

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

**Le management bienveillant :
Un atout pour légitimer l'autorité ?**

Magali LE NÔTRE

DCS@18-19

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'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

La réalisation de ce mémoire est l'aboutissement d'une année de formation riche, dense et parfois parsemée de doutes.

Je tiens à remercier humblement toutes les personnes qui m'ont soutenues et accompagnées de près ou de loin.

Je remercie tout d'abord Madame Nadine Pézière, ma Directrice de mémoire pour sa disponibilité, ses conseils et sa bienveillance.

Je remercie infiniment Madame Morgane Le Gal pour son accompagnement, son écoute et ses encouragements dans les moments les plus difficiles.

Merci à Monsieur Patrick Farnault pour son humour et ses encouragements.

Je tiens à remercier également Justine, mon amie de promotion pour son soutien et sa présence depuis le début de la formation.

Un immense merci à mes proches pour leur réconfort, leur patience et plus particulièrement à mes enfants, Alexis et Lilou à qui j'ai imposé mon absence et qui ont été ma force de chaque instant.

Sommaire

Introduction	3
1 Un cheminement vers la question de départ	4
2 Le cadre de référence	7
2.1 Le concept d'autorité	7
2.1.1 Etymologie et définition de l'autorité.....	7
2.1.2 Approche Sociologique du concept d'autorité.....	7
2.1.3 Autorité et légitimité	8
2.1.4 L'autorité hiérarchique et fonctionnelle dans les organisations hospitalières.....	8
2.1.5 L'autorité règlementaire du cadre de santé.....	9
2.1.6 L'autorité du cadre de santé- une reconnaissance nécessaire.....	10
2.2 Le cadre de santé	11
2.2.1 Le cadre de santé d'hier à aujourd'hui.....	11
2.2.2 Les rôles du cadre de santé	12
2.2.3 Le cadre de santé - manager ou leader ?	13
2.2.4 L'éthique managériale du cadre de santé.....	13
2.3 Le management	14
2.3.1 Etymologie et définition du management	14
2.3.2 Les différents types de management	15
2.4 Le management bienveillant	16
2.4.1 Origine et définition de la bienveillance.....	16
2.4.2 Pourquoi parler de management bienveillant à l'hôpital ?.....	17
2.4.3 Définition du management bienveillant.....	17
2.4.4 Les leviers de motivations du management bienveillant	18
4 La méthodologie de la recherche	22
4.1 L'entretien semi-directif : Analyse qualitative	22
4.2 Le guide d'entretien	22
4.3 Le choix de la population	22
5 L'enquête de terrain	23
5.1 Typologie des cadres interrogées	23
5.2 Présentation de la méthode d'analyse	23
5.3 Analyse de contenus et Synthèses des résultats par thème	24
5.3.1 La relation et l'accompagnement par le cadre.....	24
5.3.2 Le cadre de santé et ses rôles.....	28
5.3.3 L'autorité et le cadre de santé	32
5.3.4 La motivation et la bienveillance managériale.....	41
6 La confrontation des résultats avec l'hypothèse et la question de recherche	48
7 Les limites de ce travail	49
Conclusion	50

Liste des abréviations

CAJA : Centre Accueil de Jour Alzheimer

CDS : Cadre De Santé

EHPAD : Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

RTT : Réduction du temps de travail

Introduction

Dans le cadre de mon année d'étude à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris, j'ai dû réaliser un travail d'initiation à la recherche autour d'un thème de mon choix.

C'est spontanément que j'ai décidé de poursuivre une réflexion sur le management du cadre de santé et plus précisément sur la bienveillance managériale.

Le choix de ce thème s'appuie sur mon vécu professionnel, d'abord de soignante, puis de faisant fonction de cadre de santé.

En effet, si j'ai choisi le métier d'infirmière, c'est pour toute la richesse relationnelle qu'il peut apporter et pour prendre soin de l'autre. Aussi aujourd'hui, je ne conçois pas mon métier de cadre de santé sans prendre soin de mon équipe et veiller à leur bien-être au travail. Pourtant, lorsque j'ai occupé mon poste de faisant fonction, j'ai été obligé d'imposer des contraintes souvent mal vécues par les soignants ce qui m'a fortement questionné sur le fait d'être en accord avec mes valeurs humaines et mon positionnement face à l'autorité.

Je sais pertinemment que dans mes fonctions de cadre de santé, compte tenu des évolutions permanentes de nos organisations hospitalières, je serai confrontée à instaurer changements perpétuels et à imposer des contraintes aux soignants pour pouvoir concilier qualité des soins et efficacies.

Mais comment obtenir l'adhésion des soignants aux changements ? Comment imposer les contraintes sans faire preuve d'autorité sur les agents ? Peut-on concilier autorité et bienveillance ?

Je vous propose de me suivre dans ma réflexion, en vous présentant la situation managériale qui a amorcée le début de mon cheminement et qui m'a permis d'évoluer vers ma question de départ. Dans mon cadre de référence, j'apporterai des concepts théoriques liés à l'autorité, puis j'aborderai le cadre de santé et ses rôles et m'intéresserai au management et à la bienveillance managériale. Pour confronter ces concepts théoriques à la réalité du terrain, j'ai réalisé une enquête auprès de cadres de santé. Je vous présenterai les résultats question par question, suivis d'une synthèse avec une analyse croisée pour chaque thème afin d'éclairer mon hypothèse et répondre à ma question de recherche. Je terminerai par les limites de mon étude avant de conclure ce travail de recherche.

1 Un cheminement vers la question de départ

Lorsque j'occupais mon poste de faisant fonction de cadre de santé dans le service de soins à domicile du pôle gériatrique sur Groupe Hospitalier Sud Ile de France, j'ai été contrainte, pour pallier l'absentéisme, de déplacer les agents de mon service dans d'autres unités de soins de manière inopinée mais aussi parfois de façon anticipée.

Cette situation était souvent mal vécue par les soignants et j'ai été déconcertée par le malaise que cela provoquait chez certains d'entre eux : refus de changer de service, pleurs, menace d'arrêt de travail...

Sur le moment, je n'ai pas su comment gérer cette situation à charge émotionnelle forte et j'ai été contrainte d'imposer cette mobilité.

Néanmoins, il m'a paru indispensable en tant que responsable de comprendre pourquoi le fait d'aller travailler ailleurs que dans leur service d'affectation générait chez eux une telle attitude.

Les agents m'ont verbalisé que d'être déplacé dans un autre service était pour eux angoissant car ils ne connaissaient ni les collègues, ni les usagers, ni l'organisation du travail.

De plus, ils avaient le sentiment d'être des « pions » que l'on déplace sans que personne ne se préoccupe de leurs sentiments. Ils estimaient que la hiérarchie, (sous-entendue : la direction) n'avait aucune reconnaissance pour leur travail et leurs efforts accomplis et ils n'avaient de ce fait aucunement envie d'en faire davantage.

Le bien être des agents de mon équipe au travail a toujours été l'une de mes priorités, aussi il m'a semblé indispensable de les accompagner humainement pour les aider à mieux vivre cette mobilité de plus en plus fréquente au sein de l'établissement.

Après avoir échangé avec les soignants sur la manière dont nous pouvions procéder pour améliorer cette situation, nous avons instauré ensemble un système de roulement pour qu'ils soient déplacés à tour de rôle dans les autres services. Lorsque le remplacement était prévu à l'avance, j'organisais avec les cadres des autres services, un temps d'échange avec l'équipe du lieu de remplacement, pour qu'elle leur présente le service, les locaux et le déroulement d'une journée type. Dès qu'il m'était possible, j'allais leur rendre visite dans le service de remplacement et surtout à chaque fois que les soignants étaient mobilisés, je leur consacrais individuellement un temps d'écoute et de parole pour qu'il puisse exprimer leur ressenti.

Même si cette manière d'agir n'a pas généré pour autant un engouement à la mobilité inter-service, elle a eu le bénéfice de donner aux agents le sentiment d'être accompagné et reconnu par leur cadre et leur a permis d'accepter plus sereinement ce nouveau mode de fonctionnement.

Après réflexion, je m'aperçois que j'ai pris ici l'exemple de la mobilité, cependant nous savons pertinemment que les organisations hospitalières sont dans une période charnière de restructuration et de transformation, que les agents auront à vivre de nombreux changements auxquels ils n'adhéreront pas et que le cadre sera contraint de leur imposer.

Mais comment le cadre peut-il favoriser l'adhésion aux décisions auxquelles l'équipe est opposée ?

Cette situation précédemment exposée et vécue parmi d'autres au cours de mon exercice professionnel de faisant fonction, m'a permis de constater que si la plupart des agents de mon équipe ont toujours collaboré et travaillé avec moi sur les différents projets (même imposés), c'est en grande partie lié à ma bienveillance managériale.

Ce constat m'autorise donc à considérer, que la bienveillance managériale sous tendue par des valeurs humaines est indissociable de la fonction d'encadrement.

En effet, que reste-t-il aux agents bien souvent mis à mal par toutes les nouvelles réformes, si ce n'est la bienveillance du cadre de santé, pour les accompagner dans leur travail du quotidien et les aider à accepter les différentes contraintes qui s'impose à eux ?

Peut-on être cadre de santé aujourd'hui, manager sans valeurs humaines et ne devenir uniquement que des gestionnaires qui imposent le changement ?

Ce questionnement m'amène donc à une première interrogation :

Les valeurs humaines du cadre de santé sont-elles un réel un levier managérial pour permettre à l'équipe d'accepter le changement ?

Après avoir posé cette question, j'ai considéré que les valeurs humaines du cadre de santé sont simplement celles qui font appel à nos valeurs de soignant.

Il me semble illusoire de penser qu'un soignant puisse exercer son métier et prendre soin de l'autre sans porter des valeurs professionnelles comme la bienveillance, l'empathie, l'écoute. De ce fait, par transposition de son métier d'origine, il me paraît inconcevable que le cadre de santé puisse adopter une posture professionnelle autre que bienveillante vis-à-vis des agents de son équipe.

Les écrits sur ce sujet mettent en évidence que le management bienveillant sous-tendu par des valeurs humaines comme la bienveillance, l'altérité et des principes tels que la reconnaissance semble être le mode de management le plus approprié pour accompagner les hommes et les femmes dans leur travail au quotidien.

Le management bienveillant favorise le bien-être des salariés au travail sans pour autant desservir l'organisation. Bien au contraire, puisqu'à priori, il encourage la motivation des agents et leur efficacité au travail.¹

Mes lectures sur le sujet ainsi que mon expérience professionnelle en qualité de faisant fonction de cadre m'autorisent à poser l'hypothèse que la bienveillance managériale fait inévitablement partie des pratiques du cadre de santé pour accompagner les équipes aux changements et dans leur travail du quotidien.

En confrontant cette première hypothèse à la réalité du terrain par l'intermédiaire d'entretiens exploratoires menés auprès de trois cadres de santé, il en ressort que les cadres sont régulièrement confrontés à la résistance aux changements de la part des équipes.

Pour accompagner le changement, même si les cadres favorisent l'échange et la communication, les valeurs humaines n'apparaissent pas comme un levier managérial évident et lorsqu'ils n'obtiennent pas leur adhésion, ils imposent le changement.

Cette idée d'imposer est mise en exergue depuis le début de mon travail, il me semble donc indispensable de définir cette notion qui semble être un point central dans l'exercice managérial du cadre de santé.

Le Larousse définit le verbe imposer comme : « *obliger quelqu'un à faire ou à subir telle action en se soumettant à un ordre, à un règlement* » ou encore comme « *Faire connaître, reconnaître, accepter son autorité, sa volonté, ses idées, sa valeur* ».

Cette notion d'imposer nous renvoie bien donc à l'idée de contraindre l'autre et à le faire accepter par le biais de l'autorité pour parvenir à ses fins. Lorsque j'étais en poste de faisant fonction de cadre et qu'il m'a fallu faire preuve d'autorité vis-à-vis des équipes, notamment lorsqu'il m'a fallu imposer la mobilité interservices, cela a été pour moi un réel dilemme éthique car l'autorité me semblait être antinomique avec la bienveillance managériale alors qu'au contraire « *ni l'autorité ni la fermeté n'empêche de se vouloir, de se montrer bienveillant* ». ²

Issue de la génération X, j'ai croisé dans ma carrière professionnelle plusieurs surveillantes détentrices d'un véritable pouvoir sur leur équipe, ce qui a contribué à « fausser » ma vision de l'autorité.

¹ S. BECU Soins Cadre Août 2012 : Bienveillance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital

² W HESBEEN Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin p113

En effet, il ne faut pas confondre l'autoritarisme qui se définit comme le « *Caractère, comportement d'une personne autoritaire, aimant imposer sa volonté à autrui* »³ et l'autorité qui est « *le pouvoir de décider ou de commander, d'imposer ses volontés à autrui* » mais également comme « *l'ensemble des qualités par lesquelles quelqu'un impose à autrui sa personnalité, ascendant grâce auquel quelqu'un se fait respecter, obéir, écouter : manquer d'autorité personnelle.* »

Pour Chantal Delsol : « *l'autorité est une disposition personnelle permettant de se faire obéir sans employer la force* » entre d'autres termes, elle requiert d'une capacité particulière de se faire obéir ».

Selon Max Weber pour que cette autorité soit acceptée il faut qu'elle soit légitimée par ceux qui la subissent.

Cette disposition personnelle ne serait-elle pas la bienveillance qui pourrait permettre au cadre de santé d'être reconnu comme légitime dans son autorité par les équipes, leur facilitant ainsi l'acceptation des contraintes imposées ?

Ma question de départ est donc la suivante :

En quoi un management bienveillant peut-il permettre à l'équipe de reconnaître l'autorité du cadre de santé ?

³ <http://www.cnrtl.fr/definition/autoritarisme>

2 Le cadre de référence

À la suite de mon cheminement et de mes différentes lectures, il me paraît nécessaire d'exposer dans un cadre conceptuel, les principales notions de ma question départ. Je vais donc développer les concepts d'autorité, de bienveillance managériale ainsi que l'évolution de la fonction du cadre de santé et ses différents rôles. Après avoir rédigé mon cadre de référence, je pourrai orienter mon travail vers une question de recherche et proposer ma méthodologie d'enquête.

2.1 Le concept d'autorité

2.1.1 Etymologie et définition de l'autorité

Comme je l'ai formalisé précédemment, il ne faut pas confondre les termes : autorité et autoritarisme. Si nous nous intéressons à l'étymologie du mot autorité, du latin auctoritas, il se définit par « sa capacité de faire grandir ». Ce qui nous renvoie dans ses origines à une vision positive du concept.

Le Larousse⁴ donne plusieurs approches de l'autorité, il la définit comme :

« *Le pouvoir de décider ou de commander, d'imposer ses volontés à autrui : Affermir, perdre, rétablir son autorité.* »
« *Ensemble de qualités par lesquelles quelqu'un impose à autrui sa personnalité, ascendant grâce auquel quelqu'un se fait respecter, obéir, écouter : Manquer d'autorité personnelle.* »
« *Crédit, influence, pouvoir dont jouit quelqu'un ou un groupe dans le domaine de la connaissance ou d'une activité quelconque, du fait de sa valeur, de son expérience, de sa position dans la société* »

2.1.2 Approche Sociologique du concept d'autorité

Le concept de l'autorité a été étudié par de nombreux sociologues, philosophes.

Pour Max Weber, l'autorité s'apparenterait à de la domination mais selon lui pour que celle-ci puisse être mise en œuvre il faut qu'elle soit légitimée par les dominés.

Le sociologue allemand a établi une classification des différents types d'autorité⁵ :

« *La forme traditionnelle repose sur le respect sacré des coutumes et de ce qui détiennent du pouvoir en vertu de la tradition* »
« *La forme légale repose sur la validité de la loi établie rationnellement par voie législative ou bureaucratique* »
« *La forme charismatique qui repose sur le dévouement des partisans pour un chef en raison de ses talents exceptionnels* »

Alexandre Kojève Sociologue, dans son livre sur « la notion d'autorité », la retranscrit comme : « *la possibilité qu'a un agent d'agir sur les autres, sans que ces autres réagissent sur lui, tout en étant capable de le faire.* »⁶ Il spécifie que l'autorité et l'acceptation de celle-ci doivent se faire de façon volontaire et consciente.

Hannah Arendt définit l'autorité dans son livre : « la crise de la culture » comme :

« *La relation autoritaire entre celui qui commande et celui qui obéit ne repose ni sur une raison commune ni sur le pouvoir de celui qui commande ; ce qu'ils ont en commun, c'est la hiérarchie elle-même, dont chacun reconnaît la justesse et la légitimité, et où tous deux ont d'avance leur place fixée.* [...] « *l'autorité exclut l'usage de moyen* »

⁴ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autorite/C3%A9/6838>

⁵ https://www.scienceshumaines.com/les-fondements-de-l-autorite_fr_1412.html

⁶ Alexandre Kojève, la notion de l'autorité, Paris, Gallimard, de 2004, page 58

extérieur de coercition ; là où la force est employée l'autorité proprement dite a échoué [...]. Là où l'on a des arguments, l'autorité est laissée de côté »⁷

Ces trois approches sociologiques sur l'autorité mettent en évidence : la notion de légitimité qui apparaît comme un élément fondamental dans sa reconnaissance.

Il me semble donc pertinent d'étudier à présent la relation entre l'autorité et la légitimité.

2.1.3 Autorité et légitimité

La légitimité se définit selon le Larousse comme la « *qualité d'un pouvoir d'être conforme aux croyances des gouvernés quant à ses origines et à ses formes* » ou encore « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à faire admettre sa domination, son autorité sur les membres d'une communauté ou d'une société* »⁸

Max Weber a défini plusieurs types de domination légitime :

« La domination traditionnelle qui est une soumission face à une tradition ancienne »

« La domination légale ou rationnelle s'appuyant sur des règles, l'autorité qui est liée à la fonction et non à la personne qui la représente. »

« La domination charismatique liée à une autorité exceptionnelle fondée sur la grâce personnelle et extraordinaire d'un individu [...] Elle se caractérise par le dévouement tout personnel des sujets à la cause d'un homme et par leur confiance en sa seule personne, en tant qu'elle se singularise par des qualités prodigieuses, par l'héroïsme ou d'autres particularités exemplaires qui font le chef »⁹

La domination du cadre de santé se rapprocherait donc davantage à une domination charismatique. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment dans l'approche sociologique de l'autorité, pour que la domination soit ici : l'autorité, puisse être mise en œuvre, elle doit être légitimée par les dominés : c'est-à-dire qu'il y ait de la part du groupe ou de l'individu une volonté d'obéir.

Il convient donc de dire dans ce contexte, qu'il est nécessaire que l'équipe **autorise** et reconnaisse la domination du cadre.

Pour Jacques Ardoino, Pédagogue français :

« Autoriser, c'est proprement donner l'autorité ou, en d'autres termes reconnaître à quelqu'un la faculté, la capacité, la compétence, le droit, le pouvoir de faire légitimement quelque chose, et lui permettre, ainsi de l'accomplir.

*Cette acceptation suppose, déjà l'existence d'une relation de subordination ou de dépendance, d'un **rapport hiérarchique** entre celui (ou ceux) qui donne l'autorisation et celui (ou ceux) qui la sollicitent et qui la reçoivent »¹⁰*

C'est donc à ce rapport hiérarchique au sein des organisations hospitalières que je vais maintenant m'intéresser dans la partie suivante.

2.1.4 L'autorité hiérarchique et fonctionnelle dans les organisations hospitalières

Pour situer la place du cadre de santé par rapport à l'autorité, il me semble nécessaire d'aborder l'autorité hiérarchique et fonctionnelle dans les organisations hospitalières.

C'est depuis l'ordonnance de mai 2005, centrée sur la gouvernance des établissements de santé, que les deux notions cohabitent au sein de l'organigramme des établissements de santé : l'autorité fonctionnelle et l'autorité hiérarchique.

⁷ Hannah Arendt. La crise de la culture. Editions Gallimard 1972 page 183

⁸ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l%C3%A9gitimit%C3%A9/46599>

⁹ Lochet N. Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? Soins Cadre Mai 2012 n°82

¹⁰ Ardoino, Jacques. Autorité. Jacqueline Barus-Michel édition Vocabulaire de psychosociologie. ERES, 2002, p 61

Si « *La notion d'autorité hiérarchique ne semble pas poser de problème, celle de l'autorité fonctionnelle interroge car elle a profondément modifié la gouvernance hospitalière et la perception de la notion d'autorité au sein des établissements de santé* »¹¹

➤ **L'autorité hiérarchique**

Elle est symbolisée par une organisation hiérarchisée et verticale.

L'autorité hiérarchique appartient au Directeur de l'établissement qui a le pouvoir de nomination, d'évaluation, de notation mais aussi le pouvoir de sanction disciplinaire. La loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2009 est précise sur ce point : « le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel ». Par ailleurs, il a le pouvoir de déléguer certains actes aux membres de l'équipe administrative, aux cadres...

Cette autorité hiérarchique implique un lien de subordination entre deux professionnels. Ce lien est connu dans la fonction publique hospitalière et mentionnée par la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires qui dit que : « *tout agent est sous les ordres de supérieur et qu'il doit remplir la mission qui lui est confiée. Tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement d'un intérêt public* »¹²

➤ **L'autorité fonctionnelle**

Cette autorité hiérarchique à néanmoins certaines limites car elle ne concerne pas l'exercice médical, en effet le code de déontologie médicale dit que : « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* »¹³.

L'autorité hiérarchique doit donc composer avec une autorité fonctionnelle détenue par le médecin-chef de Pôle.

L'autorité fonctionnelle traduit une vision de l'organisation davantage décentralisée et horizontale. Cette notion est apparue dans les établissements de santé avec la nouvelle gouvernance.

Elle concerne le pouvoir dont sont investies certaines personnes comme les chefs de pôles du fait de la fonction qu'ils exercent dans le cadre institutionnel, pour mener à bien la mission qui leur est confiée.

Dans la loi HPST, il est inscrit que : « le médecin, chef de pôle, organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquels il a une autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle [...] il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relève de leurs compétences ».¹⁴

2.1.5 L'autorité règlementaire du cadre de santé

Après avoir défini l'autorité fonctionnelle et hiérarchique au sein des institutions hospitalières, il apparaît que le cadre de santé doit composer avec deux autorités distinctes : l'une sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement et l'autre sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle. Le cadre de santé, quant à lui, dispose d'une autorité hiérarchique sur les agents de son équipe, sur une délégation du Directeur de l'établissement,

Le décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière mentionne dans son article 3, que les fonctionnaires du grade de cadre de santé paramédical exercent des fonctions correspondant à leur

¹¹ Didier Cevaer. L'encadrement dans l'évolution des nouvelles stratégies de gouvernance Soins Cadres supplément au n°93

¹² <https://www.legifrance.gouv.fr> : Article 28 de la loi 83-634 du 13 Juillet 1983

¹³ Didier Cevaer. L'encadrement dans l'évolution des nouvelles stratégies de gouvernance Soins Cadres supplément au n°93

¹⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_13

qualification et consistant à **encadrer** des équipes, dans les pôles d'activités clinique et médico-technique des établissements et leur structure interne.

Pour le Larousse **encadrer** signifie :

« Assurer auprès de personnes un rôle de direction, de formation ; mettre sous une autorité en constituant un ensemble hiérarchique. »¹⁵

Comme nous l'avons vu précédemment, le cadre de santé bénéficie par délégation du directeur de l'établissement d'une autorité hiérarchique sur les agents qu'il encadre. Néanmoins, celle-ci n'est finalement qu'un « capital de départ »¹⁶ qu'il appartient au cadre de « faire fructifier embellir, pour qu'elle se maintienne et se développe faute de quoi elle peut déperir »¹⁷.

En effet, même si la fonction et le statut sont inscrit dans les textes ou les règlements, cela ne suffit pas à légitimer l'autorité du cadre.

Nous connaissons tous des cadres ayant le statut mais qui pour autant éprouvent des difficultés de reconnaissance au sein de leur équipe.

En effet, le cadre de santé se trouve dans une organisation hospitalière complexe qui peut rendre son positionnement difficile. Il se trouve à l'intersection entre l'équipe et la hiérarchie, il lui appartient de trouver le juste positionnement entre les différents acteurs pour crédibiliser sa fonction et son autorité.

« La reconnaissance par les subordonnées de la légitimité du pouvoir et de son exercice est une des conditions de l'autorité »¹⁸

2.1.6 L'autorité du cadre de santé- une reconnaissance nécessaire

Selon le Larousse, la reconnaissance signifie « l'action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose ».

La légitimité est une reconnaissance mais aussi un « jugement » de la part d'autrui.

Dans un service de soins, ce sont les soignants qui déterminent les règles qui vont fonder la légitimité du cadre et par conséquent la reconnaissance de son autorité.

La reconnaissance de sa légitimité va lui être accordé en fonction de son comportement, son exemplarité, de ses capacités relationnelles, d'écoute et de disponibilité.

Cette reconnaissance par les équipes va aussi « s'appuyer sur des valeurs et une éthique personnelle »¹⁹ du cadre. En effet, tout être humain a besoin de reconnaissance. Si le cadre de santé veut être reconnu en tant que tel, « il doit lui-même reconnaître le travail des soignants par la valorisation, l'analyse des pratiques et l'interrogation régulière des professionnels au travers de sa présence au plus proche des activités quotidiennes »²⁰ soit une connaissance de leur travail réel qui demande au cadre une nécessaire proximité avec ses équipes.

« Cette proximité permet l'exercice judicieux d'une autorité réelle, celle qui conduit à élever la réflexion sur les pratiques et à y donner des repères aidants, notamment en rappelant les règles » [...] « Une proximité gratifiante, humaine et rassurante »²¹ qui permet au cadre d'accompagner son équipe au plus proche de ce qu'elle vit et de ce qu'elle ressent et qui lui permettra au fil du temps d'instaurer une relation de confiance avec les soignants. « Une confiance qui se gagne dans la pertinence d'une autorité tournée vers la pratique quotidienne des professionnels »²² et qui lui permet d'accompagner les équipes dans une réflexion, leur permettant « d'enrichir leurs regards et à élever leur ambition professionnelle pour leur pratique »²³

¹⁵ <https://www.larousse.fr/dictionnaires>

¹⁶ Mispelblom Beyer F, Glée C. Diriger et encadrer autrement p 146- 174 Editions Armand Colin

¹⁷ ibid.

