

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

## **Distance/Proximité Antinomique ?**

Gladys JARRU

**DCS@15-16**

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM 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'Ecole Supérieure Montsouris.

## REMERCIEMENTS :

L'exercice des remerciements ne représente pas une obligation mais l'occasion de témoigner toute ma gratitude à celles et ceux qui m'ont « donné à penser », qui m'ont aidé, soutenu, accompagné mais aussi qui m'ont permis de dépasser les difficultés inhérentes à un travail de recherche et qui ont rendu cette expérience extrêmement plaisante.

Je tiens tout d'abord, à remercier, mon Directeur de mémoire, Mme Hélène Chapalain.

Travailler avec Mme Chapalain a été pour moi un honneur et un plaisir. J'ai apprécié sa disponibilité et ses conseils qui ont su me réorienter lors de chacune de nos discussions. Un soutien sans faille.

Je souhaite exprimer ma gratitude à Mme Bruneau Frédérique, cadre supérieure à la Fondation Santé Service qui m'a accompagnée dans mon projet professionnel et m'a soutenu dans ce travail de recherche.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ESM formation et recherche en soins pour cette formation cadre de santé de qualité.

Je remercie, également, les soignants pour leur implication dans les questionnaires, ainsi que les cadres de santé pour la richesse des échanges que nous avons partagés.

Pour « la promo 2015-2016 » : merci pour cette formidable année riche en rencontre et en partage.

Enfin, je remercie chaleureusement mon mari et mes filles pour de si nombreuses raisons qui, si je devais les énumérer, nécessiteraient plus de mots que ceux utilisés pour la rédaction de mon mémoire.

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS :	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	5
1 DE L'ETONNEMENT A LA QUESTION.....	6
2 LE CADRE CONCEPTUEL.....	8
2.1 Le cadre de santé .....	8
2.1.1 Les prémices .....	8
2.1.2 L'évolution .....	8
2.1.3 Lieux d'exercice.....	9
2.2 L'équipe.....	9
2.2.1 La notion.....	9
2.2.2 L'esprit d'équipe.....	10
2.3 L'organisation.....	11
2.4 La distance.....	13
2.4.1 La distance objective .....	13
2.4.2 La distance subjective .....	13
2.5 La proximité.....	14
2.5.1 La proximité objective .....	14
2.5.2 La proximité subjective .....	14
2.6 Les rôles du cadre de santé .....	15
2.6.1 Le pôle interpersonnel .....	15
2.6.2 Le pôle lié à l'information .....	16
2.6.3 Le pôle décisionnel.....	16
2.7 Le management .....	17
2.7.1 La théorie de Hersey et Kenneth .....	18
3 La proximité managériale du cadre.....	21
3.1 Et toujours mon questionnement.....	21
3.2 Les stratégies.....	21

3.2.1	Les liens .....	22
3.2.2	L'écoute .....	24
3.2.3	La confiance .....	24
3.2.4	La reconnaissance.....	25
3.2.5	Le suivi de la prestation de soins.....	27
3.2.6	Les qualités du cadre de santé à distance.....	29
4	Le partage .....	30
4.1	Avec les soignants .....	30
4.1.1	L'outil .....	30
4.1.2	Le choix de l'échantillon.....	30
4.1.3	Le retour .....	31
4.1.4	L'analyse .....	32
4.1.5	Les limites.....	35
4.2	Avec les cadres de santé .....	36
4.2.1	L'outil .....	36
4.2.2	Le choix de l'échantillon.....	37
4.2.3	Grille d'entretien.....	37
4.2.4	La rencontre .....	37
4.2.5	Les limites.....	49
4.3	Avec une sociologue .....	50
4.3.1	L'outil .....	50
4.3.2	L'entretien.....	50
4.3.3	L'analyse .....	51
4.4	La réflexion.....	51
	CONCLUSION .....	54
	BIBLIOGRAPHIE.....	55
	ANNEXES	

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

- HAD : Hospitalisation A Domicile
- AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- HPST : Hôpital Patients Santé Territoire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

« Toute certitude est par essence contradictoire à la philosophie de la recherche » - Pierre Joliot -

## INTRODUCTION

A l'ère où les organisations évoluent où le télétravail s'institutionnalise, certaines structures ont dû et déjà dû s'adapter à un nouvel environnement et cela depuis le siècle dernier.

En effet, confrontés à une surpopulation, les hôpitaux innovent dans de nouveaux dispositifs. Ils développent des alternatives à l'hospitalisation.

C'est ainsi que sera créé en 1957, la première HAD en France, par l'AP-HP, suivi en 1958 par Santé Service, une expérience à l'initiative du directeur de l'Institut Gustave Roussy, Pierre Denoix. La première convention relative à l'hospitalisation à domicile est signée en 1960 entre d'une part les HAD de Santé Service et de l'AP-HP et d'autre part la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

L'HAD est légalisée par l'article 4 de la loi n° 70-131 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière: « *Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.* ». C'est la reconnaissance officielle de l'HAD en France.

Quelques années plus tard, les SSIAD seront également reconnus.

Leurs orientations sont différentes. Le SSIAD assure sur prescription médicale principalement des soins de nursing et relationnels auprès de la personne âgée de plus de 60 ans ainsi que les personnes reconnues handicapées. Tandis que l'HAD permet de dispenser des soins complexes, continus et coordonnés dans le cadre d'une prise en charge globale, pluridisciplinaire.

Mais leur objectif est identique assurer des soins de qualité aux patients en raccourcissant, voir évitant une hospitalisation.

Ces organisations ont une particularité : Leur unité de soins est le domicile des patients. Cette unité est donc séparée de l'unité organisationnelle et directionnelle.

## 1 DE L'ETONNEMENT A LA QUESTION

Le hasard de la vie m'a justement conduit en dehors des murs des organisations hospitalières. Après quinze années en qualité d'IDE dans de nombreux services, au sein de nombreux hôpitaux, je me suis orientée vers le domicile. Quatre années en qualité d'IDE Coordinatrice, responsable du SSIAD au sein de la fondation Santé Service, puis une évolution vers un poste de faisant fonction de cadre de santé en HAD.

Cinq années de management d'équipe avec cette particularité : la séparation de l'unité de soin où les soignants interviennent au domicile des patients et l'unité fonctionnelle où se décline la journée du cadre de santé.

Mon travail de recherche est apparu comme une évidence suite à la lecture de, Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin, de Walter Hesbeen. En effet, ce dernier écrit « *le cadre doit entretenir avec les professionnels une relation de proximité exercée au plus près des lieux où s'exerce sa pratique* ». <sup>1</sup>

Une évidence car cette phrase déclenche de nombreux questionnements.

**Le cadre de santé au sein d'une HAD, ou bien d'un SSIAD, n'est-il pas un cadre de proximité ?**

**La distance nuit-elle à la proximité ?**

**Comment assurer sa présence tout en étant loin ?**

La nécessité a été alors d'évoluer dans ma réflexion.

L'important n'est pas de répondre par oui ou bien par non, mais de comprendre, d'analyser, d'explorer.

---

<sup>1</sup> Hesbeen WALTER. Cadre de santé de proximité. Issy-les-Moulineaux : Edition Elsevier Masson, 2011, page 106

La recherche est alors « *un chemin qu'on ouvre dans le partiellement connu, le mal connu, ou l'inconnu, pour en savoir plus et à plus ou moins long terme, pour se donner de meilleurs moyens d'action* ». <sup>2</sup>

**Ma question de départ** qui exprime le plus exactement ce que je cherche à savoir, est la suivante :

**Quelles stratégies le cadre de santé doit-il mettre en place, pour construire à distance de ses équipes, un management de proximité ?**

---

<sup>2</sup> Jacques PERRIER. Qu'est-ce que la recherche et à quoi sert-elle dans le domaine des soins infirmiers ». Revue Infirmière Suisse, mars 1980.

## 2 LE CADRE CONCEPTUEL

Dans cette partie, je m'appliquerai à détailler et expliquer les principaux concepts de ma question de départ afin d'enrichir mon questionnement. La littérature va me permettre cette exploration.

### 2.1 Le cadre de santé

#### 2.1.1 Les prémices

Le processus de professionnalisation du cadre de santé a débuté dans les années 1950. Avant cette date, une infirmière pouvait devenir « surveillante » après sept années de bons et loyaux services.

En 1951, à l'initiative de la Croix Rouge Française, la première école de formation est fondée, et propose deux programmes d'étude, l'un centré sur l'administration et la gestion et l'autre sur la pédagogie.

Le mot cadre infirmier apparaît au niveau législatif et institutionnel<sup>3</sup>, lors du décret du 9 octobre 1975.<sup>4</sup>

Jusque dans les années 1980, les activités administratives du cadre sont minimales. Son rôle est celui de l'assistance du médecin et ses capacités techniques sont ses compétences. L'appellation cadre de proximité est révélatrice. Il se trouve au plus près des patients et des soignants.

#### 2.1.2 L'évolution

Le statut et la fonction du cadre de santé sont en lien avec l'évolution de l'organisation hospitalière.

Le rôle du cadre de santé évolue vers la gestion avec la loi 91-748 du 31 juillet 1991. Il n'est plus seulement dans une démarche de contrôle, mais devient acteur de la gestion de son service. Il doit établir des projets. Il est responsable de la gestion des ressources humaines, financière et logistique de son unité. Au regard de ces nouvelles missions, la dénomination Manager prend tout son sens.

---

<sup>3</sup> Marc CATANAS. Evolution socio historique de la fonction cadre de santé. Décembre 2007 <http://www.cadredesante.com> consulté le 20 octobre 2015

<sup>4</sup> Annexe 1 : Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier

Le management nécessite l'acquisition d'outils qui ne s'improvisent pas et qui doivent être obtenus dans le champ de la formation de cadre de santé (IFCS).

*« La formation des cadres de santé est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. »*<sup>5</sup>

C'est d'ailleurs, le décret 95-926 du 18/08/1995<sup>6</sup> qui crée le diplôme de cadre de santé et introduit la mission managériale. Une mission qui se justifiera avec la grande réforme 2009, la loi HPST, qui décloisonne l'hôpital avec la mise en place des pôles. Le cadre de santé est impliqué dans la mutualisation des ressources, il est acteur à part entière dans le fonctionnement de son organisation.

### 2.1.3 Lieux d'exercice

Cette transformation du monde hospitalier et *« les difficultés économiques ont favorisé les regroupements managériaux d'unités encourageant ainsi une rationalisation des postes dans l'encadrement »*<sup>7</sup>. Le cadre est amené à piloter plusieurs équipes dans des unités différentes.

De plus, au regard de l'évolution des systèmes de santé, les cadres de santé exercent désormais en milieu hospitalier mais également extra hospitalier, en secteur public ou bien privé.

Cette diversification amène donc le cadre, parfois, à ne plus être au plus près physiquement des patients et des équipes.

## 2.2 L'équipe

### 2.2.1 La notion

Il n'existe pas de réel consensus sur la définition d'une équipe. Une notion subjective. Cependant, il peut être défini qu'une équipe n'est pas seulement un ensemble d'individus mais un groupe uni par un objectif commun.

---

<sup>5</sup> Arrêté du 18 août 1995 <https://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>6</sup> Annexe 2 : Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

<sup>7</sup> Jean-Marie REVILLOT. La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail. Soins cadres supplément n° 86, mai 2013

*« Un groupe de passager dans un bus n'est pas une équipe. Elle peut le devenir si le bus tombe en panne ».* Jean Paul SARTRE

De ce fait, elle a une certaine complexité avec des rôles différenciés selon les métiers, les responsabilités et les activités.

Les équipes sont depuis fort longtemps, un objet d'étude, au centre de nombreuses disciplines des sciences sociales, comme la psychologie sociale, la gestion ou la sociologie.

Les soignants et le cadre de santé ont un objectif commun : assurer une prise en charge de qualité aux patients et forment donc une équipe à part entière.

### 2.2.2 L'esprit d'équipe

*« Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée ».*<sup>8</sup>

Le cadre de santé est garant de son équipe et doit l'appréhender dans son individualité mais également dans sa collectivité.

En effet, l'individu seul apporte sa richesse, ses compétences, sa créativité et associé à d'autres individus apporte une complémentarité, permettant alors l'efficacité de l'équipe, un enrichissement mutuel.

Il ne faut pas laisser place à l'individualisme, le cadre doit insuffler une cohésion au sein de l'équipe.

Le cadre de santé, de par son comportement, son management, sa posture influence l'action de son équipe et de son travail.

