

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Le cadre de santé au cœur de la dynamique d'équipe

Nerlande ULYSSE

Sous la direction de : Mme Valérie TAMBOURAS

DCS@24-25

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.

*« Se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ;
travailler ensemble est la réussite. »*

Henry FORD

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes celles et ceux qui ont rendu possible la réalisation de ce travail et qui m'ont apporté leur soutien précieux tout au long de cette enrichissante année de formation.

Mes premiers et plus chaleureux remerciements vont à ma famille, véritable soutien durant cette aventure professionnelle. Je souhaite particulièrement témoigner ma reconnaissance à mon frère Jérémie et à son épouse Wendy. Leur patience infinie, leur soutien indéfectible, leurs encouragements constants et leur amour inconditionnel ont été un moteur essentiel dans les moments les plus exigeants.

Une pensée affectueuse et reconnaissante s'adresse à mes chères camarades de promotion, Sandra, Céline et Kétia. Ensemble, nous avons partagé l'intensité et la richesse de cette formation. Notre solidarité, nos échanges et notre entraide mutuelle ont transformé cette expérience exigeante en un parcours humain inoubliable. Leur écoute et leur soutien ont été une source inestimable de motivation et de réconfort.

Ma gratitude s'étend à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ESM, pour leur engagement, leur soutien et leur professionnalisme. Je remercie tout particulièrement Rachel DJIE BI IRIE et Grace KAHUNGU. Leur bienveillance, leur disponibilité et leurs précieux conseils ont été un guide, me permettant de développer les compétences essentielles à ma future pratique.

Enfin, j'exprime ma sincère et profonde reconnaissance à Madame Valérie TAMBOURAS, ma directrice de mémoire. Son accompagnement attentif, sa bienveillance et ses encouragements constants ont été déterminants dans l'élaboration et l'aboutissement de ce travail de recherche. Sa confiance en mes capacités et ses orientations judicieuses ont éclairé chaque étape de ce projet.

À vous tous, je dis un immense merci pour avoir contribué à faire de cette année un temps de croissance personnelle et professionnelle.

Liste des Abréviations

- CAFIM : Certificat d'Aptitude D'infirmière Monitrice
- CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante
- CDS : Cadre De Santé
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1 - Contexte d'émergence.....	3
2 - Cadre de référence	10
2.1 Le cadre de santé.....	10
2.1.1 Historique et évolution de la profession.....	10
2.1.2 De la surveillante religieuse au cadre de santé.....	12
2.1.3 Rôle du cadre de santé selon H. MINTZBERG	15
2.1.4 Leadership et style de management	17
2.2 La légitimité	23
2.2.1 Notion de légitimité.....	23
2.2.2 Les différents types de légitimité	25
2.2.3 Légitimité du cadre de santé.....	27
2.3 Le travail en équipe.....	31
2.3.1 Notion de groupe.....	31
2.3.2 Notion d'équipe.....	31
2.3.3 Le travail en équipe	34
2.3.4 Rôle du cadre dans le travail en équipe.....	34
3 - La problématique	37
4 - Méthodologie de l'enquête	38
4.1 Choix de l'outil	38

4.2	Choix de la population cible.....	39
4.3	Traitement des données	40
5	- Analyse de l'enquête	41
5.1	Le travail en équipe	41
5.2	La légitimité	48
5.3	La posture managériale	53
5.4	Interconnexions entre les trois concepts.....	57
5.5	Synthèse de l'analyse	59
6	- Les limites de l'enquête.....	60
7	- Discussion	61
	CONCLUSION.....	65
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Dans le cadre de mes études à l'IFCS à l'Ecole Supérieure de Montsouris Recherche en Soins et conformément à l'arrêté du 18 août 1995 visant à l'obtention du diplôme d'État de Cadre de Santé, je présente ce mémoire d'initiation à la recherche. Ce travail s'inscrit dans une démarche réflexive essentielle à la déconstruction des préconceptions et à l'engagement dans un processus d'objectivation critique.

Mon questionnement a émergé d'une analyse approfondie de situations professionnelles vécues au cours de mes treize années d'expérience au sein d'un établissement public de santé, particulièrement dans le contexte exigeant des soins critiques et de la réanimation médico-chirurgicale. Cette immersion prolongée m'a permis de saisir l'impératif du « travail ensemble » pour garantir la qualité et la sécurité des soins face à la complexité des prises en charge. Intriguée par le fonctionnement optimal d'équipes autonomes, même en l'absence de l'encadrement sur le terrain, et confrontée, lors de mon expérience de faisant fonction en court séjour gériatrique, à des dynamiques d'équipe fragilisées, j'ai été amenée à questionner plus spécifiquement le rôle pivot du cadre de santé dans la promotion d'un travail d'équipe efficace.

Dans le contexte complexe et en constante évolution du secteur de la santé, où les équipes soignantes font face à des défis organisationnels et humains considérables, la capacité du cadre à orchestrer une coordination optimale des actions et à favoriser la cohésion apparaît comme un enjeu majeur. Cette recherche vise à explorer les mécanismes par lesquels le cadre de santé influence la dynamique collective et la qualité du travail en équipe.

Ce mémoire s'articule en sept parties distinctes mais complémentaires. Dans un premier temps, je présenterai le contexte d'émergence de ma problématique, ancré dans mon expérience professionnelle et enrichi par des entretiens exploratoires. La deuxième partie sera consacrée au cadre de référence théorique, explorant les concepts clés que sont le cadre de santé et l'évolution de sa fonction, la légitimité dans ses différentes dimensions, et les fondements du travail en équipe. Ces explorations conceptuelles me permettront, dans une troisième partie, de formuler ma problématique de recherche et l'hypothèse qui en découle.

La quatrième partie exposera la méthodologie adoptée pour l'enquête de terrain, détaillant le choix de l'outil de recueil de données, la population cible et les modalités de traitement

des informations. L'analyse des résultats, objet de la cinquième partie, proposera une lecture thématique des données recueillies, mettant en lumière les représentations et pratiques des cadres de santé interrogés. Les sixième et septième partie seront respectivement consacrées aux limites de l'enquête et à une discussion permettant de confronter les résultats aux concepts théoriques initiaux et à l'hypothèse formulée.

Cette démarche méthodologique rigoureuse, combinant revue de littérature approfondie et enquête de terrain auprès de cadres de santé expérimentés, vise à développer une compréhension nuancée des mécanismes à l'œuvre dans la construction d'un travail en équipe efficace sous l'impulsion du cadre de santé. Au-delà de l'analyse scientifique, ce travail a également une visée pragmatique : identifier des leviers d'action concrets pour ma future pratique professionnelle et contribuer, à mon échelle, à l'amélioration des pratiques managériales dans le secteur de la santé.

1 - Contexte d'émergence

L'infirmière en réflexion et en projection vers le management

Au cours de mes 13 années d'expérience au sein d'un établissement public de santé, j'ai toujours privilégié une prise en soin globale des patients, en étroite collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle. Mon parcours d'infirmière en soins critiques et notamment en service de réanimation médico-chirurgicale, m'a permis de m'approprier certaines notions du « travail ensemble ».

En tant que jeune diplômée, lorsque j'ai intégré ce service, j'ai dû m'approprier les spécificités de l'unité mais également les compétences qui s'y associent notamment les techniques de soins, l'adaptabilité, la maîtrise de soi, la rigueur, le travail en équipe pluridisciplinaire et le leadership. Le travail en équipe était selon moi bien plus qu'une simple coordination. C'était un impératif absolu pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients, compte tenu de la complexité des situations rencontrées (prise en charges des polytraumatisés : plaies par balle, accident de la route, traumatismes crâniens, en passant par les accidents de plongées au caisson hyperbare, les péritonites, les AVC etc...). De plus, une communication fluide et sans ambiguïté était essentielle pour assurer la continuité des soins et éviter les erreurs. Les échanges étaient réguliers, tant au niveau des informations cliniques que des décisions thérapeutiques. Le respect des rôles et des compétences de chacun, ainsi qu'une confiance mutuelle solide, étaient palpable dans le groupe et créaient un climat de travail positif et collaboratif. L'état de santé d'un patient en réanimation évolue rapidement, ce qui nécessite une grande capacité d'adaptation de la part de l'équipe. Chacun de nous, infirmiers, aides soignant, médecin, kinésithérapeute etc..., étions prêt à prendre des initiatives et à modifier nos tâches en fonction des besoins du patient. J'avais le sentiment de faire partie d'une entité où tous partagent des valeurs, des croyances, une culture, une vision commune des comportements et des normes avec les autres membres de l'équipe et qui est indispensable au bon fonctionnement de l'unité.

J'ai souvent été étonnée de constater que l'équipe fonctionnait de manière optimale, alors que le cadre de santé était peu présent sur le terrain (en réunion, en entretiens etc...). Je me demandais quels étaient les moteurs de cette autonomie et de l'engagement des soignants ? Quels étaient les facteurs motivants qui permettaient aux soignants de travailler de manière

aussi soudée ? La spécialité a-t-elle une influence sur le travail d'équipe et une dynamique de groupe ?

Faisant fonction en découverte de la mission du cadre de santé

Lors de ma prise de poste en tant que Faisant Fonction de Cadre de Santé j'ai intégré une unité de court séjour gériatrique ayant traversé une période particulièrement éprouvante due à la pandémie de COVID-19. Dans une approche de proximité, mon objectif était d'accompagner les différents acteurs soignants dans leurs missions respectives en m'appropriant les pratiques soignantes en lien avec la spécialité. Le but étant de comprendre via l'observation le fonctionnement et de faire un état des lieux des compétences et des attendus au regard de la spécificité.

J'ai été interpellé par le fait que certains soignants ne voulaient plus travailler ensemble. Certains n'assistaient même plus aux transmissions. Il y avait souvent au sein de l'équipe des disputes sur la répartition des tâches de chacun et la charge de travail, ce qui créait des tensions au sein de l'équipe. La fatigue accumulée et la difficulté à concilier les exigences de la prise en charge gériatrique avec celles liées à la crise sanitaire du Covid 19 ont entraîné une perte de repères et une diminution de la motivation. De plus, j'ai intégré ce service en pleine période de transition, marquée par le départ et le renouvellement fréquent des encadrants. Ce manque de stabilité en termes de présence managériale qui durait depuis plusieurs mois, avait créé un climat d'insécurité.

J'ai rapidement souhaité améliorer la situation et j'ai par conséquent proposé à l'équipe, après les avoir reçus en entretien individuel, de former des groupes de travail pour mettre en place de nouveaux projets, nommer des référents et notamment créer et actualiser les protocoles de soins. L'objectif en créant ces groupes de travail était de transmettre les valeurs de partage que j'avais connues en service de réanimation, d'améliorer la communication, la collaboration et ainsi de favoriser les échanges au sein de l'équipe. Mon objectif était aussi de favoriser la cohésion d'équipe, d'améliorer le fonctionnement et l'organisation du service et par conséquent d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.

Trois infirmières expérimentées ont initialement refusé de participer aux groupes de travail, estimant que ces efforts avaient déjà été entrepris par les équipes précédentes, en particulier avant la crise sanitaire, et qu'ils représentaient une perte de temps. Après de nombreuses discussions et rencontres, elles ont finalement accepté de s'impliquer dans les différents groupes mis en place.

Malgré les présentations officielles et les informations transmises par l'encadrement supérieur j'avais le sentiment, que l'équipe ne semblait pas reconnaître mon statut de faisant fonction cadre de santé. Un jour, alors que le service attendait l'arrivée d'un nouveau patient, et que l'effectif prévu en agent de service hospitalier qualifié était restreint cette après-midi-là pour cause d'arrêt maladie, j'ai demandé à une aide-soignante du matin de préparer une chambre en effectuant le bionettoyage du mobilier. L'objectif était de permettre à l'agent de service hospitalier qualifié du matin de se concentrer sur le bionettoyage du sol, afin d'anticiper l'absence du collègue normalement prévu l'après-midi. Malgré plusieurs sollicitations, l'aide-soignante a refusé catégoriquement d'effectuer cette tâche, affirmant que sa collègue de l'après-midi s'en chargerait car elle n'avait pas à effectuer le travail des autres. Cette situation a engendré une tension au sein de l'équipe et a entraîné des conséquences directes sur la prise en charge du patient qui a été retardée, car aucun aide-soignant du matin n'a accepté de procéder au bionettoyage du mobilier.

Mon expérience en tant qu'infirmière en réanimation m'a démontré que la collaboration ainsi qu'une bonne répartition de la charge de travail selon les compétences de chacun est garante de l'efficacité du travail en équipe. En tant que faisant fonction, le défi pour moi était de savoir quel était le sens donné au travail en équipe par les professionnels de santé qui travaillaient au sein de l'unité dont je venais de prendre la responsabilité.

En tant que faisant fonction de cadre de santé, comment pourrais-je efficacement transmettre les valeurs de partage et de collaboration que j'avais cultivées durant mon expérience en soins critiques, et comment m'assurer que mes directives soient suivies par l'équipe soignante ?

Ces situations vécues m'amènent à m'interroger sur les fondements du travail en équipe soignante, et à identifier les leviers spécifiques dont dispose le cadre de santé pour encourager, pérenniser et favoriser une dynamique de travail collectif positive.

Phase exploratoire et question de départ

Afin d'enrichir ma réflexion au-delà de mon expérience professionnelle, j'ai réalisé deux entretiens exploratoires avec Olivier et Bénédicte, CDS cumulant respectivement 10 ans et 1 an et demi d'expérience dans leur métier (leurs prénoms ont été modifiés pour garantir leur anonymat).

Les deux enquêtes exploratoires menées mettent en lumière plusieurs aspects cruciaux concernant la dynamique de groupe et le travail en équipe dans le secteur de la santé. Ils mettent également en évidence la reconnaissance et de la légitimité du CDS pour permettre d'influencer le travail en équipe.

Pour Olivier, la dynamique de groupe est perçue comme un « *phénomène sociologique* » où les comportements et actions des membres sont « *conditionnés par leurs convictions et attentes* » ¹. Il souligne l'importance du rôle du cadre de santé, qui doit être « *reconnu et légitime* » auprès de l'équipe pour influencer positivement la dynamique ². Olivier met l'accent sur la nécessité pour lui de créer « *un cadre de confiance* », essentiel pour « *la cohésion et la motivation des équipes* » ³. Par ailleurs, il distingue le travail d'équipe, qu'il définit par des objectifs communs et une collaboration active, de la dynamique d'équipe, qui englobe « *les interactions sociales* » entre les membres ⁴.

Bénédicte partage des vues similaires sur la dynamique de groupe, soulignant qu'elle implique « *des interactions, des valeurs et des objectifs partagés* » par ses membres ⁵. Elle considère que le CDS joue un rôle essentiel en faisant partie « *intégrante de l'équipe soignante* » et qu'il doit gagner la « *reconnaissance et la légitimité* » des autres membres pour influencer efficacement le travail en équipe et par conséquent la dynamique de groupe ⁶.

Bénédicte note également que des « *facteurs tels que la personnalité, les compétences et l'environnement de travail* » impactent la dynamique de groupe ⁷. Comme Olivier, elle distingue le travail d'équipe (focalisé sur les tâches et objectifs) et la dynamique d'équipe

¹ Annexe 1-verbatim ligne 13,14 - Enquête exploratoire N°1

² Annexe 1-verbatim ligne 21,22 - Enquête exploratoire N°1

³ Annexe 1-verbatim ligne 30,31 - Enquête exploratoire N°1

⁴ Annexe 1-verbatim ligne 48,50 et 51 - Enquête exploratoire N°1

⁵ Annexe 1-verbatim ligne 82 à 84 et 117,118 - Enquête exploratoire N°2

⁶ Annexe 1-verbatim ligne 90,91 et 92 - Enquête exploratoire N°2

⁷ Annexe 1-verbatim ligne 107,108 - Enquête exploratoire N°2

(centrée sur les interactions sociales) ⁸. Enfin, elle souligne « *la communication comme élément clé pour une bonne dynamique* », car elle permet aux membres de se comprendre et de travailler efficacement ensemble ⁹.

Ces perspectives convergentes mettent en exergue l'importance du leadership, de la reconnaissance et de la communication pour favoriser un travail en équipe et une dynamique de groupe performante dans les équipes soignantes.

Ces entretiens illustrent que la reconnaissance par l'équipe est cruciale pour que le cadre de santé puisse jouer un rôle efficace dans la dynamique et le travail en équipe. De plus, elles évoquent que des pratiques telles que « *la formation continue et l'échange entre professionnels peuvent améliorer la collaboration* » ¹⁰ et la motivation au sein des équipes soignantes, comme le suggère Olivier.

En outre, les conditions de travail, l'implication active et l'entente entre membres, évoquées par Bénédicte, restent des facteurs déterminants pour une dynamique de travail positive.

Globalement, ces réflexions soulignent l'intérêt de créer un climat de confiance et de solidarité au sein des équipes soignantes pour améliorer leur efficacité et leur cohésion, permettant ainsi d'impacter à long terme le travail en équipe. En insistant sur la communication efficace, la collaboration active et la légitimité du leadership, ces enquêtes encouragent le développement de stratégies adaptées pour optimiser la dynamique de groupe et le travail en équipe dans le contexte des soins.

En lien avec l'analyse des enquêtes exploratoires exposées précédemment, je me suis penchée sur la théorie des organisations, notamment l'approche systémique qui induit les notions d'acteur et de système, inspirée de l'ouvrage de CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard¹¹. J'ai jugé pertinent, dans le cadre de mes recherches d'explorer l'approche

⁸ Annexe 1-verbatim ligne 121,122 - Enquête exploratoire N°2

⁹ Annexe 1-verbatim ligne 102 - Enquête exploratoire N°2

¹⁰ Annexe 1-verbatim ligne 40,41 - Enquête exploratoire N°1

¹¹ - CROZIER Michel (1922-2013) était un sociologue français, figure marquante du CNRS dès 1952 et directeur de recherche à partir de 1970. Influencé par les travaux humanistes de Georges Friedmann sur la sociologie du travail, il a fondé en 1965 le Centre de Sociologie des Organisations, devenu laboratoire de recherche du CNRS en 1976. Diplômé d'HEC et docteur en droit et en lettres, Crozier était un sociologue engagé dans l'étude et l'accompagnement du changement au sein des entreprises privées et des administrations françaises.

- FRIEDBERG Erhard (né en 1962) est un sociologue d'origine autrichienne titulaire d'un doctorat en sciences politiques. Sa carrière s'est principalement déroulée entre la France et l'Allemagne, où il a mené de nombreuses recherches et missions de conseil auprès d'administrations et d'entreprises en Europe occidentale. Auteur prolifique, ses travaux portent essentiellement sur la « théorie de l'action organisée » et sur « la pratique du changement des organisations ».

systémique du « jeu des acteurs », incluant ici les soignants et le cadre de santé, au sein du système organisationnel. L'objectif était de comprendre l'influence réciproque de ces acteurs. Cette compréhension approfondie des dynamiques organisationnelles peut révéler les facteurs favorisant la cohésion et une dynamique positive au sein du travail en équipe.

Selon BERNOUX Philippe sociologue, Docteur d'État, et Directeur Honoraire de Recherches au CNRS qui se base sur les travaux de Crozier, un système « est un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que si l'une est modifiée, les autres le sont aussi et que par conséquent tout l'ensemble est transformé »¹². Il est dit système « d'action concret » quand il contribue à résoudre les problèmes du quotidien.

L'analyse systémique examine l'organisation en tant que système global où les interactions entre les acteurs génèrent des jeux et des stratégies complexes. Cette approche facilite la compréhension des processus de décision et de changement au sein des organisations, en mettant en avant l'importance de l'adaptation aux environnements sociaux et culturels spécifiques. « Le raisonnement stratégique part de l'acteur pour découvrir le système qui seul peut expliquer par ses contraintes les apparentes irrationalités du comportement de l'acteur. »¹³

L'acteur est « celui (individu ou groupe) qui participe à l'action et qui a des intérêts communs pour cette action. » L'action collective est un « construit social ». Malgré le contexte organisationnel qui peut paraître contraignant (règles), l'individu évolue en tant que sujet autonome. L'acteur stratégique est dans une démarche active, même si ses objectifs ne sont pas toujours précis, ses attitudes ont toujours un sens, c'est ce que les auteurs nomment « la stratégie ».¹⁴ L'analyse systémique cherche à comprendre la rationalité des comportements des acteurs (jeux). Le concept du jeu peut être défini comme un ensemble d'interactions entre individus qui régissent les relations de pouvoir. Par conséquent, ce sont ces jeux d'acteur et de relation, donc ces stratégies diverses (conflits, tensions et coalitions) des groupes d'acteurs qui constituent le système d'action concret.

¹² BERNOUX Philippe : « *La sociologie des organisations* », Edition du Seuil, Paris, 1985, 6ème Ed 2009

¹³ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard : « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, Paris, 1977, p 230

¹⁴ BERNOUX Philippe : « *La sociologie des organisations* », Edition du Seuil, Paris, 1985, 6ème Ed 2009 - P.15 à 55

Ce système qui conjugue règles formelles et informelles, fait face aux problématiques rencontrées quotidiennement et à leur résolution. (p.286)

Comprendre les stratégies des acteurs et les jeux de pouvoir permet aux décideurs d'adapter leur management aux situations particulières de leurs équipes, leur permettant ainsi de faciliter le travail en équipe, le changement organisationnel tout en minimisant les résistances. En comprenant ces processus, il devient possible d'identifier les facteurs qui favorisent la cohésion et une dynamique positive au sein des équipes soignantes, parvenant ainsi à optimiser les interactions sociales et professionnelles pour optimiser le travail en équipe.

Au regard de mes lectures et des exemples mentionnés, cela m'amène à poser la question de départ suivante :

Dans quelle mesure le cadre de santé a-t-il une influence sur le travail en équipe ?

Le cadre de référence de ce mémoire s'articule autour de l'analyse des rôles et missions du cadre de santé, en examinant les fondements et les expressions de sa légitimité et de son implication dans le travail d'équipe. L'objectif est d'évaluer l'influence de ces éléments sur les équipes soignantes et la qualité des soins.

2 - Cadre de référence

Pour débiter ce cadre de référence, je me suis intéressée à l'évolution de la profession du cadre de santé, acteur clé de ce travail de recherche. Selon JOVIC Ljiljana¹⁵ il y a « une méconnaissance de l'histoire professionnelle » alors que « l'histoire permet de connaître le passé, de comprendre le présent et, si elle ne permet pas de prédire l'avenir, elle le nourrit de sa représentation. » (Fourdrignier, 2018). Ainsi l'étude de l'évolution et des étapes marquantes de cette profession permettra de mieux appréhender son rôle crucial au sein de l'organisation d'un service et du système hospitalier.

2.1 Le cadre de santé

2.1.1 Historique et évolution de la profession

La profession de cadre de santé¹⁶ a connu une profonde transformation au cours du XXe siècle, passant d'un rôle essentiellement clinique à un rôle de gestionnaire et de manager. D'abord sœur cheftaine, puis surveillante, surveillant chef, infirmier surveillant, cadre infirmier et aujourd'hui cadre de santé.

Les « les religieuses surveillantes » sont recrutées à l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire dans leurs communautés d'appartenance, sans aucun lien ni une quelconque formation en relation avec le monde des soins » (Poisson, 2017 p 118). Dans cette période dominant le pouvoir administratif et le pouvoir ecclésiastique, qui légitime ce recrutement des surveillantes » (Fourdrignier, 2018). Puis fondé sur l'expérience et l'ancienneté avec le statut d'infirmière chef attribué aux infirmières expérimentées, le rôle du cadre de santé s'est progressivement professionnalisé à partir du milieu du XXe siècle, avec la création de formations spécifiques et l'instauration de titres certifiés. C'est en octobre 1951 que la première école de cadre est ouverte par la Croix rouge, pour former les surveillantes et les monitrices.

Le 14 novembre 1958, soit 7 ans plus tard, le certificat d'aptitudes aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM) et d'infirmière surveillante (CAFIS) est créé. Cette

¹⁵ JOVIC Ljiljana est infirmière doctorante en sciences infirmières - directeur des soins - conseillère technique régionale à l'ARS Ile-de-France et présidente de l'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

¹⁶ HAL open science : « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation » <https://hal.science/hal-02999726v1/document>

formation dure 8 mois et il faut avoir exercé au moins 3 ans en tant qu'infirmier pour y participer.

L'intégration du management dans la fonction de Cadre de Santé (CDS) s'est amorcée dans les années 1970, en parallèle d'une gestion plus structurée des établissements de santé. Cette évolution a nécessité pour les CDS l'acquisition de compétences managériales afin d'optimiser la coordination des soins et l'administration de leurs unités. Par la suite, dès les années 1990, les hôpitaux français ont été le théâtre d'une série de réformes majeures, comme le souligne DUMOND J.P : « Les établissements hospitaliers français ont connu, à partir des années 1990, un enchaînement de réformes sans précédent »¹⁷. Ces transformations ont profondément remodelé les organisations hospitalières, s'inscrivant dans une logique de gestion inspirée du secteur privé et introduisant de nouvelles pratiques d'encadrement pour les CDS. Le décret n°75-925 du 9 octobre 1975 crée le certificat de cadre infirmier (CCI).

En effet, les années 90 marquent un tournant majeur avec la réforme de la fonction cadre par la loi du 31 juillet 1991 qui définit clairement l'encadrement à la gestion des services comme mission centrale. En 1992, les écoles de cadres deviennent des instituts de formation de cadres de santé (IFCS). Enfin la création du diplôme de cadre de santé par le décret n°95-926 du 18 août 1995 a officialisé l'évolution de ce métier, ouvrant ainsi l'accès à treize professions paramédicales. Les « cadres infirmiers » deviennent des « cadres de santé ». Désormais « les savoirs se rapportant à la médecine et à la clinique ne sont plus enseignés mais sont remplacés par des savoirs liés à la gestion, au management, et la recherche »¹⁸. L'obtention du diplôme de CDS permet d'exercer le métier en établissement de santé ou en institution de formation de santé.

