, mais ils se prolongent moins parce que je les prends plus vite en charge. J'ose les prendre en charge.

I : Et aujourd'hui, à quoi ressemble une journée type ?

R : Le matin, je suis encore dans les soins pendant deux à trois heures si nous sommes en effectif normal. Ensuite, je me dégage pour m'occuper de mes missions propres : les horaires, les formations, inscrire l'équipe aux formations, préparer les réunions.

I : Est-ce qu'il y a des savoirs qui te semblent particulièrement importants aujourd'hui ?

R : On a toute une série de formations pour les managers dans l'institution. J'ai suivi notamment tout ce qui concerne la législation sociale.

I : Et au niveau des savoir-faire, est-ce qu'il y a de nouvelles choses qui sont apparues au fil des années ?

R : Je suis plus calme. J'arrive à gérer les situations plus calmement. Quand la charge de travail augmente, l'ébullition dans l'équipe augmente aussi, mais moi j'arrive à rester calme et à analyser la situation plus calmement. Même face aux colères des médecins, j'arrive à rester calme. Je pense que c'est surtout cela qui a changé.

I : Si tu devais maintenant te décrire comme infirmière chef, comment est-ce que tu te décrirais au niveau de ta personnalité ?

R : Je ne sais pas...

I : Ou alors, comment est-ce que ton équipe te décrirait ?

R : J'aimerais bien le savoir, franchement. J'aimerais beaucoup savoir comment on me décrirait. Vendredi, j'ai fait une réunion de service et j'ai organisé un petit "book clap". Dans les questions, je demandais de citer une qualité d'une collègue. Et je me disais : "Est-ce que quelqu'un va mettre mon nom ?" Et non. Je ne pense pas que ce soit parce qu'on pense que je n'ai pas de qualités, enfin j'espère que ce n'est pas cela. Mais c'est un peu comme si je n'étais plus une collègue dans l'équipe. Comme si j'étais à côté de l'équipe. Je suis dans l'équipe, mais j'ai quand même un autre rôle. Et peut-être qu'elles ont raison et que c'est pertinent. Mais parfois cela reste difficile. Il y a un peu un manque de reconnaissance.

I : Si tu compares tes débuts à aujourd'hui, comment décrirais-tu l'évolution de ta fonction ?

R : Déjà, il y a l'évolution liée à l'expérience, mais aussi aux formations. Et puis les différents N+1 que j'ai eus au fil des années m'ont aussi beaucoup apporté.

I : Et concrètement, comment décrirais-tu cette évolution ?

R : Je pense que j'arrive davantage à m'occuper de ma fonction en mettant les soins de côté, sans culpabiliser.

I : Est-ce que tu arrives à déléguer certaines choses ?

R : Oui, très bien maintenant. C'est quelque chose que je ne faisais pas du tout au début parce que je n'osais pas et que je culpabilisais de demander quelque chose. Par exemple, plutôt que de demander à mon assistante administrative de faire une demande d'intervention au service technique, j'allais la faire moi-même. Maintenant, j'arrive à déléguer à la bonne personne, sans culpabilité. Je me sens tout à fait sereine par rapport à cela.

I : Est-ce que tu perçois d'autres évolutions dans ton rôle ? Par exemple, au début tu disais que les horaires étaient très compliqués à gérer.

R : Oui. Maintenant, je ne culpabilise plus quand je ne sais pas accorder un desiderata. Je fais mon possible, mais quand ce n'est plus possible, tant pis. J'essaie de rester équitable en me disant : "Elle a eu tous ses desiderata le mois dernier, donc ce mois-ci elle n'aura peut-être pas tout." Et je ne culpabilise plus. Je me dis que je fais de mon mieux.

I : Donc tu essayes vraiment de rester équitable ?

R : Oui, bien sûr. Je comptabilise le nombre de soirées, le nombre de desiderata accordés. J'essaye vraiment d'être équitable.

I : Est-ce qu'il y a des choses qui te semblent moins présentes aujourd'hui qu'au début de ta fonction ?

R : Oui, les soins aux patients. Je suis moins présente dans les soins. Et je n'ai plus non plus cette culpabilité vis-à-vis de ma hiérarchie quand je n'arrive pas à répondre à une demande. Avant, je serais restée jusqu'à 21 heures pour répondre aux attentes. Maintenant, si je dois rester jusqu'à 21 heures, je me dis justement que cela signifie que je n'ai pas les moyens d'y arriver. Donc cela aussi a changé au fil des années.

I : Est-ce qu'il y a des compétences que tu aimerais davantage développer pour faire face à la réalité actuelle ?

R : Moi, j'ai un gros complexe : c'est de ne pas avoir de Master. Je ne sais pas pourquoi j'ai ce complexe, mais je me sens très inférieure par rapport aux infirmiers chefs qui en ont un. Même si ma hiérarchie me dit sans arrêt que cela ne change rien à mes compétences, j'ai quand même ce complexe.