*« L'équipe est le résultat d'une action managériale de fond qui prend du temps. Elle se construit jour après jour et passe par différents stades de maturité. »*<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> P CAUVIN. La cohésion des équipes. Issy-les-Moulineaux : ESF Editions, 1997, p 9

<sup>9</sup> Hannah BESSER. Manager à distance. Issy-les-Moulineaux : ESF Editions, 2013, p 32

Un psychosociologue américain, Bruce Tuckman, a différencié ces stades de maturité :<sup>10</sup>

- Une première phase de constitution. Les membres du groupe prennent contact, apprennent à se connaître et se positionnent les uns par rapport aux autres. Ce stade correspond à la période d'intégration d'un nouveau soignant. C'est aussi l'arrivée d'un cadre dans une unité.
- Une deuxième phase, dite de tension qui correspond à l'abaissement des barrières. Les divergences de points de vue et des confrontations d'opinion apparaissent.
- La structuration de l'équipe est la troisième phase avec la mise en place de règles de fonctionnements acceptées par tous dans un cadre coopératif et collaboratif. La confiance s'installe.
- L'équipe est désormais efficace, elle coopère pour atteindre un objectif commun.

« *L'organisation se tourne vers celui qui est à sa tête pour y trouver direction à suivre, conseil et motivation* »<sup>11</sup> afin de garantir cet objectif commun : la qualité et la sécurité des soins. L'équipe se tourne vers le cadre de santé.

## 2.3 L'organisation

La définition du dictionnaire Larousse disponible sur le web nous indique, qu'une organisation est la « *manière dont quelque chose est structuré, agencé* ». Si je reprends mes cours sur la sociologie des organisations qui nous est enseignée durant cette année de formation IFCS, alors une organisation est un système social, un ensemble d'individu en interaction et organisé pour atteindre un objectif. Un ensemble de processus qui requiert des ressources.

---

<sup>10</sup> <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/les-5-etapes-de-constitution-d-une-equipe/> Les 5 étapes de constitution d'une équipe consulté le 02/10/2015

<sup>11</sup> Henry MINTZBERG. Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1984-2006, p 71

Le cadre de santé et l'équipe sont une organisation au sein de l'organisation.

Nous retrouvons alors les cinq traits développés par Philippe Bernoux<sup>12</sup> :

- Division des tâches : le cadre de santé et son équipe forment un groupe structuré. Le travail est reparti d'une manière claire.
- Distribution des rôles : nous avons tous des tâches qui nous sont attribuées au regard de notre fiche de poste. Philippe Bernoux en parlant de rôles va plus loin que de simples tâches définies. « *Chacun peut accomplir cette tâche d'une manière particulière* <sup>13</sup> ». La notion de stratégie prendrait-elle essor grâce à cette autonomie que le cadre possède ?
- Système d'autorité : le cadre a le contrôle des activités des soignants.
- Système de communication : il est de la mission du cadre de santé de transmettre les informations nécessaires à l'équipe.
- Système de contribution rétribution : par rétributions, je parlerai non pas de rémunérations sur lesquelles le cadre n'a pas d'impact mais des conditions de travail, de la qualité des relations qui font partis des préoccupations du cadre de santé.

L'environnement du cadre de santé est l'organisation dans laquelle il évolue.

Nous avons la possibilité, de par la diversité des organisations, de travailler dans des établissements hospitaliers, des cliniques, des agences de santé, des HAD, des SSIAD...

Le cadre de santé peut exercer dans la même unité que l'équipe ou bien en être séparé. Il peut être à distance ou à proximité.

---

<sup>12</sup> Philippe BERNOUX. Sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil, 1985 2009, p135

<sup>13</sup> Philippe BERNOUX. Sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil, 1985 2009, p135

## 2.4 La distance

### 2.4.1 La distance objective

D'après le dictionnaire de Français Larousse disponible sur le web, comme dans chacun des dictionnaires que j'ai exploré, la première définition de distance est un intervalle qui sépare deux points dans l'espace, la longueur de l'espace à parcourir pour aller d'un point à un autre puis vient la deuxième définition, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes.

D'après les schémas d'inférence, cette définition, cette règle générale déduit donc que les soignants et les cadres de santé au sein d'une organisation de type HAD ou SSIAD, qui sont dans des lieux d'exercice différents, sont à distance.

Une distance objective car quantifiable. Mais une distance ne se mesure pas qu'en mètres.

### 2.4.2 La distance subjective

La distance peut être, également, subjective, relative à la perception que s'en font les individus. En effet, deux individus peuvent faire face au même phénomène mais le percevoir, l'interpréter et l'évaluer différemment.

Cette distance subjective comporte alors une dimension affective : « loin des yeux, loin du cœur » nous dit d'ailleurs le proverbe latin, mais aussi une dimension culturelle, économique, psychologique.

Dans des structures de soins à domicile, seule la gestion de la distance géographique est prise en compte. Les distances linguistiques ou horaires, par exemple, ne viennent pas exacerber la situation.

Au regard de l'évolution des organisations sanitaires et medico sociales, de la mise en place des pôles, des difficultés économiques favorisant les regroupements managériaux, la reconnaissance des structures de soins à domicile, la distance fait maintenant référence au management.

Le management à distance identifie l'absence de contact direct entre le manager et les managés.

Ce mode de management nous interroge sur les moyens de réduire la distance pour créer la proximité.

## 2.5 La proximité

### 2.5.1 La proximité objective

Toujours d'après le dictionnaire de Français Larousse, la définition est la suivante : 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. Nous retrouvons alors les mêmes notions d'objectivité et de subjectivité. La proximité objective qui est en opposition avec la distance objective par la notion de mètres.

### 2.5.2 La proximité subjective

A travers la notion de proximité subjective, c'est l'interaction entre les personnes que l'on évoque.

Nous pouvons être proches de personnes physiquement éloignées et très éloignés de personnes qui sont à proximité.

Wilson et al. (2008) introduisent le concept de « proximité perçue » qu'ils définissent comme un « *construit dyadique et asymétrique définissant la perception que l'on a de la proximité ou de la distance vis-à-vis d'un autre individu* ».

La proximité est un jugement de valeur.

Ainsi, il n'est pas de situation managériale qui ne pose la question de la proximité. Elle serait créée mentalement par le cadre de santé et le soignant, le cadre et l'équipe.

Cette proximité serait potentialisée par l'engagement de confiance<sup>14</sup>. La notion de stratégie me vient à nouveau à l'esprit.

---

<sup>14</sup> Anne LECLERCQ. Management à distance et confiance. Dossier cadres n°96, novembre 2015

## 2.6 Les rôles du cadre de santé

Quel que soit son lieu d'exercice, le cadre a des missions.

Le cadre de santé gère son équipe, assume des responsabilités.

Il me semble, alors, opportun de définir les rôles du cadre de santé.

*« Si vous demandez à des managers ce qu'ils font, ils vous répondront vraisemblablement qu'ils planifient, organisent, coordonnent, et contrôlent. Alors observons ce qu'ils font. Et personne ne sera surpris de constater que leurs activités peuvent difficilement être décrites au moyen des quatre mots ci-dessus. »<sup>15</sup>*

Afin d'identifier les missions du cadre de santé, j'ai exploré les théories d'Henry Mintzberg, abordées dans son livre « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre » et fait le lien entre ces différents rôles et les missions quotidiennes du cadre de santé.

Selon H. Mintzberg, les activités peuvent être différenciées en 3 pôles.

### 2.6.1 Le pôle interpersonnel

Le cadre entretient des relations avec son équipe mais également ses pairs, son réseau de partenaires et la direction.

- Le cadre comme symbole.  
De par sa fonction, le cadre de santé représente son équipe auprès de la direction, de ses pairs également, lors de chaque réunion institutionnelle, mais aussi à l'occasion des sollicitations extérieures.
- Le cadre comme leader.  
Ce rôle est en lien avec toutes les activités impliquant ses collaborateurs. Le cadre de santé recrute le personnel soignant, il assure les évaluations professionnelles, il participe au plan de formation. Il impulse une culture qualité et gestion des risques.

---

<sup>15</sup> Henry MINTZBERG. Le management Voyage au centre des organisations. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1989 2004, p 24

Il implique et motive l'équipe pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charges. Il encourage et aide l'équipe à la recherche, l'innovation.

- Le cadre comme agent de liaison.

Le cadre construit un réseau de partenaires.

### 2.6.2 Le pôle lié à l'information

Le cadre transfère les informations par des transmissions verticales et horizontales au sein de l'organisation. Son rôle est prépondérant car il est au carrefour de l'information.

- Le cadre comme observateur actif.

Le cadre de santé est à la recherche d'information lui permettant de développer une compréhension approfondie de l'organisation.

- Le cadre comme diffuseur.

Après les avoir recherchés, le cadre de santé transmet les informations. Sa communication doit être adaptée. Il diffuse les informations en adaptant ses moyens de transmission et s'assure de leur compréhension, de leur application et leur mise en œuvre.

- Le cadre comme porte-parole.

Le cadre est à l'interface entre la hiérarchie et son équipe. Son rôle est de parler au nom de son organisation.

### 2.6.3 Le pôle décisionnel

Le dernier pôle est lié à la prise de décision, les décisions stratégiques « *la partie la plus cruciale du cadre, celle qui justifie l'étendue de son autorité et de son accès à l'information* »<sup>16</sup>. Les décisions qui donneront l'orientation.

---

<sup>16</sup> Henry MINTZBERG. Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1984 2006, p 87

- Le cadre comme entrepreneur.  
Il définit et accompagne des actions en cohérence avec les projets institutionnels. Il explique les changements, les réorganisations institutionnelles. Il détermine les priorités. Il donne du sens au projet.
- Le cadre comme régulateur.  
En qualité d'entrepreneur, le cadre effectue des changements contrôlés. Mais en tant que régulateur, ces changements sont liés aux imprévus et il devient alors responsable des actions correctives. Les conflits, la gestion des absences ... sont autant de perturbations que le cadre doit gérer.
- Le cadre comme répartiteur de ressources.  
Le cadre de santé est responsable de la gestion des ressources humaines et matérielles de son unité. Il participe à la maîtrise des coûts. Il répartit les activités et contrôle leur réalisation.
- Le cadre comme négociateur.  
La négociation est présente aussi bien auprès de la direction, pour obtenir des ressources supplémentaires, que l'équipe pour des changements de planning, des modifications de tournées.

*« Ces 10 rôles forment un gestalt, un ensemble dont les parties sont indissociables les unes des autres ».*<sup>17</sup>

Des rôles autour desquels le travail, les activités du cadre de santé s'articulent. Autant de missions qui rendent le management si complexe et si riche.

## 2.7 Le management

Le métier de cadre de santé évolue au rythme des nouvelles exigences réglementaires. Le cadre de santé doit s'adapter à son environnement. Au regard de ses nouvelles missions, son management se transforme.

---

<sup>17</sup> Henry MINTZBERG. Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1984 2006, p 68

Pour réussir ces missions, le cadre de santé doit développer et adopter différents styles de management en fonction de ses collaborateurs, de son équipe dans son individualité et dans sa collectivité.

Beaucoup d'ouvrages ont été écrits sur les différents types de management.

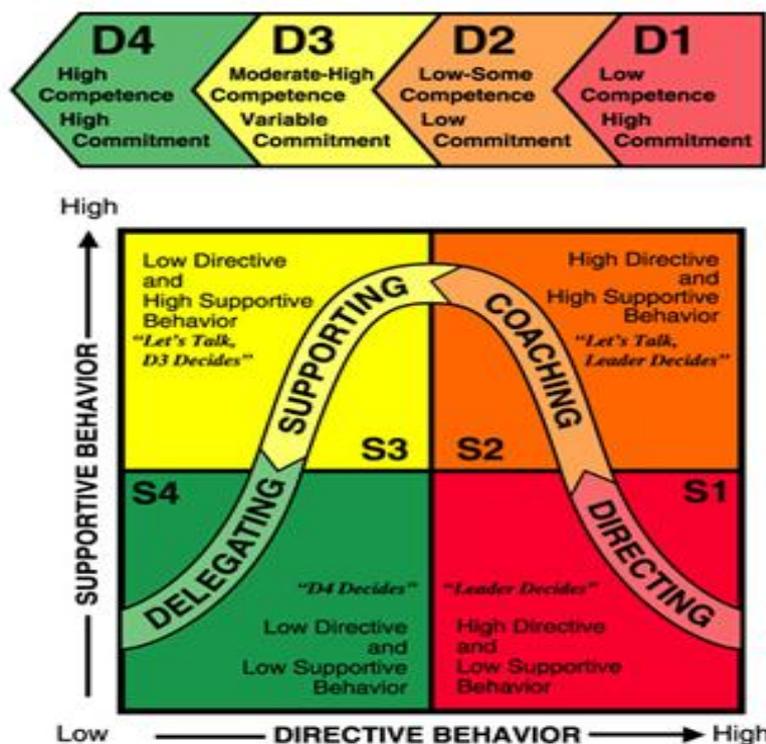
Pour développer mes propos, j'ai choisi l'approche de Paul Hersey et Kenneth Blanchard(1977), psychologues et auteurs américains spécialisés dans le management qui complète le modèle de Blake et Mouton(1964).

