

Ecole Supérieure Montsouris  
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

## Diplôme de Cadre de Santé



# Le management : Entre proximité et distance.

Nicole BOULAY

**DCS@13-14**

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'École Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'École Supérieure Montsouris.

« Si tu veux construire un bateau, ne rassemble pas tes hommes et femmes pour leur donner des ordres, pour expliquer chaque détail, pour leur dire où trouver chaque chose. Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer. »

Antoine de Saint-Exupéry

## Remerciements

Je remercie :

Evelyne TERRAT, ma directrice de mémoire pour sa guidance tout au long de ce travail de recherche.

Anne FEUILLATRE MORNAY et Christelle BIGOT anciennes collègues et cadres de santé pour leur lecture attentive, leurs observations et pour s'être prêtées à l'interview que j'ai menée.

Paulette MANGA directrice des soins des grands chênes de Châteauroux pour ses observations ainsi que pour l'aide apportée pour mes entretiens.

Les cadres de santé qui ont pris le temps de me recevoir pour les entretiens et pour la richesse de nos échanges.

Je remercie tous mes proches qui m'ont encouragée pendant toute cette année de formation ainsi que pour ce travail de recherche.

# Sommaire

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>DU CONSTAT À LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>LE CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>La proximité.....</b>	<b>10</b>
3.1.1	Définition .....	10
3.1.2	Le cadre de proximité .....	10
<b>3.2</b>	<b>Les valeurs .....</b>	<b>11</b>
3.2.1	Définition .....	11
3.2.2	Les valeurs du cadre.....	12
<b>3.3</b>	<b>Le cadre de santé .....</b>	<b>13</b>
3.3.1	Evolution de la fonction cadre .....	13
<b>3.4</b>	<b>Le management .....</b>	<b>14</b>
3.4.1	Définition du manager .....	14
3.4.2	Rôles du cadre selon Henry Mintzberg.....	15
3.4.3	Différents modes de management .....	17
<b>3.5</b>	<b>Les organisations .....</b>	<b>20</b>
3.5.1	Définition .....	20
3.5.2	Division des tâches.....	21
3.5.3	Distribution des rôles.....	21
3.5.4	Système d'autorité.....	22
3.5.5	Système de communication.....	22
3.5.6	Système de contribution-rétribution .....	23
<b>4</b>	<b>L'HYPOTHESE DE RECHERCHE .....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>L'ENQUÊTE .....</b>	<b>25</b>
<b>5.1</b>	<b>La méthode d'enquête .....</b>	<b>25</b>
5.1.1	Échantillon .....	25
5.1.2	Outils.....	26
5.1.3	Limites de la recherche .....	27
<b>6</b>	<b>L'ANALYSE DES ENTRETIENS AUPRES DES CADRES DE SANTE .....</b>	<b>27</b>
<b>6.1</b>	<b>La population.....</b>	<b>28</b>

<b>6.2</b>	<b>Notion de taille d'équipe .....</b>	<b>28</b>
6.2.1	Nombre de soignant dans les services.....	29
6.2.2	Petite ou grande équipe ?.....	31
<b>6.3</b>	<b>Les valeurs du cadre.....</b>	<b>33</b>
<b>6.4</b>	<b>Qu'est ce qu'un cadre de proximité.....</b>	<b>35</b>
<b>6.5</b>	<b>La présence managériale.....</b>	<b>36</b>
6.5.1	Autres formes de présence.....	37
6.5.2	Pensez vous être suffisamment présent auprès de vos équipes ? .....	37
6.5.3	Qu'avez-vous mis en place pour optimiser votre présence auprès des équipes ? ...	38
6.5.4	Qu'est ce qui ferait que vous pourriez être plus présent auprès des équipes ? .....	39
6.5.4.1	Délégation .....	39
6.5.4.2	Communication .....	41
6.5.4.3	Gestion des plannings .....	41
6.5.4.4	Dynamique de projet.....	42
6.5.4.5	Proximité géographique .....	42
<b>6.6</b>	<b>Synthèse de l'analyse.....</b>	<b>43</b>
6.6.1	Retour à l'hypothèse.....	46
<b>7</b>	<b>Mes perspectives professionnelles .....</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>50</b>

## Liste des abréviations

APEC : Agence Pour l'Emploi des Cadres  
ARS : Agence Régionale de la Santé  
CAJA : Centre d'Accueil de Jour pour Alzheimer  
CH : Centre Hospitalier  
EADSP : Équipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène  
HAD : Hospitalisation À Domicile  
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire  
ORL : Oto-Rhino Laryngologie  
PMO : Prélèvement Muli Organe  
SIDIIEF : Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone  
SMPU : Service de Médecine Polyvalente Urgente  
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
SSIAD : Service de Soins Infirmier À Domicile  
SSR : Service de Soins et de Réadaptation  
UCSA : Unité de Consultation de Soins Ambulatoire  
USLD : Unité de Soins de Longue Durée.

# 1 INTRODUCTION

Dans un contexte socio-économique de plus en plus difficile pour toutes les entreprises et notamment pour les établissements de santé, le cadre de proximité est amené à gérer des équipes dans des organisations en perpétuel mouvement.

Il est sollicité de plus en plus d'efficacité au sein des services avec une organisation qui, pour subsister, oblige à des économies budgétaires qui impactent les effectifs. Le cadre de santé de proximité doit s'adapter et apprendre à manager des équipes, voir plusieurs unités ce qui implique une notion de grandeur d'équipe.

Or, le cadre de santé de proximité se trouve au carrefour des logiques médicales, administratives et soignantes. Il doit rechercher des solutions pour accomplir ses diverses missions sans délaisser les équipes dont il a la charge.

Le but de ce travail est de déterminer comment et avec quels outils le cadre de santé de proximité peut manager des équipes de grandes tailles.

Pour répondre à cette problématique, je vais dans un premier temps aborder des concepts en relation avec celle-ci puis, dans un deuxième temps, j'émettrai une hypothèse. Une enquête auprès des professionnels de santé va permettre, dans l'analyse que j'en ferai, d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse de ce travail.

## **2 DU CONSTAT À LA PROBLÉMATIQUE**

Depuis maintenant presque dix ans je suis en charge du management d'équipes. La formation cadre est pour moi une nécessité, un besoin de me poser pour réfléchir ; faire le point et remettre en question mon travail, mon approche de la profession cadre de santé. Pour cela j'ai choisi de partir de mon expérience et d'exécuter un pas de côté pour comprendre pourquoi et comment j'ai travaillé jusqu'à présent et comment je souhaite m'inscrire dans mes fonctions à venir, forte de tous les enseignements reçus.

Mes expériences professionnelles m'ont amenée à travailler comme infirmière coordinatrice dans des secteurs privés intervenant au domicile des personnes : Service de Soins Infirmier À Domicile (SSIAD) et Hospitalisation À Domicile (HAD). Puis, j'ai exercé comme faisant fonction cadre dans un centre hospitalier public à orientation gériatrique composé d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Ces diverses expériences professionnelles m'ont permis de constater une différence dans le mode de management des équipes.

Tout d'abord, au domicile, l'équipe soignante est restreinte, la proximité du cadre est de fait. Celui-ci connaît chaque soignant de son équipe. En effet, régulièrement, il effectue une matinée de travail complète avec l'aide soignant. Ce qui permet d'apprécier le travail accompli et d'instaurer de la part du cadre, de la confiance dans les capacités de l'AS.

La prise en charge de personnes à leur domicile demande une attention autre que lorsque le patient est hospitalisé. Même si une chambre d'hôpital est considérée comme étant le domicile du patient, le soignant ne se comporte pas de la même façon lorsqu'il entre dans une chambre que lorsqu'il pénètre dans un domicile. La famille est très souvent en demande de renseignements, d'échanges, de contact, de réconfort, et il n'est pas rare qu'elle soit plus chronophage que le patient lui même. La famille souhaite quelques fois participer aux soins et là encore il faut que le soignant s'adapte à eux et non l'inverse. Effectivement, une confiance réciproque est nécessaire car le soignant entre dans une sphère privée où il doit faire preuve de tact et de discrétion. Il doit respecter les habitudes de vie de la famille et pas seulement du patient. Il n'est pas rare de rencontrer des réticences aux méthodes de soins.

Un des outils aidant pour gérer ces situations singulières est la réunion de synthèse hebdomadaire. Elle permet d'échanger sur chaque personne prise en charge, de réévaluer les plans de soins personnalisés, d'exprimer les difficultés rencontrées et de partager avec les collègues.

Les structures à domicile sont souvent de petite taille, de ce fait, je manageais une partie des ressources humaines, je planifiais les remplacements, recrutais les remplaçants, préparais les données salariales pour l'élaboration du salaire, gérais le parc automobile et les diverses fournitures. Je devais aussi tisser du lien avec les intervenants extérieurs, travailleurs libéraux, médecins, hôpitaux, associations, financeurs, représentants des politiques communales.

Le cadre doit développer son rôle de mise en relation entre tous les différents intervenants du domicile et de la famille car, il est bien souvent le principal interlocuteur des familles. C'est lui qui intervient pour préparer la sortie d'hospitalisation ou pour coordonner la prise en charge directement au domicile à la demande du médecin hospitalier ou du médecin traitant. Il compose avec la famille, avec les difficultés que pose le fait d'intervenir au domicile. Il propose une solution satisfaisante pour le patient et qui doit être également en adéquation avec la faisabilité des soins dans un maximum de respect des bonnes pratiques. Un suivi est mis en place, sous forme de visites au moment ou en dehors des soins, tout au long de la prise en charge pour les évaluer et les réajuster si nécessaire. Il n'était pas rare que la prise en charge se fasse jusqu'au décès de la personne. Les équipes et le cadre entrent dans la sphère familiale et y occupent parfois une place importante qu'il convient d'apprécier dans la gestion des situations au domicile. Walter Hesbeen<sup>1</sup> parle de « *prise en compte de la singularité de l'humain* », de la « *capacité d'accueillir, en situation, la singularité de l'humain concerné et qui vit comme il le peut ce qu'il a à vivre lorsqu'il nécessite des soins* ». La singularité de l'humain prend sens ici.

Cet investissement particulier de l'équipe se fait grâce à un travail d'échange important au moment des transmissions ou lors des réunions pluridisciplinaires avec d'autres intervenants du domicile, et notamment avec l'Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs (EADSP).

---

<sup>1</sup> HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin*. Elsevier Masson, 2011, 155p.

Par ailleurs, j'ai exercé comme faisant fonction cadre dans un Centre Hospitalier (CH) qui n'avait plus de cadre depuis 6 mois. Ce CH comporte 160 lits d'EHPAD répartis sur 5 services et un service de 15 lits de SSR.

Dans ce type d'institution, la prise en compte de l'humain ne pouvait pas se faire de la même façon. Avec plus de 80 soignants, impossible de connaître la façon de travailler et de se comporter de chacun. Se fier aux dires des uns et des autres sur la conduite de leurs collègues peut être facile mais risqué pour la crédibilité du cadre.

Dans un premier temps, j'ai tenté de conserver un management de proximité en me rendant tous les jours dans les services mais très vite, la somme de travail a eu raison de cette manière de faire. Afin de pouvoir consacrer plus de temps à des échanges constructifs, j'avais mis en place l'informatisation des demandes de congés, de Récupération du Temps de Travail (RTT), des échanges entre collègues. Mais cette nouvelle façon de procéder n'avait pas été satisfaisante pour les soignants pour qui ces demandes de congés pouvaient être un moment d'échange privilégié avec le cadre.

Une réunion hebdomadaire, regroupant un membre de chaque service avait été instaurée afin d'avoir une vision globale de l'établissement. Elle permettait également le décloisonnement des services. De plus, en fonction de mes disponibilités, je me rendais sur ces différents services au moment des transmissions afin d'y recueillir les informations concernant les résidents ainsi que les difficultés du service dans son fonctionnement.

Ma connaissance des résidents d'EHPAD au nombre de 160 répartis sur 5 services, s'était effectuée, pour les nouveaux arrivants, au fur et à mesure. Quand aux présents lors de mon arrivée, j'avais fait connaissance, en priorité, avec ceux qui posaient problème ou qui avaient besoin d'une attention plus particulière.

Les patients en SSR au nombre de 15 bénéficiaient d'une prise en charge différente avec une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire regroupant médecins coordonnateurs, médecin rééducateur, assistante sociale, psychologue, cadre de santé, infirmier, et aides soignants. Même si cette prise en charge était plus spécifique, je faisais connaissance de ces patients essentiellement à travers le dossier de demande de prise en charge et les transmissions que m'en faisaient les infirmières du service.

La rencontre avec les familles des résidents d'EHPAD, se réalisait essentiellement lors de la pré-visite d'entrée, quant aux autres, j'avais fait leur connaissance au fur et à mesure

des réclamations ou des demandes de renseignements qu'elles pouvaient exprimer. Même si elles n'étaient pas moins investies dans l'intérêt porté à leur parent, leurs exigences différaient de celles du domicile. Pour certaines familles cela traduisait une inquiétude quant à la qualité des soins prodigués.

Le travail en réseau différait également par la proximité géographique des acteurs, et donc par la facilité à joindre tout le monde beaucoup plus rapidement, puisqu'ils travaillaient au sein de la structure.

Les transmissions restaient, comme pour les structures du domicile, horizontales et verticales, seul différaient le nombre de résidents/patients ainsi que le nombre de soignants.

Au regard de mon parcours, je pense que même si devenir cadre nécessite d'acquérir une posture particulière, qui détermine pour partie son mode de management, ce mode de management est aussi influencé par l'environnement dans lequel le cadre évolue.

Le contexte économique met à mal les organisations dans les services, organisations qui sont aujourd'hui élaborées autour des démarches qualité. L'Agence Régionale de la Santé (ARS) demande aux établissements d'être efficaces mais, avec des moyens financiers qui ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins qui s'expriment sur le terrain. La réduction de la masse salariale, qui représente la dépense la plus conséquente sur un établissement, est souvent privilégiée par les directions pour diminuer les coûts. De plus, la traçabilité des actes soignants demande aux personnels, un travail supplémentaire qui n'est pas toujours bien accepté ni compris par les équipes. En effet, toutes ces démarches demandent du temps alors qu'ils estiment être déjà surchargés.