I : Et plus au niveau des compétences relationnelles, de la connaissance de soi ou de la communication ?

R : J'ai quand même eu pas mal de formations sur tous ces sujets. Je ne dis pas que je suis experte dans tout cela, mais j'ai l'impression d'avoir le bagage suffisant. Et quand je suis au bout de mes ressources, je vais me documenter et chercher des ressources pour m'aider.

I : Est-ce qu'il y a des événements ou des transformations dans le monde hospitalier qui ont influencé ta manière d'exercer ?

R : Oui, par exemple pendant le Covid, il y a eu plusieurs fusions d'équipes. J'ai dû apprendre à gérer des équipes qui avaient l'habitude d'avoir un autre manager. Donc j'ai dû m'adapter. Et actuellement aussi, j'ai une équipe recomposée depuis le mois de janvier. Une partie était déjà mon équipe, mais l'autre moitié vient toutes du même service et elles avaient toutes la même chef avant. Elles ont donc un deuil à faire. J'entends souvent : "Ah mais l'ancienne IC faisait comme ça..." Au début cela m'énervait, puis après je me suis dit que c'était normal parce qu'elles essayent de retrouver des repères.

Donc j'ai pris du recul et j'ai essayé de voir comment on pouvait adapter certaines choses quand c'était possible, afin qu'elles ne perdent pas tous leurs repères.

I : Donc tu te considères quand même comme quelqu'un d'empathique ?

R : Oui, je pense quand même. Parce que la situation n'est pas facile. Ce sont des infirmières de plus de 50 ans qui ont énormément d'habitudes. Et puis, de notre côté aussi, on repart avec des patients complètement différents et une prise en charge différente. Il faut complètement changer d'état d'esprit tout en reconstruisant une dynamique d'équipe. C'est beaucoup de travail. Ce n'est pas facile.

I : Est-ce qu'il y a une période ou un événement qui t'a particulièrement marquée durant ces huit années ?

R : Le Covid. C'était terrible.

I : Pourquoi ?

R : Il fallait gérer l'émotionnel dans l'équipe, la charge de travail physique, mais aussi émotionnelle. C'était très difficile.

I : Vis-à-vis du manque de personnel ou de l'absentéisme, comment cela se passe-t-il dans ton équipe ?

R : Pour le moment, j'ai mon effectif complet. Je vais même avoir une nouvelle aide-soignante. Au niveau de l'absentéisme, cela va encore. J'étais justement en train de regarder les scores Bradford avant que tu arrives. J'ai une infirmière un peu plus haute que les autres, mais elle a eu plusieurs événements difficiles et beaucoup de malchance cette année.

I : Est-ce que tu as déjà été confrontée à des conflits intergénérationnels ?

R : Oui, bien sûr. Actuellement moins, mais dans mon ancienne équipe oui, énormément d'incompréhensions. Par exemple au niveau de la flexibilité ou des horaires. J'entendais parfois : "Elle croit qu'on n'a pas eu d'enfants, nous aussi on venait travailler." Il y a aussi une différence dans la vision du travail. Ma génération pensait rester toute sa vie chez le même employeur. Aujourd'hui, les jeunes bougent davantage, postulent ailleurs, changent de service ou d'institution. Et cela, les infirmières plus âgées ont parfois du mal à le comprendre.

I : Est-ce que tu penses que le bien-être au travail est devenu un sujet plus présent qu'avant ?

R : Oui, énormément. L'institution a mis beaucoup de choses en place. Mais ce qui est contradictoire, c'est qu'on entend beaucoup de plaintes concernant la fatigue ou le mal-être, alors qu'il existe plein d'ateliers et de dispositifs mis en place, et finalement personne n'y va. Parfois, j'arrivais même à libérer des personnes pendant les heures de travail pour qu'elles puissent y participer, mais malgré cela, elles n'y allaient pas. Donc oui, on parle beaucoup du bien-être, mais parfois j'ai l'impression que les personnes ne mettent pas forcément en place des choses pour aller mieux.

I : Ici, on arrive à la fin de l'entretien. Donc merci beaucoup d'avoir participé à l'entretien. Avant de finir est-ce que tu voudrais ajouter quelque chose par rapport à ce dont on a discuté ?