Les réformes des années 2000¹⁹ ont renforcé encore davantage la dimension managériale de la profession. Les cadres de santé sont désormais responsables de la gestion des ressources humaines, des budgets, des projets et de la coordination des activités au sein de leur unité. Cette transformation s'explique par plusieurs facteurs : la complexification des

¹⁷ DUMOND Jean-Paul : « *La grande transformation hospitalière - Vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles* ». Edition Seli Arslan – Maury, France Mars 2021

¹⁸ BOURGEON Dominique Collectif : « *Du soin à l'encadrement : Trajectoires de vie et motivations professionnelles* », 2ème éditions Lamarre, Paris 2010, P 157

¹⁹ L'Ordonnance du 2 mai 2005 dite réforme de la gouvernance hospitalière et la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) datant du 21 juillet 2009.

organisations hospitalières, les contraintes budgétaires croissantes, l'émergence de nouvelles technologies et une orientation accrue vers la gestion dans l'hôpital public.

Dès 2005-2006, les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) ont intégré la possibilité d'obtenir un Master en parallèle du diplôme de cadre de santé. Parallèlement, la mise en place de la nouvelle gouvernance de 2005, consolidée par la loi HPST du 21 juillet 2009, a favorisé l'émergence du système Licence-Master-Doctorat (LMD), entraînant une modification de la formation des CDS. Cette transformation est soulignée par le rapport de septembre 2009 de Madame Chantal DE SINGLY alors directrice de l'institut du management de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), qui a mis en lumière la nécessité d'une formation renforcée en gestion pour les cadres de santé, afin de les préparer aux exigences du nouveau paysage professionnel en constante évolution.

Ces politiques ont un impact direct sur les pratiques managériales, en exigeant que les cadres de santé soient capables de s'adapter rapidement aux changements réglementaires et technologiques tout en maintenant la qualité des soins. L'une des politiques de santé ayant le plus d'impact sur le management hospitalier est la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette politique, qui se traduit par des démarches d'accréditation et d'évaluation continue, oblige les établissements de santé à mettre en place des processus qualité rigoureux, visant à renforcer la satisfaction des patients et à minimiser les risques associés aux soins (HAS, 2005). Pour répondre à ces exigences, les managers doivent développer des compétences en gestion de projet, en leadership transformationnel, et en communication, afin de mobiliser les équipes soignantes autour d'objectifs communs et de promouvoir une culture de l'excellence.

2.1.2 De la surveillante religieuse au cadre de santé

En septembre 2009, Chantal DE SINGLY²⁰ dans son rapport met en lumière la nature polyvalente du métier de Cadre de Santé, identifiant quatre missions fondamentales : « le management d'équipes et d'organisations, la conduite de projets transversaux, l'expertise dans son domaine, et la participation à la formation (initiale et continue) ». L'auteure insiste sur la capacité d'adaptation inhérente à la fonction, soulignant que, « qu'il exerce un rôle

²⁰ Ministère de la santé et des sports - Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Chantal DE SINGLY – 11 septembre 2009 - https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

de manager, de formateur ou d'expert, le cadre hospitalier doit intégrer les évolutions constantes du secteur de la santé ». Il ressort clairement que la gestion d'équipes constitue une compétence essentielle du CDS, au même titre que sa faculté à évoluer et à s'adapter aux mutations du système de santé, quelle que soit sa mission principale.

Par la suite, le référentiel d'activités et de compétences du diplôme cadre de santé, élaboré en 2012 par la Direction Générale de l'offre de soins (DGOS), qui reste à ce jour un document de travail, apporte une définition plus ciblée du métier. Ce document est utilisé et reconnu comme outil de référence pour la définition des activités et du champ d'action des cadres de santé, qu'ils soient responsables d'unité de soins ou formateurs en institut de santé. Ainsi, il définit en page 6 le métier de cadre de santé comme suit : « Le responsable de secteur d'activités de soin organise l'activité de soin et prestations associées, manage (ou encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations »²¹.

Dans ce même document, nous retrouvons la liste des activités et des compétences du cadre de santé.

➤ **Les activités :**

- « Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
- Management, encadrement et animation des équipes pluriprofessionnelles
- Gestion et développement des compétences
- Animation de la démarche qualité et gestion des risques
- Mise en place et animation de projets
- Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation ».

➤ **Les compétences :**

- Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activité de soins

²¹ LENOIR-SALFATI - Ministère des affaires sociales et de la santé - Direction générale de l'offre de soins (DGOS), « Diplôme de cadre de santé : Référentiels d'activités et de compétences », décembre 2012, https://www.ifchureennes.fr/wpcontent/uploads/2016/09/Cadres_sante_Ref_activites_et_compетенces_apres_18_12_2012.pdf

- Organiser et coordonner les activités du secteur d'activité et de soins
- Manager des équipes pluriprofessionnelles dans un secteur d'activité de soins
- Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluriprofessionnelle
- Contrôler et évaluer les activités
- Conduire à une démarche qualité de gestion des risques
- Conduire un projet des travaux d'étude et de recherche
- Communiquer et transmettre les informations et rendre compte

De plus, le référentiel met en évidence une catégorie professionnelle capable de gérer n'importe quelle unité et profession paramédicale. Il apparaît ainsi que le cadre de santé est « l'interlocuteur des patients, des familles, des équipes soignantes, des partenaires et des équipes de direction. [...] Il est à l'interface de différents intervenants et de différentes structures »²². MISPELBLOM BEYER Frederik²³ professeur de sociologie rappelle : « que ces chevilles ouvrières » prises entre le « marteau » de la hiérarchie et « l'enclume » des collaborateurs, ont un rôle central dans la conduite du changement par ce positionnement « d'entre deux ». Les cadres de santé assistent à une complexification du référentiel de leurs « savoirs », leurs « savoir-faire », leurs « savoir-être » et de leurs « savoir-faire faire »²⁴.

D'autres définitions corroborent celle du référentiel, l'Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC), définit le cadre de santé comme « un manager de proximité qui organise et supervise les activités paramédicales au sein d'un service de soins, garantissant la qualité et la sécurité des prestations, tout en animant, encadrant et coordonnant les équipes placées sous sa responsabilité et les ressources à sa disposition ».

²² LENOIR-SALFATI - Ministère des affaires sociales et de la santé - Direction générale de l'offre de soins (DGOS), « Diplôme de cadre de santé : Référentiels d'activités et de compétences », décembre 2012, https://www.ifchurennnes.fr/wpcontent/uploads/2016/09/Cadres_sante_Ref_activites_et_competchences_apres_18_12_2012.pdf

²³ MISPELBLOM BEYER Frederik est professeur de sociologie à l'université Paris Sud-Evry, où il est chargé de projets de formation innovants pour l'encadrement du secteur social et de la santé, et responsable de l'équipe CRF (Centre de recherche sur la formation des adultes du Cnam) /ETE (enseigner, transmettre, encadrer, Evry).

²⁴ DUMAS Marc et RUIILLER Caroline : « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? » « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? | Cairn.info

De nombreux auteurs ont également défini le métier de cadre de santé et exploré leurs rôles au quotidien, notamment le célèbre professeur en management H. MINTZBERG.

2.1.3 Rôle du cadre de santé selon H. MINTZBERG

En 1984, MINTZBERG Henry²⁵ professeur en management à l'université McGill de Montréal, théorise la notion de rôle du cadre. Cette théorie aborde le fait que chaque cadre détient et interprète plusieurs rôles. Il le définit comme : « un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable »²⁶.

Selon lui les rôles du cadre se répartissent en trois catégories :

- les rôles interpersonnels (de symbole, d'agent de liaison et leader)
- les rôles liés à l'information (observateur actif, diffuseur d'information, et porte-parole)
- les rôles décisionnels (entrepreneur, régulateur, négociateur, répartiteur des ressources)

Selon le professeur, pour le cadre de santé, ces rôles s'intègrent parfaitement dans son environnement professionnel. **Le symbole**, en tant que dirigeant, représente l'organisation et incarne sa hiérarchie, contribuant ainsi à son image. Ce rôle implique que le cadre de santé représente son unité ou son service, jouant un rôle cérémoniel et social tant en interne qu'en externe.

Le rôle de leader est essentiel, car le cadre définit les relations avec ses collaborateurs, influence son équipe pour atteindre des objectifs, et impulse une atmosphère de travail positive. Ils motivent, conseillent, accompagnent et guident leurs équipes. Ils contribuent au développement des compétences de ses collaborateurs.

En tant qu'**agent de liaison**, le cadre entretient des contacts internes et externes pour faciliter l'échange d'informations utiles au bon fonctionnement du service, améliorer la qualité des soins et renforcer la coordination au sein de l'équipe. Ces échanges visent à

²⁵ MINTZBERG Henry est un universitaire canadien spécialisé en sciences de gestion. Il est considéré comme l'un des penseurs les plus influents dans le domaine du management et des organisations. Né le 2 septembre 1939 à Montréal, il a consacré sa carrière à l'étude des entreprises, de leurs structures, de leurs cultures et de leurs dirigeants.

²⁶ MINTZBERG Henry « *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre* ». Paris, Les éditions d'organisation, 2021, p 65

obtenir des avantages mutuels, à établir des partenariats. Ils sont qualifiés de « relation d'échange » (Mintzberg, 2021, p. 73).

Dans son rôle lié à l'information, le cadre de santé agit comme **observateur actif**, collectant des informations pertinentes pour son unité. Il se tient constamment informé des évolutions concernant son service. En quête permanente d'informations qui lui permettront de mieux cerner les problématiques et de comprendre les besoins.

Il se transforme ensuite en **diffuseur d'information**, en partageant ces données avec les membres de son équipe et veillant à une diffusion équitable de l'information auprès de tous. Enfin, il est **porte-parole** et représente la direction auprès des employés. Il communique les informations officielles, recueille les préoccupations des équipes et transmet leurs besoins à la hiérarchie.

En termes de rôles décisionnels liés à la prise de décisions importantes, le cadre de santé peut agir comme **entrepreneur** en encourageant l'innovation et des projets au sein du service. « Il prend l'initiative et assure la conception de la plupart des changements contrôlés affectant son organisation »²⁷. Il joue également un rôle de **régulateur**, en résolvant les conflits internes, dans l'accompagnement au changement et en promouvant une ambiance de travail harmonieuse. Il est centré sur « des situations involontaires et le changement qui est partiellement hors du cadre »²⁸ En tant que **négociateur**, le cadre défend l'intérêt de son service en traitant avec d'autres entités pour obtenir les ressources et le soutien nécessaire. Il participe aux négociations, « il est le symbole de son organisation, sa présence accroît la crédibilité des négociations, parce qu'il est le porte-parole et qu'il représente donc, aux yeux des personnes extérieures, le système de valeurs et d'informations de son organisation. »²⁹

Enfin, dans son rôle de **répartiteur de ressource**, il coordonne l'utilisation des équipements, gère les ressources humaines pour maintenir un bon niveau de service.

MINTZBERG précise que la personnalité du cadre a une incidence directe sur la façon dont ces rôles seront préservés. Il explique que « la gestion d'une organisation ne peut être une science ». Selon lui, « gérer reste un art, et non une profession fondée sur une discipline

²⁷ MINTZBERG Henry « *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre* ». Paris, Les éditions d'organisation, 2021, p 88

²⁸ Idem p 92

²⁹ Idem p 101

scientifique ». Il précise « que si un futur cadre a le potentiel d'être un leader, la formation l'aidera à être un leader plus efficace, s'il n'a pas ce potentiel, aucune formation [...] ne pourra lui permettre d'atteindre ce but ». (Mintzberg, 2021, p 179-212).

Les dix rôles du cadre de santé décrit précédemment mettent en évidence le rôle déterminant du cadre de santé dans l'accomplissement des tâches qui lui sont confiées par sa hiérarchie. MINTZBERG précise que la personnalité du cadre a une incidence directe sur la façon dont ces rôles seront appliqués. La question se pose alors de savoir si les cadres de santé doivent nécessairement adopter un leadership, comme le suggère DEJOUX Cécile dans son ouvrage ³⁰. Cette interrogation nous conduit à explorer, définir et analyser les différents styles de management afin de mieux cerner la fonction et l'impact du cadre de santé dans une organisation.

2.1.4 Leadership et style de management ³¹

Le concept de « management » a émergé des études sur l'organisation du travail à la fin du XIX^e siècle. Ce terme trouve son origine dans le mot français « ménagement », repris par l'anglais avant d'être réintroduit en français. Il est défini dans le dictionnaire *Le Petit Robert* comme : « l'ensemble des techniques de directions, d'organisation et de la gestion de l'entreprise ». Aussi, le dictionnaire *Littré* le désigne comme « l'art de conduire, diriger, manier », ou encore « l'action de bien organiser et disposer ». Cette définition met en lumière la capacité à piloter efficacement une organisation en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. L'objectif est d'atteindre les buts établis tout en considérant les besoins et les attentes des différentes parties prenantes. Fréquemment utilisé dans le contexte des entreprises, ce terme est souvent associé à l'animation d'équipes. En outre, LE GOFF Jean-Pierre philosophe et sociologue français, définit le management comme « un art », évoquant, conformément à l'étymologie du mot, « sa capacité à combiner habilement différents facteurs », ³² mais aussi différents styles.

³⁰ DEJOUX Cécile, « *Gestion des compétences et GPEC* » 2^e édition Dunod, Paris 2013

³¹ Direction Générale de l'administration et de la fonction publique « Guide de l'encadrant et de l'encadré dans la fonction publique ». 2017 <https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/publications-dgafp/guide-de-l-encadrant-web.pdf>

³² LE GOFF, Jean-Pierre. 2003, *Les illusions du management - Pour le retour du bon sens*. Paris, La Découverte. « Poche / Essais » p. 20

Le terme « leadership » trouve ses origines dans le mot anglais « *leader* », qui peut être retracé jusqu'au vieux « *norrois leithari* », signifiant « guide » ou « celui qui montre la voie ». Le mot « leader » est également lié au vieux haut allemand « *leiten* », qui signifie « guider » ou « diriger ». L'étymologie du terme met donc en évidence son concept fondamental de guider ou diriger un groupe de personnes vers un objectif commun.³³

Le leadership ne se limite pas uniquement à donner des ordres. Il « se caractérise par la capacité d'une personne à initier des actions », à « orienter un groupe » et à « exercer une influence positive » pour atteindre des objectifs communs³⁴. Ce rôle essentiel du leader englobe la prise de décision, la motivation des membres de l'équipe, la formulation d'une vision partagée, une communication efficace, l'inspiration et la promotion active de la collaboration.

Le management d'équipe se manifeste par la diversité des approches adoptées par les managers. Cette pluralité se traduit par la notion de style managérial, qui englobe l'ensemble des attitudes et des comportements caractéristiques de la manière dont un leader exerce son influence et son autorité au sein d'une équipe. Ce style, loin d'être unique et figé, se décline en une variété de formes, influençant profondément la dynamique, la motivation et la performance de l'équipe. Comprendre et adapter son style managérial aux spécificités de l'équipe et aux contextes rencontrés constituent ainsi un enjeu majeur pour un leadership efficace.

Un établissement de santé, dont la vocation est de fournir des soins à la population, constitue une organisation à part entière. Ceux-ci se caractérisant par une structure hiérarchique, un ensemble de ressources variées et des systèmes de gestion spécifiques. Au sein de cette organisation complexe, le CDS occupe une position stratégique. Il assure la gestion opérationnelle d'une unité de soins, jouant un rôle déterminant dans la garantie de la qualité des soins prodigués aux patients. Ainsi les différentes approches managériales considèrent la dynamique relationnelle à deux niveaux : d'une part, le lien entre le responsable et chaque collaborateur, et d'autre part, l'interaction entre le manager et l'ensemble de l'organisation. Cette compréhension des relations offre aux responsables une

³³ RADON Bernard. « *Guide du leadership, progresser vers la fonction de dirigeant* ». Dunod, Paris 2007

³⁴ Idem

grille de lecture pour adapter leur style de management aux contextes spécifiques et aux individus avec lesquels ils interagissent.

Selon la théorie du leadership situationnel de HERSEY Paul & BLANCHARD Ken³⁵(1982), au regard d'une situation donnée, il convient de faire l'évaluation de l'autonomie du collaborateur puis d'identifier le style de management à adopter. Ainsi, un bon leader doit faire preuve d'adaptation et de flexibilité et ainsi trouver un bon équilibre selon chaque situation. Ils ont ainsi distingué quatre styles de leadership :

- **Le modèle directif**, est un style qui se veut rassurant. Dans ce type de management le leader donne des instructions claires et précises. Adapté pour les situations d'urgences ou de crise, en encore quand les collaborateurs manquent de compétences et de confiance en leurs capacités. Ce modèle vise à établir un « cadre » clair et à mettre en place un dispositif rigoureux pour garantir la cohérence des actions et l'atteinte des objectifs prédéfinis. Principalement axé sur l'organisation, il privilégie l'orientation par des données précises et des instructions explicites, la planification méthodique, le contrôle régulier et une communication descendante structurée.
- **Le modèle persuasif** est un style dans lequel le manager définit la direction à prendre, donne les instructions nécessaires, mais prend également le temps d'expliquer le « pourquoi » de ses choix. Il s'appuie sur la conviction et l'explication plutôt que sur l'injonction, favorisant un dialogue régulier au sein de l'équipe. Cette transparence et cette communication sont fondamentales pour susciter l'adhésion et l'engagement des collaborateurs. Ce style de management vise l'équilibre entre les exigences organisationnelles et l'attention portée aux relations humaines, ici le manager ne se contente pas de donner des directives ; il accompagne son équipe, encourage et soutient la progression vers les objectifs fixés. Il instaure ainsi un climat de confiance et de collaboration où chaque membre se sent valorisé et pleinement impliqué dans la réussite collective.

³⁵ HERSEY Paul & BLANCHARD Ken sont deux théoriciens du management, qui ont d'abord développé leur « théorie du cycle de vie de leadership » en 1969. Ils l'ont ensuite rebaptisée « leadership situationnel », devenu le modèle original.

- **Le modèle délégitif** est idéal pour les personnes compétentes et motivées. Ce style de management repose sur une confiance affirmée dans les capacités des collaborateurs. Le manager délègue en définissant clairement les missions et les objectifs à atteindre, tout en fournissant les ressources indispensables pour répondre aux besoins et aux interrogations de l'équipe. En soutenant activement leurs initiatives, il instaure un environnement de travail stimulant où l'investissement personnel, l'expression des idées et l'innovation sont encouragés. L'approche consiste à laisser les collaborateurs déployer leurs propres stratégies pour atteindre les résultats escomptés, en acceptant et en valorisant leurs prises d'initiative.
- **Le modèle participatif** prône la collaboration. Ce style de management valorise et encourage la pluralité des points de vue, stimulant ainsi la créativité et l'émergence de solutions novatrices. Le manager adopte une posture de soutien et de conseiller, tout en accordant une autonomie significative à ses collaborateurs, qui sont activement incités à contribuer aux processus décisionnels. En tenant compte des aspirations individuelles, cette approche vise à accroître l'engagement de chacun, à encourager la proposition d'idées et à concilier les objectifs collectifs et les besoins spécifiques. L'efficacité de ce type de management repose sur une certaine maturité et autonomie des collaborateurs, le responsable jouant alors un rôle d'accompagnateur et de facilitateur pour l'équipe.

Aussi, nous retrouvons dans la littérature d'autre style de leadership décrite par PLANE Jean-Michel ³⁶:

- Le **leadership transactionnel** inspiré par Max WEBER se concentre sur des transactions entre les leaders et les membres de l'équipe, souvent sous forme de récompenses ou de sanctions. Ce style est plus axé sur le contrôle et la gestion des opérations quotidiennes. Bien que ce modèle puisse offrir une structure claire et des directives précises, il peut négliger les aspects relationnels et motivants du travail en équipe. Un leadership transactionnel peut être utile pour gérer des situations de crise ou pour des tâches répétitives, mais il peut manquer de flexibilité pour répondre aux besoins changeants des patients et de l'équipe.

³⁶ PLANE Jean-Michel, « *Théories du leadership, modèle classiques et contemporains* », édition Dunod- Paris, 2015

- Le **leadership serviteur** œuvre maitresse de Robert Kiefner GREENLEAF (1904-1990), c'est une théorie récente du leadership qui soutient que les leaders les plus efficaces sont au service de leurs collaborateurs se distinguant par leur capacité à servir et à soutenir les membres de l'équipe. Les leaders servant encouragent la créativité, favorisent l'apprentissage, partagent leur pouvoir et aident leurs collaborateurs à atteindre leurs objectifs. Cette approche est particulièrement efficace pour créer un environnement de travail collaboratif et communautaire, essentiel pour améliorer la satisfaction des employés et la qualité des soins. Dans les établissements de santé, où la charge émotionnelle est souvent élevée, ce type de leadership peut contribuer à réduire le stress et à renforcer l'engagement des équipes.
- Le **leadership transformationnel** ³⁷ conceptualisé par de nombreux auteurs est souvent cité comme l'un des styles les plus efficaces dans les milieux hospitaliers. Ce style met l'accent sur la création d'une vision partagée et l'inspiration des membres de l'équipe pour atteindre des objectifs communs. Les leaders transformationnels servent de modèles en adoptant des comportements exemplaires, ils encouragent l'innovation et visent le changement positif. Ils favorisent la prise en compte des besoins individuels de leurs collaborateurs, et encouragent l'autonomie et l'indépendance au sein de l'équipe. Cette approche peut améliorer la motivation des employés, renforcer l'engagement organisationnel et promouvoir des décisions éclairées.

L'adaptabilité managériale du cadre de santé est essentielle face à la diversité des contextes organisationnels et des dynamiques d'équipe. JOVIC Ljiljana ³⁸ nous dit que : « Aujourd'hui, il devient impératif de savoir adapter le management et les organisations à chaque contexte et les moduler en fonction des évolutions. Le management est autant une question de technique que de savoir et de relations humaines ».³⁹

³⁷ NAUDIN D., Le Corre B., Geoffroy M.. Chapitre 3. « *Management du cadre de santé : qualité professionnelles, leadership, styles de management*. Naudin D. Guide CS - cadre de santé « toutes les connaissances théoriques et pratiques ». Paris : Elsevier Masson ; 2023, 423 p

³⁸ JOVIC Ljiljana est infirmière doctorante en sciences infirmières - directeur des soins - conseillère technique régionale à l'ARS Ile-de-France et présidente de l'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

³⁹ JOVIC Ljiljana : « *Management : concepts et recherche* », Recherche en soins infirmiers - 2007/4 N° 91, p.3-4.

Chaque style de management présente des atouts et des inconvénients propres, et le choix le plus pertinent doit tenir compte des particularités de l'environnement de travail et des caractéristiques des individus composant l'équipe. Il semble alors qu'initialement, face à un faible engagement et des compétences limitées des membres, un style directif s'avère indispensable. Progressivement, avec l'acquisition d'expérience et un engagement accru, le leader doit évoluer vers une approche plus participative et axée sur le soutien. Finalement, lorsque le groupe atteint sa pleine maturité, la délégation devient la stratégie managériale la plus efficiente.

CE QUE NOUS POUVONS RETENIR

Au XXe siècle, le rôle du cadre de santé a profondément évolué, passant d'une fonction de surveillance assurée par des religieuses à un métier structuré autour d'une double expertise clinique et managériale, indispensable dans le contexte de performance hospitalière actuel. La professionnalisation s'est concrétisée par la création de formations spécifiques culminant avec le diplôme de cadre de santé, qui a formalisé une approche intégrant la gestion des ressources humaines, la qualité et la conduite de projet. Les réformes successives ont institutionnalisé le cadre de santé comme un acteur central, assurant le management d'équipes pluridisciplinaires, l'expertise métier, la formation et le pilotage de projets, tout en garantissant la sécurité des pratiques et l'animation de la qualité au sein des établissements de santé.

Ce métier polyvalent s'appuie sur des théories managériales reconnues, soulignant la diversité des rôles du cadre de santé et la nécessité d'adapter son style de management aux situations et aux équipes. L'intégration progressive de l'université dans la formation des cadres de santé témoigne d'une professionnalisation accrue, exigeant des compétences pointues en gestion, en analyse et en innovation, tout en préservant les valeurs fondamentales du soin et de la relation humaine. Ces évolutions sont une réponse aux défis complexes du système de santé, positionnant les cadres de santé comme des acteurs clés de la modernisation et de l'amélioration continue au sein des hôpitaux.

Du fait de son évolution historique et ses rôles multidisciplinaires, nous comprenons que le cadre de santé occupe désormais une place centrale au sein de l'organisation hospitalière. Le chapitre suivant explorera la notion de légitimité inhérente à cette fonction.

2.2 La légitimité

2.2.1 Notion de légitimité

Étymologiquement liée au latin « lex, legis » qui signifie « loi », la légitimité s'apparente à la légalité. Cependant la légalité réside dans l'application d'une loi, tandis que la légitimité se réfère à des principes qui peuvent, dans certaines situations, s'opposer à une loi établie. WEBER Max⁴⁰ définit dans ses travaux la légitimité comme « la capacité à se faire obéir, la domination suppose l'obéissance qui repose sur des croyances et des représentations »⁴¹(WEBER, cité par FLEURY, 2023, p.89). Pour HATZFELD Hélène⁴² la légitimité est « le droit reconnu à une ou plusieurs personnes de s'exprimer et d'agir au nom de principes, de valeurs, de règles ou de lois établies »⁴³.

Les fondements de la légitimité sont divers, incluant des principes moraux et politiques, des habitudes, des droits et des normes. Toujours selon HATZFELD H., la hiérarchisation de ces principes étant subjective et variant selon les individus et les sociétés, elle est fréquemment une source de désaccords. Ainsi, elle définit la légitimité en deux sens :

- « Traditionnellement, « qualité d'un pouvoir fondé sur des principes reconnus comme valables et assurant son droit à la domination ».
- Droit reconnu à une personne (ou plusieurs) de parler et d'agir au nom de principes, valeurs, règles, lois. » (Hatzfeld H.,2013)

Aussi, le principe de légitimité est contextuel et varie selon les individus, car il s'agit « d'un droit reconnu et partagé par un groupe de personnes ». De ce fait, sa définition est susceptible d'évoluer en fonction des populations et des cultures.

⁴⁰ WEBER Max (1864 - 1920) était un économiste, sociologue et philosophe allemand, considéré comme l'un des pères fondateurs de la sociologie moderne qui analyse le mode de fonctionnement et la finalité de la société industrielle. Son œuvre maîtresse, « *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme* », rayonne depuis un siècle sur l'histoire des idées.