Le cadre de santé de proximité vit au quotidien les difficultés liées à ces problématiques, il compose avec les effectifs et les exigences de la direction. Cette position à l'interface des équipes et de la direction est souvent difficile. Le cadre de santé traite avec tous sans oublier que sa principale préoccupation reste le patient. Ses valeurs soignantes sont mises à l'épreuve, il doit les mettre en relation avec les impératifs du management d'équipe et de la gestion budgétaire.

Avec du recul et au gré du travail de réflexion suscité par mes expériences, je m'aperçois que plusieurs oppositions existent :

- privé-public ;
- management de proximité-management à distance ; mais quelle distance ? Celle qui sépare le lieu d'exercice du bureau du cadre ou celle qui compromet les échanges ?
- Taille des équipes : petite équipe-grande équipe, mais où prend fin la petite équipe et où commence la grande ?
- Petite structure avec peu de lits ou grand établissement avec beaucoup de lits ?
- Gestion partielle ou gestion globale du service par le cadre ?

Ces questions peuvent trouver un prolongement dans :

Est ce que tous ces paramètres influencent le management ? Comment peuvent t'ils l'influencer ? Peut-on manager toutes les équipes de la même façon ou doit-on s'adapter? Quels peuvent être les impacts sur les équipes, sur le ressenti des patients/résidents, sur les familles ? Est-on efficient de la même manière en fonction de l'organisation ? Y a t-il un type de management adapté à chaque type de structure ? En quoi le cadre réfléchit-il sur son mode de management avant d'intégrer un service ? En quoi les valeurs du cadre de santé peuvent être mises à mal en fonction des exigences des structures ?

Dans quelles mesures les valeurs de l'établissement peuvent-elles influencer le management du cadre ?

Toutes ces questions demanderaient bien évidemment à être développées.

La réalisation de mon travail de mémoire m'oblige à faire un choix, et j'en arrive donc à poser la question suivante :

**Les différentes organisations des établissements de santé ont-elles une incidence sur les valeurs et le mode de management du cadre de santé ?**

### 3 LE CADRE CONCEPTUEL

Pour étayer ma question de recherche, il est nécessaire de développer certains concepts. Il m'a semblé important d'aborder la notion de proximité, qu'est ce qu'un cadre de proximité ? Qu'entend-on par proximité ? Qu'est ce que la notion de valeur pour un cadre de santé et quelles sont ces valeurs ? Ensuite, je situerai le rôle du cadre de santé et les différents modes de management. Puis, je parlerai des différentes organisations possibles de services.

Pour terminer et au regard des éléments développés, j'émettrai une hypothèse.

#### 3.1 La proximité

##### 3.1.1 Définition

Selon le dictionnaire français Larousse<sup>2</sup>, la proximité est la : « *situation de quelqu'un, de quelque chose qui se trouve à peu de distance de quelqu'un, de quelque chose d'autre, d'un lieu : la proximité des commerçants facilite le ravitaillement* ».

Si nous transposons cette définition dans le domaine du soin, cela suppose donc, que le cadre de santé de proximité est celui qui se trouve à peu de distance de son service, des soignants et patients composant cette unité. Il est question ici de distance géographique. Voyons ce que différents auteurs ont écrit sur ce sujet.

##### 3.1.2 Le cadre de proximité

Le cadre de proximité se retrouve dans tous les milieux professionnels où il y a du management. Selon une étude de l'Association pour l'emploi des cadres<sup>3</sup> (Apec), « *le cadre manager de proximité se situe au carrefour de plusieurs responsabilités : l'organisation, la gestion humaine, et en partie administrative de l'activité d'une équipe de salariés ; l'accomplissement des objectifs donnés par la hiérarchie (...)* ». Dans cette étude, la gestion de l'éloignement géographique du cadre de proximité est évoquée, ce qui pourrait apparaître contradictoire avec la définition du mot proximité. Dans cette

---

<sup>2</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proximite/64681> : consulté le 8/03/2014

<sup>3</sup> <http://cadres.apec.fr/Emploi/content/download/492217/1052227/version/1/file/Management+de+proximite+final.pdf> p 2 : consulté le 08/03/2014

étude, un cadre dit « *il faut essayer d'être disponible par tous les moyens. C'est-à-dire que si on n'est pas là physiquement, il faut être à l'écoute au téléphone, par e-mail. Il faut mettre l'équipe en premier, parce que, comme on n'est pas là physiquement, on ne les rassure pas.* »

Dans ce passage, il est clairement énoncé que le management de proximité peut se réaliser par le biais d'une communication autre que présentiel. Cette étude touche-t-elle tous les domaines?

Hannah Arendt<sup>4</sup>, philosophe allemande, a écrit « *la relation singulière de soin et l'intelligence du singulier qui l'anime, ne sauraient durablement se déployer au sein d'un service sans être soutenues, accompagnées, organisées et encadrées par un cadre de proximité et la relation proximale que sa présence permet d'entretenir avec les différents professionnels de son service* ». Il est bien question ici de « relation proximale » pour permettre aux équipes de progresser à travers le soutien du cadre de proximité.

Walter Hesbeen<sup>5</sup>, parle du métier de cadre de proximité comme « *un métier qui se situe, pour nous, résolument au cœur du soin et qui reflète, plus que jamais, la nécessité de penser et d'accompagner une éthique concrète du quotidien des soins* ». Là encore, il est question d'accompagner le quotidien des soins, il n'est pas question de distance géographique. Le cadre de proximité peut-il travailler à distance du service dont il a la charge ? Cette question mérite d'être posée.

Pour manager une équipe le cadre de proximité s'appuie sur ses valeurs professionnelles. Quelles sont elles ?

## **3.2 Les valeurs**

### **3.2.1 Définition**

Le mot valeur vient du latin « *Valore* » qui signifie être fort, être digne.

Le dictionnaire français propose plusieurs définitions du terme « valeur » ; pour mon travail, je retiens celle du Grand Robert de la Langue Française : « *Ce qui est vrai, beau, bien selon un jugement personnel, plus ou moins en accord avec celui de la société de l'époque.* »

---

<sup>4</sup> ARDENDT Hannah. *La condition de l'homme moderne*. Pocket 1994.

<sup>5</sup> HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin*. Elsevier Masson 2011, p 7.

### 3.2.2 Les valeurs du cadre

Les valeurs sont propres à chacun, elles sont en lien avec son savoir être. Mais elles doivent également être partagées par un groupe professionnel pour travailler dans la même direction, pour que le travail d'équipe fasse sens. Walter Hesse<sup>6</sup> dit : « *Des valeurs même universellement proclamées, restent soumises à la façon qu'a chacun de les hiérarchiser, de leur accorder une importance concrète, cette importance étant elle-même sujette aux aléas des circonstances d'une situation* ». L'enrichissement d'un groupe passe par ce que chacun de nous fait de nos valeurs. « *Rappelons nous ainsi qu'une valeur est accessible à tous mais ne s'impose à personne, du moins si l'on souhaite qu'elle imprègne véritablement et subtilement la pratique*<sup>7</sup>. ». De même, Marie De Hennezel<sup>8</sup> nous dit en parlant des soignants : « *c'est en vivant leurs valeurs qu'ils les rayonnent* ».

Une équipe est composée de personnes aux valeurs à la fois personnelles et collectives, mises ensemble, ces valeurs font force au sein de l'équipe.

Dans le domaine de la santé, les professionnels ont des valeurs communes. Elles sont essentiellement basées sur la bienveillance et l'humanisme. Nous retrouvons notamment certaines de ces valeurs inscrites dans le projet de code de déontologie des infirmières<sup>9</sup> ainsi que dans la charte des valeurs du Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF)<sup>10</sup>.

En devenant cadre, ces valeurs de cœur de métier doivent être renforcées par d'autres plus propre au manager ; l'humilité et l'équité me semblent indispensables. C'est ce en quoi j'aimerais tendre dans l'exercice de ma future fonction.

Afin de voir comment ces valeurs peuvent influencer le management, je me propose dans un premier temps de développer les différents modes de management.

---

<sup>6</sup> HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin*. Elsevier Masson 2011. p 29

<sup>7</sup> HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin*. Elsevier Masson 2011. p 29

<sup>8</sup> De HENNEZEL Marie

[http://www.cssante.ca/fileadmin/cha/internet/cpsss/LES\\_VALEURS\\_DU\\_SOIN\\_par\\_Marie\\_de\\_Hennezel.doc](http://www.cssante.ca/fileadmin/cha/internet/cpsss/LES_VALEURS_DU_SOIN_par_Marie_de_Hennezel.doc) (consulté le 26/12/2013)

<sup>9</sup> « [http://www.ordreinfirmeries.fr/assets/files/000/pdf/projet\\_code\\_deontologie\\_fevrier\\_2010.pdf](http://www.ordreinfirmeries.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf) » (consulté le 26/12/2013)

<sup>10</sup> [http://www.sidiief.org/~media/Files/3\\_0\\_APropos/3\\_10\\_CharteValeurs/CharteValeurs.ashx](http://www.sidiief.org/~media/Files/3_0_APropos/3_10_CharteValeurs/CharteValeurs.ashx) (consulté le 27/12/2013)

### 3.3 Le cadre de santé

Avant de développer les différents types de management, je vais faire un bref historique de la profession cadre de santé afin d'en apprécier l'évolution. Effectivement, le cadre tel que nous le connaissons a dans un premier temps été essentiellement dans les soins et l'intendance, avant d'accéder à un rôle de véritable manager d'équipe qui est à la fois gestionnaire, leader d'équipe, professionnel de santé...

#### 3.3.1 Evolution de la fonction cadre

Issue de la religion, les premières infirmières encadrantes sont, au XIX<sup>ème</sup> siècle, des « sœurs cheftaines » qui surveillent les soins infirmiers ainsi que l'intendance de l'hôpital.

En 1938, un décret prévoit un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière. La déclaration de guerre n'a pas permis l'application de ce décret.

En 1958<sup>11</sup> est créé le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante et Monitrice.

En 1975, apparaît le mot « cadre infirmier » dans les structures hospitalières, d'un point de vue législatif et institutionnel.

Le changement des organisations hospitalières et l'avancée de la réglementation obligent à un changement de la fonction cadre infirmier. Celui-ci ne doit plus être seulement garant des soins mais également gestionnaire, expert en soins, coordonnateur. Il prend une place de collaborateur au sein de l'hôpital.

En 1995<sup>12</sup>, un décret portant création du Diplôme Cadre de Santé marque un changement avec une ouverture au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et la notion de qualité. Il permet également l'ouverture du diplôme aux filières de la rééducation et médico-technique.

---

<sup>11</sup>[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A75BD889DAD1A2721DEF769A72F9121A.tp\\_djo02v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000304228&dateTexte=19581119&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A75BD889DAD1A2721DEF769A72F9121A.tp_djo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000000304228&dateTexte=19581119&categorieLien=cid) (consulté le 29/12/2013)

<sup>12</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244> (consulté le 29/12/2013)

Le décret du 31 décembre 2001<sup>13</sup> portant statut particulier du corps des cadres de santé et de la fonction publique hospitalière marque un tournant. Il a officialisé la dénomination de cadre de santé. Ces derniers qui appartenaient à la catégorie B de la fonction publique hospitalière appartiennent désormais à la catégorie A avec une grille indiciaire revalorisée.

De nos jours, la fonction de cadre de santé est encore en mutation. Le cadre de santé doit trouver sa place au sein des équipes, de l'établissement, des divers métiers hospitaliers ainsi qu'auprès de l'administration et des familles. Walter Hesbeen<sup>14</sup> parle de trois grandes orientations, le cadre gestionnaire, le cadre technique et le cadre soignant. Pour lui, le cadre de santé de proximité a pour fonction « *d'organiser et d'accompagner la relation singulière de soin au sein même des pratiques du quotidien* ».

Le style de management va être prépondérant dans le poste de cadre de santé de proximité, pour cela je vais développer les différents types de management.

### **3.4 Le management**

Pour développer mon propos, j'ai choisi comme auteur Henry Mintzberg, universitaire canadien qui est un expert des organisations. En effet, il a marqué par ses ouvrages sur la recherche en gestion, le management en organisation et en stratégie. Je me suis essentiellement inspirée de son ouvrage « *le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre* <sup>15</sup> ».

#### **3.4.1 Définition du manager**

Selon le Larousse, le manager est un *spécialiste du management*. Et le management toujours selon le dictionnaire c'est « *l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise. Ensemble des dirigeants d'une entreprise.* »

---

<sup>13</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539> (consulté le 29/12/2013)

<sup>14</sup> HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin*. Elsevier Masson 2011. p 94.

<sup>15</sup> MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Ed. D'organisation. 2012. p 283.

Henry Mintzberg voit plus le manager comme une personne chargée de coordonner et diviser le travail. Ces actions se font dans un cadre organisationnel, elles poursuivent un but.

Le cadre de santé, qu'il soit de proximité, de pôle, ou cadre supérieur, est un manager. Son rôle au sein des établissements est souvent garant de la bonne cohésion des équipes et de la bonne pratique des soins prodigués. C'est lui qui donne du sens à l'organisation du travail.

### **3.4.2 Rôles du cadre selon Henry Mintzberg**

Henry Mintzberg décrit dix rôles qu'il regroupe en trois grands pôles : interpersonnel, information et décision. Je me propose de reprendre point par point les dix rôles que composent ces trois pôles.

#### **➤ Pôle interpersonnel**

Le pôle interpersonnel comporte les relations que le cadre entretient avec des personnes de son environnement professionnel que celles-ci soient en direction de supérieurs ou de subordonnés.

#### « Le cadre comme symbole »

Le cadre donne une image de son service et de son équipe lors de réunions au sein de l'établissement, ou lors de représentations extérieures.

#### « Le cadre comme leader »

En temps que leader, il guide et motive les équipes qu'il fédère autour d'un projet. *« L'objectif essentiel du rôle de leader est d'effectuer l'intégration entre les besoins des individus et les buts de l'organisation. Le cadre doit concentrer ses efforts sur la mise en phase des besoins de ses subordonnés et de ceux de l'organisation, afin que les opérations de l'entreprise soient plus efficaces »<sup>16</sup>.*

---

<sup>16</sup> MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Ed. D'organisation. 2012. p73.