¹⁸ https://www.scienceshumaines.com/les-fondements-de-l-autorite_fr_1412.html

¹⁹ Didier Cevaer. L'encadrement dans l'évolution des nouvelles stratégies de gouvernance Soins Cadres supplément au n°93

²⁰ Lochet Nathalie. Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? Soins Cadre Mai 2012 n°82

²¹ Heesbeen W, Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soins p 103 Elsevier Masson ; 2011

²² ibid.

²³ ibid.

2.2 Le cadre de santé

2.2.1 Le cadre de santé d'hier à aujourd'hui

Il faudra tout un siècle pour passer de la surveillante religieuse à la profession de cadre de santé et ainsi voir l'évolution de l'encadrement, en lien avec l'organisation hospitalière et sociétale.

C'est à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris que l'on voit naître le début de l'encadrement dans les unités de soins avec la nomination de surveillants.

Au travers de ce terme, on peut comprendre que les missions prévues par cet encadrement consistent à faire preuve d'autoritarisme et faire respecter la discipline.

C'est en 1975, par un changement du programme de formation que le surveillant prend le titre de cadre infirmier des unités de soins. Cette nouvelle dénomination amorce « *un changement de profil et de conception de la fonction d'encadrement de proximité* »²⁴.

La profession devient alors reconnue d'un point de vue législatif et institutionnel dans les organisations hospitalières et « *une majeure partie des écoles des cadres oriente la formation et les apprentissages vers la fonction gestionnaire* »²⁵.

En 1990, le ministère de la santé définit dans une circulaire : les missions, fonctions et rôles de la profession et décrit les activités du cadre infirmier dans différents domaines : technicité, information, relations et communications, contribution économique.

Dans ce même temps, « *les besoins en santé de la population s'accroissent et les exigences des usagers évoluent vers un consumérisme plus revendicatif. La fonction d'encadrement suit cette même orientation en termes de compétences et de management hospitalier.* »²⁶

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière associe alors l'encadrement à la gestion des services. Le cadre n'est plus seulement dans une démarche de contrôle mais devient acteur de la gestion.

La formation des cadres s'ajuste aux évolutions et c'est ainsi que le décret du 18 août 1995 introduit un nouveau programme de formation accessible à 13 filières professionnelles qui créent le diplôme unique des cadres de santé. « *Cette ouverture modifie les rôles du cadre de santé et de l'expertise soignante et conduit vers un décloisonnement favorable à la collaboration, à la coopération de l'ensemble des professionnels de santé. Ce programme de formation vise à dépasser les logiques de métier et à développer des compétences de gestionnaires.* »²⁷

Cette formation est toujours en vigueur aujourd'hui. Cependant, différentes lois sont venues modifier les organisations hospitalières et plusieurs réformes ont conduit peu à peu les hôpitaux à adopter des logiques de gestion similaires à celles d'entreprises privées.

Ces évolutions ont entraîné des changements de modes de travail pour les personnels, notamment dans la prise en charge des patients dans les services de soins induisant inévitablement des changements dans les pratiques managériales du cadre de santé.

Cependant, même si le domaine d'intervention du cadre de santé tient : « *à l'affirmation de deux priorités d'obligation* » à savoir « *la participation à la rationalisation du fonctionnement de l'hôpital ainsi que le renforcement de la qualité des prestations* »²⁸

Il n'en reste pas moins que l'une de ses missions principales selon le rapport de DE SINGLY reste la **mission de management d'équipe et d'organisation**.

²⁴ Sliwka C, Deschamps C. Les cadres de santé, des cadres de métier. Gestion des ressources Humaines. Editions Lamarre ; 2007 p 25

²⁵ ibid.

²⁶ ibid.

²⁷ Lochet Nathalie. Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? Soins Cadre Mai 2012 n°82

²⁸ Sliwka C, Deschamps C. Les cadres de santé, des cadres de métier. Gestion des ressources Humaines. Editions Lamarre ; 2007 p 25

2.2.2 Les rôles du cadre de santé

Dans son livre : le manager au quotidien, Henri Mintzberg a défini le travail du cadre, en dix rôles répartis sur trois niveaux : un niveau informationnel, décisionnel et interpersonnel :

➤ Au niveau informationnel :

Le cadre a un rôle d'**observateur actif**. Il regarde constamment son entourage à la recherche d'informations diverses pour comprendre l'organisation de la structure et de son service. « *Il est en quête d'informations afin de détecter les changements, d'identifier les problèmes et les opportunités, d'accumuler des données sur le milieu, de savoir quand il y a des informations à diffuser et des décisions à prendre* »²⁹

Sa posture, son positionnement, son réseau et son activité d'observateur actif donne au manager la possibilité d'accéder à de nombreuses informations, qu'il transmet à son organisation mais aussi à son équipe. Il a ici un rôle de **diffuseur d'information**.

Il a également un rôle de **porte-parole** car il est chargé de la communication vers l'extérieur en tant que représentant de son équipe mais aussi vers l'intérieur en tant que porte-parole de la hiérarchie.

➤ Au niveau décisionnel :

Le manager a un rôle d'**entrepreneur**, il va prendre des initiatives et va proposer de nouveaux projets pour améliorer l'organisation et effectuer des changements.

Dans sa position de **régulateur et gestionnaire des perturbations**, il va gérer les imprévus les conflits et les différents problèmes des personnes, « *il est responsable des actions correctives qu'il faut prendre lorsque l'organisation fait face à des perturbations importantes et inattendues* »³⁰

Il va également avoir un rôle **répartiteur de ressources** c'est-à-dire qu'il va devoir répartir mettre en place l'organisation adaptée au sein de son service : définir les compétences requises pour les agents, décider de l'utilisation des ressources qui lui sont affectées, attribuer des responsabilités aux membres de son équipe.

Enfin à ce niveau, il a le rôle de **négociateur**. Il discute avec les différents partenaires externes et internes car il est le seul à détenir toutes les informations concernant son organisation.

➤ Le niveau interpersonnel :

Le niveau interpersonnel concerne les relations entre les individus et donc les relations du cadre avec sa hiérarchie, les personnes extérieures mais surtout son rapport avec les agents de son équipe. C'est pourquoi, H Mintzberg l'a qualifié comme un **agent de liaison** car il réalise le lien entre les employés au sein de l'organisation « *puis entretient un réseau de contacts externes et d'informateurs qui lui apportent faveurs et informations* ».

Sa fonction et son statut fait également de lui un **symbole**, il représente la hiérarchie mais aussi son équipe l'extérieur ou à l'intérieur de la structure.

Pour finir, le cadre a un rôle de **leader**, il élabore une vision, il fixe les règles, il motive l'équipe et développe son efficacité. C'est dans ce rôle que l'influence du manager est la plus évidente.

« *C'est dans le rôle de leader que le pouvoir du cadre se manifeste le plus clairement. L'autorité formelle dont il est investi lui donne un pouvoir potentiel important mais c'est le leadership qui détermine quelle fraction de ce potentiel deviendra réalité.* »³¹

²⁹ Mintzberg H. Le manager au quotidien, Les dix rôles du cadre. Editions d'organisation Eyrolles 2006

³⁰ ibid.

³¹ ibid.

2.2.3 Le cadre de santé - manager ou leader ?

Nous venons de définir les différents rôles du manager et si nous nous appuyons sur le point de vue d'Henri Mintzberg, le rôle de leader tient une place prépondérante chez les cadres.

Le manager et le leader sont deux côtés d'une même personne, indispensables au bon fonctionnement d'un service.

Le manager est perçu de manière générale, comme une personne qui organise, planifie, coordonne et contrôle. « *Un manager est désigné par sa hiérarchie, c'est un chef imposé à une équipe c'est avant tout un statut et le pouvoir du manager trouve son fondement dans l'organisation hiérarchique de l'entreprise.* »³²

Le rôle d'un manager est d'organiser le travail et de fixer des objectifs afin que ceux-ci soient atteints. Un manager délègue et fait confiance, est à l'écoute des membres de son équipe et valorise les compétences de chacun. Il se remet en question et fait preuve d'exemplarité³³.

Le leader quant à lui tient son autorité de la reconnaissance que lui accorde les membres d'un groupe soit pour le cadre de santé des membres de son équipe. Son pouvoir est lié aux relations qu'il crée avec eux. Il évolue sur une hiérarchie horizontale en s'intéressant aux personnes et en les influençant. Il est le moteur au sein de son équipe, source de motivations et d'initiatives³⁴. (Antonin Gaunand - conférencier et expert en leadership).

Un leader est intègre : il inspire la confiance et l'honnêteté. Il a le sens de la communication par une écoute active. Il a une vision précise de ses objectifs et d'où il veut aller et conduire son équipe. Il assume la responsabilité de ses actes, tient ses promesses et ses engagements, ne blâme pas les autres pour ses propres erreurs. ³⁵(David Galiana - Directeur marketing)

Denis Cristol, coach spécialiste du management et des ressources humaines, Directeur de l'ingénierie et des dispositifs de formation du CNFPT et docteur en sciences de l'éducation dit que : « Les qualités du leader sont nombreuses mais qu'elles dépendent surtout de la culture dans laquelle le leader se développe. Dans notre culture, l'amour sincère de l'autre et notamment l'empathie et la reconnaissance sont quelques choses d'extrêmement importantes. Ces qualités présentent chez un leader attirent naturellement les collaborateurs à le suivre dans des relations ambitieuses. »³⁶

Si nous suivons l'idée de cet expert en management, nous pouvons constater que pour être leader cela demande de la part du cadre d'être dans une relation bienveillante et de manager avec un comportement « **éthique** » pour « *redonner au management le sens de l'humain* ».

2.2.4 L'éthique managériale du cadre de santé

Pour illustrer ce que je nomme : l'éthique managériale du cadre de santé, je fonderai ma définition en partie sur celle de Léon Cassier reprise par W Heesbeen ³⁷: « *L'éthique comme l'ensemble des règles que se donne des humains pour tenter de réaliser leur bien-être* ».

Loréa Hirèche dans son article : « l'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle : esquisse d'un modèle conceptuel »³⁸, reprend le modèle construit par Muel Kaptein, Professeur en déontologie et gestion de l'intégrité, pour mettre en exergue, l'ensemble des règles qui permettraient de juger l'éthique des cadres.

³² <http://www.gaunand.com/leadership/leader-ou-manager/>

³³ Ibid

³⁴ Ibid

³⁵ <https://www.planzone.fr/blog/difference-manager-leader>

³⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=9Srjq2sGrMc&t=753s>

³⁷ Heesbeen W. Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soins p 122 Elsevier Masson ; 2011

³⁸ https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2883/Hireche_Lorea.pdf?sequence=2&isAllowed=

Selon elle, ces règles s'appuieraient d'abord sur trois qualités personnelles du cadre :

- **Son authenticité** : « *un manager authentique sait pourquoi il agit et quel but il poursuit, il est ainsi plus capable de résister à la pression et aux tentations* »
- **Sa fiabilité** : « *il s'agit d'un manager sur lequel on peut compter, il dit ce qu'il fait et fait ce qu'il dit. Il respecte ses engagements* »
- **Sa constructivité** : « *à l'intersection des intérêts des différentes parties prenantes, le manager constructif est responsable. Il est susceptible de rendre compte de ses actes et décisions. A l'écoute il accepte la critique et se remet en question* »

L'éthique peut également être observée et jugée dans la manière dont le cadre traite ses collaborateurs :

- **La qualité de la communication** : « *est liée au fait d'expliquer les décisions prises et de pouvoir instaurer un échange ouvert entre managers et salariés.* »³⁹

Philippe Bernoux souligne également l'importance de la qualité de cette communication : « *une décision peut échouer non par la qualité de ceux qui l'ont préparée mais parce que leurs informations étaient préalablement insuffisantes ou que la décision a été mal transmise et donc l'exécution inadéquate* »⁴⁰

Le cadre de santé doit donc être vigilant dans sa manière de communiquer, il doit écouter les soignants, permettre le libre-échange avec son équipe.

- **Le souci du bien-être des employés et la protection de leurs intérêts.**
- **Le partage et la délégation du pouvoir** : « *le partage et la délégation du pouvoir sont des récompenses sociales qui symbolisent l'approbation et le respect que le manager accorde à son subordonné.* »

2.3 Le management

Le terme management fait partie du vocabulaire commun pour relater le travail de tous les cadres, de tous les secteurs d'activité y compris à l'hôpital.

Comme nous l'avons vu précédemment, le management des équipes est une des activités principales du cadre de santé. C'est donc à cette notion de management, que je vais m'intéresser ci-dessous.

2.3.1 Etymologie et définition du management

L'étymologie du terme « management » puis « manager » est incertaine. Il semblerait, qu'ils aient des origines latines avec le mot « Manus » signifiant : main ; ce qui nous conduit aujourd'hui à une représentation du manager comme celui qui conduit les personnels et l'organisation à sa main. (Choque 2017)

Le Larousse définit le management comme : « *l'ensemble des techniques de directions, d'organisation et de la gestion de l'entreprise* »

Le management est apparu à la fin des années cinquante aux Etats Unis et correspond à une évolution à la fois industrielle politique et sociologique. Il a d'abord pris naissance dans le secteur industriel puis s'est étendu au milieu de la santé. C'est dans les années 1970, qu'il est apparu à l'hôpital, « *sous le nom de Nouveau Management Public. Il est à cette époque principalement orienté sur un partage*

³⁹ https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2883/Hireche_Lorea.pdf?sequence=2&isAllowed=y

⁴⁰ Lochet Nathalie. Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? Soins Cadre Mai 2012 n°82

de responsabilités dans le but de satisfaire le patient. Ce nouveau management public voulant se conformer à des méthodes et outils des entreprises sans tenir compte des spécificités culturelles de l'hôpital et sans attention particulière à la spécificité des soins et de la relation de soins a été rejeté en bloc de la part des professionnels »⁴¹

En effet, une spécificité du travail des soignants à l'hôpital consiste à prendre soin des patients. Ceux-ci sont très attachés à leurs valeurs professionnelles telles que l'écoute, l'empathie, la bienveillance.

Il appartient donc au cadre d'appréhender la manière dont il manage son équipe en fonction de ses besoins. Le management à l'hôpital demande de s'adapter et de prendre en compte différents facteurs liés à l'environnement, au contexte mais surtout de considérer le facteur humain. « *Le management doit être adapté à la personne et non au système* »⁴²

2.3.2 Les différents types de management

Il existe différents modèles de management qu'il est nécessaire de connaître et que chaque manager peut mobiliser en fonction des situations qu'il rencontre.

Les quatre principaux types de management⁴³ :

➤ **Le management directif :**

Assimilé à un management autoritaire, il peut être adapté lors de situations d'urgence ou de crise et / ou quand le rappel à l'ordre s'avère nécessaire.

Le manager donne les directives à poursuivre et peu d'explication. Il vise la productivité et l'efficacité. Il est davantage centré sur la tâche que sur les relations humaines.

Le risque majeur de ce mode de management est d'engendrer chez les collaborateurs, une démotivation et un stress majeur.

➤ **Le management persuasif**

Appelé aussi management paternaliste. Dans ce mode de management, le manager reste centré sur la tâche, tout en attachant une importance à son équipe car il communique avec elle.

Il partage, échange, discute dans le but de convaincre l'équipe et d'obtenir son adhésion pour qu'opère un travail coopératif.

Ce style de management laisse une part d'initiative et d'autonomie aux collaborateurs mais le cadre garde son pouvoir décisionnel.

➤ **Le management délégitif**

Il est basé sur la confiance du manager face à ses collaborateurs. Le manager donne un objectif à un collaborateur ou à l'équipe, qu'il juge suffisamment compétent et motivé pour le conduire et réussir à l'atteindre. L'avantage de ce mode de management est de permettre l'implication de chacun des membres de l'équipe, de favoriser les échanges et de construire un rapport de confiance pour permettre à chacun prendre conscience de ses capacités.

« Les limites de ce modèle pourraient se situer dans un renoncement du manager à ses responsabilités et le risque de pousser la délégation vers le laisser-faire voire le retrait. La responsabilité incombe au manager qui doit régulièrement contrôler la réalisation du projet »⁴⁴

⁴¹ Revillot J-M. Pour une visée éthique du métier de cadre de santé 2^{ème} édition. Gestion des ressources Humaines. Editions Lamarre ; 2016

⁴² Lapetina B. « Vers un management bienveillant » en établissement médico-social. Editions Champ Social ; 2016

⁴³ Revillot J-M, Pour une visée éthique du métier de cadre de santé 2^{ème} édition. Gestion des ressources Humaines. Editions Lamarre ; 2016 p 101

⁴⁴ ibid

➤ Le management participatif :

Il est basé sur la relation de confiance entre le manager et son équipe. Le manager l'implique aux décisions et tient compte de son avis.

Ce mode de management favorise l'entraide et un climat de confiance.

Il vise à donner aux agents, une autonomie et des responsabilités dans leur travail ainsi qu'une latitude pour exprimer leur créativité et leurs idées à condition que les objectifs soient atteints.

Le manager s'intègre à l'équipe, la responsabilise et l'encadre davantage qu'il ne la dirige.

Le risque dans ce type de management est de ne plus rien décider par crainte pour le manager de s'imposer.

2.4 Le management bienveillant

Après avoir défini le management et relaté les principaux types existants, je vous propose à présent, d'étudier le management bienveillant en l'éclairant par une approche du concept de bienveillance.

2.4.1 Origine et définition de la bienveillance

La notion de bienveillance pourrait sembler pour bon nombre d'entre nous être un concept récent et sans grande consistance soit un mot dénudé de toute origine historique.

Pourtant le terme bienveillant est très ancien. Il vient du latin de Benevolentia qui signifie vouloir du bien à quelqu'un. Il était également qualifié au XVII^{ème} siècle comme : « une disposition favorable d'un supérieur envers un inférieur »⁴⁵

De plus, d'un point de vue philosophique, la bienveillance est une idée structurée d'où ressortent des convictions et une réflexion fondée au travers du temps par des philosophes comme nous le montre Don Jean-Rémi Lanavère, Docteur en Philosophie :

*« Selon Aristote, la bienveillance, consiste dans le fait de souhaiter du bien à autrui, sans besoin nécessairement de communication ni d'affichage, mais d'une manière désintéressée, gratuite ».*⁴⁶

*« Selon saint Thomas D'Aquin, la bienveillance est plus qu'un état d'âme ou un souhait mais une décision rationnelle qui se traduit entre une suite d'actes qui recherchent le vrai bien des autres, de tous les autres. La bienveillance est universelle et donne à considérer toute personne, quelle qu'elle soit, comme quelqu'un qui mérite qu'on lui veuille du bien ».*⁴⁷

*« Selon Kant, la bienveillance est un devoir qui doit être assumé, sans aucune considération affective. Si l'humanité a des droits, elle a aussi des devoirs. La bienveillance constitue un devoir d'humanité ».*⁴⁸

Selon le centre national de ressources textuelles et lexicales⁴⁹ : « La bienveillance est une disposition affective d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui » ou encore une « disposition particulièrement favorable à l'égard de quelqu'un »

Si je devais donc donner une définition de la bienveillance managériale en m'appuyant sur ces deux définitions, je la formaliserai comme un mode de management qui vise le bien-être au travail et le bonheur de ses collaborateurs par des attitudes attentionnées.

⁴⁵ <http://www.cnrtl.fr/definition/bienveillance>

⁴⁶ Rodet P, Desjacques Y, Le management bienveillant. Edition Eyrolles ; 2017

⁴⁷ ibid.

⁴⁸ ibid.

⁴⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/bienveillance>

2.4.2 Pourquoi parler de management bienveillant à l'hôpital ?

Ces dernières années, différentes lois sont venues transformer les organisations hospitalières imposant une logique gestionnaire similaire à celle des entreprises privées.

Les maîtres mots sont devenus : restrictions budgétaires, recommandations de bonnes pratiques, normes qualité... autant de contraintes qui sont venues alourdir les conditions de travail des soignants source de tension et de stress allant jusqu'à entraîner une perte motivation et de sens à leur travail.

Malgré eux, pour permettre au système de fonctionner : *« Les cadres assurent une pression sur le personnel pour que le travail soit effectué. Cette pression est d'autant plus délicate à opérer que le climat social est tendu. Il doit faire accepter aux agents de décaler leur travail, de faire certaines tâches plus tôt ou plus tard, de se débrouiller pour les réaliser un peu plus vite. Ils exigent d'eux qu'ils se préoccupent des conditions de sortie du malade dès son entrée [...] Ils tentent d'introduire une meilleure adéquation entre l'activité et le nombre des personnels leur demandant de s'organiser pour prendre des congés si l'activité baisse [...] les périodes dans l'année où les équipes peuvent se ressourcer un peu du fait d'une activité moindre ont disparu. [...] . De nouvelles exigences sont imposés dans le but d'une harmonisation des modes opératoires ou de la traçabilité du travail de soins.»⁵⁰*

Alors comment le cadre de santé qui se trouve à l'interface entre l'équipe et la hiérarchie peut-il permettre aux soignants d'accepter toutes les contraintes qu'il leur impose, pour faire en sorte que « le système fonctionne » ? Quel mode de management doit-il mettre en œuvre pour laisser la place à l'humain au cœur du système ?

Le management bienveillant semble être le mode de management plus approprié aujourd'hui pour accompagner les soignants dans leur travail et favoriser leur bien-être au travail car *« Manager des hommes, c'est les entraîner et les mobiliser vers un but à atteindre [...] manager des hommes ne peut se faire sans estime et bienveillance pour les hommes »⁵¹*

2.4.3 Définition du management bienveillant

Le management bienveillant n'est pas un management laxiste ou l'on n'ose pas exprimer son désaccord, ou l'on se contente d'approximation et où l'on n'affirme pas son autorité.

« Le management bienveillant n'est pas à une technique mais une façon de travailler qui abhorre le cynisme et s'appuie tout autant sur la psychologie positive que la pédagogie de la réussite ».⁵²

Sa réussite vient de l'échange dans les rapports humains. (Rodet-Desjacques 2017).

Le management bienveillant demande au cadre de partir du postulat *« que celui qui est managé préfère bien faire son travail que le contraire »⁵³*, elle lui demande également une réflexion profonde et éthique sur son positionnement et *« sur sa posture et dans un environnement contraint »⁵⁴* de s'interroger sur : *« son rapport à l'autre et à l'altérité, à l'équipe et à soi-même mais également au travail à sa conception de l'autorité, à son style de management et à sa propre éthique »⁵⁵*

« La personne humaine a besoin de bienveillance pour vivre et donner le meilleur d'elle-même. Si elle ne reçoit pas assez de bienveillance sa nature se rebelle, le niveau de stress augmente et la motivation baisse. Au contraire, si elle en reçoit abondamment, elle s'épanouit : le niveau de stress baisse et la motivation augmente »⁵⁶

⁵⁰ Bouret P. Encadrez dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible, Revue française d'administration publique avril 2008 n°128

⁵¹ Becu S. Bienveillance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital, Soins Cadre Août 2012 n°83

⁵² <http://emmanuel-martineau.blog.lemonde.fr/2016/03/06/le-declenchement/>

⁵³ ibid.

⁵⁴ ibid.

⁵⁵ Lochet Nathalie. Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? Soins Cadre Mai 2012 n°82

⁵⁶ Rodet P, Desjacques Y, Le management bienveillant. Edition Eyrolles ; 2017 pages 1

Manager avec bienveillance consiste à éviter de générer du stress chez les membres de son équipe notamment en jouant sur la motivation intrinsèque car elle va accroître chez le collaborateur de la joie, de la fierté, de l'espoir et diminuer les émotions négatives telles que, la colère, la honte, la peur. (Rodet-Desjacques 2017).

2.4.4 Les leviers de motivations du management bienveillant

➤ Les leviers pour augmenter les émotions positives

Expliquer et donner du sens :

Le sens se fait de plus en plus rare et c'est souvent cette perte de sens qui démotive les équipes. Chaque collaborateur doit être considéré comme un membre singulier qui participe à l'œuvre commune. La responsabilité du manager est d'expliquer, de donner du sens aux actions et au travail, pour susciter l'envie, l'enthousiasme et l'adhésion de l'équipe car lorsque l'agent sait ce que l'on attend de lui, il est en mesure d'agir.

« Le sens se rapporte à l'expérience de cohérence, de cohésion, d'équilibre voire de plénitude. Le sens est aussi associé à la raison d'être et de vivre, à la vocation [...], le sens permet le bien-être psychologique et l'engagement affective dans l'organisation. »⁵⁷

Dans les organisations où les employés considèrent que leur travail un sens, on constate qu'ils sont davantage engagés et assidus, qu'ils prennent plus de responsabilités et tendent à se perfectionner pour mieux accomplir leur mission.

Demander des objectifs atteignables

La question de la fixation des objectifs est au centre de l'activité managériale

Il est important que le cadre de santé fixe avec le collaborateur des objectifs adaptés à son niveau car s'ils sont trop haut par rapport aux capacités de l'agent, ce dernier sera stressé et ses performances diminueront. A l'inverse, si les objectifs sont trop bas, il va s'ennuyer et ne sera ni satisfait ni performant dans son travail.

Définir des objectifs clairs et atteignables est donc un facteur de réussite qui donnera à l'agent l'envie de s'investir. De plus, les entretiens pour évaluer l'atteinte des objectifs et les réajuster si nécessaire, permet des moments de dialogue privilégiés entre le cadre et l'agent.

Fixer un objectif avec un agent, c'est donner du sens à ses actions. Fixer des objectifs en équipe, c'est favoriser l'enthousiasme et permettre l'adhésion.

.

Permettre l'autonomie et le juste niveau de liberté d'action

Il s'agit ici de laisser une autonomie aux agents. L'autonomie au travail permet de renforcer l'identité et amoindrir la souffrance. Elle interpelle l'intelligence pratique des travailleurs et sollicite leur créativité.

