

ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHRU DE MONTPELLIER



L'IADE suprême leader ?
Une guerre d'émotion

Sous la direction d'Aurore Pons

Pierre MILLET

Promotion 2018 – 2020

ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHRU DE MONTPELLIER



L'IADE suprême leader ?

Une guerre d'émotion

Sous la direction d'Aurore Pons

Pierre MILLET

Promotion 2018 – 2020

*« Si vos gestes inspirent les autres à rêver davantage, à apprendre davantage,
à accomplir davantage, vous êtes un leader ».*

John Quincy Adams.

Remerciements

Je voudrais adresser mes remerciements à Mme Aurore PONS de m'avoir accompagné avec beaucoup de disponibilité, de confiance, d'attention et de gentillesse.

Je remercie également Mme Ghislaine ROUBY de m'avoir orienté durant ces deux années de périples et d'aventures.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance et mon amour envers mes parents et ma sœur Marion, qui m'ont soutenu et encouragé dans tous mes projets, aussi fous soient-ils. Ainsi que Frédéric pour sa participation active à ce projet de recherche.

Je tiens particulièrement à remercier Tatinou, qui fut la première à croire en moi. Je la remercie également pour ses nombreuses relectures.

Je remercie toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mes voyages, qui m'ont ouvert l'esprit et éclairé sur le monde qui m'entoure.

Je voudrais remercier mes compagnons de route : Camille, Lucile, Violaine, et Jérôme. Chacun à sa façon a pleinement contribué à ma réussite, je leur en suis très reconnaissant. Mais notre histoire ne s'achève pas ici.

Je dédie ce mémoire à Virginie avec toute ma gratitude.

Table des matières

Liste des abréviations	7
Introduction.....	8
1. Problématisation	9
1.1. Description de la situation d'appel.....	9
1.2. D'une situation de départ à un questionnement	10
2. Le rôle de l'IADE : de la théorie à la pratique	12
2.1. L'IADE dans la réglementation et lieux d'exercice	12
2.2. L'IADE et l'urgence : un contexte d'intervention particulier	13
2.3. Le leadership IADE au regard de l'actualité.....	16
3. Le Leadership	18
3.1. Le Leadership : un consensus difficile.....	18
3.1.1. Ce que le leadership pourrait être ou ne pas être	18
3.1.2. Différence entre leadership et management	19
3.2. Le leadership Clinique.....	19
3.2.1. Leadership Situationnel	21
3.2.2. Leadership transactionnel	22
3.2.3. Leadership transformationnel	22
3.3. L'intelligence émotionnelle au service du leadership	25
3.3.1. Les émotions.....	25
3.3.2. La naissance de l'intelligence émotionnelle	26
4. Dispositif de recherche.....	29
4.1. Recueils de données.....	29
4.1.1. Objectifs de l'enquête.....	29
4.1.2. Réalisation de l'enquête	31
4.1.3. Mise en pratique du cadre conceptuel : un pré-test In Situ	31
5. Résultats, Analyse et Mise en discussion.....	33
5.1. Méthodologie d'analyse.....	33

5.2. Analyse	33
5.2.1. Les différentes composantes du Leadership	33
5.2.2. L'intelligence émotionnelle : un levier au service du leadership	36
5.2 Vers une confirmation de l'hypothèse	39
5.3 Discussion des résultats	40
Conclusion	41
Bibliographie	42
ANNEXES	46
Annexe 1 : Echelle de mesure de l'évaluation d'une équipe d'urgence	47
Annexe 2 : Modèle de leadership Situationnel selon Hersey et Blanchard	48
Annexe 3 : Guide d'instructions au sosie	49
Annexe 4 : Grille d'analyse des instructions au sosie	50

Liste des abréviations

CII : Conseil International des Infirmières

DGAFP : Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

DPI : Dossier Patient Informatisé

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de Bloc opératoire Diplômé d'Etat

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNIA : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

SSPI : Salle de Soins Post Interventionnelle

Introduction

Les infirmier(e)s sont au cœur du système de santé, tant à l'échelle locale que mondiale. Du fait de leur proximité avec les patients, ils contribuent pleinement à la prévention et la promotion de la santé, mais également à la mise en place des soins. Néanmoins, leurs compétences sont souvent sous évaluées et rarement associées aux prises de décisions. La représentation de l'infirmière subordonnée au médecin persiste encore dans nos sociétés. Dans ce contexte, l'Organisation Mondiale de la Santé et le Conseil International des Infirmières lancent conjointement le Nightingale Challenge® qui vise à promouvoir le leadership infirmier.

De façon concomitante, j'ai vécu une situation d'urgence au bloc opératoire où le leader était un infirmier anesthésiste et ce, malgré la présence de nombreux médecins. Cette expérience fut le point de départ de mon questionnement et ainsi de ce travail de recherche visant à répondre à la problématique : **comment l'infirmier anesthésiste prend le leadership dans une situation d'urgence au bloc opératoire ?**

Pour ce faire, nous étayerons dans un premier temps le rôle théorique de l'infirmier anesthésiste puis, dans le contexte particulier d'une situation de crise. Dans un deuxième chapitre, nous apporterons un éclairage sur les notions de leadership et émettrons l'hypothèse que l'intelligence émotionnelle est un levier possible. Pour finir nous mènerons une enquête, au moyen d'instructions au sosie, afin de confronter la théorie à la réalité de la pratique.

1. Problématisation

1.1. Description de la situation d'appel

La situation se déroule dans un bloc opératoire pluridisciplinaire d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). J'effectue ce stage en fin de premier semestre de ma formation d'infirmier anesthésiste dans la spécialité de chirurgie digestive.

Le programme opératoire de la salle où j'avais débuté la journée était terminé et, alors que j'étais dans le couloir, un infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) vient à ma rencontre. Il m'informe qu'il va prendre en charge un patient polytraumatisé qui doit être opéré en urgence d'une splénectomie d'hémostase. Il me propose de me joindre à lui. N'ayant jamais travaillé avec lui, il se présente, me questionne sur mon parcours professionnel, mon avancée dans la formation d'infirmier anesthésiste et mon état d'esprit en général. Le temps de finir ces brèves présentations, nous arrivons dans la salle d'opération.

Il débute l'ouverture de salle, tout en partageant les informations du patient dont il a connaissance. Il s'agit d'un homme d'une vingtaine d'année ayant été victime d'un accident de la route. La cinétique était importante, il est encore conscient mais instable sur le plan hémodynamique dû à une fracture de la rate. Il est pris en charge par les pompiers qui le transfèrent au bloc opératoire.

Je lui demande où me placer pour observer sans gêner les différents intervenants. Il me répond que je ne serai pas seulement observateur et que je peux participer si je le souhaite. Nous continuons l'ouverture de salle ensemble avec les différentes vérifications et la préparation du matériel nécessaire : plateau d'intubation, plateau d'anesthésie, médicaments d'urgence, cathéter artériel, voie veineuse centrale, échographe, accélérateur réchauffeur de perfusion, matériel de surveillance...

Durant cette ouverture de salle, il me propose une organisation : j'assisterai l'interne en anesthésie pour la pose du cathéter artériel, puis je prendrai en charge la transfusion massive avec lui. Je serai également chargé de gérer l'accélérateur réchauffeur, ainsi que les tests ultimes des produits sanguins labiles ; il centralisera les différentes informations sur le dossier patient informatisé (DPI) et coordonnera l'équipe d'anesthésie sans m'apporter plus de précision sur ce rôle.

Pendant ce temps, l'infirmière de bloc opératoire diplômé d'état (IBODE) de la salle d'opération avait, elle aussi, commencé à préparer le matériel pour l'équipe chirurgicale. Nous partageons rapidement les informations et nous nous mettons d'accord sur la disposition du matériel.

Le patient, conscient, arrive dans la salle d'opération sur le brancard des pompiers. De nombreux intervenants sont présents à cet instant : deux médecins anesthésiste-réanimateurs (MAR), un interne d'anesthésie, deux IADE, deux chirurgiens digestifs, un interne de chirurgie, deux IBODE, deux aides-soignants (AS).

L'infirmier anesthésiste prend le leadership. Il se positionne au pied du patient et légèrement en retrait vis-à-vis du reste de l'équipe. Il énonce à haute voix la stratégie de prise en charge : l'induction et l'intubation se feront sur le brancard, le reste sur la table d'opération. Chacun se voit attribuer un rôle ainsi qu'un espace de travail. La gestion des voies aériennes sera assurée par l'infirmier anesthésiste arrivé en renfort, en collaboration avec un MAR qui réalisera l'induction. Le second MAR s'occupera de la pose de voie centrale et l'interne d'anesthésie du cathéter artériel. Les deux AS seront chargés de déshabiller le patient, de l'installer avec l'aide d'une IBODE et de sortir le brancard. Le leader restera en retrait côté anesthésie, et renseignera le DPI.

L'installation terminée, l'équipe chirurgicale débute le pré champ, le champage et incise le patient sans perdre de temps. L'équipe d'anesthésie commence à « techniquer » le patient en suivant les directives énoncées précédemment et s'organise dans un espace restreint pour faciliter le travail des chirurgiens. Je participe à la pose du cathéter artériel, puis dans un second temps à la transfusion massive comme prévu.

Rapidement l'équipe chirurgicale annonce que la pièce opératoire est tombée et que le saignement est contrôlé. Ils décident alors de laisser les anesthésistes finir d'équiper le patient avant de continuer le geste opératoire et de terminer la procédure.

1.2. D'une situation de départ à un questionnement

À l'issue de cette situation, l'IADE et moi-même avons fait un débriefing. Nous avons repris les différentes étapes de la prise en charge. Nous avons abordé plusieurs thèmes tels que l'importance de la communication, l'organisation de l'espace de travail ou la notion de priorisation des gestes à effectuer. Il m'a également évoqué son vécu de formateur en simulation et l'importance d'avoir une personne qui coordonne l'équipe soignante. Cependant, je n'avais pas encore pris le recul nécessaire pour appréhender les notions qu'il voulait me transmettre.

Quelques temps plus tard, lors d'un autre stage, j'ai observé que l'enchaînement du programme opératoire ainsi que l'installation du patient se faisait sous le leadership des aides-soignants. En effet, ils coordonnent les différentes actions à mener entre deux interventions : désinfection, reconditionnement par l'équipe IBODE et IADE, entrée du patient. Ainsi chacun peut effectuer son travail sans gêner les autres. De plus ils guident l'équipe pluridisciplinaire pendant l'installation et sur l'utilisation du matériel d'installation adéquat.

Cela fit écho à la situation précédente et m'a permis de l'analyser sous un autre aspect. Ainsi plusieurs questions me sont venues :

- Le travail en équipe requiert-il un leader ?
- Comment se définit le leadership ?
- Comment émerge un leader au sein d'un groupe ?
- Quelles compétences sont nécessaires pour être leader ? Comment les développer ?
- Le leader est-il la personne la plus expérimentée ?
- Le leader est-il nécessairement un médecin ?
- Comment adhère-t-on aux directives d'autrui ?
- Comment le leader acquiert sa légitimité au sein du groupe ?

A l'issue de cette situation et des différentes questions qu'elle a fait émerger, j'aimerais savoir :

Comment l'infirmier anesthésiste prend-il le leadership lors d'une situation d'urgence au sein du bloc opératoire ?

2. Le rôle de l'IADE : de la théorie à la pratique

2.1. L'IADE dans la réglementation et lieux d'exercice

La profession d'infirmier(e) anesthésiste est définie par le SNIA comme : « *un praticien (ne), clinicien(ne) responsable, réflexif et autonome possédant une expertise spécialisée dans les domaines de l'Anesthésie, de la Réanimation, de l'Urgence et de la Prise en charge de la douleur* » [1].

Ses missions sont la réalisation des soins et gestes spécifiques dans le domaine de l'anesthésie et la réanimation mais également la médecine d'urgence. De plus, il porte une attention particulière à la prise en charge de la douleur.