### « Le cadre comme agent de liaison »

Il doit mettre en lien les différents acteurs de l'organisation. Il a un rôle de liaison avec la hiérarchie de l'hôpital, l'administration, les agents sous sa responsabilité mais également les médecins du service, les patients et leurs familles ainsi que tous les acteurs extérieurs qui peuvent intervenir lors d'une prise en charge pluridisciplinaire.

#### ➤ **Pôle lié à l'information**

De par sa place stratégique, le cadre de santé est à la fois émetteur et récepteur de l'information. C'est lui qui transmet de façon verticale mais aussi horizontale toutes les informations nécessaires à la bonne marche du service dont il a la charge.

### « Le cadre comme observateur actif »

Il cumule des informations, à lui de les vérifier, de prendre les décisions nécessaires. Il est de son rôle également d'aller chercher le renseignement quand il manque.

### « Le cadre comme diffuseur »

Pour diffuser l'information recueillie, le cadre a plusieurs supports à sa disposition : les réunions, les transmissions, les tableaux d'affichage, les mails ou supports internes à l'établissement. Il doit s'assurer de la bonne compréhension de l'information diffusée.

### « Le cadre comme porte parole »

Le cadre est à la croisée des différents acteurs de l'hôpital, il doit s'assurer que l'information aille bien dans les deux sens, de la direction vers les services et vice versa. Il est le représentant du service dont il a la charge que ce soit à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

#### ➤ **Pôle décisionnel**

D'après Henri Mintzberg : « *On peut définir ce dernier comme étant simplement le processus par lequel les décisions importantes de l'organisation sont prises et reliées les unes aux autres*<sup>17</sup> ».

---

<sup>17</sup> MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Ed. D'organisation. 2012. P 87.

#### « Le cadre comme entrepreneur »

En temps qu'entrepreneur, le cadre de santé élabore des projets de service dans un travail en collaboration. Il est responsable de leur mise en place et de leur suivi. C'est lui qui prend les décisions au quotidien pour assurer la continuité et la qualité des soins.

#### « Le cadre comme régulateur »

La régulation peut concerner les équipes, avec une gestion au quotidien des conflits, des absences, des plannings. Elle concerne également les patients et leurs familles, les médecins, le matériel. Je peux dire que la régulation est l'événement imprévu journalier du cadre.

#### « Le cadre comme répartiteur de ressources »

Il doit être en capacité de prévoir les moyens humains et matériel nécessaires pour que le service fonctionne sans rupture de soins. De la connaissance qu'il a de son équipe, il peut déléguer des tâches ou responsabiliser certains soignants dans le fonctionnement du service (responsable hygiène par exemple) et en fonction de sa fiche de poste. Cette délégation demande une supervision de la part du cadre.

#### « Le cadre comme négociateur »

La négociation se fait avec la direction pour obtenir, par exemple, des moyens supplémentaires, une nouvelle organisation. Elle se fait également au sein des équipes essentiellement sur les questions autour du planning.

Les différents rôles du cadre font partis d'une organisation. Chaque rôle est joué en fonction des besoins de cette organisation, au même titre que les différents modes de management que je vais développer par la suite. Les rôles du cadre peuvent être joués en même temps, ou à des moments différents en fonction de la situation rencontrée.

### **3.4.3 Différents modes de management**

Beaucoup d'ouvrages ont été écrits sur les différents types de management. Pour les développer, je me suis appuyée sur les travaux de Rensis Likert<sup>18</sup>, psychologue américain

---

<sup>18</sup> LIKERT Rensis. *Le gouvernement participatif de l'entreprise*. 1961

connu pour ses recherches sur le leadership. Il consacre essentiellement son étude sur les rapports entre chefs et subordonnés, et a défini quatre types de management d'après une échelle d'enquête permettant de qualifier les attitudes.

#### Le style autoritaire/directif :

Basé sur la peur, la menace et la crainte, ce style de management ne cautionne la communication que de façon descendante. Il ne permet pas la confiance entre le manager et les personnes qu'il manage. Il n'y a pas de consultation des subordonnés, ceux-ci sont peu considérés et l'esprit d'équipe n'est pas mis en avant ; la prise de décision s'effectue au sommet de l'organisation. Cette méthode est efficace pour traiter l'urgence et obtenir des résultats rapides, mais elle peut générer de l'hostilité des personnels à l'égard des objectifs de l'organisation et peut engendrer des conflits sociaux voire concourir à développer des risques psycho-sociaux. Ce mode de management est essentiellement utilisé en direction de postes peu qualifiés.

#### Le style bienveillant :

La relation avec les subordonnés est basée sur l'échange, même si au final le leader décide. Il utilise les récompenses comme motivation, il tente de créer un groupe dont il serait le modèle.

Il y a un sentiment d'appartenance à un groupe, mais le risque réside dans la distinction entre vie privée et vie professionnelle. Le niveau de performance de l'organisation est variable et dépend essentiellement de la personnalité et de la culture du manager.

#### Le style consultatif :

Il y a dans ce type de management un réel échange avec les équipes, un climat de confiance, les décisions sont discutées entre leader et subordonnés. La communication horizontale et verticale est assurée. C'est un véritable travail d'équipe.

Les collaborateurs se sentent impliqués, plus responsables dans leur travail. La dérive vers le management de copinage apparaît comme le risque principal.

#### Le style participatif :

Une relation de confiance s'instaure entre le leader et le groupe. Il y a une véritable association à la prise de décision, les buts à atteindre sont exprimés. Le manager fait

partie du groupe, il l'encadre et s'appuie sur sa dynamique pour atteindre les buts de l'organisation.

Ce style de management suscite la motivation et la participation de chacun, une capacité à prendre du recul, mais, il peut y avoir des refus de participation.

Rensis Likert développe l'idée que, les modes de management des organisations basées sur des tâches qui reposent essentiellement sur une conception taylorienne du travail, sont globalement moins efficaces.

À contrario, les entreprises qui adoptent un mode de leadership orienté sur les hommes et la compréhension des relations semblent plus performantes.

Selon Rensis Likert, c'est le management participatif qui est le plus efficient car, il responsabilise le groupe, permet la décision par consensus, et la fixation d'objectifs par le groupe.

Le cadre n'est pas ou directif, ou bienveillant, ou consultatif, ou participatif, il adapte son mode de management en fonction des situations rencontrées. Henry Mintzberg<sup>19</sup> nous dit : « *les cadres assument dix rôles qui leur imposent chacun des comportements spécialisés* » ce qui implique bien que les rôles et les modes de managements sont intriqués les uns aux autres. Chaque situation amène une réponse qui va être différenciée par sa perception personnelle, par le mode de management choisi en fonction du rôle demandé pour gérer la situation.

Nous venons de voir que le manager peut garder une liberté d'action en choisissant son mode de management dans les rôles qui lui sont impartis. Or, il doit également tenir compte de son environnement et surtout de l'organisation dans laquelle il évolue. Nous savons aussi que les organisations sont actuellement en mouvance, depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) avec ses regroupements de compétences, les partages de ressources qui entraînent des mutualisations jusque dans les postes soignants. Effectivement, les contraintes d'efficience auxquelles les établissements sont soumis pour des raisons d'équilibre budgétaire, tendent à demander de faire mieux avec moins de moyens et contraignent à rechercher des solutions qui passent souvent par la diminution du nombre de poste de soins. Les répercussions de ces diminutions de postes, impactent

---

<sup>19</sup> MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Ed. D'organisation. 2012. P 102

directement l'organisation au sein des services. Il faut effectuer le travail avec des effectifs en baisse.

Il est donc essentiel pour un cadre de santé de proximité de connaître les organisations et leurs fonctionnements pour manager efficacement les équipes.

Je vais donc aborder les organisations pour tenter de comprendre comment les soignants y évoluent.

### **3.5 Les organisations**

#### **3.5.1 Définition**

Selon le Larousse<sup>20</sup>, l'organisation c'est la « *manière dont quelque chose se trouve structuré, agencé, la structure elle-même : l'organisation complexe du cerveau* ».

Les organisations ont évolué depuis l'ère industrielle. Il y a eu le Taylorisme qui a essentiellement développé la productivité puis le Fordisme qui lui prônait la production de masse. Ces organisations, dévolues dans un premier temps aux industries et au domaine des entreprises privées se sont, avec la crise et les problèmes de financement de la santé, progressivement immiscées dans le champ de la gestion des établissements du domaine de la santé public.

Philippe Bernoux<sup>21</sup>, enseignant-chercheur en sociologie du travail et des organisations, décrit l'organisation dans son ouvrage « *la sociologie des organisations* » en cinq points. Son approche m'a semblé simple au regard de la complexité que représentent les organisations. Je développerai également cette approche des organisations avec Michel Crozier et Erhard Friedberg<sup>22</sup> qui définissent l'organisation comme faisant partie d' « *une société donnée, qui a atteint un certain niveau de développement technique, économique et culturel, qui en est caractérisée par une certaine structure sociale et qui charrie certaines valeurs auxquelles ses membres sont plus particulièrement attachés* ».

Je me propose de développer ces 5 points en faisant le parallèle avec le domaine de la santé.

---

<sup>20</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421> (consulté le 8/12/2014).

<sup>21</sup> BERNOUX Philippe. *La sociologie des organisations*. Ed du Seuil.2009. 466p.

<sup>22</sup> CROZIER Michel et FRIEDEBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977. pp 131, 132.

### 3.5.2 Division des tâches

C'est le cœur de l'organisation. Le cloisonnement des tâches structure un groupe contrairement à une foule éparse. L'activité est plus ou moins définie en fonction des entreprises et des dirigeants.

A l'hôpital, beaucoup de métiers évoluent : le service de la direction avec la DRH, les services de soins avec les soignants et les professions médicales, les services transversaux avec la blanchisserie, l'entretien des locaux... Les tâches sont définies en fonctions du métier, lui même régi par la législation. Elles font également l'objet de protocoles, ou autres fiches de tâches.

### 3.5.3 Distribution des rôles

Elément essentiel dans l'organisation, Philippe Bernoux dit : « (...) *tout membre d'une organisation se comporte comme un acteur*<sup>23</sup>, capable - et souvent même chargé - d'interpréter de manière nouvelle un rôle identique ».

La politique de l'organisation est souvent orientée par les choix que font ces acteurs.

En tant que cadre de santé, le rôle d'acteur est stratégique car à la croisée de plusieurs systèmes. Système politique impulsé par la direction, système organisationnel induit par la nécessité de la gestion d'équipe et la continuité des soins et du système relationnel entre ces deux parties ainsi qu'entre les patients et leurs familles. Chacun joue un rôle qui lui appartient en tentant d'en acquiescer et d'en comprendre les règles.

Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG définissent le marginal sécant comme : « *un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre les logiques d'actions différentes, voire contradictoires*<sup>24</sup> ».

Ces auteurs expliquent qu'il est aussi nécessaire pour l'acteur de maîtriser différentes zones d'incertitude afin d'acquiescer de l'autonomie. Ces zones d'incertitude sont au nombre de quatre : la possession d'une compétence particulière, la maîtrise de la relation

---

<sup>23</sup> Ici, Philippe BERNOUX fait référence à : « *L'acteur et le système* » de Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG. Ceux ci, parlent de stratégie, de jeu d'acteurs. L'acteur comme rouage à part entière dans l'organisation, sa stratégie peut influencer l'organisation.

<sup>24</sup>CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard *L'acteur et le système*. Paris. Editions du seuil, 1997. p 86.

entre l'organisation et l'environnement, la maîtrise de la communication et des informations internes, la connaissance des règles de fonctionnement.

### 3.5.4 Système d'autorité

*« Son but est de veiller à l'adéquation du comportement de l'individu aux buts que les organisateurs ont fixés à l'organisation.<sup>25</sup> »*

Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG parlent de pouvoir et non d'autorité<sup>26</sup>. Ils définissent le pouvoir comme une relation d'échange, de négociation entre plusieurs acteurs qui ont un objectif commun. La nature de cette relation peut être :

- instrumentale : *« motive l'engagement de ressources de la part des acteurs. »* ;
- non transitive : *« chaque action constitue un enjeu spécifique autour duquel se greffe une relation de pouvoir particulière. »* ;
- réciproque mais déséquilibrée : réciproque car il y a des échanges mais, déséquilibrée car : *« si une des deux parties en présence n'a plus aucune ressource à engager dans la relation, elle n'a plus rien à échanger : elle ne peut donc plus entrer en relation de pouvoir à proprement parler. »* C'est cette zone d'incertitude qui entraîne le changement de pouvoir de par la place que peut prendre le marginal sécant.

Dans les entreprises, en règle général, le système d'autorité est pyramidal, les échelons sont gravés les uns après les autres. C'est aussi le cas à l'hôpital, l'évolution de carrière se fait par ce biais.

### 3.5.5 Système de communication

Le système de communication a une importance cruciale pour l'organisation. La communication est verticale et horizontale, formelle ou informelle, existante ou non. Malheureusement, les habitudes, les traditions de certaines organisations y font quelques fois barrière. Dans le secteur hospitalier, tout est mis en place pour que la communication

---

<sup>25</sup> BERNOUX Philippe. *La sociologie des organisations*. Ed du Seuil.2009. p 137.

<sup>26</sup> CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard *L'acteur et le système*. Paris. Editions du seuil, 1997. pp 66, 67,68.

se fasse, seuls les acteurs peuvent faire en sorte que celle-ci fonctionne. Comme nous l'avons évoqué plus haut, la rétention d'information peut éventuellement tenter quelques cadres. La maîtrise d'une zone d'incertitude pour avoir du contrôle sur ses équipes est un des moyens qu'a le cadre pour gérer les équipes dont il a la charge.