### 2.7.1 La théorie de Hersey et Kenneth

Le manager, le cadre de santé doit créer les conditions permettant à la fois le développement des personnes dont il a la responsabilité et l'atteinte des objectifs de l'organisation.

Il doit avoir la capacité d'analyser en temps réel la situation managériale pour choisir l'attitude à adopter, et ainsi exercer un management situationnel.

Le management situationnel émane de la théorie du leadership situationnel créée par Hersey et Blanchard.



Ils considèrent le degré d'autonomie des collaborateurs comme le critère déterminant le type de management.

Le cadre de santé doit, pour cela, savoir évaluer les compétences et la motivation de ses collaborateurs.

Cette approche permet d'identifier des niveaux de maturité professionnelle et psychologique :

- D1 (peu de maturité) : les collaborateurs possèdent de faible compétence, connaissent mal les exigences de leur travail et se montrent peu motivés à l'accomplir.
- D2 (maturité moyenne/faible) : les collaborateurs ont des compétences modérées mais se révèlent motivés à l'accomplir.
- D3 (maturité moyenne/élevé) : les collaborateurs connaissent les exigences de leur travail, maîtrisent les compétences nécessaires mais se révèlent de moins en moins motivés à l'accomplir.
- D4 (maturité élevée) : les collaborateurs sont fortement engagés dans leur tâche qu'ils réalisent avec un grand niveau de maîtrise et de réussite.

A ces différents niveaux de maturité correspondent différents styles de management :

- Le style directif (S1) correspondant au niveau D1 et consiste à mettre l'effort sur la définition et la réalisation des tâches.  
Le manager parle beaucoup, donne de nombreuses instructions, il écoute peu.  
Il structure.
- Le style persuasif (S2) correspond au niveau D2 et consiste à centrer ses interventions autant sur la relation (soutien et encouragement) que sur la tâche.

Le manager parle toujours beaucoup, se met en avant, il expose ses idées, ses convictions. Il suscite les questions et y répond.

Il mobilise.

- Le style participatif (S3) est particulièrement approprié pour les collaborateurs de niveau D3 où le travail d'équipe et l'engagement dans de nouveaux projets sont indiqués.

Le manager analyse les situations, il conseille, il travaille en partenariat avec ses collaborateurs.

Il associe.

- Le style dit de « délégation » (S4) ou, en d'autres termes, l'intervention minimale de direction auprès de ses collaborateurs serait l'approche la plus justifiée pour le niveau D4

Le manager transmet la responsabilité de la prise de décision, il est en retrait mais évaluera périodiquement les résultats.

Il responsabilise.

La théorie de Hersey et Blanchard développe l'idée que l'efficacité du manager repose sur l'adaptation du manager.

Tantôt directif, tantôt participatif, il n'y a pas de « bon » style de management, seulement un style plus adapté à une situation.

Ce qui rejoint les propos de Henry Mintzberg, qui nous dit : « *les cadres assument dix rôles qui leur imposent chacun des comportements spécialisés* »<sup>18</sup>.

Les rôles du cadre et son mode de management sont liés.

Le cadre de santé se doit de s'adapter à son environnement et de créer les conditions propices pour son équipe, pour son organisation.

Le cadre est le leader de son équipe, et ce quel que soit son lieu d'exercice, à proximité ou à distance.

---

<sup>18</sup> Henry MINTZBERG. Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1984 2006, p 24

## 3 La proximité managériale du cadre

### 3.1 Et toujours mon questionnement

Le cadre de santé doit « *inventer une proximité temporelle pour se situer comme cadre de proximité garant de la continuité et la cohérence d'une histoire humaine au cœur des problématiques de soins et de leurs spécificités* »<sup>19</sup>.

Cette phrase résonne alors avec ma question de départ qui est, je rappelle :

**Quelle stratégie le cadre de santé doit-il mettre en place, pour construire à distance de ses équipes, un management de proximité ?**

**Le plus important est de réussir à créer et à maintenir un sentiment de proximité subjective, et donc de réduire la distance managériale subjective entre un manager et son équipe.**

La littérature nous a démontré que le manager devait adapter son management à la personne et à la situation. Le manager doit être « *flexible pour s'adapter à chaque type d'équipes* »<sup>20</sup>.

Le cadre doit adapter sa stratégie managériale, à son organisation, avec toujours un objectif, garantir la qualité et la sécurité des soins aux patients pris en charge et assurer une qualité de vie au travail pour les soignants. Le cadre doit veiller à fédérer son équipe vers la réalisation de cet objectif, tout en conciliant leurs attentes ainsi que celles des tutelles et de son institution.

### 3.2 Les stratégies

Les rôles du cadre sont effectués aussi bien à proximité qu'à distance, mais il doit s'approprier des stratégies au regard des situations.

Le cadre à distance, ne peut croiser le soignant dans le couloir pour une discussion informelle, il ne peut ouvrir la porte d'une chambre pour évaluer le soignant.

---

<sup>19</sup> Jean Marie REVILLOT. La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail ? Soins cadre supplément n° 86, mai 2013, p S16

<sup>20</sup> Alain DULUC. Leadership et confiance. Paris : Editions Dunod, 2013, p 73

*« Les managers s'efforcent de développer des stratégies visant à pallier les inconvénients de la distance géographique »<sup>21</sup>.*

Le cadre de santé doit travailler sur les aspects cognitifs, émotionnels, motivationnels et relationnels. La littérature sur le management à distance n'est pas particulièrement riche, cependant quelques conseils sont mis en évidence de manière récurrente.

### 3.2.1 Les liens

Au regard des difficultés d'exister en tant qu'équipe quand chacun des membres se trouve dans des lieux différents au cours de la journée, le cadre de santé doit réussir à créer un esprit collectif en surmontant les barrières de la distance.

Le risque majeur des équipes à distance est l'isolement social.

Le cadre de santé doit tisser des liens avec chaque membre de l'équipe mais également participer au développement de la cohésion de l'équipe. Il doit donc structurer des rencontres, les cadencer tout au long de l'année.

Pour les managers à distance, ces moments peuvent être matérialisés par des réunions hebdomadaires, des visites à domicile mais aussi les entretiens annuels individuels. Cette planification demande des qualités organisationnelles pour le cadre. Il devra se créer des tableaux de bord pour optimiser son organisation.

*« Étant plus rares, les temps d'échanges deviennent de fait plus humains et plus qualitatifs »*démontre Michel BARABEL<sup>22</sup>, maître de conférence et Co directeur du master GRH dans les multinationales, au sein de IAE Gustave Eiffel.

Chacun de ces moments a des objectifs spécifiques :

---

<sup>21</sup> Emmanuelle LEON. Le management à distance. Allemagne :Editions Universitaires Européennes, 2011, p 231

<sup>22</sup> <http://www.focusrh.com/strategie-rh/organisation-et-conseil/a-la-une/management-a-distance-les-nouveaux-defis-du-binome-rh-manager.html> visualisé le 30/11/2015

- Les réunions hebdomadaires sont des moments d'information et de communication. Le cadre transmet les informations institutionnelles. L'équipe transmet ses préoccupations pour des patients et peut confronter ses points de vue. Les compétences rassemblées ouvrent de nouveaux horizons.

Ces espaces d'échanges sont également du partage sur les contraintes, les difficultés, le stress.

Ces réunions entretiennent le sentiment d'appartenance.

- Les visites à domicile du cadre de santé sont, au-delà de lui permettre la connaissance du patient, un moment privilégié car elles lui permettent d'évaluer les pratiques professionnelles du soignant rendues obligatoire dans le cadre de la certification des établissements, mais aussi de faire le lien entre travail prescrit et travail réel. La qualité du temps passé en VAD, l'attention singulière du cadre compense la faible fréquence.
- Les entretiens individuels annuels apprécient les réalisations professionnelles, cherchent les axes de progrès et donc fixent des objectifs annuels, concrets, individuels et collectifs. Ils dressent le bilan du travail accompli par les salariés au cours de l'année et mesurent les progrès réalisés par rapport à l'année précédente. C'est également un temps où le soignant évoque ses projets professionnels, ses demandes de formation ou bien celles préconisées par le cadre. Cet entretien doit être distingué de l'entretien professionnel prévu à l'article L6315-1 du Code du travail qui doit être réalisé tous les deux ans et dont l'objet concerne uniquement les perspectives d'évolution professionnelle des salariés, en terme de qualifications et d'emploi.
- En plus de ces rencontres physiques, le lien peut aussi s'entretenir pas des messages électroniques parfois informels pour prendre des nouvelles au retour de vacances par exemple, parfois plus formels pour transmettre des informations jugées nécessaires ne pouvant attendre les réunions hebdomadaires.

Mais tous ont en commun ce moment de partage et d'écoute de la part du cadre.

### 3.2.2 L'écoute

Cette qualité pour reprendre une des définitions du dictionnaire Français Larousse est une autre stratégie pour le cadre à distance.

Le soignant, entre chaque patient, est seul dans son véhicule, il est encore seul pour faire ses transmissions informatisées et toujours seul au chevet du patient.

Le domicile du patient, où exerce le soignant, est le lieu des pratiques professionnelles avec parfois le doute sur un protocole à appliquer, ou bien l'évolution d'une plaie. C'est un lieu de joie, de rire, mais aussi parfois de tristesse, de peine.

Le soignant peut donc avoir besoin, durant sa journée de travail, d'échanger, de s'exprimer, d'être conseiller, d'être accompagné.

Le cadre à distance doit alors être disponible pour écouter.

Maurice Thévenet a décrit plusieurs règles pour une écoute de qualité<sup>23</sup>.

- Ecouter, ce n'est pas parler
- Ecouter, ce n'est pas se taire en pensant ce que l'on va dire
- Ecouter, c'est se laisser guider pour comprendre ce que l'autre a à dire
- Ecouter, c'est donner un feed back.

Le cadre doit savoir écouter avec empathie lorsque les soignants le contactent, il doit se centrer sur lui uniquement.

Le téléphone est un outil qui permet au cadre de santé à distance de son équipe de maintenir cette continuité de lien. Il permet au cadre de percevoir, les difficultés, les préoccupations du soignant. Le cadre développe sa sensibilité auditive.

### 3.2.3 La confiance

De ces différentes interactions avec les soignants, la confiance se construira et se développera.

---

<sup>23</sup> Maurice THEVENET. Management une affaire de proximité. Paris : Editions d'organisation, 2003, p 108

« La confiance est la condition à partir de laquelle les équipes peuvent se développer et l'être humain exercer ses pleines capacités au service de l'organisation et de lui-même ». <sup>24</sup>

Alain Duluc met en évidence deux dimensions qui composent la confiance <sup>25</sup> :

- Une dimension rationnelle et organisationnelle qui consiste à mettre en place des objectifs clairs précis et transparents.
- Une dimension affective issue de la satisfaction des besoins primaires qui se développe avec les interactions et qui humanise l'entreprise, le travail.

« Avec la confiance, les équipes repoussent leur limite » <sup>26</sup>. La confiance permet d'être ouvert et interdépendants avec les autres, un dialogue profond et sincère. La confiance engendre un sentiment de sécurité développant ainsi l'autonomie, et de nouvelles compétences.

« La confiance facilite la réflexion et la mise en commun des bonnes pratiques. Elle est une base pour la mise en place d'une culture de l'erreur et de la démarche qualité, et permet des relations de travail sereines favorisant la qualité de vie et la santé au travail ». <sup>27</sup>

Le management par la confiance donne envie d'aller plus loin, permet de faire grandir l'implication des équipes. « Le cadre doit cultiver la confiance pour développer la performance collective ». <sup>28</sup>

### 3.2.4 La reconnaissance

Et lorsque les soignants s'investissent dans leur mission, ils attendent de la reconnaissance. La reconnaissance est un levier de performance, d'engagement et de fidélisation. C'est donc une stratégie majeure de management.

---

<sup>24</sup> Alain DULUC. Leadership et confiance. Paris : Edition Dunod, 2013, p 33

<sup>25</sup> Alain DULUC. Leadership et confiance. Paris: Edition Dunod, 2013, p 42

<sup>26</sup> Alain DULUC. Leadership et confiance. Paris : Edition Dunod, 2013, p 46

<sup>27</sup> Anne LECLERCQ. Management à distance et confiance. Dossier soins cadre n° 96 novembre 2015, p 34

<sup>28</sup> Anne LECLERCQ. Management à distance et confiance. Dossier soins cadre n° 96 novembre 2015, p 36

C'est en reconnaissant le savoir-faire de ses agents que le cadre les valorise, les entend, les soutient. Le rôle du manager est d'encourager les efforts fournis par les membres de l'équipe.

Il est important d'évoquer les points positifs et pas seulement de relever les points à améliorer.

Le manager doit « *fixer des objectifs dont la réalisation constitue un défi, de permettre qu'ils soient atteignables, sans donner le chemin pour les atteindre, de donner l'autonomie suffisante pour qu'une réalisation personnelle puisse se concrétiser et de reconnaître le résultat obtenu.* »<sup>29</sup>

Les soignants ont besoin de se sentir compétent et d'être à l'origine de leur propre comportement.