⁴¹ FLEURY Laurent. « *Max WEBER 4e Ed* ». Paris, Presse Universitaire de France, 2023, p.89

⁴² HATZFELD Hélène est docteur d'Etat en science politique et maître de conférences à l'Institut d'études politiques de Paris

⁴³ HATZFELD Hélène : « *Les légitimités ordinaires. Au nom de quoi devrions-nous nous taire ?* ». Paris, L'harmattan-adels, 2013.

La légitimité est intrinsèquement liée aux notions de justice, d'équité et de fondement juridique. Elle représente une valeur idéale qui s'aligne sur les valeurs propres des équipes. Selon l'encyclopédie UNIVERSALIS « Le terme de « légitimité » évoque le fondement du pouvoir et la justification de l'obéissance. [...] Tout pouvoir revendique normalement un titre quelconque qui l'impose aux individus placés sous sa tutelle ».

Cependant, ce besoin de légitimation varie en intensité selon les époques. Il peut même s'estomper au point de presque disparaître lorsque les institutions établies semblent, par leur seule existence, susciter le respect des individus. Ainsi, la légitimité repose sur une dynamique de pouvoir et d'obéissance.

WEBER M. cité par MENY Yves⁴⁴, explique que les individus peuvent attribuer une validité légitime à un ordre de différentes manières :

- Par la force de la tradition : en reconnaissant la validité de ce qui a toujours existé.
- Par une croyance affective (notamment émotionnelle) : en validant une nouvelle révélation ou un exemple marquant.
- Par une croyance rationnelle en valeur : en accordant sa validité à ce qui est jugé intrinsèquement valable.
- Par une adhésion à une disposition positive, c'est-à-dire en croyant en la légalité établie.

Selon lui cette légalité peut elle-même acquérir une validité légitime, soit par un accord mutuel entre les parties concernées, soit par une attribution découlant d'une relation de domination et d'une obéissance perçue comme légitime. Le diplôme, régi par un statut établi selon une procédure conventionnelle, conférerait une forme de légitimité au cadre de santé diplômé. En effet, le sociologue explique que « la forme de légitimité actuellement la plus courante consiste dans la croyance en la légalité, c'est-à-dire la soumission à des statuts formellement corrects et établis selon la procédure usages » (WEBER 2008).

⁴⁴ MENY Yves : « *Sur la légitimité, Chapitre 2 - Typologie de la légitimité selon WEBER* », dans Cairn.info publié le 15/09/2022

2.2.2 Les différents types de légitimité

LOCHET Nathalie dans un article⁴⁵ explique que la notion de légitimité « n'est pas uniquement fondée sur le droit mais aussi en lien avec d'autres critères tels que la tradition, le statut et la connaissance. » (LOCHET 2012, p.43). Ainsi nous pouvons décrire les fondements de la légitimité identifiés par WEBER Max, qui distingue trois types de domination légitime :

- 1) **Un fondement rationnel** : on parle de la légitimité rationnelle qui se base sur la croyance en la légalité des règlements établis et en la légitimité du droit de donner des directives conférées à ceux qui exercent l'autorité en vertu de ces règles (domination légale). Ici, « Le leader exerce son autorité grâce à une légitimité rationnelle reposant sur des règles juridiques formalisées par écrit [...]. La fonction est investie d'une autorité et non la personne »⁴⁶ (AÏM 2022, p.43).
- 2) **Un fondement traditionnel** : il s'agit de la légitimité dite traditionnelle qui s'appuie sur la croyance quotidienne en la sacralité des traditions immémoriales et en la légitimité de ceux qui sont appelés à exercer l'autorité par ces moyens (domination traditionnelle). Ici, « l'autorité du leader est fondée sur le respect de l'héritage du passé [...] ce type de légitimité se réfère aux usages, aux habitudes, aux acquis et aux coutumes »⁴⁷ (AÏM 2022, p.42).
- 3) **Un fondement charismatique** : c'est la légitimité charismatique qui induit une soumission extraordinaire au caractère sacré, aux vertus héroïques ou à la valeur exemplaire d'une personne, ou encore « émanant » d'ordres révélés ou édictés par celle-ci (domination charismatique). Ici, « l'autorité du leader repose sur une combinaison de qualités personnelles extraordinaires et d'un pouvoir de séduction hors du commun qui émane de sa personnalité »⁴⁸. (AÏM 2022, p.42-43)

Dans le cadre de la domination statutaire ou légale, l'obéissance est due à un ordre impersonnel, objectif et légalement établi, ainsi qu'aux supérieurs désignés par cet ordre, en vertu de la légalité formelle de ses règlements et dans les limites de leur portée. (WEBER 2008)

⁴⁵ LOCHET Nathalie : « *Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ?* », dans : Soins Cadres, Vol 21, N° 82, mai 2022, pp. 43-46, 2012

⁴⁶ AÏM Roger. « *L'essentiel de la théorie des organisations* » 13e Ed. Paris La Défense, Gualino-Lextenso ; 2022

⁴⁷ Idem p.42

⁴⁸ Idem p.42-43

Dans ce contexte, la légitimité découle de la légalité formelle, c'est-à-dire des règlements établis. Elle repose sur des règles d'attribution telles que la légalité et le droit, renvoyant ici à l'importance du diplôme.

Au sein de la domination légale, l'ensemble de l'organisation est structuré par des règles et des lois, ce qui est typiquement le cas dans le secteur public. La domination exercée par la direction administrative bureaucratique constitue la forme la plus pure de domination légale. Dans ce modèle, l'autorité reconnue est inhérente à la fonction et non à la personne qui l'occupe. « Dans la domination traditionnelle, on obéit à la personne du détenteur du pouvoir désigné par la tradition et assujetti (dans ses attributions) à celle-ci, en vertu du respect qui lui est dû dans l'étendue de la coutume ». (WEBER 2008)

La légitimité est intrinsèquement liée à la croyance, conférant un fort pouvoir d'autorité à celui qui est reconnu légitime. Dans ce cas, il n'existe pas nécessairement de règles d'attribution formelles ; le pouvoir se transmet davantage du chef, auquel l'organisation obéit et dont l'autorité se perpétue par la coutume. Dans le cadre de la domination charismatique, l'obéissance est accordée au chef en tant que tel, reconnu charismatique en vertu de la confiance personnelle en sa révélation, son héroïsme ou sa valeur exemplaire, et ce dans la mesure où la croyance en son charisme est valide. (WEBER 2008)

L'exploration des diverses formes de légitimité révèle leur potentiel d'association et de complémentarité. Un cadre de santé peut ainsi voir sa légitimité reconnue par son équipe grâce à son diplôme, sa maîtrise des pathologies spécifiques à l'unité et ses qualités relationnelles avec les professionnels qu'il encadre. Néanmoins, certaines formes de légitimité semblent prédominer, notamment le type charismatique, mais également le type traditionnel, qui demeure fortement ancré dans les organisations du travail, en particulier au sein des établissements de santé.

De plus, la légitimité est étroitement liée au leadership, en particulier à celui qui possède du charisme et inspire une confiance intrinsèque. Au sein de l'organisation, il existe un fort pouvoir de soumission envers cette figure. Cependant, cette domination charismatique n'est pas nécessairement pérenne ; elle se maintient grâce à la confiance et à la reconnaissance continue de l'organisation. Le leader charismatique doit constamment prouver et démontrer ses qualités exceptionnelles. Ainsi, la légitimité apparaît comme une construction et une défense continue.

Enfin, selon WEBER, « dans le cas le plus rationnel, les individus sont nommés (et non élus) en fonction d'une qualification attestée par un examen et un diplôme » (WEBER 2008). Le diplôme obtenu en Institut de formation des cadres de santé valide une qualification professionnelle, permettant ainsi la nomination du cadre dans sa nouvelle fonction. La légitimité du cadre pourrait également découler de ses compétences professionnelles. Dans ce cas, cela s'apparenterait à la domination charismatique, où la possession de compétences reconnues confère une valeur d'exemplarité.

Ainsi, la légitimité se construit par l'acquisition de compétences tout au long d'un parcours et grâce à l'expérience. L'autorité qui en découle est intrinsèquement liée à la maîtrise et à l'efficacité de ces compétences. En d'autres termes, c'est le développement de ces aptitudes qui confère une autorité légitime au sein d'une équipe.

Un autre sociologue BOURDIEU Pierre⁴⁹ enrichit la notion de légitimité en y intégrant une dimension de méconnaissance et de reconnaissance. Selon lui : « est légitime une institution ou une action, ou un usage qui est dominant et méconnu comme tel, c'est-à-dire tacitement reconnu comme légitime »⁵⁰. Le caractère légitime d'une institution, d'une action ou d'un usage découle d'un rapport où la domination exercée n'est pas pleinement perçue. Cette méconnaissance se manifeste par une reconnaissance tacite et une approbation silencieuse du groupe dominé, empêchant ainsi toute contestation, car la domination est intériorisée au point d'être acceptée comme une évidence. (LEIMDORFER F. & TESSONNEAU A.L, 1986)

2.2.3 Légitimité du cadre de santé

Le CDS pour asseoir son rôle de fédérateur et légitimer sa fonction doit trouver un positionnement adéquat dans ses relations interpersonnelles et au sein de l'organisation. PORTAL Brigitte⁵¹ définit le positionnement comme : « un processus de réflexion qui conduit à une prise de décision dans une situation particulière, par rapport à un cadre institutionnel, politique et ses missions ». L'accent est mis ici sur la possession d'une compétence clé : la capacité à prendre des décisions éclairées.

⁴⁹ BOURDIEU Pierre (1930 – 2002) sociologue et professeur au collège de France, est reconnu internationalement comme "un des maîtres de la sociologie contemporaine, il a été l'un des rares intellectuels humanistes engagés de la fin du XXe siècle. En 1964, il devient directeur d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales. Il se fait connaître en fondant la revue « *Actes de la recherche en sciences sociales* » et est nommé professeur au Collège de France en 1981.

⁵⁰ BOURDIEU Pierre, « *L'art de la consécration* » par Actes de la recherche en sciences sociales N° 190, Seuil, Paris décembre 2011 <https://www.monde-diplomatique.fr/mav/122/BOURDIEU/51886>

⁵¹ PORTAL Brigitte : « *Des mots et des sens : Posture, positionnement, évaluation* ». [Des mots et des sens | Caim.info](#)

L'auteure distingue clairement le positionnement de la posture, qu'elle définit comme « une position à un moment donné. Statique, à l'image de la posture. C'est une attitude, une conduite à tenir, elle se manifeste dans sa relation individuelle à l'autre ». Elle souligne ainsi l'importance pour le cadre de santé d'ajuster son positionnement, « capacité décisionnelle », dans ses interactions et au sein de la structure ; tout en le différenciant de sa posture « attitude relationnelle ». La légitimité du cadre de santé au sein de l'équipe soignante repose sur une combinaison entre son expérience professionnelle, son leadership et son aptitude à appréhender les dynamiques comportementales, qu'elles soient interpersonnelles ou intrapersonnelles.

Dans la sociologie des organisations évoquée dans ma phase exploratoire, notamment l'approche systémique qui induit les notions d'acteur et de système, inspirée de l'ouvrage de CROZIER M. et FRIEDBERG E. cité par BERNOUX Philippe sociologue⁵², la maîtrise des comportements humains est complexe en raison des interdépendances stratégiques et des enjeux de pouvoir au sein des institutions. Ainsi, pour asseoir sa légitimité auprès des équipes, le cadre de santé doit posséder la capacité de comprendre et de gérer efficacement les relations de pouvoir et les dynamiques relationnelles entre les divers acteurs de soins. Selon BOUQUET Brigitte : « il n'y a pas de pouvoir sans légitimité, c'est-à-dire sans acceptation par l'exécutant de la domination exercée par l'activité investie du pouvoir formel »⁵³.

Cette citation met en lumière une dimension cruciale du pouvoir au sein des organisations, en soulignant que son effectivité repose sur la légitimité, c'est-à-dire l'acceptation par ceux qui l'exécutent de la domination exercée par l'autorité formelle. Sans cette adhésion, le pouvoir risque de s'exercer difficilement, voire de rencontrer des résistances. Cette notion est particulièrement pertinente dans le contexte du management d'une équipe de santé, où l'autorité du cadre ne peut se fonder uniquement sur sa position hiérarchique, mais nécessite également d'être reconnue et acceptée par les soignants. La légitimité se construit alors à travers la compétence, la communication, la reconnaissance du travail et la capacité à incarner les valeurs de l'équipe et de l'institution.

Dans ce contexte, la position du cadre de santé au sein de l'organisation s'avère complexe, se situant à l'interface entre la hiérarchie et les équipes de terrain.

⁵² BERNOUX Philippe : « *La sociologie des organisations* », Edition du Seuil, Paris, 1985, p 15 à 55

⁵³ BOUQUET Brigitte : « *La complexité de la légitimité* ». Vie sociale, 8, 13-23 <https://doi.org/10.3917/vsoc.144.0011>

Cette place d'intermédiaire peut entraîner « des tensions et des difficultés »⁵⁴. MISPELBLUM-BEYER Frédéric professeur en sociologie décrit avec justesse les cadres de santé comme des : « chevilles ouvrières prises entre le marteau de la hiérarchie et l'enclume des collaborateurs ». Cette métaphore illustre leur rôle central dans le travail en équipe, étant donné leur positionnement « d'entre deux » ils doivent assurer le lien entre les directives institutionnelles et les réalités du quotidien des soignants, tout en intégrant les besoins des patients et des autres acteurs du parcours de soins. Leur capacité à naviguer avec succès dans cet espace intermédiaire, en construisant leur légitimité tant auprès de leur hiérarchie que de leurs équipes, est donc déterminante pour la performance et la cohésion du service.

⁵⁴ GUILLOUËT Sonia et LAGADEC Anne – Marie : « *Autorité, légitimité et management* », - Soins cadres supplément au n°93 -, Elsevier Masson SAS

CE QUE NOUS POUVONS RETENIR

De cette exploration approfondie de la légitimité, plusieurs points clés émergent. La légitimité, bien que distincte de la légalité, s'enracine dans des croyances, des représentations et un droit reconnu d'agir et de s'exprimer. Elle est contextuelle, subjective et évolutive, étroitement liée aux notions de justice et d'équité. Max WEBER distingue trois types fondamentaux de légitimité : rationnelle-légale basée sur les règles, traditionnelle ancrée dans les coutumes, et charismatique reposant sur les qualités exceptionnelles d'un individu. Dans le contexte du secteur public, la légitimité légale, souvent conférée par le diplôme, tend à prédominer, bien que les autres formes puissent s'y associer. Pierre BOURDIEU enrichit cette notion en y intégrant la dimension de la méconnaissance de la domination, conduisant à une reconnaissance tacite.

Concernant spécifiquement la légitimité du CDS elle constitue un élément crucial pour asseoir son rôle de fédérateur et naviguer dans sa position d'interface entre la hiérarchie et les équipes. Elle se construit sur une combinaison d'expérience, de leadership et de compréhension des dynamiques humaines. L'acceptation par l'équipe de l'autorité formelle du cadre est primordiale, reposant sur sa compétence, sa communication et sa capacité à incarner les valeurs de l'institution. La position d'intermédiaire du CDS, illustrée par la métaphore de la "cheville ouvrière", souligne la nécessité de bâtir une légitimité solide tant auprès de la direction que des soignants pour garantir la performance et la cohésion du service.

2.3 Le travail en équipe

Le concept de travail en équipe est essentiel dans le domaine des soins, et sa compréhension nécessite une définition englobant plusieurs notions, en passant par la notion de groupe, la notion d'équipe puis du travail en équipe.

2.3.1 Notion de groupe

L'origine du mot « groupe » remonte à l'italien « gruppo », lui-même dérivé du germanique « kruppa », signifiant « masse arrondie ». Introduit en français sous la forme « grup », il fut d'abord employé dans le contexte militaire pour désigner un rassemblement de soldats, avant d'élargir son champ sémantique au domaine commercial, où il désigne aujourd'hui un ensemble d'entreprises.

La 9^e édition du dictionnaire de l'Académie Française⁵⁵ désigne le groupe comme : « un ensemble de personnes partageant des caractéristiques, des intérêts ou des objectifs communs, et s'associant pour une activité ou un but précis, englobant des configurations variées telles que des amis partageant des loisirs ou des collègues de travail, où l'entraide, bien que non obligatoire, peut se révéler à travers diverses interactions ».

Un groupe est alors défini « comme un ensemble d'individu qui interagissent les uns avec les autres, partagent des normes et des objectifs communs, et se perçoivent comme faisant partie d'une entité commune »⁵⁶. Les groupes peuvent être formels ou informels et varier en taille, en objectifs et en degré de cohésion.

2.3.2 Notion d'équipe

Le mot « équipe » trouve son origine dans le normand « eschipier », signifiant « pourvoir une embarcation du nécessaire », et est apparu en français au Moyen Age sous les formes « eschype » puis « équipe ». Initialement utilisé dans le contexte maritime pour désigner l'ensemble de l'équipage d'un navire, il disparaît du langage usuel, et réapparaît vers 1860 dans le domaine sportif. Ce n'est qu'au début du XX^e siècle qu'il est introduit dans le monde du travail.

Le dictionnaire *Le Robert* définit l'équipe comme un : « groupe de personnes devant accomplir une tâche commune ». Former une équipe soudée, faire équipe avec

⁵⁵ Le groupe | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition (dictionnaire-academie.fr) consulté 15/03/2025

⁵⁶ DEVILLARD Olivier - Dynamiques d'équipe - troisième édition d'Organisation 2005

quelqu'un, chef d'équipe, esprit d'équipe ; mais encore « comme un groupe de personnes qui agissent, se distraient ensemble », et enfin « comme un groupe de personnes, de joueurs pratiquant un même sport, disputant ensemble des compétitions, des matchs. Jouer en équipe ».

Selon CAUVIN Pierre⁵⁷ « Une équipe est le lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun »⁵⁸. L'auteur souligne en particulier l'importance de la coordination, de la coopération et de la convergence des efforts pour maximiser l'efficacité collective au sein d'une équipe.

En d'autres termes, une équipe est un groupe d'individus partageant un objectif commun et œuvrant ensemble à travers des actions coordonnées, des procédures établies et la mise en commun de ressources. « Chaque membre, apportant ses compétences spécifiques, contribue à l'effort collectif, et la collaboration efficace, basée sur des interactions positives, est essentielle à la réussite. Bien que les rôles puissent varier, aucun n'est prépondérant, et l'ensemble est placé sous la responsabilité d'un chef d'équipe, garant de son efficacité »⁵⁹.

DUMAS Marc⁶⁰ enseignant chercheur en sciences de gestion donne l'explication : « qu'une équipe n'est pas un simple côtoiement hiérarchique de personnes œuvrant dans différentes disciplines pour délivrer des soins aux patients. Une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif ».

Ce qui distingue une équipe d'un groupe général est son niveau élevé de collaboration et de coordination. Kurt LEWIN considère « que la dynamique d'un groupe est régie par des forces qui exercent parallèlement leur influence : rôles, moyens de communication, type de leadership, normes et valeurs collectives, buts que le groupe se donne et actions qu'il mène, etc... »⁶¹. C'est deux notions le groupe puis l'équipe, sont distincts mais complémentaire.

⁵⁷ CAUVIN Pierre est docteur en sciences sociales, consultant en management, diplômé de sciences politiques et de la Vanderbilt Graduate School of Management.

⁵⁸ CAUVIN Pierre « Chapitre 1. Qu'est que le team building? » <https://shs.cairn.info/la-cohesion-des-equipes--9782710131229-page-15?lang=fr>

⁵⁹ MUCCHIELLI Roger « Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective », éditions ESF sciences humaines, 2009

⁶⁰ DUMAS Marc : « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait l'équipe ? » <https://shs.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45?lang=fr>

⁶¹ LEWIN Kurt (1890-1947) par Jacques LECOMTE : « La dynamique de groupe » <https://shs.cairn.info/magazine-sciences-humaines-2015-HS20-page-54?lang=fr>

La dynamique de transformation du groupe en équipe ⁶²...

Le passage d'un groupe à une équipe est un processus crucial dans les organisations, car il transforme un simple ensemble d'individus en une unité cohérente et efficace. Initialement, un groupe est formé de personnes qui se rassemblent pour une raison commune, mais sans nécessairement partager un objectif unifié. En revanche, une équipe est constituée de membres qui travaillent ensemble pour atteindre un objectif collectif bien défini. Pour que ce passage se réalise efficacement, plusieurs éléments doivent être développés.

Premièrement, les membres de l'équipe doivent partager des objectifs communs qui les motivent à maintenir leur collaboration. De plus, ils doivent se sentir appartenir à l'équipe et être reconnus par leurs pairs, ce qui renforce la cohésion et la confiance. L'adhésion à des valeurs communes est également essentielle car elle installe un sens de solidarité et de compréhension mutuelle.

Enfin, la capacité de communiquer efficacement et de collaborer est cruciale pour atteindre les objectifs fixés. Le modèle de construction d'une équipe proposé par TUCKMAN Bruce⁶³ psychologue américain spécialisé en management, illustre ce processus à travers plusieurs étapes bien distinctes : la création de l'équipe (les membres font connaissance et établissent leurs premiers contacts) ; la confrontation (phase de conflits et de désaccords) ; la normation (des normes de fonctionnement et des règles communes sont établies) ; et enfin, la performance (l'équipe fonctionne de manière optimale pour atteindre ses buts). Durant les phases initiales de la formation d'une équipe, la focalisation sur la clarification des objectifs et la gestion des désaccords potentiels est primordiale. Le développement de liens interpersonnels solides, favorisé par des interactions dépassant le cadre professionnel strict, s'avère essentiel pour établir une atmosphère de confiance et de soutien mutuel. C'est à travers cette progression que les membres apprennent à se connaître, à anticiper les besoins de chacun et à construire une véritable cohésion d'équipe ⁶⁴.

⁶² BEN REJEB Anis : « *Du groupe à l'équipe : Quelles différences entre un groupe d'individus et une équipe ?* » <https://www.berejeb.com/2016/01/du-groupe-a-lequipequels-differences-entre-un-groupe-dindividus-et-une-equipe/>

⁶³ TUCKMAN Bruce Wayne (1938-2016) est un psychologue américain qui a proposé un modèle de construction de la cohésion d'un petit groupe (« team-building ») en cinq étapes (quatre à l'origine). IL a identifié les étapes qui mènent à la cohésion de l'équipe et aux meilleures performances.

⁶⁴ <https://alltogether.be/index.php/2025/01/02/diriger-une-equipe-de-projet-cest-aussi-en-comprendre-sa-dynamique-modele-de-tuckman/>

Les managers jouent un rôle clé dans ce processus en mettant en place des stratégies qui encouragent la collaboration, le sentiment d'appartenance, et la communication efficace entre les membres, transformant ainsi un groupe en une équipe solidaire et performante.

2.3.3 Le travail en équipe

L'aspect principal du travail en équipe réside dans l'interdépendance des membres. L'établissement d'objectifs partagés est alors un prérequis déterminant dans un contexte du travail en équipe. L'atteinte de ces objectifs repose sur l'accomplissement de tâches spécifiques, nécessitant l'utilisation de diverses ressources. Une collaboration efficace entre les membres de l'équipe est donc essentielle, alimentée par une motivation collective orientée vers la réalisation de l'objectif fixé.

Chaque individu dépend des autres pour la réalisation du but commun, avec un degré d'interdépendance qui varie selon la nature de l'activité et les objectifs établis. Ici, l'identification au groupe se traduit par un sentiment d'appartenance, une appropriation du collectif qui, loin d'être une forme de soumission ou de dévalorisation, constitue une source de satisfaction et de valorisation personnelle, renforçant ainsi le prestige individuel.

Selon MUCCHIELLI Roger ⁶⁵ psycho-sociologue et psychopédagogue : « Le travail en équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique, qui doivent être maîtrisées pour conduire à la réussite de l'équipe. Les compétences des membres ne s'additionnent pas, elles se potentialisent et se renforcent mutuellement ».

2.3.4 Rôle du cadre dans le travail en équipe

En tant que leader au sein d'une équipe de soins, le cadre de santé joue un rôle crucial dans la création d'un environnement favorable au travail en équipe, favorisant ainsi une collaboration efficace et une atmosphère propice à la réussite. Sa compréhension approfondie des motivations et des besoins individuels des membres de son équipe est essentielle pour instaurer un climat de confiance et de respect mutuel. Cela implique une

⁶⁵ MUCCHIELLI Roger (1919- 1981) était Agrégé de philosophie, docteur en médecine et docteur en Lettres (sociologie et psychologie). Nommé en 1966 à la Faculté des lettres et sciences humaines de Nice à la chaire de psychologie et pédagogie, qualifié neuropsychiatre.

communication claire, transparente et ouverte, ainsi qu'une écoute attentive des propositions et des préoccupations de chacun, accompagnée d'une reconnaissance adéquate des contributions uniques de chaque membre. Le cadre de santé s'emploie à dépasser le rôle traditionnel de gestionnaire pour devenir un véritable fédérateur, cherchant à définir des objectifs communs et à forger des solutions consensuelles plutôt que d'imposer des directives prédéterminées.

Selon XYRICHIS Andreas chercheur universitaire et REAM Emma directrice de la recherche en sciences de la santé, le travail d'équipe de soins est défini comme : « un processus dynamique impliquant deux professionnels du soin ou plus avec des connaissances complémentaires et des compétences, partageant des objectifs médicaux et de soins communs et exerçant des efforts mentaux et physiques concertés en évaluant et organisant les soins aux patients ». ⁶⁶

L'une des clés de cette synergie est la capacité du cadre à inspirer un engagement commun vers ces objectifs partagés, ce qui renforce le sentiment d'appartenance de chaque membre et stimule leur motivation personnelle. En renforçant la cohésion au sein de l'équipe, le cadre encourage une culture collaborative axée sur l'amélioration continue, au bénéfice des patients comme des soignants eux-mêmes.