Donner une liberté d'action permet aux agents de s'approprier les tâches et favorise l'acceptation du changement d'une manière favorable.

Exprimer sa gratitude et sa reconnaissance

La gratitude peut être définie comme un sentiment de reconnaissance envers une personne.

Elle a de réels impacts sur les subordonnés tant sur le plan du bien-être que de la réussite. *« Il y a des mercis dont l'on se souvient qui marquent qui servent de réservoirs où l'on va régulièrement puiser la confiance de l'humain ».*⁵⁸

⁵⁷ Rodet P, Desjacques Y, Le management bienveillant. Edition Eyrolles ; 2017 page

⁵⁸ ibid

Il est important que le cadre exprime sa gratitude, celle-ci « aide une personne a dirigé son intention de faire les choses heureuses et à la détourner de ce qui lui manque »⁵⁹

Encourager et complimenter pour permettre l'efficacité personnelle des collaborateurs

Il est important que le cadre encourage ses collaborateurs. Les encouragements améliorent le sentiment d'efficacité personnelle de l'agent et il aura d'autant plus confiance en lui dans la réalisation de son travail.

Le cadre doit montrer qu'il a confiance même en celui qui a des difficultés et qu'il est disponible pour l'aider.

Un agent ou une équipe qui a atteint des objectifs doit être complimenté et félicité par le cadre.

Les encouragements et les compliments permettent de donner confiance à l'autre dans ses capacités et permet d'améliorer leurs résultats même dans un contexte difficile.

➤ Les leviers pour diminuer les émotions négatives

Considérer l'autre et bannir le mépris

Le mépris ne se traduit pas toujours par une expression verbale. Il peut prendre différentes formes : un soupir, un haussement d'épaules, un regard malveillant.

Il peut aussi être formalisé par : « l'absence de demande de missions à un collaborateur alors que les demandes aux autres sont multiples. Il peut également consister à formuler des demandes impossibles à satisfaire et laisser penser à la personne que l'échec vient d'elle ».⁶⁰

Le mépris favorise la démotivation. Il est source de mal être et freine la communication. Il doit être banni par le cadre au profit de la considération.

« L'écrivain Hervé Bazin traduisait d'ailleurs à merveille l'importance de la considération : les gens ont soif de considération bien plus que de mérite »⁶¹

Dans le management, le cadre doit considérer chacun des membres de son équipe.

La considération peut se traduire par des comportements simples et attentionnés : Saluer le collaborateur en le regardant dans les yeux, prendre de ses nouvelles lorsqu'il a été souffrant, s'intéresser à ce qui le concerne en dehors de son environnement de travail...

Avoir de la considération pour les agents, c'est aussi valoriser la réalisation de leur travail, en insistant par exemple sur l'impact positif sur le fonctionnement du service. Il est intéressant de se préoccuper du comment, les agents y sont parvenus et pas uniquement du résultat.

Faire preuve de cohérence

La cohérence du cadre repose pour les collaborateurs sur sa capacité à expliquer clairement le sens des actions qu'ils demandent et leurs éventuels impacts sur le service.

Le sens et la cohérence ne peuvent pas être dissociés. Le cadre doit être vigilant à ne pas donner d'injonction contradictoire ou qu'elle ne soit pas perçue comme telle par les collaborateurs car la cohérence favorise l'efficacité.

La cohérence est synonyme de bien-être au travail, on parle alors de cohérence de rôle dont font partie l'authenticité et l'autonomie. La cohérence des rôles est « la cohérence qu'une personne parvient à trouver entre le rôle qu'elle exerce dans son travail et son système de valeurs ».⁶²

⁵⁹ ibid.

⁶⁰ Rodet P, Desjacques Y, Le management bienveillant. Edition Eyrolles ; 2017 pages 77

⁶¹ Ibid page 78

⁶² Ibid page

Faire preuve d'empathie

« *L'empathie est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* »⁶³

« *L'empathie est le ciment indispensable des relations humaines, l'outil le plus puissant dont nous disposons pour entrer en relation avec autrui* »⁶⁴

Dans leur ouvrage, le management bienveillant Philippe Rodet et Yves Desjacques s'appuient sur une étude réalisée par des chercheurs qui ont montré que « *le leader empathique sait créer un climat favorisant la motivation et la communication au sein des équipes. Les ambiances de travail s'améliorent et les risques de résistance au changement diminuent.* »⁶⁵

Il convient donc au cadre de se questionner régulièrement sur son empathie vis-à-vis des membres de son équipe et de « *mesurer régulièrement le ressenti des collaborateurs sur l'impression ou non que l'on prenne soin d'eux* ». De plus, « *mis en œuvre dans un objectif bienveillant d'amélioration des comportements individuels, ce dispositif constitue un levier utile d'amélioration de la performance (humaine et opérationnelle) individuelles et collectives.* »⁶⁶

Reconnaître ses erreurs et pardonner

Le cadre doit autoriser le droit à l'erreur et développer le sens du pardon au sein de son unité, en montrant l'exemple et en sachant s'excuser auprès de son équipe lorsqu'il a commis des maladresses.

Il doit gérer le conflit avant qu'il ne s'aggrave et être force de réconciliation. Il doit créer des espaces d'échanges autour d'un dialogue constructif pour régler les litiges.

Il doit se saisir du climat favorable suivant la résolution d'un conflit pour renforcer les liens interprofessionnels et favoriser la cohésion.

Développer un sentiment de justice et d'équité

Le Larousse définit l'équité comme une « *Qualité consistant à attribuer à chacun ce qui lui est dû par référence aux principes de la justice naturelle ; impartialité : manqué d'équité* »⁶⁷

Pour être motivé, l'agent a besoin de se sentir respecté, considéré et traité à sa juste valeur par son cadre. Il doit avoir le sentiment qu'il y a un équilibre entre ce qu'il donne et ce qu'il reçoit.

Le cadre doit être juste et formaliser des règles qui sont appliquées et communiquées à tous avec cohérence et justice.

⁶³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires>

⁶⁴ Rodet P, Desjacques Y, Le management bienveillant. Edition Eyrolles ; 2017 pages 89

⁶⁵ ibid. p89

⁶⁶ ibid. p91

⁶⁷ <https://www.larousse.fr/dictionnaires>

3 Problématique

Après avoir exploré les concepts d'autorité et de management bienveillant, la littérature laisse apparaître que l'autorité n'est en rien malveillante.

Elle est nécessaire pour permettre à l'équipe de s'élever en compétence mais se légitime au travers d'une reconnaissance de leur part.

Cette reconnaissance va être accordée au cadre de santé en fonction de ses capacités relationnelles, de sa présence, mais aussi de ses valeurs soignantes et humaines.

Le management bienveillant quant à lui n'est pas vraiment un mode de management à part entière, son déploiement efficace vient de l'échange dans les rapports humains et renvoie à l'éthique du cadre de santé.

Le développement des différents concepts ne me permet pas de préciser et d'alimenter ma question de départ, nous faisons donc le choix de mettre à l'épreuve ma question initiale.

Cependant nous décidons de proposer un éclairage positif en partant du postulat, que le management bienveillant est un atout pour le cadre et pour l'équipe.

A ce stade de mon travail, ma question de recherche est la suivante :

Le management bienveillant du cadre de santé est-il un atout pour légitimer son autorité ?

et pose l'hypothèse que :

Les soignants acceptent davantage les contraintes lorsqu'ils sont managés avec bienveillance.

4 La méthodologie de la recherche

A cette phase de mon travail de recherche, je dois confronter mon cadre conceptuel avec la réalité du terrain, afin de vérifier mon hypothèse et répondre à ma question de recherche.

Pour cela, je dois réaliser des enquêtes de terrain pour recueillir des données auprès de professionnels exerçant en tant que Cadre de santé.

Pour réaliser cette enquête, il m'a semblé pertinent de mener des entretiens semi directif.

4.1 L'entretien semi-directif : Analyse qualitative

L'entretien semi-directif « permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien »⁶⁸

Cette technique d'entretien va me permettre de recueillir des informations qualitatives fiables et plus proche de la réalité du terrain.

Le choix de cet outil repose aussi sur le fait, qu'il laisse place à la spontanéité et qu'il offre aux personnes une liberté d'expression notamment au travers de questions ouvertes. Il me donne la possibilité d'observer leur réaction ainsi que l'intonation employée pour répondre aux questions et ainsi traduire leurs émotions.

L'entretien directif va me permettre de créer une interaction avec mon interlocuteur et ainsi affiner mon analyse, par la reformulation si nécessaire de mes questions ou des réponses des cadres interrogés, contrairement aux questionnaires ou nous ne pouvons qu'interpréter les retranscriptions des personnes.

4.2 Le guide d'entretien

Mon guide d'entretien composé de 22 questions et de questions de relance. Il a été validé par ma Directrice de mémoire. Ce guide s'articule autour des concepts définis dans mon cadre conceptuel.

- Les rôles du cadre de santé
- L'autorité
- La bienveillance managériale

Le guide d'entretien est mon fil conducteur qui va permettre de recueillir des données et cadrer les éléments de ma recherche, de définir le champ d'investigation et ainsi de négliger aucune des thématiques.

Avec l'accord de la personne interrogée, l'entretien est enregistré pour permettre une retranscription fidèle de ses propos et mettre éventuellement en exergue des nouveaux éléments ou des aspect oubliés au cours de l'entretien.

4.3 Le choix de la population

En accord avec ma directrice, j'ai décidé d'interroger six cadres de santé encadrant des équipes de soins et exerçant leur fonction au sein d'un établissement public hospitalier.

Les personnes interrogées sont issues de filières professionnelles quelconques et de profils différents.

J'ai fait le choix d'une population hétérogène, afin de recueillir une diversité dans les opinions, dans l'objectif de confronter mes hypothèses, au plus près des pratiques et de la réalité du terrain avec un échantillonnage de cadres de santé le plus représentatif possible.

⁶⁸ https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf

5 L'enquête de terrain

5.1 Typologie des cadres interrogées

J'ai volontairement fait le choix d'enquêter auprès de cadres exerçants tous dans un même établissement public de santé.

Il s'agit de six femmes, titulaires du Diplôme de Cadre de Santé. Je n'ai pas choisi leur profil. Après avoir obtenu l'accord du Coordonnateur Général des Soins de cet établissement, pour réaliser des entretiens, un mail commun a été adressé à tous les cadres de santé en leur proposant de répondre à mon étude. Les personnes interrogées sont celles qui ont répondu spontanément pour participer à cette enquête.

Afin de préserver leur anonymat je les ai nommés par des chiffres (C1, C2, C3, C4, C5, C6).

Cadres	Agés	Profession d'origine	Ancienneté dans la fonction CDS	Service d'affectation	Nombres d'agents
C1	47 ans	Infirmière	8 ans	Pédiatrie	60
C2	46 ans	Infirmière	10 ans	Gynécologie Urgences gynécologiques et obstétricales Bloc gynéco-maternité Planning familial	90
C3	38 ans	Infirmière	4 ans 1/2	Chirurgie	30
C4	45 ans	Diététicienne	8 ans	Plateau technique (Kiné-ergo) diététiciennes, l'équipe des offices alimentaires sur deux établissements	50
C5	49 ans	Infirmière	10 ans	EHPAD : Unité protégée, Unité hébergement renforcée CAJA, PASA	50
C6	43 ans	Infirmière	8 mois	SSR- Médecine gériatrique	45

5.2 Présentation de la méthode d'analyse

Pour analyser les entretiens, j'ai estimé plus pertinent d'analyser les questions dans le même ordre que je les ai posées aux cadres de santé. J'ai donc choisi de procéder en plusieurs étapes. Tout d'abord, au sein de chaque thème, je reprendrai question par question : ce que disent les cadres. Les verbatims seront mis entre guillemets et écrits en italique.

Je ferai ensuite une analyse de contenu par question. Puis, je réaliserai une analyse croisée des questions avec une synthèse pour chaque thème que je confronterai à mon cadre de référence, avant de revenir à mon hypothèse et à ma question de recherche.

5.3 Analyse de contenus et Synthèses des résultats par thème

5.3.1 La relation et l'accompagnement par le cadre

1- Pouvez-vous m'expliquer comment vous vivez la relation et l'accompagnement avec votre équipe aujourd'hui ?

Ce que disent les cadres

C1 vit très bien sa relation avec son équipe. Selon elle, pour être dans la relation : il faut échanger et être accessible mais trouver la juste distance tout en étant capable d'accompagner les agents en difficulté.

C2 considère vivre sa relation avec son équipe dans une confiance réciproque. **« Les équipes ont confiance en moi et moi en elles, j'ai confiance dans leur professionnalisme »** Elle a une relation qu'elle qualifie de professionnelle.

Pour elle l'accompagnement, c'est conduire les soignants dans leur projet professionnel, dans la progression des compétences mais aussi quand ils ont des difficultés personnelles. Pour C2 l'accompagnement, c'est valoriser le travail des auxiliaires car elles se sentent peu reconnues mais c'est aussi recadrer quand les comportements ne sont pas en adéquation. **« Les auxiliaires ont beaucoup besoin de valorisation dans leur travail. Elles font un gros boulot sur la mater parce que c'est quand même elles qui font le nettoyage, elles s'occupent du bébé, elles font un gros travail, mais elles ont le sentiment de ne pas être reconnues. »**

C3 dit très bien vivre sa relation, elle pense avoir une relation de confiance. Elle tutoie les agents de son équipe et les appelle par leur prénom, ils peuvent en faire de même, ils sont libres de choisir.

C4 explique qu'elle encadre plusieurs équipes et sur plusieurs sites différents. Elle considère que l'accompagnement est être proche des agents et cela même à distance. C'est s'assurer qu'ils peuvent mener à bien leurs missions tout en leur fixant des objectifs. Pour elle, accompagner, c'est maintenir une communication et être toujours en contact pour que les agents ne se sentent pas seuls. Sa relation est basée sur la confiance et l'autonomie, c'est primordial compte tenu de la répartition géographique des agents de son équipe.

C5 verbalise très bien vivre sa relation. **« Très à l'aise avec une relation de confiance et de soutien [...] Un relationnel très cordial plutôt détendu avec de l'humour »**

C6 Exprime avoir une : « très bonne relation, relation de confiance avec beaucoup d'échanges » **« Tous les matins, je viens voir mes équipes pour savoir comment ça va, comment s'est passé le début de la matinée. L'après-midi j'ai un peu moins de temps, ce n'est pas systématique, je ne vais pas les voir au bout d'une heure ou deux heures de travail. C'est plus compliqué l'après-midi. Mais je vais les voir au moins une fois dans leur poste matin et après-midi. Oui, relation de confiance. Mon bureau est toujours ouvert. », En ce qui concerne l'accompagnement, elle pense les accompagner au mieux.**

Analyse de contenu de la question 1

Tous les cadres expriment bien vivre la relation et avec leur équipe.

La relation de confiance apparaît être la base de la relation puisque cette notion de confiance ressort pour cinq cadres sur six interrogés.

L'échange est un facteur qui influence la bonne relation entre les cadres et les équipes pour deux cadres interrogés (C1, C6)

Seuls deux cadres s'expriment sur l'accompagnement. Pour C4, il fait référence à la relation puisqu'elle dit que l'accompagnement c'est être proche, que les agents ne se sentent pas seuls, c'est maintenir une communication.

Pour C2 l'accompagnement fait écho au développement des compétences et à l'accompagnement des projets professionnels. L'accompagnement fait également référence ici à la relation puisqu'elle mentionne qu'accompagner c'est apporter de l'aide quand ils ont des difficultés personnelles mais aussi les valoriser dans leur travail.

2- Comment situer vous votre place au sein de votre équipe ?

Ce que disent les cadres

C1 considère que sa place comme centrale car les équipes ont besoin de se référer à elle lorsqu'il y a un problème ou une solution à trouver C1 verbalise être quelqu'un qui met beaucoup de distance professionnellement : elle ne tutoie jamais les agents et ne souhaite pas qu'on la tutoie. Tout en étant très accessibles elle ne souhaite pas être maternante

C2 se sent bien dans l'équipe « **bien que chacun ait son rôle pour que cela fonctionne** » elle dit que le sien est de s'assurer que les organisations fonctionnent. Néanmoins, elle considère faire partie de l'équipe car elle est soumise aux mêmes difficultés et aux mêmes impératifs.

C3 exprime être au cœur de l'équipe et faire en partie car il l'associe à des moments de convivialité tout en étant quand un peu à part « je suis un peu à part » « je suis un peu à côté »

C4 dit : « *c'est un peu compliqué* » [...] « *J'ai toujours eu cette image de dire qu'on peut être proche, mais qu'il faut quand même garder une certaine distance parce qu'il faut toujours se sentir en capacité de pouvoir dire les choses aux équipes quand ça se passe bien et quand ça ne se passe pas bien. Et parfois, quand on a une très, très grande proximité, je pense que parfois c'est un peu plus dur, un peu plus faussé.* »

C5 Considère sa place assez centrale mais parfois à l'extérieur car l'équipe a besoin d'intimité mais finalement tout revient au cadre.

C6 exprime faire partie de l'équipe mais elle se sent quand même en dehors « *Ça dépend des moments. Quand il faut soutenir des équipes par rapport à un comportement de famille, on se sent davantage dans l'équipe. Quand il y a des décisions à appliquer de la direction et que ça ne plaît pas aux équipes, on se sent un peu plus dehors* »

Analyse de contenu de la question 2

Trois cadres interrogées expriment faire partie de l'équipe et deux considèrent avoir une place centrale car elles sont la référence au sein de l'équipe, c'est à elle que l'on se réfère en cas de difficultés.

Une cadre C4 ne s'exprime pas clairement quant à sa place au sein de l'équipe, elle souligne l'idée de la proximité tout en gardant la juste distance.

Cette notion de distance se fait également ressentir par C1 qui dit être dans une distance professionnelle et par trois autres qui relatent parfois être dans l'équipe et parfois à côté en marge en fonction des moments et des problématiques.

3- Connaissez-vous les attentes de votre équipe envers vous ?

Ce que disent les cadres

C1 dit que l'équipe attend qu'elle soit présente, qu'elle apporte une sécurité et une organisation dans le travail « *que ça ne parte pas dans tous les sens* », qu'elle sache prendre des décisions.

C2 exprime que son équipe souhaite une présence, une écoute et qu'elle donne un cadre dans l'organisation du service.

C3 dit qu'elle a posé la question à son équipe lors de son arrivée et qu'elle avait besoin d'un cadre qui donne des limites, qui organise et « quelqu'un qui mette un peu d'ordre », un besoin d'accompagnement.

C4 formule que les soignants attendent d'elle, qu'elle les protège et les soutienne, que leur mission et leur rôle soit clairement défini. Ils attendent une équité dans les tâches, les plannings qu'elle fasse l'arbitrage si nécessaire pour permettre l'équité ...

C5 sait que son équipe attend d'elle un soutien moral, une confiance, une écoute. Qu'elle soit garante des bonnes conditions de travail « qu'il y ait les effectifs suffisants » qu'elle prenne des décisions, ils ont besoin d'être orientés et accompagnés, ils ont besoin d'un cadre qui les apaise « ils n'ont pas besoin d'un cadre qui va faire flamber l'ambiance » ils ont besoin de l'humour que l'on peut avoir.

C6 exprime que son équipe attend de sa part du soutien, de l'honnêteté et de la franchise.

Analyse de contenu de la question 3

Les cadres connaissent les attentes de leurs équipes. Leurs attentes sont basées sur la relation et l'accompagnement :

Les équipes souhaitent une présence (C1, C2), une écoute (C2, C5) et une protection et un soutien.

Elles attendent également de la part du cadre qu'elles soient garantes de l'organisation du travail.

Les valeurs telles que L'équité, l'honnêteté et la franchise apparaissent également être des critères attendus de la part de l'équipe envers leurs cadres.

Analyse croisée des questions et synthèse des résultats sur « la relation et l'accompagnement par le cadre »

Ces trois premières questions d'ouverture vont me permettre d'identifier, comment les cadres vivent la relation et l'accompagnement de leurs équipes, ainsi leur positionnement au sein de celle-ci. Ces questions sont un préalable ayant pour objectif de déterminer si la qualité de la relation a une influence sur le management du cadre et sur la légitimité de son autorité.

➤ **La relation de confiance**

La confiance semble être la base de la relation entre le cadre et son équipe puisque cette notion de confiance est mise en évidence par cinq cadres interrogés.

Cette confiance sous-entend que les cadres sont proches de leur équipe vue que c'est grâce à la proximité entre le cadre et celle-ci que cette relation peut s'instaurer

« C'est cette proximité qui permet au cadre d'accompagner son équipe au plus proche de ce qu'elle vit et de ce qu'elle ressent et qui lui permettra au fil du temps d'instaurer une relation de confiance avec le soignant. » (Cf. p10 et11)

➤ **La proximité**

Cette notion de proximité est confirmée par les cadres qui considèrent qu'elles font partie de l'équipe ou encore qu'elles ont une place centrale au sein de celle-ci.

C'est cette proximité, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique qui permet : « l'exercice judicieux d'une autorité réelle, celle qui conduit à élever la réflexion sur les pratiques, à donner des repères aidants, notamment en rappelant les règles. » (Cf. p10)

Néanmoins, dans cette relation de proximité, la notion de juste distance apparaît être une nécessité car elle est relatée par deux cadres et que trois verbalisent : se sentir dans l'équipe à certains moments et à d'autre en dehors en fonction des problématiques et des moments, entre autres lorsqu'il y a des décisions émanant de la direction à faire appliquer.

➤ **L'échange et la communication**

L'échange et la communication sont également mis en évidence, comme des facteurs nécessaires à la relation.

La qualité de la communication et l'échange sont en effet deux éléments importants qui vont influencer la relation du cadre avec son équipe.

La qualité de la communication fait appel à l'éthique du cadre, elle est liée au fait « d'expliquer les décisions prises et de pouvoir instaurer un échange ouvert entre managers et salariés » (Cf. p14)

➤ **Les attentes des équipes**

Les cadres connaissent les attentes de leurs équipes ce qui nous permet de penser qu'il existe une relation, un échange entre elles et leurs équipes.

Ces dernières souhaitent que le cadre soit le garant de l'organisation et des bonnes conditions de travail et qu'il sache prendre des décisions.

Les équipes veulent également que le cadre de proximité se manifeste par une présence, une écoute, un soutien et une protection mais aussi qu'il porte des valeurs telles que L'équité, l'honnêteté et la franchise.

Si nous nous référons donc au cadre de référence, nous pouvons constater que les équipes attendent du cadre de santé, qu'il manage avec éthique (Cf. p14). Ce sont également au travers de ces valeurs, que l'équipe va reconnaître la légitimité du manager. (Cf. p10)

5.3.2 Le cadre de santé et ses rôles

4- Quels sont vos rôles en tant que cadre de santé dans le service ?

Ce que disent les cadres

C1 qualifie ses rôles de cadre dans différents items. Celui de l'encadrement du point de vue de la sécurité, d'assurance et de la réassurance, un rôle de surveillance qu'elle ne développe pas et enfin un rôle majeur d'accompagnement pour les soignants, les médecins du service et des parents des enfants hospitalisés dans le service.

C2 considère que son rôle c'est l'accompagnement des équipes en répondant au dysfonctionnement du quotidien (manque de matériel, manque de personnel), « **le rôle relationnel au quotidien avec les équipes : la gestion de conflits beaucoup** »

C3 considère que son rôle prioritaire est le management « **pour moi le rôle essentiel du cadre c'est d'être un manager** ». C3 explique qu'elle est responsable du bon fonctionnement du service et qu'elle doit veiller à la qualité et la sécurité dans soins pour le patient.

Son rôle vis-à-vis des équipes, c'est d'être dans l'accompagnement pour permettre le maintien et l'évolution de leurs compétences et leur permettre d'évoluer dans leurs parcours professionnels.

C4 estime que son rôle en tant que cadre consiste à gérer l'activité du service et à veiller que les soignants soient dans de bonnes conditions pour réaliser leur travail. Elle veille à ce qu'il y ait du matériel, des équipements suffisants, que le personnel ait accès à la formation et qu'il y ait suffisamment d'agents pour répondre à l'activité. Son rôle est également de veiller à la qualité des soins et de faire en sorte de constamment l'améliorer.

C5 considère que son rôle prédominant en tant que cadre de santé est l'accompagnement de son équipe. Elle doit être ce qu'elle appelle le pilier pour permettre à tous les personnels de s'entendre et ainsi obtenir une qualité de soins.

Son rôle gravite autour du relationnel que cela soit avec les soignants, les patients, les familles, les médecins

C6 explique que son rôle se situe dans le management, la coordination et l'orientation aussi bien avec le personnel, les médecins que les familles. Elle veille à la cohésion entre les équipes.

Analyse de contenu de la question 4

Cette question me permet de mettre en évidence que quatre cadres considèrent que leur rôle en tant que cadre est d'accompagner des équipes.

Ce rôle d'accompagnement des équipes est mis en exergue tant du côté du rôle de manager que de leader.

Pour deux cadres interrogées C4 et C6, on peut constater que leur rôle est davantage axé dans le rôle de manager et de gestionnaire tout comme C3 qui dit que « **le rôle essentiel du cadre est d'être un manager** »

5- Pouvez-vous m'expliquer s'il existe une différence entre un manager et un leader ?

Ce que disent les cadres

C1 pense que le manager est une personne qui va prendre en compte tous les éléments pour avancer tant du point de vue collectif qu'individuel.

Le leader est quelqu'un qui a une personnalité pour mener les projets et être très décisionnaire, qu'une équipe le suive ou non. Un leader c'est mener.

C2 pense que l'on ne peut pas être manager sans être leader. Pour elle, le leader va emmener l'équipe, « **le leader a une capacité à emmener les foules** » c'est celui que l'équipe va suivre et écouter.

Elle dit que le cadre est un manager, qui est selon elle dans l'accompagnement et dans l'organisation.