R : Moi, cela ne fait "que" presque neuf ans que je suis infirmière chef, donc ce n'est peut-être pas énorme pour voir certaines évolutions. Mais quand je pense à ma première infirmière chef, celle que j'ai connue pendant plus de vingt ans, on leur demandait des choses complètement différentes de ce qu'on nous demande aujourd'hui. À l'époque, on leur demandait d'être des "petits chefs". C'était : "Tu feras cet horaire-là, tant pis si cela ne t'arrange pas." Ou encore : "Il faut rendre un bic vide pour en avoir un nouveau." Aujourd'hui, ce serait impensable. Maintenant, on fait extrêmement attention à la manière de transmettre une information ou un changement. On explique davantage les décisions : "Suite à telle situation, on pense mettre cela en place..." Quand je vois comment nous sommes formés aujourd'hui et ce qu'on demandait aux infirmières chefs il y a trente ans, c'est incroyable. Avant, on demandait presque des dictateurs. Le bien-être au travail n'existait pas. C'était : "Tu viens travailler, tu es payé, tu te tais." Aujourd'hui, c'est totalement différent.

Annexe V : Tableau synthèse des résultats

Ce tableau synthétise, pour chacun des cinq domaines de compétences managériales analysés au chapitre 3, le statut des compétences identifiées (stable, renforcé, transformé ou lacune). Pour la définition de ces différents statuts, le lecteur est invité à se référer au point 2.4.4. de la partie empirique. Le tableau présente également les principaux facteurs explicatifs attribués par les participant(e)s.

Stable	Renforcé	Transformé	Lacune	
Domaine de compétences managériales	Statut	Compétences managériales concernées	Fréquence	Facteurs explicatifs principaux
3.1. Leadership et posture managériale	Stable	Capacité à mobiliser et fédérer l'équipe autour d'objectifs communs	13/17	Compétence relationnelle constitutive de la fonction, indépendante de l'ancienneté
	Stable	Capacité à agir avec équité, objectivité et impartialité	12/17	Compétence constitutive de la fonction
	Renforcé	Capacité à affirmer ses décisions, poser un cadre clair	11/17	Maturité acquise dans la fonction (pas seulement l'âge)
	Renforcé	Capacité à prendre du recul, adopter une vision plus stratégique	7/17	Expérience accumulée ; distanciation progressive vis-à-vis de l'équipe
	Transformé	Passage d'un management directif à un leadership participatif (consultation, délégation, autonomisation)	9/17	Renouvellement générationnel des attentes ; pénurie de personnel ; complexification de la fonction
3.2. Communication managériale	Stable	Capacité à transmettre l'information, assurer la coordination entre niveaux hiérarchiques	10/17	Fonction de relais inhérente au rôle dès la prise de poste
	Renforcé	Capacité à écouter activement et à faire preuve d'empathie	15/17	Compétence la plus largement partagée ; affinée avec l'expérience
	Renforcé	Capacité à donner, recevoir et solliciter un feedback	7/17	Structuration progressive des entretiens et des

				retours ; formations
	Renforcé	Communication transparente	5/17	Favorise l'adhésion des équipes aux décisions
	Transformé	D'une communication collective à une communication individualisée et porteuse de sens ; émergence de la communication de crise	8/17	Attentes de sens des jeunes générations ; pluridisciplinarité croissante ; crise COVID-19 et fusions d'équipes
3.3. Accompagnement et développement des collaborateurs	Stable	Capacité à motiver et soutenir l'équipe, veiller au bien-être	13/17	Préoccupation constante, présente dès le début du parcours
	Renforcé	Accompagner le développement individuel des collaborateurs Reconnaître et valoriser le travail Structurer le suivi du bien-être (échelles, entretiens de réintégration)	9/17 (renforcement global)	Pénurie de personnel et fidélisation ; évolution des attentes professionnelles ; prévention de l'épuisement professionnel
3.5. Organisation, coordination et prise de décision	Stable	Organiser et coordonner le fonctionnement quotidien (gestion des horaires)	17/17	Socle historique de la fonction
	Renforcé	Prioriser les missions Anticiper (scénarios prospectifs)		Contraintes de ressources ; pénurie du personnel infirmier
	Transformé	Du pilotage quotidien à une gestion stratégique et interdisciplinaire (réseaux hospitaliers, gestion permanente des imprévus)	12/17	Réformes du financement hospitalier ; fusions en réseaux ; raccourcissement des séjours ; pénurie de personnel ; restrictions budgétaires
	Lacune	Connaissances en législation sociale et droit du travail	6/17	Angle mort structurel des parcours de formation, indépendant de

				l'ancienneté ou du diplôme
3.6. Adaptation et gestion du changement	Transformé	Agilité, polyvalence et flexibilité Capacité à s'adapter en continu aux évolutions de l'environnement de travail.	12/17	Évolution permanente du contexte hospitalier (crises, restructurations, pénurie de personnel, transformation numérique)
	Transformé	Capacité à s'approprier les outils numériques et les nouvelles technologies.	10/17	Transformation numérique des hôpitaux, évolution continue des logiciels et des outils informatiques

Tableau 4: tableau de synthèse des résultats