Par conséquent, la cohésion et l'engagement des membres de l'équipe soignante sont directement influencés par la capacité du cadre à faciliter une communication efficace, à reconnaître les contributions individuelles, et à promouvoir un environnement de travail inclusif et dynamique. En jouant ce rôle clé, le cadre ne se contente pas de remplir une fonction managériale : il devient un catalyseur de l'excellence en soins, orientant ses actions vers une amélioration permanente de la prise en charge des patients et du bien-être de l'équipe soignante dans son ensemble.

Cette approche collaborationniste favorise non seulement une meilleure qualité des soins, mais elle contribue également à la satisfaction professionnelle et au maintien d'un personnel hautement qualifié. Dans un environnement où les soignants se sentent valorisés et appréciés, leur engagement et leur motivation sont renforcés, ce qui conduit à une amélioration continue du fonctionnement de l'équipe et des résultats produits. En instaurant

⁶⁶ DUMAS Marc : « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait l'équipe ? » <https://shs.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45?lang=fr>

un climat de confiance, de respect et de coopération mutuelle, le cadre de santé parvient donc à mobiliser l'ensemble des ressources humaines, matérielles et organisationnelles pour optimiser les soins aux patients.

CE QUE NOUS POUVONS RETENIR

Ce passage met en lumière l'évolution du concept de travail en équipe, partant de la notion de groupe comme un ensemble d'individus partageant des caractéristiques ou des objectifs communs, mais sans forcément d'interaction ou de but unifié. L'équipe, quant à elle, se distingue par un engagement plus profond envers une tâche commune, impliquant une collaboration active et une coordination des efforts vers un objectif partagé. Le passage d'un groupe à une équipe est un processus dynamique, influencé par des facteurs tels que le partage d'objectifs et de valeurs, le sentiment d'appartenance, la communication efficace et les étapes de développement identifiées par Tuckman. Le travail en équipe dans le secteur des soins représente bien plus qu'un simple regroupement d'individus. Il se caractérise fondamentalement par l'interdépendance de ses membres et la nécessité d'objectifs partagés pour une collaboration efficace. Dans ce contexte, le cadre de santé joue un rôle déterminant agissant comme un facilitateur, un fédérateur et un inspirateur, créant un environnement de confiance, favorisant la communication et reconnaissant les contributions individuelles. Une dynamique d'équipe positive, marquée par l'identification au groupe, un intérêt partagé et la coopération, est essentielle pour la qualité des soins et le bien-être des soignants. Les travaux de Kurt Lewin soulignent l'importance des interactions et des comportements mutuels au sein de cette dynamique, dont l'efficacité repose sur l'engagement personnel envers le collectif et l'entraide dans la réalisation des activités.

3 - La problématique

Mes recherches et lectures sur divers concepts m'ont permis d'approfondir mes connaissances. L'analyse des références théoriques concernant la fonction et les rôles du CDS, le leadership, de légitimité et le travail en équipe, offre une perspective sur l'influence de la posture managériale dans un contexte de travail en équipe. La fonction de CDS a évolué, privilégiant désormais l'expertise en management. De ce fait, ils tendent à devenir des accompagnateurs, des conseillers, adoptant des styles de management plus participatifs et horizontaux.

Ainsi, la poursuite de cette recherche, par le biais d'une hypothèse et d'une enquête ciblée auprès de CDS, pourrait s'articuler autour de la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure la posture managériale et la légitimité du cadre de santé influencent-elles la cohésion et la dynamique du travail en équipe au sein des unités de soins ?

Hypothèse :

Une posture managériale du cadre de santé caractérisée par une légitimité reconnue et une présence structurante sur le terrain favorise significativement la cohésion, la communication et l'efficacité au sein de l'équipe soignante.

4 - Méthodologie de l'enquête

Afin de poursuivre ce travail de recherche, il est désormais essentiel de confronter les apports du cadre théorique aux réalités du terrain. Dans un premier temps, je présenterai la méthodologie de cette enquête ainsi que la population étudiée, avant d'exposer la démarche d'analyse des données recueillies.

4.1 Choix de l'outil

Pour confirmer ou infirmer les idées du cadre conceptuel, j'ai fait le choix de mener des entretiens semi-directifs afin d'avoir des données qualitatives. Selon Geneviève IMBERT⁶⁷ l'entretien semi-directif est « une interview constituant les éléments méthodologiques d'une démarche scientifique. L'interview est une méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations »⁶⁸

L'enquête de terrain a pour objectif de confronter les hypothèses formulées précédemment à la réalité du terrain. Celle-ci ayant été construite à partir des éléments recueillis et analysés dans le cadre de références, la démarche de recherche implique de vérifier cet élément par une appréhension de la réalité du terrain.

Afin d'assurer la qualité des informations recueillies, j'ai élaboré une grille d'entretien comprenant des questions ouvertes, outil utilisé lors des entretiens avec des CDS (Cf Annexe 2). Un entretien test préalable a permis de valider la pertinence de ces questions.

La première partie de l'entretien portait sur la contextualisation. La grille d'entretien est structurée en plusieurs sections, chacune explorant un concept clé de mon cadre de référence. Chaque section comprend deux ou trois questions principales, avec des relances prévues en cas de besoin.

⁶⁷ IMBERT Geneviève est Docteur en Santé publique, Docteur en Anthropologie sociale et culturelle - Fondation Nationale de Gérontologie.

⁶⁸ IMBERT Geneviève, « *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie* », dans : Recherche en soins infirmiers, PDF - N°102, Septembre 2010, p 23 à 33

4.2 Choix de la population cible

Pour mon enquête, j'ai choisi de limiter la population interrogée à des CDS afin de maintenir une cohérence avec le sujet central de cette recherche, axée sur l'influence du cadre de santé dans le travail en équipe et les représentations qui y sont associées. J'ai sélectionné six cadres de proximité diplômés (formation en IFCS), provenant à la fois du secteur public et privé, et issus de diverses filières de soins. J'ai adressé une demande à la Direction de Coordination Générale des Soins des centres hospitaliers et des établissements privés afin d'obtenir leur accord pour interroger leurs CDS.

Après validation, mon choix s'est porté sur des professionnels ayant au moins deux ans d'expérience dans le même service. Cette durée d'exercice permet de dépasser la phase initiale d'intégration axée sur l'organisation institutionnelle et celle de l'unité, et surtout, d'acquérir une perspective réflexive significative sur leur pratique d'encadrement. Pour participer à cet entretien, les cadres doivent encadrer directement une équipe d'au moins vingt professionnels de santé. Ce seuil me semble pertinent pour garantir une diversité de personnalités au sein des équipes, exposant ainsi les cadres à des situations variées et parfois complexes. De plus, un effectif conséquent permet d'interroger des cadres possédant des compétences avérées en planification, coordination, vision stratégique et relations interpersonnelles.

Ces critères d'inclusions mettent en évidence l'existence des situations étudiées, ce qui justifie la pertinence de cette recherche. La provenance des CDS est diversifiée : deux appartiennent à mon réseau personnel, établi lors de mes expériences professionnelles antérieures, tandis que les quatre autres proviennent du réseau professionnel de collègues de promotion. Par conséquent, les entretiens se sont déroulés en utilisant le vouvoiement. Il est cependant essentiel de souligner que ces six entretiens ne sauraient prétendre à une représentation exhaustive de la complexité du terrain.

Afin de présenter les principales caractéristiques des personnes interrogées tout en garantissant leur anonymat (les prénoms mentionnés sont fictifs), un « talon identitaire » a été élaboré. Ce tableau synthétise les différents profils rencontrés en indiquant, pour faciliter la lecture et la fluidité de l'analyse, leur établissement, leur ancienneté dans la fonction, le service d'affectation et le nombre d'agents encadrés. Il offre ainsi une visualisation claire des participants à l'étude.

Talon identitaire des Cadres de santé interrogés

Afin de garantir leur anonymat les prénoms des cadres de santé ont été modifiés.

	Cadre 1 STEPHEN	Cadre 2 NELSON	Cadre 3 ORNELLA	Cadre 4 SOPHIE	Cadre 5 SARITA	Cadre 6 NELLY
Filière	IDE CH public	IDE CH public	IADE Ets privé	IDE CH public	IDE Ets privé	PPH CH public
CS depuis	11 ans	13 ans	7 ans	3 ans et 10 mois	4 ans	6 ans
Service	Cardiologie	Urologie	Oncologie	Gériatrie	Neurologie	Orthopédie
Nombre d'agents	42	35	34	37	28	39

4.3 Traitement des données

Les entretiens se sont déroulés en présentiel et ont duré en moyenne entre 35 et 45 minutes chacun. Afin de préparer l'analyse approfondie des entretiens, une retranscription intégrale de chaque échange a été effectuée à l'aide d'un logiciel spécialisé. Cette étape cruciale a permis d'obtenir un compte rendu écrit fidèle des propos recueillis. Bien que l'outil informatique ait considérablement facilité cette tâche, une vérification rigoureuse par une écoute attentive de chaque enregistrement s'est avérée indispensable. Cette relecture minutieuse a permis de corriger les éventuelles erreurs de transcription et d'identifier des extraits pertinents en lien avec les trois axes d'analyse préalablement définis.

Les verbatims ainsi sélectionnés ont ensuite été organisés dans un tableau structuré (cf. Annexe 5), croisant les propos par thématique et par intervenant. Cette double approche de lecture offre deux perspectives complémentaires : elle permet de suivre le discours d'un professionnel à travers l'ensemble des sujets abordés et, simultanément, de comparer les points de vue des différents cadres de santé sur une même question. Cette méthode facilite l'identification des éléments récurrents et des opinions singulières au sein des discours.

5 - Analyse de l'enquête

L'exploitation des verbatim issus des entretiens réalisés a permis de recueillir et de mettre en lumière les perceptions, les représentations et les expériences vécues par les cadres de santé interrogés. L'analyse qui suit s'organisera autour des trois thématiques principales : le travail en équipe, la légitimité et la posture managériale. Cette approche méthodologique vise à décrypter l'influence exercée par le CDS et les postures managériales déployées pour encourager le travail collaboratif au sein des équipes. Elle permettra ensuite de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse initialement formulée.

5.1 Le travail en équipe

➤ *Définition et caractéristiques du travail en équipe*

Il est intéressant de noter que la perception du travail en équipe des CDS interrogés converge significativement. Les témoignages révèlent des approches distinctes mais complémentaires. En effet, l'analyse des définitions proposées par les CDS met en évidence une compréhension riche et multidimensionnelle, qui concordent avec les éléments théoriques du cadre conceptuel notamment la notion d'interdépendance décrite par Roger MUCCHIELLI.

Le premier cadre interrogé Stephen, met l'accent sur les **dimensions sociales et culturelles** en décrivant le travail en équipe comme synonyme de **cohésion**, de culture partagée et l'impératif de **travail ensemble**. Il y ajoute des éléments de **fonctionnement interne** tels que la **mutualisation**, l'**autonomie** et la **responsabilité collective**.

Pour moi dit-il : « *c'est synonyme de cohésion, culture d'équipe et du travail ensemble, mutualisation, autonomie, responsabilité collective* » (L.14-16).

Cette perspective souligne que le travail en équipe ne se limite pas à une simple juxtaposition d'individus, mais implique un tissu de liens et d'engagements partagés. Cette idée s'aligne avec la vision de Pierre CAUVIN en insistant sur l'équipe comme un « lieu de développement de la solidarité, où se renforcent les actions de chacun » et où les interactions enrichissent et amplifient l'efficacité individuelle.

Stephen précise également dans sa définition une approche centrée sur le patient, qu'il considère comme le **fil conducteur indispensable** à toute collaboration, et poursuit en disant : « ... *pour moi le travail d'équipe tourne forcément autour du patient sans patient il n'y a pas de travail d'équipe* ». (Stephen L.28-29)

Nelson, quant à lui, ancre l'importance du travail en équipe dans le **contexte spécifique des soins**. En le qualifiant : « *essentiel à la bonne prise en charge du malade dans un service. C'est pour moi le socle de la réussite collective* ». (Nelson L10-11)

Ici, il met en évidence sa **dimension pragmatique et orientée vers un objectif commun essentiel : le bien-être du patient**. Il explique ensuite que le travail en équipe : « *serait un collectif qui œuvre avec des objectifs communs et l'envie de réussir à les atteindre* » (L22-23) ; et pour lui sans travail en équipe le système ne fonctionne pas : « *Le travail d'équipe est limite une évidence. Sans ça rien ne va plus* » (L.13).

Cette perspective souligne le caractère fondamental dans le travail en équipe d'une collaboration fluide et efficace pour garantir la qualité des soins.

L'apport de Sarita, Nelly et Sophie enrichit cette analyse car elles s'accordent en insistant sur le **caractère collaboratif, fondamental et opérationnel** du travail en équipe.

Sarita met en lumière l'importance de cultiver un **esprit d'équipe** fondé sur des **valeurs communes** et des **objectifs clairs centrés sur le patient**, en disant : « *le travail en équipe est fondamental c'est la base c'est ce qui fait fonctionner le service* ». (L.7) ; elle explique que son : « *rôle en tant que manager est de favoriser un esprit d'équipe avec des valeurs communes* ». (L.10). Sa conviction que : « *c'est ensemble qu'on y arrive mieux et c'est ensemble que l'on se construit* » (L.13), souligne à la fois **l'efficacité accrue de l'action collective** et le rôle du travail en équipe **dans le développement professionnel et personnel** des individus.

Nelly rejoint également ses pairs en parlant de **travail en collaboration, de coordination** et de notion **du travail ensemble**. Elle souligne aussi l'importance de **l'harmonie et la coordination** au sein de l'équipe pour assurer le bon fonctionnement du service, et explique : « *Je cherche vraiment à cultiver un esprit positif, de partager des valeurs communes et de donner des objectifs clairs, pour moi travail en équipe égal partage rigueur, coordination, mutualisation, aller vers un même sens et aussi donner du sens à ce que l'on*

fait ensemble en équipe ». (L.14-17) ; elle estime que : « *Le travail en équipe est le moteur du service* » (L10). Aussi pour Sophie : « *une équipe est un groupe de personnes qui ont un objectif commun. Le travail en équipe est la mission d'un groupe de salariés qui induit des partages, des échanges afin de réaliser plusieurs tâches avec un but commun et une supervision* ». (L.10-12)

Enfin, Ornella introduit les notions de **coordination et de rigueur** comme piliers du travail en équipe efficace. Sa vision insiste sur la **clarté des rôles et des responsabilités** comme condition nécessaire à l'atteinte des objectifs. Elle dit : « *Lorsque j'entends ce terme travail en équipe c'est pour moi coordination et rigueur pour atteindre des objectifs [...] chacun doit jouer son rôle et chacun à sa place et doit s'y tenir c'est ainsi que le travail d'équipe doit fonctionner.* » (L6-11) Cette perspective met en avant la **dimension organisationnelle et structurante** du travail en équipe, où la précision et la complémentarité des actions sont cruciales.

Ces définitions recueillis auprès des CDS, bien que formulées avec des mots différents, convergent vers une compréhension du travail en équipe comme un système complexe et dynamique reposant sur l'interdépendance, la cohésion sociale et culturelle, l'orientation vers un objectif commun, l'esprit de collaboration, la clarté des rôles et des responsabilités, et la coordination rigoureuse. Ces perceptions viennent corroborer les définitions théoriques du cadre conceptuel. Elles soulignent ainsi le rôle essentiel du travail en équipe non seulement pour l'efficacité des services et la qualité des soins, mais également pour l'épanouissement professionnel au sein de ce groupe de travail.

➤ *Défis du travail en équipe*

L'analyse met en lumière plusieurs défis significatifs qui entravent le bon fonctionnement du travail en équipe.

Sarita identifie **le manque de communication**, comme un frein à la collaboration. Elle insiste sur la nécessité de favoriser et d'organiser la communication au sein de l'équipe en expliquant que : « *bien souvent les gens ne se comprennent pas et n'arrivent pas à travailler ensemble parce qu'ils ne communiquent pas. Pour moi en tant que cadre il est essentiel de la favoriser et de l'organiser par exemple lors des transmissions.* » (Sarita L.19-22)

Un manque de communication engendre des malentendus, des interprétations erronées et une difficulté à aligner les actions (collaboration). Il devient alors compliqué pour les membres de l'équipe de se coordonner, de partager leurs expertises et de construire une compréhension commune des situations, ce qui nuit inévitablement à la qualité du travail collectif.

Elle parle également de la **diversité des personnalités** bien que reconnue par Sarita comme une potentielle richesse, constitue un défi en soi. Elle explique que : « *Plusieurs personnalités avec leur histoire de vie leur caractère qui doivent travailler ensemble c'est parfois compliqué même si on parle souvent de culture soignante d'équipe.* » (Sarita L.27-34). Cette vision met en évidence que la confrontation d'histoires de vie, de caractères et d'approches différentes peut engendrer des tensions et des difficultés relationnelles, même au sein d'une culture d'équipe soignante.

Nelly et Nelson mentionnent comme défis l'**individualisme croissant**, surtout chez les nouvelles générations, comme représentant un obstacle majeur à la construction d'un véritable esprit collectif se traduisant par une résistance à la cohésion d'équipe :

« *Mon expérience me fait constater que les professionnels de santé pensent en individuel trop souvent et pas en collectif. Le collectif n'existe plus trop en tout cas pas comme avant les gens sont centrés sur eux-mêmes et la notion du travail en équipe, du travail ensemble pour un même objectif, je ne le ressens plus trop.* » (Nelson L.16-19)

Cette tendance, potentiellement exacerbée par l'évolution des générations et une focalisation accrue sur les performances individuelles, fragilise l'interdépendance et la mutualisation des efforts, pourtant essentielles à l'efficacité d'une équipe soignante.

Ceci est justifié par Nelly : « *Je pense que l'un des principaux défis c'est la montée de l'individualisme, que j'ai pu voir s'accroître avec les nouvelles générations et qui n'est pas en accord avec la nécessité de maintenir une vraie cohésion d'équipe.* » (L.21-26).

Ces deux cadres estiment que lorsque les professionnels de santé privilégient une approche individualiste au détriment d'une vision collective, la cohésion s'en trouve affaiblie, limitant la capacité de l'équipe à relever les défis et à optimiser la prise en charge des patients.

Nelson poursuit en évoquant **l'absentéisme récurrent** comme un défi **organisationnel**. Il explique que : « *Maintenir une cohésion d'équipe quand il y a un absentéisme récurrent qui au final pénalise le travail d'équipe et surtout avec des personnes qui viennent juste faire une vacation ou deux c'est difficile.* » (Nelson L28-30).

Non seulement cela désorganise la répartition du travail et accroît la charge pesant sur les membres présents, mais il perturbe également la dynamique d'équipe. Le recours fréquent à du personnel vacataire, bien que nécessaire pour assurer la continuité des soins, peut nuire à la fluidité du travail en équipe. Maintenir la cohésion dans un contexte d'instabilité du personnel représente un défi managérial constant.

Enfin pour Ornella, les défis principaux incluent **le manque de discipline** et le **non-respect des procédures** nuisant à l'efficacité du travail : « *Les défis... je dirais le manque de discipline et le non-respect des procédures. Les initiatives personnelles non concertées et les discussions inutiles des uns et des autres peuvent nuire à l'efficacité du travail.* » (Ornella L14-16)

De cette analyse émerge un certain nombre d'éléments qui nuisent à l'efficacité globale du travail en équipe : un manque de communication et de collaboration, ainsi que la complexité de gérer diverses personnalités. Aussi, la montée de l'individualisme au détriment de l'esprit collectif et de la cohésion, l'impact déstabilisant de l'absentéisme récurrent, et enfin, des problématiques de manque de discipline, de non-respect des procédures et d'initiatives individuelles non concertées.

➤ *Rôle du cadre dans le travail en équipe*

La diversité des témoignages reflète des pratiques multiples, oscillant entre le soutien actif, l'écoute, l'impulsion dynamique et la garantie du cadre organisationnel. Ceci révèle une conception multifacette du rôle du CDS dans la facilitation du travail en équipe.

Nelly et Sophie, se perçoivent avant tout comme des **facilitateurs et des catalyseurs**, dont la mission principale est de fluidifier les interactions et de stimuler la collaboration au sein de l'équipe : « *Je dois, en tant que cadre, faciliter les interactions et la collaboration, comme un peu à l'image de l'huile dans les rouages* » (Nelly L.10). Elle poursuit en disant : « *Mon rôle de manager est avant tout celui d'un facilitateur et d'un catalyseur.* » (Nelly L.52-57)

Cette approche se traduit par une **écoute active**, une **présence de proximité** et une **communication transparente**, visant à identifier et à répondre aux besoins et aux frustrations des membres.

Sophie endosse même le rôle de **médiateur** et d'**accompagnateur** :

« Mon rôle est de rassurer d'être présente, de proximité et à l'écoute aussi, de communiquer activement et surtout être attentif aux besoins et aux frustrations de chacun [...] Mon rôle est d'être un facilitateur, un accompagnateur, une conseillère même si parfois il faut se positionner et déléguer tout en restant ferme. » (Sophie L 34-39)

Toutefois, Nelly souligne aussi qu'elle s'efforce de **créer un environnement propice** à l'expression de l'intelligence collective, notamment par la mise en place de **temps d'échanges réguliers** : *« Je mets en place des temps d'échange régulier, comme des staffs de service ou des groupes de travail thématiques, où chacun est encouragé à exprimer ses idées et ses préoccupations. L'objectif est de trouver ensemble les solutions et de construire ensemble, en valorisant les idées de chacun »* (Nelly L.31-41) ; *« Je m'efforce de créer un environnement où chacun se sent capable d'agir efficacement et où l'intelligence collective peut réellement s'exprimer, tout en étant conscient des aspirations individuelles et des besoins de développement de chacun »*. (Nelly L.52-57)

L'**engagement** et le **leadership** sont également soulignés comme des dimensions essentielles du rôle du cadre. Stephen par exemple insiste sur la nécessité d'une implication personnelle et d'un comportement managérial inspirant et exemplaire :

« Il faut absolument un engagement de tous les acteurs, le cadre y compris dans son approche managériale dans sa posture par son leadership. » (Stephen L.34-35)

Il souligne la nécessité de **recentrer le soin** dans les débats professionnels qui révèlent des enjeux systémiques, auxquels il répond par un management **impulsif** et **engageant** tout en étant dans une posture réflexive :

« Upgrader les équipes avec la question centrale « comment faire mieux ? et certainement des questions secondaires, quels sont les ponts bloquants ? comment améliorer les choses ? » (Stephen L.36-38).

Son approche se concrétise par des initiatives favorisant l'autonomie. Ses exemples concrets, comme l'organisation de **formations action** mensuelles animées par l'équipe ou la création de **groupes de travail** collaboratifs, illustrent sa volonté de renforcer

l'autonomie et l'**intérêt commun**, tout en cultivant une culture de la **recherche et de la remise en question**.

« L'idée est de leur donner un intérêt commun et de leur donner envie de faire ensemble rester humble et à l'écoute tout en accompagnant vers une performance car les professionnels observent beaucoup notre comportement de cadre. » (Stéphen L.61-64)

Sarita, incarne un leadership de **proximité et participatif**, se montrant présente sur le terrain, **déléguant et** responsabilisant son équipe tout en l'associant aux décisions. Elle explique :

*« Mon rôle est vraiment **d'être de proximité** mais il ne suffit pas de le dire mais de vraiment l'être. Pour moi la proximité est aussi une forme de communication très importante qui permet de s'intéresser aux gens et favoriser la libre expression, de discuter, d'échanger avec eux ce qui me donne des éléments d'analyse pour mon management. Car je suis présente tout en apprenant à connaître les membres de l'équipe, de pouvoir observer leur comportement de déceler les tensions dans l'équipe de prendre la température comme on dit. Mon rôle est ensuite le leadership, être un exemple. Cela passe par donner des valeurs communes, des règles claires, et limiter les zones d'incertitude pour réduire l'angoisse. D'être présente lors de moment difficile de faire corps avec mon équipe. » (Sarita L37-46)*

Ainsi, elle met l'accent sur la communication comme outil de connaissance des équipes et de détection des tensions, et se **positionne comme un exemple porteur de valeurs** et de règles claires, **offrant un cadre sécurisant**.

Enfin, certains cadres, comme Ornella et Nelson, sans omettre le rôle d'accompagnateur, mettent davantage l'accent sur un rôle de **supervision, de contrôle et de maintien du bon fonctionnement** du service : *« Mon rôle en tant que cadre est de **garantir l'application stricte des règles** et la performance de chacun **de superviser, de contrôler** tout en accompagnant mon équipe je veille à ce qu'ils fassent bien leur travail en supervisant de près l'exécution des soins » (Ornella L.21-24).*

Cela implique de veiller à l'application des protocoles, de planifier les tâches et d'accompagner les équipes dans leur quotidien, même face aux difficultés telles que le manque de personnel et l'épuisement, évoqué par Nelson : *« ... malgré le manque de personnel, le manque d'investissement et l'épuisement des professionnels. » (Nelson L.61)*

Nelson parle aussi d'un rôle de **guide et d'influenceur**, soulignant la nécessité d'une pédagogie constante et d'une attention particulière à la formation continue en disant : « Mon rôle est **d'accompagner au mieux les équipes à faire bien au quotidien**. C'est épuisant car il faut répéter les choses en permanence surtout que certains ne sont pas très investis et disent être épuisés. En exemples je dirais que oui il faut **accompagner et avoir une pédagogie**. Il faut veiller à un plan de formation en accord avec la spécialité » (Nelson L.54-57)

« C'est un rôle **de guide, d'influenceur, de compagnonnage**, de conduite de projet, **de contrôle, de supervision et de maintien du bon fonctionnement** du service malgré le manque de personnel, le manque d'investissement et l'épuisement des professionnels » (Nelson L.59-62).

Les expériences partagées par les CDS concordent avec les éléments théoriques du cadre conceptuel notamment la théorie des rôles des cadres de Henry MINTZBERG. Ainsi, le rôle du cadre dans le travail en équipe apparaît comme un équilibre dynamique entre le facilitateur bienveillant, le leader engagé et l'organisateur rigoureux. Il s'agit de créer un environnement de confiance et de collaboration, de donner une impulsion et une direction tout en valorisant l'autonomie et la responsabilité. Il apparaît essentiel d'assurer un cadre de travail structurant et sécurisant, le tout dans un contexte souvent marqué par des défis importants.