Dans la même idée, Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG<sup>27</sup> nous disent : *« c'est ainsi qu'à travers un mélange savamment dosé de secret et de publicité, tout dirigeant tentera d'utiliser la maîtrise de l'information pour créer des zones d'incertitudes artificielles pour les autres et de peser, par ce biais, sur l'orientation de leurs stratégies. Il retiendra certaines informations, en divulguera d'autres, et, de façon générale, en biaisera et en manipulera le contenu lorsqu'il les transmettra à ses collaborateurs. »*

Nous pouvons croiser le système de communication avec le pôle lié à l'information développé par Henry Mintzberg, dans les dix rôles du cadre. Celui-ci est effectivement au centre de la communication verticale et horizontale et la zone d'incertitude qu'il peut maîtriser à ce niveau est cruciale pour le bon ou le mauvais fonctionnement d'un service.

### **3.5.6 Système de contribution-rétribution**

C'est le Fordisme qui a instauré cette forme d'organisation qui était appelée le « gagnant-gagnant ». Henry Ford disait : *« je paye bien mes ouvriers afin qu'ils puissent acheter mes voitures »*.

Encore de nos jours, certaines entreprises fonctionnent par la reconnaissance financière du travail effectué. Or, le travail est souvent effectué en groupe. Qu'en est-il de la reconnaissance du groupe ? La solution pour un meilleur investissement dans l'entreprise passe peut-être par cette reconnaissance.

## **4 L'HYPOTHESE DE RECHERCHE**

Le système hospitalier comporte plusieurs services, administratifs, d'entretien, médicaux, paramédicaux... Ces services sont eux-mêmes composés de plusieurs corps de métier gérés par des cadres, de ce fait, le travail du cadre est complexifié. Il doit s'adapter.

---

<sup>27</sup> CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard *L'acteur et le système*. Paris. Editions du seuil, 1997. p 125.

Selon Henry Mintzberg<sup>28</sup>, de nombreux facteurs liés à l'environnement peuvent influencer le travail du cadre : la culture du milieu, la vitesse de changement mais aussi les habitudes des services et leur taille. Il dit « *la taille de l'organisation paraît avoir un impact considérable sur le travail des cadres dirigeants. De façon plus précise, dans les organisations les plus petites, les directeurs généraux ont moins d'activité de nature formelle mais se préoccupe plus des suivi des opérations* ».

C'est une organisation complexe que Henri Mintzberg qualifie de « *bureaucratie professionnelle* ». Et plus la taille de l'établissement est grande, plus l'organisation est complexe.

À ce jour, la loi HPST ainsi que les difficultés budgétaires contraignent les hôpitaux, au même titre que les entreprises, à plus d'efficience. Les efforts sont essentiellement concentrés sur la masse salariale qui est le poste le plus coûteux dans une entreprise. Il semble donc logique que le nombre de cadre de santé ne sera pas revu à la hausse, et, alors que dans certains services il y a déjà un cadre de proximité pour 80 lits, ou un cadre pour deux voir trois services, il faudra qu'il développe des stratégies pour manager dans l'efficacité quel que soit le contexte.

Dans ce cheminement, j'en arrive à mon hypothèse de recherche:

**Le cadre de santé de proximité doit mettre en place des stratégies pour manager ses équipes en fonction de leur taille.**

---

<sup>28</sup> MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Ed. D'organisation. 2012. PP 116-117

## 5 L'ENQUÊTE

Pour étayer et illustrer mon travail de recherche, le confirmer ou l'infirmier, j'ai réalisé une enquête de terrain. Elle m'a permis d'aller à la rencontre de différents professionnels, d'échanger et rassembler des informations sur leurs expériences en tant que cadre de santé de proximité. Ces rencontres m'ont beaucoup apporté.

### 5.1 La méthode d'enquête

Des questionnaires ne permettant que des résultats statistiques, j'ai estimé que des entretiens sur le thème de la gestion d'équipe avec des professionnels de terrain seraient plus intéressants et nécessaires pour recueillir des avis représentatifs. Le guide d'entretien a été une base, l'échange a permis d'aller plus loin dans la réflexion.

#### 5.1.1 Échantillon

Au regard de mes hypothèses, j'avais trois options pour recueillir des informations :

- ✓ Soit je m'intéressais aux équipes soignantes et, à travers un questionnaire, je leur demandais leur ressenti sur le management de leur cadre de proximité. Cette option m'a semblée comporter des risques de dérive vers l'affect pouvant fausser les réponses.
- ✗ Soit je ciblais les cadres de santé de proximité à travers des entretiens.
- ✓ Soit je mettais en oeuvre les deux options simultanément. La question de faisabilité dans le temps a balayé cette proposition.

J'ai donc choisi la seconde solution, c'est à dire celle de cibler les cadres de santé de proximité à travers des entretiens.

Le temps imparti pour ce travail étant court, il m'est apparu évident, en tant que futur cadre de santé, qu'il fallait cibler des cadres ; cadres ayant en charge la gestion d'équipes de petite ou de grande taille. Encore fallait-il définir ce qu'est une grande ou une petite équipe. Cette notion étant subjective, je ne pouvais pas me fier à mes propres à-priori, j'ai donc décidé de poser la question aux personnes interviewées pour en avoir une représentation. Dans l'idéal, j'ai recherché des cadres de santé ayant eu, dans leur

carrière, des expériences d'encadrement d'équipes de tailles différentes afin que la comparaison soit encore plus marquée et l'échange plus riche.

La notion de proximité évoquée dans mon hypothèse me semblait importante, j'ai donc cherché à contacter des cadres exerçant auprès des équipes.

Les entretiens ont été effectués dans plusieurs établissements de santé publique. Mon expérience se situant dans des hôpitaux de provinces avec des organisations propres à des hôpitaux de petites ou moyenne taille, je me suis appuyée sur ce type d'établissement pour rechercher les personnes à entretenir.

Les entretiens ont été réalisés auprès de cadres de différents secteurs, allant de cadre de discipline transversale à cadre des urgences en passant par cadre en secteur gériatrique.

### **5.1.2 Outils**

Afin d'étayer mon hypothèse, j'avais comme nous l'avons déjà vu, le choix entre deux outils. Soit le questionnaire soit l'entretien. La rencontre avec les cadres allait me permettre d'échanger autour des questions déterminées par un guide d'entretien tout en me laissant la possibilité d'aller plus loin si l'intérêt s'en faisait ressentir.

J'ai construit un guide d'entretien<sup>29</sup> me permettant de recueillir les opinions des cadres de santé. Celui-ci a été utile, il a permis de se recentrer lorsque la richesse des échanges nous emmenait au delà du cadre de la question posée.

Afin de rencontrer des cadres de proximité correspondant à mes critères, j'ai contacté deux directeurs de soins et une ancienne collègue cadre de santé. Les six entretiens ainsi négociés, ont donc été effectués sur trois hôpitaux différents et dans des services divers.

Les cadres n'étant pas toujours disponibles, deux des entretiens ont été effectués téléphoniquement. La durée de ces entretiens a variée de quarante cinq minutes à une heure trente. Seuls les deux entretiens téléphoniques n'ont pu être enregistrés, les autres ont été enregistrés avec l'accord des personnes interviewées. Ceci a permis une retranscription fidèle des propos tenus.

Tous les entretiens ont fait l'objet d'un travail de synthèse<sup>30</sup> dans les vingt quatre heures afin de préserver au mieux la richesse des échanges.

La richesse des réponses obtenues m'a permis d'avancer dans ma réflexion.

---

<sup>29</sup> cf Annexe 1 : guide d'entretien

<sup>30</sup> cf Annexe 2 : synthèse d'entretien

### **5.1.3 Limites de la recherche**

Les limites de la méthodologie de recherche ont été nombreuses, je dirais que le temps en a été l'une des premières.

Effectivement, j'aurais souhaité recueillir le ressenti d'équipes soignantes, connaître leurs perceptions du management du cadre de santé dans des équipes de tailles différentes. Cette enquête aurait alors permis de croiser les réponses des cadres avec celles des soignants et ainsi de distinguer les similitudes ou divergences d'avis en fonction de la place occupée.

La difficulté relative au temps s'est également retrouvée dans les prises de rendez-vous avec les cadres. Il n'a pas été simple de trouver des créneaux horaires communs, c'est pour cette raison que certains de mes entretiens ont été téléphoniques.

Le nombre de cadres sollicités est également une limite. Six cadres représentent un faible échantillon qui ne permet certainement pas de couvrir l'ensemble des hypothèses qui peuvent exister, mais donne une tendance d'opinions.

Les activités n'étant pas comparables d'un service à un autre, il aurait été plus juste, dans l'absolu, de cibler des cadres de santé de proximité exerçant dans des services similaires avec des équipes de tailles différentes, par exemple dans le secteur gériatrique.

Au niveau de la méthodologie, les entretiens les plus riches en informations n'ont pas été évidents à retranscrire car, les échanges allaient au delà du guide d'entretien. J'ai mis en note ce qui allait me permettre de nourrir mon analyse et qui ne rentrait pas dans mon guide d'entretien de base.

## **6 L'ANALYSE DES ENTRETIENS AUPRES DES CADRES DE SANTE**

Dans un premier temps, je vais présenter la population des cadres rencontrés ainsi que les services dans lesquelles chacun d'eux exercent, je mettrai en parallèle le nombre de soignants gérés. Dans un second temps, nous verrons si la notion de taille d'équipe est la même pour tous.

Puis, j'analyserai les entretiens en fonction des thèmes principaux de mon travail de recherche : les notions de valeur, de proximité ainsi que les différents moyens de gestion d'une équipe en fonction de sa taille.

## 6.1 La population

Tous les cadres rencontrés ont eu des expériences professionnelles d'encadrement dans plusieurs services, ce qui a facilité la réponse à la question sur de la gestion d'une petite ou d'une grande équipe.

Les lieux d'exercice sont variés mais tous au sein de la fonction publique hospitalière. Seul deux cadres sur six ont en charge une unité, les cinq autres dirigent entre deux et huit unités fonctionnelles.

Dans le tableau ci dessous, j'ai répertorié les unités managées par chaque cadre de santé.

Nombre d'unité en charge	Dénomination des unités
Une	EHPAD.
Une	Neurologie.
Deux	Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et Addictologie.
Deux	Oto-Rhino Laryngologie (ORL) et chirurgie vasculaire.
Trois	Unité de Soins de Longue Durée (USLD), EHPAD et Centre d'Accueil de Jour pour Alzheimer (CAJA).
Huit	Service de Médecine Polyvalente Urgente (SMPU), Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), Prélèvement Multi Organes (PMO), Urgences, Addictologie, Services sociaux, 2 Unités de Consultations de Soins Ambulatoires (carcérale) (UCSA).

Nous constatons que la variété des lieux d'exercice permet d'avoir une hétérogénéité des profils. J'aurais effectivement pu choisir des cadres de santé exerçant dans les mêmes types d'unités, mais ce n'était pas l'objet dans ma recherche. Cela pourrait faire l'objet d'un autre travail. A l'exception de deux cadres qui ont deux ans d'ancienneté, tous les autres exercent depuis plus de six ans dans leur fonction.

## 6.2 Notion de taille d'équipe

Dans un premier temps, je vais détailler le nombre de personne gérées par chacun des six cadres de santé rencontrés puis, dans un second temps, je détaillerai les réponses

obtenues aux questions : « pensez vous gérer une grande équipe » et « selon vous qu'est ce qu'une grande ou une petite équipe ? Combien de personne contient une petite/grande équipe ? ». Puis j'en ferais l'analyse.

### 6.2.1 Nombre de soignant dans les services

Pour traiter la question du nombre de soignants dans les services, je vais mettre en parallèle, dans un tableau, dissocié par poste et au total, le nombre d'unités fonctionnelles et celui des personnels soignants.

Je n'ai pas pu exploiter le nombre de lits dans chaque service car certaines unités comme les urgences ou l'EOH ne fonctionnent pas avec des nombres fixes de lits.

Nombre d'unité	Nombre IDE	Nombre AS	Nombre ASH	Autre	total
<b>Une</b> (EHPAD)	4	11	12	1 secrétaire	28
<b>Une</b> (Neurologie)	10	12	2	-	24
<b>Deux</b> (EOH-Addictologie)	6	-	-	-	6
<b>Deux</b> (ORL-Chir vasculaire)	16	10	10	-	36
<b>Trois</b> (USLD-CAJA-EHPAD)	13	25	18	3AMP	59
<b>Huit</b> (SMPU, SMUR, PMO, 2 UCSA, Urgences, Addictologie, Service sociale)	48	17	10	12ambulanciers 2 Assistantes sociales 3 secrétaires	92

Au regard des chiffres, nous constatons que le cadre de santé peut manager des équipes allant de 6 à 92 personnes. Cet écart est impressionnant. Ce qui surprend c'est le nombre d'unités managées par un seul cadre, cela va de une à huit.

Le cadre responsable des huit unités me dit : « *ce n'est pas dans la taille des équipes que réside la difficulté, prenez l'équipe des assistantes sociales, elles sont deux et pourtant quand il a fallu trouver un consensus pour le retour à domicile des patients avec toute la complexité que cela comporte, nous y avons travaillé des heures et cela n'est pas* »

*terminé. Pour moi la taille des équipes n'est pas une difficulté, c'est la problématique qu'on peut y rencontrer ».*

Deux cadres en charge de plusieurs unités me rapportent que pour elles la difficulté réside dans la conduite de projet : *« je ne peux pas mener huit projets en même temps », « la difficulté pour moi est le fait de ne pas avoir de projet commun, d'avoir des organisations différentes car je gère deux services différents ».*

Nous constatons que pour les deux services de gériatrie, il y a dans un lieu un cadre pour un service de 28 personnes et dans un autre lieu un cadre pour 3 services et 59 personnes soit des chiffres qui vont du simple au double. Il faudrait connaître la politique de santé de ces deux établissements afin de déterminer si ce choix est issu de leur politique ou s'il a été imposé par les instances, notamment l'ARS et la convention tripartite.

Ce qui ressort également dans ce tableau, c'est la différence entre le nombre de poste IDE et AS/ASH en fonction des lieux d'exercice. Ainsi, si je proratis le nombre d'IDE par rapport au nombre d'AS/ASH, dans les services pointus tel que les urgences, la neurologie, l'EOH, l'ORL et la chirurgie, nous avons entre 1,77 et 0,7 IDE pour une AS/ASH alors que pour des services de gériatrie, il y a 0,17 à 0,28 IDE pour une AS/ASH.