C3 explique qu'être un leader fait partie de la personnalité. Pour elle, un manager doit avoir du leadership. Le cadre doit être un leader, selon elle : « **on peut différencier un manager d'un leader** »

C4 explique qu'elle voit le manager comme celui qui coordonne et qui gère l'activité et l'équipe et le leader est davantage le chef. Elle pense que dans ses fonctions le cadre est à la fois leader et manager

C5 verbalise que pour elle, le manager est celui qui gère et qui accompagne une équipe
Elle perçoit le leader comme celui qui domine « **c'est celui qui est en haut, au-dessus de tout le monde et qui va penser que tout ce qu'il dit est à prendre pour argent comptant, qu'il sera seul à décider et voilà. Du coup, il ne sera logiquement pas dans l'échange, pas dans la communication, pas dans le relationnel, pas dans la compréhension et l'accompagnement** ».

C6 n'exprime pas la différence entre un leader et un manager elle dit que pour être cadre il faut être les deux.

Analyse de contenu de la question 5

**Un seul cadre C2 a pu clairement expliquer la différence entre un manager et un leader
Trois cadres expriment que le cadre doit être à la fois leader et manager C3 C4 C6**

Le leader est perçu avec une connotation négative pour deux cadres interrogés : C1 le voit comme un être très décisionnaire qu'une équipe le suive ou pas. Pour C5 le leader est un dominant « pas dans l'échange, pas dans la communication, pas dans le relationnel, pas dans la compréhension et l'accompagnement ».

6- Quelle est votre priorité dans votre rôle de manager ?

Ce que disent les cadres

C1 dit que sa priorité en tant que manager est d'assurer la sécurité des soins pour les patients, en ayant un personnel formé et les effectifs suffisants.

C2 explique que, pour elle, sa priorité est le bien-être et l'accompagnement de ses équipes et car si les équipes sont bien, elles feront un travail de qualité et le système va mieux fonctionner.

C3 exprime que sa priorité est davantage dans sa relation avec ses équipes et que ses agents soient bien, de pouvoir ressentir comment ils vont collectivement mais aussi individuellement.

C4 dit que son rôle de cadre est de s'assurer de la continuité des soins au niveau des différents services qu'elle a en charge.

C5 verbalise que sa priorité en tant que manager est de pouvoir être dans une bienveillance dans la relation, de pouvoir donner sa confiance et de la reconnaissance aux soignants, d'être à l'écoute des agents et réciproquement qu'ils soient à son écoute. **« Ça c'est mon management, c'est d'être à l'écoute »** tout en sachant imposer quand cela est nécessaire.

C6 Sa priorité en tant que manager est d'avoir un nombre suffisant de personnel pour que les patients soient bien pris en charge.

Analyse de contenu de la question 6

Trois cadres axent leur priorité dans leur rôle de manager dans la relation et l'accompagnement de leurs équipes. On retrouve la notion de vouloir le bien être des équipes car selon C2, celui-ci va influencer la qualité du travail. C5 met une priorité dans son rôle de manager à être dans la bienveillance afin de pouvoir donner de la confiance, de la reconnaissance et d'être à l'écoute.

Trois cadres définissent que leur rôle de manager doit être de veiller à assurer la qualité et la sécurité des soins

7- Vous sentez-vous leader de votre équipe ?

Ce que disent les cadres

C1 ne se sent pas leader **« quand il y a quelques choses à mener, des changements à apporter j'essaie de les amener doucement et de façon collective de manière que les choses puissent avancer et il y a quand même un ensemble qui vient avec moi. »** Elle dit n'avoir jamais eu d'opposition à ses projets car elle travaille avec l'équipe.

C2 pense être reconnu comme Leader car **« je sais que j'ai cette place. Elles ne font pas les choses sans venir m'en parler. Elles viennent me voir et m'en parle »**
« Dès que je dis quelque chose, tout de suite, derrière c'est pris pour argent comptant. Il y a le côté positif qui est que quand il y a quelque chose qui n'est pas bien fait ou qui doit être fait, je passe, je sais que le lendemain cela va être fait »

C3 se sent leader car c'est la place qu'elle a envie d'occuper et dès qu'il y a un problème les agents viennent lui en parler et se réfèrent à elle pour résoudre le problème. **« Je suis leader parce que maintenant ils viennent me voir, parce qu'ils me posent des questions et voilà, ils attendent des réponses de moi et ils ne prennent pas des décisions sans m'en avoir parlé ».**

C4 se considère comme leader et pense être reconnu comme tel, elle ne peut pas expliquer pourquoi, elle pense avoir un leadership naturel. **« Ce sentiment-là, oui. Je n'ai jamais eu de difficultés en fait. J'ai vraiment eu cette sensation [...] pour moi la notion de leader c'est aussi l'image qu'on renvoie vis-à-vis de l'équipe et comment ils nous sentent en fait à**

travers ça. C'est vrai que d'une façon très naturelle, je ne saurais pas vraiment dire ce qui a permis ça, mais je pense que du coup, au niveau des six équipes que j'ai, il n'y a pas une équipe où je n'ai pas cette sensation qu'ils ne me reconnaissent pas en tant que tel ».

C5 ne se considère pas comme un leader : « *Non, non, je ne suis pas un leader. Je fais partie d'une équipe.* »

C6 se sent leader car : « *j'arrive à les amener là où on me demande de les amener.* » *elle dit être leader grâce à son écoute à sa franchise et à son authenticité ».*

Analyse de contenu de la question 7

Le sentiment d'être leader est présent pour quatre cadres interrogés.

C2 et C3 s'identifient être leader car les soignants ne prennent pas de décisions sans leur en parler, ils se réfèrent à elles en cas de problèmes.

C4 se sent leader mais elle ne sait pas vraiment exprimer pourquoi elle pense avoir un leadership naturel

C6 pense être leader grâce à son écoute sa franchise et son authenticité.

C1 et C5 ne se considère pas comme leader et cela est en adéquation avec leur vision plutôt négative du leader comme nous avons pu le constater lors de l'analyse de la question 5.

Analyse croisée des questions et synthèse des résultats sur « le cadre de santé et ses rôles »

Ces questions autour du thème du rôle du cadre vont me permettre d'identifier la vision que ceux-ci ont de leurs rôles et s'ils se positionnent davantage en tant que leader ou manager.

➤ **Le rôle d'accompagnement**

Le rôle d'accompagnement tient une place prépondérante chez les cadres puisque quatre d'entre eux considèrent que leur rôle est d'accompagner les équipes.

Pour les cadres qui considèrent que dans leur rôle de manager, leur priorité est cette mission d'accompagnement ; cette dernière passe par le fait de s'assurer du bien-être de leur équipes car celui-ci va influencer selon elle la qualité du travail des soignants. Elles soulignent également l'importance d'être dans la bienveillance, la confiance, l'écoute et dans la reconnaissance avec l'équipe. L'accompagnement vise aussi à permettre le maintien des compétences et l'évolution professionnelle des agents.

➤ **Manager ou Leader**

Le rôle de manager apparaît également être un rôle primordial chez les cadres, puisque lorsqu'on les questionne, elles définissent dans leurs priorités, des missions qui se rapportent à des actions managériales et gestionnaires comme celles : de répondre aux dysfonctionnements, de s'assurer du bon fonctionnement du service, d'avoir un rôle de coordination et d'orientation, de surveillance... Trois cadres expriment que dans leur rôle de manager, leur priorité est de veiller à la qualité et à la sécurité des soins.

Si nous nous référons au cadre théorique, nous pouvons constater que les cadres identifient leurs actions en tant que managers au niveau de ce que H. Mintzberg nomme « **le niveau décisionnel** ». (Cf. p 12)

Le terme leader ne semble pas vraiment être connu par les cadres de santé, un seul cadre peu expliquer correctement la différence entre un manager et un leader.

D'ailleurs, le leader est plutôt perçu avec une connotation négative pour deux cadres interrogés, qui le voit comme un être très décisionnaire, dominant et dépourvu de qualités humaines. Il est donc naturel que ces deux cadres ne se sentent pas leader.

Néanmoins, le sentiment d'être leader est présent pour quatre cadres interviewés pour les motifs suivants car :

- Elles sont une référence pour les soignants : ils ne prennent pas de décisions sans leur en parler et se réfèrent à elles en cas de problèmes. (2 cadres)
- Elle pense avoir un leadership naturel. (1 cadre)
- Elle évoque être leader grâce à son écoute sa franchise et son authenticité. (1 cadre)

Ces différents motifs avancés par les cadres ne nous permettent pas de mettre en évidence qu'ils sont leaders dans leur équipe pour les aptitudes explicitées dans le cadre de référence.

A contrario, le rôle du manager au regard des concepts étudiés, est davantage prégnant chez les cadres interviewées puisque :

« Le rôle d'un manager est d'organiser le travail et de fixer des objectifs afin que ceux-ci soient atteints. Un manager : délègue et fait confiance, il est à l'écoute des membres de son équipe et valorise les compétences de chacun. » (Cf. p13)

5.3.3 L'autorité et le cadre de santé

8- Avez-vous le sentiment d'imposer des contraintes à votre équipe ?

Ce que disent les cadres

C1 verbalise imposer des contraintes à son équipe : des contraintes de traçabilité, d'hygiène, des contraintes d'organisation liées à l'activité en pédiatrie.

C2 impose des contraintes *« Les contraintes de planning déjà, de toute façon. Même si on essaie de s'adapter à chacun, il y a des contraintes : des contraintes d'organisation parce que chacun ne fait pas ce qu'il veut, des contraintes de traçabilité, des contraintes professionnelles bien entendu parce que c'est sûr que si on laisse une équipe à vau-l'eau... »*

C3 dit qu'elle impose des contraintes mais donne difficilement des exemples. Elle nomme les contraintes de traçabilité ; elle verbalise que : *« les contraintes font parties de notre métier, on a des règles »*

C4 explique qu'elle a l'impression d'imposer des contraintes essentiellement aux personnels qui exercent sur le site de Brie-Comte Robert car les règles de gestion des ressources humaines basiques comme la pose des congés annuels, de réduction du temps de travail ... n'ont pas été modifié depuis de nombreuses années.

Elle impose des contraintes mais ce sont des règles obligatoires comme la traçabilité alimentaire qui est très règlementée.

C5 dit que oui elle impose des contraintes à son équipe mais que ce n'est pas elle qui leur impose et qui les a décidés, elles sont institutionnelles. **« On est dans un travail avec des règles et des obligations, des devoirs tout simplement »**

Ce sont des contraintes de temps de travail, de qualité de soins et qualité professionnelles.

C6 dit imposer des contraintes à son équipe ; des contraintes d'organisation ou de réorganisation de service parfois imposées par la hiérarchie car il y a une réduction des effectifs *« avant c'était les ASH qui distribuaient les petits-déjeuners et maintenant ça va être les aides-soignantes car les ASH ne sont pas remplacées »*. *« Quand j'impose à quelqu'un d'aller dans tel service parce qu'il y a un manque d'effectif dans un service : oui forcément. Pas le choix. »*

Analyse de contenu de la question 8

Tous les cadres imposent des contraintes à leurs équipes.

Les contraintes liées à la traçabilité apparaissent comme être très présentes puisqu'elles sont citées par quatre cadres interrogés, des contraintes liés au temps de travail et aux règles de gestion des ressources humaines : comme les changements de planning et la pose des congés annuels ainsi que des RTT sont nommés par trois cadres interrogés.

Enfin, les contraintes d'organisation liées à l'activité mais aussi au manque d'effectif avec entre autres la réorganisation des tâches et la mobilité inter service sont nommées par deux cadres.

9- Rencontrez-vous des difficultés pour les faire accepter ?

Ce que disent les cadres

C1 n'a pas de difficultés pour faire accepter les contraintes, les soignants sont motivés

C2 explique oui le planning notamment, *« ce sont des négociations en permanence J'écoute, je négocie, mais à un moment...et autour des traçabilités parce que je suis dans un service où il y a énormément de traçabilité, des contraintes à remplir et ce n'est pas leur métier. Elles sont soignantes, elles sont dans le soin, remplir de la paperasse, parce qu'au bloc, ce n'est que ça. Oui, je suis dans le contrôle de ça parce que je passe : « là vous avez fait un trait, il faut des croix ». Je remets des mots : attention ! Oui, je suis là-dedans. »*

Les principales contraintes qui sont difficiles à faire accepter aux agents ce sont d'abord celles qui tourne autour du planning car *« la société évolue, l'investissement au travail évolue [...] le travail c'est un outil pour satisfaire ses loisirs »*

C3 verbalise que dans l'ensemble elle ne rencontre pas de difficultés pour faire accepter les contraintes

C4 dit que ça n'est pas vraiment une difficulté de les faire accepter car elle va expliquer et prendre le temps de le faire même si elle sait que ça va lui prendre beaucoup de temps, elle va leur expliquer les choses de manière collective mais aussi individuelle quand c'est nécessaire car il y en a qui ont plus de difficulté simplement dans la compréhension des explications *« On va prendre le temps d'expliquer les choses, pourquoi ces contraintes et en tous cas pourquoi ces règles existent. »*

C5 exprime que majoritairement elle ne rencontre pas de difficultés pour les faire accepter car l'équipe sait qu'elle a choisi une profession ou il y a des contraintes comme les horaires par exemple.

C6 dit que oui, elle rencontre des difficultés pour les faire accepter. *« Le relationnel avec les soignants ça se construit parce qu'il y a des moments où cela va mal se passer d'autres moments où cela va bien se passer. Je pense que c'est la continuité de notre façon d'agir qui fait qu'ils sont confiants en nous ou non confiants, ou rassurés ou pas rassurés. Je pense que s'ils se sentent soutenus déjà, ça ne peut que bien se passer. »*

Analyse de contenu de la question 9

Quatre cadres interrogés sur six ne rencontrent pas de difficultés pour faire accepter les contraintes.

Une cadre C1 dit que c'est parce que les soignants sont motivés, C5 dit que c'est lié au fait que l'équipe sait qu'elle a choisi une profession avec des contraintes.

C4 dit qu'elle n'a pas de difficulté à les faire accepter car elle prend le temps d'expliquer pourquoi les contraintes et les règles existent.

C2 dit qu'elle a des difficultés à faire accepter les contraintes liées au planning car le rapport au travail est différent, selon elle, celui-ci est d'abord là pour satisfaire les loisirs.

Quant aux contraintes liées aux traçabilités, elles sont difficiles à faire accepter car il y a beaucoup et que l'équipe considère que cela n'est pas leur métier car elles sont soignantes.

C6 dit rencontrer des difficultés mais pourtant exprime que « si l'on est dans une bonne relation avec les soignants et qu'il y a une relation de confiance, qu'ils se sentent rassurés et soutenus par le cadre cela ne peut que bien se passer.

10- Comment procédez-vous pour les faire accepter ?

Ce que disent les cadres

C1 dit ne pas avoir de difficulté pour faire accepter les contraintes mais que ce qui est important c'est d'expliquer pourquoi on fait les choses.

C2 explique que les principales contraintes qui sont difficiles à faire accepter aux agents ce sont d'abord celles qui tournent autour du planning, c'est donc de la négociation en permanence.

Pour ce qui est de la traçabilité, elle explique qu'elle essaie de donner du sens (exemple : si un jour il y a une plainte d'un patient il faudra ressortir toutes les traçabilités du matériel ...).

C3 dit que pour faire accepter les contraintes aux agents, elle explique et essaie d'être claire dans ses explications mais au bout d'un moment elle finit par imposer. **« Je leur explique et après même si, à un moment donné, ils n'ont pas cette logique, ils n'ont pas cette compréhension de ce que je leur demande, s'ils ne sont pas d'accord et c'est comme ça. C'est comme ça et ce n'est pas autrement. »**

C4 pour faire accepter les contraintes dit qu'il faut donner du sens aux actions, expliquer les choses et les remettre les contraintes dans leur contexte.

« Dans le contexte du code du travail, dans le contexte des règles locales, de vraiment reprendre tout le processus et tout réexpliquer pourquoi ça existe, pourquoi c'est là, à quoi ça sert, pour permettre la continuité de service. Mais en effet, je pense que le fait de donner du sens et particulièrement aux choses qu'on met en place, je pense que ça aide beaucoup quand même. »

C5 dit que pour faire accepter les contraintes il faut donner des explications : **« je pense qu'il ne faut pas avoir la langue de bois, il faut être très clair sur pourquoi on fait des choix. »**

C6 explique que pour faire accepter les contraintes, c'est de la discussion. **« C'est expliquer pourquoi et ne pas imposer : « toi tu fais ça et basta ». Non, non ça ne marche pas comme ça. Il faut expliquer les choses. » [...] « Quand il y a des explications, logiquement la décision passe. Elle peut parfois passer difficilement, il faut la digérer, mais logiquement elle passe ».**

Analyse de contenu de la question 10

Les six cadres interrogés expriment à l'unanimité que pour faire accepter les contraintes, il faut expliquer les choses et donner du sens aux actions.

C 3 et C5 disent qu'il faut être claire dans les explications. Seule C 3 soulève la notion d'imposer après avoir tenté les explications.

C6 dit qu'il ne faut pas imposer et être directif sinon les soignants n'acceptent pas les contraintes.

11- Quelle représentation avez-vous de l'autorité du cadre ?

Ce que disent les cadres

C1 dit ne pas avoir de représentation de l'autorité du cadre. Elle dit que le cadre se doit de rappeler les règles « *Je n'ai pas de représentation de l'autorité. Je pense qu'on n'est pas là pour ça , ce n'est pas de l'autorité. On est là pour rappeler des règles, rappeler des conduites à tenir qui sont essentielles. Maintenant, l'autorité, je ne sais pas trop comment.... On peut l'imager, je ne vais pas en tous cas hausser le ton* ». Elle dit que c'est plutôt une relation d'échange, d'écoute et d'explication. Le cadre peut être autoritaire si l'agent enfreint les règles et les valeurs de la profession par des comportements inadaptés : impolitesse, maltraitance ...

C2 explique que pour elle « *l'autorité, c'est quelque chose de très rigide, de clac-clac-clac, c'est comme ça et pas autrement, « tu te tais, je te demande de faire ça et tu le fais* ». Selon elle l'autorité du cadre est davantage basée sur le respect et la place de chacun. L'autorité du cadre ça n'est pas imposer mais donner du sens et expliquer. L'autorité du CDS est là pour mettre un cadre, éviter que ça ne déborde « *Je parlerai plus de respect et de cadre* ».

C3 verbalise qu'il ne faut pas confondre autorité et autoritarisme. Selon elle, l'autorité du cadre c'est donner une rigueur et des règles pour faire fonctionner le service. « *Il n'y a pas besoin de faire de l'autoritarisme pour arriver à des résultats par contre il y a besoin d'autorité et de rigueur* ». [...] « *on est reconnu en tant que cadre, on est pour eux déjà l'autorité. On représente l'autorité. Le fait de le représenter permet parfois de ne pas avoir besoin d'en user et d'en abuser* »

C4 exprime que pour elle l'autorité du cadre doit s'imposer de façon naturelle. Selon elle l'autoritarisme ne fonctionne pas. L'autorité du cadre est là pour accompagner et soutenir et mettre un cadre « *c'est important qu'ils sachent que la personne ne va pas laisser faire n'importe quoi* ». Pour elle, l'autorité s'impose naturellement si le cadre de santé est juste et équitable.

C5 exprime que l'autorité n'est pas de l'autoritarisme. Selon elle, l'autorité du cadre de santé doit être bienveillante et basée sur un échange.

C6 explique que l'autorité du cadre ne doit pas se manifester par le fait d'imposer ses choix mais être dans un partage avec son équipe. « *On peut voir le mot autoritaire comme quelqu'un qui domine tout le monde alors que ce n'est pas ça du tout. C'est faire passer des idées, faire en sorte que le travail se fasse dans les meilleures conditions avec ce qu'on a et pour que tout soit organisé correctement et de coacher tout ça plutôt que l'autorité. [...] de pouvoir faire avancer tout le monde sans qu'il y ait trop de difficultés* »

Analyse de contenu de la question 11

Il est intéressant de constater qu'à l'unanimité les cadres ne perçoivent pas leur autorité comme de l'autoritarisme et ne souhaitent pas l'exercer ainsi.

Deux cadres voient dans le mot autorité une connotation négative et deux autres verbalisent que l'autorité imposée de façon autoritaire ne fonctionne pas. L'autorité pour quatre managers interrogés se traduit davantage par le fait de rappeler les règles, donner un cadre, expliquer et donner du sens aux actions.

Les cadres interrogés ont une représentation de leur autorité qui est basée sur des valeurs comme la place de chacun, le respect, l'échange et le partage.

12- Selon vous l'autorité du cadre est- elle nécessaire ?

Ce que disent les cadres

C1 dit qu'elle ne peut pas répondre à la question car elle considère ne pas avoir d'autorité avec son équipe.

C2 dit que ça n'est pas l'autorité qui est nécessaire mais : *« c'est le positionnement, c'est le respect ce n'est pas franchement l'autorité » [...] « je fais partie de l'équipe et j'ai un rôle dans l'équipe. Le rôle aussi de recadrer quand ça ne va pas »*

C3 considère que l'autorité du cadre est indéniablement indispensable, *« il y a besoin d'autorité et de rigueur pour qu'un service fonctionne bien en respectant les règles qu'on nous impose et qu'on s'impose aussi » Ma représentation, c'est qu'il faut en avoir, mais il ne faut pas user et abuser de l'autorité*

C4 explique que l'autorité est essentielle pour donner un cadre à l'organisation *« il faut quand même qu'il y ait un cadre [...] qu'il se sentent sécurisés par rapport à ça [...] Pour moi, elle est indispensable, mais il n'est pas obligatoire de l'imposer de façon violente et autoritaire, vraiment pure et dure auprès des équipes ».*

C5 Verbalise que l'autorité du cadre est nécessaire car il y a des moments où le cadre doit décider mais cette autorité doit rester bienveillante.

C6 Considère que l'autorité est nécessaire : *« comme dans tout système, il faut une autorité sinon c'est l'anarchie » [...] « sinon il y a des personnalités qui vont s'imposer et dévier de leur mission première*

Analyse de contenu de la question 12

L'autorité du cadre est verbalisée par quatre cadres interrogés comme indispensable mais davantage pour donner un cadre, sécuriser et poser des règles et décider quand cela s'avère nécessaire.

Pour ces cadres cette autorité ne doit pas se transformer en autoritarisme, être abusive : elle doit être bienveillante.

Un cadre dit que ce n'est pas l'autorité qui est fondamentale mais le positionnement et le respect afin de pouvoir recadrer le cas échéant. Seul un cadre dit ne pas avoir d'autorité.

13- Considérez-vous avoir de l'autorité envers vos équipes ?

Ce que disent les cadres

C1 pense que ce n'est pas elle qui a de l'autorité, c'est son statut qui représente l'autorité. « **Le poste de cadre par défaut représente l'autorité [...]** Ce n'est pas moi, ce n'est pas ma personne, c'est ma fonction ».

C2 dit qu'elle ne sait pas si l'on peut parler d'autorité envers l'équipe mais elle considère avoir une place car l'équipe la suit et l'écoute.

C3 considère avoir de l'autorité car elle dit que les agents savent que c'est elle a le dernier mot car elle représente cette autorité mais elle dit faire attention à ne pas être dans l'autoritarisme.

C4 pense qu'elle a de l'autorité « *je n'ai pas cette sensation que cette autorité ne soit pas reconnue auprès de mes équipes quelles qu'elles soient* ».

C5 exprime que oui. Elle dit avoir suffisamment d'autorité pour être écoutée, entendue et pour que ce qu'elle a convenu avec l'équipe soit appliqué

C6 considère avoir de l'autorité car le travail se fait correctement avec des règles et qu'elle est respectée « *Jusqu'à maintenant, je n'ai pas eu de frein c'est que oui, je fais preuve d'autorité* ».

Synthèse de la question 13

Sur les six cadres interrogées quatre considèrent avoir de l'autorité. Une cadre C1 ne se positionne pas concernant son autorité envers son équipe, elle considère que c'est son statut, sa fonction qui font qu'elle est reconnue dans son autorité.

C2 dit qu'elle ne sait pas si cela s'apparente à de l'autorité mais elle est reconnue à sa place, ce qui lui confère une certaine autorité de la part de ses équipes.

C3 dit qu'il ne faut pas être dans l'autoritarisme mais verbalise qu'elle a de l'autorité car les agents savent qu'elle a le dernier mot.

14- Selon vous qu'est ce qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité du cadre de santé ?

Ce que disent les cadres

C1 pense que c'est sa fonction qui permet à l'équipe d'accepter son autorité. « **Le cadre représente l'institution, les règles [...]**la hiérarchie pour eux, c'est quelque chose de très important ».

C2 verbalise que son autorité est reconnue par l'équipe car les agents reconnaissent sa place, cette reconnaissance vient en partie du : « *respect mutuel que l'on a les uns par rapport aux autres* »

C3 verbalise que ce qui permet à l'équipe d'accepter son autorité c'est parce qu'il la reconnaisse comme légitime dans sa fonction et surtout dans son poste.

C4 dit que ce qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité du cadre c'est quand l'autorité est juste, légitime et non abusive et également la bienveillance du cadre : *« parce qu'on est là quand même pour être bienveillants, pour être auprès des équipes »*.

C5 exprime que c'est la bienveillance du cadre qui permet d'accepter l'autorité : *« S'il y a du relationnel, de la communication entre les gens, que l'écoute est valable dans un sens comme dans l'autre, qu'on accepte les propositions qui peuvent nous être faites et qu'on dit pourquoi on les accepte ou pourquoi on va les refuser à un moment donné. L'autorité, elle marche »*.

C6 Considère que ce qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité, c'est la bienveillance du cadre par de l'écoute et de la considération : *« eh, bien la bienveillance du cadre. Mais vraiment : le fait de les écouter, de les considérer et de ne pas être là juste à faire son petit chef et dire : il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça ... »*.

Analyse de contenu de la question 14

La bienveillance est exprimée pour trois cadres interrogés C4, C5, C6 comme être un levier qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité du cadre. Une bienveillance mise en œuvre par de l'écoute, de la considération, de la communication : donner du sens et expliquer par la mise en place d'attitudes mais aussi par une autorité qui est juste et légitime.