5.2 La légitimité

Cette partie de l'analyse vise à explorer la signification que ces professionnels attribuent à la notion de légitimité et les stratégies qu'ils déploient pour la construire et la maintenir durablement auprès de leurs équipes. Il en ressort une perception nuancée et multidimensionnelle de la légitimité, étroitement liée à leur rôle au sein du travail en équipe.

D'après notre cadre conceptuel, la légitimité apparaît comme un concept dynamique et complexe, dont la perception et la signification évoluent en phase avec les transformations sociétales et, plus spécifiquement, les mutations du monde professionnel. Son caractère subjectif et intrinsèquement lié à l'individu ressort clairement des propos des différents CDS interrogés, soulignant la nécessité d'une approche compréhensive des multiples facettes de cette notion.

➤ *Perception de la légitimité*

Les données recueillies auprès des CDS interrogés s'articulant principalement autour des notions d'autorité, de reconnaissance par les pairs, et de fondement légal conféré par leur statut et leurs qualifications.

Ornella associe la légitimité à l'**autorité naturelle** découlant de la position, de l'expérience et de la capacité décisionnelle, entraînant la **reconnaissance** de sa compétence à diriger : « *La notion de légitimité évoque pour moi l'autorité naturelle que l'on détient de par sa position, son expérience et sa capacité à prendre les bonnes décisions. C'est la reconnaissance par l'équipe de ma compétence à diriger et à orienter les actions* » (Ornella L.30-32).

Alors que Nelly la définit principalement en termes de **reconnaissance et de respect** accordés par l'équipe, fruit d'échanges, d'interactions et de sa personnalité. Elle explique : « *La notion de légitimité évoque pour moi avant tout la reconnaissance et le respect que l'équipe accorde à mon rôle. C'est cette conviction que mes actions et mes décisions sont perçues comme justes et pertinentes par ceux avec qui je travaille au quotidien. La légitimité ne s'invente pas je pense je l'ai construite progressivement à travers beaucoup d'échange d'interactions avec les membres de l'équipe et par ma personnalité aussi.* » (Nelly L.108-113).

Stephen met l'accent sur l'importance de la **légitimité statutaire**, en disant : « *La légitimité reste importante aux yeux des autres, je suis légitime par mon statut.* » (Stephen L.66-67)

Tandis que Sarita rejoint l'idée de Nelly portant sur la **reconnaissance des membres de l'équipe** en tant que manager, en lien avec **son diplôme et sa nomination** :

« *Là toute suite je dirais que la légitimité d'avoir mon diplôme de cadre d'avoir été nommée par la direction et la reconnaissance des membres de l'équipe en tant que manager* » (Sarita L.59).

Nelson et Sophie confirment la **dimension légale** de la légitimité via le diplôme : « *Je sais que je suis légitime par mon diplôme, je sais que je fais mon travail le mieux que possible* » (Nelson L.83).

Bien que cette vision soit nuancée par Nelson qui explique que le diplôme seul ne suffit pas : « *Les sources de légitimités sont pour moi la pertinence dans la posture managériale : le diplôme, bien que certains disent que ce n'est pas le diplôme qui fait le manager ou le cadre.* » (Nelson L.68-69).

Néanmoins Sophie élargit ce point de vue à **l'expérience professionnelle** et à **la personnalité** : « *Les sources de légitimité du cadre de santé sont sa position d'encadrant d'unité de soins diplômé, son expérience professionnelle et sa personnalité* » (Sophie L.44).

➤ *Les sources de légitimité*

Plusieurs sources de légitimité émergent des témoignages, reflétant la typologie de Max WEBER présentée dans le cadre conceptuel.

La **légitimité rationnelle/légale** est clairement identifiée par Nelly avec son diplôme et par Stephen avec son statut : « *Mon diplôme est une source de légitimité.* » (Nelly L.123) ; « *Je suis légitime par mon statut.* » (Stephen L.66-67)

Un autre cadre, Sophie met en avant la **légitimité traditionnelle**, basée sur l'expérience en évoquant sa période de faisant fonction, son diplôme et la décision hiérarchique, mais aussi sa posture, sa pédagogie et sa communication. Elle explique :

« *Mon sentiment de légitimité vient de mon expérience professionnelle en tant que faisant fonction cadre de santé car j'ai été faisant fonction durant deux ans avant de faire l'école des cadres. Donc l'expérience de terrain mais aussi, mon diplôme et la décision hiérarchique de la Directrice coordonnatrice générale des soins de mon établissement. Ma légitimité tient à ma posture professionnelle, à la pédagogie dont je fais preuve exemple dans la démarche Qualité mais aussi à ma communication, ma personnalité.* » (Sophie L.44-57)

Ornella et Nelson expriment **la pertinence de la posture managériale** et la maîtrise des compétences spécifiques : « *Les sources de légitimité pour moi cadre de santé c'est principalement dans la maîtrise des protocoles, la connaissance approfondie des pratiques et l'ancienneté dans le poste. La capacité à résoudre rapidement les problèmes et à prendre des décisions éclairées* » (Ornella L.34-37)

« *Les sources de légitimités sont pour moi la pertinence dans la posture managériale* » (Nelson L.68)

Aussi, la **légitimité charismatique**, liée aux compétences personnelles et à la confiance, est évoquée par Stephen : « *Ma légitimité tient au fait que je sois présent que je suis celui*

qui tranche que je suis équitable et transparent, qu'ils savent qu'ils peuvent compter sur moi. » (Stephen L.94), qui insiste sur sa présence, sa capacité à trancher, son équité et sa fiabilité.

Enfin, Sophie met en avant **la confiance de l'équipe** comme un élément essentiel de sa légitimité et de la confiance en soi :

« Je pense que ma légitimité vient aussi de la confiance que l'équipe a en moi, comme une sorte de relation de confiance, si les agents n'avaient pas confiance en moi, ils ne se seraient pas confiés à moi. Je dirai même qu'en tant que cadre de santé on se sent légitime à partir du moment où les agents sous notre responsabilité n'ont aucune méfiance envers nous. C'est tout de même très important pour notre confiance en soi ». (Sophie L.59-63)

➤ *Construction et renforcement de la légitimité*

Afin d'asseoir durablement leur influence et leur capacité à mobiliser les équipes, les CDS déploient un ensemble de stratégies visant à construire et à consolider leur légitimité au quotidien.

Ornella mise sur la **compétence professionnelle** en se tenant informée et en appliquant rigoureusement les protocoles : *« Je construis et renforce ma légitimité en restant constamment informé des dernières avancées en oncologie, en veillant à l'application rigoureuse des protocoles et en étant ferme dans mes décisions »* (Ornella L.56-58).

Sarita privilégie elle la **confiance et la transparence** à travers un management participatif, un leadership d'influence, un accompagnement quotidien, la communication et la solidarité. Elle explique :

« Je pense que ma façon de fonctionner par mon management participatif et délégatif mon leadership d'influenceur, de facilitateur, mon accompagnement au quotidien et la relation de confiance [...] ma légitimité tient aussi à la transparence, au fait de donner du sens aux décisions, d'être présente pour et dans l'équipe de discuter avec eux, d'être solidaire dans les moments difficiles, et de montrer que je me soucie de ce qu'ils vivent au quotidien et des difficultés qu'ils rencontrent ». (Sarita L.64-70)

Nelly insiste sur l'**accessibilité et la communication ouverte et transparente** en disant : « *Le fait aussi d'être accessible et de favoriser une communication ouverte et transparente* » (Nelly L.128). Alors que Stephen met en avant l'**équité, la transparence et la fiabilité**, y compris dans la gestion des conflits :

« *Cette légitimité demeure présente même dans la gestion de conflits où la notion de symbole prendra la place. Le cadre prendra la décision finale. Le but est surtout qu'elle soit équitable et juste et mon équipe le sait, ils savent que je suis transparent et équitable.* » (Stephen L.84-87) ;

« *Ma légitimité tient au fait que je sois présent que je suis celui qui tranche que je suis équitable et transparent, qu'ils savent qu'ils peuvent compter sur moi.* » (Stephen L94)

Pour Sarita la **considération mutuelle** est un élément important pour transformer une équipe en un collectif. Elle explique :

« *Être légitime selon moi il faut aussi se demander quel type de cadre on veut être. Mon ancienne cadre disait souvent un manager est un chef d'orchestre moi je le pense aussi mais pour moi le chef d'orchestre ne doit jamais oublier que sans les membres de l'équipe qui jouent un instrument ben il n'y a pas de chef d'orchestre. Pour moi c'est la considération mutuelle qui transforme une équipe en un collectif* ». (Sarita L89-94)

➤ *Impact de la légitimité sur le travail en équipe*

Sophie considère que la légitimité, découlant **des compétences managériales, influence directement le travail en équipe** : « *Je pense que la légitimité influence le travail en équipe, car la légitimité découle des compétences managériales du cadre et les compétences managériales du cadre influencent le travail en équipe* » (Sophie L.66-68).

Tandis que, Ornella affirme qu'une **légitimité claire favorise l'adhésion et l'exécution des tâches** en expliquant :

« *Une légitimité claire et affirmée permet une adhésion plus rapide aux directives et une meilleure exécution des tâches.* » (Ornella L.47-48) ; alors qu'un manque de légitimité entraînerait des remises en question nuisibles à la qualité des soins : « *Un manque de légitimité entraînerait des discussions et des remises en question, nuisant à la rapidité et à la qualité des soins.* » (Ornella L.51-52)

Une autre cadre, Nelly estime que sa légitimité repose sur la reconnaissance de chaque professionnel, l'adaptation de sa posture, le respect de l'autonomie et une écoute attentive : *« Mon sentiment de légitimité auprès de mon équipe actuelle est, je pense, bien établi. Cela tient à ma volonté de reconnaître chaque professionnel dans sa personne et dans sa pratique. L'adaptation de ma posture à chaque membre de l'équipe, le respect de leur autonomie dans l'exercice de leurs fonctions et une écoute attentive de leurs réalités quotidienne sont des éléments qui contribuent je pense à cette reconnaissance. »* (Nelly L138-142) ;

Cependant, Stephen va jusqu'à dire que **l'équipe est le reflet de la légitimité de son leader** : *« L'équipe est le reflet de son leader. Si celui-ci est légitime alors l'équipe le sera également dans la prise en soins »* (Stephen L.140).

Cette analyse croisée révèle que la légitimité du CDS est une construction complexe et dynamique, s'appuyant sur des fondements légaux, expérientiels et personnels. Elle se nourrit de compétences professionnelles, de qualités relationnelles, de transparence et de la capacité à instaurer la confiance. Une légitimité bien établie apparaît comme un facteur déterminant pour une adhésion efficace aux directives, une collaboration fluide et par conséquent une prise en charge de qualité des patients.

5.3 La posture managériale

➤ *Styles de management adoptés*

Les récits des CDS mettent en évidence une variété de styles managériaux souvent adaptés aux situations spécifiques. Les différentes approches corroborent avec la théorie du leadership situationnel décrite par HERSEY Paul & BLANCHARD Ken⁶⁹(1982),

En effet, Nelson, Sophie, Sarita et Nelly décrivent un **management situationnel et adaptatif** : *« Aujourd'hui c'est plus un management situationnel et adaptatif. Il y a un fort taux d'absentéisme ce qui reflète aussi un malaise donc on s'adapte on négocie beaucoup pour la continuité des soins. »* Précisé par Nelson (L.100) et soulignant, comme nous

⁶⁹ HERSEY Paul & BLANCHARD Ken sont deux théoriciens du management, qui ont d'abord développé leur « théorie du cycle de vie de leadership » en 1969. Ils l'ont ensuite rebaptisée « leadership situationnel », devenu le modèle original.

l'explique Sophie **la nécessité de moduler leur approche en fonction du contexte**, du moment et des individus, passant **du directif, à la délégation et au participatif** :

« Mon style de management est situationnel car je l'adapte au contexte, au moment et aux personnes. Il peut être directif pour l'application de protocoles, de procédures, d'organisation de soins, délégatif lorsque je responsabilise les agents en leur confiant certaines missions de correspondant ou de référent, et aussi participatif ». (Sophie L88-91)

Ornella se positionne davantage sur un **management directif**, axé sur le contrôle et la rigueur :

« Je décrirais mon style de management comme directif et axé sur le contrôle. Je crois fermement que dans un service comme l'oncologie, la rigueur et le respect des procédures sont primordiaux. » (Ornella L.63-65)

Les cinq autres cadres disent qu'ils savent être ferme et directif quand il le faut mais n'exercent pas ce style au quotidien.

En effet, Nelly et Sarita tout comme Sophie, privilégient aussi un **management participatif**, valorisant l'expérience du terrain, **l'autonomie, la responsabilisation et l'inclusion** de l'équipe dans les décisions. Elles déclarent :

« Je privilégie dans mon management une approche qui prend en compte les réalités du terrain et l'expérience de mon équipe avant toute prise de décision. Mon principe est de favoriser l'autonomie et la responsabilisation : tant que le travail est accompli efficacement et sans impact négatif, je m'efforce de ne pas tomber dans la surveillance comme c'était avant ». (Nelly L.168-172) ;

« Je discute toujours avec l'équipe, j'explique mes décisions et je suis capable de reconnaître quand je suis d'accord ou pas. Je me considère comme faisant partie de l'équipe, pas au-dessus, et j'estime que les décisions doivent les associer. Je joue vraiment un rôle plus d'accompagnateur qu'un rôle de supervision, car je tiens à être au côté de l'équipe ». (Sarita L.48-55)

Stephen et Nelson se placent dans une logique de **délégation et de responsabilisation** au sein d'une approche situationnelle : « *Je ne dirai pas un style en particulier mais dans ma posture je reste dans une logique de délégation et de responsabilisation dans une logique situationnelle aussi.* » (Stephen L.114) ; « *... j'essaie de favoriser le délégatif et participatif au maximum* ». (Nelson L.103)

Tandis que Sarita illustre également un **leadership transformationnel** en cherchant à inspirer et à valoriser le travail de l'équipe :

« *En véhiculant à l'équipe des valeurs sur la prise en charge des patients, même quand ils sont difficiles, en leur expliquant qu'il faut garder une attitude professionnelle. Que leur travail soit très important car sans eux sans soignant l'hôpital ne pourrait fonctionner en fait c'est vraiment valorisé le travail des agents c'est de la reconnaissance* ». (Sarita L.119-123) Ainsi elle s'emploie à fournir des efforts pour inspirer et transformer les attitudes des professionnels de santé.

➤ *Stratégies/méthodes d'influence sur le travail en équipe*

Les cadres utilisent diverses stratégies pour influencer positivement leur équipe.

Nelly met l'accent sur la **communication, l'écoute active et la transparence** à travers différents supports et une écoute active : « *Je privilégie dans mon management une approche transparente en utilisant à la fois des supports écrits, affiches, mails, des réunions et des échanges informels. Je suis également très attentive au feedback et j'encourage chacun à exprimer ses besoins et ses difficultés. L'écoute active est primordiale pour moi pour désamorcer un peu les tensions et favoriser une communication constructive* ». (Nelly L.45-49)

Sarita rejoint l'opinion de Nelly en expliquant : « *Mon rôle est vraiment d'être de proximité mais il ne suffit pas de le dire mais de vraiment l'être. Pour moi la proximité est aussi une forme de communication très importante qui permet de s'intéresser aux gens et favoriser la libre expression, de discuter, d'échanger avec eux ce qui me donne des éléments d'analyse pour mon management* ». (Sarita L.37-40)

Stephen privilégie l'**authenticité, la convivialité et une approche positive** pour maintenir une sérénité quotidienne : « *Je pense influencer mon équipe dans leur travail au quotidien*

grâce à mon authenticité, la convivialité, par une approche détournée d'un problème en me disant est-ce vraiment un problème ? Relativiser et toujours rester positif, faire confiance enfin tant de facettes qui permettent de maintenir une sérénité quotidienne ». (Stephen L.125-128)

Nelly et Sophie soulignent l'importance de la **reconnaissance et de la valorisation** des réussites collectives et individuelles, ainsi que la prise en compte de l'état psychologique de l'équipe :

« Je valorise et reconnais beaucoup les réussites collectives en expliquant aux soignants l'importance de l'interdépendance des rôles de chacun au sein l'équipe. Pour moi la reconnaissance ne passe pas uniquement par la mise en avant individuelle, mais aussi en mettant en avant les succès de l'équipe, mais aussi les échecs ». (Nelly L.31-41) ;

« Mes stratégies sont l'observation, la connaissance de chacun des membres de l'équipe, l'écoute bienveillante, le respect, je prends le temps de m'intéresser à chaque membre de l'équipe. Je tiens aussi chaque jour à prendre comme j'aime dire la météo du jour, cela me permet de m'adapter au quotidien à l'état psychologique de l'équipe ». (Sophie L.100-104)

En revanche, Nelly met également en avant la **création d'un environnement favorable** favorisant le travail en équipe et l'épanouissement du collectif : *« En tant que cadre mon approche consiste à favoriser un environnement où l'intelligence collective peut s'épanouir. J'aime beaucoup ce concept l'intelligence collective cela reflète bien le travail en équipe ».* (Nelly L.28)

Nelson perçoit lui son rôle comme un **accompagnement et un soutien** au quotidien : *« Mon rôle est d'accompagner au mieux les équipes à faire bien au quotidien. C'est épuisant car il faut répéter les choses en permanence ».* (Nelson L.54-57).

➤ *Limites perçues de l'influence managériale*

Les cadres interrogés précisent que malgré leurs efforts, il peut y avoir plusieurs limites à leur influence.

Nelly et Sarita pointent la **diversité des personnalités et des sensibilités individuelles** comme un frein à une réceptivité uniforme de leur approche. : Elles expliquent :

« Les limites, je dirai les différentes personnalités et des sensibilités individuelles. Malgré mes efforts pour être équitable et favoriser une communication ouverte, la réceptivité de mon approche managériale varie d'une personne à une autre » (Nelly L.187-189) ;

« Parfois l'équipe n'a pas envie ou même une personne de l'équipe qui est leader peut entraîner les autres. Donc les limites sont les personnalités les caractères les émotions ». (Sarita L.133-135)

Cependant, Sarita évoque aussi le **manque d'engagement** de certains membres, malgré les tentatives d'intégration et de valorisation.

L'**absence de volonté collective** est également perçue comme une limite à l'efficacité de leur management : « Même en étant bienveillant en voulait intégrer et valoriser tout le monde je sais très bien que les personnalités les caractères font que certaines personnes peuvent être retissant à ce style de management ou même des gens qui tout simplement n'ont pas envie de travailler ». (Sarita L.127-129)

Cette analyse révèle une conscience aiguë chez les CDS de la nécessité d'adapter leur style de management aux contextes et aux individus. Ils déploient diverses approches d'influence axées sur la communication, la bienveillance, la reconnaissance et le soutien. Cependant, ils reconnaissent également les limites de leur action face à la complexité des personnalités, au manque d'engagement individuel et à l'absence de dynamique collective, soulignant la nature intrinsèquement humaine et parfois résistante du travail en équipe.

5.4 Interconnexions entre les trois concepts

L'analyse révèle des interdépendances significatives entre le travail en équipe, la légitimité et la posture managériale des cadres de santé interrogés.

➤ *Travail en équipe et légitimité*

La relation entre ces deux concepts est perçue comme bidirectionnelle par les cadres. Stephen souligne que la légitimité du cadre influence positivement la cohésion de l'équipe, en favorisant la création d'une **vision commune** et la promotion de valeurs partagées, ce qui renforce le travail d'équipe :

« L'intérêt est je crois dans cette notion de travail d'équipe réel est de créer une vision commune décrivant les valeurs qui s'y associent » (Stéphen L.102).

Il estime que sa propre légitimité est renforcée par sa capacité à **favoriser la culture d'équipe**, suggérant que la qualité du travail en équipe contribue à légitimer le cadre dans son rôle :

« Je crois être légitime car j'ai su favoriser la culture d'équipe dans son ensemble. » (Stephen L.82)

Réciproquement, Ornella fait aussi le parallèle entre ces deux concepts : « La notion de légitimité évoque pour moi l'autorité naturelle que l'on détient de par sa position, son expérience et sa capacité à prendre les bonnes décisions. C'est la reconnaissance par l'équipe de ma compétence à diriger et à orienter les actions de l'équipe. » (Ornella L.30-32)

➤ *Posture managériale et légitimité*

Les cadres établissent un lien étroit entre leur posture managériale et la construction de leur légitimité. Sophie affirme que sa posture managériale construit sa légitimité.

« Je pense construire la légitimité de par mon authenticité, ma transparence, mes valeurs personnelles et professionnelles. » (Sophie L.85)

Parallèlement, Stephen indique que sa légitimité, en partie fondée sur son statut, influence le style de management qu'il adopte, lui permettant d'adopter une posture plus affirmée. Il explique : « La légitimité reste importante aux yeux des autres, je suis légitime par mon statut ». (Stephen L.66-67)

➤ *Posture managériale et travail en équipe :*

Enfin, les cadres démontrent comment leur style de management affecte directement le travail en équipe.

Nelly conçoit son rôle comme étant de « ...créer les conditions **favorables à l'apprentissage continu et à l'épanouissement professionnel** de tous les membres de mon équipe. » (Nelly L.93-95), ce qui relève une posture managériale axée sur le soutien et le développement.

À l'inverse, Nelson soulève la difficulté en disant : « *En tant que cadre de santé le défi est comment fédérer un travail en équipe avec un état d'esprit collaboratif avec des gens non intéressés et pas investis ? Je me pose cette question tous les jours.* » (Nelson L.34-36)

Ceci implique que le style de management doit s'adapter aux défis spécifiques posés par le niveau d'engagement et d'investissement des membres de l'équipe.

Ainsi, nous comprenons que les trois concepts sont intrinsèquement liés et s'influencent mutuellement. Un cadre légitime adopte une posture managériale qui favorise le travail en équipe, ce qui, en retour, renforce sa légitimité.

5.5 Synthèse de l'analyse

Cette analyse thématique croisée révèle l'interdépendance entre le travail en équipe, la légitimité du CDS et sa posture managériale. Les témoignages des cadres interrogés illustrent comment ces trois dimensions s'influencent mutuellement et comment leur articulation harmonieuse est essentielle à la qualité des soins et au bon fonctionnement des unités.

En accord avec le cadre conceptuel, les témoignages confirment que la légitimité, telle que définie par Max WEBER, se construit à travers différentes sources, qu'elles soient rationnelle-légale (position hiérarchique), traditionnelle (expérience) ou charismatique (qualités personnelles). Les propos des cadres rejoignent également les définitions du travail en équipe, soulignant la nécessité d'une coordination et d'une vision partagée, comme l'a exposé Pierre CAUVIN et Roger MUCCHIELLI, où la solidarité et l'unification de l'activité sont primordiales. Enfin, la nécessité d'adapter la posture managériale aux contextes spécifiques, évoquée par la théorie du leadership situationnel de HERSEY Paul & BLANCHARD Ken en 1982, transparaît dans la diversité des styles adoptés par les cadres. L'enjeu pour le CDS consiste donc à développer une approche qui entretienne sa légitimité, en s'appuyant potentiellement sur les compétences reconnues comme une forme de légitimité charismatique (selon WEBER), tout en favorisant un travail d'équipe efficace, dans un contexte hospitalier en constante évolution. Ceci a été confirmé par Chantal DE SINGLY dans son rapport datant de septembre 2009 qui met en lumière la nature polyvalente du métier de CDS avec la nécessité d'adaptabilité de la fonction.

Cette analyse met également l'accent sur l'importance de la communication, de la confiance et de la reconnaissance mutuelle comme facteurs clés transversaux aux trois concepts étudiés. Ceci souligne l'importance de la dimension humaine du management en santé, où la capacité à établir des « relations d'échange » décrite dans la théorie du célèbre professeur en management Henry MINTZBERG en 1984 et à créer un environnement de « considération mutuelle » s'avère déterminante ; comme le suggéraient les quatre cadres, Sarita, Nelly, Sophie et Stéphane au cours de leurs témoignages.

6 - Les limites de l'enquête

Ce travail de recherche, bien qu'apportant des éclairages précieux, n'est pas exempt de limites inhérentes à sa réalisation. La priorité accordée à la continuité des soins dans le contexte hospitalier a engendré des interruptions fréquentes lors des entretiens, rendant parfois difficile le maintien du fil de la pensée pour les cadres interrogés. De plus, la singularité des expériences recueillies auprès d'un nombre limité de professionnels ne permet pas d'étendre directement ces observations à l'ensemble des établissements de santé, soulignant la nécessité de considérer ces résultats dans leur contexte spécifique.

Sur le plan méthodologique, plusieurs aspects méritent d'être soulignés. L'échantillon restreint de six CDS, contraint par le temps imparti à la recherche, limite la généralisation des conclusions à l'ensemble de la population managériale hospitalière. De plus, le choix de se concentrer exclusivement sur le point de vue des CDS constitue une limite significative. L'intégration du ressenti des équipes soignantes encadrées aurait enrichi l'analyse en offrant une perspective croisée et une compréhension plus globale des dynamiques relationnelles au sein des services.

En conséquence, l'interprétation des résultats présentés doit être abordée avec prudence, en tenant compte de ces contraintes méthodologiques. Ces limites, bien qu'elles nuancent la portée des conclusions, ne diminuent en rien la richesse et la pertinence des témoignages recueillis, qui offrent un aperçu significatif des réalités du management en santé. Il serait pertinent, dans de futures recherches, d'élargir l'échantillon et d'intégrer les perspectives des équipes soignantes pour une compréhension encore plus complète du sujet.

7 - Discussion

Ce travail de recherche a pris son point de départ dans une interrogation concernant l'ascendant du cadre de santé au sein d'une équipe de travail. Cette première réflexion a orienté l'exploration de concepts intrinsèquement liés à cette dynamique, tels que la légitimité, le travail en équipe, et la posture managériale englobant les styles de leadership et les leviers d'influence. L'analyse approfondie de ces notions clés, à travers une revue de littérature et une première immersion dans le vécu des professionnels à travers une phase exploratoire, a permis de décrypter la complexité des interactions et d'affiner progressivement la problématique initiale, la conduisant vers une formulation plus précise et pertinente au regard des enjeux du management en santé.