Pour cela il analyse et évalue des situations afin de garantir la sécurité et la qualité des soins. Cette intervention nécessite la mise en jeu de compétence qui sont au nombre de sept :

- *Compétence 1* : anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie.
- *Compétence 2* : analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient, de l'intervention et ajuster la prise en charge anesthésique.
- *Compétence 3* : mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention.
- *Compétence 4* : assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie réanimation
- *Compétence 5* : analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptés à la situation d'anesthésie.
- *Compétence 6* : coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence intra et extrahospitalière et de la prise en charge de la douleur.
- *Compétence 7* : rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques dans les domaines de l'anesthésie, la réanimation, l'urgence et l'analgésie

Ses compétences sont exclusives à la profession ce qui garantit « *le niveau d'expertise nécessaire à la sécurité des patients bénéficiant d'une prise en charge anesthésique.* » C'est-à-dire qu'il a une capacité d'intervention propre à la profession après que le MAR ait défini une stratégie de prise en charge.

Il est intéressant de noter que les infirmiers anesthésistes sont souvent considérés comme des techniciens dans les représentations infirmières et plus largement par les professionnels

de la santé. Pour autant, lorsque on regarde de plus près les compétences, elles renvoient vers des notions d'analyse, d'anticipation, de coordination, ou de mise en place d'organisation. Il apparaît alors que les compétences non techniques font partie intégrante de la profession IADE.

Lors d'une situation d'urgence au bloc opératoire « *l'IADE doit débiter les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence* » [2]. Il est alors évident que les compétences « non techniques » de l'infirmier anesthésiste seront mises en jeu, au même titre que l'aspect « technique ».

2.2. L'IADE et l'urgence : un contexte d'intervention particulier

Une définition du terme urgence semble nécessaire car il est empreint de représentation aussi bien dans notre société que dans le milieu professionnel. A titre d'exemple, lors d'une opération, une hypotension pourra se révéler être une urgence pour l'équipe d'anesthésie mais ne pas l'être pour celle de chirurgie.

Étymologiquement, le mot urgence vient du latin « *urgéo* » qui signifie « pressant » au sens de pression physique [3]. Par extension cela donne « *urgensia* » qui peut être traduit par « nécessité pressante ». A la notion de pression précédemment évoquée vient s'ajouter celle de nécessité et par extension d'obligation. L'urgence peut donc être définie comme un sentiment de pression, voire de contrainte, exercée par une situation, une personne et qui nécessite une réponse. Toutefois la dimension de temporalité n'est pas encore présente. Elle apparaît au Ve siècle avec un médecin qui utilise l'adverbe « *urgenter* » qui peut être traduit par « instantanément » [4].

Cette définition étymologique nécessite d'être étayée. Que recouvre l'urgence ? Les définitions contemporaines peuvent être multiples. Du point de vue du droit constitutionnel, l'urgence est un « *caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'y a pas été porté remède à bref délai* » [5]. Le terme irréparable permet d'établir une notion de non-retour dans ce type de situation. Toutefois cette approche juridique ne recouvre pas tous les éléments relevant des problèmes de santé. L'institut UPSA de la douleur propose la définition suivante : « *toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement* » [6]. La notion de pronostic vital émerge avec cette définition.

BROUSSEAU et PASTRE ont caractérisé l'urgence vitale avec quatre critères [7] [8] :

- La complexité : le traitement et l'analyse de la situation nécessite de prendre en compte une multitude de paramètres. La situation est dynamique et évolutive.
- L'incertitude : la situation de crise est caractérisée par une imprévisibilité de survenue ainsi qu'une évolution incertaine.
- L'immédiateté : la temporalité de la situation est basée sur le ici et maintenant. Ce qui implique une prise de décision et des actions sans délai.
- L'interactivité : la situation nécessite une coordination de la part des différents professionnels. L'interdépendance est obligatoire afin de traiter la situation.

D'après ces différentes définitions, il apparaît que l'urgence possède différentes dimensions qui peuvent volontiers interagir entre elles. Toutefois, il est intéressant de noter qu'elles ne s'arrêtent pas à l'aspect microscopique d'une situation, mais peuvent également nous permettre de comprendre les différents enjeux macroscopiques, notamment dans le cadre du bloc opératoire.

Ainsi plusieurs degrés d'urgences ont été mis en place afin de coordonner la prise en charge des urgences opératoires (chirurgicale et anesthésique) [9]:

- intervention réglée différable ;
- intervention programmée qui relève d'une urgence relative ;
- urgences différées ou le pronostic d'un organe est mis en jeu ;
- urgences absolues ou le pronostic vital est immédiatement menacé.

Dans le cadre d'une intervention réglée ou programmée le temps de préparation de la chirurgie peut varier de quelques jours à quelques mois. En revanche pour des urgences différées ou absolues l'unité temporelle est de l'ordre de l'heure voire de la minute. Il est alors évident que la mise en place d'une procédure et du site d'anesthésie doit s'adapter à ses différentes contraintes tout en garantissant au patient une qualité et une sécurité des soins. Cette dernière, requiert de la part de l'infirmier anesthésiste de faire appel à ses capacités d'analyse, d'anticipation et d'organisation. Comme nous l'avons vu précédemment, cela nous renvoie vers les compétences non techniques de l'infirmier anesthésiste.

Afin de gérer au mieux ces situations complexes, les sociétés savantes ont mis en place des recommandations de pratiques professionnelles afin d'améliorer la performance clinique. Cette dernière n'est pas seulement affectée par la technicité du professionnel ou des équipes, mais également par des facteurs humains. Ces derniers participent à la réalisation de compétences non techniques qui sont définies comme « *une combinaison de savoirs cognitifs,*

sociaux, et des ressources personnelles complémentaires des savoir-faire procéduraux qui contribuent à une performance efficiente et sûre » [10].

Ces compétences non techniques particulièrement adaptées aux situations d'urgences sont les CRM « Crisis Ressources Management ». Mises en place initialement dans le domaine de l'aéronautique puis transférées dans l'anesthésie et réanimation, elles sont spécifiques à la gestion de crises.

En s'aidant de cette expérience, les sociétés savantes ont alors énuméré les compétences non techniques qui sont indispensables aux personnels médicaux et paramédicaux exerçant en anesthésie, réanimation et médecin d'urgence :

- le leadership ;
- la conscience de la situation individuelle et collective ;
- le travail d'équipe ;
- une communication efficace et sécurisée ;
- la prise de décision ;
- l'appel à l'aide ;
- l'utilisation de supports cognitifs ;
- la prévention des biais cognitifs.

Il apparaît que le leadership est une compétence nécessaire pour gérer une situation d'urgence. Afin d'acquérir plus spécifiquement cette dernière, l'apprentissage par la simulation est recommandé par les experts (Recommandation 2.3) [10]. Lors de ces mises en situation, l'équipe pédagogique de simulation utilise notamment l'échelle TEAM (Annexe 1). Celle-ci est spécialement conçue pour évaluer l'efficacité d'une équipe en situation d'urgence. Cet outil reprend plusieurs critères et indicateurs pour permettre cette évaluation. Parmi eux, on retrouve en premier lieu le fait de désigner ou l'émergence d'un leader. L'accent est mis sur la présence du leader et non pas sur sa fonction. Cela apporte un regard différent sur cette thématique et notamment sur nos représentations du leadership comme compétence exclusive du corps médical.

2.3. Le leadership IADE au regard de l'actualité

Dans le cadre de ses objectifs pour l'année 2020, l'OMS et le CII ont lancés un programme intitulé *NursingNow*. En effet, ces organisations ont pris conscience qu'il est indispensable de placer l'infirmier(e) au centre du système de santé afin d'atteindre les objectifs qu'elles ont fixés. Ce programme se base sur les constats suivants :

- Les infirmier(e)s sont la catégorie professionnelle qui contient le plus de membres.
- Ils réalisent des missions spécifiques et diverses au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.
- La profession est reconnue pour la qualité de son approche et sa proximité avec les patients.
- La profession produit des données probantes en lien avec la recherche scientifique.

Pour autant il est inquiétant de voir que les compétences infirmières sont souvent sous-utilisées et qu'elles sont rarement associées aux prises de décisions. De plus, leur environnement est de moins en moins favorable à leur pratique professionnelle. Ainsi ce programme vise à accroître l'influence des infirmier(e)s sur les politiques mondiales et nationales de santé. Cela passe par la nomination d'infirmier(e)s à des postes de direction mais également la production de données scientifiques. Par ailleurs, un autre objectif opérationnel est d'améliorer la formation et le développement professionnel. La priorité étant de développer le leadership infirmier.

Des actions concrètes ont été alors mises en place, notamment à l'occasion de la journée internationale des infirmier(e)s, la sensibilisation en formation initiale, un dossier thématique « leadership » dans la revue *SOINS*, mais surtout la création du *Nightingale Challenge* :

« Le Nightingale Challenge demande à tous les employeurs d'infirmières [...] de relever le défi suivant : qu'au moins 20 000 infirmières et sages-femmes âgées de 35 ans et moins bénéficient, en 2020, d'une formation au leadership, avec au moins mille employeurs participants. Chaque employeur déterminera la meilleure façon de relever le défi, mais ses programmes devront inclure une activité de développement personnel et d'apprentissage du leadership » [11].

Dans ce contexte, il est donc pertinent de se questionner sur la place du leadership de l'infirmier anesthésiste au bloc opératoire. Ces dernières années, le nombre de publications en lien avec ce thème n'a cessé d'augmenter comme le signale C. DEBOUT.

On peut citer trois articles internationaux qui mettent en exergue le leadership de l'infirmier anesthésiste :

- En 2010, KÜNZLE et *al.* ont étudié le leadership entre un interne en anesthésie et un infirmier anesthésiste [12]. Pour ce faire, ils utilisent la simulation d'une induction anesthésique durant laquelle survient un événement indésirable. Les résultats mettent en évidence que les internes développent un leadership principalement manageriel, tandis que les infirmiers anesthésistes développent un leadership clinique, centré sur les tâches à accomplir. De plus, dans la situation où l'interne détient à lui seul le leadership, le temps de réponse à l'événement indésirable est significativement plus long.
- Par la suite en 2014, FYNES *et al.* montrent la capacité des infirmiers « spécialisés » à diriger, inspirer et motiver le personnel afin d'évoluer vers une vision commune au sein d'un environnement péri-anesthésique. « *Les infirmières spécialistes en anesthésie doivent donc être conscientes de leurs compétences personnelles en leadership et les développer continuellement dans la pratique clinique* » [13].
- Enfin en 2019, un Hôpital Kenyan a réalisé une étude pour donner suite à la formation d'infirmier anesthésiste sur le leadership dans leur établissement [14]. Il en résulte une amélioration de la qualité et la sécurité de prise en soins en lien avec l'anesthésie.

3. Le Leadership

3.1. Le Leadership : un consensus difficile

3.1.1. Ce que le leadership pourrait être ou ne pas être

Selon le Larousse, le leader est la « *personne qui, à l'intérieur d'un groupe, prend la plupart des initiatives, mène les autres membres du groupe, détient le commandement* » [15]. Par extension, le leadership est le fait d'exercer la fonction de leader.

Cette définition, très généraliste et simpliste, restreint le leadership à quelques notions telle que la possession du commandement et la quasi-exclusivité de prise d'initiative. Pourtant dans la communauté infirmière, aucune définition n'a fait consensus à ce jour. Cela illustre toute la difficulté pour définir ce concept. Toutefois MATHIEU & AL., en s'appuyant sur d'autres travaux, proposent la définition suivante : « *le leadership est un processus par lequel un individu influence un groupe d'individus dans le but de réaliser un objectif commun* » [16]. De cette conceptualisation du leadership ressort quatre constantes :

- il est un processus ;
- il est circonstancié dans un groupe et une situation spécifique ;
- il génère de l'influence ;
- il a pour vocation d'atteindre un objectif.