Ces chiffres indiquent que certaines équipes sont composées de personnels plus qualifiés que d'autres. Le cadre de santé doit adapter son management en fonction de la qualification des soignants qu'il gère.

La cadre de santé exerçant dans le service d'EHPAD avait auparavant travaillé avec une équipe plus importante dans des services de néo-natalité et pédiatrie. Elle me faisait remarquer qu'en EHPAD la population soignée était pour la majorité des personnes avec un niveau d'étude bas (certificat d'étude ou classe de 3<sup>ème</sup>) et avec une moyenne d'âge de 45 ans. Pour comparaison, dans le service de néo-natalité, les soignants étaient tous diplômés et la moyenne d'âge était de 29 ans. À ce jour, dans le service d'EHPAD, pour être comprise de tous, elle doit aménager son mode de communication ainsi que son management dans la délégation, dans le contrôle des tâches, dans la confiance : *« Par exemple, en EHPAD, sur les protocoles, il faut expliquer les termes pour redonner la main aux soignants sur les connaissances médicales car nous sommes en voie de passage vers une structure médicalisée. »*

Pour cette cadre de santé, ce n'est pas petite ou grande équipe qui pose problème dans le management d'équipe mais le degrés de formation, de compréhension de celle-ci.

Il est clair à cette étape du questionnaire que la taille des équipes n'apparaît pas comme un frein au management des cadres de proximités. La complexité réside dans la multitude des services, multitude qui engendre la multitude des projets à gérer. La complexité réside également dans le niveau de formation et de compréhension des personnels des équipes soignantes.

Nous pouvons faire le parallèle avec les rôles du cadre développés dans le cadre conceptuel. Effectivement, selon Henry Mintzberg<sup>31</sup>, le cadre comme répartiteur de ressources doit être en capacité de connaître chaque membre de son équipe afin de lui attribuer des tâches selon sa fonction dans l'établissement, et en lien avec ses capacités. De plus, sur le sujet de l'organisation tel que développé dans le cadre conceptuel, nous avons vu que la division des tâches structure un groupe ce qui implique, dans l'analyse du tableau, que plus nous avons de groupes différents, IDE, AS, ASH... et plus l'organisation risque d'être complexe car il faut tenir compte de chacun des groupes.

### **6.2.2 Petite ou grande équipe ?**

À l'évocation de la taille des équipes, les cadres de santé rencontrés m'ont fait part de leurs expériences passées, ce qui leur a permis de répondre à la question par comparaison de leurs différents vécus.

Je vais exploiter les réponses sous forme de tableau pour avoir un visuel plus lisible puis je développerai les réponses faites par les cadres.

---

<sup>31</sup> MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Ed. D'organisation. 2012

<b>Nombre d'unité</b>	<b>total</b>	<b>Pensez-vous gérer une grande équipe</b>	<b>Qu'est ce qu'une grande équipe</b>
<b>Une</b> (EHPAD)	28	Non	Au delà de 50 personnes
<b>Une</b> (Neurologie)	24	Non	Au delà de 60 personnes
<b>Deux</b> (EOH-Addictologie)	6	Non, je gère 2 petites équipes	Au delà de 20 personnes
<b>Deux</b> (ORL-Chir vasculaire)	36	Non, je gère 2 petites équipes	Au delà de 35 personnes
<b>Trois</b> (USLD-CAJA-EHPAD)	59	Oui et non, je gère 2 petites équipes et un grand nombre d'agents	Au delà de 20 personnes Au delà de 70-80 personnes c'est une très grande équipe
<b>Huit</b> (SMPU, SMUR, PMO, 2 UCSA, Urgences, Addictologie, Service sociale)	92	Oui, bien sur.	Au delà de 50 personnes

L'étude des résultats interpelle sur plusieurs points.

La notion de petite ou grande équipe est subjective et liée à notre vécu professionnel, aux représentations qui en ont découlées. Nous constatons que cela va d'un effectif de 20 à plus de 80 personnes. Mais si nous regardons bien, il y a corrélation entre les réponses. Le cadre qui estime qu'une grande équipe débute à 20 personnes gère à ce jour 6 soignants soit une plus petite équipe et, le cadre qui estime qu'une grande équipe débute au delà de 50 personnes gère à ce jour 92 soignants soit une équipe plus importante.

Sur cette base, et si nous faisons une moyenne, nous pouvons estimer qu'une grande équipe serait supérieure à 39 agents. Mais ceci ne reste qu'une estimation basée sur la perception de 6 cadres et ne peut en aucun cas définir "une valeur étalon".

Les autres notions importantes dans ce tableau sont celles d'équipes et d'agents. Deux des cadres ayant en charge plusieurs unités ont estimé que ce n'est pas le nombre d'agents qui représente une difficulté de gestion mais le nombre d'équipes. Effectivement sur les six cadres, quatre sont en charge de plusieurs équipes. L'une d'entre elle précise : « *avant j'avais une équipe de 39 personnes mais dans la même discipline, dans les mêmes locaux et avec un projet unique et commun et donc, il était plus facile pour moi de gérer cette équipe que ces deux petites actuellement.* » Cette notion, de nombre d'équipes et de nombres d'agents, va être évoquée par d'autres cadres lors du développement des questions qui vont suivre.

Nous pouvons donc dire que la notion de taille de l'équipe n'est pas la même pour tous, elle semble être en relation étroite avec les expériences de chacun. Les réponses obtenues invitent à distinguer nombre d'agents et nombre d'équipes. Il peut être plus facile de manager un grand nombre d'agents formant une seule équipe, qu'un grand nombre d'équipes composées de peu d'agents.

Ce constat vient en contradiction avec ce qui a été développé dans le cadre conceptuel, Henry Mintzberg dit : *« la taille de l'organisation paraît avoir un impact considérable sur le travail des cadres dirigeants. De façon plus précise, dans les organisations les plus petites, les directeurs généraux ont moins d'activité de nature formelle mais se préoccupe plus des suivi des opérations »*

Un cadre me dit que pour lui, *« petite ou grande équipe de toute façon, mes valeurs managériales restent les mêmes »*.

### **6.3 Les valeurs du cadre**

En étudiant toutes les réponses faites sur la question des valeurs du cadre, j'ai constaté que deux grandes lignes se dessinaient, une basée sur la gestion des équipes et une autre sur le savoir être et savoir faire du cadre.

#### *Les valeurs du cadre dans la gestion des équipes*

Le mot rigueur a été employé par trois cadres sur les six interviewés et si nous considérons que le mot discipline a un sens proche, nous pouvons penser que la principale valeur que doit posséder le cadre est celle de la rigueur dans le travail. Une cadre sur un service transversale me dit qu'elle constate lors de ses visites dans les différents services que : *« les ambiances d'équipes sont très cadres dépendantes, la rigueur du cadre permet une meilleure gestion de celles-ci »*.

Dans le même registre, le mot « organisation » est cité par trois cadres : *« il faut une organisation claire et lisible car on ne peut pas voir travailler tout le monde »* ; *« une bonne organisation pour donner des repères aux agents »*.

Nous constatons que rigueur et organisation sont des valeurs qui donnent des repères aux équipes. Cela fait appel au rôle de leader d'équipe que nous avons développé dans le cadre conceptuel, ainsi qu'au système d'autorité instrumentale dans les organisations

décrit par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG comme : *« motive l'engagement de ressources de la part des acteurs. »*

La communication et l'écoute ont été citées l'une et l'autre par deux cadres, pas forcément par les mêmes personnes mais il m'a semblé important de les regrouper, ces deux termes étant complémentaires. *« Il faut communiquer pour bien se coordonner, pour être sur la même trajectoire. »* La communication est effective que si il y a une personne ou un groupe pour être à l'écoute. Ces deux valeurs sont décrites par Henry Mintzberg dans les dix rôles du cadre et font bien parties du travail du cadre de santé. Pour que la communication soit efficiente, il faut qu'elle soit ascendante et descendante. D'autre part, nous avons vu que dans l'organisation, la communication était primordiale, c'est par son biais que des zones d'incertitudes et des jeux de pouvoir peuvent s'installer. L'équité et le respect ont également été cités par deux cadres, *« il faut être équitable même si nous savons que l'équité au sens pure n'est pas possible, il faut y tendre le plus possible. »* *« Avoir du respect pour l'équipe et les patients. »*

Par ailleurs, les notions du prendre soin de l'équipe et de la bienveillance de cette dernière ont été évoqués à travers plusieurs expressions telles que : *« Le bien être des équipes au travail »*, *« Faire grandir l'équipe tout le temps »*, *« L'esprit d'équipe »*, *« La reconnaissance du travail de chacun »*, *« La neutralité »*, *« L'accompagnement des équipes »*, ou encore, *« le cadre est là pour guider et non pour imposer ses points de vue »*.

Nous pouvons constater que chaque cadre a évoqué avec ses propres mots cette valeur du prendre soin de l'équipe et nous pouvons considérer qu'elle est sans doute une des valeurs les plus importantes pour un cadre de santé. Le cadre joue son rôle de régulateur et de négociateur pour permettre aux équipes d'évoluer dans une ambiance la plus sereine possible. Il est garant de la bonne cohésion de l'équipe.

Dans le prendre soin, un cadre me cite *« la bonne prise en charge du patient »* comme sa première des valeurs car *« c'est à travers lui que nous savons si nos valeurs sont justes »*. Un cadre me parle de *« faire grandir ses équipes »* un autre me dit *« les aider à faire mieux »*.

### Les valeurs du cadre par rapport à son savoir être, son savoir faire

« Être cadre de santé c'est avoir de la curiosité intellectuelle », « c'est avoir de la réflexivité », « donner du sens et non imposer les recommandations. »

Pour tous les cadres, les valeurs ne sont pas que dans le rapport à l'autre mais concernent également leur savoir être. « Il faut s'inscrire dans des formations pour redistribuer son savoir aux équipes », « avoir droit à l'erreur et se demander ce que j'en fais », « en règle générale il doit refléter un professionnalisme qui a des convictions ».

À travers ces expressions, nous retrouvons le cadre comme diffuseur et répartiteur des informations, des connaissances acquises. C'est également là que les différents styles de management développés en amont trouvent leur sens, le cadre manage avec ce qu'il est et au regard de ses expériences passées.

Les valeurs du cadre développées dans le cadre conceptuel se retrouvent ici, il est bien question de valeurs humanistes à destination des équipes et pour une redistribution vers les patients. Une cadre me cite un proverbe africain qui résume bien les valeurs développées : « tout seul on va plus vite mais à plusieurs on va plus loin. »

## **6.4 Qu'est ce qu'un cadre de proximité**

Le mot quotidien revient beaucoup : « Accompanyer au quotidien », « gérer les difficultés au quotidien », « intervenir au quotidien », « intervenir au quotidien dans les organisations du travail », « la proximité pour la gestion quotidienne de la problématique de l'équipe ». À travers ces expressions, c'est l'action au jour le jour qui est soulignée, le travail de proximité serait donc un travail qui se fait tous les jours. Pour venir renforcer cette impression, d'autres phrases ont été prononcées comme : « c'est aller tous les jours aux transmissions », « être proche des équipes », « connaître chacun dans l'équipe », « connaître les patients, aller à leur rencontre ». Ou encore : « dans mes valeurs, la présence est importante ».

Certains d'entre eux ont évoqué l'idée que la proximité était une utopie dans la mesure où la masse de travail ne leur permettait pas d'être présent au quotidien, un autre me dit : « ça va être de la littérature car je n'ai jamais vécu être cadre de proximité, parce que je n'ai jamais géré de petite équipe ».

Il semble bien que la proximité, c'est ce vers quoi les cadres aimeraient tendre, mais que ce ne soit pas toujours réalisable sur le terrain.

Dans l'intention de remettre les personnels au premier plan et que la dynamique de l'équipe progresse, tous les cadres rencontrés ont évoqué, la proximité du cadre de santé et l'accompagnement journalier des soignants-

Walter Hesbeen<sup>32</sup> évoque le cadre de santé dans ses termes : « (...) *les professionnels qui, jour après jour, donnent des soins en étant confrontés à la complexité de chaque humain ont besoin de la présence d'un cadre de proximité afin d'être accompagnés, soutenus et encadrés pour ne pas courir le risque de se perdre, de se sentir livrés à eux mêmes voire de s'épuiser dans cette relation de soin et les exigences qu'elle contient.* »

Dans le cadre conceptuel, nous avons vu que Walter Hesbeen parle également du quotidien : « (...) *la nécessité de penser et d'accompagner une éthique concrète du quotidien des soins.* ».

## **6.5 La présence managériale**

Pour deux cadres sur six, la présence physique est importante. Cela évite les jeux de pouvoir, la création de clan, « *notre présence permet de poser les tensions, je l'ai vérifié sur le terrain quand j'étais à mi-temps sur deux équipes* », « *il faut être disponible au moment où les soignants sont eux aussi disponibles, ce qui implique une présence au long cours* », « *il faut que le cadre apprécie la qualité des soins et donc, pour cela sa présence physique est importante* ». Pour ces deux cadres, leur présence au sein du service au quotidien est primordiale.

Deux autres cadres ont répondu : oui mais, il n'y a pas que la présence physique, il y a d'autres formes de présence.

Un cadre me dit que : « *si un cadre n'est pas présent dans son service, ce n'est pas un cadre de proximité* ».

Seul le cadre qui gère les huit unités a eu une réponse négative d'emblée. Il ne peut pas se permettre d'être physiquement présent dans tous les services tous les jours.

Si nous regroupons les réponses des six cadres, la tendance est plutôt sur la nécessité d'une présence quotidienne du cadre dans les services. Mais, excepté deux cadres, tous

---

<sup>32</sup> HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin*. Elsevier Masson 2011. p 72.

ont évoqué le fait que la présence managériale sous une autre forme existe et peut venir aider.