Certains auteurs ont d'ailleurs, mis en évidence, la nécessité de la reconnaissance du cadre envers ses soignants.

Pour C Dejours, la reconnaissance est vecteur de l'identité. Pour Boursier et Palobart elle est source de motivation. Pour Brun et al, elle est le pivot de la santé mentale au travail, en constituant un facteur de résistance au stress.

Il est malgré tout difficile de définir la reconnaissance car elle est individuelle. Chacun l'entend différemment.

« *C'est un sentiment parfois difficile à exprimer, mais chaque personne a conscience du fait qu'elle en a profondément besoin.* »(Maslow 1998)

Les managés à distance n'ont pas le regard bienveillant de leur cadre au quotidien.

Le cadre doit alors développer les quatre types de reconnaissances décrites par JP Brun<sup>30</sup>, de manière à combler l'ensemble des besoins des collaborateurs.

---

<sup>29</sup> Jean Paul DUMOND, La GRH dans les organisations de santé – support de cours master management et santé septembre 2015, p 34

<sup>30</sup> JP BRUN. La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens Centre d'expertise en gestion des ressources humaines chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, octobre 2002, p 14

- La reconnaissance existentielle : celle du salarié en tant que personne distincte. Elle se manifeste par des occasions singulières comme un aménagement d'horaire de travail exceptionnel, la délégation de certaines tâches.
- La reconnaissance des résultats du travail. Elle se caractérise par des félicitations spontanées lors d'une VAD, pour une EPP par exemple.
- La reconnaissance de la pratique de travail : celle des compétences techniques et comportementales. Elle porte entre autre sur l'amélioration continue dans les méthodes de travail. Elle se rencontre lors d'un travail d'équipe sur l'application d'un protocole innovant.
- La reconnaissance de l'investissement dans le travail : celle de l'effort, la prise de risque. Le cadre remercie son collaborateur pour son implication.

Le cadre agit avec sincérité, réactivité, légitimité, variabilité personnalisation et cohérence. Des critères de qualité, des pratiques de reconnaissance décrit encore par JP Brun.

« *La reconnaissance consiste à évaluer les résultats du travail et à les souligner* ». <sup>31</sup>

### 3.2.5 Le suivi de la prestation de soins

Toutes ces stratégies managériales n'excluent pas la vigilance. Le cadre de santé doit contrôler. Ce contrôle « *donne du sens à l'autonomie qui n'a de valeur que si elle est liée à un suivi* ». <sup>32</sup>

Pour ce faire le cadre dispose d'outils :

---

<sup>31</sup> JP BRUN. La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens Centre d'expertise en gestion des ressources humaines chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, octobre 2002, p 20

<sup>32</sup> Claire LARVOR. Manager à distance un équilibre entre confiance et vigilance. Dossier soins cadre n° 86 mai 2013, p 13

- Les Evaluations des Pratiques professionnelles « *s'inscrivent dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins* »<sup>33</sup>. « *L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* ». <sup>34</sup>

Elles permettent d'apprécier les qualités de l'évalué : ses connaissances, ses compétences ainsi que ses comportements.

- Des audits qualité et gestion des risques en partenariat avec l'IDE en hygiène hospitalière. Différents thèmes sont possibles : le lavage des mains, la réfection de pansement, la pose de voie veineuse périphérique... L'audit s'intègre dans toutes les étapes de la démarche qualité. Il doit être associé à un accompagnement dans les bonnes pratiques. Le cadre doit impulser une culture qualité.
- La tenue du dossier de soins est un des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (IPAQSS) mis en place par l'HAS. Obligatoire depuis 2008 dans les établissements de santé, il l'est en HAD depuis 2010.<sup>35</sup>  
Cet indicateur est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle et pluridisciplinaire.  
L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant 12 critères permettant de contrôler la qualité de l'écrit, et du suivi des soignants.  
Cette vérification du dossier est associée à deux autres IPAQSS : la traçabilité de l'évaluation de la douleur et celle du risque d'escarre.
- Les logiciels informatiques où les soignants indiquent leurs activités (trajets-temps de transmissions) que le cadre contrôle également.

<sup>33</sup>[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles) consulté le 05 janvier 2016

<sup>34</sup><http://www.legifrance.gouv.fr> décret n° 2005 – 346 du 14 avril 2005 consulté le 05 janvier 2015

<sup>35</sup><http://www.has-sante.fr/> consulté le 13 décembre 2015

Chacun de ces outils permettent de vérifier la conformité des soins, d'accompagner le soignant, de valoriser et développer ses compétences.

### 3.2.6 Les qualités du cadre de santé à distance

David Briggs, vice-président d'Alstom University, dans une interview du 31 mai 2013 déclare « *les bons managers ne sont pas en difficulté par la distance mais l'éloignement en revanche accroît les faiblesses.* »

Patrick Storhaye, co fondateur de RH info, est sur la même ligne en expliquant que ce type d'organisation à distance n'exige pas d'aptitudes particulières mais introduit un degré d'exigences supplémentaires.<sup>36</sup>

Le cadre de santé à distance doit renforcer sa posture managériale pour gagner en influence.

Le cadre de santé doit prendre du recul sur son management et pour y parvenir il doit s'autoévaluer afin de :

- Mieux se connaître en tant que manager
- Faire le point sur ses compétences et ses habiletés
- S'interroger sur sa capacité à se former et former les autres
- Appréhender ce que changement et complexité exigent.

L'attitude auto évaluative s'apprend : « *C'est un travail sur soi pour une conscientisation critique.* » (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998)

« *Les exigences d'un tel recul et d'une telle distanciation sont considérables, car elles obligent l'évalué à se regarder, à s'analyser, à fouiller dans ses propres difficultés, au risque entre autres d'altérer son image de soi et ainsi de devoir la construire à nouveau ou sous d'autres angles.* » (Bélair, 1999)

Le cadre de santé n'est pas seul face à son analyse et sa construction. L'équipe cadre et le cadre supérieur sont des ressources qui permettent de l'accompagner.

« *Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin* »- proverbe africain.

---

<sup>36</sup> <http://business.jesechos.fr/> consulté le 15 octobre 2015

## 4 Le partage

Au regard de mes expériences professionnelles en soins à domicile, **ces stratégies développées dans la littérature me semblent primordiales pour permettre un management de proximité avec des équipes à distance.**

Mais sont-elles suffisantes ?

Pour progresser dans mes recherches, différents types de méthodes me sont offertes pour recueillir et analyser les informations destinées à vérifier mes hypothèses auprès de différentes fonctions.

### 4.1 Avec les soignants

#### 4.1.1 L'outil

Je souhaitais transmettre un questionnaire aux équipes soignantes pour avoir leur ressenti, pour qu'elles me transmettent leur vision des qualités professionnelles nécessaires pour un manager à distance de leur lieu d'exercice.

Le questionnaire me semble être un outil adapté pour recueillir des informations auprès d'un nombre important de participants. Les données recueillies sont facilement quantifiables.

#### 4.1.2 Le choix de l'échantillon

Après l'accord de la cadre supérieure de la Fondation Santé Service, j'ai transmis par l'intermédiaire des cadres du pôle, un questionnaire aux équipes soignantes. Mon choix s'est porté sur cette fondation car après recherches, j'ai réalisé qu'au sein de nombreuses structures à domicile, les soignants viennent chaque jour rencontrer les cadres de santé, contrairement à Santé Service où les soignants ne viennent au centre opérationnel qu'une fois par semaine. La notion de distance géographique est bien présente.

Ce questionnaire m'a été validé au préalable par mon directeur de mémoire.<sup>37</sup>

J'ai pris la décision de transmettre aux AS et aux IDE.

L'objectif est d'identifier leurs attentes.

---

<sup>37</sup> Annexe 3 : questionnaire soignants

### 4.1.3 Le retour

Environ 150 collaborateurs composent l'équipe soignante du pôle Sud de la Fondation.

Le questionnaire a été transmis à une centaine d'IDE et AS au regard des congés ou autre absence sur la période de distribution, soit du 25 janvier au 8 février 2016.

Je rappelle que les soignants devaient noter les qualités attendues du cadre de santé à distance. Sur 14 qualités listées, ils devaient identifier en 1 la qualité la plus attendue pour progressivement atteindre 14 pour celle la moins importante.

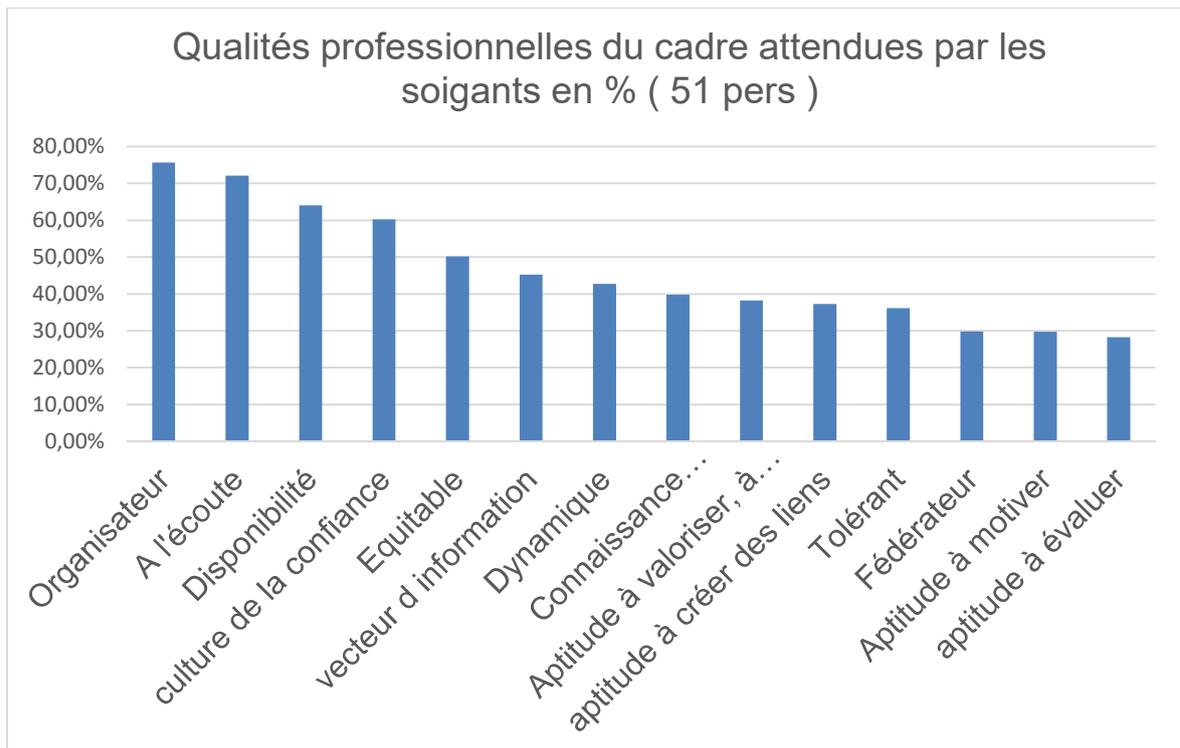
Je remercie les cadres de santé et les équipes de leur implication qui m'ont permis le retour de 68 questionnaires dont 51 exploitables.

J'ai d'ailleurs rencontré certains soignants et les ai remerciés de cette quantité recueillie. Ils m'ont transmis qu'au-delà de la simplicité du questionnaire, ils trouvaient valorisant de transmettre leurs attendus.

17 questionnaires sont invalides : plusieurs fois le chiffre 1 sur des qualités différentes (qui me laisse penser que les soignants n'arrivaient peut être pas à identifier la qualité primordiale) ou bien encore deux ordres différents sur le même questionnaire.

Suite à l'apprentissage théorique durant la formation cadre de santé, j'ai trouvé opportun d'effectuer une moyenne des résultats obtenus.

Pour une meilleure lisibilité, j'ai retranscrit les résultats sous forme de graphique que je vais, ensuite, tenter d'analyser.



#### 4.1.4 L'analyse

Quatre qualités se démarquent par ce graphique. Nous pouvons constater que la première qualité du cadre de santé, attendue des soignants, est d'être un organisateur.

La suivante est l'écoute, suivie de la disponibilité puis de la confiance.

Ces trois dernières sont en lien avec les stratégies développées dans le cadre conceptuel. En effet, même si la disponibilité n'est pas identifiée en tant que telle, la littérature sur l'écoute nous a appris que le cadre devait être disponible pour écouter.

Etre organisateur n'est cependant pas reconnue dans la littérature en tant que stratégies à développer par le cadre mais identifiée comme atout pour le collaborateur.