S'il est de coutume de définir les choses pour ce qu'elles sont, il semble toutefois intéressant de les définir pour ce qu'elles ne sont pas. Le leadership est souvent défini comme le fait d'influencer, or « *ce n'est pas parce qu'un phénomène en implique un autre qu'il faut confondre les deux. « Implique » ne signifie pas « être équivalent à » [...] on ne peut définir le leadership par l'influence, car si le leadership implique l'influence, la réciproque n'est absolument pas vraie* » comme l'explique SARDAIS au travers de ses leçons [17].

Toujours selon SARDAIS, le but du leadership n'est également pas de communiquer des valeurs. Il ne repose pas sur des considérations morales qui peuvent varier en fonction du lieu, du temps, du milieu socio-culturel ou professionnel. Le leader n'a pas vocation de définir ce qui est bien ou mal. [17] De plus, il n'est pas l'exercice de l'autorité car cela peut induire des notions d'obéissance, de coercition ou de recours à des menaces ou sanctions. A titre d'exemple, au temps des Egyptiens le leader n'était pas celui qui ordonnait et donnait des coups de fouet pour faire avancer les esclaves. C'était le premier de cordée, qui recevait les coups et qui impulsait l'élan au reste du groupe pour faire avancer les blocs de pierre.

Pour éviter toutes confusions possibles, il est important de bien différencier la notion de leader et celle de manager.

3.1.2. Différence entre leadership et management

Dans sa définition, John MACKEY nous apporte des éléments de réponse pour différencier les deux termes :

« Le leadership concerne principalement le changement et la transformation. Le management a trait à l'efficacité et à la performance. Les leaders sont les architectes et les rénovateurs du système, alors que les managers s'assurent que le système fonctionne et prennent des actions correctives lorsque ce n'est pas le cas. Les leaders ont une sensibilité systémique qui leur permet de comprendre comment un groupe de personnes se comporte en tant que système et comment il peut changer ce système pour modifier son comportement. » [18]

Selon la DGAFP, le manager est défini comme la personne qui *« s'intéresse à la problématique du comment faire et apporte des réponses opérationnelles sur la conduite du processus au quotidien. Le leader portera lui sa réflexion sur la notion de sens et la démarche pour partager cette vision avec son équipe en se projetant dans l'avenir »* [19]. Dans cette définition, il est important de noter l'aspect de complémentarité entre les capacités managériales et de leader (qui peuvent être incarnées par une seule personne). Ainsi le manager est une personne qui est nommée à un poste d'encadrement au sein d'une institution. Cela lui confère une position de légitimité et surtout de subordination. Le leader quant à lui émerge d'un groupe et par conséquent est choisi par ce dernier. De ce fait, le leader peut volontiers changer d'une situation à une autre, ce qui n'est pas le cas du manager.

3.2. Le leadership Clinique

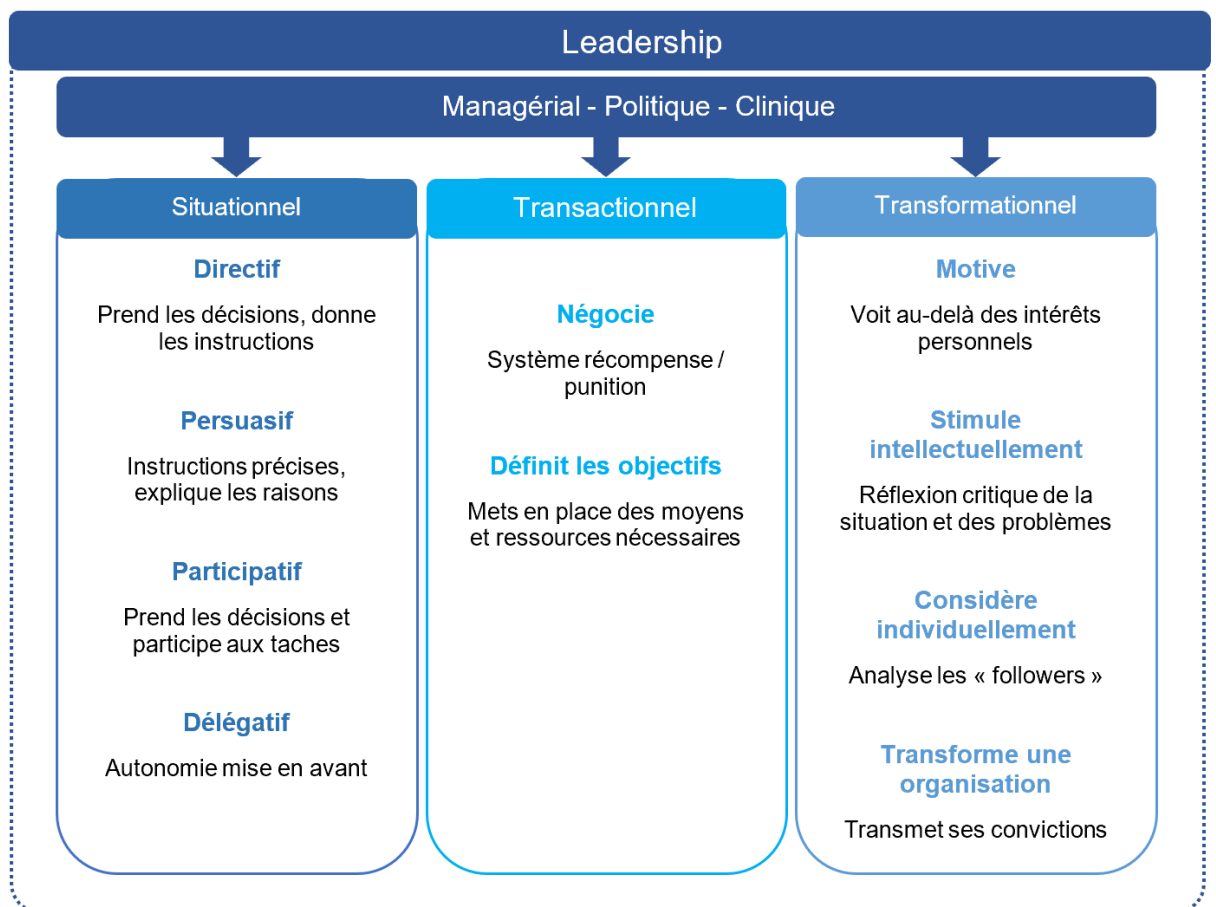
Le leadership peut se caractériser sous différentes formes : politique, managérial et clinique. Nous allons nous concentrer plus particulièrement sur l'aspect clinique et ses différentes déclinaisons.

Une des premières définitions du leader clinique a été celle de HARPER en 1995. C'est une personne qui *« exerce une expertise clinique dans des domaines de pratique spécialisés et utilise la communication interpersonnelle comme compétence pour soutenir les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé pour offrir des soins aux patients de haute qualité »*

[20]. Cette définition est intéressante car elle met en avant la notion de spécialisation et par conséquent légitime le leadership clinique de l'infirmier anesthésiste. Il ressort également des notions de qualité des soins et d'amélioration des pratiques professionnelles. Ces deux éléments sont au cœur de notre système de santé actuel et apparaissent également chez différents auteurs :

- Le leader clinique est un « *clinicien expert, impliqué dans la fourniture de soins cliniques directs au patient, qui influence les autres à améliorer les soins qu'ils prodiguent en permanence* » [21].
- Le leadership clinique est « *une compétence professionnelle démontrée dans les soins cliniques qui galvanise l'infirmière pour influencer les autres afin d'améliorer constamment les soins qu'ils fournissent* » [22].

Il existe une multitude de déclinaisons du leadership, chacune avec ses propres caractéristiques. Cependant nous allons détailler celles qui sont le plus pertinentes au regard de l'activité clinique de l'infirmier anesthésiste. L'exposé qui suit peut-être schématiser de la façon suivante :



3.2.1. Leadership Situationnel

Un des premiers styles de leadership à être décrit fut le leadership situationnel. Les chercheurs ont constaté que l'élément qui prime chez le leader sont ses compétences au regard d'une situation particulière [23]. De cette perspective découlent plusieurs théories, ici nous décrivons en détail celle de BLANCHARD et HERSEY qui définissent quatre types de leader [24] :

- le directif (S1) : il prend des décisions et donne des instructions ;
- le persuasif (S2) : il donne des instructions précises et explique les raisons de ses choix ;
- le participatif (S3) : il prend des décisions mais participe aux tâches avec les collaborateurs ;
- le délégatif (S4) : l'autonomie des collaborateurs est mise en avant et leur délègue la prise de décision.

Ainsi les styles S1 et S2 se focalisent sur la tâche à effectuer, alors que les styles S3 et S4 sont concentrés sur le développement de l'indépendance des collaborateurs. Par ailleurs ils préconisent un style de leadership en fonction de la « maturité » (compétence) de la personne (ou du groupe) (Annexe 2). Plus le collaborateur sera compétent, plus le leadership visera à promouvoir l'autonomie. A l'inverse, si l'individu n'est pas compétent, le leadership sera directif.

Il est intéressant de noter que cette approche situationnelle se retrouve d'un point de vue anthropologique. En effet BOUQUIAUX relate l'existence d'un peuple en Centrafrique, vivant près de la rivière Oubangui, sous le règne de Bokassa 1^{er}. Ces populations n'ont pas de chef mais désignent la personne la plus apte pour la situation [25]. De même lorsque GODELIER décrit la tribu des Baruya (Nouvelle-Guinée) [26], il met en évidence que certains individus ont des statuts issus de leur capacités exceptionnelles en lien avec certaines activités de la tribu tel que : la guerre, la chasse, la spiritualité. Leur fonction n'est valable que dans ces domaines.

3.2.2. Leadership transactionnel

La théorie du leadership transactionnel a vu le jour dans les années 1980 avec James BURNS [27]. Ce paradigme est basé sur l'échange entre le leader et ses subordonnés. Ces derniers ont conscience de la nécessité d'un leader pour atteindre leurs objectifs. En retour, le leader les motive avec des récompenses pour leur bon travail et peut également les sanctionner dans le cas contraire. Par conséquent le leadership transactionnel suggère une négociation entre une chose contre une autre.

En pratique, lorsque les subordonnées désignent un leader ils renoncent à leur prise d'initiative et de décision. Le leader doit, en retour, les guider pour atteindre de bonnes performances. Ainsi il doit mettre en œuvre les moyens et ressources nécessaires pour réaliser le travail demandé. De plus, pour maintenir une cohésion de groupe, il est nécessaire pour le leader de maintenir les intérêts du personnel pour préserver l'organisation mise en place.

L'avantage de ce type de leadership est de définir clairement les objectifs à atteindre. Pour autant le système de « récompense / punition » est souvent perçu comme infantilisant et par conséquent peu motivant. Ainsi, une des limites est le manque de développement personnel. Néanmoins le leadership transactionnel est souvent perçu comme une étape menant au leadership transformationnel [28].

3.2.3. Leadership transformationnel

Le leadership transformationnel, décrit par BASS [23], a pour principal objectif de motiver les membres du groupe et les amène à voir au-delà de leurs intérêts personnels. La finalité est de transformer une organisation par la création d'une vision et d'un objectif différent. Cela nécessite du charisme de la part du leader, une capacité à stimuler intellectuellement, à considérer, et à inspirer chaque individu du groupe. BASS identifie ces quatre « aspects » comme nécessaire pour un leadership efficace [29].

Au travers du charisme, le leader « *suscite la fidélité, la confiance et le respect d'autrui* » [23]. L'inspiration, quant à elle, permet de stimuler l'intérêt des personnes pour leur travail et de promouvoir leur confiance en elles afin qu'elles donnent le meilleur d'elles-mêmes. La considération individuelle se traduit par une capacité d'analyse des « followers » afin de prévenir leurs attentes et leurs souhaits de façon personnalisée. Pour finir, la stimulation intellectuelle requiert une réflexion critique de la situation et des problèmes.