Toutes ces réponses sur le sujet de la proximité font écho aux idées divergentes développées dans le cadre conceptuel ; L'Apéc développait l'idée qu'il était possible de manager à distance grâce à des outils tels que le téléphone et les e-mails alors que Walter Hesbeen parle lui d'accompagnement du quotidien.

### **6.5.1 Autres formes de présence**

À cette étape, seule une personne a prononcé le mot « déléguer » : *« il faut savoir déléguer, on est pas là pour faire la police »*. Les autres emploient des termes comme « IDE référent », « IDE coordinateur », « système de tutorat », « leader d'équipe » ou encore « rendre l'équipe responsable pour qu'elle puisse prendre des décisions ».

La position du cadre est perçue comme celle de celui qui a une vision globale du service, de l'institution dans lequel il évolue. Il positionne des référents pour recueillir l'information. Le cadre en charge des huit unités dit : *« il y a des référents, des IDE coordinatrices, c'est eux qui m'informent des problèmes. »*

Deux cadres parlent de communication : *« j'appelle en systématique le matin le service dans lequel je ne suis pas pour les informer de ma présence dans l'établissement et leur dire qu'ils peuvent me joindre quand il veulent. »*, *« on multiplie les modes de communication, écrit, téléphone, etc... »*.

En fait, le cadre est présent au travers les référents mis en place, pour d'autres c'est au travers de la communication. La communication est évoquée par deux cadres qui travaillent dans des services d'EHPAD. Peut on en conclure qu'il y a moins de délégation dans ces services ? La qualification des personnes comme l'évoquait l'un des cadre y est-elle pour quelque chose ? Il serait intéressant de pouvoir creuser la question.

### **6.5.2 Pensez vous être suffisamment présent auprès de vos équipes ?**

A la question, pensez vous être suffisamment présent auprès de vos équipes, 50% ont répondu avoir le sentiment d'une présence suffisante. Les trois cadres concernés sont ceux qui ont le moins de soignant à gérer (6 ; 24 ; 28). L'une dit avoir le temps de

participer à toutes les transmissions, une autre dit prendre le temps d'échanger, partager au moment de la pause café.

Les trois autres cadres estiment ne pas avoir assez de temps avec leur équipes. Le cadre qui gère huit unités en a deux décentralisées du siège ce qui ne lui permet pas de visites journalières. Un autre cadre me dit avoir découvert qu'elle avait deux équipes qui ne fonctionnaient pas sur les mêmes modalités, l'une étant dans la routine alors que l'autre est toujours partante pour des projets. De ce fait, elle consacre plus de temps au service qui « *refuse d'avancer dans des projets* ».

Nous constatons que le sentiment de ne pas avoir assez de temps à consacrer aux équipes est lié au nombre de soignants mais aussi aux configurations des locaux, à la proximité ou non des différents services gérés par le même cadre.

Un cadre évoquait son ancien poste en EHPAD avec plusieurs étages qu'ils fallait franchir plusieurs fois par jour pour rencontrer toutes les équipes.

### **6.5.3 Qu'avez-vous mis en place pour optimiser votre présence auprès des équipes ?**

Sur les trois cadres qui s'estiment suffisamment présents auprès de leurs équipes, deux sur trois y ont répondu au regard de leur expérience présente. La troisième a développé la question suivante dans ma base d'entretien en se basant sur son expérience antérieure.

Les deux cadres ont évoqué que le fait d'assister aux transmissions optimisait leur contacte auprès des équipes. Cela permet de rencontrer toute l'équipe, de donner des informations à un grand nombre mais également de mieux connaître les patients du service.

La cadre du service d'EHPAD reste plus tard le soir pour rencontrer les familles et ainsi alléger la charge de travail des soignants. Une autre me dit aller aux formations communes mises en place tous les mois pour entendre les mêmes choses et ainsi être plus à l'écoute de la vie du service.

La présence lors des transmissions est visiblement un moment fort dans le rôle du cadre.

## 6.5.4 Qu'est ce qui ferait que vous pourriez être plus présent auprès des équipes ?

Cinq cadres sur six ont répondu, soit parce qu'ils sont actuellement concernés soit parce qu'ils l'ont été lors de management antérieur. Ce qui laisse penser qu'ils ont développé des stratégies pour dégager du temps et ainsi être plus présent au quotidien.

### 6.5.4.1 Délégation

Si le mot déléguer a été évoqué une seule fois lors de la question sur une autre forme de présence que celle de la présence physique, ici cinq sur six l'ont prononcé.

Celle-ci n'est jamais anodine, pour tous la délégation est soumise à conditions :

- ✓ *« La délégation n'est pas toujours possible, il faut connaître ses personnels et les tâches qu'ils ont à effectuer pour savoir si c'est possible. » ;*
- ✓ *« Je fais comprendre aux personnes comment s'autonomiser, ce qui n'empêche pas la supervision. Au début je suis là pour leur donner des repères mais dès que la personne est habituée au service je lui laisse plus d'autonomie. Ce sont les équipes qui doivent s'adapter au service et non l'inverse. » ;*
- ✓ *« Je délègue certaines choses, par exemple pour les bons de travaux, les commandes de dépenses. Quand elles font des bilans nutritionnels, ce sont elles qui appellent si il y a besoin de la diététicienne, si il y a besoin de matelas à air, elles font les démarches tout en m'en informant. Ça les responsabilise et cela donne du sens à leur travail. » ;*
- ✓ *« Je délègue en fonction de la personne et du moment sinon je ne suis pas pour la délégation. »*

Effectivement, les mots tels que : « connaître son personnel ; supervision ; m'informer ; en fonction de la personne » évoquent bien des conditions de délégation.

Nous retrouvons ici le rôle de leader décrit par Henry Mintzberg<sup>33</sup> : « responsable de la motivation et de l'activité des subordonnés (...) », ainsi que les rôles d'entrepreneur : « recherche des opportunités dans l'organisation et son environnement, et prend

---

<sup>33</sup> MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Ed. D'organisation. 2012. P 103.

*l'initiative de « projet d'amélioration » pour effectuer des changements , supervise ainsi la conception de certains projets » et de répartiteur de ressources : « responsable de la répartition des sources organisationnelles de toutes sortes ; en fait prise ou approbation de toutes les décisions importantes de l'organisation. »*

D'un point de vue organisationnel, dans la délégation nous retrouvons les cinq traits développés par Philippe Bernoux<sup>34</sup> :

- ✓ division des tâches ; c'est le cadre qui décide de la tâche déléguée.
- ✓ distribution des rôles ; c'est le cadre qui décide à qui il délègue.
- ✓ Système d'autorité ; en supervisant les tâches déléguées pour en garder le contrôle.
- ✓ Système de communication ; c'est le cadre qui donne les informations nécessaires pour mener à bien la tâche déléguée, il peut ainsi garder une part d'incertitude afin de conserver le contrôle.
- ✓ Le système de contribution-rétribution ; si la délégation de la tâche s'est effectuée correctement, cela laisse la possibilité de déléguer des tâches plus complexes ce qui va valoriser la personne.

Il semble que la délégation soit la principale solution pour dégager du temps pour être plus présent auprès des équipes. Mais celle-ci se fait sous conditions. Il faut rappeler que selon le décret du 29 juillet 2004<sup>35</sup> : « *L'infirmier chargé du rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité* ».

Ceci implique que le cadre reste responsable des actes effectués par délégation, il est donc nécessaire de conserver un contrôle sur les actes délégués.

---

<sup>34</sup> BERNOUX Philippe. *La sociologie des organisations*. Ed du Seuil.2009. p 135.

<sup>35</sup> <http://www.fhf.fr/Actualites/Management-durable-RSE/Management/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique> (consulté le 16/04/14)

#### 6.5.4.2 Communication

La communication, dans la gestion de sa quantité ainsi que dans la difficulté de sa diffusion a été soulevée par deux cadres : « *La gestion des mails et du courrier est plus importante dans les grandes équipes. Qui dit grandes équipes dit grands locaux avec des difficultés pour la répartition des informations.* » ; « *La communication tout azimut par internet est difficile à gérer, savoir comment et quand transmettre et avec quels outils. Il faudrait que tout le monde entende la même chose, avoir des formations de base tous les ans pour toute l'équipe sur le bon sens professionnel par exemple.* »

Ici, il est question de la masse importante d'informations à faire circuler. C'est pourtant le rôle du cadre que d'informer. Henri Mintzberg<sup>36</sup> parle d'agent d'observateur actif : « *cherche et reçoit une grande variété d'informations spéciales (...) émerge comme le centre nerveux de l'information interne et externe de l'organisation* », de diffuseur : « *Transmet aux membres de l'organisation des informations reçues de personnes extérieures ou d'autres subordonnés (...)* », et le porte parole : « *Transmet à des personnes extérieures des informations sur les plans, les politiques, les actions, les résultats, etc. de l'organisation (...).* »

Les solutions semblent peu nombreuses, pour limiter cette surcharge d'informations, c'est dans leur diffusion qu'il faut se montrer ingénieux : « *Je faisais passer les informations et la feuille d'épargne avec le planning pour que chacun en prenne connaissance.* »

#### 6.5.4.3 Gestion des plannings

Là encore, deux cadres ont exprimé leur difficultés dans la gestion des plannings : « *Il faudrait que les plannings soient gérés par quelqu'un d'autre.* », « *J'étais à 60% dans la gestion du personnel ; entre les arrêts, les vacances, les échanges...il faudrait que la gestion des plannings et la pénurie de personnel soient fait par quelqu'un d'autre.* »

Le cadre est responsable de la continuité et la coordination des soins,<sup>37</sup> ce qui implique la gestion des absences mais pas obligatoirement la gestion des plannings. Or, dans beaucoup d'établissement, la gestion des plannings est laissée au cadre de santé de

---

<sup>36</sup> MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Ed. D'organisation. 2012. P 103.

<sup>37</sup> <http://www.fhf.fr/Actualites/Management-durable-RSE/Management/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique> (consulté le 16/04/14)

proximité. Il s'agit ici d'une organisation interne particulière et différente à chaque établissement et en fonction du mode de management du cadre. Pour exemple, dans certains services, les plannings sont pré-remplis par les équipes puis soumis à l'approbation du cadre.

Trois cadres sur six ont évoqué que plus l'équipe soignante est de grande taille, plus il y a de souplesse dans la gestion de l'absentéisme ou des congés : *« pour faire un emploi du temps, un planning, plus on a de soignants et mieux c'est car on a plus de possibilité de bouger les repos. »*

#### **6.5.4.4 Dynamique de projet**

Avoir des projets pour être plus proche de ses équipes a été évoqué par deux cadres : *« Mettre en place une dynamique de projet pour fédérer les équipes autour de cette dynamique. », « Je m'arrange pour que l'équipe qui fonctionne bien continue ainsi pour donner plus de temps à l'équipe qui refuse d'avancer dans les projets. Il faut planifier les choses longtemps à l'avance pour pouvoir faire tout ce que nous avons envie de faire, projets... »*

Se rassembler autour d'un projet commun semble important. D'autres cadres ont dit leurs difficultés à mener à bien des projets quand ils ont plusieurs services en charge avec des dynamiques et des objectifs différents.

Fédérer des projets pour aller dans le même sens et pour donner du sens au travail semble une solution pour être plus proche des équipes.

#### **6.5.4.5 Proximité géographique**

Même si la proximité géographique n'a été évoquée qu'une seule fois sur cette question, plusieurs ont parlé de services à étages, de services éloignés de plusieurs kilomètres du siège, de services dans des pavillons différents...avec une perte de temps dans les déplacements et une complexité dans l'organisation de leur journée de travail. Leur bureau étant situé dans les locaux d'un service, ils doivent transporter des sacs de documents quand ils souhaitent passer un peu de temps dans un autre service.

Ce problème géographique, qui peut paraître anodin au départ, est en fait un frein à la présence du cadre dans les services dont il a la charge.

Sur la question de la proximité géographique, il n'a pas été évoqué d'autre solution que de positionner un cadre sur chaque site.

## **6.6 Synthèse de l'analyse**

L'enquête auprès des différents professionnels de terrain a été riche en recueil d'informations. Elle m'a permis d'identifier des liens entre le cadre conceptuel et les expériences professionnelles des cadres auprès desquels j'ai mené ces échanges. Dans le cadre conceptuel nous avons pu mettre en évidence le rôle du cadre et ses valeurs ainsi que l'importance de l'organisation dans la méthode de management du cadre au quotidien.

En ce qui concerne la taille de l'équipe, les échanges vont dans le sens de confirmer que c'est une notion qui est "cadre dépendant", donc subjective. Leurs expériences antérieures et présentes ayant nourri leurs représentations.

Plusieurs cadres ont évoqué des difficultés de management mais aucun ne les a imputées à la notion de taille de l'équipe. Deux d'entre eux ont même évoqué le fait que plus il y a de soignants et plus les plannings et remplacements de congés maladie sont simples à réaliser. La spécificité du service, les projets multiples sur des services multiples, l'éloignement géographique, ont par contre été cités comme plus difficiles à gérer que la taille des équipes.

Ces constats viennent infirmer mon hypothèse selon laquelle, la taille des équipes est une difficulté qui nécessite de mettre des stratégies spécifiques en place.

Si nous prenons la classification des configurations organisationnelles de Henri Mintzberg, le système hospitalier est une bureaucratie qui a comme moyen de coordination la standardisation des qualifications, ce qui implique l'intervention de personnels qualifiés. Selon les services (médicaux ou médico-sociaux), les qualifications des soignants ne sont pas les mêmes. Cette particularité a été soulevée par un cadre comme étant une des difficultés à la compréhension des informations car les formations de certains personnels, notamment en EHPAD et pour la population des ASH, sont

essentiellement des formations sur le terrain et basées sur le mimétisme. C'est un constat qui implique une adaptation du langage et une explication des bases.

Dans une organisation, le cadre doit ajuster son management et sa posture en fonction des jeux d'acteurs et des phénomènes de groupe.