Selon deux cadres, l'autorité est également acceptée par l'équipe car celle-ci la reconnaît comme légitime. La reconnaissance de cette légitimité est de deux sortes : pour un cadre, elle est liée au respect mutuel qu'elle a avec son équipe. Pour l'autre, cette reconnaissance s'apparente davantage à son statut tout comme pour C1 qui verbalise que ce qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité c'est le fait qu'elle représente la hiérarchie.

15- Vous sentez-vous légitime dans votre autorité auprès de vos équipes ?

Ce que disent les cadres

C1 se sent légitime car elle dit n'avoir jamais perçu qu'elle ne l'était pas. *« Il y a cette distance professionnelle qui, je pense, est très importante, au-delà du fait qu'on soit cadre, qu'on soit reconnu, qu'on ait un diplôme et qu'on ait ce poste. C'est une vraie question de respect aussi je pense. On respecte la fonction comme moi je respecte mon cadre supérieur ou mon directeur de soins »*.

C2 exprime se sentir légitime parce les soignants reconnaissent sa place : *« elles savent ce que je suis, où je suis et moi je sais ce qu'elles sont. »*

C3 verbalise que c'est essentiellement son statut qui lui permet une légitimité auprès de son équipe et ainsi que la place que lui accorde sa hiérarchie. *« Quand on arrive et qu'on est cadre de santé diplômée, je pense que c'est aidant pour nous [...], je me sens aussi légitime dans mon autorité par ce que ma hiérarchie m'autorise à faire ou me donne comme responsabilité. Cela m'apporte une certaine forme d'autorité vis-à-vis de l'équipe et une légitimité »*

C4 exprime que ce sont ses valeurs qui font qu'elle est légitime dans son autorité : *« il faut être juste, il faut être équitable, il faut essayer de les rassurer, de leur donner les moyens de travailler[...] aller remercier ses équipes parce qu'on voit qu'ils font l'effort maximum et que parfois on est impuissants. On ne peut pas plus les aider à part leur dire merci [...] qu'ils sentent qu'on est présents, qu'on est là et qu'on ne va pas les lâcher, on ne va pas les abandonner quand il y a des situations difficiles »*

C5 considère qu'elle est reconnue dans sa légitimité parce qu'il y a un respect mutuel et qu'elle communique avec son équipe. Elle dit qu'elle est légitime grâce à son autorité naturelle : « *Je n'ai pas besoin de me forcer pour faire accepter des choses [...] J'arrive, en l'expliquant à ma manière, avec mes mots, mon sourire, j'arrive à faire accepter les choses donc à être légitime [...] il y a une valeur et une légitimité à cette autorité* »

C6 considère qu'elle est légitime dans son autorité car elle en fait preuve uniquement quand c'est justifié « *si ça ne rentre pas dans les normes [...] comportement inadapté, travail pas fait* »

Analyse de contenu de la question 15

Le fait d'avoir le statut et un diplôme de cadre mais aussi un lien hiérarchique avec leur équipe justifie pour C1 et C3, qu'elles soient reconnues comme légitime.

Pour l'une d'entre elles, les responsabilités que lui donne sa hiérarchie induisent qu'elle se sente légitime dans son autorité.

Pour C2 la légitimité de son autorité passe par la reconnaissance de sa place au sein de son équipe.

Pour C4 et C5 se sont les valeurs comme l'équité, le respect, la réassurance, le fait de remercier et la communication qui font que leurs équipes reconnaissent leur légitimité.

Analyse croisée des questions et synthèse des résultats sur « l'autorité et le cadre de santé »

Ces différentes questions autour des contraintes et de l'autorité vont me permettre d'appréhender la vision qu'en ont les cadres et d'identifier si la conception de leur autorité a un impact positif ou négatif sur l'acceptation des contraintes par les soignants.

➤ **Les contraintes**

Toutes les cadres imposent des contraintes à leurs équipes. Ces dernières, comme nous l'explique Paul Bourret dans son article « *encadrer dans la fonction publique hospitalières* » (cf. p 17) nous pouvons constater que les contraintes sont essentiellement liées à :

- La gestion du temps de travail et des ressources humaines : changements de planning, manque d'effectifs, la pose des congés annuels et des RTT
- Des contraintes d'organisation liées à l'activité et au manque d'effectif, la réorganisation des tâches et la mobilité inter service.
- La traçabilité

Majoritairement, les cadres expriment ne pas rencontrer de difficultés pour faire accepter les contraintes car les soignants sont motivés et savent qu'ils ont choisi une profession avec des contraintes. Une cadre exprime ne pas être confrontée à la résistance car elle prend le temps d'expliquer pourquoi les contraintes et les règles existent.

Toutes les cadres rejoignent cette conception puisqu'à l'unanimité, elles formulent que pour faire accepter ces contraintes, il faut expliquer les choses et donner du sens aux actions. Il faut être clair dans les explications.

Ce qui nous renvoie à deux leviers du management bienveillant : faire preuve de cohérence et donner du sens.

Une seule cadre mentionne la notion d'imposer après avoir tenté d'expliquer.

➤ **La conception de l'autorité du point de vue des cadres :**

Pour commencer, il est intéressant de constater qu'à l'unanimité, les cadres ne perçoivent pas leur autorité comme de l'autoritarisme et ne souhaitent pas l'exercer de la sorte.

Elles ont plutôt tendance à renvoyer une vision négative de l'autorité et à verbaliser que de s'imposer de façon autoritaire ne fonctionne pas, ce qui rejoint l'idée d'Hannah Arendt : «*« L'autorité exclut l'usage de moyen extérieur de coercition ; là où la force est employée l'autorité proprement dite a échoué [...]. Là où l'on a des arguments, l'autorité est laissée de côté »*

Cependant, l'autorité est perçue par la majorité des cadres interrogées comme essentielle et elles considèrent en avoir ; mais leur autorité vise davantage pour donner un cadre, sécuriser et poser des règles, donner du sens aux actions, puis décider et recadrer lorsque c'est justifié car selon elles, l'autorité ne doit pas se transformer en de l'autoritarisme ni être abusive.

Les cadres ont une représentation de l'autorité basée sur des valeurs comme : la place de chacun, le respect, l'échange et le partage. Une cadre dit d'ailleurs que : « ce n'est pas l'autorité qui est nécessaire mais le positionnement et le respect ». L'autorité doit être bienveillante

➤ **Les leviers pour accepter l'autorité du point de vue des cadres :**

- **La bienveillance**

Elle est reconnue par la moitié des personnes interrogées pour être un levier qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité du cadre.

Cette bienveillance est mise en œuvre par de l'écoute, de la considération, de la communication. Cela passe par le fait de donner du sens et expliquer les actions mais également par autorité juste et légitime, ce qui fait écho et nous renvoie aux leviers de motivation du management bienveillant.

- **La légitimité**

Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, pour que l'autorité du cadre soit reconnue par l'équipe, il faut que celle-ci en reconnaisse sa légitimité. Cela nous est confirmé ici par les cadres interrogées qui nous disent que : L'autorité du cadre est également acceptée par l'équipe car celle-ci les reconnaît comme légitime dans leur place.

La reconnaissance de celle-ci est liée au respect mutuel qu'il y a entre le cadre et son équipe, ses valeurs et ses attitudes du cadre vis-à-vis de ses collaborateurs comme : l'équité, le respect, la réassurance, le fait de remercier et la communication.

Une minorité des cadres pense que si leur autorité est reconnue comme légitime par les équipes c'est en partie grâce à leur statut car elle représente la hiérarchie, au pouvoir que leur donne leur supérieur et à leur diplôme qui leur confère une légitimité. Pourtant, comme nous avons pu le voir dans le cadre théorique, cette autorité hiérarchique ne suffit pas à elle seule, à légitimer l'autorité du cadre de santé. (Cf. P 12)

Nous pouvons donc constater qu'au travers de la légitimité et la bienveillance , ce sont les leviers pour augmenter les émotions positives tels que : expliquer et donner du sens, exprimer sa gratitude et sa reconnaissance ainsi que les leviers pour diminuer les émotions négatives comme : considérer l'autre, faire preuve de cohérence, développer un sentiment de justice et d'équité, mis en œuvre par le cadre et qui vont lui permettre d'obtenir par son équipe, la reconnaissance et la légitimité de son autorité.

5.3.4 La motivation et la bienveillance managériale

16- Comment qualifiez-vous les conditions de travail des soignants dans votre service ?

17- Avez-vous le sentiment qu'elle se sont dégradés ?

Ce que disent les cadres

C1 qualifie les conditions de travail des soignants de bonnes dans son service et fait en sorte qu'elles le soient. Elle exprime qu'il y a peu d'absentéisme dans son secteur ce qui favorise les bonnes conditions de travail.

C2 considère que les conditions de travail sont différentes aujourd'hui. **« On est dans une phase de transition [...] aujourd'hui l'hôpital c'est : je soigne la crise ».**

C2 dit qu'en fonction des différentes générations de soignants ils ne vont pas avoir la même vision. Pour les anciennes infirmières, les conditions de travail vont être perçues comme difficiles car elles sont dans le regret de ne plus avoir suffisamment de temps pour parler avec les patients **« ces soignants-là sont en souffrances aujourd'hui dans leur exercice, dans leurs conditions de travail » [...] elles ont l'impression de ne pas pouvoir passer le temps nécessaire qu'elles passaient avant auprès des patientes [...] en souffrance par rapport au fait que les effectifs soient rationalisés de plus en plus et du coup ça laisse moins de temps au reste »**

C3 qualifie les conditions de travail du personnel difficiles mais, selon elle, elles se sont améliorées depuis qu'elles sont passées sur un rythme de travail en douze heures car elles sont plus nombreuses à être présentes sur la journée et on voit une amélioration de la qualité de leur travail. **« J'ai une équipe qui est beaucoup plus apaisée [...], Je sens mieux les patients et je le vois aussi dans les traçabilités, je le vois, les dossiers de soins sont mieux faits. Il y a plus de transmissions, il y a une meilleure organisation ».**

C3 dit que les conditions de travail restent malgré tout difficiles : **« On est à l'hôpital quand même avec des contraintes budgétaires qui font que ce n'est pas simple. C'est loin d'être simple [...] on n'a pas ou peu de vacataires, quand on doit faire revenir du personnel on demande des heures supplémentaires et les heures sup ne sont faites que par des gens qui travaillent. Donc on les fait travailler en plus. Parfois on a des périodes où on a un tel taux d'absentéisme, beaucoup d'absences et que l'on épuise nos équipes de façon générale. On les rappelle et voilà. »**

C4 dit que les conditions de travail sont variables en fonction des secteurs qu'elle encadre. Selon elle, le milieu des rééducateurs est un peu protégé car ils n'ont pas le même rythme de travail.

Les agents des offices alimentaires ont des conditions de travail difficiles. **« C'est compliqué d'un point de vue émotionnel, humain et au niveau physique, sur l'ensemble des trois parce que du coup ça demande quand même beaucoup de manipulations de charriots, de denrées... »**

Elle ne pense pas que les conditions de travail se soient dégradées mais pense qu'elles sont différentes car **« avant, on n'avait pas cette vigilance et on là de plus en plus, que ce soit vis-à-vis du burnout, au niveau des conditions de sécurité, des conditions d'hygiène on regarde beaucoup plus les choses. Je pense que du coup, ça nous paraît beaucoup plus aggravé [...], on avait une certaine largesse au niveau du nombre de personnel donc forcément ça a un impact. »**

C5 exprime que les conditions de travail des soignants dans son équipe sont extrêmement difficiles psychologiquement et physiquement, du fait de la pathologie des personnes accueillies. Elle verbalise : « *elles ne sont pas assez nombreuses pour prendre le temps de faire de vrais soins, d'accompagner réellement les résidents dans tous leurs gestes, et aussi dans leurs souffrances parce que les résidents sont en souffrance* ».

Elle pense que les conditions de travail ne se sont pas dégradées mais pas améliorées : les conditions de travail ne se sont pas adaptées à la population accueillie aujourd'hui.

C6 qualifie les conditions de travail difficiles car les populations accueillies sont de plus en plus lourdes. Elle ne pense pas que les conditions de travail se soient dégradées mais vu que la population est de plus en plus dépendante et qu'il n'y pas eu de réévaluations par rapport aux besoins et les soignants ont moins de temps pour réaliser correctement les soins. Elle dit : « *qu'il faut descendre ses exigences. Si on n'a pas le temps de faire un shampoing à une patiente, on n'a pas le temps et ce n'est pas grave* »

Analyse de contenu des questions 16 et 17

Les conditions de travail à l'hôpital sont qualifiées comme difficile pour 5 cadres sur six.

Une cadre C1 considère que celles-ci sont bonnes dans son service. Elle ne considère pas que les conditions de travail se soient dégradées car il y a un faible taux d'absentéisme dans son service et que celui-ci contribue selon elle aux bonnes conditions de travail.

C2 et C4 considère que les conditions de travail sont différentes.

Pour C2, les conditions de travail sont perçues comme difficiles pour les anciens soignants car ils ont connu l'hôpital avant la rationalisation des effectifs. Aujourd'hui, ils sont en souffrance car ils n'ont plus le temps de s'occuper des patients comme avant car ils sont moins nombreux.

C4 dit que les conditions de travail sont difficiles par la pénibilité du travail en lui-même mais ne pense pas qu'elles se soient dégradées, aujourd'hui on attache davantage de vigilance à la traçabilité comme l'hygiène, la sécurité..., il y a moins de personnel.

C3 qualifie les conditions de travail difficiles mais dit que le passage du temps de travail en 12 heures pour les soignants a contribué à les améliorer.

Cependant, elle exprime que les conditions de travail se sont dégradées d'une manière générale car l'hôpital est soumis à des contraintes budgétaires : il y a beaucoup d'absentéisme et pour y pallier on sollicite les soignants en heures supplémentaires et que de ce fait on les épuise.

C5 et C6 elles ne considèrent pas que les conditions de travail se soient dégradées mais qu'elles n'ont pas été réadaptées aux besoins de la population d'aujourd'hui qui est de plus en plus dépendantes. Les soignants ne sont donc pas assez nombreux pour prendre en charge la population accueillie

**18 - Comment qualifiez-vous la motivation au travail des agents dans votre équipe ?
pouvez-vous argumenter ?**

Ce que disent les cadres

C1 qualifie la motivation de son équipe au travail de bonne car c'est une équipe souriante et agréable. Les soignants ont tous envie de rester dans le service. Ils s'assurent toujours du bien-être de l'enfant et de sa famille. Ils sont motivés dans les projets et sont curieuses de se former pour permettre aux services de s'améliorer. **« On arrive à réaliser plein de petits projets »**

C2 exprime que les soignants sont motivés dans leur exercice et dans leur rôle. Ils sont investis au quotidien dans le sens qu'ils vont tout mettre en œuvre pour le patient et répondre à ses attentes. Il y a une entraide entre collègue.

Selon C2, les limites de cette motivation se situent lorsque les soignants s'engagent au niveau institutionnel ou dans l'organisation du service : **« elles s'investissent, mais pour préserver leur confort personnel quand même, c'est ça qu'elles veulent préserver aussi »**

Elle pense que le travail en douze heures est un frein à la participation car les agents sont peu présents au travail.

C3 dit que la motivation est fluctuante. En ce moment, elle qualifie son équipe de motivée car elle s'est investie dans le projet du passage en 12 heures et de voir que cela fonctionne et que c'est bénéfique pour eux, a remis de la motivation au travail : **« Ils ont besoin d'être inclus dans des projets, sur des nouvelles choses pour que la motivation revienne » [...] « la motivation on la voit dans l'implication. Quand on essaie de mettre quelque chose en œuvre, qu'ils s'emparent assez facilement du truc et qu'ils s'investissent sans qu'on ait besoin d'aller les tirer, les chercher, faire des réunions de travail. »**

C4 qualifie ses équipes de très motivées que ce soient les équipes de rééducateurs, les équipes des offices alimentaires ou les ASH. Elle dit le ressentir dans leur relationnel avec les patients et parce qu'il y a une bonne ambiance et une entraide au sein des équipes. **« Je pense que l'ambiance de travail est aussi importante en fait au niveau de la motivation des équipes ».**

C5 qualifie ses équipes de très motivées. C5 le voit à la bienveillance des soignants vis-à-vis des résidents et des familles. Malgré leurs divers problèmes de santé, elles sont présentes pour s'occuper et accompagner les patients, il y a peu d'absentéisme.

C6 qualifie la motivation des soignants de bonne. Elle le ressent à leur bien-être au travail (sourire, communication, échange) et parce qu'il y a engagement auprès de la personne prise en charge.

Analyse de contenu de la question 18

Tous les cadres qualifient leurs équipes de motivées ou très motivées. C3 dit que la motivation de son équipe est fluctuante.

Pour les cadres interrogées, la motivation des soignants se traduit par :

Leur engagement dans la prise en charge du patient, leur relation et leur bienveillance vis-à-vis du patient, leur bien-être au travail : leur sourire, communication, échange et l'esprit d'équipe au sein du service notamment par l'entraide.

C3 dit que l'on peut également voir la motivation au regard de l'investissement dans les projets de service et institutionnel. Néanmoins, pour C2 les soignants sont motivés pour s'investir dans les projets institutionnels quand ils y trouvent un intérêt personnel.

19- Quels sont les leviers dont dispose le cadre de santé pour motiver son équipe ?

Ce que disent les cadres

C1 verbalise qu'il y a peu de leviers pour motiver les équipes. Elle dit que pour les motiver elle valorise le travail que font les soignants. Elle essaie d'être présente et de valoriser leur travail « **les valoriser dans ce qui est fait, ça c'est important !** »

C2 exprime que : « **l'entretien annuel d'évaluation et de formation est levier pour motiver** », car c'est un moment d'échange et l'occasion de fixer des objectifs pour l'agent.

C3 est pessimiste concernant la motivation : « **pffff. Honnêtement la motivation** » [...] **ce n'est pas simple pour le cadre justement parce qu'on sait qu'on n'a pas les moyens de remercier ou de féliciter par des moyens pécuniaires** ».

Elle dit que le cadre peut essayer de les motiver en les faisant participer à des projets et en s'appuyant sur les soignants les plus motivés pour entraîner les autres.

C4 exprime que pour motiver son équipe elle doit s'assurer qu'il y ait une bonne ambiance de travail. L'autre levier dont elle dispose est de les faire participer aux groupes de travail institutionnels pour développer leur sentiment d'appartenance à l'institution. Cela permet également aux soignants de sortir de leur quotidien et de rompre avec la routine, de rencontrer et d'échanger avec d'autres personnes, de créer des supports institutionnels...

C5 exprime que la bienveillance du cadre est un bon moyen pour garder une équipe dans une certaine motivation. Elle dit que les échanges et la compréhension de la part du cadre vis-à-vis de ses équipes sont des vrais leviers pour permettre la motivation des agents. Elle a essayé d'instaurer également des temps de relaxation pour les agents mais cela n'a pas fonctionné.

C6 considère que les leviers dont dispose le cadre de santé pour motiver son équipe sont de les faire participer à la vie du service en leur donnant des responsabilités « **les rendre responsables, je ne sais pas... je vais dire n'importe quoi, les rendre responsable d'un essai de matériel et les nommer référent pour les motiver davantage** », leur proposer des formations et les inclure dans les commissions institutionnelles et les groupes de travail.

Analyse de contenu de la question 19

Les réponses des cadres interrogés permettent de faire ressortir quelques leviers pour motiver les équipes.

Trois cadres disent que pour motiver les équipes, il faut les faire participer dans des projets de services ou institutionnels par la création de groupe de travail.

C2 cite l'entretien annuel et de formation comme levier motivationnel car il permet de fixer des objectifs avec l'agent.

C5 relate que la bienveillance managériale par de l'échange et de la compréhension permet de maintenir la motivation des agents

Enfin C6 dit que pour motiver les soignants il faut les rendre responsable.

20- Comment caractérisez-vous votre mode de management ?

Ce que disent les cadres

C1 caractérise son mode de management comme participatif car elle est favorable pour porter les projets au sein du service mais aussi individuellement pour les agents. Elle dit être à l'écoute pour comprendre les problèmes et pour améliorer les situations de travail. Elle dit qu'elle est dans un management participatif car : « *Ce sont les équipes qui apportent un peu le fruit du tout au quotidien et c'est en les écoutant et en travaillant avec elles qu'on arrive à faire des choses. C'est la richesse des équipes. On n'invente rien tout seul.* »

C2 dit qu'elle adapte son management à l'équipe, à la personne, et aux situations. C1 exprime être dans un management participatif : « *je suis dans le participatif mais jusqu'à une certaine mesure parce que le participatif c'est bien, mais pas poussé à l'excès parce qu'à un moment donné, de toute façon, si on est dans le participatif on mouline, on n'en sort pas. Il faut déjà, mais ça c'est la base, savoir à peu près ce qu'on attend, mais à un moment donné il faut dire : stop* ».

C3 exprime être dans un management bienveillant et empathique : « *C'est quelque chose d'important pour moi d'être dans l'empathie, d'être dans la bienveillance surtout [...] J'essaie d'être très bienveillante, de faire attention, d'être dans l'équité aussi parce que ça, pareil c'est destructeur quand on n'est pas dans l'équité. [...] je pense être proche de ses équipes peut être trop* »

Elle trouve que les cadres sont contraints de faire des choses de moins en moins bienveillantes, ce qui la heurte dans ses valeurs et la questionne sur son rôle et sa place.

C4 ne définit pas son mode de management mais exprime avoir un management de proximité « *je pense qu'il faut vraiment reprendre le terme de : cadre de proximité* ».

Elle dit être proche de ses équipes, à l'écoute, dans la communication et dans une relation de confiance « *Pour moi la confiance, c'est un maître mot parce que du coup il faut qu'eux se sentent en confiance avec moi [...] et d'un autre côté, j'ai besoin d'avoir confiance en eux* »

C5 qualifie son mode de management comme « *il est très participatif déjà, il est bienveillant [...] C'est ça participatif et bienveillant* »

C6 qualifie son management de participatif, à l'écoute et ouvert

Analyse de contenu de la question 20

Quatre cadres interrogés caractérisent leur mode de management de participatif.

Le management bienveillant est cité deux fois et fait appel selon les cadres à l'écoute, l'empathie, l'équité.

Le management de proximité est également cité par C1 qui le caractérise par le fait qu'elle se sente proche de ses équipes, qu'elle est dans la communication et dans une relation de confiance réciproque.

21- Pouvez-vous me donner trois critères pour vous décrire dans vos fonctions cadre de santé dans la relation avec votre équipe ?

Ce que disent les cadres

C1 se décrit dans sa relation avec son équipe : à l'écoute, calme et réfléchi

C2 se définit comme un cadre à l'écoute, adaptable car peut être souple mais aussi ferme et cadrant

C3 exprime que les critères indispensables pour lui en tant que cadre sont la bienveillance et l'exemplarité

C4 se qualifie de juste, équitable et à l'écoute.

C5 se définit comme un cadre qui est dans la relation : à l'écoute dans l'échange dans la communication et dans l'humour

C6 se décrit comme un cadre à l'écoute, disponible, motivant et positif.

Analyse de contenu de la question 21

Être à l'écoute est le critère relaté à l'unanimité par les cadres pour se décrire dans la relation avec leur équipe.

On note également les critères comme ceux d'être dans l'exemplarité, la bienveillance, la communication, l'échange, être juste et équitable.

Analyse croisée des questions et synthèse des résultats sur « La motivation et la bienveillance managériale »

Au travers ces différentes questions, je souhaite rechercher si des conditions de travail difficiles vont avoir une influence ou non sur la motivation des soignants et identifier si les cadres connaissent et utilisent les leviers de cette motivation du management bienveillant, pour motiver leurs équipes.

Bien que cinq cadres sur six interrogées considèrent que les conditions de travail des soignants sont difficiles, elles semblent pour la majorité avoir le sentiment que celles-ci ne se sont pas dégradées. Paradoxalement, leurs paroles nous incitent à penser que les conditions de travail à l'hôpital se sont détériorées :

« Les soignants sont en souffrance car ils n'ont pas le temps de s'occuper correctement des patients devenus de plus en plus dépendants. Ils ont moins de temps pour réaliser les soins ».

« Ils ne sont pas assez nombreux, il y a moins de personnels ».

« Pour pallier l'absentéisme (car il y en a beaucoup), les soignants sont épuisés, ils sont sollicités en heures supplémentaires payées ou non payées sur repos hebdomadaires ».

« L'hôpital est soumis à des contraintes budgétaires » « il y a beaucoup de traçabilités ».

Malgré, des conditions de travail difficiles et qui se sont dégradées, tous les cadres considèrent que les soignants de leur service sont motivés.

Cette motivation est perçue pour cinq cadres sur six, d'abord par l'engagement des soignants dans la prise en charge du patient ainsi que dans sa relation et sa bienveillance vis-à-vis de lui.

Ensuite, elles identifient leur motivation par : le bien-être de leur équipe au travail, leur sourire, leur communication et leur échange entre eux, ainsi que par l'esprit d'équipe au sein du service.

Pour impulser cette motivation, il est surprenant de constater que les cadres ne connaissent pas réellement les leviers qui vont leur permettre de motiver leurs équipes. Pourtant, nous avons observé précédemment que, sans les connaître, elles utilisent spontanément certains d'entre eux pour permettre aux soignants d'accepter les contraintes et que c'est grâce à ces leviers qu'elles sont reconnues dans leur autorité.

Une seule cadre relate que la bienveillance managériale par de l'échange et de la compréhension permet de maintenir la motivation. Au travers de la compréhension, on peut donc ici reconnaître le levier de l'empathie.

Il est étonnant de constater que cette notion d'empathie n'est pas relatée par les cadres interrogées. Cependant mes échanges avec elles me permettent réellement de supposer que derrière le terme « être à l'écoute » elles incluent cette idée d'empathie.

De plus, elles reconnaissent la motivation des soignants grâce à leur investissement auprès des patients ainsi qu'à leur bien-être et comme nous l'avons vu dans le cadre de référence c'est : « le leader empathique permet de créer un climat favorisant la motivation, la communication au sein des équipes. Les ambiances de travail s'améliorent et les risques de résistance au changement diminuent » (Cf. p 22)

Une autre cadre dit que parmi les leviers de motivations que le cadre a à sa disposition, il peut : fixer des objectifs via les entretiens annuels.