Par la suite, BURNS stipule qu'une personne n'a pas besoin de la qualification de leader (ou d'une position hiérarchique) pour transformer une organisation [27]. Ce changement peut s'opérer au travers des relations. Le leadership serait alors « *un processus social interactif par lequel un leader, du fait de son « autorité », de son projet, de sa personnalité, de ses attitudes et comportements, réussit à obtenir l'adhésion libre et volontaire et donc la coopération de la plupart des personnes et des équipes de son organisation* » [23]. Selon MÉNARD, les concepts précédemment évoqués doivent être considérés selon deux principes : la source et le mécanisme du leadership. Autrement dit, comment la source du leadership exerce son influence ? [23]

La source du leadership, comme évoquée précédemment, peut être le leader, la relation leader / followers, le groupe, ou la situation elle-même. En ce qui concerne le mécanisme, s'appuyant sur les travaux de HERNANDEZ [30], MÉNARD les classe en quatre catégories :

- les traits : font référence à des éléments caractéristiques qui identifie la personne ;
- la cognition : renvoie vers des compétences non techniques ;
- l'affect : peut être décliné en sentiments et émotions [23] ;
- le comportement : ou l'ensemble des réactions objectivement observable.

Il apparaît de fait que le leadership ne serait pas l'art d'influencer, mais celui de transmettre ses convictions. Toutes les représentations autour des sources d'influences telles que le savoir, les qualités personnelles ou le statut social ne serait alors pas nécessairement une source de leadership. En se basant sur ce nouveau postulat, SARDAIS et MILLER [17] établissent les caractéristiques suivantes :

- *Le leadership peut être orienté vers le « bon » comme vers le « mauvais ».*
- *Le leadership ne se réduit pas à la sphère d'autorité.*
- *Le leadership ne concerne pas uniquement le changement.*
- *Le leadership est toujours localisé.*
- *Le leadership peut être exercé par tout le monde.*
- *Le leadership n'est ni inné ni acquis.*

Cela apporte une nouvelle conception du leadership transformationnel. Ce dernier serait alors une relation bidirectionnelle avec comme toile de fond un dialogue interpersonnel et intrapersonnel. Ces dialogues ne seraient pas à eux seuls les clefs de la réussite, mais une

« *qualité de la présence pour une plus grande conscience de soi et des autres est également nécessaire.* » [23]. La conscience de soi et celle des autres, autrement dit : l'intelligence émotionnelle, serait un facteur qui favorise l'efficacité de la personne et du groupe dans l'action.

Le leadership transformationnel ne se résumerait plus aux quatre aspects définis par BASS « *mais sur la conscience de soi et des autres, le dialogue, l'intelligence émotionnelle et sociale* » [23]. Nous pouvons alors parler de leadership conscient. Ce dernier nous incite à recentrer notre attention sur le moment présent, « *à créer l'espace temporel requis pour mieux fonctionner, à recourir à la collectivité pour créer et innover et à faire preuve d'authenticité pour ouvrir la porte à la création collaborative* » [23].

La notion d'espace temporel est particulièrement intéressante car elle rejoint la définition de l'urgence. Comme nous l'avons vu, le temps est un élément primordial à prendre en compte dans une situation d'urgence. La création d'un espace temporel paraît de ce fait indissociable de ce type de situation. Pour autant la situation d'urgence serait-elle un facteur favorisant l'émergence du leadership ? Au-delà de ce questionnement ce qui est important, comme le souligne MÉNARD, c'est que « *le leadership transformationnel nous incite à développer notre capacité à ralentir notre rythme, à réfléchir dans l'action, et à recourir au dialogue* » [23].

Ainsi cette dynamique de prendre le temps et de réfléchir dans l'action s'inscrit volontiers dans une démarche de méditation et de pleine conscience ou un des objectifs possibles serait la connaissance de soi, des autres ou le bien être personnel. Ses éléments, comme le souligne MÉNARD, permettent de maintenir le contrôle de soi-même en vue d'une plus grande efficacité personnelle et interpersonnelle dans la vie privée comme professionnelle.

A la lumière de ces éléments, il apparaît que l'intelligence émotionnelle serait un pilier du leadership comme nous l'entendons au XXI^{ème} siècle. Aussi nous allons développer plus particulièrement ce concept.

3.3. L'intelligence émotionnelle au service du leadership

3.3.1. Les émotions

Selon RIMÉ, une émotion se définit comme : « *une constellation de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives, physiologiques et subjectives typiques. Elles s'accompagnent généralement de tendances, d'action caractéristiques et s'inscrivent en rupture de continuité par rapport aux processus qui étaient en cours chez le sujet au moment de leur apparition* » [31].

Il apparaît que les émotions peuvent se manifester sous différents aspects. SCHERER [32] propose de les catégoriser suivant cinq dimensions :

- Les modifications biologiques : elles peuvent être physiologiques, neurovégétatives ou neuronales, telles que l'ont montrées les études de LEVENSSON [33].
- Les modifications comportementales ou expressives : ce sont généralement les modifications qui sont visibles par les autres personnes tel que le changement de posture, de gestuelle, du facies, de la voix.
- L'expérience subjective : elle est propre à chacun de nous et correspond à notre ressenti.
- Les pensées issues de l'émotion.
- Les incitations à l'action : par exemple, la peur servait jadis à nos ancêtres à faire attention à un danger imminent, et y répondre par une action appropriée. Cette notion se retrouve dans l'étymologie du mot « émotion » qui est issu du latin « *e movere* » qui signifie « mettre en mouvement ».

Dans cette optique de mise en mouvements, les émotions peuvent avoir différentes utilités. Elles permettent de recueillir des informations sur notre environnement, mais également sur notre état intérieur comme la satisfaction des besoins et objectifs personnels. Ainsi l'émotion devient un messenger qui peut volontiers influencer la prise de décision. Une connaissance de l'anatomie permet de mieux appréhender ce mécanisme.

Les émotions naissent dans la partie du cerveau appelée le « complexe amygdalien ». Ce dernier fait partie du système limbique connu pour son rôle dans le comportement. Cette partie est également appelée « cerveau émotionnel ». Par opposition le cerveau dit « rationnel » est composé des parties corticales qui se sont développées dans un second temps lors de l'évolution. Le cortex a notamment permis de diversifier les réactions engendrées devant

une émotion. Antonio DAMASIO, professeur en neurologie et neuroscience, a mis en évidence les conséquences de lésions de l'amygdale ou du cortex [34]. Ces dernières engendrent un déficit émotionnel et une difficulté à prendre des décisions.

Le raisonnement fait intervenir les deux parties de notre cerveau. Le cerveau émotionnel est en mesure d'inhiber, ou non, le cerveau rationnel. Par ce mécanisme les sentiments, nos facultés affectives ainsi que la pensée nous permettent de prendre des décisions. Ainsi lorsque nous sommes débordés par nos émotions, le cerveau rationnel est paralysé.

3.3.2. La naissance de l'intelligence émotionnelle

Durant la première guerre mondiale, le psychologue américain Lewis TERMAN a mis au point un test permettant d'évaluer l'intelligence [35]. Il s'agit du test du quotient intellectuel (QI). Depuis un QI élevé est synonyme d'intelligence.

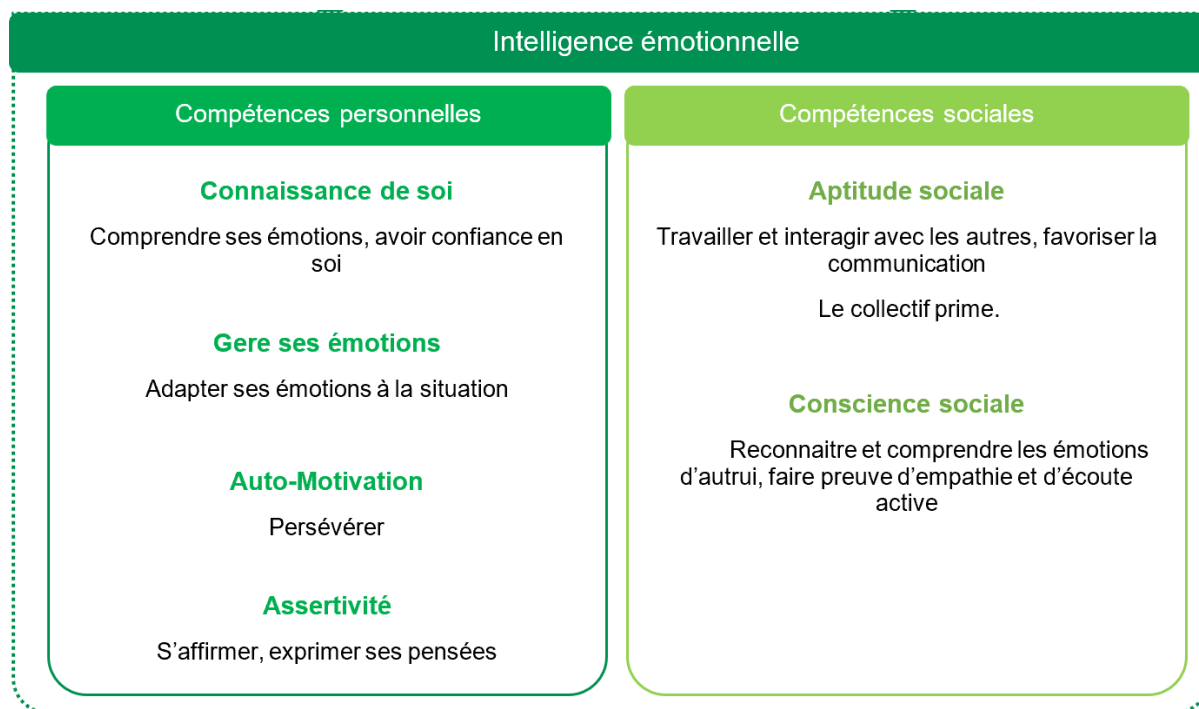
Par la suite, GARDNER démontre qu'il n'existe pas qu'une seule forme d'intelligence mais de multiples formes d'intelligence [36]. Ainsi aux formes dites « classiques » (linguistiques et mathématiques) vient s'ajouter l'intelligence personnelle et interpersonnelle qui sont liées à la compréhension de la personne humaine.

« L'intelligence interpersonnelle est l'aptitude à comprendre les autres : ce qui les motive, leur façon de travailler, comment coopérer avec eux. [...] L'intelligence intrapersonnelle, constitue une aptitude connexe, tournée vers l'intérieur. C'est la capacité de concevoir un modèle précis et véridique de soi-même et de l'utiliser pour conduire sa vie. »

Comme le souligne le psychologue américain Daniel GOLEMAN « dans cette nouvelle vision de l'intelligence, le mot clé est « multiple », le modèle de Gardner dépasse le concept de QI en tant que facteur unique et immuable » [37]. Cette approche est reprise par SALOVEY et MAYER pour aboutir à l'intelligence émotionnelle [38] [39]. Elle serait alors un processus de métacognition qui comprend plusieurs compétences tel que : la connaissance et la maîtrise de ses émotions et celles d'autrui, l'auto-motivation et la maîtrise des relations humaines.

GOLEMAN est la personne qui a fait connaître au grand public ce concept. Par la suite, il lui donnera une dimension plus large avec la notion d'intelligence relationnelle. Cette dernière met l'accent sur les relations inter-individuelles qui découlent de l'intelligence émotionnelle.