*« Le fait d'avoir davantage de flexibilité dans l'organisation de son travail (du fait de l'éloignement du manager) est susceptible d'accroître le sentiment de liberté du collaborateur et, de ce fait sa satisfaction au travail. »<sup>38</sup>*

<sup>38</sup> Emmanuelle LEON. Le management à distance. Allemagne : Editions Universitaires Européennes, 2011, p 51

Les différentes œuvres étudiées pendant cette année de recherche sur le management à distance ont une approche globale du monde du travail.

Les structures à domicile présentent la particularité que le cadre établit les tournées de soins des soignants. Leur organisation est donc impactée par cette liste.

Ce résultat m'a alors rappelé une phrase dite à l'unanimité, par l'équipe soignante, lors de ma prise de poste de FFCDS au sein de l'HAD et de notre première réunion afin de nous connaître : « *on espère que vous allez nous faire de super tournées* ».

Ce jour-là, les collaborateurs ne m'avaient pas demandé autre chose.

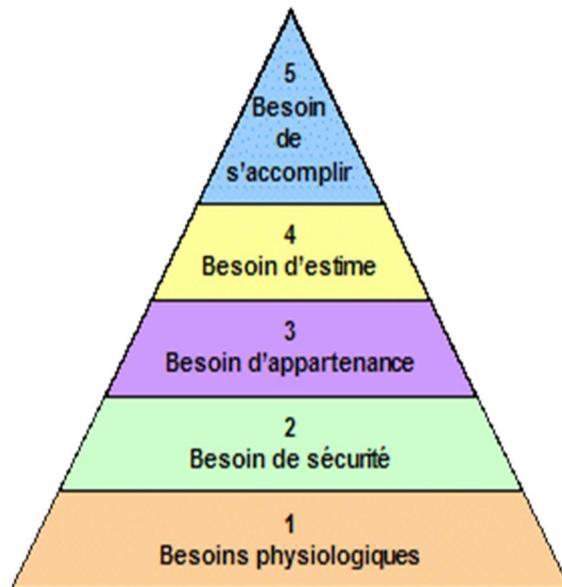
Force est de constater que créer des liens, la reconnaissance et le suivi de la prestation par l'évaluation sont loin d'être les attentes principales des soignants.

D'ailleurs, l'aptitude à évaluer est même la dernière des qualités attendues. Compte tenu des limites de la méthode des questionnaires, je n'en saurai pas plus. Il serait pertinent dans un autre contexte de comprendre : manque de remise en question-sensation de « flicage »- connotation scolaire...

Un entretien avec le cadre supérieur m'a indiqué que la fondation vivait une période de changement avec la mise en place d'un nouveau logiciel, qui établissait désormais, après importation de différentes données, le parcours des soignants. Leur organisation et leur autonomie passée sont en restructuration.

Ce contexte peut expliquer les réponses.

L'analyse de ces questionnaires fait progresser ma réflexion, sur les chemins de la pyramide de Maslow.



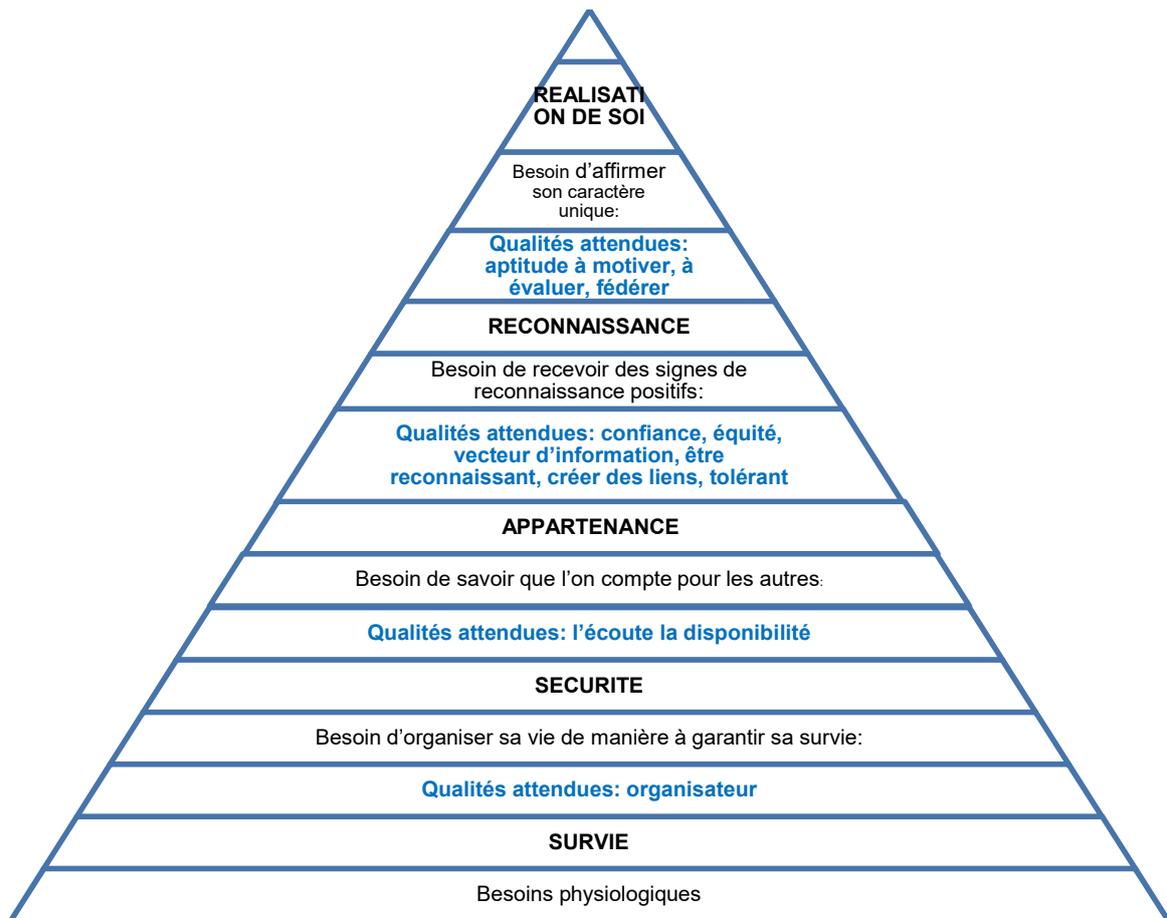
Cette pyramide est une classification hiérarchique des besoins humains.

A. Maslow, psychologue, considère, dans les années 1940, que le consommateur passe à un besoin d'ordre supérieur quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.

L'ordre hiérarchique des qualités attendues me semblent transposables.

D'un point de vue managérial, il faut commencer par garantir l'attente principale des soignants avant de passer à la suivante. Si cette attente n'est pas satisfaite aucune autre ne pourra la combler.

Afin de vous faire partager mon cheminement, j'ai souhaité reprendre chacune des qualités identifiées, juxtaposées aux besoins établis par A. Maslow.



**Le cadre de santé doit s'adapter à chacun des soignants, à leur personnalité, à leur rythme. Après avoir compris la nécessité d'organiser leurs tournées de manière réflexive, il pourra par son écoute, sa confiance, sa disponibilité les amener à comprendre l'importance de l'évaluation pour les faire grandir.**

**Le cadre par son attitude, ses qualités professionnelles accompagnent les soignants vers le besoin ultime : la réalisation professionnelle.**

#### 4.1.5 Les limites

Mes questionnaires n'ont été transmis qu'à une seule structure. Mes recherches auprès d'autres établissements de soins à domicile, m'ont appris que les fonctionnements étaient disparates. En effet, au sein de l'HAD de l'APHP par exemple, les soignants viennent au centre opérationnel avant et après leur tournée de soins. L'impact de la distance géographique n'est pas transposable.

Avec le recul, je pense qu'il aurait été pertinent de distinguer la fonction AS / IDE afin de comparer les deux populations et vérifier si leurs attendus, sur les qualités professionnelles nécessaires au cadre de santé sont semblables. De même, je me pose la question de savoir si l'âge m'aurait permis d'identifier des attentes différentes entre les générations. Toujours dans un seul but : s'adapter.

Il aurait été, également intéressant, d'étendre ce questionnaire à des soignants à proximité de leur cadre, afin de comparer si les attendus sont identiques pour des soignants à distance ou à proximité du cadre de santé.

Le manque de temps est une limite considérable à notre travail de recherche.

## 4.2 Avec les cadres de santé

### 4.2.1 L'outil

Les attentes des équipes étaient importantes pour performer mon management futur. Mais l'échange avec des cadres de santé va me permettre de confronter leurs avis, leurs expériences, avec la littérature.

J'ai décidé, après échange avec mon directeur de mémoire, de mener des entretiens semi directifs auprès de cadres de santé exerçant au sein de structure à domicile afin de vérifier si **ces stratégies sont satisfaisantes et pérennes**.

Un entretien est « *un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé.* »<sup>39</sup>

L'entretien me permettra un véritable échange car porteur de processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine.

---

<sup>39</sup> Madeleine GRAVWITZ. Méthodes en sciences sociales. Paris : Edition Dalloz, 2001 p 644

Ces enquêtes de terrain sont décrites par Stéphane Beaud, sociologue et Florence Weber, anthropologue comme « *la possibilité de mettre à jour la complexité des pratiques sociales les plus ordinaires. C'est un instrument scientifique qui se soucie d'aller voir de plus près la réalité sociale.* »<sup>40</sup>

Au regard du thème de recherche, j'ai fait le choix de cibler l'échantillon.

#### 4.2.2 Le choix de l'échantillon

J'ai souhaité m'entretenir avec des cadres de santé à distance de leur équipe, dans une structure de soins à domicile, où les soignants ne passent pas chaque jour au sein du centre opérationnel, afin de potentialiser l'effet distance. J'ai également orienté mes recherches, auprès de cadres bénéficiant d'un parcours professionnel dans des structures fermées. Leur expérience et leur recul sera pertinent pour nos échanges.

J'ai à nouveau sollicité la cadre supérieure du pôle Sud de la Fondation Santé Service afin de rencontrer des cadres présentant ce profil.

Elle m'a conseillé et autorisé à prendre contact avec trois cadres, à qui j'ai donc proposé, par mail, un entretien, qu'elles ont accepté avec plaisir.

#### 4.2.3 Grille d'entretien

J'ai élaboré une grille, validée par mon directeur de mémoire, pour me servir de support tout au long des entretiens, afin de ne pas perdre le fil de la conversation.<sup>41</sup>

#### 4.2.4 La rencontre

J'ai réalisé 3 entretiens. Chacun d'eux a fait l'objet d'enregistrements audio.

Avant de débiter, j'ai recueilli l'autorisation orale de chaque cadre de santé sollicitée.

---

<sup>40</sup> Stéphane BEAUD, Florence WEBER. Guide de l'enquête de terrain. Paris : Editions la Découverte, 2003, p 9

<sup>41</sup> Annexe 4 : grille d'entretien avec les cadres de santé

Pour la restitution des entretiens, j'ai choisi de retranscrire anonymement les points et phrases marquantes en fonction de chacune des questions. Pour préserver l'anonymat, je les ai renommés par des lettres.

Vous allez à travers ce retour partager leur ressenti.

Je vous présente :

Cadres	A	B	C
Date de l'entretien	14 mars 2016	14 mars 2016	15 mars 2016
Durée de l'entretien	21 minutes	35 minutes	28 minutes
Année d'obtention du diplôme de cadre de santé	Juin 2010 Formation en alternance sur 2 ans	Décembre 2010	Juin 2008
Expérience précédente en qualité de CDS	-FF CDS 2006 en chirurgie -CDS 2012 même service	-REA -OPH -et CS des spécialités	-Unité de soins Longue durée -SSR
CDS en HAD depuis:	Juin 2014	Décembre 2014	Juillet 2013
Expériences du domicile en qualité d'IDE	non	non	non

- **Première question : Comment définissez-vous un cadre de proximité ?**

Le cadre A :

- Etre en proximité avec l'équipe soignante, avec les patients
- Etre l'articulation entre les soignants, les patients, et l'équipe médicale
- Intervenir pour que la prise en charge du patient se passe au mieux

Le cadre B :

- Accompagner des équipes et anticiper le parcours du patient
- Régler les dysfonctionnements
- Interpeller la hiérarchie si problème majeur
- Collaborer avec l'équipe médicale
- Etre le garde-fou de toute problématique
- Etre garant des bonnes pratiques
- Déléguer en contrôlant
- « *En HAD il s'agit bien d'un management à distance, je ne me sens pas proche physiquement de l'équipe* »
- « *Il faut développer des stratégies pour y parvenir* »

Le cadre C

- Etre en proximité avec ses équipes pour assurer une qualité et sécurité des soins
- Prendre en compte les problématiques du suivi patient et donc les problèmes de logistique à gérer
- Ecouter
- Veiller aux compétences et connaissances de ton équipe en adéquation avec les besoins, par le biais des formations
- Accompagner
- Répondre aux attentes des soignants

## Analyse de la première question :

La cible de cadres de santé au sein d'une HAD avec une expérience au sein de structures hospitalières avait pour objectif à travers cette première question d'identifier s'ils différenciaient la distance et la proximité face à cette définition du cadre de proximité.