Philippe Bernoux<sup>38</sup> part de trois postulats :

- ✓ *Les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation.*
- ✓ *La liberté relative des acteurs. Dans une organisation, tout acteur garde une possibilité de jeu autonome, qu'il utilise toujours plus ou moins.*
- ✓ *Dans ces jeux de pouvoir, les stratégies sont toujours rationnelles mais d'une rationalité limitée.*

Nous voyons bien dans ces trois postulats, les enjeux qu'il est nécessaire de prendre en compte dans la fonction de gestion d'une équipe. C'est, je pense, ce qui donne du sens à la principale valeur citée par les cadres que j'ai rencontré, à savoir la rigueur.

C'est la rigueur du cadre qui va aussi lui permettre d'être à la croisée, de repérer les zones d'incertitudes et d'adopter le rôle de marginal sécant pour peser sur l'organisation.

Pour la totalité des cadres rencontrés, la proximité est bien représentée par le suivi des équipes au quotidien. Elle est souvent associée au prendre soin des équipes pour que celles-ci prennent soin des patients.

La proximité, pour éviter que les jeux de pouvoir ne prennent place au sein d'une équipe, a été évoquée par deux cadres qui l'ont constatée dans leurs pratiques professionnelles. Walter Hesbeen dit<sup>39</sup>: « (...) *la considération pour l'humain dans la pratique quotidienne des soins procède nécessairement, d'une prise de conscience personnelle, de ceux qui ont choisi pour métier d'en donner. Cette prise de conscience et l'implication ont besoin d'être soutenues et accompagnées tant grâce à l'atmosphère d'un service, d'une structure que grâce à la présence et à l'implication d'un cadre de proximité* »

La nécessité de la présence physique a été évoquée par tous les cadres et tous ont proposé des solutions pour optimiser leur présence dans les services auprès des équipes.

---

<sup>38</sup> BERNOUX Philippe. *La sociologie des organisations*. Ed du Seuil.2009. pp 147, 149, 150.

<sup>39</sup> HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin*. Elsevier Masson 2011. p 56.

Cinq cadres sur six ont proposé la délégation comme principale aide au management ce qui implique que, quelle que soit la taille de l'équipe, les cadres confient à un ou plusieurs de ses membres la responsabilité de mettre en œuvre des tâches telles que les bons de travaux, appeler la diététicienne, ou commander des matelas à air en fonction des besoins...

La délégation n'est pas un acte naturel pour le manager et nous avons vu qu'elle est toujours soumise à conditions.

La délégation est un acte qui engage les deux parties que représentent le cadre et le personnel à qui est confiées cette délégation, et ne se fait bien nécessairement pas à la légère. Elle peut être vécue par le délégant comme une perte de pouvoir d'où la nécessité d'être suffisamment humble et d'avoir suffisamment confiance dans la personne à qui la délégation est confiée. Pour le délégataire, la difficulté peut à la fois résider dans la peur de ne pas être à la hauteur et dans la crainte que l'engagement ne soit pas reconnu.

En contre partie, une délégation bien menée peut apporter de la satisfaction pour les deux parties. Le cadre de santé peut être vu comme un coach menant la délégation comme un processus.

Il faut bien déterminer les objectifs ou buts à atteindre et faire un point régulier pour en connaître les avancées, les difficultés, et réajuster si besoin.

Une bonne délégation implique une bonne communication.

Le cadre a un rôle essentiel dans l'information. Nous avons vu qu'en tant que marginal sécant il se doit de ne pas tout dévoiler mais, il a l'obligation de partager les informations utiles et nécessaires au bon fonctionnement de son service.

Son positionnement, au carrefour des soignants, patients, familles et services administratifs, est stratégique. Pour cela il doit avoir un sens de la communication développé. Cette communication, horizontale et verticale, écrite et verbale, formelle et informelle, est dans tous les cas abondante, difficile à trier et à redistribuer aux bonnes personnes, au bon moment, et dans de bonnes conditions. Pour cela, le cadre dispose de différents supports : les réunions, les tableaux d'affichage, des cahiers de transmissions inter-équipes,... là encore, il a un rôle de contrôle, il doit s'assurer que l'information a bien été distribuée et comprise par tous. La feuille d'émargement semble être une solution pour vérifier que chacun dans l'équipe a bien pris connaissance des l'informations.

La gestion des plannings est chronophage et beaucoup de cadres souhaiteraient la déléguer à un autre personnel. Or, si le cadre veut garder une certaine maîtrise des équipes, la gestion des plannings reste stratégique. La solution ne serait peut être pas, comme l'a soulevé un cadre, dans l'équipe soignante mais dans l'équipe administrative.

Des stratégies restent à découvrir pour mener à bien le management des équipes dans des conditions permettant à chacun de faire son travail en harmonie les uns avec les autres.

### **6.6.1 Retour à l'hypothèse**

L'étude du cadre conceptuel a enrichi la problématique et m'a permis de dégager une hypothèse.

**Le cadre de santé de proximité doit mettre en place des stratégies pour manager ses équipes en fonction de leur taille.**

Nous venons d'évoquer le fait que l'importance du nombre de professionnels dans une équipe serait moins à conséquence que le nombre d'équipes à prendre en compte. Pour autant, et même si cette hypothèse est infirmée de façon relative à d'autres facteurs, elle est confirmée pour partie.

Avant de confronter les résultats à l'hypothèse, il faut être bien conscient que ceux-ci sont basés sur un échantillon de six cadres de santé et ne sauraient en aucun cas avoir valeur de règle.

Les cadres rencontrés se retrouvent à l'unanimité autour de l'idée de la nécessité de mettre en place des stratégies de management. Pour autant la définition de ces stratégies n'est pas en lien conditionnel avec la taille des équipes. Dit autrement, la taille des équipes n'est pas la question première dans la définition de la stratégie managériale.

Il semble nécessaire de développer des stratégies de management pour que le cadre de santé puisse être présent au maximum auprès de ses équipes. Or, celui-ci évolue dans une organisation dans laquelle tout n'est pas possible, il ne maîtrise qu'une partie des choses. Ainsi, il n'a pas de maîtrise sur la géographie des lieux qui parfois complexifie le management, il n'a pas de maîtrise sur le fait de gérer ou non les plannings, c'est institution dépendant.

L'analyse des différentes difficultés que rencontre un cadre de santé de proximité est nécessaire au moment de la prise d'un poste. Cette analyse permettra de trouver des leviers pour faciliter le management des équipes.

## **7 Mes perspectives professionnelles**

Mon expérience professionnelle de faisant fonction cadre de santé a collaboré à découvrir le travail du cadre et, a confirmé mon choix de me donner les moyens d'évoluer dans cette profession.

L'entrée en formation de cadre de santé m'a permis de prendre de la hauteur, de regarder ma pratique de faisant fonction avec du recul. Aujourd'hui, j'ai affiné mon esprit critique à travers les enseignements, les différents travaux de groupe et les stages de terrains. Cette formation m'a apportée de nouvelles connaissances, de nouveaux outils, des méthodologies de travail qui vont concourir à me forger une nouvelle identité, nécessaire à un management de bonne qualité.

Pour moi, être cadre de santé, c'est être responsable, assurer son rôle et ses missions. C'est avant tout être fédérateur et accompagner les équipes en donnant du sens aux actions menées.

Le cadre de proximité doit tenir compte de la complexité de son rôle qui est à la croisée des relations entre soignants, patients, familles, et services administratifs. Il doit faire preuve d'ingéniosité pour mener toutes ses missions à bien et pour cela il doit développer des stratégies managériales sans pour autant en oublier son expertise.

Dans la construction de ma nouvelle identité de cadre, je dois continuer à porter mes valeurs soignantes.

Cette année de formation et ce travail de recherche m'ont permis de me questionner et de me repositionner vis à vis de mon devenir professionnel. J'ai effectivement approfondi une question qui me semblait essentielle : la taille des équipes. Pour moi, elle pouvait représenter un frein à un management efficient or, les échanges avec les cadres de santé m'ont permis d'aborder la question sous un autre angle et de comprendre que d'autres facteurs peuvent représenter une difficulté dans d'autres champs.

Cette évolution va me permettre de me positionner différemment. Je vais repenser la délégation comme étant un allié précieux et nécessaire à un bon management. De plus, je souhaite continuer à échanger avec des collègues cadres dans le but de nourrir et d'élargir ma réflexion sur ce sujet comme sur d'autres.

Pour terminer, je vais rester sur les mots de ce cadre qui est passé de la gestion d'une grande équipe (80 personnes) à celle d'une petite équipe (24 personnes) : « *la difficulté des grandes équipes entraine la solidarité avec les autres services de la même configuration. L'ambiance dans les grandes équipes est plus familiale.* ». Et enfin : « *malgré la charge de travail j'étais bien dans le service d'EHPAD* ».

## 8 CONCLUSION

Ce travail m'a permis d'acquérir une méthodologie de recherche, il a aussi redynamiser ma curiosité professionnelle et ouvert mes champs de réflexion. La mise en lien des différents éléments recueillis a aiguisé mon esprit critique et d'analyse. Les échanges qui se sont réalisés avec des cadres ont apporté une nouvelle dimension à mon questionnement de départ.

Le fait que mes entretiens aient infirmé mon hypothèse m'a contrainte à la remise en cause et m'a permis de comprendre tout l'intérêt d'une telle démarche, de la nécessité de rechercher avant d'affirmer et de rester ouverte à d'autres vérités que celles que l'on porte.

L'évolution de notre système de santé oblige les établissements médicaux et paramédicaux à une réorganisation de leurs services dans le but d'un gain en efficacité.

Le cadre de santé de proximité doit trouver sa place et s'adapter, tant il est confronté à de nombreux changements qui touchent ses missions et ce qu'induit l'exigence d'efficacité.

Le cadre doit développer et mettre en place des stratégies de management pour réaliser toutes les missions qui lui incombent. Son rôle de gestionnaire le place au côté de la direction, son rôle de médiateur le place au côté des familles, son rôle de manager le place au côté des soignants, son rôle de soignant le place au côté des patients. Il doit jongler et composer à destination de tous ces rôles, avec ses valeurs soignantes, des valeurs humanistes et bienveillantes, avec son savoir faire et son savoir être. Toutes les stratégies d'aide au management sont des supports qui s'avèrent être précieux. Le travail de réflexion que j'ai engagé en élaborant cet écrit est un début, je souhaite qu'il devienne le support de réflexions au gré des expériences de gestion et des réalités professionnelles que je vais être amenée à rencontrer dans ma pratique à venir.

## 9 BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- ✓ BERNOUX Philippe. *La sociologie des organisations*. Edition du Seuil, 2009, 466p.
- ✓ CROZIER Michel et FRIEDEBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977, 500p.
- ✓ HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, 155p.
- ✓ Le nouveau Petit Robert de la langue Française. Paris : Le Robert, 2010.
- ✓ LIKERT Rensis. *Le gouvernement participatif de l'entreprise*. 1961
- ✓ MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les dix rôles du cadre*. Paris : Editions d'organisation, 2006, 2ème version. 383p.

### Sitographie :

- ✓ De Hennezel Marie. *Les valeurs du soin*. Disponible sur : [http://www.cssante.ca/fileadmin/cha/internet/cpsss/LES\\_VALEURS\\_DU\\_SOIN\\_par\\_Marie\\_de\\_Hennezel.doc](http://www.cssante.ca/fileadmin/cha/internet/cpsss/LES_VALEURS_DU_SOIN_par_Marie_de_Hennezel.doc) (consulté le 26/12/2013)
- ✓ Dictionnaire Larousse  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421> (consulté le 8/12/2013)  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proximite/64681> (consulté le 8/03/2014)
- ✓ Site de l'Agence pour l'emploi des cadres (Apec) disponible sur : <http://cadres.apec.fr/Emploi/content/download/492217/1052227/version/1/file/Management+de+proximite+final.pdf> (consulté le 8/03/2014)

## Textes législatifs :

✓ Création du Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière. Disponible sur : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A75BD889DAD1A2721DEF769A72F9121A.tpdjo02v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000304228&dateTexte=19581119&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A75BD889DAD1A2721DEF769A72F9121A.tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000000304228&dateTexte=19581119&categorieLien=cid) (consulté le 29/12/2013)

✓ Décret portant création du diplôme de cadre de santé. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244> (consulté le 29/12/2013)

✓ Décret portant sur le diplôme cadre de santé. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539> (consulté le 29/12/2013)

✓ La charte des valeurs du SIDIIEF (Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone). Disponible sur : [http://www.sidiief.org/~media/Files/3\\_0\\_APropos/3\\_10\\_CharteValeurs/CharteValeurs.a.shx](http://www.sidiief.org/~media/Files/3_0_APropos/3_10_CharteValeurs/CharteValeurs.a.shx) (consulté le 27/12/2013)

✓ Ordre National des Infirmières. *Projet de Code de déontologie des infirmières*. Disponible sur : [http://www.ordreinfirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet\\_code\\_deontologie\\_fevrier\\_2010.pdf](http://www.ordreinfirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf) « (consulté le 26/12/2013)

✓ Site de fhf concernant la responsabilité juridique du cadre disponible sur : <http://www.fhf.fr/Actualites/Management-durable-RSE/Management/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique> (consulté le 16/04/14)

## **Table des annexes**

Annexe 1 : questionnaire vierge ;

Annexe 2 : deux questionnaires remplis.

**ANNEXE I**

**QUESTIONNAIRE VIERGE**

Service :

Nombre de lits :

Nombre de soignants : IDE : AS : ASH : Autres :

QUESTIONS	POURQUOI
Pensez-vous gérer une grande équipe ?	Avoir des repères de grandeur pour comparaison et représentations.
Selon vous, qu'est ce qu'une grande ou petite équipe ? Combien contient de personnes une petite/grande équipe ?	As t-on la même notion de grandeur et représentations.
Selon vous, quelles sont les valeurs à développer pour manager une équipe ?	Les valeurs sont-elles les mêmes pour tous.
Pour vous comment définiriez-vous un cadre de proximité ?	La notion de proximité est-elle la même pour tous.
Selon vous est-il nécessaire d'être présent physiquement pour parler de présence managériale ou y a-t-il d'autres formes de présence ? Si oui pouvez-vous me dire lesquelles ?	Existe t-il plusieurs formes de présence.
Estimez-vous être suffisamment présent auprès de vos équipes ?	Quelle forme de présence est mise en place.
Si OUI, qu'avez-vous mis en place pour optimiser votre « présence » auprès de vos équipes	Comment cette présence est-elle concrétisée.
Si NON, qu'est ce qui ferait que vous pourriez être plus « présent » auprès de vos équipes ?	Quoi mettre en œuvre.