Ces deux concepts étant très proches, les compétences développées le sont également :



- **Compétences personnelles :**

- La conscience de soi : elle permet de reconnaître ses émotions et leurs influences afin de les comprendre et de pouvoir les guider. Cette compétence est considérée comme le pilier de l'intelligence émotionnelle.
- La maîtrise des émotions : elle permet de savoir les gérer et de s'adapter à chaque situation. De plus, elle offre de meilleures performances professionnelles grâce à la capacité de réfléchir avant d'agir. Ainsi cette compétence est la base de l'accomplissement et de l'efficacité personnelle.
- L'auto-motivation : c'est-à-dire savoir persévérer dans l'adversité, mais également savoir remettre à plus tard l'assouvissement de ses désirs et pulsions.

- **Compétences sociales :**

- La conscience sociale : c'est à dire savoir reconnaître et comprendre les émotions des autres. Cela nécessite de l'empathie qui est une « *faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* » [39]. Mais également une cognition sociale, c'est-à-dire « *l'étude de la pensée humaine et les relations que cette pensée entretient avec le comportement social. Plus précisément, la cognition sociale renvoie à l'étude des processus par lesquels les gens donnent du sens à eux-mêmes, aux autres, au monde qui les entoure, ainsi qu'aux conséquences de ces pensées sur le comportement social* » [40].

- L'aptitude sociale : se caractérise par la capacité de travailler et interagir avec les autres pour établir des relations de qualités. La notion de collectif est primordiale. Pour ce faire la communication et la dynamique de groupe jouent un rôle important. Cette compétence est elle-même issue de plusieurs processus :
 - o La présentation de soi, qui est la première image que l'autre perçoit
 - o La synchronie, qui est l'ensemble des éléments linguistiques
 - o La sollicitude, dans sa signification d'être attentif aux autres personnes
 - o L'influence, processus par lequel on fait adopter un point de vue à autrui.

L'intelligence émotionnelle peut être présente chez certaines personnes selon différents degrés. Ceux qui ne l'utilisent pas sont souvent submergés et perdent toutes distances vis-à-vis des émotions. Certains ont la capacité d'accepter leurs émotions, leurs états d'esprit sans que cela déclenche une réaction. D'autres maîtrisent et ajustent leurs émotions grâce à leur conscience d'eux même. Ils s'adaptent aux situations et agissent en conséquence.

Il est important de bien définir ce que recouvre la maîtrise de ses émotions. Si l'on se réfère à Platon, la maîtrise de soi est une des quatre vertus cardinales [41]. Ainsi une personne vertueuse est capable de résister à ses tempêtes intérieures plutôt que d'être l'esclave de ses passions. Pour autant, comme le souligne GOLEMAN, l'objectif n'est pas d'éteindre ses émotions mais de trouver le juste équilibre. Par conséquent, il est nécessaire qu'une émotion soit appropriée et proportionnée aux circonstances. Il est important de trouver le juste équilibre entre les émotions positives et négatives, afin de ne pas être dans l'excès dans « le bon comme le mauvais ».

A lumière de ce cadre conceptuel, il apparaît que l'intelligence émotionnelle serait une composante essentielle dans la dynamique d'un groupe. Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué elle est également un pilier du leadership. J'émetts donc l'hypothèse suivante :

L'intelligence émotionnelle permet à l'IADE de prendre le leadership dans une situation d'urgence au bloc opératoire.

4. Dispositif de recherche

4.1. Recueils de données

Pour donner suite à l'élaboration de ce cadre conceptuel, je souhaite le confronter à la pratique quotidienne. En effet nous avons pu nous rendre compte des différents styles de leadership clinique, ainsi que de leurs composantes respectives. Cela a mis en exergue l'intelligence émotionnelle comme une ressource possible du leadership. Ainsi au travers de cette enquête, j'envisage d'appréhender le mécanisme par lequel la source du leadership exerce son influence. L'objectif principal de cette enquête est donc d'amener des éléments de réponse à ma problématique initiale :

Comment l'infirmier anesthésiste prend le leadership lors d'une situation d'urgence au sein du bloc opératoire ?

Mon objectif secondaire sera d'infirmer ou d'affirmer mon hypothèse :

L'intelligence émotionnelle permet à l'IADE de prendre le leadership dans une situation d'urgence au bloc opératoire.

4.1.1. Objectifs de l'enquête

Je souhaite réaliser une enquête qui se veut qualitative. Pour cela mon attention s'est portée sur la réalisation d'entretiens, et plus particulièrement les instructions au sosie. Cette méthode fut mise au point par ODDONE au cours des années 1970 pour des séminaires de formation ouvrière à l'Université de Turin [42]. Elle se base sur un travail de co-analyse de l'expérience au travail. Le professionnel instruit reçoit la consigne suivante : « *Suppose que je sois ton sosie et que demain je me trouve en situation de te remplacer dans ton travail. Quelles sont les instructions que tu devrais me transmettre afin que personne ne s'avise de la substitution ?* ».

4.1.1.1. Choix de l'outils

ODDONE précise que l'instruction au sosie se focalise sur quatre domaines d'expériences professionnelles : « *les rapports à la tâche, les rapports aux pairs dans le(s) collectif(s), les rapports à la hiérarchie, enfin les rapports aux organisations formelles ou informelles du monde du travail* » [42]. Dans ce contexte de rapports sociaux, de hiérarchie ainsi que d'organisation, cette méthode d'instruction me semble appropriée afin d'explorer le leadership. Par ailleurs cet outil est d'autant plus pertinent, qu'il se focalise sur le « comment » et non sur le « pourquoi ». Ainsi il me semble pertinent de focaliser ma recherche sur le processus et son mécanisme, plutôt que sur la finalité ou l'intérêt du leadership. Dans cette perspective, mon analyse va donc tendre à comprendre comment le professionnel « fait » l'expérience du leadership plutôt que l'expérience qu'il en « a ».

4.1.1.2. Élaboration de l'outil

Une fois le type d'entretien choisi, je me suis focalisé sur le moyen de l'utiliser. J'ai décidé de présenter une situation simple et générale : « *Tu es un matin au bloc opératoire. Le médecin anesthésiste t'annonce l'arrivée d'une urgence absolue* ». Le contexte temporel me permet d'éviter de mettre la personne instruite dans une situation qui peut être particulière comme la nuit par exemple. Le contexte structurel, quant à lui, recentre mon étude sur l'activité au bloc opératoire et évite ainsi de compliquer l'étude avec d'autres secteurs d'activités de l'infirmier anesthésiste (préhospitalier, SSPI, réanimation...). Par la présentation généraliste, j'entends laisser libre court à la personne de s'identifier une situation qu'elle veut, si elle le souhaite. Cela me permet également d'interroger des professionnels qui ne travaillent pas dans une même spécialité. L'objet de mon étude n'est pas la situation elle-même mais la façon dont évolue le professionnel.

Par la suite, j'orienterai la discussion avec des questions de relances. Celles-ci me permettront de faire le lien avec le cadre théorique développé. Pour autant, je laisserai libre court à la personne d'aborder des thèmes qu'elle souhaite si elle juge que c'est nécessaire à ma compréhension.

Pour finir, avant de débiter la conversation je préciserai à l'infirmier anesthésiste que je fais un enregistrement audio afin de retranscrire notre échange dans un cahier de verbatim. Il disposera d'un accès à tous les fichiers. De plus, je veillerai à respecter l'anonymat des lieux et des personnes ainsi que l'absence de jugement.

4.1.2. Réalisation de l'enquête

J'ai souhaité instruire des infirmiers anesthésistes au sein de structures et de spécialités distinctes. Cela me permettra de comparer des dynamiques de groupes différentes, et ainsi mettre en évidence plusieurs aspects des concepts abordés. De plus, les blocs opératoires choisis n'ont pas de protocoles ou organisations qui prédéfinissent par avance un leader et les tâches de chacun au sein d'une situation d'urgence.

Je souhaite interroger des personnes qui sont déjà connues pour exercer la fonction de leader. L'objet de mon étude n'est pas de démontrer l'existence du leadership IADE. Les personnes choisies exercent cette profession depuis douze et treize ans et depuis autant d'années dans leurs structures respectives. Cette expérience pourra permettre aux personnes choisies d'avoir plus de recul sur leurs pratiques et ainsi de m'exposer plus clairement leurs façons de travailler.

Après l'obtention de l'accord des cadres de santé des services concernés, j'ai pu réaliser ces entretiens. Cette enquête s'est déroulée durant la crise COVID 19. Par conséquent, les mesures sanitaires m'ont contraintes à réaliser des entretiens vidéo téléphonique. Comme le souligne SOYER [43] dans son étude, cela ne remet pas en cause la valeur scientifique des entretiens réalisés à l'aide de cette méthode.

4.1.3. Mise en pratique du cadre conceptuel : un pré-test In Situ

Dans le cadre de la crise sanitaire COVID 19, j'ai été amené à travailler dans un service de réanimation. Souhaitant mettre à profit cette expérience et afin de me maintenir dans une démarche de formation, j'ai souhaité réaliser une mise en pratique du cadre conceptuel abordé.

Pour ce faire, je me suis fixé comme objectif de ne pas rentrer dans la chambre du patient pour la durée de ma garde (12h). Afin d'y parvenir je devrais prendre le leadership au sein de l'équipe pluridisciplinaire et organiser à distance la prise en soins du patient. Cette dernière implique notamment des tours de surveillance toutes les deux heures. Cette organisation me permettra de tester un type de leadership particulier à chaque tour, dans l'ordre chronologique de mon cadre conceptuel.

Il est important que noter que je n'ai jamais travaillé auparavant avec cette équipe et elle ne sera pas au courant de mes objectifs.

Pour maintenir la qualité et la sécurité des soins, je rentrerai dans la chambre du patient à la prise de garde, avant la relève, mais également à tout moment lorsque cela sera nécessaire.

Durant la réalisation de cette étude, la charge de travail dans le service n'était pas importante. J'avais en charge dans mon secteur de soins un patient atteint du SARS-COV-2, stable sur le plan respiratoire et hémodynamique. Ces conditions m'ont permis de réaliser cette expérience de façon sécuritaire.

Il m'est difficile de faire une analyse objective de ce pré-test. En effet, il est aisé de vouloir faire corroborer la réalité et la partie conceptuelle développée. Néanmoins, j'ai pu constater l'importance de la communication pour organiser les différents intervenants. Cette dernière comprend le recueil et la transmission d'informations. Le fait de partager les informations que je possédais et d'explicitier mon raisonnement m'a permis de montrer ma considération pour le reste de l'équipe. Il était alors plus aisé pour moi de donner des instructions. Toujours en lien avec la communication, j'ai retenu l'importance du feedback. Du fait que je ne pouvais pas rentrer dans la chambre, je tenais absolument à savoir si le travail avait été réalisé et de quelle façon. Il apparaît également qu'en position de leader il faut accepter que l'autre ne comprenne pas une directive, même si elle est évidente pour soi. De plus lorsque l'autonomie est mise en avant, il faut accepter que la réalisation soit différente de nos pratiques personnelles. Ces deux derniers points font appel à des compétences de « lâcher-prise » et de gestion de ses émotions.

5. Résultats, Analyse et Mise en discussion

5.1. Méthodologie d'analyse

Afin d'analyser les données recueillies et retranscrites en verbatim, je vais employer une méthode déductive. Comme le décrivent BASLEV et SAADA-ROBERT [44], cette méthode permet de colliger des données et ainsi pouvoir les confronter à mon hypothèse. De plus comme le souligne BEAUGRAND [45], c'est aussi « *le raisonnement qui conduit toute proposition générale à ses implications particulières* ».

Comme nous l'avons détaillé précédemment, MENARD émet la proposition générale que l'intelligence émotionnelle est une composante du leadership. Je souhaite au travers de cette méthode apporter un éclairage sur la situation plus particulière de l'infirmier anesthésiste au bloc opératoire.