Ainsi, la question de recherche a été formulée de la manière suivante :

« Dans quelle mesure la posture managériale et la légitimité du cadre de santé influencent-elles la cohésion et la dynamique du travail en équipe au sein des unités de soins ? »

De cette démarche a émergé une hypothèse, explorée à travers une enquête de terrain. Les données recueillies ont enrichi l'analyse et suscité de nouvelles interrogations. Cette discussion consiste à confronter les résultats de cette analyse thématique croisée des entretiens avec six CDS et de mettre en perspective les résultats obtenus avec l'hypothèse initialement formulée :

« Une posture managériale du cadre de santé caractérisée par une légitimité reconnue et une présence structurante sur le terrain favorise significativement la cohésion, la communication et l'efficacité au sein de l'équipe soignante. »

Cette hypothèse repose sur l'idée qu'un cadre de santé dont la légitimité est établie et reconnue par son équipe, et qui manifeste une présence active et organisée sur le terrain, crée un environnement propice à une meilleure collaboration. En effet, cette combinaison favoriserait des liens plus solides entre les membres de l'équipe, une circulation de l'information plus fluide et, par conséquent, une performance collective accrue dans la prise en soins.

En analysant les entretiens menés auprès des six cadres de santé expérimentés, cette hypothèse se trouve largement validée, tout en y apportant certaines nuances essentielles.

En effet, les témoignages des professionnels mettent en évidence que la légitimité perçue par l'équipe constitue un prérequis fondamental pour que le cadre puisse exercer une influence positive sur la dynamique collective. Cette observation rejoint la conception wébérienne de la légitimité comme fondement essentiel de l'autorité, qu'elle soit rationnelle-légale, traditionnelle ou charismatique.

La présence sur le terrain, autre élément central de notre hypothèse, est également confirmée comme facteur déterminant. Cette présence apparaît comme un vecteur de communication essentiel, permettant de s'intéresser à l'équipe, de favoriser la libre expression, de discuter, d'échanger, en offrant des éléments d'analyse précieux pour les cadres afin d'adapter leur management. Ceci souligne aussi l'importance de créer un environnement où l'intelligence collective peut s'épanouir illustrant le rôle de facilitateur du cadre.

Toutefois, l'enquête a également mis en lumière certains facteurs limitants non anticipés dans l'hypothèse et venant nuancer ou compléter celle-ci.

Premièrement, il apparaît que la légitimité et la présence sur le terrain ne suffisent pas à elles seules, soulignant la difficulté fondamentale du management contemporain. Cette question pointe les limites de l'action managériale face à l'individualisme croissant évoqué par plusieurs cadres. Cette légitimité ne repose pas uniquement sur le statut officiel ou le diplôme, mais se construit activement à travers plusieurs dimensions complémentaires. La légitimité rationnelle, liée au diplôme et à la position hiérarchique, apparaît comme une base nécessaire mais insuffisante. Elle doit être complétée par une légitimité de compétence, reconnue par l'équipe à travers l'expertise et la maîtrise du cadre, ainsi que par une légitimité relationnelle construite sur la confiance, la transparence et l'équité.

Deuxièmement, l'analyse révèle que l'adaptabilité du style managérial apparaît comme une dimension cruciale non explicitement formulée dans mon hypothèse. La légitimité ne peut donc être associée à un style unique, mais plutôt à la capacité du cadre à moduler son approche managériale. La majorité des cadres interrogés pratique un management situationnel, modulant leur approche selon les contextes, les individus et les objectifs.

Cette flexibilité managériale, oscillant entre directivité, participation et délégation, semble être une condition essentielle pour maintenir l'efficacité du travail en équipe dans des environnements de soins en constante évolution. Cette analyse fait écho à la théorie du leadership situationnel de HERSEY ET BLANCHARD présentée dans le cadre conceptuel.

Troisièmement, la dimension relationnelle et émotionnelle apparaît comme un facteur déterminant, parfois sous-estimé dans l'hypothèse initiale. En effet, La diversité des personnalités au sein des équipes et le niveau variable d'engagement des professionnels peuvent constituer des obstacles significatifs, même pour un cadre légitime et présent.

Enfin, les résultats de cette recherche suggèrent plusieurs orientations pour renforcer l'efficacité managériale du cadre de santé :

- Cultiver une légitimité multidimensionnelle : au-delà de la légitimité statutaire conférée par le diplôme, il est essentiel de développer une légitimité fondée sur la compétence professionnelle, la connaissance du terrain, la transparence, l'équité et la fiabilité.
- Adopter une présence de qualité sur le terrain : la simple présence physique ne suffit pas ; elle doit être qualitative et orientée vers l'écoute, l'observation et la compréhension des dynamiques d'équipe.
- Développer une approche managériale adaptative : comme le suggèrent les témoignages recueillis, un cadre efficace doit pouvoir ajuster son style de leadership selon les situations, les individus et les enjeux, alternant entre les postures directives, persuasives, participatives et délégatrices.
- Investir dans la communication et la reconnaissance : ces dimensions apparaissent comme des leviers majeurs pour renforcer la cohésion d'équipe et l'efficacité collective.

Ainsi, l'hypothèse se trouve largement validée par l'enquête de terrain, tout en étant enrichie par des dimensions complémentaires qui soulignent la complexité du rôle du cadre de santé dans la dynamique du travail en équipe.

Cette discussion permet d'enrichir ma compréhension initiale des mécanismes d'influence du CDS sur le travail en équipe. Si la légitimité et la présence structurante demeurent des leviers fondamentaux, comme le postulait mon hypothèse, leur articulation avec d'autres

dimensions comme l'adaptabilité managériale, la gestion des individualités et la création d'un climat de confiance semble indispensable pour favoriser une dynamique collective efficace et pérenne.

Ces constats ouvrent de nouvelles perspectives de recherche, notamment sur les stratégies permettant de concilier les aspirations individuelles avec les objectifs collectifs dans les équipes soignantes, ou encore sur l'impact des nouvelles générations professionnelles sur les styles de management à privilégier dans les établissements de santé.

CONCLUSION

Au terme de ce travail de recherche, il convient de dresser un bilan du chemin parcouru et de mettre en perspective les enseignements tirés de cette démarche, tant sur le plan méthodologique que professionnel.

La réalisation de ce travail de recherche a marqué une étape fondamentale dans mon évolution professionnelle, en modifiant profondément ma perception des problématiques complexes du secteur de la santé et de leur impact sur la qualité et la sécurité des soins. De plus, cette initiation à la recherche m'a permis d'expérimenter la rigueur d'une démarche méthodologique structurée, depuis la formulation d'une question de départ jusqu'à l'analyse des données recueillies sur le terrain. Partant d'un constat issu de mon expérience professionnelle concernant les dynamiques d'équipe en milieu hospitalier, j'ai progressivement élaboré un cadre conceptuel articulé autour de trois notions fondamentales : le travail en équipe, la légitimité du cadre de santé et la posture managériale.

L'approche méthodologique adoptée, combinant revue de littérature et entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé expérimentés, m'a permis d'accéder à une compréhension approfondie des mécanismes à l'œuvre dans la construction d'un travail en équipe efficace. Cette démarche m'a également fait prendre conscience de l'importance d'adopter une posture critique et réflexive, en questionnant constamment mes présupposés et en confrontant les apports théoriques aux réalités du terrain. La richesse des lectures théoriques, ancrées dans les évolutions du secteur de la santé et la sociologie des organisations, a alimenté un engouement pour l'apprentissage continu et le désir de devenir un vecteur d'informations structurantes et actuelles. Les compétences développées au cours de ce processus dépassent largement le cadre de la recherche documentaire ou de l'analyse thématique. J'ai notamment acquis une capacité accrue à formuler des problématiques, à élaborer des outils de recueil de données pertinents, et à interpréter des résultats avec nuance et profondeur. Par ailleurs, l'exercice de la rédaction scientifique m'a imposé une discipline intellectuelle et une rigueur d'expression qui constituent des atouts majeurs pour ma future pratique professionnelle.

Adopter une posture d'enquêteur neutre, sans chercher de solutions immédiates, a représenté un défi significatif, nécessitant un abandon progressif de mes représentations initiales pour laisser place à une nouvelle lecture des problématiques exposées. Ce

processus intellectuellement enrichissant, bien que complexe dans sa neutralité, a contribué à une maturation de ma pensée et à la construction d'une nouvelle identité managériale, plus réflexive et ouverte à la diversité des perspectives. Ceci a transformé ma vision du rôle du cadre de santé et de sa relation avec l'équipe soignante. Là où je percevais initialement le leadership comme principalement fondé sur l'expertise technique et l'autorité hiérarchique, je conçois désormais le management comme un art subtil d'équilibre entre différentes postures et compétences.

Ma réflexion initiale, centrée sur les difficultés rencontrées en tant que faisant fonction de cadre pour faire adhérer l'équipe à mes directives, s'est considérablement enrichie et nuancée. L'analyse des entretiens réalisés auprès des cadres de santé m'a particulièrement marquée par la convergence des témoignages sur l'importance de la considération mutuelle, de l'authenticité et de l'adaptabilité. Ces échanges m'ont permis de prendre de la distance par rapport à ma propre expérience et d'envisager sous un nouvel angle les situations de tension ou de résistance que j'ai pu rencontrer.

Cette recherche m'a également amenée à reconsidérer l'individualisme croissant observé dans les équipes soignantes, non plus comme un obstacle insurmontable mais comme un défi managérial appelant de nouvelles approches. Je mesure désormais l'importance d'adapter mon style de leadership aux différentes personnalités et attentes au sein de l'équipe, tout en maintenant un cadre structurant et des objectifs communs clairement définis.

Au terme de ce travail, une fierté légitime s'accompagne d'un questionnement essentiel sur la transposition concrète de ces apprentissages dans mon quotidien de cadre de santé. Comment initier une culture de la recherche au sein des pratiques et des organisations ? Comment guider une équipe vers une démarche de réflexion collective ? Ces interrogations constituent des pistes d'actions prioritaires pour cultiver un véritable esprit d'équipe et optimiser la collaboration. Le cadre de santé peut alors devenir le précurseur d'une nouvelle identité soignante, capable de produire des soins alignés sur les exigences de qualité. Bien que cette recherche n'ait fait qu'effleurer la complexité des enjeux liés au travail d'équipe, à la légitimité professionnelle et à la dynamique de groupe, elle a confirmé l'importance cruciale du rôle du cadre et ouvre la voie à une exploration continue de ces dimensions essentielles.

Ainsi, au regard des résultats obtenus, plusieurs axes d'amélioration se dessinent pour ma future pratique de cadre de santé :

- **Développer une présence qualitative sur le terrain**, en instaurant des temps d'échange réguliers avec l'équipe, tant collectifs qu'individuels. Ces moments permettront non seulement de prendre le pouls du service et de détecter précocement les tensions, mais aussi de témoigner concrètement de mon engagement auprès de l'équipe.
- **Cultiver une communication transparente et bienveillante**, en expliquant systématiquement le sens des décisions prises et en créant des espaces de parole où chacun se sent légitime pour exprimer ses idées et préoccupations. Cette démarche contribuera à renforcer la confiance et à favoriser l'intelligence collective au sein de l'équipe.
- **Mettre en place des projets fédérateurs** visant à renforcer la cohésion d'équipe et à valoriser les compétences individuelles au service d'un objectif commun. Ces initiatives permettront de contrebalancer les tendances individualistes en créant des occasions de collaboration et de reconnaissance mutuelle.
- **Adopter un leadership transformationnel**, en m'attachant à inspirer et à motiver l'équipe par l'exemple et par la valorisation du sens du travail soignant. Cette approche, illustrée par plusieurs cadres interrogés dans l'enquête, me semble particulièrement pertinente dans le contexte actuel de transformation des organisations de santé.
- **Instaurer une culture de l'évaluation et de l'amélioration continue**, en encourageant la réflexivité collective sur les pratiques et en valorisant l'apprentissage issu des difficultés rencontrées. Cette démarche permettra de renforcer le sentiment d'appartenance à une équipe apprenante et évolutive.

L'élaboration de ce mémoire m'a ainsi permis de développer non seulement des connaissances théoriques précieuses sur les dynamiques d'équipe et le leadership en santé, mais aussi une véritable posture professionnelle réflexive. Cette posture, caractérisée par une capacité à questionner les évidences, à analyser les situations complexes et à adapter mes interventions au contexte, constituera le fondement de ma future pratique de cadre de santé.

Par ailleurs, ce travail de recherche m'a convaincue que l'efficacité du travail en équipe repose moins sur l'application de techniques managériales préétablies que sur la capacité du cadre à incarner authentiquement des valeurs de respect, d'équité et d'engagement, tout en assurant un cadre structurant et sécurisant pour l'ensemble des professionnels. C'est dans cette alliance subtile entre présence humaine et compétence managériale que réside, selon moi, la clé d'un leadership véritablement transformateur dans le contexte des soins.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- AÏM Roger : « *L'essentiel de la théorie des organisations* » 13e Ed. Paris La Défense, Gualino-Lextenso ; 2022
- BERNOUX Philippe : « *La sociologie des organisations* », Edition du Seuil, Paris, 1985, 6ème Ed 2009
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard : « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, Paris, 1977
- FLEURY Laurent. « *Max WEBER 4e Ed* » Paris, Presse Universitaire de France, 2023
- HATZFELD Hélène : « *Les légitimités ordinaires. Au nom de quoi devrions-nous nous taire ?* ». Paris, L'harmattan-adels, 2013.
- JOVIC Ljiljana : « *Management : concepts et recherche* », Recherche en soins infirmiers - 2007/4 N° 91, p.3-4.
- MINTZBERG Henry « *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre* ». Paris, Les éditions d'organisation, 2021
- MUCCHIELLI Roger « *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective* », éditions ESF sciences humaines, 2009
- NAUDIN D., Le Corre B., Geoffroy M. Chapitre 3. « *Management du cadre de santé : qualité professionnelles, leadership, styles de management. Naudin D. Guide CS - cadre de santé « toutes les connaissances théoriques et pratiques* », Paris : Elsevier Masson ; 2023, 423 p
- PLANE Jean-Michel : « *Théories du leadership, modèle classiques et contemporains* », édition Dunod- Paris, 2015
- RADON Bernard : « *Guide du leadership, progresser vers la fonction de dirigeant* ». Dunod, Paris 2007

Textes législatifs - Rapports – Référentiels

- Décret n° 66-617 du 10 août 1966, portant création des certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant
- Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier
- LENOIR- SALFATI, ministère des affaires sociales et de la santé - Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Référentiel d'activité et de compétence, Diplôme Cadre de Santé, Décembre 2012. https://www.ifchurennnes.fr/wp-content/uploads/2016/09/Cadres_sante_Ref_activites_et_compences_apres_18_12_2012.pdf (consulté le 22/10/ 2024)
- Ministère de la santé et des sports - Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Chantal DE SINGLY – 11 septembre 2009 - https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf (consulté le 17/11/2024)
- Direction Générale de l'administration et de la fonction publique « Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique ». 2017 <https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/publications-dgafp/guide-de-l-encadrant-web.pdf> (consulté 08/01/2025)

Articles – Webographie

- BEN REJEB Anis : « *Du groupe à l'équipe : Quelles différences entre un groupe d'individus et une équipe ?* » <https://www.berejeb.com/2016/01/du-groupe-a-lequipequels-differences-entre-un-groupe-dindividus-et-une-equipe/>
- BOUQUET Brigitte : « *La complexité de la légitimité* ». Vie sociale, 8, 13-23 <https://doi.org/10.3917/vsoc.144.0011>
- BOURDIEU Pierre, « L'art de la consécration » par Actes de la recherche en sciences sociales N° 190, Seuil, Paris décembre 2011 <https://www.monde-diplomatique.fr/mav/122/BOURDIEU/51886> (consulté le 22/10/2024)
- DEJOUX Cécile, « *Du manager agile au leader designer* », Chapitre 4. Motiver p 55 à 71 Cairn.info Mise en ligne 14/04/2022 - <https://shs.cairn.info/du-manager-agile-au-leader-designer--9782100760862-page-55?lang=fr>

- DESSERPRIT Gilles, « 17. L'impact du management sur la motivation d'une équipe » Cadre de santé - En 17 notions, sous la direction de DESSERPRIT Gilles. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2016, p. 186-191. (Consulté le 20/12/2024). URL : https://www.cairn.info/cadre-de-sante--9782100720439_page-186.htm
- DUMAS Marc et RUIILLER Caroline : « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? » [« Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? | Cairn.info](#) (consulté le 20/11/2024)
- DUMAS Marc : « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait l'équipe ? » <https://shs.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45?lang=fr>
- DIVAY Sophie, GADEA Charles, « *Les cadres de santé face à la logique managériale* », Revue française d'administration publique, 2008/4 (n° 128), p. 677-687. DOI : 10.3917/rfap.128.0677. URL: <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-677.htm>
- GUILLOUËT Sonia et LAGADEC Anne – Marie : « *Autorité, légitimité et management* », - Soins cadres supplément au n°93 -, Elsevier Masson SAS
- HAL open science : « *La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation* » <https://hal.science/hal-02999726v1/document> (consulté le 18/11/2024)
- LECOMTE Jacques, « *Kurt Lewin (1890-1947). La dynamique de groupe* », dans Nicolas Journet éd., Les grands penseurs des Sciences Humaines. Auxerre, Éditions Sciences Humaines, « Petite bibliothèque », 2016, p. 95-98. DOI : 10.3917/sh.journ.2016.01.0095. URL: <https://www.cairn.info/les-grands-penseurs-des-sciences-humaines--9782361063825-page-95.htm> (Consulté le 17/12/2024)
- LES Echos SOLUTION : « Rensis Likert et la gestion d'équipe : découvrez les 4 styles de management incontournables » Publié en France en décembre 2023 et mise à jour le 8 décembre 2023 <https://solutions.lesechos.fr/equipe-management/gestion-equipe/gestion-d-equipe-les-4-styles-de-management-selon-rensis-likert/> (consulté le 14/10/2024)
- LOCHET Nathalie : « Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? », dans : Soins Cadres, Vol 21, N° 82, mai 2022, pp. 43-46, 2012

- MENY Yves : « *Sur la légitimité, Chapitre 2 - Typologie de la légitimité selon WEBER* », dans Cairn.info publié le 15/09/2022 <https://shs.cairn.info/sur-la-legitimite--9782724639254-page-89?lang=fr> (consulté le 25/01/2025)
- PORTAL Brigitte : « *Des mots et des sens : Posture, positionnement, évaluation* ». [Des mots et des sens | Cairn.info](#) (consulté le 25/01/2025)

ANNEXES

Annexe 1 : Retranscription entretiens exploratoires

Annexe 2 : Guide d'entretien enquête de terrain

Annexe 3 : Retranscription Entretien n°6

Annexe 4 : Retranscription Entretien n°1

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des verbatims

ANNEXE 1

ENQUETE EXPLORATOIRE N°1

➤ **Entretien du Jeudi 26 décembre 2024 de 10h00 à 11h00 - Olivier**

1- Depuis combien de temps travaillez-vous ?

Infirmier diplômé depuis 23 ans, j'ai exercé principalement aux urgences puis en chirurgie cardiaque. J'ai ensuite été FFCS en unité de cardiologie durant 3 ans.

2- Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé ?

Je suis diplômé CS depuis 10 ans, j'ai d'abord exercé en Cardiologie, puis en médecine interne ou j'exerce encore aujourd'hui.

3- Selon vous qu'est-ce que la dynamique de groupe ?

La dynamique de groupe est pour moi une notion très sociologique ou les comportements, les actions et convictions voire les actions se déterminent au sein du groupe. La dynamique de groupe des infirmières ne sera pas celle des aides-soignants par exemple et donc les attentes ne seront pas les mêmes.

4- Pensez-vous que le cadre de santé intervient et peut influencer le travail en équipe ? Si oui comment ? Et par quels moyens ?

(Relance : Quels leviers motivationnels utilisez-vous ?)

A mon sens le cadre reste et demeure le pilier pour insuffler le travail en équipe positive avec des valeurs communes. En revanche, il faut qu'il soit selon moi légitime auprès de l'équipe soignante et donc reconnu par les membres. S'il n'y a pas cette reconnaissance, il ne pourra pas intervenir et encore moins influencer la dynamique de groupe ou du moins il peut intervenir mais cela ne sera pas selon moi efficace.

Cela date, mais lorsque j'ai débuté dans le management en tant que FFCS en service de cardiologie, je me souviens que l'équipe, le groupe était déjà bien constitué et soudé. La cohésion d'équipe était forte. Pour faire partie du groupe, j'ai eu le sentiment de devoir prouver aux membres que j'étais capable d'assumer ce poste. Vous savez c'est comme une forme de protection, de bouclier que l'équipe se met. Dans un groupe avant d'accueillir un nouveau membre, on le teste un peu, on l'observe. Le groupe a besoin de

31 faire confiance et surtout besoin d'un « cadre », je dis cela dans le sens « cadrage », avant
32 d'accepter que vous soyez leur cadre de santé, comme ils disent souvent : « c'est mon
33 cadre de santé ! ». Même diplômé, j'ai vécu cela quand j'ai intégré un service de SSR
34 juste après l'obtention de mon diplôme.

35 C'est au travers de cette reconnaissance que le cadre aura la capacité d'intervenir dans la
36 dynamique du groupe, de faire évoluer les mentalités et d'adapter un management
37 singulier au regard des personnalités qui constituent ce même groupe.

38 Les leviers sont divers mais pas toujours réalisables. Les rencontres et échanges restent
39 le meilleur vecteur de la communication et de la gestion de l'humain car avant d'être des
40 soignants ce sont avant tout des êtres humains. Les formations actions seront aussi un
41 moyen des performer ensemble en enlevant les aprioris sur les segments professionnels.

42 Je pense aussi que l'authenticité est une qualité pour aborder les choses de manière
43 sereine. Accepter les erreurs en tant que cadre de santé et renforcer la confiance.

45 **5- Selon vous quels sont les facteurs qui peuvent intervenir sur la dynamique de** 46 **groupe dans une unité de soin ?**

47 Si je reste dans la conception que représente la dynamique de groupe pour moi, je dirais
48 que renforcer les interactions afin de travailler ensemble vers un but commun.

49 D'après moi, les forces au sein d'un groupe et encore plus au sein d'une équipe de soin
50 s'équilibrent naturellement et contribuent à sa dynamique. Le sentiment d'appartenance,
51 la solidarité ou les échanges et les groupes de discussion vont permettre d'orienter
52 l'action du groupe. J'ai toujours été inspiré par Lewin qui a beaucoup travaillé sur
53 l'interdépendance entre le « chef » et le groupe et exprime l'impact indéniable de cadre
54 ou du leader sur le comportement du groupe.

55 Je crois que cette notion me ressemble bien. Un cadre de santé reconnu par son équipe et
56 bienveillant, à l'écoute aura plus de chance d'avoir une équipe qui tend vers cette
57 direction.

58 **6- Quelle différence faite vous entre travail d'équipe et dynamique d'équipe ?** 59 **Pouvez-vous me donner quatre mots qui représente le travail d'équipe selon** 60 **vous ?**

Le travail d'équipe serait selon moi un ensemble d'acteur qui travaillent ensemble avec une composante de plusieurs métiers. Le travail d'équipe peut mettre en lien des rapports de compétences parfois hiérarchisés par exemple une équipe sera constituée de cadre, IDE, AS, ASH...

Toutes ces personnes constituent donc une équipe avec une dynamique de groupe différente.

Si je devais donner quatre mots : Cohésion, mission, communication, collaboration, objectifs, confiance, résultats etc.....

ENQUETE EXPLORATOIRE N°2

➤ **Entretien du Vendredi 03 janvier 2025 de 16h00 à 16h45 – Bénédicte**

1- Depuis combien de temps travaillez-vous ?

Infirmière diplômée depuis 12 ans, j'ai exercé principalement en chirurgie général. Puis j'ai été FFCS en médecine hépato gastrologie durant 2 ans.

2- Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé ?

Je suis diplômé CS depuis 1 ans et demi et j'exerce depuis en service Neurologie.

3- Selon vous qu'est-ce que la dynamique de groupe ?

Dans dynamique de groupe, j'entends le mot groupe et déjà pour moi un groupe est un ensemble de personne qui interagisse les uns avec les autres, qui partage des normes, des valeurs et des objectifs communs et donc fond partie d'une même entité. La dynamique ensuite est l'ensemble des comportements, des interactions et des échanges que peuvent avoir les personnes de ce groupe ensemble et entre elle.

4- Pensez-vous que le cadre de santé intervient et peut influencer le travail en équipe ? Si oui comment ? Et par quels moyens ?

(Relance : Quels leviers motivationnels utilisez-vous ?)

Je pense que le cadre peut intervenir dans le travail en équipe et je dirai même qu'il doit intervenir s'il veut faire partie de ce groupe et donc de l'équipe. Pour moi le cadre, surtout

en milieu hospitalier, fait partie intégrante de l'équipe soignante. Maintenant comme l'équipe nous considère, nous manager, comme une entité entière autre. Ils ont besoin de nous reconnaître et que l'on soit légitime. Aujourd'hui alors que cela fait 1 an et demi que je suis dans ce service, j'ai le sentiment de me pas encore être légitime pour certain membre de l'équipe. Peut être parce que je n'ai jamais travaillé en gériatrie avant et surtout que je suis jeune diplômée.

Influencer la dynamique d'un groupe prend du temps et c'est un processus qui peut être long selon moi, surtout à l'hôpital où le compagnonnage règne sur les équipes.

Donc oui le cadre peut intervenir dans la dynamique de groupe et aussi sur le travail en équipe, mais une fois reconnu en tant que manager par l'équipe en place. Par son soutien, en insufflant sa vision, sa confiance, par la communication, les échanges en petit groupe et j'ai plus loin en disant par son style de leadership.

5- Selon vous quels sont les facteurs qui peuvent intervenir sur la dynamique de groupe dans une unité de soin ?

La personnalité des membres du groupe, les compétences, l'implication et la contribution plus ou moins active des membres du groupe, l'entente, l'ancienneté, l'environnement (ici je veux dire les conditions de travail), la culture de l'équipe, la cohésion sont autant de facteurs qui peuvent intervenir sur la dynamique de groupe au sein d'une unité de soin.

6- Quelle différence faite vous entre travail d'équipe et dynamique d'équipe ? Pouvez-vous me donner quatre mots qui représente le travail d'équipe selon vous ?