Une définition qui semble faire l'unanimité : être garant des prises en charges des patients en assurant une qualité et sécurité des soins.

Et pour se faire, le cadre accompagne l'équipe, s'assure de ses compétences. Il collabore avec l'équipe médicale. Il articule la prise en charge des patients autour d'une pluri professionnalité.

Seul le cadre B a différencié le cadre de proximité et le management à distance.

Et le mot stratégie a été également identifié par ce même cadre.

La question suivante va nous permettre d'en apprendre davantage.

- **Deuxième question : Pensez-vous que le cadre de santé doit être physiquement présent pour assurer une proximité managériale ?**

Le cadre A :

- La proximité à l'hôpital ou en HAD c'est la même chose
- La proximité managériale du CDS à l'hôpital c'est la porte ouverte
- La proximité managériale HAD c'est la disponibilité téléphonique
- Je reste un CDS de proximité quel que soit la distance
- *« Il n'y pas besoin d'être disponible physiquement, la disponibilité se fait d'une autre façon : l'écoute téléphonique »*
- Je ne me sens pas plus éloignée des équipes qu'à l'hôpital
- Les VAD et le téléphone permettent également de ne pas se sentir éloignés des patients et de soignants

Le cadre B :

- Il est plus difficile de manager une équipe à distance, une relation de confiance doit s'établir, des transmissions précises
- *« Tu n'as pas de moyens de contrôle tu dois faire confiance »*
- Les échanges doivent être suffisamment clairs et précis pour qu'il y ait une bonne compréhension de ta demande
- Les dysfonctionnements en HAD sont sources d'angoisse supplémentaire
- Beaucoup d'échanges téléphoniques

Le cadre C :

- *« A l'hôpital tu es sur place ce n'est pas un problème de confiance mais tu as la vision et tu peux réagir, tu observes beaucoup même si tu n'es pas omniprésent. Tu peux plus facilement interagir et intervenir pour la qualité des soins, le bien être des soignants. Plus de visibilité d'une ambiance de soins »*
- *« A domicile cela échappe, les contextes de soins tu ne les palpés pas tu les pressens et tu es interpellé quand la difficulté est installée, on ne perçoit pas cette ambiance de soins, cet environnement de soins »*

- « *Ce n'est pas un problème de confiance car le CDS doit s'assurer que ses collaborateurs savent faire* »
- Je n'ai pas développé de stratégies Ils ont suffisamment d'autonomie pour m'alerter si besoin
- « *Je suis toujours frustrée de ne pas avoir plus de relation avec les gens de l'équipe, mais je m'abstiens de leur téléphoner pour leur demander au quotidien comment ça va, je me restreins et je n'ai donc pas beaucoup de lien avec eux* »
- Pour créer du lien, la stratégie est d'être présente au quotidien répondre à leurs problématiques quotidiennes
- C'est une disponibilité au quotidien non seulement l'écoute mais aussi une disponibilité
- Mettre en place des réunions pluri professionnelles et retour d'expérience

### **Analyse de la deuxième question :**

Malgré des approches différentes du management de proximité, l'écoute, la disponibilité et la confiance sont des mots qui émergent de chacun des cadres.

Des outils leur permettent d'y parvenir : le téléphone, les VAD, les réunions, les retours d'expérience.

Il est intéressant de mettre en évidence que deux cadres pensent que la distance rend plus difficile le management.

Seul le cadre A ne le distingue pas. Une continuité semble avoir lieu avec une adaptation grâce aux outils à sa disposition.

- **Troisième question : Mon travail de recherche m'a permis par la littérature, de mettre en évidence des stratégies pour construire un management de proximité : Les liens – L'écoute – La confiance – La reconnaissance et le suivi de la prestation de soins**  
**Pensez-vous qu'elles soient Satisfaisantes ? Suffisantes ? Pérennes ?**

Le cadre A :

- *« Je n'ai pas eu l'impression de développer d'autres stratégies quand je suis arrivée en HAD par rapport à l'hôpital »*
- Le mode de communication est différent parce que l'on communique essentiellement par téléphone, par messagerie internet
- *« La porte ouverte à l'hôpital et maintenant de répondre au téléphone et si je suis occupée, je rappelle »*
- Les mots et les intonations ont un impact
- Pas de communication non verbale qui permet de vérifier si bien compris
- *« Créer du lien, l'écoute, la reconnaissance, la confiance et le suivi ne sont pas des stratégies, tout cela est normal »*
- La confiance se crée

Le cadre B :

- La stratégie est dans l'écoute, la réactivité
- Approfondir les connaissances lors des réunions
- Je téléphone, SMS
- J'essaie de créer du lien pour que les soignants aient l'impression d'un fil conducteur
- Leur permettre d'être autonome tout en leur faisant comprendre que le contrôle est nécessaire pour éviter d'être dans la routine du soin
- *« je suis d'accord avec toutes ses stratégies effectivement la reconnaissance de la qualité de leur travail est nécessaire »*

Le cadre C :

- Le lien au travers de l'écoute
- *« Je mettrais plus l'écoute que le lien car le lien on dirait qu'il faut tisser absolument une interrelation »*
- Le lien me semble plus personnel et social que professionnel
- *« la confiance est d'emblée, ce n'est pas stratégique, ce sont des valeurs partagées IDE AS comme le respect du patient la connaissance des droits »*
- *« J'ai développé la confiance en HAD, j'ai majorée mon mode confiance car le temps ne nous permet pas d'être aussi souvent que voulu en VAD pour évaluer mais nous avons des outils pour contrôler »*
- La reconnaissance oui par des messages écrits individuels ou de groupes
- Je les remercie souvent de la qualité de leur travail
- Lors des réunions une reconnaissance de groupe, collective uniquement
- La reconnaissance aussi par l'entretien annuel
- Je fais plus de suivi en HAD qu'à l'hôpital

### **Analyse de la troisième question :**

Tous semblent en adéquation avec ces stratégies développées par la littérature.  
Aucun ne m'a transmis si cela leur semblait suffisant.

L'adaptation de la communication permet d'asseoir un management de proximité.  
Cependant, le cadre A confirme sa position, qu'il ne s'agit pas de stratégies.

- **Quatrième question : Que mettez-vous en œuvre auprès de vos équipes pour assurer une proximité managériale ?**

Le cadre A :

- Pas de difficultés dans les relations humaines donc je n'identifie pas de stratégies
- L'école des cadres et son cursus m'ont amené à réfléchir
- La disponibilité et l'écoute et le travail dans la confiance contribue à la proximité
- Il faut apprendre à se connaître

Le cadre B :

- J'essaie de leur apprendre la juste distance avec les patients
- « *L'investissement des soignants en HAD auprès des patients et de leur famille nécessite des barrières est mon rôle est de veiller à ce qu'il ne dépasse pas leur limite* »
- Ma carrière hospitalière ne m'avait pas fait identifier cette notion de juste distance avec le patient

Le cadre C :

- Je ne développe pas de stratégies

### **Analyse de la quatrième question :**

Cette question réaffirme les positions des cadres A et C sur les stratégies.

Le mot semble ne pas être en accord avec les principes managériaux.

La disponibilité, l'écoute et la confiance, des mots qui apparaissent à nouveau et semble contribuer à construire la proximité managériale à distance.

Apprendre à se connaître est également mis en avant, n'est-ce pas créer des liens ?

Compte tenu du retour des questionnaires des équipes soignantes, il m'a semblé intéressant d'évoquer les premiers constats avec les cadres de santé. J'ai donc ajouté deux nouvelles questions aux questionnaires.

- **Cinquième question : Le questionnaire auprès des équipes a mis en évidence que la qualité attendue en première position est l'organisation, qu'en pensez-vous ?**

Le cadre A :

- Ce cadre ne pensait pas que cette qualité serait mise en premier mais comprend que cela leur simplifie le quotidien
- Aucun étonnement, cela me paraît logique
- Ils attendent qu'on organise
- *« Un travail organisé leur permet une journée qui coule de source, un chemin clair »*

Le cadre B :

- *« Ça ne me choque pas, en HAD les soignants sont attentifs à l'organisation car les infos des patients sont informatisées et leur demande beaucoup de lecture en amont si le CDS n'est pas organisé il modifiera les tournées des agents et bouleversera alors tout ce travail en amont »*
- *« Sans oublier actuellement le nouveau logiciel »*

Le cadre C :

- *« Ça me renvoie directement à l'organisation des tournées qui a un impact direct sur la charge, sur leur journée, leur fatigabilité »*
- Adéquation tournées géographie soins
- Un temps de soin défini

### **Analyse de la cinquième question :**

Malgré qu'aucun cadre n'est sous-entendu cette notion d'organisation dans nos échanges, cela n'étonne aucun d'eux. Ils identifient la nécessité, d'une tournée de qualité pour le bien être des soignants.

- **Sixième question : Et à l'inverse, le suivi de la prestation de soins est une des dernières attentes des équipes, cela vous étonne-t-il ?**

Le cadre A :

- « *Un attendu pour le cadre, mais je ne suis pas étonnée qu'elle le mette après car si leur journée est organisée, dans un climat de confiance cela leur est suffisant* »

Le cadre B :

- « *Je ne suis pas étonnée non plus car les agents en HAD ont une telle autonomie que le contrôle leur fait penser à du « flicage » peur d'être remis en cause* »
- « *Même si il est important pour le cadre d'avoir cette stratégie mise en place pour être garante de la qualité des soins* »

Le cadre C :

- « *Je ne trouve pas cela cohérent* »

### **Analyse de la sixième question :**

Le suivi de la prestation de soin est nécessaire pour le cadre afin d'être garant de la qualité et sécurité des soins. Le cadre n'évalue pas pour sanctionner, l'évaluation est constructive. Par le suivi de la prestation de soin, le cadre reconnaît le travail de ses collaborateurs. L'évaluation quel que soit les outils développe la réflexivité. Le cadre doit accompagner l'équipe dans cette démarche réflexive.

- **Septième et dernière question : Des commentaires à ajouter sur le management de proximité des équipes à distance**

La cadre A :

- Le cadre à distance de ses équipes doit rester vigilant dans la communication qui reste purement orale
- Cela peut ne pas être évident pour tout le monde car certains s'appuient sur le non verbal et peuvent alors être en difficulté, selon la personnalité
- En HAD les gens sont réceptifs aux intonations aux mots utilisés qui peuvent être interprétés de façon différente
- Maintenant que je connais mon équipe j'arrive à savoir par les intonations quand ça va, quand ça ne va pas, ou bien par les mails avec une majuscule pour transmettre sa colère
- Comme d'ailleurs l'équipe ressent aussi ses émotions
- *« Je ne me sens pas éloignée de mon équipe, même si je ne les vois pas tous les jours, je me sens pratiquement plus en proximité qu'avec l'équipe de l'hôpital »*
- Un premier poste de CDS en HAD ne doit pas être évident compte tenu de cette communication particulière
- Référence sur la notion des pôles *« qui éloigne également les CDS de leurs équipes, le management de deux équipes sur deux lieux différents... il faut passer autant de temps avec les 2 sinon ça fait vite des tensions »*
- La stratégie du temps est alors nécessaire pour ne pas léser une équipe

Le cadre B :

- Le management à distance est difficile
- Trop peu de littérature sur le sujet
- Il faut du temps pour créer des liens : plus de 6 mois
- L'écoute est primordiale
- Rien de « calcable » entre le management à proximité et à distance il faut s'adapter

Le cadre C :

- L'équipe prend un autre sens
- L'équipe ne compte pas forcément sur le CDS
- Peut-être parce que je ne cultive pas le lien
- Les soignants se débrouillent sans en référer à la hiérarchie
- Le relais est plus facilement pris à l'hôpital
- La distance rend peut être plus complexe le management
- C'est différent ce qui fait peut être la richesse

### Analyse de la dernière question :

Une communication à adapter, une écoute amplifiée, du temps pour créer des liens, sont les atouts pour permettre de créer une proximité managériale à distance de ses équipes.

Cependant, le management à distance géographique de son équipe semble plus complexe.

Mais comme le finalise le cadre C, « *n'est-ce pas cette différence qui en fait sa richesse* »

#### 4.2.5 Les limites

La première limite que j'identifie est mon inexpérience dans la conduite des entretiens semi directifs. En effet, je m'aperçois à la relecture et l'analyse, que certaines questions méritaient des approfondissements.

Le temps aussi, me frustre à nouveau.

Ces entretiens n'ont pas l'objectif d'être représentatif, je souhaitais réellement la singularité de chacun.

Cependant, malgré la richesse de ces trois interviews, ils sont loin d'être suffisants pour établir une généralité dans les réponses.