De plus cette approche s'intègre dans ma démarche de compréhension du « comment ». En effet « *il convient d'admettre qu'une position strictement inductiviste en science est vouée à l'échec dans la mesure où elle ne tolérerait, pour comprendre le cas particulier, aucun cadre théorique préalable, pas plus qu'elle ne rejaillirait ultérieurement sur les modèles explicatifs existants.* »

Pour ce faire, j'ai élaboré une grille d'analyse (Annexe) qui m'a permis de transformer les données brutes en données fines. Ces dernières ont alors été recueillies dans un tableau (Annexe) pour faciliter en l'analyse.

5.2. Analyse

5.2.1. Les différentes composantes du Leadership

5.2.1.1. Leadership Situationnel

Dans le premier entretien, lorsque j'évoque la situation d'urgence, l'IADE 1 fait immédiatement appel au leadership situationnel : « *Et je demande au moins un IADE de plus dans tous les cas quand il y a une urgence d'absolue d'annoncée* » (L 24). Le style est directif au début de la situation. Par la suite il explique les raisons de son choix et passe dans un style persuasif : « *pour moi de base c'est un MAR et si possible l'interne, vu qu'on est dans un CHU* » (L 24 à L 28). Puis le style devient participatif : « *partant de là avec l'IADE qui est venu*

en renfort, ou s'il y en a plusieurs, je leur propose que l'on se répartisse les tâches », « mais typiquement quand on veut me donner cette place là ou qu'il faut la prendre, parce que les choses sont différentes... j'ai tendance à me positionner comme je te disais sur vraiment le remplissage », et pour finir déléгатif « Au volontariat » (L 71).

Le style évolue donc avec la situation. Comme nous l'avons vu les styles directif et persuasif sont centrés sur les tâches à effectuer. Il est intéressant de voir que ces derniers apparaissent quand il y a beaucoup d'actions à mener et peu de personnes présentes, c'est-à-dire dans les premiers instants d'une situation de crise, quand les renforts demandés ne sont pas encore présents.

Par la suite, quand le personnel (MAR, IADE, interne) est en nombre suffisant, le style devient déléгатif et persuasif, c'est-à-dire focalisé sur le développement des collaborateurs et leur autonomie. Cela rejoint le cadre conceptuel qui évoque que plus le « followers » sera compétent, plus l'autonomie sera mise en avant.

En ce qui concerne la seconde instruction au sosie, l'IADE 2 se focalise principalement sur les tâches à effectuer. En effet au début de l'entretien, il décrit longuement toutes les actions qu'il effectue. Cela se traduit avec des styles directif et persuasif : « *si je n'ai pas le temps je fais appel à d'autres personnes, mais je veux quand même le valider* » (L 296), « *C'est une urgence, donc du moment que c'est une urgence même si les IBODE ne sont pas prêtes je le rentre* » (L 306-307). Dans cette logique de persuasion, il insiste à plusieurs reprises sur la nécessité de donner des instructions précises : « *pour moi il faut être ambassadeur d'objectifs clairs* » (L 374), « *en fixant des objectifs clairs j'ai envie de te dire* » (L 387).

5.2.1.2. Leadership Transactionnel

La définition d'objectifs clairs est également une composante du leadership transactionnel. L'IADE 2 insiste sur le fait qu'il est important d'expliquer clairement ce qu'il attend de la personne : « *si je te mets sur ce poste là c'est pour que derrière on est ça en retour. C'est le but de la manœuvre.* » (L388-391)

Une seconde composante est la reconnaissance du travail effectué. Elle apparaît également dans la seconde instruction au sosie : « *Dans le sens où le fait que les personnes aient fait l'action que je leur ai demandé, de reconnaître que le travail ait été effectué.* ». (L378-380)

Le premier entretien ne fait pas apparaître d'éléments qui peuvent relever du leadership transactionnel, mais comme nous l'avons détaillé dans le cadre conceptuel, il est souvent une étape vers le leadership transformationnel.

5.2.1.3. Leadership Transformationnel

En ce qui concerne cette déclinaison du leadership, l'IADE 1 fait souvent référence à la nécessité d'analyser la situation : « *en fait il y a toujours une phase d'analyse sur la situation* » (L 156). Il ajoute qu'afin de pouvoir effectuer cette réflexion, il est nécessaire de se placer de façon à avoir une vision d'ensemble de la situation : « *si tu es dans un rôle de leader, tu dois forcément être en recul [...] c'est là où tu as le plus de recul géographique et qui te permet d'avoir une vision d'ensemble.* » (L146-151). Le recul géographique permet d'éviter l'effet « tunnel » qui consiste à se focaliser sur sa tâche et oublier ce qui se déroule autour.

Cette position lui permet dans un second temps d'avoir une analyse des « followers » et ainsi de les considérer individuellement : « *si les autres l'acceptent, c'est-à-dire que ce n'est pas figé dans le temps. Tout le monde n'adhère pas forcément à ça, mais jusqu'à présent quand c'est bien amené, souvent les gens ne s'en rendent pas compte* » (L237-242).

Cette considération pour les autres conduit l'IADE 1 à les motiver, à voir au-delà de leur intérêt personnel : « *Et dans ces cas-là de proposer de prendre au leader, de proposer au médecin, de prendre le leader sur l'organisation de cette phase-là. Parce que ça nécessite une coordination et que lui va devoir mettre la tête dans le guidon pour poser la voie centrale.* » (L204-206). L'IADE 1 est conscient que le médecin va devoir se concentrer pour effectuer un geste technique. De ce fait, le médecin n'est plus en mesure d'avoir la vision globale indispensable au leader. L'IADE 1 le motive alors pour prendre en considération l'intérêt collectif pour le bien de la situation : « *Normalement si tu l'amènes bien en faisant comprendre que ce n'est pas parce qu'il est en défaut mais que tu proposes un relais pour un temps déterminé, normalement c'est accepter.* » Il est important de noter que l'accent est mis sur l'aspect positif et non sur la mise en défaut d'une personne.

Également dans cette dynamique de motivation, l'IADE 2 décrit l'importance du tempérament que nous laissons transparaître. Pour lui, il est primordial d'être de bonne humeur : « *Moi je garderai ma bonne humeur car je pense que c'est essentiel dans la prise en charge.* » (L 405-406), « *que cette humeur soit contagieuse [...] qu'on se sente bien et qu'il y ait un bien-être dans cette prise en charge car je considère que ça permet une hausse de productivité* » (L 408-409). Au-delà d'une compétence émotionnelle, c'est une conviction personnelle qui est

transmise au reste de l'équipe : le travail en équipe est plus efficace lorsqu'il est réalisé dans une ambiance agréable, l'organisation se retrouve alors transformée comme le décrivait MÉNARD.

Toujours en lien avec le leadership transformationnel, l'IADE 1 décrit sa vision du leadership dans une situation d'urgence. Il précise que cela n'est pas un phénomène constant ou figé, mais qui évolue en même temps que la situation :

« C'est-à-dire qu'il y a une phase où c'est nécessairement le médecin, puisqu'il faut qu'il y ait un leader médical... parce qu'il y a des informations et des décisions médicales à prendre, et ça leur incombent pleinement... Si le médecin n'est pas là ça peut être l'interne, il y a d'autres phases en situation d'urgence, ou ça peut très bien être un IADE ou même quelqu'un d'autre d'ailleurs. Pour moi le leader n'est jamais constant ».

Il apparaît que la source du leadership peut être multiple. Cela rejoint la théorie de MÉNARD selon laquelle la source peut-être le leader, la relation leader / followers, le groupe, ou la situation elle-même. Pour autant il précise l'importance de ne pas avoir plusieurs leaders en même temps, cela pourrait nuire au bon fonctionnement de l'équipe : *« Les équipes qui fonctionnent mal, c'est quand tu as deux leaders, quand tu en as plusieurs, quand tu en as pas... ça c'est une situation critique et il ne peut pas ne pas y en avoir. »* (L 245-247).

Enfin, il explique que *« si tu n'as aucune expérience et que tu utilises par exemple une aide cognitive de manière littérale, tu n'as pas de recul. Tu es incapable d'analyser ce qui se passe à côté. Tu fais juste une procédure. Dans ce cas-là tu n'es pas un leader. Tu es un lecteur de procédure »* (L 192-194). Cela résume parfaitement le leadership transformationnel. Ce dernier ne se résume pas à donner des instructions, il prend en compte l'analyse de la situation et les followers. De part cette vision il motive son entourage, transmet ses convictions et par conséquent transforme l'organisation dans laquelle il évolue.

5.2.2. L'intelligence émotionnelle : un levier au service du leadership

5.2.2.1. Des compétences personnelles

Dans les composantes de l'intelligence émotionnelle, la caractéristique individuelle qui est la plus présente est l'assertivité. Ainsi à de nombreuses reprises l'IADE 1 et l'IADE 2 s'affirment, et expriment ce qu'ils pensent : *« quand il est présent je n'hésite pas à poser de question pour avoir des compléments d'informations »* (L 58-59), *« de base non, je demande »* (L 71), *« moi je ne suis pas d'accord »* (L 172), *« il faut poser la question ouvertement »* (L 159),

« *Moi j'aime bien poser les choses. J'aime bien que ce soit très clair* » (L320). Cette capacité de s'affirmer apparaît comme un élément essentiel à la prise du leadership. L'IADE 1 l'énonce très clairement : « *et il ne faut pas se leurrer [...] En posant explicitement ces questions-là, tu prends le rôle de leader de toute façon.* » (L 160-162). Ainsi le fait de poser ouvertement la question « qui prend le leadership ? », est perçu comme une affirmation de soi. Cela conduit générale le groupe à laisser le rôle de leader à celui qui émet la question.

À la vue de cette analyse, l'affirmation de soi serait la compétence personnelle prédominante pour devenir leader. Pour autant d'autres éléments en lien avec la connaissance de soi ressortent des entretiens. Il apparaît que l'IADE 1 est conscient de ses propres émotions : « *l'analyse de ses propres émotions c'est aussi une compétence à développer* » (L 133). En ce qui concerne l'IADE 2, il précise qu'il a au préalable réalisé un travail sur lui-même : « *auparavant j'ai fait un travail là-dessus, sur des formations, sur un travail de soi pour rester calme* » (L 358).

La compréhension de ses émotions, pilier de l'intelligence émotionnelle, n'est qu'une première étape. Par la suite les deux IADE précisent qu'il faut adapter ses émotions en fonction de la situation : « *Après en fonction du moment de l'intervention... c'est le moment de laisser place à de l'émotion ou pas... et pour le coup c'est un révélateur...* » (L 136-139), « *Donc je considère qu'en leadership on n'a pas à avoir de sentiments qui doivent rentrer en compte dans un premier temps* » (L 362-363). La connaissance de ses émotions devient alors la gestion des émotions, et comme le précise GOLEMAN, elle est à la base de l'efficacité personnelle.

A ce stade l'analyse il serait pertinent de se questionner sur l'influence de l'efficacité personnelle sur l'affirmation de soi. En effet, il serait aisé de penser que plus l'on est efficace, plus il sera facile de s'affirmer. Pour autant il n'apparaît pas d'éléments de réponse lors de cet entretien.

5.2.2.2. Des compétences sociales

En ce qui concerne les compétences sociales, l'IADE 1 y fait référence à de nombreuses reprises. Dans les premiers instants de la prise en charge, il explique qu'il est important de faire le point avec les équipes d'anesthésie et de chirurgie : « *Déjà je fais le point avec l'équipe* » (L 19), « *A partir de là, je fais le point aussi avec l'équipe chirurgicale, c'est-à-dire les IBODE... de la salle, savoir si on est au clair et si de leur côté la salle sera opérationnelle et prête aux vues des éléments qu'on a eu.* » (L 22-24). Cette étape est importante afin de

recueillir toutes les informations nécessaires à la prise en soins du patient. De plus, il ne se limite pas à être informé lui-même, mais s'assure que toutes les personnes qui arrivent en renfort le soient aussi : « *Alors justement c'est d'avoir fait le recueil de toutes les informations, eux soit ils étaient présents soit pas présents, mais c'est de leur restituer en résumé* » (L35-36), « *Je leur restitue ces informations-là* », « *j'ai besoin d'avoir la réponse et que je vais transmettre aux gens avec qui je vais bosser* » (L 38).