En effet, fixer des objectifs clairs et atteignables est un des leviers qui peut permettre la motivation. Cependant ici, il ne peut être mis en évidence car fixer des objectifs demande un réel accompagnement de l'agent de la part du cadre.

Une majorité cite qu'il faut faire participer les soignants à des projets et des groupes de travail or nous savons pertinemment, que si l'agent n'est pas motivé, il ne va pas avoir envie de s'investir dans des projets de services ou institutionnels.

Lorsque l'on demande aux cadres interrogées d'identifier leur mode de management, ils nomment tous le management participatif et /ou bienveillant qui font appel à ces leviers de motivation.

En effet, comme nous avons pu le voir dans le cadre de référence, le management participatif fait écho sur plusieurs critères au management bienveillant et au levier de la motivation puisqu'il nécessite d'être dans une relation de confiance, dans l'échange entre le manager et son équipe ainsi que de laisser une autonomie aux collaborateurs.

De plus, quand ils se décrivent dans la relation avec leur équipe, ils se définissent à l'unanimité comme étant à l'écoute mais également par d'autres critères en lien avec à la bienveillance comme : étant dans la communication, dans l'échange puis juste et équitable.

Ce qui nous autorise à penser que, même si les cadres ne connaissent pas à proprement parler les leviers de motivations du management bienveillant, leur vision managériale et leurs attitudes bienveillantes, vis-à-vis des membres de leurs équipes, influencent vraisemblablement la motivation de celles-ci dans leur travail au quotidien.

6 La confrontation des résultats avec l'hypothèse et la question de recherche

Je vais maintenant revenir sur mon hypothèse et ma question de recherche que j'avais émis en amont de mon travail et qui, pour rappel, sont les suivantes :

L'hypothèse : Les soignants acceptent davantage les contraintes lorsqu'ils sont managés avec bienveillance.

La question de recherche : Le management bienveillant du cadre de santé est-il un atout pour légitimer son autorité ?

Au travers de mon cadre théorique et l'analyse de mes entretiens menés auprès des cadres de santé, je peux confirmer mon hypothèse et ma question de recherche. Néanmoins, il est important de rester humble car ce travail est basé sur un échantillon restreint et de ce fait, nous ne pouvons généraliser ces résultats.

Tout d'abord, nous avons pu mettre en évidence que les conditions de travail à l'hôpital sont difficiles et qu'elles semblent s'être dégradées. Ce constat nous permet d'établir un lien de causalité avec les contraintes, que les cadres imposent à leur équipe.

Malgré cela, il ressort que les soignants restent motivés dans la prise en charge et dans l'accompagnement des patients.

Pour une majorité des cadres interrogées, la relation et l'accompagnement tiennent une place prépondérante dans leur rôle de manager. A l'unanimité, la confiance apparaît être la base de ce lien qui ne peut exister sans une certaine proximité.

Cette relation proche, tout en gardant une juste distance, permet au cadre d'appréhender ce que son équipe attend de lui. Soit, un management avec des valeurs qui font appel non seulement à l'éthique mais aussi à la bienveillance.

Les cadres sont également attentifs à cette bienveillance car ils ne souhaitent pas être dans l'autoritarisme et emploient spontanément pour accompagner leur équipe au quotidien des leviers de motivation positive sans forcément les identifier.

Sur les six cadres interrogées, toutes verbalisent que l'important pour faire accepter les contraintes à l'équipe, c'est d'expliquer et donner du sens ce qui est le premier levier motivationnel du management bienveillant. Deux cadres disent rencontrer des difficultés pour faire accepter sachant que l'une verbalise que les explications et la communication facilitent la compliance.

Ces éléments nous permettent donc d'affirmer l'hypothèse que les soignants acceptent davantage les contraintes quand ils sont managés avec bienveillance.

J'irai même plus loin en disant que le management bienveillant permet également le maintien de la motivation des soignants.

Revenons à présent sur l'autorité qui était le point de départ de mon travail de recherche.

Comme j'ai pu le mettre en évidence au sein de mon cadre théorique, l'autorité n'est en rien malveillante et nous pouvons constater dans l'analyse sur l'autorité du cadre que celles-ci la perçoivent ainsi.

Elle la considère nécessaire pour donner un « cadre » et parallèlement les soignants attendent que le manager soit le garant de l'organisation, des conditions de travail et qu'il sache prendre des décisions. L'autorité du cadre est basée sur des valeurs comme la place de chacun, le respect, l'échange et le partage.

La moitié des cadres interrogées expriment d'ailleurs que c'est la bienveillance au travers de l'écoute de la considération, du fait de donner du sens aux actions et d'expliquer, qui leur permet d'être reconnues comme légitime dans leur autorité. Ce qui nous permet de confirmer (à la hauteur de cet échantillon) que :

La bienveillance managériale est un atout pour légitimer l'autorité du cadre de santé.

7 Les limites de ce travail

Le choix de ce thème autour de la bienveillance managériale, s'est fait spontanément car il me tenait à cœur. La première limite dans la réalisation de ce travail de recherche a donc été de pouvoir prendre suffisamment de hauteur par rapport à mon sujet pour poser ma question de départ et débiter mon cadre de référence.

J'ai pris beaucoup de plaisir à étudier les différents concepts, néanmoins sélectionner les données pour rédiger mon cadre théorique et poser ma question de recherche ont été moins aisés, ce qui m'a fait prendre du retard.

Cette notion de temporalité d'une manière générale a réellement été un frein dans la réalisation de mon mémoire, et j'ai le sentiment de ne pas avoir effectué une recherche aussi achevée que je l'aurais souhaitée.

Le manque de temps m'a obligé à limiter le nombre d'entretiens. J'avais réalisé huit interviews mais deux se sont avérées inexploitable. J'obtiens donc des résultats qui ne peuvent être généralisés compte tenu de l'échantillon de faible représentativité.

Par ailleurs, j'ai réalisé mon enquête en interrogeant uniquement des cadres de santé. Avec le recul, je pense que les données recueillies auraient mérité d'être confrontées avec le point de vue des soignants pour me permettre une meilleure objectivité quant à l'affirmation de mon hypothèse et de ma question de recherche.

Avant de mener mes enquêtes, je trouvais ma grille d'entretien cohérente et bien réalisée avec un fil conducteur. Lorsque, j'ai réalisé l'analyse des résultats je me suis aperçue que 22 questions ouvertes nécessitaient un travail conséquent d'analyse. Certaines questions étaient redondantes et auraient pu être évitées. Néanmoins, je les ai toutes analysées, elles m'ont guidées dans mon cheminement même si elles n'ont pas toutes alimenté la réponse à mon hypothèse et à ma question de recherche.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche a été à la fois riche et complexe. Il m'a permis de me nourrir d'un point de vue théorique, d'acquérir une méthodologie et de développer des capacités d'analyses qui me seront utiles dans mon exercice au quotidien.

Ma perception de l'autorité et de la bienveillance étant étroitement liées à mon expérience professionnelle ; la construction de ce mémoire au travers de nombreuses lectures qui l'ont accompagné et de mes entretiens avec différents cadres de santé m'ont permis de faire évoluer mes représentations de ces différents concepts.

La réalisation de ce travail de recherche ainsi que l'année de formation à l'IFCS ont été aussi pour moi l'occasion de prendre le recul nécessaire et de mener une réflexion sur mon positionnement et ma posture de cadre de santé.

Je peux dire aujourd'hui que l'autorité n'est en rien malveillante, elle est même nécessaire pour accompagner les soignants mais il appartient à chaque cadre de « faire fructifier et d'embellir »⁶⁹ au travers un comportement éthique.

Au-delà du fait, qu'écrire ce mémoire m'ait confirmé que la bienveillance managériale permet de légitimer l'autorité du cadre de santé, celle-ci est apparue comme étant un puissant levier managérial.

En effet, ce travail m'a permis de mettre en exergue (bien que l'échantillon de personnes interrogées ne me permette pas de tirer des conclusions généralisées) qu'à l'heure où les organisations hospitalières sont en perpétuelles mutations, où la qualité des soins et l'efficacité peuvent « primer sur le rapport humain », des actes et des attitudes qui paraissent banals tels que : faire confiance , donner du sens, expliquer, considérer l'autre, sembleraient malgré les conditions de travail difficiles et les contraintes imposées avoir un réel impact sur le travail des soignants qui restent motivés pour prendre soin des patients.

Je conclurai en disant que promouvoir le management bienveillant dans nos organisations de santé me semble donc être « le mode management » de demain pour permettre d'allier l'efficacité et l'humain mais reste-t-il à le faire reconnaître et accepter de tous.

*« Une utopie est un projet réalisable qui n'a pas encore été réalisé »
Théodore Monod -Humaniste Français*

⁶⁹ Mispelblom Beyer F, Glée C. Diriger et encadrer autrement p 146- 174 Editions Armand Colin

Bibliographie

Ouvrages

Barus-Michel J. Ardoino, Jacques. « Autorité » -Vocabulaire de psychosociologie. Editions Eres ; 2002

Arendt H. La crise de la culture- chapitre 3 Qu'est-ce que l'autorité ? Editions Gallimard ; 1972

Bourgeon D. Les cadres de santé et la reconnaissance au travail. Gestion des ressources Humaines. Editions Lamarre ; 2012

Heesbeen W. Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soins p 87à 127 Elsevier Masson ; 2011

Kojève A. La notion de l'autorité. Editions Gallimard ; 2004

Lapetina B. « Vers un management bienveillant » en établissement médico-social. Editions Champ Social ; 2016

Mintzberg H. Le manager au quotidien, Les dix rôles du cadre. Editions d'organisation Eyrolles 2006

Mispelblom Beyer F, Glée C. Diriger et encadrer autrement p 146- 174 Editions Armand Colin

Revillot J-M. Pour une visée éthique du métier de cadre de santé 2^{ème} édition. Gestion des ressources Humaines. Editions Lamarre ; 2016

Rodet P, Desjacques Y. Le management bienveillant. Edition Eyrolles ; 2017

Sliwka C, Deschamps C. Les cadres de santé, des cadres de métier. Gestion des ressources Humaines. Editions Lamarre ; 2007

Articles

Becu S. Bienveillance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital, Soins Cadre Août 2012 n°83

Bouret P. Encadrez dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible, Revue française d'administration publique avril 2008 n°128

Cevaer D. L'encadrement dans l'évolution des nouvelles stratégies de gouvernance Soins Cadres supplément au n°93

Lochet N. Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? Soins Cadre Mai 2012 n°82

Pirra J-M. Pratiquer la bienveillance en management, Soins cadre août 2012 n°83

Guillou M. Autorité du cadre de santé et prise de poste, Soins cadre février 2015 n°93

Document extrait d'un site internet

Ardoino Jacques. Autorité-Vocabulaire de la psychologie.

[Consulté le 14/11/2018]

Disponible : <https://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie--9782749206851-page-61.htm>

Euréal. Réaliser un entretien semi-directif

[Consulté le 14 /02 /2018]

Disponible : https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf

Galiana David : Quel est la différence entre un leader et un manager ?

[Consulté le 24/01/2018]

Disponible : <https://www.planzone.fr/blog/difference-manager-leader>

Gaunand Antonin. Leader ou manager

[Consulté le 20/01/2018]

Disponible : <http://www.gaunand.com/leadership/leader-ou-manager/>

Hirèche Loréa. L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle : Esquisse d'un modèle conceptuel

[Consulté le 20/02/2018]

Disponible :

https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2883/Hireche_Lorea.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Les fondements de l'autorité. Sciences Humaines

[Consulté le 14/11/2018]

Disponible : https://www.scienceshumaines.com/les-fondements-de-l-autorite_fr_1412.html

Martineau Emmanuel. Le management bienveillant

[Consulté le 14/11/2018]

Disponible : <http://emmanuel-martineau.blog.lemonde.fr/2016/03/06/le-declenchement/>

Site internet

<http://www.cnrtl.fr/>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires>

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_13

<https://www.youtube.com/watch?v=9Srjq2sGrMc&t=753s>

Table des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien n°6

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien n°2

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIEN

Talon Sociologique

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre profession d'origine ?
- Depuis combien d'années êtes-vous cadre santé ?
- Dans quel service travaillez-vous ?
- Combien de professionnels de santé encadrez-vous ?

1- Pouvez-vous m'expliquer comment vous vivez la relation et l'accompagnement avec votre équipe aujourd'hui ?

2- Quels sont vos rôles en tant que CDS de santé dans le service ?

3- Quelle est votre priorité dans votre rôle de manager ?

4- Comment situer vous votre place au sein de votre équipe

5- Connaissez-vous les attentes de votre équipe envers vous ?

✓ Si oui comment avez-vous cerner ces attentes ?

✓ Si non pourquoi ?

6- Pouvez-vous m'expliquer s'il existe une différence entre un manager et un leader ?

7- Vous sentez vous leader de votre équipe ?

✓ Si oui, pourquoi ? qu'est ce qui fait de vous ce leader ?

✓ Si non pourquoi ?

8- Avez-vous le sentiment d'imposer des contraintes à votre équipe ?

✓ Si oui lesquelles ?

✓ Si non comment faites-vous pour ne pas en imposer ?

9- Rencontrez-vous des difficultés pour les faire accepter ?

✓ Si oui Pourquoi ?

✓ Si non Pourquoi ?

10- Comment procédez-vous pour les faire accepter

11- Quelle représentation avez-vous de l'autorité du cadre

12- Selon vous l'autorité du cadre est- elle nécessaire ?

✓ Si oui, pourquoi ?

✓ Si non pourquoi ?

13- Considérez-vous avoir de l'autorité envers vos équipes ?

✓ Si oui, pourquoi ?

✓ Si non pourquoi ?

14- Selon vous qu'est ce qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité du cadre de santé ?

15- Vous sentez- vous légitime dans votre autorité auprès de vos équipes ?

✓ Si oui, pourquoi ?

✓ Si non, pourquoi ?

16- Comment qualifiez-vous les conditions de travail des soignants dans votre service ?

17- Avez-vous le sentiment qu'elle se sont dégradés ?

✓ Si oui, pourquoi ?

✓ Si non, pourquoi ?

18- Comment qualifiez-vous la motivation au travail des agents dans votre équipe ?

✓ Motiver, pas motiver pourquoi ?

✓ Pouvez-vous argumentez votre réponse ?

19- Quels sont les leviers dont dispose le cadre de santé pour motiver son équipe ?

20- Comment caractérisez-vous votre mode de management ?

- Pouvez-vous argumenter ?

21- Pouvez-vous me donner trois critères pour vous décrire dans vos fonctions cadre de santé dans la relation avec votre équipe ?

22- Il y a-t-il un thème que je n'ai pas abordé et que vous souhaiteriez traiter ?

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien n°6

Magali : quel âge avez-vous ?

Interviewée : j'ai 43 ans.

Magali : depuis combien d'années êtes-vous cadre de santé ?

Interviewée : ça ne fait pas un an. J'étais « faisant fonction », j'ai fait « faisant fonction » d'avril 2015 à août 2017, j'étais à l'école des cadres de septembre 2017 à juin 2018 et j'ai été diplômée le 30 juin 2018. J'ai pris mon poste le 1er juillet 2018 dans le service.

Magali : d'accord. Dans quel service travaillez-vous ?

Interviewée : médecine et nécessaire gériatrique.

Magali : combien d'agents encadrez-vous ?

Interviewée : quarante

Interviewée : oui, une quarantaine. Un peu plus avec les services de nuit, c'est parce qu'on a changé. On a les AS de nuit en plus. Ça doit faire 45 peut-être. 40–45.

Magali : de quelle filière professionnelle êtes-vous ?

Interviewée : infirmière de métier

Magali : Pouvez-vous m'expliquer comment vous vivez la relation et l'accompagnement avec votre équipe ?

Interviewée : comment je la vis ?

Magali : Si vous voulez, on commence par la relation et après par l'accompagnement ou les deux si vous voulez.

Interviewée : très bonne relation, relation de confiance, beaucoup d'échanges. Tous les matins, je viens voir mes équipes pour savoir comment ça va, comment s'est passé le début de la matinée. L'après-midi j'ai un peu moins de temps, ce n'est pas systématique, je ne vais pas les voir au bout d'une heure ou deux heures de travail. C'est plus compliqué l'après-midi. Mais je vais les voir au moins une fois dans leur poste matin et après-midi. La relation ? Oui, relation de confiance. Mon bureau est toujours ouvert. Ils savent qu'ils peuvent compter sur moi, s'ils ont besoin, s'ils rencontrent des difficultés dans leur travail ou dans leur vie perso. Après je sais que leur vie perso ne doit pas impacter le travail, mais on est obligé de faire avec. S'il y a des événements qui se passent dans leur vie personnelle, il y a forcément un impact sur le lieu de travail comme un décès par exemple. Ce matin j'ai eu à gérer une aide-soignante qui vient de perdre son papa, qui était en arrêt depuis trois jours, qui est revenue aujourd'hui et qui est venue me voir dans le bureau, elle était en pleurs. Je lui ai proposé de repartir chez elle et j'ai trouvé des solutions pour les jours qui suivaient. Je ne peux pas la laisser en difficulté dans son poste, ce n'est pas possible. Sinon, relationnel ? Si je suis déçue de comportements ou d'agissements, je le fais savoir tout de suite. C'est du tac au tac. Sinon c'était relationnel et quoi ?

Magali : et accompagnement.

Interviewée : je pense les accompagner au mieux, du mieux que je peux, je pense être très disponible pour eux quand même, limite je ne ferme pas assez ma porte parce que quand on est dans les plannings, qu'on ne veut pas être dérangé... Après c'est compliqué de fermer sa porte et de se dire non je n'ouvre pas, je ne peux pas être dispo pour vous. Il faut que j'apprenne encore ça. Ce n'est pas acquis.

Magali : quels sont vos rôles en tant que cadre de santé dans le service ?

Interviewée : mes rôles ? Le management déjà avant tout, coordination, un peu de tout en fait au niveau familles, médecins, coordination avec l'extérieur s'il y a des besoins en complément de l'assistante sociale. Mes rôles ? D'écoute quand même de la famille, agents, même les médecins. Les rôles d'orientation, oui de coordination.

Magali : d'accord. Si tu ne vois pas, non c'est bon. Quand tu me dis que tu n'as plus rien à rajouter, on passe.

Interviewée : cohésion aussi entre les équipes. Quand on a plusieurs services à gérer et que les services sont amenés à travailler ensemble, il faut qu'on soit le lien entre les deux. Nous on est un lien, comment on pourrait dire ? Mince, j'ai perdu le mot. Quand on fait de l'escalade ? Mousqueton.

Magali : quelle est votre priorité en tant que manager ?

Interviewée : la priorité ?

Magali : dans votre rôle de manager ?

Interviewée : avoir un personnel suffisant pour prendre en charge les patients, que les patients soient bien pris en charge en conséquence s'il y a un nombre suffisant d'agents, normalement ça doit rouler et oui, c'est ça je pense.

Magali : comment situez-vous votre place au sein de votre équipe ?

Interviewée : comment je situe ma place ?

Magali : oui

Interviewée : dans l'équipe. Mais on sent quand même... comment dire, je fais partie d'une équipe, mais on se sent quand même à l'extérieur du groupe. On visionne en fait toute l'équipe, on visionne toute l'organisation, tout ce qui se passe. On a un regard extérieur. Donc c'est à la fois dedans et dehors. Pour la prise de décision, pour un recadrage forcément on se sent plus dehors et quand il y a des réunions d'équipe, on se sent plus dedans. Ça dépend des moments. Quand il faut soutenir des équipes par rapport à un comportement de famille, on se sent plus dans l'équipe. Quand il y a des décisions à appliquer de la direction et que ça ne plaît pas aux équipes, on se sent un peu plus dehors.

Magali : connaissez-vous les attentes de votre équipe envers vous ?

Interviewée : oui, je pense : l'honnêteté, la franchise et les soutenir.

Magali : comment vous avez fait pour cerner justement leurs attentes ?

Interviewée : ils viennent me le dire.

Magali : ils viennent vous dire ce qu'ils attendent de vous ?

Interviewée : non, mais s'ils sont mécontents par rapport à quelque chose, ils viennent me dire clairement ce qui va et ce qui ne va pas. Après il y a les bruits de couloir. Il y a toujours des petites pièces rapporteuses de ce qui se passe.

Magali : pouvez-vous m'expliquer s'il y a une différence entre le manager et le leader ?

Interviewée : Un bon leader n'est pas forcément un bon manager et un bon manager n'est pas forcément un bon leader. Moi, je pense que pour être cadre, il faut être les deux : il faut être bon manager et bon leader, si on veut que ça se passe bien, après... parce qu'on a des leaders d'équipe qui ne sont pas managers, qui ne managent pas l'équipe, qui sont plus leaders. C'est un tout pour moi.

Magali : et vous, vous vous sentez leader dans votre équipe ?

Interviewée : les deux.

Magali : si je m'intéresse juste au côté leader ? Est-ce que vous vous sentez leader ?

Interviewée : oui, parce que j'arrive à les amener là où on me demande de les amener.

Magali : le côté leader par rapport à ce que vous demande votre hiérarchie, pour les amener vers un but précis ?

Interviewée : oui, par exemple pour un projet de service. On sait qu'il y a des réticences sur la nouveauté, sur le changement et au fur et à mesure je pense que si on prend le temps d'expliquer les choses, si on est à leur écoute, si on est transparent si on peut être transparent. Parfois on ne peut pas tout dire non plus, mais de ne pas leur mentir déjà et d'être franc de ne pas dire : « non, ça va bien se passer » alors qu'on sait pertinemment que cela va être compliqué. Il faut leur dire, c'est comme ça. C'est une réalité de terrain, on n'a pas le choix. On n'a pas le choix. Moi je pense que c'est important la franchise et l'authenticité.

Magali : avez-vous le sentiment d'imposer des contraintes à votre équipe ?

Interviewée : quand on a des décisions de notre hiérarchie qui dit que ce seront les aides-soignantes qui vont distribuer le petit déj ce matin : oui forcément. Quand j'impose à quelqu'un d'aller dans tel service parce qu'il y a un manque d'effectif dans un service : oui forcément. Pas le choix.

Magali : d'accord.

Interviewée : je ne sais pas si je réponds toujours bien.

Magali : très bien, ne t'inquiètes pas. Tu réponds ce que tu ressens.

Interviewée : d'accord.

Magali : alors, on avait dit : rencontrez-vous des difficultés pour les faire accepter ?

Interviewée : ah bah oui, quand même. Après, tout ne tombe pas du ciel. C'est un travail qui se construit, aussi bien le relationnel ça se construit. Ça n'arrive pas comme ça du jour au lendemain. On peut avoir des comportements par rapport à des familles et puis créer une bonne relation ou une mauvaise relation, mais le relationnel avec les soignants ça se construit parce qu'il y a des moments où cela va mal se passer d'autres moments où ça va bien se passer. Je pense que c'est la

continuité de notre façon d'agir qui fait qu'ils sont confiants en nous ou non confiants ou rassurés ou pas rassurés. En fait, je pense que s'ils se sentent soutenus déjà, ça ne peut que bien se passer.

Magali : si je vous dis comment procédez-vous pour les faire accepter ?

Interviewée : après c'est de la discussion, vraiment. C'est expliquer pourquoi et ne pas imposer : « toi tu fais ça et basta ». Non, non ça ne marche pas comme ça. Je leur explique la raison et ça passe bien. Quand on explique la cause, après ce sont des soignants ils entendent. Après certains agents seront toujours dans la négation, mais ça on les connaît. On les connaît.

Magali : quelle représentation avez-vous de l'autorité du cadre ?

Interviewée : la représentation de l'autorité du cadre ? La représentation de l'autorité du cadre ? Je coince un peu. La représentation de l'autorité... ?

Magali : quelle idée vous vous faites de l'autorité du cadre ?

Interviewée : pas quelqu'un de fermé, qui impose ses choix et ses pensées, mais plutôt un partage. Je ne sais pas comment dire en fait.

Magali : c'est votre point de vue. Considérez-vous avoir de l'autorité envers votre équipe ?

Interviewée : en fait, le mot « autoritaire », le mot « autorité » on n'aime pas parce qu'on y met des images. Si on parle d'autorité aux agents, je ne sais pas s'ils le prendraient bien. On voit le mot autoritaire, moi je vois le mot autoritaire, comme... Moi je ne le vois pas comme ça parce que j'ai appris que, mais on peut voir le mot autoritaire comme quelqu'un qui domine tout le monde alors que ce n'est pas ça du tout. C'est faire passer des idées, faire en sorte que le travail se fasse dans les meilleures conditions avec ce qu'on a et pour que tout soit organisé correctement et de coacher tout ça plutôt que l'autorité. C'est être capable de coacher un ensemble d'agents avec les difficultés qui sont associées dans la prise en charge ici des patients, dans les problèmes matériels de tout ce qu'on veut, tout ce qui peut exister et de pouvoir faire avancer tout le monde sans qu'il y ait trop de difficultés. C'est bon ?

Magali : c'est très bien. C'est peut-être moi qui vais avoir des questions redondantes. Selon vous l'autorité du cadre est-elle nécessaire ?

Interviewée : oui, il le faut sinon après c'est l'anarchie. C'est comme partout, c'est comme tout système. Il faut une autorité. Sinon, sinon, sinon il y a des personnalités qui vont s'imposer naturellement et dévier de leur mission première.

Magali : Considérez-vous avoir de l'autorité envers votre équipe ?

Interviewée : Oui. Si l'autorité c'est se faire respecter et faire en sorte que le travail se fasse correctement avec les règles, oui. Après, être respecté, oui. Avoir de l'autorité, oui. Je réfléchis en même temps. Jusqu'à maintenant, je n'ai pas eu de frein c'est que oui, je fais preuve d'autorité. Sinon j'aurais eu des freins ou... j'aurais crié « au secours » auprès de ma cadre sup « aidez-moi ! ».