Selon moi travail d'équipe égal : une vision commune et collective, objectif commun, collaboration active pour l'exécution du travail à accomplir ensemble

Et la dynamique d'équipe c'est : les relations que les gens ont entre eux à l'intérieur de l'équipe, les interactions qu'ils développent, les relations sociales entre les membres d'une équipe qui travaillent ensemble. Je dirai même que pour moi une bonne dynamique d'équipe favorise la cohésion, la motivation, la créativité et l'efficacité du travail d'équipe. Finalement, le travail d'équipe est ce que l'équipe fait (les tâches, les objectifs),

122 alors que la dynamique d'équipe est la façon dont l'équipe fonctionne (les relations, les
123 interactions).

124 Quatre mots je crois que j'en aurai plus de 4 : compétence, collaboration, effort,
125 organisation, cohésion, solidarité, confiance et pour moi le plus important la
126 communication car sans communication les gens ne peuvent pas se comprendre.

ANNEXE 2

GRILLE D'ENTRETIEN

Bonjour Madame, Monsieur

Je me présente Nerlande ULYSSE. Je suis actuellement étudiante en Institut de formation des Cadres de Santé à l'Ecole Supérieure de Montsouris Recherche en Soins et Faculté de santé Université Paris Est Créteil. Dans le cadre de cette formation, en lien avec mon mémoire de fin d'études, je réalise un travail de recherche portant sur l'influence du cadre de santé sur le travail en équipe.

Votre expérience en tant que CDS serait extrêmement précieuse pour enrichir ce travail. Ainsi, je souhaite mener un entretien pour recueillir des informations. Cet entretien est totalement anonyme, comportant une dizaine de questions et les données resteront confidentielles. Il durera environ 35 et 45 minutes, et avec votre permission, je l'enregistrerai pour le retranscrire par écrit. Je prendrai des notes au cas où l'enregistrement serait défectueux. L'enregistrement sera ensuite supprimé après analyse. Je vous remercie pour votre disponibilité.

QUESTIONS

7- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé de CDS ?

8- Depuis combien de temps exercez-vous au sein de ce service en tant que CDS ?

Le travail en équipe

9- Que vous vient-il à l'esprit lorsque l'on parle de travail en équipe et comment définiriez-vous le travail en équipe ?

10- Quels sont, selon vous, les principaux défis rencontrés dans le travail en équipe ?

D'après vous comment votre équipe relève-t-elle ces défis ?

11- En tant que CDS quel rôle jouez-vous dans le travail en équipe ? (Donnez-moi des exemples concrets)

La légitimité

12- Que vous évoque la notion de légitimité ?

13- Selon vous qu'elles sont les sources de légitimité pour un cadre de santé ?

- 14- Que diriez-vous à propos de votre sentiment de légitimité auprès de votre équipe actuelle ? D'après vous à quoi tient votre légitimité auprès de votre équipe ? (exemples)
- 15- Pensez-vous que la légitimité influence le travail en équipe ? Pourquoi ? (exemples)
- 16- Comment construisez-vous et renforcez-vous votre légitimité auprès de votre équipe ? (exemples)

La posture managériale

- 17- Comment décririez-vous votre style de management ? (exemples concrets)
- 18- Comment pensez-vous influencer positivement le travail de votre équipe ? Quelles sont vos stratégies (vos petits trucs à vous) ?
- 19- Quelles sont pour vous les limites de cette influence ?
- 20- Avez-vous des suggestions ou des remarques ?

Retranscription ENTRETIEN N° 6

Nelly - Femme - Cœur de métier : PPH – Orthopédie/ 39 agents – 40 min d’entretien

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé de CDS ? et depuis combien de temps exercez-vous au sein de ce service en tant que CDS

Nelly : Je suis diplômé cadre de santé depuis 6 ans et je suis dans ce service depuis l’obtention de mon diplôme, c’est mon premier poste en tant que CDS, j’ai été faisant fonction dans mon ancien service la pharmacie durant un an et demi.

Moi : Que vous vient-il à l’esprit lorsque l’on parle de travail en équipe et comment définiriez-vous le travail en équipe ?

Nelly : Le travail en équipe est le moteur du service, je dois en tant que cadre faciliter les interactions et la collaboration, comme un peu à l’image de l’huile dans les rouages, comme me le disait mon ancienne cadre supérieure. C’est l’équipe qui assure le bon fonctionnement du service car seul je ne saurais faire donc pour moi c’est un ensemble et je me considère dans cet ensemble un peu comme un tout. Je cherche vraiment à cultiver un esprit positif, de partager des valeurs communes et de donner des objectifs clairs, pour moi travail en équipe égal partage rigueur coordination mutualisation aller vers un même sens et aussi donner du sens à ce que l’on fait ensemble en équipe. Cela requiert un investissement quotidien, car une équipe ne peut se construire sur une seule personne.

Moi : Quels sont, selon vous, les principaux défis rencontrés dans le travail en équipe ? D’après vous comment votre équipe relève-t-elle ces défis ?

Nelly : Je pense que l’un des principaux défis c’est la monter de l’individualisme, que j’ai pu voir s’accroître avec les nouvelles générations et qui n’est pas en accord avec la nécessité de maintenir une vraie cohésion d’équipe. J’observe chaque jour une forte aspiration à l’autonomie et à la reconnaissance individuelle, ce qui est positif mais qui peut parfois rendre complexe l’adhésion à des objectifs collectifs et la fluidité de la collaboration. La communication peut être un défi aussi car chacun a son propre style et ses propres attentes et il est parfois difficile de s’assurer que l’information circule efficacement et soit comprise par tous. En tant que cadre mon approche consiste à favoriser un environnement où l’intelligence collective peut s’épanouir. J’aime beaucoup ce concept l’intelligence collective cela reflète bien le travail en équipe. Cela passe par plusieurs actions par exemple je mets en place des temps d’échange régulier, comme des

staffs de service ou des groupes de travail thématiques, où chacun est encouragé à exprimer ses idées et ses préoccupations. L'objectif est de trouver ensemble les solutions et de construire ensemble les protocoles, en valorisant les idées de chacun. Je m'efforce à donner des objectifs collectifs clairs ayant de sens pour l'équipe, en expliquant bien à l'équipe comment la contribution de chaque d'eux peut permettre de donner une vision plus large au bénéfice du patient. Je valorise et reconnais beaucoup les réussites collectives en expliquant aux soignants l'importance de l'interdépendance des rôles de chacun au sein l'équipe. Pour moi la reconnaissance ne passe pas uniquement par la mise en avant individuelle, mais aussi en mettant en avant les succès de l'équipe, mais aussi les échecs. C'est le fait de tous traverser et partager ensemble qui fait l'équipe. J'essaie aussi de créer des espaces de convivialité et de partage informels (repas, brunch ...) pour observer et voir un peu l'état d'esprit du moment, car je crois que le lien humain est essentiel pour souder une équipe. Un des plus gros défis aussi selon moi c'est la communication. Je privilégie dans mon management une approche transparente en utilisant à la fois des supports écrits affiches mails des réunions et des échanges informels. Je suis également très attentif au feedback et j'encourage chacun à exprimer ses besoins et ses difficultés. L'écoute active est primordiale pour moi pour désamorcer un peu les tensions et favoriser une communication constructive.

Moi : En tant que cadre de santé quel rôle jouez-vous dans le travail en équipe ?
(Donnez-moi des exemples concrets)

Nelly : Je pense que mon rôle c'est vraiment tout dans le travail en équipe. Mon rôle de manager est avant tout celui d'un facilitateur et d'un catalyseur. Je ne fais pas à la place des autres mais je les incite à faire. Je m'efforce de créer un environnement où chacun se sent capable d'agir efficacement et où l'intelligence collective peut réellement s'exprimer, tout en étant conscient des aspirations individuelles et des besoins de développement de chacun. Concrètement je mets en place des groupes de travail pour faire face à une problématique spécifique ou dans le cadre de l'amélioration du fonctionnement et de l'organisation du service. Par exemple, nous avons récemment créé un groupe de travail pour optimiser la gestion des dispositifs médicaux et cela a été initié par une infirmière de l'équipe. Mon rôle ici est de définir clairement les objectifs, de faciliter les échanges, de m'assurer que toutes les voix soient entendues et de synthétiser les propositions pour aboutir à des solutions concrètes et partagées par tous. Je ne donne pas les réponses, enfin parfois si quand il y a urgence ou qu'il faut trancher mais je

65 m'efforce de toujours rester dans l'idée d'aider le groupe à avancer ensemble.
66 J'encourage aussi les initiatives au sein de l'équipe et je me rends disponible pour
67 apporter un soutien méthodologique ou logistique. Dernièrement une infirmière avait une
68 idée pour améliorer le confort des patients hospitalisés depuis un certain temps. Je l'ai
69 aidée à formaliser son projet à identifier les ressources nécessaires et à entrer en contact
70 avec le service de recherche de l'établissement, c'était son projet et j'étais présente pour
71 elle comme un soutien. Mon rôle est de lever les obstacles, les freins et de valoriser
72 l'engagement et l'innovation. Souvent plutôt que de donner des instructions détaillées
73 pour chaque tâche ou mission, je m'efforce de clarifier les objectifs et les résultats
74 attendus en répétant encore et encore plusieurs fois s'il le faut mais aussi en laissant aux
75 professionnels la liberté d'organiser leur travail et de proposer leurs propres méthodes.
76 Cela leur permet d'acquérir l'autorité, la confiance et de mettre en place les moyens
77 nécessaires pour contrôler les situations et agir efficacement. Pour la gestion des
78 plannings par exemple, j'ai mis en place des réunions où l'équipe discute et propose une
79 organisation qui tient compte des contraintes de chacun tout en assurant la continuité des
80 soins ils connaissent mieux que moi leur besoin parfois se facilite entre eux en
81 interchangeant leur planning toujours en me prévenant à l'avance. Mon rôle est de valider
82 la proposition finale et de m'assurer qu'elle respecte les règles établies, tout en favorisant
83 l'engagement et la responsabilisation de chacun. Avec cette méthode j'ai pratiquement
84 zéro absence, c'est vraiment rare. Cela me permet de me consacrer à autres chose que de
85 gérer des plannings et de l'absentéisme tout le temps. Je suis aussi très attentif aux
86 besoins de développement les compétences de chaque membre de l'équipe pour les
87 accompagner à monter en compétences. Pour cela j'identifie les besoins de formation
88 individuels, je mets en place des tutorats par des collègues plus expérimentés pour les
89 nouveaux arrivants, ou encore j'encourage à la participation à des formations externes
90 dès que possible. Pour vous donner un exemple j'ai récemment soutenu une aide-
91 soignante qui souhaitait se spécialiser en soins palliatifs en l'aidant à identifier les
92 formations et en aménageant son planning pour lui permettre de suivre ses formations.
93 C'est ça aussi mon rôle dans le travail en équipe c'est selon moi de créer les conditions
94 favorables à l'apprentissage continu et à l'épanouissement professionnel de tous les
95 membres de mon équipe. C'est comme un peu leur donner l'envie constante de travailler
96 pour ne pas tomber dans l'ennui où avoir l'impression d'effectuer un travail répétitif.
97 J'avais se sentiment quand j'exerçais encore en tant que préparatrice en pharmacie même
98 si je n'ai jamais exercé en tant qu'aide-soignante ou infirmière je me dis souvent si moi

99 je ressentais cet ennui peut être qu'eux aussi donc mon objectif est de pallier a cela en
100 étant constamment en alerte des besoins et difficultés. Je reste quand même réaliste avec
101 le pied bien ancré au sol car je veux beaucoup de choses pour mon équipe et moi-même
102 mais malheureusement tout n'est pas possible et souvent c'est difficile de mettre en place
103 des projets je ne vais pas vous décrire le contexte hospitalier actuel car ce n'est pas la
104 question mais je reste persuadé que c'est en stimulant l'intelligence collective et en
105 permettant la montée en compétences que l'on construit une équipe solide, performante
106 et durable, capable de relever les défis du quotidien et surtout ensemble.

107 Moi : Que vous évoque la notion de légitimité ?

108 Nelly : Et bien c'est un terme très complexe et riche. La notion de légitimité évoque pour
109 moi avant tout la reconnaissance et le respect que l'équipe accorde à mon rôle. C'est cette
110 conviction que mes actions et mes décisions sont perçues comme justes et pertinentes
111 par ceux avec qui je travaille au quotidien. La légitimité ne s'invente pas je pense je l'ai
112 construite progressivement à travers beaucoup d'échange d'interactions avec les
113 membres de l'équipe et par ma personnalité aussi. Je pense aussi que c'est lié à la qualité
114 du management que je m'efforce de mettre en place au quotidien, en étant authentique
115 claire et transparente avec une bonne communication. Ma légitimité repose sur ma
116 capacité à être compris et à comprendre les besoins et les attentes de chacun même si je
117 n'ai pas une connaissance du terrain comme d'autre cadre puisse que je n'aie pas évolué
118 dans des fonctions similaires. La légitimité c'est aussi pour moi une question de respect
119 mutuel de climat de confiance et à la reconnaissance de mon rôle. Cette reconnaissance
120 se manifeste lorsque les professionnels se sentent écoutés, pris au sérieux et impliqués
121 dans les décisions qui les concernent.

122 Moi : Selon vous qu'elles sont les sources de légitimité pour un cadre de santé ?

123 Nelly : Je serai tenté de répondre mon diplôme est une source de légitimité mais pas que
124 je dirai aussi ma posture en tant que leader ma capacité à être présente rassurante et un
125 soutien constant pour mon équipe. Cela implique que je sois proactive pour comprendre
126 les réalités du terrain aller à la rencontre des agents, écouter leurs préoccupations et
127 valoriser leurs travaux. Le fait aussi d'être accessible et de favoriser une communication
128 ouverte et transparente. C'est trouver sa juste place au sein de l'équipe et de
129 l'organisation par une adaptabilité constante. Je pense aussi que la légitimité ne repose
130 pas uniquement sur mon positionnement individuel, mais également sur la perception

131 que les autres ont de moi, l'équipe ou mes supérieures hiérarchie. Avec du recul je pense
132 que la légitimité est moins liée à mon parcours professionnel mais plus à mon aptitude à
133 gérer et manager efficacement et à faciliter la collaboration. C'est ma posture d'écoute
134 active de partage d'échange de proximité avec l'équipe et de valorisation des
135 compétences de chacun qui constitue à mon sens ma légitimité.

136 Moi : Que diriez-vous à propos de votre sentiment de légitimité auprès de votre équipe
137 actuelle ? D'après vous à quoi tient votre légitimité auprès de votre équipe ? (exemples)

138 Nelly : Mon sentiment de légitimité auprès de mon équipe actuelle est je pense bien
139 établi. Cela tient à ma volonté de reconnaître chaque professionnel dans sa personne et
140 dans sa pratique. L'adaptation de ma posture à chaque membre de l'équipe, le respect de
141 leur autonomie dans l'exercice de leurs fonctions et une écoute attentive de leurs réalités
142 quotidiennes sont des éléments qui contribuent je pense à cette reconnaissance. Un
143 exemple souvent plutôt que d'imposer une solution descendante, je prends l'initiative de
144 proposer différentes options et de favoriser des espaces de discussion où chacun a pu
145 exprimer ses besoins et ses contraintes. C'est une approche participative que je privilégie
146 bien que les décisions finales me reviennent cette méthode contribue à ma légitimité car
147 je permets les échanges et les contributions de l'équipe. Donc vous voyez c'est une
148 légitimité qui met avant ma capacité à manager et à inclure les soignants.

149 Moi : Pensez-vous que la légitimité influence le travail en équipe ? Pourquoi ?
150 (exemples)

151 Nelly : Je pense que oui. Car les agents perçoivent mon encadrement comme compétent,
152 juste et digne de confiance, il y a au sein de l'équipe un climat de confiance qui favorise une
153 dynamique de travail positive. Je n'ai pas d'exemple qui me vient la suite.

154 Moi : Comment construisez-vous et renforcez-vous votre légitimité auprès de votre
155 équipe ? (exemples)

156 Nelly : Je m'efforce de construire et de renforcer ma légitimité auprès de mon équipe en
157 cultivant un environnement équitable et en étant transparent. Par exemple, lors de la
158 préparation de la certification, j'ai veillé à impliquer tous les agents, en organisant des
159 réunions communes pour souligner notre appartenance à une même équipe et pour
160 expliquer clairement les enjeux et les attendus. J'ai cherché à rendre mes décisions
161 transparentes et à encourager le développement des compétences individuelles, en

162 soutenant les demandes de formation continue et par l'aide à la rédaction de lettres de
163 motivation pour les DU. Je pense aussi que ma stabilité émotionnelle le respect des
164 limites contribuent enfin je l'espère à instaurer un climat de confiance et de respect
165 mutuel et par conséquent contribue à asseoir ma légitimité.

166 Moi : Comment décririez-vous votre style de management ? (exemples concrets)

167 Nelly : Je n'arrête pas de le dire depuis le début de l'entretien je pense mais je décrirais
168 mon style de management comme participatif je privilégie une approche qui prend en
169 compte les réalités du terrain et l'expérience de mon équipe avant toute prise de décision.
170 Mon principe est de favoriser l'autonomie et la responsabilisation : tant que le travail est
171 accompli efficacement et sans impact négatif, je m'efforce de ne pas tomber dans la
172 surveillance comme c'était avant. Cela m'arrive de dire je ne suis pas un gendarme mais
173 mais attention je n'hésite pas à recadrer lorsque c'est nécessaire comme ça a été le cas il
174 n'y a pas si longtemps avec un agent concernant ses heures supplémentaires. Enfin ma
175 confiance et l'autonomie de mon équipe sont des principes de mon management bien sur
176 tout en restant vigilant et en intervenant de manière claire lorsque les situations l'exigent
177 pour maintenir un équilibre entre la liberté d'action et le respect des règles.

178 Moi : Comment pensez-vous influencer positivement le travail de votre équipe ? Quelles
179 sont vos stratégies (vos petits trucs à vous) ?

180 Nelly : Je dirai que je m'efforce de ne pas créer de distinctions entre les individus ou les
181 sous-groupes, car je crois que le sentiment d'appartenance à une même entité est
182 important. Lors de la préparation de la certification, j'ai délibérément inclus tous les
183 agents dans le processus afin qu'ils se sentent véritablement concernés et acteurs. La
184 transparence dans mes décisions et le fait d'expliquer les raisons qui les motivent sont
185 des leviers qui susciter l'adhésion de mon équipe je pense.

186 Moi : Quelles sont pour vous les limites de cette influence ?

187 Nelly : La toute suite les limites je dirai les différentes personnalités et des sensibilités
188 individuelles. Malgré mes efforts pour être équitable et favoriser une communication
189 ouverte, la réceptivité de mon approche managériale varie d'une personne à une autre.

190 Mais je crois que le plus important, c'est de rester égal à soi-même, d'être vrai transparent
191 authentique dans sa façon de manager et de gérer. Les équipes ressentent directement
192 quand on est faux c'est ce qui permet de maintenir la confiance et d'être légitime à leurs

193 yeux. Ne jamais oublier qu'on manage des êtres humains et non des robots et qu'il faut
194 traiter les professionnels comme on aura aimé qu'on nous traite.

195 Moi : Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré.

Retranscription ENTRETIEN N°1

Stéphen - Homme - Cœur de métier : IDE – Cardiologie/42 agents - 35 min d'entretien

Présentation des modalités de l'entretien.

Moi : Depuis combien de temps êtes-vous titulaire du diplôme de CDS ?

Stéphen : Je suis diplômé cadre de santé depuis 2014, humm 2013, humm oui oui 2014 car je suis rentré en IFCS en septembre 2014.

Moi : ok ok donc cela fait 11 ans

Stéphen : Oui merci pour le calcul (rire...)

Moi : Depuis combien de temps exercez-vous au sein de ce service en tant que CDS ?

Je suis dans ce service de cardiologie vasculaire depuis 8 ans, avant j'étais en HDJ durant 3 ans. J'ai une équipe de 40 personnes infirmier aides-soignants confondu

Moi : Que vous vient-il à l'esprit lorsque l'on parle de travail en équipe et comment définiriez-vous le travail en équipe ?

Stéphen : Alors à l'esprit là tout de suite pour moi c'est synonyme de cohésion, culture d'équipe et du travail ensemble, définir des objectifs communs, mutualisation, autonomie, responsabilité collective. C'est vrai qu'une multitude de qualificatifs peuvent déboucher à cette notion de travail d'équipe mais le travail d'équipe est souvent à mon sens galvaudé dans le sens où le travail d'équipe est d'aller dans le même sens pour la prise en soins du patient. On comprend ce qui est fait à faire et on est en capacité de définir les axes pour les accomplir.

Si je devais donner une définition je dirais que le travail d'équipe demeure pour moi une dynamique de cohésion d'équipe constituée de plusieurs acteurs avec le même métier ou des métiers différents et qui arrivent à aboutir à un même objectif défini ensemble. D'où l'importance du projet de soins d'un patient dans son parcours. Tant le parcours au soin dans l'unité comme la logistique repas et autre que le parcours au sein de l'établissement comme l'imagerie ou une consultation. Le travail d'équipe découle de ce projet et s'en suivra un parcours mieux cadré répondant aux divers indicateurs en lien avec la certification comme le patient traceur. Pour moi le travail d'équipe tourne forcément autour du patient sans patient il n'y a pas de travail d'équipe.

30 Moi : Quels sont, selon vous, les principaux défis rencontrés dans le travail en équipe ?

31 Stéphen : Oulaaaaaaaaa cela est vaste...hummm les défis sont en général à relever, je
32 pense qu'aujourd'hui le premier défi est de redonner du sens aux actions, réinvestir les
33 professionnels dans leur mission de soigner. Recentrer le soin dans les débats et les
34 pratiques professionnelles. Il faut absolument un engagement de tous les acteurs, le cadre
35 y compris dans son approche managériale dans sa posture par son leadership. J'essaye le
36 plus que possible de toujours impulser l'équipe. Upgrader les équipes avec la question
37 centrale « comment faire mieux » et certainement des questions secondaires « quels sont
38 les ponts bloquants », comment améliorer les choses et toujours accomplir des choses
39 meilleurs.

40 Moi : D'après vous comment votre équipe relève-t-elle ces défis ?

41 Stéphen : Je crois que l'équipe a d'abord compris le sens de leur présence dans une unité
42 de soins. L'équipe essaie de rentrer dans une dynamique de réflexion. Pourquoi je fais
43 ça ? pourquoi je suis la ? pourquoi je fais ce métier ? une question que je demande
44 toujours à être posé. Et puis aussi la culture recherche permet également de renforcer le
45 questionnement sur les pratiques professionnelles. Cela permet de rester en alertes il
46 s'agit de rendre le soin attractif et par conséquent donner ou redonner l'envie de travail
47 dans un contexte toujours fragile et déstabilisant face au changement.

48 Moi : En tant que cadre de santé quel rôle jouez-vous dans le travail en équipe ? (Donnez-
49 moi des exemples concrets)

50 Stéphen : Mon rôle s'apparente vraiment aux 10 de Mintzberg, il ne faut pas oublier le
51 fondamentale du management et surtout le mettre en pratique.

52 Le management est « personne dépendante » qu'on le veuille ou non. Mon rôle est de
53 prendre conscience des besoins de l'équipe et tenter d'y répondre. Il faut pointer
54 rapidement les biais qui font obstacle à un travail d'équipe et un travail ensemble
55 satisfaisant. Puis idéalement construire ensemble une approche de soin qui ressemble aux
56 concepts retenus par l'équipe. J'ai plusieurs exemples : des projets et surtout les
57 impliquer dans les projets, des formations action ciblées et orientées qui sont fait par
58 l'équipe elle-même et qui peuvent être réinvesties, exemple une fois par mois les
59 infirmiers font des topos entre midi et deux sur par exemple la transfusion, les calculs
60 de doses...et chaque infirmière y passe, je fais aussi des groupes de travail ou chacun

61 participe. L'idée est de leur donner un intérêt commun et de leur donner envie de faire
62 ensemble. Enfin je dirais aussi, rester humble et à l'écoute tout en accompagnant vers
63 une performance car les professionnels observent beaucoup notre comportement de
64 cadre.

65 [Moi : Que vous évoque la notion de légitimité ?](#)

66 [Stéphen :](#) La légitimité reste importante aux yeux des autres et des N+1 c'est dû au fait
67 que je suis légitime par mon statut enfin je veux dire que c'est être légitime dans son
68 statut. Rappelons que les faisant fonction cadre de santé ne sont pas légitimes car ce statut
69 n'existe pas et pourtant certains sont parfaitement légitimés par leur équipe car ils
70 reflètent la personne qu'il faut pour la mission à leurs yeux, aux yeux de l'équipe quoi.
71 La légitimité se justifie parfois juste en régularisant une situation par exemple. Être
72 légitime c'est aussi comme je le disais un peu en amont avec l'exemple de FFCS,
73 répondre aux attentes en lien avec la mission.

74 [Moi : Selon vous qu'elles sont les sources de légitimité pour un cadre de santé ?](#)

75 [Stéphen :](#) Ben les sources de légitimité son selon moi l'efficacité, la performance, une
76 approche managériale bienveillante en lien avec la QVCT. Probablement la notion de
77 respect aussi qui découle des actions

78 [Moi : Que diriez-vous à propos de votre sentiment de légitimité auprès de votre équipe
79 actuelle ? D'après vous à quoi tient votre légitimité auprès de votre équipe ? \(exemples\)](#)

80 [Stéphen :](#) Alors certains m'appel chef, d'autres par mon prénom, d'autres Mr X, d'autre
81 Mr le cadre ... quelle que soit l'appellation que l'on me donne je crois que le respect
82 reste le même. Je crois être légitime car j'ai su favoriser la culture d'équipe dans son
83 ensemble avec les acteurs constituant cette équipe dont les médecins. Le travail ensemble
84 est le fil conducteur. On garde tous en tête qu'on est tous là pour le patient. Cette
85 légitimité demeure présente même dans la gestion de conflits où la notion de symbole
86 prendra la place. Le cadre prendra la décision finale. Le but est surtout qu'elle soit
87 équitable et juste et mon équipe le sait ils savent que je suis transparent et équitable et
88 par cela je suis légitime à leurs yeux car je sais trancher et me positionner quand il le
89 faut. Je dirai même qu'il attende cela de moi. Vous savez j'ai une équipe très autonome
90 mais qui ont quand même entre guillemets besoin d'un cadre, d'être cadrer.