Le partage d'information est également un élément central dans l'instruction 2, l'IADE y précise qu'il est important de favoriser la communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire : « *faciliter la communication.* » (L 320). Pour ce faire, il verbalise ses actions et n'oublie pas d'inclure l'équipe de chirurgie : « *même je vais retransmettre ou on en est du temps d'anesthésie pour que la chirurgie puisse se mettre en place* » (L 341-342), « *je vais verbaliser autant d'activité à l'ensemble de la salle* » (L 340).

Une fois l'information partagée, les deux IADE s'assurent que le message est correctement transmis et demandent à la personne de faire un « feedback » : « *ça va être beaucoup le feedback, de poser des questions plus que de donner des réponses* » (L 93-95), « *de faire reverbaler, pour savoir si ça a bien été compris et surtout quand on va affiner vers le rôle de chacun.* » (L 61-63).

Cette reverbération peut avoir plusieurs intérêts comme le souligne l'IADE 1. Dans un premier temps elle permet de s'assurer de la compréhension. Dans un second temps elle permet de connaître les intentions de la personne. Au début de l'analyse nous avons vu que l'autonomie était mise en avant. Pour autant elle ne signifie pas « faire ce que l'on veut ». Il est nécessaire que l'ensemble des personnes collaborent et œuvrent dans le même but. L'intérêt de ce feedback prend alors tout son sens : mieux coordonner les différents intervenants. En effet il permet au leader de connaître les intentions des personnes et de réajuster leurs objectifs si besoin. La communication apparaît comme un élément crucial afin de prendre le leadership : « *La meilleure des compétences en leader c'est la communication* » (L 178-179).

Pour finir, la dernière compétence à apparaître dans ces entretiens est la conscience sociale. A plusieurs reprises les deux IADE expliquent qu'il faut être attentifs aux émotions d'autrui : « *si c'est l'analyse des émotions des autres... oui, c'est une compétence que tu développes.* » (L 130-131), « *d'être attentif aussi aux défaillances et à l'intimidation des émotions et aux comportements des gens.* » (L 180-189) « *on n'est jamais sûr à 100% mais pour éviter que quelqu'un passe au travers de la situation et que ce soit mal vécu* » (L 115-118). Cette attention particulière ne se limite pas à la situation d'urgence. En effet au quotidien les deux IADE sont vigilants aux émotions, comportements, et réactions des autres. Cela leur permet par la suite de le prendre en considération dans leur gestion d'une crise :

« Parce que tu as des gens qui vont typiquement venir en renfort et c'est souvent naturellement... enfin sur des journées normales hors garde. Des gens qui vont venir en renfort parce qu'ils sont dispos et motivés pour venir en renfort, et des fois il y a des gens qui n'ont pas le choix. Et le comportement ne sera pas le même. » (L101-104)

Il apparaît que la gestion d'une situation d'urgence ne se restreint pas à la sphère du patient. Le leader prend en compte toutes les personnes qui gravitent autour afin d'accroître les performances de l'équipe tout en protégeant chaque agent.

5.2 Vers une confirmation de l'hypothèse

Dans un premier temps il résulte de cette enquête que le leadership dans une situation d'urgence au bloc opératoire n'est pas un phénomène figé. En effet le leader n'est pas le même du début à la fin. Plusieurs personnes (MAR, IADE, chirurgien, interne...) peuvent occuper cette fonction, suivant le moment de la prise en charge. Le leader ne serait pas seulement le plus compétent pour la situation, mais pour un instant précis et avec un objectif particulier.

Dans un second temps, il est difficile d'affirmer quel est le type de leadership qui prédomine. En effet il s'agit d'une dynamique compliquée voir complexe : certaines caractéristiques peuvent se retrouver dans plusieurs styles. Pour autant le leadership situationnel est largement représenté dans ses diverses composantes. L'origine peut être le contexte d'urgence avec sa notion de temporalité. Ce type de leadership est approprié pour des situations où il est nécessaire que la prise de décision soit rapide. A contrario, le leadership transformationnel nécessite plus de temps pour transmettre ses convictions et ainsi changer une organisation.

En outre, les infirmiers anesthésistes donnent une place prépondérante à la communication. Le recueil et le partage des informations apparaît comme une priorité, au même titre que les gestes techniques à réaliser. Dans cet objectif ils mettent en place des conditions propices aux échanges. De part cette vision de la prise en charge, ils incitent les autres professionnels à faire de même. Par conséquent, ils transforment l'organisation dans laquelle ils se trouvent.

Par ailleurs, l'intelligence émotionnelle apparaît comme une compétence développée plus ou moins consciemment par les infirmiers anesthésistes. La compréhension de ses émotions est clairement définie comme un mécanisme crucial dans la gestion d'une situation de crise. Pour autant d'autres composantes telles que l'assertivité, ou plus simplement la bonne humeur, sont autant d'éléments qui concourent à devenir leader.

Cependant l'idée majeure est que l'acquisition du leadership n'est pas une fin en soi. En ce sens l'infirmier anesthésiste priorise le collectif et la dynamique de groupe, et non les intérêts personnels. Le leadership devient alors une aide qu'il faut savoir proposer au moment opportun. Pour cela il est impératif d'être attentif aux personnes qui nous entourent. Cette conscience sociale ne se restreint pas à la situation d'urgence mais est présente au quotidien.

5.3 Discussion des résultats

Tout d'abord mon étude comporte plusieurs limites. La première d'entre elles est le nombre d'entretiens réalisés. En effet, je n'ai pu réaliser que deux entretiens au sosie. Il est donc évident que les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés.

Qui plus est, pour accroître l'aspect qualitatif, il aurait été pertinent de réaliser des entretiens d'auto-confrontation. Cependant suite à la crise sanitaire, les personnes interrogées n'étaient pas forcément disponibles. D'autre part, je n'ai pas pu réaliser un entretien « test » pour me permettre de me familiariser avec les entretiens au sosie et réajuster mon guide d'entretien si nécessaire.

Les deux infirmiers anesthésistes choisis ont un profil très similaire. Ils sont tous deux formateurs en simulation, infirmier sapeur-pompier, expérimentés et reconnus au sein de leur équipe comme leader. C'est particulièrement cette dernière caractéristique qui a motivé mon choix. Je ne cherchais pas à établir l'existence du leadership de l'IADE au bloc opératoire, mais à comprendre son mécanisme. Aussi pour faciliter cette exploration, j'ai choisi des personnes qui ont déjà occupé cette position et qui ont une analyse critique de leurs pratiques professionnelles. Cela peut constituer un biais de sélection dans cette étude.

Par ailleurs, mon étude se focalise sur l'intelligence émotionnelle comme facteur contributif à la prise de leadership, mais ne prend pas en considération les autres compétences professionnelles des personnes interrogées. Il est possible en effet que l'activité de sapeur-pompier intervienne dans le développement de l'assertivité ou du leadership situationnel. De même que la simulation pourrait aider à gérer ses émotions devant une situation d'urgence déjà vécue, répétée et analysée.

Pour autant les résultats de cette étude concordent avec le cadre théorique développé. Cela me conforte dans le choix de la méthodologie d'enquête. Je reste tout de même conscient qu'une part de subjectivité et de composante identitaire sont toujours présentes dans une analyse.

Conclusion

Ce travail de recherche, qui rejoint l'actualité mondiale avec la campagne Nursing Now®, m'a permis de mettre en perspectives mes représentations sur le leadership et de l'étudier dans un contexte de situation de crise.

Ainsi, j'ai pu mettre en évidence l'importance de la notion de temporalité dans une situation d'urgence. Cette dernière implique de mettre en place une organisation spécifique, rapide et efficace dans les plus brefs délais. Comme le souligne les sociétés savantes, il est alors nécessaire, voir indispensable, de désigner un leader afin de coordonner la prise en charge.

Pour autant, il est intéressant de constater qu'aucune définition du leadership n'a fait consensus à ce jour. Cela traduit peut-être toute la complexité de ce concept. Il apparaît cependant qu'il peut revêtir plusieurs aspects suivant le contexte : clinique, managérial et politique. A cela viennent s'ajouter des déclinaisons comme le leadership situationnel, transactionnel ou transformationnel.

Néanmoins, à la suite de ce travail de recherche, le leadership n'apparaît plus comme le simple fait de commander un groupe ou une organisation. J'ai pris conscience que l'essence même du leader était le partage et/ou la transmission de convictions et d'émotions dans un objectif commun. Le leader n'est plus celui qui dirige à distance, mais celui qui prend les devants et entraîne les autres à le suivre. Bien que gratifiante, cette posture n'est pas une fin en soi et doit rester une aide pour le bien de l'équipe et par conséquent du patient.

Dans cet objectif, le leader n'est jamais constant au cours d'une même situation. Une des clefs de la réussite pourrait être de savoir prendre et donner le leadership au moment opportun. Dans cette même optique, l'intelligence émotionnelle apparaît comme un levier essentiel. Souvent décrite comme une compétence requise envers les patients, il serait dommage d'oublier ses implications dans la dynamique de groupe. En effet, la conscience de soi et, à une plus grande échelle, de ceux qui nous entourent permet d'évoluer de façon plus harmonieuse au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Il en résulte une meilleure coordination impactant ainsi la qualité et sécurité des soins. Ces notions sont à la base de notre système de santé actuel.

Il est toutefois interrogateur de voir que le leadership n'est pas abordé dans les études d'infirmier anesthésiste malgré l'importance qu'il revêt. Il serait souhaitable que les écoles d'infirmier anesthésiste transforment l'enseignement et forment ses étudiants au leadership clinique.

Bibliographie

- [1] <https://www.snia.net/la-profession-diade.html>, Consulté le 18/01/2020
- [2] https://sfar.org/le-role-de-linfirmier-anesthesiste-diplome-de-tat/SNIA.2018.Gejade_2018_snia.pdf.
- [3] E. Benoist, H. Goelzer, *Nouveau Dictionnaire latin-français*, Paris, Garnier, 9^e édition, 1922 ; H. Bornecque, F. Cauet, *Le Dictionnaire latin-français du baccalauréat*, Paris, Belin, 15^e édition, 1959 ; F. Gaffiot, *Dictionnaire latin-français*, édition de poche revue sous la direction de Pierre Flobert, Paris, Hachette, 2001.
- [4] Bénévent, Raymond. « La rhétorique de l'urgence », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 76, no. 2, 2009, pp. 13-20.
- [5] Robert J., « Les situations d'urgence en droit constitutionnel », *Revue internationale de droit comparé*, 1990, volume 42, numéro 2, p.751-764
- [6] Institut UPSA de la douleur. Douleur et urgences. [http:// www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-223/Definition_de_l_urgence.igwsc](http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-223/Definition_de_l_urgence.igwsc), Consulté le 12 juillet 2019.
- [7] BROUSSEAU G. Théorie des situations didactiques. La pensée sauvage, 1998
- [8] PASTRÉ P. L'ingénierie didactique professionnelle. Chapitre 19. In : *Traité des sciences et techniques de la formation*, CARRÉ P., CASPAR P. (sous la direction de), Dunod, 3^{ème} édition ; 2011 : 401-421.
- [9] Norbert Roewer, *Atlas de Poche d'Anesthésie*, Holger Thiel, Médecine Sciences Flammarion.
- [10] <https://sfar.org/wp-content/uploads/2019/05/rfe-interets-de-lapprentissage-par-simulation-en-soins-critiques.pdf>. Consulté le 07/06/2020
- [11] <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-nightingale-challenge-inspire-la-prochaine-generation-de-cheffes-de-file-des-soins>. Consulté 11/03/2020
- [12] Künzle, B, Zala-mezö, E, Wacker J, Kolbe M, Spahn DR, Grote G : Leadership in anaesthesia teams : the most effective leadership is shared. *Qual Saf Health Care*. Dec 2010.