Cela m'a permis de mettre en évidence la singularité de l'HAD et d'en extraire des pistes de réflexion et de travail.

### 4.3 Avec une sociologue

Cependant avant d'aller plus loin dans mes réflexions, un dernier entretien s'est imposé.

Au cours de ma formation, une rencontre avec une sociologue Mme O. m'a interpellé. Elle nous avait proposé de lui transmettre notre sujet de mémoire afin de nous indiquer une bibliographie. Je me suis donc empressée de lui communiquer. Je fus bien surprise quant à sa réponse : « *De toute façon, ça ne fonctionne pas* ».

Ce jour-là, plutôt interpellée, je n'ai pas réagi, mais à ce stade de mon travail de recherche, il me semble intéressant d'aller plus loin dans sa réponse.

Je me suis donc permise de la solliciter à nouveau et elle a accepté de répondre à ma question : Pourquoi ?

#### 4.3.1 L'outil

Au regard d'une distance géographique importante, Mme O. m'a proposé d'effectuer un entretien téléphonique.

#### 4.3.2 L'entretien

Ma naïveté sur les possibilités du téléphone, ne m'a pas permis d'enregistrer notre conversation. Je vais cependant vous transmettre les points importants qui sont ressortis de notre entretien.

Mme O. est sociologue depuis 1999. Ses recherches et publications s'orientent sur la question des genres et la réinsertion des jeunes.

Je lui ai donc à nouveau posé ma question de recherche qui est je rappelle :

**Quelle stratégie le cadre de santé doit-il mettre en place, pour construire à distance de ses équipes, un management de proximité ?**

« *L'idée que j'ai, me dit-elle, et largement déployée par des philosophes ou bien encore les travaux d'Erwing Goffman est la mise en présence par la communication non verbale, un regard une attitude, un maintien* ».

Elle me transmet qu'elle pense que le manager « *perçoit mieux, en présence, les émotions de ses collaborateurs et que le téléphone ou internet ne peuvent palier à la présence* ». Je lui explique alors le fonctionnement de l'HAD et les stratégies managériales développées dans ce travail de recherche pour créer de la proximité.

Elle s'étonne encore d'avoir été aussi catégorique.

Elle pense que sa réponse est celle d'une militante : « *L'autre est reconnu dans le regard* ». Elle imaginait probablement, me dit-elle, qu'il n'existait aucune interaction en proximité physique objective. Elle finalisera l'entretien par cette phrase : « *L'important est d'être à l'écoute. A l'écoute du travail prescrit et du travail réel* ».

### 4.3.3 L'analyse

Mme O. a mis en évidence une des stratégies managériales développées :  
L'écoute

Mais également à travers cette notion de travail réel et travail prescrit la reconnaissance me semble être identifiée.

## 4.4 La réflexion

Bien que le faible échantillon de l'étude n'autorise pas une généralisation, il est possible de dégager quelques pistes de réflexion.

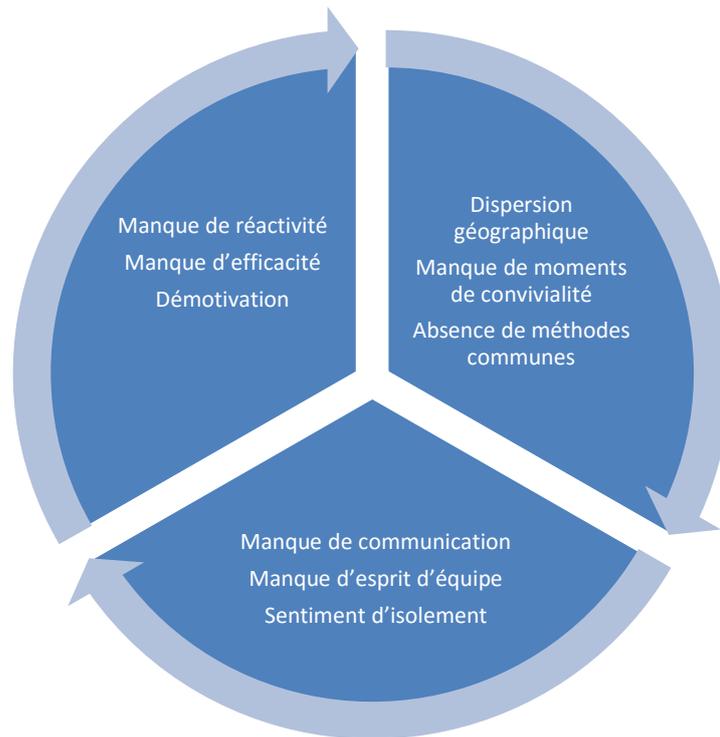
La distance physique met à mal la communication non verbale faite d'expressions spontanées, d'échanges informels.

La littérature identifie des éléments qui complexifient le management à distance.

Hannah Besser parle de la spirale négative du management à distance.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Hannah BESSER. Manager à distance. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2013, page 17



Compte tenu de la complexité des relations humaines, le management à distance peut paraître plus complexe à mettre en œuvre. Mais il ne doit pas être perçu comme un frein, une difficulté pour créer de la proximité managériale.

J'avais alors imaginé qu'il fallait mettre en place des stratégies.

Force est de constater que la stratégie ne fait pas parti du vocabulaire du cadre de santé.

Et pourtant ces choix stratégiques, les décisions, du cadre de santé, portent sur la nature des moyens qu'il met en place pour orienter, guider, accompagner l'équipe.

Ce travail de recherche me confirme que le cadre de santé doit occuper le terrain, même à distance. Il doit organiser une présence régulière, planifier des rencontres.

*« Les équipes redoutent particulièrement deux types de managers peu à l'écoute du terrain : « les managers Excel » enfermés dans leur bureau et focalisés sur leurs indicateurs de performance et les « managers tournesol », tournés vers le soleil, c'est-à-dire leur propre supérieur hiérarchique et beaucoup moins vers les équipes. »<sup>43</sup>*

<sup>43</sup> Hannah BESSER. Manager à distance. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2013, page 28

Le cadre doit affirmer son leadership.

Cette notion est détaillée par Hannah Besser dans son livre *Managez à distance* :

- Engagez-vous en prenant des positions claires sur tous les sujets
- Montrez une attitude responsable
- Donnez à vos collaborateurs une image de vous rassurante
- Adoptez une posture ouverte, accessible et cordiale
- N'employez pas de vocabulaire négatif
- Ne soyez pas centré sur vous-même
- Soyez réactif et disponible
- Donner du feedback

Le cadre de santé doit avoir la « *capacité à entraîner les autres avec soi, dans un projet collectif, par leur adhésion volontaire* »<sup>44</sup>.

Des nouveaux environnements de travail s'inscrivent dans le paysage salarial de la santé. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication mettent fin aux contraintes de lieu et du temps. L'HAD n'est pas une singularité.

Le management à distance est en pleine expansion.

Les cadres de santé doivent s'adapter et se réapproprier à de nouvelles organisations.

Alors peut être le terme de stratégie deviendra-t-il plus commun ?

---

<sup>44</sup> Alain DULUC. *Leadership et confiance*. Paris : Editions Dunod, 2013, p 248

## CONCLUSION

Ce travail de recherche à travers la littérature, le retour des soignants, les échanges avec les cadres de santé m'a permis de me faire grandir.

Je me suis enrichie.

Au regard des évolutions et restructurations successives, le cadre de santé est en permanente réflexion managériale.

Mais son objectif reste le même: garantir la qualité et sécurité des soins aux patients pris en charge, avec une nouvelle dimension : rationaliser les moyens tout en contribuant au bien être des soignants.

Pour y parvenir, il doit adapter son management à la spécificité des organisations et la singularité de ses collaborateurs tout en conservant ses valeurs.

Pour contribuer à un climat de travail serein et propice au développement de nouvelles compétences, le cadre doit potentialiser la proximité.

Et dans cette aspiration, les liens seront un partage, l'écoute, une aptitude, la confiance sera une construction, la reconnaissance, une évidence et le suivi de la prestation des soins, un accomplissement.

Etre cadre de santé de proximité c'est adopter une posture managériale.

La formation de cadre de santé me conduit sur un chemin réflexif.

C'est nous qui faisons la couleur du cadre que nous souhaitons être mais c'est au travers de la littérature, la théorie, des travaux de groupes, des stages, des échanges que nous y parviendrons.

Le management si complexe et si riche...

## BIBLIOGRAPHIE

### Œuvres complètes :

WALTER Hesbeen. *Cadre de santé de proximité*. Issy-les-Moulineaux : Edition Elsevier Masson, 2011, 155 pages

BESSER Hannah. *Manager à distance*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2013, 126 pages

MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien, le 10 rôles du cadre*. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1984-2006, 283 pages

BERNOUX Philippe. *Sociologie des organisations*. Paris : éditions du Seuil, 1985-2009, 466 pages

MINTZBERG Henry. *Le management Voyage au centre des organisations*. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1989-2004, 703 pages

DULUC Alain. *Leadership et confiance*. Paris : éditions Dunod, 2013, 251 pages

LEON Emmanuelle. *Le management à distance*. Allemagne : Editions Universitaires Européennes - 2011, 421 pages

THEVENET Maurice. *Management une affaire de proximité*. Paris : Editions d'organisation, 2003, 172 pages

### Chapitres d'Œuvres :

CAUVIN P. *La cohésion des équipes*. Paris : ESF Editions, 1997

## Articles :

PERRIER Jacques. *Qu'est-ce que la recherche et à quoi sert-elle dans le domaine des soins infirmiers*, revue infirmières suisse, mars 1980

REVILLOT Jean-Marie. *La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail*. Soins cadres supplément n° 86, mai 2013

LECLERCQ Anne. *Management à distance et confiance*. Dossier soins cadres n°96 novembre 2015

LARVOR Claire. *Manager à distance un équilibre entre confiance et vigilance*. Dossier soins cadre n° 86 mai 2013

BRUN JP. *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens*, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, octobre 2002

## Mémoires :

PREVOT Myriam. *Le management en hospitalisation à domicile : une histoire d'écoute*. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2005 2006

BOULAY Nicole. *Management : entre proximité et distance*. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2013 2014

DUPLAND Aurélie. *L'évaluation un levier de motivation*. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2013 2014

## Cours théoriques :

Une histoire des cadres de santé: d'hier à demain. LE GAL Morgane, cadre formateur ESM 9 septembre 2015

Introduction aux pratiques managériales. FARNAULT Patrick, Directeur ESM novembre 2015

Les postures managériales. FARNAULT Patrick, Directeur ESM 10 décembre 2015

La GRH dans les organisations de santé. DUMOND Jean Paul - support de cours master management et santé septembre 2015

Bio statistiques. Dr LEMASSON – janvier février mars 2016

## Webographie :

CATANAS Marc .Evolution socio historique de la fonction cadre de santé - décembre 2007

Disponible sur <http://www.cadredesante.com> consulté le 20 octobre 2015

GAUNAND Antonin. Les 5 étapes de constitution d'une équipe

Disponible sur <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/les-5-etapes-de-constitution-d-une-equipe/> consulté le 2/10/2015

GUENOT Frédérique. Management à distance : les nouveaux défis du binôme RH-Manager - Publié le 13/04/2015

Disponible sur <http://www.focusrh.com/strategie-rh/organisation-et-conseil/a-la-une/management-a-distance-les-nouveaux-defis-du-binome-rh-manager.html> consulté le 30/11/2015

RAMSPACHER Marie Sophie. Management à distance : éviter les chausse-trapes de l'éloignement – publié le 31/05/2013

Disponible sur <http://business.lesechos.fr/directions-ressources-humaines/ressources-humaines/tele-travail/management-a-distance-eviter-les-chausse-trapes-de-l-eloignement-> consulté le 15 octobre 2015

### Sites officiels :

<http://www.has-sante.fr/> consulté le 13 décembre 2015

<http://www.legifrance.gouv.fr/> Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier consulté le 15 septembre 2015

<https://www.legifrance.gouv.fr> Arrêté du 18 aout 1995

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles) consulté le 05 janvier 2016

<http://www.legifrance.gouv.fr> décret n° 2005 - 346 du 14 avril 2005

## TABLE DES ANNEXES

**Annexe 1** : Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier

**Annexe 2** : Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

**Annexe 3** : Questionnaire pour l'équipe soignante

**Annexe 4** : Guide entretien pour mémoire d'un étudiant cadre de sante

## Annexe 1 :

### Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé,

Vu le code de la santé publique, livre IV, titre II, et notamment ses articles 474, 475 et 476 ;

Vu le décret n° 58-1104 du 14 novembre 1958, modifié par le décret n° 66-617 du 10 août 1966, créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant ;

Vu le décret n° 73-822 du 7 août 1973 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière et d'infirmier cadre de santé publique ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers et infirmières du conseil supérieur des professions paramédicales,

#### Article 1 (abrogé au 20 août 1995) [En savoir plus sur cet article...](#)

- Modifié par [Décret n°93-59 du 14 janvier 1993 - art. 1 JORF 17 janvier 1993](#)
- Abrogé par [Décret n°95-926 du 18 août 1995 - art. 4 \(V\) JORF 20 août 1995](#)

Il est créé un certificat Cadre infirmier. Ce certificat est délivré aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière qui ont suivi un enseignement dans une école de cadres agréée par le ministre de la santé et subi avec succès un examen à l'issue de cet enseignement.