## **ANNEXE II**

### **QUESTIONNAIRES REMPLIS**

**Service** : Actuellement : EHPAD (avant, g rait une équipe de plus de 100 personnes)

**Nombre de lits** : 81 Lits

**Nombre de soignants** : IDE : 4      AS : 11      ASH : 12      **Autres** : 1 IDE r f rent

QUESTIONS	POURQUOI
Pensez-vous gérer une grande équipe ?	Non
Selon vous, qu'est ce qu'une grande ou petite équipe ? Combien contient de personnes une petite/grande équipe ?	Inférieur à 50 c'est une petite équipe et supérieur à 50 c'est une grande équipe.
Selon vous, quelles sont les valeurs à développer pour manager une équipe ?	La rigueur est importante. Il faut un lien de confiance ; on ne peut pas voir travailler tout le monde. Pour cela il faut des organisations de travail claires et lisibles. Il faut que les agents aient des repères et il faut des indicateurs qui permettent d'évaluer le travail et les résultats du travail. Il est nécessaire d'avoir une organisation claire.
Pour vous comment définiriez-vous un cadre de proximité ?	C'est un cadre qui peut intervenir au quotidien dans les organisations du travail. C'est le terme « quotidien » qui est important dans la proximité. On met en place les organisations et on a une évaluation mais on peut intervenir quotidiennement dans ces évaluations.

	<p>Il faut suffisamment de proximité pour observer une toilette, un repas...</p> <p>A partir du moment où on ne peut plus intervenir quotidiennement dans les organisations ou rencontrer un médecin ou participer à une réunion pluridisciplinaire on n'est plus dans la proximité.</p> <p>La proximité, c'est quand le cadre intervient directement dans les organisations de travail pas forcément pour faire mais pour observer, réajuster.</p> <p>Par exemple dans la participation aux transmissions il sait qui est où et qui fait quoi, il peut intervenir.</p> <p>Il connaît ses agents, son équipe pour pouvoir ajuster, ajuster les plannings, des emplois du temps.</p> <p>La proximité est vraiment dans l'équipe, dans la gestion au quotidien de la problématique de l'équipe.</p> <p>Ce n'est pas du tout pareil, ce n'est pas le même. J'ai changé de population puisque à l'origine je suis cadre puéricultrice et je travaillais dans un service de néo-natalité et pédiatrique.</p> <p>Ce n'est pas non plus le même type d'équipe. J'avais des équipes hyper qualifiées avec des IDE spécialisées et des auxiliaires de puéricultures toutes diplômées, expérimentées et que là, il y a des équipes, à moitié aides soignants et à</p>
--	---

	<p>moitié ASH dont environ 50% n'a pas passé le niveau de la 3<sup>ème</sup>. Donc, au niveau management ce n'est pas la même chose. Quand on fait passer un protocole, on n'a pas le même degré de compréhension que dans des équipes de réanimation. Il faut s'ajuster, s'adapter à la spécificité et de l'équipe et de la prise en charge parce que les organisations du travail ne sont pas pareilles. Par exemple, sur les protocoles il faut expliquer les termes car il faut redonner la main aux soignants sur les connaissances médicales car nous sommes en voie de passage vers une structure médicalisée.</p>
<p>Selon vous est-il nécessaire d'être présent physiquement pour parler de présence managériale ou y a-t-il d'autres formes de présence ?</p> <p>Si oui pouvez-vous me dire lesquelles ?</p>	<p>Tout dépend à quel poste on se trouve. Je pense que si un cadre n'est pas présent dans son service, ce n'est pas un cadre de proximité.</p> <p>Il y a une présence managérial dans la supervision des organisations, dans la supervision des emplois du temps mais on ne peut pas appeler ça un management de proximité. C'est du management, le cadre est présent mais on n'est pas dans la proximité, elle ne se joue pas au contact direct de l'équipe, elle se joue ailleurs.</p> <p>Dans mon autre service (gros service de réa avec 100 personnes à gérer de toutes professions : IDE, IDE anesthésiste, .....), on n'était pas dans la proximité, on ne pouvait pas ; il y avait un tel flux de stocks,</p>

	<p>de patients, de lits à gérer.</p> <p>À ce moment là on met en place des systèmes de tutorat, d'infirmier référents, des leaders d'équipe...qui vont permettre de déléguer un certain nombre de fonction.</p> <p>C'est en ca que le travail de cadre bouge beaucoup, on est beaucoup amené à gérer plusieurs unités, à faire du management, de la gestion qui sont à un niveau autre que celui du soin, et de la proximité du patient. On est à un niveau ou il faut une vision global de l'institution, on est beaucoup plus dans gérer des plannings, du matériel, faire de la logistique...</p>
<p>Estimez-vous être suffisamment présent auprès de vos équipes ?</p>	<p>Oui, j'ai le temps, je participe à toutes les transmissions, c'est une institution qui n'a pas la réunionite aigue.</p>
<p>Si OUI, qu'avez-vous mis en place pour optimiser votre « présence » auprès de vos équipes</p>	<p>J'assiste aux transmissions, je suis dans le service tous les jours, le soir je reste un peu plus tard que mes horaires car, ca me permet de rencontrer les familles. Il y a un gros travail en EHPAD de médiation avec les familles, et ma présence permet aux équipes de travailler plus sereinement.</p>
<p>Si NON, qu'est ce qui ferait que vous pourriez être plus « présent » auprès de vos équipes ?</p>	

Pour vous la difficulté ne réside pas dans la taille de l'équipe mais dans l'approche qu'elles ont du soin ?

Effectivement pour moi ce n'est pas le nombre parce que par exemple, pour faire des emplois du temps, un planning, plus on en a et mieux c'est car on a plus de possibilité de bouger les repos...

Pour moi, ce qui diffère, c'est les spécificités de l'équipe, ses caractéristiques : moyenne d'âge ; par exemple mon ancienne équipe avait 29 ans en moyenne, celle-ci en a 45 donc, je ne travaille pas avec la même génération. L'équipe de « 29 ans » n'a pas la même relation au travail, aux contraintes du travail, aux organisations du travail et à la formation que l'équipe de 45 ans. L'équipe surqualifiée avec bac plus quatre n'a pas le même niveau de compréhension des organisations que l'équipe d'ASH qui a un niveau de 3<sup>ème</sup>. Et en terme de vie sociale et de caractère social, l'équipe qui est payée 2 5000€ par mois n'a pas la même que celle payée 1 800€ par mois.

Mes modes de management sont plus adaptés aux caractéristiques de mon équipe et du recueil de données que je peux faire sur cette équipe, sur les gens qui la compose, sur les phénomènes de groupe, sur les jeux d'acteurs au sein de l'équipe que sur un phénomène de nombre.

**Service** : neurologie à ce jour (en EHPAD avant avec une équipe de 80 personnes)

**Nombre de lits** : 20

**Nombre de soignants** : IDE : 8 J + 2N      AS : 10J + 2N      ASH : 2J      **Autres** :  
ergothérapeute à mi-temps et psychologue à mi-temps.

QUESTIONS	POURQUOI
Pensez-vous gérer une grande équipe ?	Une petite équipe
Selon vous, qu'est ce qu'une grande ou petite équipe ? Combien contient de personnes une petite/grande équipe ?	Une grande équipe, c'est une équipe supérieure à 60 personnes avec un service sur plusieurs étages.
Selon vous, quelles sont les valeurs à développer pour manager une équipe ?	Les valeurs sont les mêmes dans une grande comme dans une petite équipe. Il faut avoir l'esprit d'équipe : ne pas être sur des individualités, s'inscrire dans des formations pour les redistribuer aux collègues. Faire grandir l'équipe tout le temps. Avoir le droit à l'erreur, et qu'est ce que j'en fais derrière ? avoir une réflexivité. Mettre en place des références. Redistribuer son savoir pour faire grandir l'équipe. Avoir du respect pour l'équipe et les patients.
Pour vous comment définiriez-vous un cadre de proximité ?	Il fait du lien. Savoir être à l'écoute, savoir communiquer. Savoir leur faire prendre du recul sur des situations parce qu'ils sont dans l'émotions, et dans la fatigue. Les faire travailler pour ne pas être dans la

	<p>plainte mais dans la réflexion pour améliorer les conditions de travail parce que parfois on se perd soit même ; elles ne voient pas les temps ou elles sont débordées.</p> <p>Savoir redonner la priorité.</p>
<p>Selon vous est-il nécessaire d'être présent physiquement pour parler de présence managériale ou y a-t-il d'autres formes de présence ?</p> <p>Si oui pouvez-vous me dire lesquelles ?</p>	<p>Oui, la présence physique est importante pour l'équipe pour éviter les jeux de pouvoir, la création de clans. Notre présence permet de poser les tensions. Je l'ai vérifié sur le terrain quand j'étais à mi-temps sur 2 équipes.</p> <p>Ici je peux voire chacune et être dans l'accompagnement personnalisé, de plus je suis sur le même étage.</p> <p>Il faut savoir déléguer, on n'est pas là pour faire la police.</p> <p>La difficulté des locaux avec des étages où il faut passer dans les différents étages pour donner l'information. Il y a des réunions de grandes équipes mais ce n'est pas simple à organiser, il faut faire une réunion par étage...on multiplie les modes de communication avec des problématiques différentes entre les étages (différence entre équipe, famille, résidents...) quand j'arrivais dans l'étage j'arrivais dans leur étage.</p> <p>Dans les grandes équipes, il y a des problèmes de communication. En EHPAD, la moitié des personnels n'est pas formée et il y a un turn-over important ce qui explique la difficulté de la communication.</p>

<p>Estimez-vous être suffisamment présent auprès de vos équipes ?</p>	<p>Dans celle-ci oui mais dans la grande équipe où j'étais avant non.</p> <p>Non dans la grande équipe, je ne pouvais pas rencontrer les personnes travaillant la nuit. la gestion des urgences est priorisée.</p> <p>Mettre les choses par écrit ce n'est pas pareil que de le dire, d'en parler.</p>
<p>Si OUI, qu'avez-vous mis en place pour optimiser votre « présence » auprès de vos équipes</p>	<p>Présence lors des transmissions. Formation tous les mois en commun pour entendre les mêmes choses.</p>
<p>Si NON, qu'est ce qui ferait que vous pourriez être plus « présent » auprès de vos équipes ?</p>	<p>Quand j'étais dans le service d'EHPAD, il aurait fallu une IDE coordinatrice en plus du cadre car quand la collègue est en vacances, il faut gérer 2 grosses structures. Par contre le fait d'avoir une collègue sur une structure à coté permet de ne pas être seule pour travailler sur les projets.</p> <p>La structure doit être proche de la structure « mère » pour ne pas perdre de temps dans les transports pour se rendre aux réunions...</p> <p>Que les plannings soient gérés par quelqu'un d'autre.</p> <p>Qui dit une grande équipe dit grands locaux avec des difficultés pour la répartition des informations.</p> <p>La gestion des mails et du courrier est plus importante dans des grandes équipes.</p> <p>Je travaillais mes projets par 3, un dans chaque service qui sont ensuite dispatchés</p>

	<p>dans les autres services. Cela permet que les agents pensent à autre chose qu'aux petites cuillères qui manquent.</p> <p>Mettre une dynamique de projet pour fédérer les équipes autour de cette dynamique.</p> <p>Donner du sens à son management</p>
--	---

La difficulté des grandes équipes entraîne la solidarité avec les autres services de la même configuration.

En fonction des services, le poste de cadre diffère. Là bas j'étais ressource humaine ici je suis projet.

Il y a un contexte de service, il faut revaloriser le travail de l'A.S pour qu'elles aient envie de s'inscrire dans un projet.

L'effet de groupe est plus facilitant quand il y a un arrêt, les leviers sont plus faciles.

L'ambiance dans les grandes équipes est plus familiale.

Malgré la charge de travail j'étais bien dans le service d'EHPAD.

Le cadre est là pour guider et non pour imposer ses points de vues.

On ne construit rien tout seul, il faut s'aider des autres. Tout seul on va plus vite mais à plusieurs on va plus loin.



## Mémoire

**Le management : Entre proximité et distance.**

**AUTEUR**

**Nicole BOULAY**

**MOTS CLES :** management, valeurs, organisations, taille des équipes

**KEY WORDS :** management, values, organization, team size nursing

## RESUME

Dans un contexte socio-économique de plus en plus contraignant, l'organisation hospitalière doit évoluer et s'ajuster. Le cadre de santé qui est au carrefour des logiques administratives, médicales et soignantes doit adapter son management à l'efficacité demandée. D'autre part, en fonction des établissements, les organisations de service sont différentes. Effectivement, selon les établissements, un cadre peut gérer une petite ou une grande équipe, une ou plusieurs unités.

Le but de ce travail de recherche est de déterminer quelles stratégies le cadre de santé doit mettre en place pour manager ses équipes en fonction de leur taille. Afin de répondre à cette problématique, il a été nécessaire d'étudier différents concepts et de réaliser une enquête auprès de six cadres de santé de proximité venant de divers services. Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence d'une part que la taille des équipes ne semble pas une difficulté pour manager et d'autre part, ce travail a mis en évidence qu'il faut mettre en place des stratégies avec les petites comme avec les grandes équipes.

## ABSTRACT

In a more and more binding socioeconomic context, the hospital organization has to evolve and adjust. The healthcare manager who is at the crossroads of administration, medicine and care needs to adapt his/her management to the efficiency required. On the other hand, services are differently organized, depending on healthcare structures; Indeed, depending on the structure, a health manager can handle a small or large team, one or more units. The purpose of this research is to determine what strategies the healthcare manager must implement to manage his/her teams based on their size.

To address this issue, it was necessary to explore different concepts and conduct a survey with six healthcare managers from various departments. This research has highlighted both that team size is not a problem for the management and secondly, this work has highlighted the need to put strategies in place for small teams as for big teams.