Magali : d'accord. Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité du cadre ?

Interviewée : eh bien la bienveillance du cadre. Mais vraiment : le fait de les écouter, de les considérer et de ne pas être là juste à faire son petit chef et dire : « il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça ». Après, il y a des moments où je peux être autoritaire en ce sens ou s'il

y a quelque chose qui n'est pas fait et que j'avais demandé à ce que ce soit fait, là ça me fâche. Là je peux faire preuve d'autorité un petit peu, un petit peu hein...

Magali : vous vous sentez légitime dans votre autorité avec l'équipe ?

Interviewée : oui

Magali : pourquoi ?

Interviewée : parce que je vais faire preuve d'autorité si les règles ne sont pas respectées, si le travail n'est pas fait, si... si ça ne rentre pas dans les normes en fait, si ce qui est fait ne correspond pas du tout à ma vision du « prendre soin » par exemple. Oui.

Magali : je vais reformuler ma question. Est-ce que vous pensez qu'ils la reconnaissent votre autorité, en fait c'était ça que je voulais demander. Est-ce qu'ils la reconnaissent ?

Interviewée : oui. Oui, oui.

Magali : et ils la reconnaissent, pourquoi ?

Interviewée : parce que c'est justifié, on en revient toujours à la même chose : si je fais preuve d'autorité à un certain moment c'est qu'il y a un travail qui n'est pas fait, il y a un comportement qui n'a pas été adapté, il y a... parce que c'est justifié, voilà.

Magali : d'accord. Comment qualifiez-vous les conditions de travail des soignants dans votre service ?

Interviewée : difficiles à certains moments oui. Par les populations accueillies qui sont de plus en plus lourdes avec des troubles cognitifs donc c'est du travail informel qui demande beaucoup de temps. Ce n'est pas que faire un change à un patient ou une toilette à un patient. Il y a aussi tout ce qui est autour, en fait. Et ça peut être compliqué. Je le ressens si c'est difficile. Ça se ressent dans l'équipe la tension. Ils prennent plus le temps quand c'est plus facile, ils vont ranger la lingerie, ils vont s'occuper, mais oui.

Magali : est-ce que vous avez le sentiment que les conditions de travail se sont dégradées ces dernières années par exemple ?

Interviewée : en fait, ce que je pense vraiment c'est qu'on est tellement exigeant avec nous-mêmes, il y a des soignants qui mettent la barre très, très haute dans l'exigence de soins. Malheureusement, la société fait qu'on va accueillir de plus en plus, là nous pour le coup, de plus en plus de personnes âgées dépendantes et qu'il faut descendre ses exigences. Si on n'a pas le temps de faire un shampoing à une patiente, on n'a pas le temps et ce n'est pas grave. Et ça, ça leur manque, j'ai l'impression. Le temps leur manque parce que la prise en soin est plus difficile, plus longue chez certains patients et ils ont moins le temps. Ils ont moins de temps de discuter avec le patient. Le relationnel leur manque, c'est sûr, c'est sûr.

Magali : donc les conditions de temps de travail se sont dégradées, pas par faute de moyens alors, mais par rapport à la population ?

Interviewée : moi je pense que ce sont les populations qui ont changé. Il n'y a pas eu de réévaluation par rapport aux besoins, aux types de patients. Forcément qu'avec les personnes âgées on devrait avoir un ratio plus important de soignants. C'est évident. C'est évident. Mais les autorités ne voient pas ça encore. Elles ne sont pas dedans, elles n'y sont pas du tout même. C'est pour ça que tout le

monde craque c'est qu'on a des populations plus dépendantes, plus demandeuses. En pédiatrie, on a des ratios qui... en fait, en gériatrie on devrait avoir des ratios comme la pédiatrie, moi je pense, mais ce n'est pas le cas.

Magali : d'accord. Comment qualifiez-vous la motivation au travail des agents de votre équipe ?

Interviewée : comment je la qualifierai ? motivés, oui parce qu'il y a du bien-être, ça se sent à leur sourire, leur communication, le fait qu'ils échangent entre eux, qu'ils se fassent des sorties entre eux. Je ne dis pas que c'est tout le monde. Il y en a qui ne sont là que pour le travail, mais non plutôt bonne. Pas très bonne mais bonne. leur sourire, leur communication, le fait qu'ils échangent entre eux, qu'ils se fassent des sorties entre eux.

Magali : et au niveau de leur investissement personnel dans le travail, en fait ?

Interviewée : tout le monde n'est pas investi de la même façon, après c'est clair. Après il faut repérer les personnes investies pour...

Magali : est-ce que vous sentez s'il y a un engagement au sein du service pour le travail ?

Interviewée : oui, complètement, oui, oui, oui.

Magali : oui ?

Interviewée : pour la personne

Magali : pour la personne

Interviewée : la prise en charge, oui, oui. Ils sont là pour ça, pour la personne prise en charge.

Magali : d'accord

Interviewée : mais bon c'est toujours pareil, ce n'est pas tout le monde. Il y a des personnes qui sont là parce qu'elles doivent travailler et ça se ressent, mais dans la majorité des cas, ils sont là pour le patient et moi je leur rabâche à chaque réunion. Ça c'est clair et net qu'on est là pour le patient. C'est notre travail, mais on est là pour le patient.

Magali : et alors, s'il y en a qui ne sont pas motivés, selon vous quels sont les leviers dont dispose le cadre de santé pour pouvoir justement motiver son équipe ?

Interviewée : les impliquer davantage dans la vie du service en les missionnant par exemple. Je vais prendre quelque chose tout bête : les rendre responsable de je ne sais pas... je vais dire n'importe quoi, les rendre responsable d'un essai de matériel et les nommer référent pour les motiver davantage, ou leur proposer des formations, montrer qu'ils existent au sein de l'équipe. Les inclure dans certaines commissions ou dans certains groupes de travail. Après il faut que ce soit du volontariat. Il ne faut pas leur imposer. Il faut que ça vienne d'eux, si on voit que ça ne va pas, ça ne va pas, ça ne sert à rien. Après il y a des étapes de la vie qui font qu'on est plus ou moins impliqué. Des jeunes parents forcément ne seront pas impliqués puisqu'eux leur priorité c'est l'enfant. C'est comme ça, il faut l'admettre, ça ne fait pas d'eux des mauvais soignants. C'est qu'à ce moment-là, dans leur vie perso il y a un enfant qui prend plus de place que le travail, mais voilà.

Magali : comment caractérisez-vous votre mode de management ?

Interviewée : mon mode, comment je le caractérise ? comment je pourrais dire ? On ne dit pas « impliqué », on dit... Je ne trouve pas le mot.

Magali : dis avec tes mots.

Interviewée : participatif en fait de tout. Oui, participatif. Il faut un peu de tout quand même, mais bon oui participatif, à l'écoute. Un management ouvert. Je ne sais pas comment dire, je perds mes mots, c'est bête. Mince. Oui voilà. Je ne sais pas quoi dire d'autre.

Magali : Pouvez-vous me donner trois critères pour vous décrire dans vos fonctions de cadre de santé dans votre relation avec l'équipe ?

Interviewée : alors à l'écoute, ça c'est sûr, disponible et aussi, comment je dirais...motivant et positif. Oui, motivant et positif. J'en ai dit quatre.

Magali : Ce n'est pas grave.

Interviewée : toujours voire plutôt le côté positif que le côté négatif, d'être plus...parce qu'il y a toujours du négatif dans une organisation et justement plus souligné tout ce qui est positif pour les faire avancer.

Magali : bien madame. Y a-t-il des thèmes que je n'ai pas abordés et dont tu voudrais me parler ?

Interviewée : un cadre ça soigne ses agents. J'étais infirmière de métier. Je soignais mes patients et pour moi un cadre ça soigne ses agents. Oui, je dirai ça. « Prendre soin », prendre soin de ses agents. Mais qui prend soin de nous ?

Magali : tu as le sentiment qu'on ne prend pas soin de nous ?

Interviewée : j'ai l'impression de prendre plus soin de mes agents qu'on ne prend soin de moi, ça c'est clair. En tant que cadre, on essaie de prendre soin de chacun, mais c'est compliqué parce qu'on est enfermé dans nos tâches et on est la tête dans le guidon. On ne prend pas le temps de savoir. Si au téléphone, on va dire : « comment tu vas ? », « Oui, ça va ». On ne va pas raconter nos problèmes. C'est ça le truc.

Merci.

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien n°2

Quel âge avez-vous ?

Interviewée : 46 ans.

Magali : quelle est votre profession d'origine ?

Interviewée : infirmière

Magali : depuis combien d'années êtes-vous cadre de santé ?

Interviewée : 2009

Magali : donc ça fait 10 ans.

Magali : diplômée de 2009, dans quel service travaillez-vous ?

Interviewé : Je travaille en gynécologie sur plusieurs secteurs : la gynécologie, les urgences gynéco-obstétricales, le bloc opératoire gynécologique et le planning familial.

Magali : d'accord. Et sur la totalité, combien de professionnels encadrez-vous ?

Interviewée : je n'ai plus le compte exact en tête puisqu'on a fait des recrutements. On doit être à 85. À peu près, entre 85 et 90, je pense.

Magali : Pouvez-vous m'expliquer comment vous vivez la relation et l'accompagnement avec votre équipe aujourd'hui ?

Interviewée : la relation : j'ai le sentiment d'avoir une relation de confiance, que les équipes ont confiance en moi et moi confiance en elles aussi. J'ai confiance en leur professionnalisme, en leur capacité d'écoute vis-à-vis des mamans donc une relation de confiance, je pense. C'est différent entre le jour et la nuit. Certainement parce que je suis beaucoup plus présente le jour que la nuit. J'ai moins de relation directe avec la nuit. À une époque, j'y allais assez régulièrement. Je n'y vais plus aussi régulièrement pour des raisons personnelles parce que je ne peux plus me libérer la nuit autant qu'avant donc c'est sûr que cette distance physique influe sur la relation que j'ai avec les équipes. Je pense avoir un lien, professionnel j'entends, plus présent, plus actif avec le jour qu'avec la nuit pour cette raison. Là on était sur la relation. L'autre aspect de votre question, c'est l'accompagnement. L'accompagnement des équipes ? Sur les projets, je suis sur un pôle assez spécifique, à la fois parce qu'il y a différents corps de métier dans l'encadrement, c'est-à-dire que l'accompagnement des équipes ne peut pas se faire que moi vis-à-vis des équipes paramédicales. Je vous explique pourquoi. C'est vrai que vous n'êtes pas tombée sur une situation simple.

Magali : ce n'est pas grave

Interviewée : moi je suis cadre paramédicale des équipes paramédicales, mais cadre en responsabilité d'unité sur, comme je vous le disais, les urgences, la gynéco. J'ai des paramédicaux dont je suis le cadre qui interviennent sur le suivi, sur les suites de couches, mais je ne suis pas la cadre des suites de couches. Il y a Madame XXX qui est cadre sage-femme des suites de couches. L'accompagnement pour moi c'est effectivement accompagner les équipes dans leurs projets professionnels, celles qui ont des projets pour aller travailler ailleurs ou qui veulent évoluer dans leur carrière. C'est ça. Mon rôle c'est ça, qu'elles aient confiance. C'est l'accompagnement dans leur progression de compétences, surtout aujourd'hui où sur la nuit essentiellement et là je suis un peu en difficulté de faire jour et nuit et de ne pas pouvoir être trop présente la nuit donc je délègue à mes « anciennes », mais j'ai beaucoup recruté la nuit parce que j'ai eu des départs, parce que j'ai eu une augmentation d'activité qui fait que la direction nous a octroyé des postes. Donc, j'ai intégré des nouvelles infirmières et en parallèle, au même moment, j'ai eu beaucoup de départs, mais des départs en congé maternité, pas des départs... et du coup des absences de personnel d'expérience,

de compétences qui m'ont manqué pour former les nouvelles venues. Du coup, la formation sur le terrain a été essentiellement centrée sur trois infirmières de nuit et je reconnais que ces trois infirmières de nuit sont épuisées aujourd'hui d'avoir dû encadrer, suppléer parfois parce que la nuit, sur le bloc, c'est beaucoup d'urgences et du coup elles ont parfois suppléé alors qu'elles étaient sur l'hôpital et elles ont couru sur le bloc parce qu'elles savaient qu'il y avait une urgence, un truc un peu particulier et que c'était des jeunes sur le bloc et qu'elles allaient avoir besoin. Ça a été et c'est encore un peu compliqué même si, dans les semaines à venir, on va retrouver une certaine stabilité, mais ça a été un peu compliqué. Je m'é gare un peu du coup j'ai l'impression.

Magali : ce n'est pas grave. L'accompagnement, là on était sur la montée en compétences.

Interviewée : la montée en compétences des équipes, je pense que cet accompagnement, c'est mon rôle. Et puis aussi et ça, c'est peut-être mon expérience personnelle, j'ai 15 ans de psychiatrie derrière moi. Je suis un bébé de la psychiatrie. J'ai passé mon diplôme en psychiatrie, j'étais infirmière en psychiatrie, j'étais cadre en psychiatrie et c'est récent que je sois sur les soins généraux. Cela fait trois ans. Du coup, je pense quand même que les équipes savent que je viens de la psychiatrie, elles le savent très bien. Dans l'accompagnement, et il y a effectivement le côté professionnel, la formation, la montée en compétences, l'accompagnement c'est aussi le recadrage parfois : des comportements qui ne sont pas en adéquation soit avec ce que j'attends, soit avec le travail à l'hôpital, et il y en a surtout dans une grosse équipe comme celle-là. Je peux vous dire qu'il y a des bonnes choses et il y a aussi des choses à recadrer. Il y a ça et il y a aussi tout l'accompagnement enfin je trouve et ici plus, paradoxalement, enfin je ne sais pas si c'est paradoxalement d'ailleurs, que dans mon expérience précédente, mais un accompagnement aussi dans les difficultés personnelles qui peuvent avoir une incidence sur le travail. Sur une équipe aussi importante que la nôtre, on multiplie les situations de difficulté, les situations de vie compliquées et parfois j'ai des agents qui vont venir soit parce que je les croise et que je vois que ça ne va pas : elles pleurent, je les vois et on en discute, soit parce que cela a une influence sur le planning, sur la disponibilité de l'agent au travail. Je suis bien obligée d'en tenir compte aussi, malgré tout, parce que quelqu'un qui ne va pas pouvoir venir travailler parce qu'elle est seule avec ses gosses, sa nounou vient de se casser la jambe (je pense à ça parce que quand je suis arrivée ici c'était l'une des situations) la jambe ou les deux, je ne sais plus. Bref, il n'y a plus de nounou, plus personne pour garder les enfants alors elle m'a mis un arrêt maladie quelques jours et puis après elle a fini par m'appeler pour me dire : « Madame L, je suis embêtée. Je n'ai pas de solution, je vis seule ». On adapte aussi. Même si je sais que la direction, parfois ce genre d'attitude... Parfois, je suis un peu sur des œufs avec ça, mais en plus j'ai une population... Je ne sais pas si c'est lié à la maternité. La population auxiliaire est une population fragile à la fois au niveau professionnel parce que ce sont des professionnels. Si vous voulez, ce secteur c'est un secteur où les aides-soignantes, les auxiliaires, parce qu'il y a tellement de corps de métiers : il y a les aides-soignantes auxiliaires, il y a les infirmières, il y a les sages-femmes, il y a les médecins, il y a les cadres. Et les auxiliaires ont beaucoup besoin de valorisation dans leur travail. Elles font un gros boulot sur la mater parce que c'est quand même elles qui font le nettoyage, elles s'occupent du bébé, elles font un gros travail, mais elles ont le sentiment de ne pas être reconnues. Et c'est vrai qu'à chaque fois, et ça je le reconnais, parce que moi maintenant ça fait trois ans que j'y suis et c'est vrai : quand il y a quelque chose à faire en plus, ça retombe souvent sur les auxiliaires qui doivent pouvoir faire de la traçabilité. Du coup, elles ont vraiment besoin de valorisation au niveau du travail et en même temps c'est une population fragile aussi, après c'est peut-être propre à mon travail, je n'en sais rien, mais je ne pense pas. C'est peut-être propre au métier. J'ai beaucoup de personnel en situation compliquée sur le plan personnel : seule avec des enfants. J'ai beaucoup de femmes seules. Du coup, du personnel qui va être moins disponible pour le boulot parce qu'il n'y a personne pour garder les enfants ou parce que les frais de garde sont importants et du coup elles essaient de les limiter au maximum, soit parce qu'elles pètent les plombs à un moment et ça, j'en ai qui le font. Je les ai repérées, mais j'en ai régulièrement, qui me font des petits coups de..., des baisses de régime et qui se font arrêter un mois. Enfin bref.

Magali : on va discuter de tout cela. Donc un rôle d'accompagnement on va dire humain.

Interviewée : c'est par la force des choses aussi. Par contre, il va falloir me recadrer parce que moi, j'ai tendance..., je parle beaucoup.

Magali : Quels sont vos rôles en tant que cadre de santé dans le service ?

Interviewée : mon rôle c'est l'accompagnement des équipes, c'est beaucoup répondre aux petits dysfonctionnements qui peuvent arriver au quotidien : le manque de matériel au bloc, le manque de personnel, la gestion des plannings : ça c'est une grosse partie de mon travail, mais liée à l'importance des équipes. Gestion de planning, après l'organisation du fonctionnement du bloc opératoire qui prend aussi beaucoup de temps, c'est-à-dire le programme opératoire : m'assurer qu'il n'y a pas plus de blocs un jour que l'autre, m'assurer qu'on peut avoir le bon matériel pour les bonnes interventions. La gestion des lits, ça, ça dépend des périodes, c'est fluctuant, mais en fait la gestion des lits c'est quand vraiment on est en activité importante. Là, quand c'est plus calme je vous avoue que moins parce que cela se gère tout seul, mais quand l'activité est plus importante, il y a une grande partie de gestion des lits. C'est beaucoup le planning, la gestion du matériel surtout pour le bloc et aussi pour les services, la réponse aux petits problèmes du quotidien : il manque ceci, on n'a pas ça... Et le relationnel au quotidien avec les équipes avec les petites... la gestion de conflits, beaucoup, les conflits en lien avec les organisations de service : « elle ne fait pas ça », « c'est elle qui doit le faire. Ce n'est pas moi ». Et puis, l'observation de l'équipe.

Magali : Quelle est votre priorité dans votre rôle de manager selon vous ?

Interviewée : je me bats avec moi-même au quotidien dans ma pratique parce que moi j'ai tendance à être attachée davantage sur le bien-être, enfin le bien-être... Ce n'est pas vraiment le bien-être parce qu'on est au boulot, ce n'est pas vraiment le bien-être, que mes équipes soient bien au travail parce que je pense que si elles sont bien, elles peuvent faire des choses bien et ça fonctionne mieux. Maintenant le poste que j'occupe m'oblige, et c'est comme ça, m'oblige à m'assurer qu'on a le bon matériel, que l'organisation du bloc opératoire au quotidien, parce qu'il y a toujours des médecins pour rajouter des blocs sans prévenir personne, donc il faut que je gère le programme opératoire au quotidien et puis le matériel, le planning, avoir le bon personnel au bon endroit au bon moment, etc.

Magali : ça c'est l'obligation pour que ça fonctionne finalement, que le système fonctionne.

Interviewée : c'est ça.

Magali : mais on peut les mettre côte, côte, c'est la relation avec le personnel.

Interviewée : le fait que je sois sur un service avec un bloc opératoire, avec des urgences, avec de l'hôspi, quelque chose de très vaste fait que ça prend une grosse partie de mon temps là ou moi, j'étais habituée de par mes expériences précédentes en psychiatrie à être beaucoup plus dans l'accompagnement des équipes dans les prises en charge, ce qui était différent. C'est aussi en fonction du poste qu'on occupe qu'on adapte sa façon de manager et ses priorités.

Magali : comment situez-vous votre place au sein de l'équipe ?

Interviewée : comment je situe ma place au sein de mon équipe ?

Magali : oui

Interviewée : moi je me sens, mais c'est ma vision du cadre, dans l'équipe. Après une équipe est une équipe, chacun son rôle. On a tous un rôle pour que ça fonctionne, pour qu'on puisse prendre en charge les patients, pour qu'il y ait de la qualité, de la sécurité. Moi mon rôle c'est de m'assurer

que les organisations fonctionnent qu'il n'y ait pas quelqu'un qui dysfonctionne dans ces organisations, qu'on ait le bon matériel, je ne vais pas reprendre tout ça. Ça, c'est mon rôle. J'ai mon rôle, mais je fais partie de l'équipe. Je suis soumise aux mêmes difficultés, aux mêmes impératifs.

Magali : est-ce que vous connaissez leurs attentes vis-à-vis de vous ?

Interviewée : oui, déjà parce que je leur ai posé la question lors de mon arrivée. Je leur ai demandé ce qu'elles attendaient de moi et la réponse générale a été : une présence et un cadre.

Magali : un cadre, cadre ?

Interviewée : un cadre dans l'organisation et une présence, une écoute, voilà.

Magali : c'est vraiment bien de leur avoir posé la question.

Interviewée : c'est un peu, je trouve normal parce que j'arrivais sur un secteur que je ne connaissais absolument pas. Je vous dis, j'avais quinze ans de psychiatrie, j'ai fait deux ou trois mois de gériatrie et après on m'a mis ici en maternité. Il fallait bien que je leur demande quelles étaient leurs attentes pour que je perçoive un peu...

Magali : Est-ce que vous pouvez m'expliquer s'il existe une différence entre le leader et le manager ?

Interviewée : oui, enfin pour moi. Pour moi, un leader... attendez, il faut que je réfléchisse à ce que je vais dire. On peut être leader sans être manager tout comme on peut être manager sans être leader. Dans ma vision des choses, je me trompe peut-être, le leader a une capacité à emmener les foules, emmener l'équipe à une place un petit peu... c'est celui qu'on va écouter, qu'on va suivre. Le manager, pour moi, c'est vraiment l'accompagnement, l'organisation, la mise en route des choses, mais un bon manager doit pouvoir être leader, un peu quand même, mais ce n'est pas toujours vrai. En tout cas dans mon expérience professionnelle, j'ai pu rencontrer déjà des soignants leader qui n'étaient pas managers, qui étaient soignants, mais qui étaient leader au sein de l'équipe. Il faut pouvoir les identifier, un leader positif ou négatif d'ailleurs. Des leaders, il y en a dans les équipes qui ne sont pas forcément manager tout comme j'ai rencontré des managers ou des cadres parce que pour moi un cadre est un manager, des managers qui n'avaient pas cette position de leader forcément. Ils pouvaient être dans l'organisation, mais sans être forcément leader.

Magali : et vous, est-ce que vous vous sentez leader ?

Interviewée : alors, euh... Je pense que je suis reconnue à cette place, oui, par les équipes. Après, il y a ce que je renvoie et ce que je ressens, qui est différent. Si on parle des équipes paramédicales, attention pas sages-femmes parce que voilà, les équipes paramédicales, je pense que oui.

Magali : qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

Interviewée : parce que quand je ne suis pas là ou quand on leur propose ou on leur demande quelque chose, c'est d'abord il faut voir avec Madame L. ou en parler avec Madame L. Je sais que j'ai cette place. Elles ne font pas les choses sans venir m'en parler. Elles viennent me voir et m'en parle. D'ailleurs ça, il faut apprendre aussi à le gérer parce qu'en tant que cadre quand on a cette place, il faut savoir que notre parole a une énorme importance et que parfois, autour d'une discussion, et ça, je me suis fait avoir une fois et pas deux, on peut dire des choses dans un échange entre professionnels. On peut avoir une idée et en parler sans que ce soit..., mais en fait, j'ai appris que parfois quand on a cette place notre parole a de l'importance et quand on dit cette chose, parfois les équipes le prennent vraiment au mot et moi je me suis retrouvée, sans expliquer dans le détail, mais c'était sur un truc d'organisation, et je me suis rendu compte que le lendemain elles

avaient mis tout ça en place alors que rien n'avait été validé. C'était une idée qu'on avait échangée comme ça, mais pour moi ce n'était pas encore acté.

Interviewée : dès que je dis quelque chose, tout de suite, derrière c'est pris pour argent comptant. Il y a le côté positif qui est que quand il y a quelque chose qui n'est pas bien fait ou qui doit être fait, je passe, je sais que le lendemain cela va être fait. Je ne dis pas non plus que tout est parfait, ce n'est pas vrai, mais j'ai un exemple récent en tête on a un office alimentaire qui est en dehors du service et c'est vrai que moi, je m'en suis désinvestie de cet office parce que quand on a déménagé, on nous a dit qu'il y avait un cadre référent de l'office alimentaire et que nous on n'avait pas à s'y impliquer. Moi, je suis restée un peu là-dessus. Attention parce que j'avais aussi autre chose à faire à côté, mais du coup, je suis passée un peu à côté de l'office, je le reconnais. Le nouveau directeur des soins est passé une fois. Il voit l'office et me dit : « il n'y a pas la traçabilité ». Je me suis dit : « oui, c'est vrai, oui ». Il va falloir le remettre en route. Il m'a dit : « ne vous inquiétez pas, c'est pareil dans tous les offices ». Et puis moi j'avais des ASH qui mangeaient dans l'office, etc. Je suis passée leur dire : « il va falloir remettre en route une traçabilité ». Ça râlait un peu et en même temps j'avais sollicité la cadre Madame XXX pour qu'elle me donne les formulaires parce qu'on me demandait une traçabilité, mais je n'avais pas les formulaires. Elle me les a envoyés et j'ai zappé de les donner. Et puis, c'est quand ? En début de semaine ? Je passe et je vois Monsieur B. à l'office. Et là, je me dis : « mais au fait, je les ai reçus et je n'ai pas donné les feuilles de traçabilité ». Je me suis dit : « aïe, aïe, aïe ! » Et finalement, elles les avaient remises en place. Elles avaient ressorti leurs vieilles feuilles de traçabilité et c'était fait. je me suis dit : « quand même ! » Je les ai félicitées parce que j'étais avec une aide-soignante et je lui dis : « on a Monsieur B qui est passé ». Je l'ai alpagué dans le couloir en disant : « il est passé, la traçabilité ? » Elle me dit : « mais Madame L, c'est fait », « ah bon ? », « bah oui on a ressorti les feuilles ». J'ai dit : « oh, super, vous êtes super. Merci ». Il y a des jours où il y a des loupés, mais elles l'ont remis en route sans que j'aie eu besoin de leur écrire quoi que ce soit donc voilà je pense que quelque part là-dessus, oui. Maintenant, je vous disais qu'il y a le ressenti de l'équipe parce que l'avis de l'équipe et la manière dont ils vous perçoivent et ce que vous, vous ressentez. Là où moi, je me sens moins leader, mais en même temps, on ne peut pas être partout, c'est sur le bloc opératoire notamment et la spécificité du bloc opératoire où je ne vais pas dire que je n'y connais rien parce que maintenant ça fait trois ans... Mais en même temps les expertes, ce sont les panseuses et parfois, elles me demandent des choses et elles me posent des questions où honnêtement je suis très courte et je leur dis d'ailleurs. Je leur dis : « honnêtement, je n'en sais rien du tout. Vous me demandez ça... » Il y a des fois elles me demandent un instrument, on parle d'un instrument et je leur dis : « attendez, vous me montrez ce que c'est et vous me dites à quoi ça sert parce que c'est là honnêtement, c'est votre expertise, ce n'est pas la mienne ». Moi, je n'y connais rien et ça, j'ai un peu de mal, même si je le fais facilement parce que je n'ai aucune difficulté à dire que je ne sais pas. Mais... voilà. Je le dis, mais voilà.