Par dérogation au premier alinéa de cet article, le certificat cadre infirmier est attribué par équivalence aux personnes titulaires du certificat cadre infirmier de secteur psychiatrique qui en font la demande auprès de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales qui leur a délivré ce certificat.

NOTA :

*[\*Nota - Décret 95-926 du 18 août 1995 art. 4 : les étudiants ayant entrepris leurs études avant le 31 mars 1995 demeurent soumis aux dispositions en vigueur au moment de leur entrée en formation jusqu'à l'achèvement du cycle de formation en cours.\*]*

#### Article 2 (abrogé au 20 août 1995) [En savoir plus sur cet article...](#)

- Abrogé par [Décret n°95-926 du 18 août 1995 - art. 4 \(V\) JORF 20 août 1995](#)

Un arrêté du ministre de la santé, pris après avis de la commission des infirmiers et infirmières du conseil supérieur des professions paramédicales, fixe :

1° Les conditions d'agrément des écoles de cadres ;

2° Les conditions d'admission dans ces écoles ;

3° Le programme d'enseignement ;

4° Les épreuves de l'examen sanctionnant les études.

NOTA :

*[\*Nota - Décret 95-926 du 18 août 1995 art. 4 : les étudiants ayant entrepris leurs études avant le 31 mars 1995 demeurent soumis aux dispositions en vigueur au moment de leur entrée en formation jusqu'à l'achèvement du cycle de formation en cours.\*]*

**Article 3 (abrogé au 20 août 1995) [En savoir plus sur cet article...](#)**

- Abrogé par [Décret n°95-926 du 18 août 1995 - art. 4 \(V\) JORF 20 août 1995](#)

A titre provisoire, le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier ou d'infirmière cadre de santé publique, créé par le décret n° 73-822 du 7 août 1973, est maintenu.

NOTA :

*[\*Nota - Décret 95-926 du 18 août 1995 art. 4 : les étudiants ayant entrepris leurs études avant le 31 mars 1995 demeurent soumis aux dispositions en vigueur au moment de leur entrée en formation jusqu'à l'achèvement du cycle de formation en cours.\*]*

**Article 4 (abrogé au 20 août 1995) [En savoir plus sur cet article...](#)**

- Abrogé par [Décret n°95-926 du 18 août 1995 - art. 4 \(V\) JORF 20 août 1995](#)

Par dérogation aux dispositions de l'article 1er du décret n° 73-822 du 7 août 1973, le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier ou d'infirmière cadre de santé publique peut être attribué par équivalence aux personnes ayant, antérieurement à la publication du décret précité, suivi à l'école nationale de la santé publique de Rennes la formation de cadre responsable de service infirmier de santé publique et subi avec succès les épreuves de l'examen sanctionnant ces études.

NOTA :

*[\*Nota - Décret 95-926 du 18 août 1995 art. 4 : les étudiants ayant entrepris leurs études avant le 31 mars 1995 demeurent soumis aux dispositions en vigueur au moment de leur entrée en formation jusqu'à l'achèvement du cycle de formation en cours.\*]*

**Article 5 (abrogé au 20 août 1995) [En savoir plus sur cet article...](#)**

- Abrogé par [Décret n°95-926 du 18 août 1995 - art. 4 \(V\) JORF 20 août 1995](#)

Sont abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret.

NOTA :

*[\*Nota - Décret 95-926 du 18 août 1995 art. 4 : les étudiants ayant entrepris leurs études avant le 31 mars 1995 demeurent soumis aux dispositions en vigueur au moment de leur entrée en formation jusqu'à l'achèvement du cycle de formation en cours.\*]*

**Article 6 (abrogé au 20 août 1995)**

Le ministre de la santé est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Le Premier ministre : JACQUES CHIRAC.

Le ministre de la santé, SIMONE VEIL.

NOTA : *[\*Nota - Décret 95-926 du 18 août 1995 art. 4 : les étudiants ayant entrepris leurs études avant le 31 mars 1995 demeurent soumis aux dispositions en vigueur au moment de leur entrée en formation jusqu'à l'achèvement du cycle de formation en cours.\*]*

## Annexe 2 :

### Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

NOR: SANP9502093D  
Version consolidée au 07 mars 2016

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé publique et de l'assurance maladie,

Vu le livre IV du code de la santé publique,

Vu l'avis du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 22 décembre 1994,

#### Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

- Modifié par [Décret n°2001-532 du 20 juin 2001 - art. 33 JORF 22 juin 2001](#)

Il est créé un diplôme de cadre de santé. Ce diplôme porte mention de la profession de son titulaire.

Ce diplôme est délivré aux personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre leur permettant d'exercer la profession d'audioprothésiste, de diététicien, d'ergothérapeute, d'infirmier, d'infirmier de secteur psychiatrique, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, d'opticien-lunetier, d'orthophoniste, d'orthoptiste, de pédicure-podologue, de préparateur en pharmacie, de psychomotricien ou de technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale, qui ont suivi la formation prévue par l'arrêté mentionné à l'article 3 du présent décret dans un institut de formation des cadres de santé agréé par le préfet de région, après avis de la commission permanente interprofessionnelle du Conseil supérieur des professions paramédicales, et validé l'ensemble des modules prévus par le programme fixé dans l'annexe dudit arrêté susmentionné.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément de ces instituts vaut décision de rejet.

#### Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Les titulaires de l'un des certificats suivants :

- certificat de moniteur cadre d'ergothérapie ;
- certificat de cadre infirmier ;
- certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant ;
- certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur ;
- certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier cadre de santé publique ;
- certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique ;
- certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique ;
- certificat de cadre de laboratoire d'analyses de biologie médicale ;
- certificat de moniteur cadre manipulateur d'électroradiologie ;

- certificat de cadre manipulateur d'électroradiologie médicale ;
- certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur ;
- certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie,

peuvent se prévaloir des mêmes droits que les titulaires du diplôme de cadre de santé.

Le diplôme de cadre de santé peut être délivré, par équivalence, aux titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre leur permettant d'exercer une des professions mentionnées à l'article 1er du présent décret pour lesquelles il n'existait pas de certificat de cadre antérieurement à la publication du présent décret.

### **Article 3 [En savoir plus sur cet article...](#)**

- Modifié par [Décret n°2008-806 du 20 août 2008 - art. 1](#)

Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les conditions d'agrément des instituts de formation des cadres de santé, les conditions et les modalités d'admission dans ces instituts, le programme de formation, les modalités de validation des modules prévus par ce programme ainsi que les modalités de délivrance du diplôme de cadre de santé soit à l'issue de la formation, soit par équivalence.

Il fixe également les conditions dans lesquelles des dispenses partielles ou totales de formation peuvent être accordées ainsi que, le cas échéant, les modalités d'évaluation spécifiques pour la validation des modules ne faisant pas l'objet d'une dispense.

### **Article 4 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Sont abrogées les dispositions des décrets :

-[n° 73-822 du 7 août 1973](#) créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière et d'infirmier cadre de santé publique ;

-[n° 75-928 du 9 octobre 1975](#) relatif au certificat Cadre infirmier ;

-[n° 76-862 du 6 septembre 1976](#) portant création du certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie ;

-[n° 76-868 du 6 septembre 1976](#) modifié portant création d'un certificat de moniteur cadre manipulateur d'électroradiologie ;

-[n° 79-505 du 28 juin 1979](#) portant création d'un certificat Cadre de laboratoire d'analyses de biologie médicale ;

-[n° 80-13 du 2 janvier 1980](#) modifié portant création du certificat de moniteur cadre d'ergothérapie.

Toutefois, les étudiants ayant entrepris leurs études avant le 31 mars 1995 demeurent soumis aux dispositions en vigueur au moment de leur entrée en formation jusqu'à l'achèvement du cycle de formation en cours.

### **Article 5**

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'insertion professionnelle, le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie et le secrétaire d'Etat à l'enseignement supérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ALAIN JUPPE

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé publique

et de l'assurance maladie,

ELISABETH HUBERT

Le ministre de l'éducation nationale,

de l'enseignement supérieur, de la recherche

et de l'insertion professionnelle,

FRANÇOIS BAYROU

Le secrétaire d'Etat à l'enseignement supérieur,

JEAN DE BOISHUE

## Annexe 3 :

### Questionnaire pour l'équipe soignante

#### Questionnaire anonyme pour travail de recherche d'un étudiant cadre de sante & master en management des organisations soignantes

Quelles sont les qualités professionnelles que vous attendez d'un cadre de santé ?

Noter devant chacune son degré d'importance

Par ordre décroissant 14 pour la moins importante pour vous jusque 1 la qualité primordiale

QUALITES ATTENDUES	NOTE
Organisateur	
Vecteur d'information	
Culture de la confiance	
Aptitude à créer des liens	
A l'écoute	
Disponibilité	
Tolérant	
Aptitude à évaluer	
Dynamique	
Equitable	
Fédérateur	
Aptitude à valoriser, à être reconnaissant	
Connaissance techniques du soin	
Aptitude à motiver	
Autre	

MERCI POUR VOTRE PARTICPATION

## Annexe 4 :

### Guide entretien pour mémoire d'un étudiant cadre de sante

Pour les cadres de santé :

QUESTIONS	OBJECTIFS DES REPONSES
Année d'obtention du diplôme de CDS	Pour avoir une notion de l'expérience
Au sein d'une HAD depuis quelle date	Pour avoir une notion de l'expérience et le recul en HAD
Expériences précédentes en qualité de CDS	Pour vérifier aptitude à comparer structures fermées et soin à domicile
Expériences précédentes en qualité IDE	Pour vérifier si expérience IDE HAD et connaissance des attentes d'un manager à distance
Comment définiriez-vous un cadre de proximité	Identifie-t-il une différence proximité /distance
Pensez-vous que le CDS doit être physiquement présent pour assurer une proximité managériale ?	Leur opinion sur la distance géographique la proximité managériale
Mon travail de recherche m'a permis de mettre en évidence des stratégies pour construire un management de proximité : Lien Ecoute Confiance Reconnaissance Suivi de la prestation de soins Pensez-vous qu'elles soient Satisfaisantes ? Suffisantes ? Pérennes ?	
Que mettez-vous en œuvre auprès de vos équipes	Sous-entendu autres stratégies que celles citées précédemment

# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@15-16

Mémoire

Distance/Proximité  
Antinomique ?

JARRU Gladys

### MOTS CLÉS

Distance-Management-Proximité-Equipe-  
Stratégie

### KEY WORDS

Distance-Management-Proximity-Teams-  
Strategy

### RÉSUMÉ

A l'ère où les organisations évoluent ou le télétravail s'institutionnalise, certaines structures ont d'ores et déjà dû s'adapter à un nouvel environnement et cela depuis le siècle dernier. En effet, confrontés à une surpopulation, les hôpitaux innovent dans de nouveaux dispositifs. Ils développent des alternatives à l'hospitalisation. De nouvelles organisations ont émergé avec une particularité : Leur unité de soins est le domicile des patients. Cette unité est donc séparée de l'unité organisationnelle et directionnelle.

Mais alors, quelle stratégie le cadre de santé doit-il mettre en place, pour construire à distance de ses équipes, un management de proximité ?

Ce travail de recherche, à travers les lectures, les différents cours théoriques et le partage me permet de développer mes compétences, un esprit critique ainsi qu'une posture réflexive. Le cadre de santé doit adapter sa stratégie managériale, à son organisation, avec toujours un objectif, garantir la qualité et la sécurité des soins aux patients pris en charge et assurer une qualité de vie au travail pour les soignants. Etre cadre de proximité c'est adopter une posture managériale.

### ABSTRACT

As organizations evolve and telecommuting becomes institutionalized, some structures adapted their organizations to a new environment, since last century. Indeed, confronted to overpopulation, hospitals innovated. They developed an alternative to hospitalization. These news organizations appeared with a characteristic: Their care unit is the residence of the patients. This care unit is separated from the organizational and directional unit.

But then, what strategy should the health manager adopt to build, far from their teams, a proximity management?

This research, through readings, the different theoretical lessons and the sharing enable me to develop my skills, a critical mind and reflexive posture.

The health manager adapts their managerial strategy to their organizations, always with a goal, to guarantee the quality and the safety of care for patients and to ensure work quality for the team. To be a frontline nurse manager is taking on managerial posture