- [13] Fynes, E., Martin, D., Hoy, L., & Cousley, A. (2014). Anaesthetic Nurse Specialist Role : Leading and Facilitation in Clinical Practice. *Journal of Perioperative Practice*, 24(5), 97-102.
- [14] Umutesi, G., McEvoy, M. D., Starnes, J. R., Sileshi, B., Atieli, H. E., Onyango, K., & Newton, M. W. (2019). Safe Anesthesia Care in Western Kenya : A Preliminary Assessment of the Impact of Nurse Anesthetists at Multiple Levels of Government Hospitals. *Anesthesia & Analgesia*, 129(5), 1387–1393.
- [15] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/leader/46518>. Consulté le 07/06/2020
- [16] Mathieu L, et al. Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière* (2016)
- [17] Cyrille Sardais, Danny Miller « Qu'est-ce, au juste, que le leadership ? », *Gestion* 2012/3 (Vol. 37), p. 77-84.
- [18] Mackey, J., & Sisodia, R. (2016). *L'entreprise responsable et consciente: réinventons l'économie*. Outremont (Québec); [Escalquens: Ariane ; DG diffusion
- [19] https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_cadres_de_la_FP/Guide-de-l-encadrant-web.pdf. Consulté le 07/03/2020
- [20] Harper, J. (1995). Clinical leadership—Bridging theory and practice. *Nurse Educator*, 20(3), 11-12.
- [21] Cook, M. J., & Leathard, H. L. (2004). *Learning for clinical leadership*. *Journal of Nursing Management*, 12(6), 436–444.
- [22] Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J., & Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), 268–273.
- [23] Ménard. S, « *L'Apprentissage Transformationnel dans le Développement du Leadership* » ; *International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education (IJCDSE)*, Special Issue Volume 5 Issue 3, 2015
- [24] Ken H. Blanchard et Paul Hersey, "Life-cycle theory of leadership", *Training and Development Journal*, 23, pp26-34
- [25] Interview de Luc BOUQUIAUX, in *Les Nouvelles littéraires*, n° 2845, 15-21 juillet 1982
- [26] M. GODELIER, *La production des grands hommes*. Paris, Fayard 1982.
- [27] James M. Burns, "Leadership", New York: Harper & Row, 1978

- [28] [Bernard M. Bass](#), J. J. Hater, "Superiors' evaluations and subordinate perceptions of transformational and transactional leadership, *Journal of Applied Psychology*, Vol 73, pp695-702.
- [29] B. M. Bass, "Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 8(1). 1999, pp. 9-32.
- [30] M. Hernandez, M. B. Eberly, B. J. Ayolio. & M. D. Johnson, "The Loci and Mechanism of Leadership : Exporting a More Comprehensive View of Leadership Theory", *The Leadership Quaterly*, 22. 2013, pp. 1165-1185.
- [31] Rimé Bernard, *Le partage social des émotions*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2009, 448 pages
- [32] Scherer, Klaus. (2009). The dynamic architecture of emotion: Evidence for the component process model. *Cognition and Emotion*. 23. 1307
- [33] Robert W Levensson, Paul Ekman, Wallace V Friesen, "Voluntary Facial Action Generative Emotions-Spécific Autonomous Nervous System Activity" in *psychophysiology* 27, 1990
- [34] Pailler, Jean-Jacques. « Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions, d'Antonio R. Damasio », *Revue française de psychosomatique*, vol. n° 25, no. 1, 2004, pp. 165-172.
- [35] TERMAN, LEWIS M. 1916. *The Measurement of Intelligence*. Boston: Houghton Mifflin.
- [36] Gardner, H. (2011). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basics Books.
- [37] Goleman, D. 1997. L'intelligence émotionnelle¹. Comment transformer ses émotions en intelligence. Paris : Laffont
- [38] Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- [39] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>. Consulté le 16/04/2020
- [40] Ric François, Muller Dominique, « Chapitre 1. Qu'entend-on par cognition sociale ? », dans : *La cognition sociale*. Sous la direction de Ric François, Muller Dominique. Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, « Psycho en + », 2017, p. 7-19.
- [41] Platon, *République*, Paris, Garnier-Flammarion, coll. « Philosophie », 2002

[42] Saujat, F. (2005). Fonction et usages de l'instruction au sosie en formation initiale. En ligne : probo.free.fr/textes_amis/instruction_au_sosie_f_saujat.pdf. Consulté le 13/05/2020

[43] Soyer, L. & Tanda, N. (2016). Skype, un média innovant pour optimiser la coopération à distance entre chercheur et participants à la recherche. *Innovations Pédagogiques, nous partageons et vous? Oser l'innovation pédagogique, Analyse*, 3(1), 27-42.

[44] Balslev, Kristine, et Madelon Saada-Robert. « Expliquer l'apprentissage situé de la littérature : une démarche inductive/déductive », Madelon Saada-Robert éd., *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation*. De Boeck Supérieur, 2002, pp. 89-110.

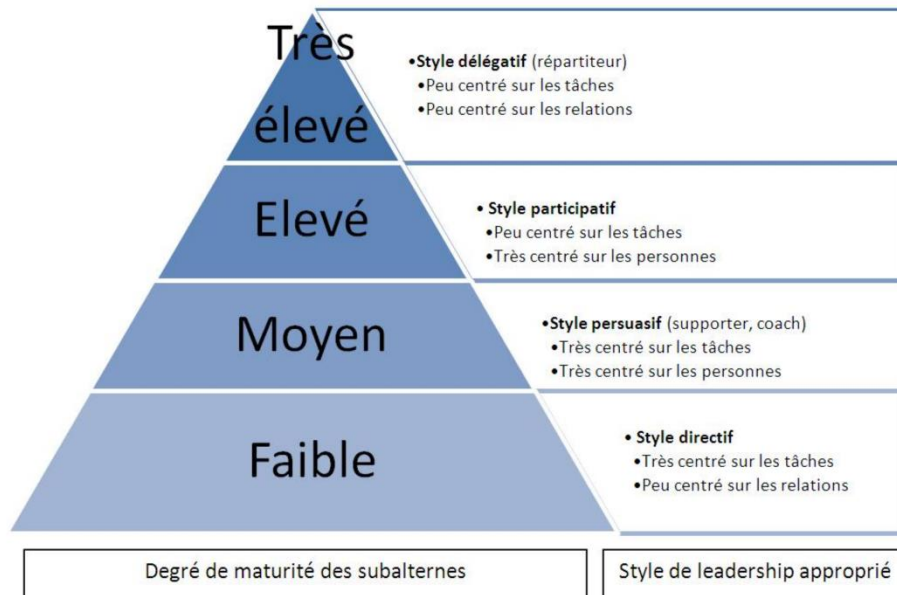
[45] Beaugrand, J. P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. In M. Robert (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, p8

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de mesure de l'évaluation d'une équipe d'urgence (échelle TEAM)

Identification de l'équipe :		
Date :	Heure :	Lieu :
Chef d'équipe :		Équipe :
Leadership : partant du principe que le chef d'équipe est, soit désigné soit qu'il se soit dégagé par rapport au reste de l'équipe où qu'il soit le plus expérimenté. Si aucun chef d'équipe n'apparaît : répondez 0 aux questions 1 et 2		
Question 1 : Le chef d'équipe a informé l'équipe de ce que l'on attendait d'elle en donnant les directives et les ordres.		
Question 2 : Le chef d'équipe a maintenu une perspective globale. <i>Suggestions : contrôle des procédures cliniques et de l'environnement ? Délégation appropriée ?</i>		
Travail en équipe : Les évaluations devront inclure l'équipe en totalité, c'est-à-dire le chef d'équipe et l'équipe collectivement		
Question 3 : L'équipe a communiqué de façon efficace. <i>Suggestions : communication verbale, non verbale et écrite</i>		
Question 4 : L'équipe a travaillé ensemble pour compléter à bien les tâches requises en temps voulu.		
Question 5 : L'équipe a agi avec sang-froid et de façon contrôlée. <i>Suggestions : émotions appropriées ? Problèmes de la gestion des conflits ?</i>		
Question 6 : Le moral de l'équipe était positif. <i>Suggestions : soutien approprié, confiance, esprit, optimisme, détermination ?</i>		
Question 7 : L'équipe s'est adaptée aux changements de situation ? <i>Suggestions : Adaptation dans leur rôle professionnel ? Changement de situation : dégradation de l'état de santé du patient ? Changement dans l'équipe ?</i>		
Question 8 : L'équipe a contrôlé et réévalué la situation ?		
Question 9 : L'équipe a anticipé les actions possibles ? <i>Suggestions : préparation du défibrillateur, médicaments, équipement des voies aériennes</i>		
Gestion des tâches		
Question 10 : L'équipe a identifié ses priorités		
Question 11 : L'équipe a suivi les standards et les directives homologués <i>Suggestions : certaines dérogations peuvent être appropriées</i>		
Dans l'ensemble		
Question 12 : Sur une échelle de 1 à 10, donnez votre note globale sur les performances non techniques de l'équipe		
Commentaires :		

Annexe 2 : Modèle de leadership Situationnel selon Hersey et Blanchard



Annexe 3 : Guide d'instructions au sosie

Je te remercie de me consacrer du temps et de participer à cet entretien. Il est réalisé dans le cadre de mon mémoire sur le leadership de l'infirmier anesthésiste au bloc opératoire.

Je vais faire un enregistrement audio de l'entretien en respectant l'anonymat des personnes et des lieux. Par la suite il sera retranscrit en verbatim, et le fichier audio sera supprimé. Tu as accès à l'intégralité des fichiers.

Je tiens à préciser que mon objectif est de me questionner autour de ma thématique et non pas d'émettre un jugement.

Demain je suis ton sosie. Je te remplace et personne ne doit pas s'en apercevoir.

Tu es un matin au bloc opératoire. Le médecin anesthésiste t'annonce l'arrivée d'une urgence absolue.

Comment je fais pour qu'on se rende pas compte que ce n'est pas toi ?

Comment tu t'organise ? Personnellement ? avec le MAR ? avec l'interne ? Avec le reste de l'équipe ?

Comment j'organise la prise en charge du patient ?

Qu'est-ce que je dois faire ?

Qu'est-ce que je dois dire ?

Comment je m'adresse aux autres personnes ?

Je me place ou lors de l'arrivée du patient ?

Quelles compétences estimez-vous avoir qui vous aident dans la prise en charge des urgences ?

En quelques mots, si j'avais à vous remplacer, quelles aptitudes, capacités, compétences devrais-je développer ?

Si je vous dis gestion de l'urgence et compétences relationnelles, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Annexe 4 : Grille d'analyse des instructions au sosie

Grille d'analyse des entretiens		
Leadership	Situationnel	Directif Prends décision, donne instructions
		Persuasif Instruction précises, explique les raisons
		Participatif Prends décision et participe aux tâches
		Déléгатifs Autonomie mise en avant
	Transactionnel	Négocie Système récompense/punition
		Définit les objectifs Mets en place des moyens et ressources nécessaires
	Transformationnel	Motive Vois au-delà des intérêts personnels
		Stimule intellectuellement Réflexion critique de la situation et des problèmes
		Considère individuellement Analyse les « followers »
		Transforme une organisation Transmets ses convictions
Intelligence Emotionnelle	Compétences personnelles	Connaissance de soi Comprend ses émotions, confiance en soi
		Gere ses émotions Adapte ses émotions à la situation
		Auto-Motivation Persévère
		Assertivité Affirmation de soi. Exprimer ce que l'on pense
	Compétences sociales	Aptitude sociale Travaille et interagis avec les autres. Le collectif prime. Favorise la communication
		Conscience sociale Reconnaitre et comprend les émotions d'autrui Fait preuve d'empathie et d'écoute active.