Magali : d'accord, merci. On va passer à la question suivante : avez-vous le sentiment d'imposer des contraintes à votre équipe ?

Interviewée : oui. Les contraintes de planning déjà, de toute façon. Même si on essaie de s'adapter à chacun, il y a des contraintes, des contraintes d'organisation parce que chacun ne fait pas ce qu'il veut, des contraintes de traçabilité, des contraintes professionnelles bien entendu parce que c'est sûr que si on laisse une équipe à vau-l'eau... Même si elles ont du professionnalisme, attention, elles ont cette conscience des choses, mais dans une équipe tout le monde n'a pas toujours les mêmes degrés de motivation ou d'implication et oui j'impose des contraintes, oui.

Magali : est-ce que vous rencontrez des difficultés à les faire appliquer ?

Interviewée : certaines, oui. Le planning notamment. C'est de plus en plus compliqué. Le planning c'est très compliqué. Ce sont des négociations en permanence. J'écoute, je négocie, mais à un moment, il faut donc que oui surtout autour du planning et autour des traçabilités parce que je suis dans un service où il y a énormément de traçabilité, des contraintes à remplir et ce n'est pas leur métier. Elles sont soignantes, elles sont dans le soin, remplir de la paperasse, parce qu'au bloc, ce

n'est que ça. Oui, je suis dans le contrôle de ça parce que je passe : « là vous avez fait un trait, il faut des croix ». Je remets des mots : attention ! Oui, je suis là-dedans.

Magali : et du coup pourquoi on a des difficultés à les faire accepter cela ? C'est un peu dur comme question, j'avoue. Pourquoi on a des difficultés à leur faire accepter les contraintes de planning ? Remplir les traçabilités, c'est leur travail finalement.

Qu'est-ce qui fait que c'est difficile ?

Interviewée : si on parle du planning, je pense que c'est parce que de toute façon, on a souvent cette discussion avec mes collègues cadres : la société évolue, l'investissement au travail évolue, on est dans une société de loisirs maintenant. Le travail c'est un outil pour satisfaire ses loisirs. Ce que je ressens, et encore plus ici, plus que dans les services que j'avais avant, je ne sais pas si c'est lié à la population, mais c'est vraiment j'adapte mon planning de travail à mes impératifs personnels. C'est ça en fait. Votre question c'est ?

Magali : pourquoi c'est difficile de leur faire accepter ?

Interviewée : c'est ça et puis après le reste : la traçabilité, l'obligation de rigueur et de prouver. Aujourd'hui à l'hôpital on doit prouver en permanence ce qu'on fait parce que les patientes ont internet, se renseignent, elles ont des droits, elles font valoir leurs droits. [L'interviewée répond à un appel]

Magali : on en était sur les contraintes et la traçabilité.

Interviewée : après tout ce qui est de la rigueur nécessaire au travail, on est dans l'obligation. C'est vrai qu'elles ont tendance à me dire et elles ont raison : « Madame L , on le fait. Non, mais franchement, bien sûr qu'on les lave les instruments, qu'on les désinfecte, qu'on les passe en stérilisation et bien sûr qu'on lave le frigo dans l'office et que les soins on les fait parce que pour certaines la population aide-soignante auxiliaire, c'est même difficile de tracer dans le dossier médical, de faire des transmissions toutes simples. Pour elles, c'est tellement normal qu'elles n'ont pas la mesure de l'importance de cette nécessité de traçabilité en cas de litige. Aujourd'hui les patientes quand elles ne sont pas contentes, elles font un courrier et même si ce n'est qu'un courrier et pas une plainte, le courrier derrière il faut que je réponde. Quand je réponds, je prends le dossier, je prends les traçabilités et j'objective les faits de manière à dire : ça s'est passé comme ça et comme ça sans aucun jugement ou quoi que ce soit. Mais si je n'ai pas les éléments... Et puis comme je leur ai dit : « le jour où il va y avoir une plainte ne serait-ce qu'autour d'un instrument ou quoi, si vous ne l'écrivez pas, c'est que ce n'est pas fait ». Ça, elles ont du mal à le comprendre parce qu'elles vivent cela comme une remise en question de leur travail.

Magali : comment procédez-vous pour les faire accepter ?

Interviewée : j'explique. Je suis toujours obligée de relativiser. Je leur dis : attention, il ne faut pas devenir parano non plus. Tout le monde n'est pas le vilain qui va aller porter plainte, mais je leur explique le pourquoi. Pourquoi on demande de tracer ? Je leur parle de cas concrets. Comme je viens de vous dire tout à l'heure, une dame arrive et si elle porte plainte et que ce n'est pas écrit, on va considérer que ce n'est pas fait. Pareil pour les transmissions. Les transmissions c'est à la fois pour se protéger au cas où, c'est pour transmettre aux collègues et aussi aujourd'hui (on ne peut pas le nier) c'est aussi une traçabilité de leur activité. Quand moi je négocie des postes ou autre, si on voit que l'aide-soignante sur le dossier de soins n'a rien fait, on va me dire : « à quoi elle sert votre aide-soignante ? » C'est un rôle vraiment super important à tous les niveaux.

Magali : quelle représentation avez-vous de l'autorité du cadre ?

Interviewée : moi j'ai du mal avec le concept d'autorité. Je suis plus sur le respect que l'autorité. C'est peut-être parce que je ne mets pas les bons mots ou la bonne signification derrière le mot « autorité ». Pour moi « l'autorité », c'est quelque chose de très rigide, de clac-clac-clac, c'est comme ça et pas autrement, « tu te tais, je te demande de faire ça et tu le fais ». Ça, ça ne me va pas du tout. Je ne fonctionne pas du tout comme ça. Pas du tout. Pour moi, c'est plus le respect. Après attention, quand quelqu'un dysfonctionne je le reçois, je lui dis les choses, on met des objectifs en place, je le revois quatre semaines après. C'est ce que j'ai fait là, la pauvre vient de m'appeler et du coup je pense qu'elle va arrêter son contrat. Attention, je ne reste pas sur des choses, je cadre les choses. Elles le savent, mais ça revient un peu à ce qu'on disait tout à l'heure : je n'impose pas des choses pour les imposer. J'aime bien expliquer, que cela a du sens. Parfois ça se retourne. Parfois expliquer, donner du sens à certaines choses qu'on nous demande, la direction ou autre, c'est un peu compliqué parce qu'il y a les impératifs financiers, il y a tout ça à expliquer. L'autorité... je parlerais plutôt de respect et de place de chacun, quand chacun est à sa place et respecte l'autre à sa place, il accepte à la fois les demandes et en même temps c'est de l'échange. Moi je parlerai plus de respect et de cadre. Il y a un cadre. Elles savent qu'il y a ce cadre-là et quand ça déborde ou que ça ne va pas, je leur dis.

Magali : on rejoint du coup : selon vous, l'autorité du cadre est-elle nécessaire ?

Interviewée : c'est le positionnement, c'est le respect ce n'est pas franchement l'autorité. Je ne parlerai pas d'autorité.

Magali : d'accord.

Interviewée : d'ailleurs, j'avais eu juste un mot avec un médecin qui m'appelait « chef ». Je ne supporte pas ce mot. C'est peut-être que..., mais je ne supporte pas ce mot. Je lui ai dit un jour. Je lui ai dit : « non, ne m'appellez pas chef, je ne suis pas chef », « si, le cadre c'est le chef ». C'est quelqu'un d'origine africaine donc je pense qu'il a aussi une notion de l'autorité différente. Pour moi, je fais partie de l'équipe et j'ai un rôle dans l'équipe. Le rôle aussi de recadrer quand ça ne va pas, mais je ne me considère pas... D'ailleurs, il y en a certaines qui m'appellent « chef », mais pour se moquer de moi parce qu'elles savent que je n'aime pas. Donc elles font exprès. Peut-être que j'ai raté ma vocation et que je n'aurais pas dû faire cadre. Je ne sais pas. Mais moi le chef et l'autorité c'est...

Magali : si je vous dis : considérez-vous avoir de l'autorité, ça se recoupe avec vos équipes.

Interviewée : je pense qu'elles m'écoutent, qu'elles me suivent, mais après je ne sais pas si on peut parler d'autorité. C'est une place

Magali : Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'équipe d'accepter votre autorité ?

Interviewée : qu'est-ce qui... ?

Magali : permet à l'équipe d'accepter... Je la reformule pour vous : le fait que vous mettiez un cadre aux choses, qu'est-ce qui permet à l'équipe d'accepter cela ? Ma question était : selon vous, qu'est-ce qui permet à l'équipe d'accepter l'autorité du cadre ?

Interviewée : je pense que c'est cette reconnaissance de ma place, le respect mutuel que l'on a les uns par rapport aux autres et qu'elles me reconnaissent à cette place. Je pense que c'est parce qu'elles me reconnaissent à sa place.

Magali : d'accord. Donc ça revient à...La réponse à la suivante, je pense que ça va se rapprocher. Vous sentez-vous légitime dans votre autorité auprès de votre équipe ?

Interviewée : oui, je pense que oui. Après, oui, oui, oui.

Magali : pourquoi du coup ?

Interviewée : oui, elles savent ce que je suis, où je suis et moi je sais ce qu'elles sont.

Magali : d'accord, merci.

Comment qualifiez-vous les conditions de travail des soignants dans votre service ? Est-ce que vous avez le sentiment qu'elles se sont dégradées au fur et à mesure du temps ?

Interviewée : j'ai le sentiment que... Dégradées ? Elles se modifient. Je pense que l'hôpital évolue. On va de plus en plus vers tout ce qui est ambulatoire, prise en charge, prise en soins à l'extérieur. On est dans une phase de transition et dans les équipes aussi. Dans l'équipe que j'ai aujourd'hui, j'ai à la fois des infirmières qui sont là, qui exercent depuis X années et des nouvelles qui sont arrivées et qui n'ont pas la même, je pense qu'ils ne vivent pas la situation aujourd'hui de la même manière. Il y a les anciennes qui, elles, ont fait ce métier pour accompagner les patients. Moi la première, je suis infirmière. Quand j'étais infirmière j'avais le souci et j'organisais la sortie pour m'occuper du patient. D'ailleurs, on faisait des recueils de données. On prenait le patient dans sa globalité, on était à l'écoute. On préparait la sortie. À la rigueur, c'est dur à dire, mais aujourd'hui l'hôpital c'est : je soigne la crise. Il faut que je sois hospitalisé le moins possible parce qu'il y a des DMS et il faut que ça rentre et que ça sorte. Donc, après les patientes sortent avec du domicile ou pas, des soins à domicile ou pas, mais nous l'hôpital, on est là pour la période de crise. Donc les soignants sont dans le regret de ne plus avoir de temps pour parler aux patientes et moi je leur dis quand on cette discussion : c'est difficile à accepter, mais l'hôpital évolue. Effectivement, parler à la direction du temps à octroyer à une patiente qui pleure le soir parce que sa famille est partie, elle est avec son bébé ça ne va pas bien. C'est peut-être dur ce que je vais dire, mais ils n'en ont rien à foutre. Ce n'est pas ça. C'est les perfusions, c'est le temps en soin qu'on crée pour que la dame puisse sortir. Ces filles-là sont en souffrance aujourd'hui dans leur exercice, dans leurs conditions de travail. Elles se sentent en souffrance parce qu'elles ont l'impression de ne pas pouvoir passer le temps nécessaire qu'elles passaient avant auprès des patientes. Nous, de notre côté, de l'encadrement, moi quand on doit argumenter des postes, c'est ce que je leur dis. Evidemment, quand on argumente des postes, on échange avec les équipes : quels sont vos besoins ? Qu'est-ce qui manque ? Et elles, ce qui revient c'est : « quand on a 20 patientes et qu'il y en a deux qui pleurent et qu'on passe du temps... » Je leur dis : « non. Non, non, non. Je ne vais pas aller parler des patientes qui pleurent à la direction pour avoir des postes. Ce n'est pas ça qu'il faut pour avoir des postes. On va leur parler qualité des soins, sécurité des soins. C'est ça qui est important. Après le côté relationnel, que vous passiez moins de temps pour leur parler... ». Et ça elles ont du mal à l'entendre. Alors que je pense que les nouvelles infirmières le vivent moins mal, elles le vivent mieux. Cette qualité de travail je pense qu'aujourd'hui j'ai une partie de mon équipe qui effectivement est en souffrance par rapport à ça, par rapport au fait que les effectifs soient rationalisés de plus en plus et du coup ça laisse moins de temps au reste. Après si on parle de ce nouvel hôpital, je ne peux pas m'empêcher de parler des salles de repos, quand même où c'est vraiment... À une époque où on nous parle de qualité de vie au travail, de bientraitance... Enfin franchement..., j'ai un bloc opératoire il n'y a pas une seule salle de repos. Au bloc opératoire, les équipes sont censées ne pas en sortir ou en sortir en se déshabillant, en se rhabillant. Il n'y a pas une seule salle de repos. Il n'y a pas de quoi faire chauffer quelque chose. Ils sont obligés de sortir du bloc et d'aller au bout de la salle de naissance où il y a une salle de repos, franchement je n'irais pas. Vous savez ce que j'ai fait et on m'a dit : « non, non ». J'ai dit je vais vous donner cette pièce pour faire la salle de repos et moi je vais aller prendre la salle de repos qui est grande franchement il faudra que je vous la montre. Franchement, c'est honteux. C'est honteux, c'est un placard.

Magali : elles ont une fenêtre ?

Interviewée : non. En salle de naissance, elles ont une petite salle de repos pour le bloc, les urgences et la salle de naissance. Alors que sur l'ancienne maternité, elles avaient des locaux quand même

beaucoup plus...et ça, je l'ai entendu quand on est rentré dans cet hôpital. Moi j'ai des soignants qui m'ont dit : « vous vous rendez compte Madame L de l'image qu'ils ont de nous ? Ce que cela renvoie aux équipes ? » Pas de vestiaire. On n'a pas assez de vestiaires. Pas de salle de repos ou des salles de repos toutes riquiqui. Et moi, dans ce service, franchement je vous assure et je n'ai rien demandé parce que je n'étais même pas là quand ils ont fait les plans. Quand j'ai vu la taille de mon bureau : j'étais mal. D'ailleurs, ils ont tous dit : « ah bah dis donc Madame L qu'est-ce que vous avez fait pour avoir le bureau ». J'ai vu le bureau... ! C'est n'importe quoi. Franchement. Oui je pense que les conditions de travail se sont dégradées, en tout cas si on parle de Melun aujourd'hui parce que je pense qu'ils n'ont pas tenu compte des personnels. Ne serait-ce que de ne pas avoir mis des portes qui s'ouvrent automatiquement entre les salles de naissance, le bloc et les services, quand même. Les aides-soignantes, on n'a plus de brancardier après 16 heures. Elles sont là avec le lit, il suffit que la dame ait accouché seule, ils ont le lit, le berceau du bébé, les portes à pousser : ce n'est pas réfléchi. Et en ça, elles râlent. Il y a le peu de temps à passer avec les patients et ça, elles en souffrent. Le fait que l'hôpital évolue vers quelque chose, pour moi, à mon sens, de gestion de patients en crise, en maladie. La crise ce que j'appelle la crise, c'est la patho, et après au revoir. Je vois bien moi en mater on a plein de situations sociales. A Melun, il y a plein de dames qui vivent dans la rue et qui sont enceintes. Oui, eh bien, quand j'ai une infirmière qui vient me voir comme il n'y a pas longtemps : « Madame Laurent, vous vous rendez compte elle va repartir chez elle à l'hôtel avec ses enfants ». Oui, mais il y a une liste de combien ? Quand j'appelle le SAMU social, c'est ce qu'on me répond : « Madame, j'ai une centaine de situations du même genre sur liste d'attente ». Et ça que l'hôpital et qu'elles ne peuvent plus répondre à des besoins primaires parce que c'est se loger, manger, elles sont vraiment en difficulté par rapport à ça.

Magali : d'accord, merci. Comment qualifiez-vous la motivation au travail des agents dans votre équipe.

Interviewée : [Silence] elles ont le souci des patients, après on est dans un secteur particulier, la maternité. Moi en gynéco, j'ai aussi des femmes enceintes, mais elles ont le souci de bien faire, de permettre une belle naissance. Elles sont motivées dans leur exercice, dans leur rôle. Maintenant, il y a une limite qui reste la limite des besoins personnels. Ça, c'est...Je suis toujours très étonnée parce qu'elles ont un investissement au quotidien. S'il y a un truc qui ne va pas, elles vont tout faire pour être en sécurité, en qualité. Je vous dis même s'il y a un problème de personnel, elles vont courir dans tous les sens pour aller aider un collègue, pour que la patiente puisse savoir ce qu'elle veut, ce dont elle a besoin, mais il y a quand même, ce que je ressens moi c'est quand même une limite par rapport aux besoins personnels qui est là. Ce n'est plus la même motivation. Il y a une motivation, mais ce n'est plus la même. Ce n'est plus la même.

Magali : et au niveau des groupes de travail, elles s'investissent dans les nouveaux projets institutionnels, au niveau du service si vous décidez de modifier le fonctionnement ? J'imagine qu'entre Marc Jacquet et ici, il y a eu plein de modifications de fonctionnement. Est-ce qu'elles se sont investies à ce niveau-là ?

Interviewée : alors, elles s'investissent, mais pour préserver leur confort personnel quand même. C'est ça qu'elles veulent préserver aussi. Bien sûr qu'il y a la sécurité des soins, mais il y a aussi le souci de se préserver au travail après, le travail en 12 heures, moi qui ai connu les deux ça a une influence sur l'investissement des gens dans les organisations institutionnelles et dans l'organisation tout simplement. Il y a beaucoup moins d'investissement avec des équipes qui travaillent en 12 heures qu'avec des équipes qui travaillent en 7h40.

Magalie : ah ?

Interviewée : ça, oui. Les équipes en 12 heures, elles passent douze jours sur l'hôpital sur un mois, quand elles n'ont pas de vacances. L'investissement est quand même différent. Institutionnellement.

Magali : d'accord. Et donc vous en tant que cadre est-ce que vous pensez avoir des leviers pour motiver votre équipe ?

Interviewée : on a toujours effectivement... Quels seraient mes leviers pour motiver mon équipe ? C'est pour moi les projets individuels, professionnels. L'entretien d'évaluation je trouve que c'est un bon moment d'échanges pour faire le point sur une année écoulée puisque c'est un bilan. Enfin moi c'est comme ça que je procède. Je fais un point sur l'année pour l'agent : « comment ça s'est passé pour vous ? » Après je fais un point sur où elles se sentent à l'aise et sur quoi elles pensent qu'elles doivent travailler et après c'est aussi un temps sur lequel moi je fais un point sur ce que moi j'ai pensé cette année dans le service. Et je fixe des objectifs à la fois pour l'agent s'il y a des choses à revoir, je lui en parle, mais aussi pour l'institution, pour le service. Je fixe des objectifs. Voilà, je voudrais que ça évolue sur ça, j'attends ça, ça, ça. Je pense que l'entretien annuel d'évaluation et de formation est un levier pour motiver.

Magali : et l'année d'après, vous réévaluez les objectifs ou avant ?

Interviewée : oui, enfin ça dépend. Si je fixe des objectifs pour le service et que les choses n'avancent pas, bien sûr que je vais réévaluer avant. Si c'est nécessaire, je réévalue avant. De toute façon en général, dans une équipe on est toujours obligés de réévaluer avant.

Magali : comment caractérisez-vous votre mode de management ?

Interviewée : je m'adapte, je dirais que je m'adapte. Je l'adapte à la personne que j'ai en face de moi, je l'adapte à l'équipe, je l'adapte aux situations. A la fois, je suis dans le participatif, mais jusqu'à une certaine mesure parce que le participatif c'est bien, mais pas poussé à l'excès parce qu'à un moment donné, de toute façon, si on est dans le participatif on mouline, on n'en sort pas. Si on veut une cohésion d'équipe, c'est parfois difficile en tous cas dans ce service, comme on a des sages-femmes, des auxiliaires, des infirmières, ils ont chacun leur vision des choses, leurs impératifs, leur volonté de faire les choses et on ne s'en sort pas. Il faut déjà, mais ça c'est la base, savoir déjà à peu près ce qu'on attend, mais à un moment donné il faut dire : stop. S'adapter, participatif quand ça avance et que ça avance bien : oui, mais il y a des moments où je peux aussi dire « non ». Ce sera comme ça et point parce que sinon on n'en sort pas. Après, je pense qu'en terme de management, je suis un cadre à l'écoute.

Magali : pouvez-vous me donner trois critères pour vous décrire dans vos fonctions de cadre ?

Interviewée : je suis un cadre à l'écoute, qui s'adapte, parce que comme je vous l'ai dit autant je peux être très ferme, autant je peux être plus compréhensive et m'adapter si c'est possible. Donc, à l'écoute. Répétez-moi la question.

Magali : pouvez-vous me donner trois critères pour vous décrire en tant que cadre de santé dans votre relation à l'équipe ?

Interviewée : à l'écoute, adaptable, souple enfin, je suis souple à certains moments et pas d'autres, adaptable. Je m'adapte

Magali : d'accord. Est-ce qu'il y a un thème que je n'ai pas abordé ou quelque chose que vous voudriez me dire par rapport à tout ce qu'on a échangé, quelque chose que vous souhaiteriez traiter en plus de toutes ces questions ?

Interviewée : juste aborder le fait qu'effectivement en tant que cadre de proximité, on est dans une période complètement schizophrénique presque. On nous parle de bientraitance, on nous parle de conditions de travail, de bien-être au travail. On entend plein de choses. Mais, en tous cas à l'hôpital où on est quand même dans le « prendre soin de l'autre », je trouve qu'on prend de moins en moins soin des soignants dans leur généralité. On n'y fait même pas attention du tout. Je trouve que

l'institution hôpital est très maltraitante pour ses agents et pour son encadrement aussi. Du coup quand on n'est pas bienveillant avec l'encadrement, l'encadrement aussi a plus de mal à l'être avec ses agents.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@18-19

Mémoire de fin d'étude au diplôme de cadre de santé

Le management Bienveillant
Un atout pour légitimer l'autorité ?

LE NÔTRE MAGALI

MOTS CLÉS	KEY WORDS
Bienveillance managériale, autorité, levier, motivation, Cadre de santé	Caring management, authority, lever, motivation. nurse manager

RÉSUMÉ

Ces dernières années, différentes réformes du système de santé ont modifié les organisations de travail à l'hôpital confrontant les établissements public de santé à des exigences gestionnaires similaires à celle des entreprises privées. Ces différents changements impactent les conditions de travail des soignants au quotidien mais également celui du cadre de santé qui par son statut de responsable se voit dans l'obligation d'imposer des contraintes, souvent mal vecues par les soignants, pour permettre au système de fonctionner. Face à cette problématique, j'ai souhaité mener un travail de recherche autour du management du cadre de santé. Je me suis demandé en quoi le management bienveillant peut-il permettre à l'équipe de reconnaître l'autorité du cadre de santé?

Après avoir étudié les concepts d'autorité et de bienveillance managériale, L'objectif de ce travail de recherche est d'évaluer si le management bienveillant est un atout pour légitimer l'autorité du cadre.

A travers des entretiens semi directifs, j'ai mené une enquête de terrain auprès de six cadres de santé.

Les résultats obtenus montrent que l'autorité, bien que reconnue comme nécessaire par les managers pour organiser le travail, ne se rapporte pas à de l'autoritarisme.

Elle est basée sur des valeurs tels que : le respect, l'échange et le partage. C'est la bienveillance du cadre de santé, par l'utilisation de leviers motivationnels au quotidien, qui permet à l'équipe de lui reconnaître la légitimité de son autorité.

ABSTRACT

For the last years, health care system reforms have modified the way people work in the hospitals. As a consequence, public health care facilities tend to be governed more like private companies. The changes brought by reforms have a direct impact on the way nursing staff work but also on senior health managers. Because of the nature of his/her job, the senior health manager has to impose constraints, often poorly accepted , to the medical staff in order to make the system work. This research focuses on the following question : can a more caring management style help the team to acknowledge the manager's authority ?

After having studied the concepts of authority and caring management, the goal of this research is to measure if the the caring management is an asset to legitimate the authority of the manager.

By semi-structured interviews, I did a field research with six seniors health managers. The results show that authority, even if there is a general agreement to say it's necessary to organise the way poeple work, has nothing to do with authoritarianism. Authority is based on values like respect, exchange and sharing. It 's the kindness of the senior health manager, by finding a way to motivate the team everyday , that ensure the legitimacy of its authority.