91 Si je prends l'exemple de la programmation des congés annuels par exemple il y a
92 toujours des difficultés dans l'équipe y en a qui veulent les mêmes périodes ben il
93 n'insiste pas entre eux ils attendent que je décide.

94 Ma légitimité tient au fait que je sois présent que je suis celui qui tranche que je suis
95 équitable et transparent, qu'ils savent qu'ils peuvent compter sur moi, comme ils disent
96 eux même de moi « il fait le job » je dirai que ma légitimité tient à tout cela.

97 Moi : Pensez-vous que la légitimité influence le travail en équipe ? Pourquoi ?
98 (exemples)

99 Stéphen : Ben au regard de tout ce que j'ai dit en amont je pense que oui car elle va
100 potentialiser tout le reste. Elle va impacter les rapports humains et optimiser la richesse
101 collective. Bien évidemment chaque personne donnera sa version de la légitimité.
102 L'intérêt est je crois dans cette notion de travail d'équipe réel est de créer une vision
103 commune décrivant les valeurs qui s'y associent.

104 Moi : Comment construisez-vous et renforcez-vous votre légitimité auprès de votre
105 équipe ? (exemples)

106 Stéphen : Ben pour moi le cadre est celui qui propulse l'équipe vers une performance, je
107 me vois comme un fédérateur et un facilitateur. Par conséquent je dirai que ma posture
108 est plutôt celle d'un leader qui accompagne et qui guide. Celui qui sait écouter et
109 communiquer, un peu comme un conseiller. Celui qui sait faire un retour sur soi pour fixer
110 les axes d'améliorations sur son management. L'humilité reste d'usage surtout avec la
111 nouvelle génération qui attend pour être légitime un management exemplaire et
112 authentique.

113 Moi : Comment décririez-vous votre style de management ? (exemples concrets)

114 Stéphen : Alors je ne dirai pas un style en particulier mais dans ma posture je reste dans
115 une logique de délégation et de responsabilisation dans une logique situationnelle aussi.
116 Le management directif même s'il n'est plus très à la mode demeure un levier avec
117 certaines personnalités.

118 Aujourd'hui, le management agile est et devient une aide précieuse pour construire
119 ensemble. Ces types de management peuvent intervenir dans tous les domaines :

120 Gestion des plannings, absentéisme, congés annuels prévisionnels enfin tous les
121 domaines sont concernés pour mener à bien la gestion d'une unité de soins ensemble en
122 gardant bien le fait que la décision finale me revient en tant que cadre.

123 Moi : Comment pensez-vous influencer positivement le travail de votre équipe ? Quelles
124 sont vos stratégies (vos petits trucs à vous) ?

125 Stéphen : Je pense influencer mon équipe dans leur travail au quotidien grâce à mon
126 authenticité, la convivialité, par une approche détournée d'un problème en me disant est-
127 ce vraiment un problème ? relativiser et toujours rester positif faire confiance enfin tant
128 de facettes qui permettent de maintenir une sérénité quotidienne. Se réunir autour d'un
129 petit déjeuner et échanger en incluant tous les métiers puis la régularité dans le travail.
130 Fixer des objectifs simple (smart) qui permet aussi de démontrer qu'on attend quelque
131 chose de l'équipe. Une chose importante me semble-t-il c'est de valoriser et reconnaître
132 le travail et même l'individu la personne en tant que tel.

133 Le levier important dans cette société est aussi d'être celui qui va aider outre le travail
134 dans la vie de tous les jours et tenter de conseiller.

135 Moi : Quelles sont pour vous les limites de cette influence ?

136 Stéphen : La limite est fixée dès le départ. Cette limite est contractualisée. Elle est parfois
137 posée d'office ou au fur et à mesure. Un leader vrai saura dans son positionnement posé
138 la limite qui est essentielle. Cela rejoint cette notion de positionnement

139 Moi : Avez-vous des suggestions ou des remarques ?

140 Stéphen : Pas vraiment, juste dire que l'équipe est le reflet de son leader. Si celui-ci est
141 légitime alors l'équipe le sera également dans la prise en soins et dans les décisions
142 prises.

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

ANNEXE 5

TABLEAU DES VERBATIMS

LE TRAVAIL EN EQUIPE

STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
---------	--------	---------	--------	--------	-------

« Pour moi c'est synonyme de cohésion, culture d'équipe et du travail ensemble, mutualisation, autonomie, responsabilité collective ». (L.14-16) Le travail d'équipe est souvent à mon sens galvaudé dans le sens où le travail d'équipe est d'aller dans le même sens pour la prise en soins du patient ». (L.17-18) « Le travail d'équipe demeure pour moi une dynamique de cohésion d'équipe constituée de plusieurs acteurs, qui arrivent à aboutir à un même objectif défini ensemble. » (L.21-22) « Pour moi le travail d'équipe tourne forcément autour du patient sans patient il n'y a pas de travail d'équipe. » (L.28-29)	« Pour moi le travail en équipe est essentiel à la bonne prise en charge du malade dans un service. C'est pour moi le socle de la réussite collective ». (L10-11) « Le travail d'équipe est limite une évidence. Sans ça rien ne va plus ». (L13) « serait un collectif qui œuvre avec des objectifs communs et l'envie de réussir à les atteindre ». (L22-23) « Les professionnels de santé pensent en individuel trop souvent et pas en collectif. Le collectif n'existe plus trop en tout cas pas comme avant les gens sont centré sur eux même et la notion du travail en équipe du travail ensemble pour un même objectif je ne le ressens plus trop ». (L16-19) « Maintenir une cohésion d'équipe quand il y a un absentéisme récurrent qui au final pénalise le travail	« Lorsque j'entends ce terme travail en équipe c'est pour moi coordination et rigueur pour atteindre des objectifs je pense que le travail en équipe c'est un ensemble de professionnels qui doivent rigoureusement suivre les directives établies afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins aux patients. Chacun doit jouer son rôle et chacun à sa place et doit s'y tenir c'est ainsi que le travail d'équipe doit fonctionner. » (L6-11) « Les défis... je dirais le manque de discipline et le non-respect des procédures. Les initiatives personnelles non concertées et les discussions inutiles des uns et des autres peuvent nuire à	« Une équipe est un groupe de personnes qui ont un objectif commun. Le travail en équipe est la mission d'un groupe de salariés qui induit des partages, des échanges afin de réaliser plusieurs tâches avec un but commun et une supervision ». (L.10-12) « Les principaux défis rencontrés dans le travail en équipe sont de faire travailler ensemble des agents qui ont des âges différents ici je veux dire l'écart générationnel, une culture d'entreprise donc selon moi une certaine expérience professionnelle, des valeurs professionnelles communes ou pas,	« Le travail en équipe est fondamental c'est la base c'est ce qui fait fonctionner le service ». (L7) » « Mon rôle en tant que manager est de favoriser un esprit d'équipe avec des valeurs communes ». (L10) « C'est ensemble qu'on y arrive mieux et c'est ensemble que l'on se construit » (L13) « Le manque de communication car bien souvent les gens ne se comprennent pas et n'arrivent pas à travailler ensemble parce qu'ils ne communiquent pas. Pour moi en tant que cadre il est essentiel de la favoriser et de l'organiser par exemple lors des transmissions » (L19-22)	« Je cherche vraiment à cultiver un esprit positif, de partager des valeurs communes et de donner des objectifs clairs, pour moi travail en équipe égal partage, rigueur, coordination, mutualisation aller vers un même sens et aussi donner du sens à ce que l'on fait ensemble en équipe ». (L14-17) « Le travail en équipe est le moteur du service je dois en tant que cadre faciliter les interactions et la collaboration, comme un peu à l'image de l'huile dans les rouages ». (L10) « Je pense que l'un des principaux défis c'est la monter de l'individualisme, que j'ai pu voir s'accroître avec les nouvelles générations et qui n'est pas en accord avec la nécessité de maintenir une vraie cohésion d'équipe... je
--	---	--	--	--	--

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

		d'équipe et surtout avec des personnes qui viennent juste faire une vacation ou deux c'est difficile ». (L28-30)	l'efficacité du travail ». (L14-16)	des personnalités différentes et aussi je dirai des motivations diverses ». (L14-18)	« Plusieurs personnalités avec leur histoire de vie leur caractère qui doivent travailler ensemble c'est parfois compliqué même si on parle souvent de culture soignante d'équipe qui	dois en tant que cadre faciliter les interactions et la collaboration, comme un peu à l'image de l'huile dans les rouages ». (L.21-26)
	« Il faut absolument un engagement de tous les acteurs, le cadre y compris dans son approche managériale dans sa posture par son leadership. » (L.34-35) « Upgrader les équipes avec la question centrale « comment faire mieux » et certainement des questions secondaires « quels sont les ponts bloquants »,	« En tant que cadre de santé le défi est comment fédérer un travail en équipe avec un état d'esprit collaboratif avec des gens non intéresser et pas investi ? Je me pose cette question tous les jours. » (L34-36) « Aujourd'hui fermeture de lits ou d'activités, le cadre doit tempérer et être au taquet pour maintenir une paix sociale. Alors pour le travail d'équipe qui serait		« En s'appuyant sur l'humain de ce que j'observe c'est l'appartenance au groupe, les relations inter personnelles pour ceux qui se connaissent déjà et se fréquente en dehors du travail ». (L21-23) « Mon rôle est de rassurer d'être présente, de proximité et à l'écoute aussi, de communiquer activement et surtout	va dans le même sens avec le même esprit d'équipe c'est pour moi faux ou du moins ce n'est pas inné c'est quelque chose qui doit se construire avec l'ensemble des membres de l'équipe. Le défis pour moi et pour l'équipe est d'être vigilant à avoir une bonne communication cela permet de percevoir les tensions pour les aplanir rapidement par la	« Je mets en place des temps d'échange régulier, comme des staffs de service ou des groupes de travail thématiques, où chacun est encouragé à exprimer ses idées et ses préoccupations. L'objectif est de trouver ensemble les solutions et de construire ensemble les protocoles, en valorisant les idées de chacun. Je m'efforce à donner des objectifs collectifs clairs ayant de sens pour l'équipe, en expliquant

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

	comment améliorer les choses. » (L.36-38) « Je crois que l'équipe a d'abord compris le sens de leur présence dans une unité de soins. » (L.41) « Mon rôle est de prendre conscience des besoins de l'équipe et tenter d'y répondre. Il faut pointer rapidement les biais qui font obstacle à un travail d'équipe et un travail ensemble satisfaisant. » (L.52-56) « Construire ensemble une approche de soin qui ressemble aux concepts retenus par l'équipe. des projets des formations action ciblées et orientées des groupes de travail ou chacun participe. » (L.55-57)	un indicateur de qualité ben y'a encore du boulot selon moi ».(L38-40) « Les agents sont épuisés et ils ne parlent que de qualité de vie au travail, conditions de vie au travail, en entretien d'évaluation professionnel cette année tous les agents m'ont parler de cela. Mais alors comment on fait quand le budget n'est pas en adéquation ? ».(L44-47) « Mon rôle est d'accompagner au mieux les équipes à faire bien au quotidien. C'est épuisant car il faut répéter les choses en permanence surtout que certain ne sont pas très investi et disent être épuisé. En exemples je dirais que oui il faut accompagner et avoir une pédagogie. Il faut veiller à un plan de formation en		être attentif aux besoins et aux frustrations de chacun. Mais aussi, entretenir l'esprit d'équipe dans l'organisation des soins au quotidien, travail en binôme AS/AS mais aussi AS/IDE et la communication au sein de l'équipe. Mon rôle est d'être un facilitateur, un accompagnateur, une conseillère même si parfois il faut se positionner et déléguer tout en restant ferme ».(34-39)	discussion et la franchise. »(L27-34) « Mon rôle est vraiment d'être de proximité mais il ne suffit pas de le dire mais de vraiment l'être. Pour moi la proximité est aussi une forme de communication très importante qui permet de s'intéresser aux gens et favoriser la libre expression, de discuter, d'échanger avec eux ce qui me donne des éléments d'analyse pour mon management. Car je suis présente tout en apprenant à connaître les membres de l'équipe, de pourvoir observer leur comportement de déceler les tensions dans l'équipe de prendre la température comme on dit. Mon rôle est ensuite le leadership, être un exemple. Cela passe par donner des valeurs communes, des règles	bien à l'équipe comment la contribution de chaque d'eux peut permettre de donner une vision plus large au bénéfice du patient. Je valorise et reconnais beaucoup les réussites collectives en expliquant aux soignants l'importance de l'interdépendance des rôles de chacun au sein l'équipe. Pour moi la reconnaissance ne passe pas uniquement par la mise en avant individuelle, mais aussi en mettant en avant les succès de l'équipe, mais aussi les échecs ».L31-41 « mon rôle c'est vraiment tout dans le travail en équipe. Mon rôle de manager est avant tout celui d'un facilitateur et d'un catalyseur.... Je m'efforce de créer un environnement où chacun se sent capable d'agir efficacement et où l'intelligence collective peut réellement s'exprimer, tout en étant
--	--	--	--	--	--	---

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

	« L'idée est de leur donner un intérêt commun et de leur donner envie de faire ensemble rester humble et à l'écoute tout en accompagnent vers une performance car les professionnels observent beaucoup notre comportement de cadre. » (L.61-64)	accord avec la spécialité »(L54-57) « C'est un rôle de guide, d'influenceur, de compagnonnage, de conduite de projet, de contrôle, de supervision et de maintien du bon fonctionnement du service malgré le manque de personnel, le manque d'investissement et l'épuisement des professionnels. »(L59-62)			claires, et limiter les zones d'incertitude pour réduire l'angoisse. D'être présente lors de moment difficile de faire corps avec mon équipe».(L37-46) «	conscient des aspirations individuelles et des besoins de développement de chacun ».(L52-57) « Souvent plutôt que de donner des instructions détaillées pour chaque tâche ou mission, je m'efforce de clarifier les objectifs et les résultats attendus en répétant encore et encore plusieurs fois s'il le faut mais aussi en laissant aux professionnels la liberté d'organiser leur travail leur permet d'acquérir l'autorité, la confiance et de mettre en place les moyens nécessaires pour contrôler les situations et agir efficacement.(L72-77)
--	---	---	--	--	---	---

LA LEGITIMITE

STEPHEN

NELSON

ORNELLA

SOPHIE

SARITA

NELLY

« La légitimité reste importante aux yeux des autres, je suis légitime par mon statut. » (L.66-67)

La légitimité se justifie parfois juste en régularisant une situation par exemple. Être légitime c'est aussi répondre aux attentes en lien avec la mission. » (L.71-73)

« Les sources de légitimité sont selon moi l'efficacité, la performance, une approche managériale bienveillante, la notion de respect aussi. » (L.75-77)

« Je crois être légitime car j'ai su favoriser la culture d'équipe dans son ensemble. » (L.82)

« Cette légitimité demeure présente même dans la gestion de conflits où la notion

« Les sources de légitimités sont pour moi la pertinence dans la posture managériale : le diplôme, bien que certains disent que ce n'est pas le diplôme qui fait le manager ou le cadre. » (L.68-69)

« Je sais que je suis légitime par mon diplôme, je sais que je fais mon travail le mieux que possible » (L.83)

« la légitimité c'est aussi ce qui doit être fait en connaissance de cause dans certaines circonstances ». (L.91)

« Je reste beaucoup sur la réglementation qui est légitime afin d'orienter chacun vers un mieux : les droits des usagers par exemple, la bientraitance ». (L.97)

« La notion de légitimité évoque pour moi l'autorité naturelle que l'on détient de par sa position, son expérience et sa capacité à prendre les bonnes décisions. C'est la reconnaissance par l'équipe de ma compétence à diriger et à orienter les actions de l'équipe. » (L.30-32)

« Les sources de légitimité pour moi cadre de santé c'est principalement dans la maîtrise des protocoles, la connaissance approfondie des pratiques en oncologie et l'ancienneté dans le poste. La capacité à résoudre rapidement les problèmes et à prendre des décisions éclairées. » (L.34-37)

« Les sources de légitimité du cadre de santé sont sa position d'encadrant d'unité de soins diplômé, son expérience professionnelle et sa personnalité ». (L.44)

« Mon sentiment de légitimité vient de mon expérience professionnelle en tant que faisant fonction cadre de santé car j'ai été faisant fonction durant deux ans avant de faire l'école des cadres. Donc l'expérience de terrain mais aussi, mon diplôme et la décision hiérarchique de la Directrice des soins coordonnatrice générale des soins de mon établissement. Ma légitimité tient à ma posture professionnelle, à la pédagogie dont je fais preuve exemple dans la démarche Qualité mais aussi à ma

« La toute suite je dirais que la légitimité d'avoir mon diplôme de cadre d'avoir été nommé par la direction et la reconnaissance des membres de l'équipe en tant que manager ». (L.59)

« Je pense que ma façon de fonctionner par mon management participatif et déléguatif mon leadership d'influenceur de facilitateur mon accompagnement au quotidien et la relation de confiance.... ma légitimité tient aussi à la transparence, au fait de donner du sens aux décisions, d'être présente pour et dans l'équipe de discuter avec eux, d'être solidaire dans les moments difficiles, et de montrer que je me soucie de ce qu'ils vivent au quotidien et des difficultés qu'ils rencontrent ». (L.64-70)

« La notion de légitimité évoque pour moi avant tout la reconnaissance et le respect que l'équipe accorde à mon rôle. C'est cette conviction que mes actions et mes décisions sont perçues comme justes et pertinentes par ceux avec qui je travaille au quotidien. La légitimité ne s'invente pas je pense je l'ai construite progressivement à travers beaucoup d'échange d'interactions avec les membres de l'équipe et par ma personnalité aussi ». (L.108-113)

« La légitimité c'est aussi pour moi une question de respect mutuel de climat de confiance et à la reconnaissance de mon rôle ». (L.118). « Mon diplôme est une source de légitimité mais pas que je dirai aussi ma posture en tant que leader ma capacité à être

STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
---------	--------	---------	--------	--------	-------

de symbole prendra la place. Le cadre prendra la décision finale. Le but est surtout qu'elle soit équitable et juste et mon équipe le sait ils savent que je suis transparent et équitable ». (L.84-87) « Je sais trancher et me positionner quand il le faut. L'exemple de la programmation des congés annuels, il y a toujours des difficultés dans l'équipe il n'insiste pas entre eux ils attendent que je décide ». (L88-93) « Ma légitimité tient au fait que je sois présent que je suis celui qui tranche que je suis équitable et transparent, qu'ils savent qu'ils peuvent compter sur moi ». (L94)		« Mon sentiment de légitimité auprès de mon équipe actuelle est solide. Cela tient à mon expérience de sept ans en oncologie, à ma connaissance pointue des procédures et à ma capacité à maintenir un niveau d'exigence élevé. Par exemple, lorsque je donne une directive, elle est généralement suivie sans contestation car l'équipe sait que ma décision est basée sur mon expertise et vise l'efficacité du service et le bien-être des patients ». (L40-45) « Une légitimité claire et affirmée permet une adhésion plus rapide aux directives et une meilleure exécution des tâches ». (L47-48)	communication, ma personnalité ». (L44-57) « Je pense que ma légitimité vient aussi de la confiance que l'équipe a en moi, comme une sorte de relation de confiance, si les agents n'avaient pas confiance en moi, il ne se serait pas confiés à moi. Je dirai même qu'en tant que cadre de santé on se sent légitime à partir du moment où les agents sous notre responsabilité n'ont aucune méfiance envers nous. C'est tout de même très important pour notre confiance en soi ». (L59-63) « Je pense que la légitimité influence le travail en équipe, car la légitimité découle des compétences managériales du cadre et les compétences managériales du cadre	« J'ai vu dans ma carrière des exemples de cadres très administratifs, peu présents sur le terrain et peu réactifs aux demandes de l'équipe, ce qui a cassé la dynamique d'équipe un fossé se creusait entre l'équipe et le cadre. L'équipe avait l'impression de ne rien pouvoir leur demander. Ce qui donnait aux agents un sentiment d'isolement et d'impuissance ». (L76-80) « Pour moi, il est essentiel d'être présent quand l'équipe est en difficulté, de montrer qu'on peut compter sur soi. La confiance se construit ainsi, et quand l'équipe a confiance, on peut les emmener où on veut, en étant transparent et en expliquant les pourquoi du comment les décisions quoi. C'est	présente rassurante et un soutien constant pour mon équipe. Cela implique que je sois proactive pour comprendre les réalités du terrain aller à la rencontre des agents, écouter leurs préoccupations et valoriser leurs travaux. Le fait aussi d'être accessible et de favoriser une communication ouverte et transparente ». (L123-128) « Je pense aussi que la légitimité ne repose pas uniquement sur mon positionnement individuel, mais également sur la perception que les autres ont de moi, l'équipe ou mes supérieures hiérarchie ». (L129) « Mon sentiment de légitimité auprès de mon équipe actuelle est je pense bien établi. Cela tient à ma volonté de
--	--	--	--	--	---

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

	« L'intérêt est je crois dans cette notion de travail d'équipe réel est de créer une vision commune décrivant les valeurs qui s'y associent ». (L102) « Pour moi le cadre est celui qui propulse l'équipe vers une performance, je me vois comme un fédérateur et un facilitateur. Par conséquent je dirai que ma posture est plutôt celle d'un leader qui accompagne et qui guide. Celui qui sait écouter et communiquer, un peu comme un conseiller » (L106-109) « L'équipe est le reflet de son leader. Si celui-ci est légitime alors l'équipe le sera également dans la prise en soins. » (L140)		« Un manque de légitimité entraînerait des discussions et des remises en question, nuisant à la rapidité et à la qualité des soins ». (L51-52) « Je construis et renforce ma légitimité en restant constamment informé des dernières avancées en oncologie, en veillant à l'application rigoureuse des protocoles et en étant ferme dans mes décisions ». (L56-58) « Mon expérience me permet également d'anticiper les problèmes et de proposer des solutions efficaces, ce qui renforce la confiance de l'équipe en ma capacité à diriger ». (L59-61)	influencent le travail en équipe ». (L66-68) « Je pense construire la légitimité de par mon authenticité, ma transparence, mes valeurs personnelles et professionnelles ». (L85)	une question de considération de l'adulte en face. Le fait aussi que je sois réactive à toute épreuve ou du moins j'essaie le plus que possible. Cela contribue selon moi à ma crédibilité auprès l'équipe qui estime que je suis capable de faire les choses ». (L76-86) « Être légitime selon moi il faut aussi se demander quel type de cadre on veut être. Mon ancienne cadre disait souvent un manager est un chef d'orchestre moi je le pense aussi mais pour moi le chef d'orchestre ne doit jamais oublier que sans les membres de l'équipe qui jouent un instrument ben il n'y a pas de chef d'orchestre. Pour moi c'est la considération mutuelle qui transforme une équipe en un collectif ». (L89-94)	reconnaître chaque professionnel dans sa personne et dans sa pratique. L'adaptation de ma posture à chaque membre de l'équipe, le respect de leur autonomie dans l'exercice de leurs fonctions et une écoute attentive de leurs réalités quotidiennes sont des éléments qui contribuent je pense à cette reconnaissance ». (L138-142)
--	--	--	--	--	---	--

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

--	--	--	--	--	--	--

POSTURE MANAGERIALE

STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
---------	--------	---------	--------	--------	-------

« Je ne dirai pas un style en particulier mais dans ma posture je reste dans une logique de délégation et de responsabilisation dans une logique situationnelle aussi. » (L114) « Le management agile est et devient une aide précieuse pour construire ensemble. » (L118) « Je pense influencer mon équipe dans leur travail au quotidien grâce à mon authenticité, la convivialité, par une approche détournée d'un problème en me disant est-ce vraiment un problème ? relativiser et toujours rester positif faire confiance enfin tant de facettes qui permettent de maintenir une sérénité	« Aujourd'hui c'est plus un management situationnel et adaptatif. Il y a un fort taux d'absentéisme ce qui reflète aussi un malaise donc on s'adapte on négocie beaucoup pour la continuité des soins. Pas facile du tout, j'essaie de favoriser le délégatif et participatif au maximum ». (L100-103) « Mettre un projet en place par le biais de groupe de travail notamment sur les transmissions ce qui va permettre je l'espère de renforcer la cohésion de groupe et le travail en équipe. Je souhaite par le biais de la dynamique de projet optimiser la collaboration entre les différents partenaires » (L108-111) « Le cadre doit rester dans un leadership constant afin de porter l'équipe et	« Je décrirais mon style de management comme directif et axé sur le contrôle. Je crois fermement que dans un service comme l'oncologie, la rigueur et le respect des procédures sont primordiaux ». (L63-65) « J'influence positivement le travail de mon équipe en fournissant des directives claires, en assurant un suivi rigoureux des actions et en intervenant rapidement en cas de problème. Je vérifie régulièrement l'application des consignes et à recadrer immédiatement. » (L71-74) « Certains peuvent percevoir mon approche comme trop autoritaire, ce qui peut potentiellement freiner	« Mon style de management est situationnel car je l'adapte au contexte, au moment et aux personnes. Il peut être directif pour l'application de protocoles, de procédures, d'organisation de soins, délégatif lorsque je responsabilise les agents en leur confiant certaines missions de correspondant ou de référent, et aussi participatif ». (L88-91) « Mes stratégies sont l'observation, la connaissance de chacun des membres de l'équipe, l'écoute bienveillante, le respect, je prends le temps de m'intéresser à chaque membre de l'équipe. Je tiens aussi chaque jour à prendre comme j'aime dire la météo du jour, cela me permet de m'adapter au quotidien à l'état	« Je privilégie la confiance, je délègue beaucoup et responsabilise l'équipe même les nouveaux et donne du sens aux décisions, même si parfois je ne peux pas tout dire. Je discute toujours avec l'équipe, j'explique mes décisions et je suis capable de reconnaître quand je suis d'accord ou pas. Je me considère comme faisant partie de l'équipe, pas au-dessus, et j'estime que les décisions doivent les associer. Je joue vraiment un rôle plus d'accompagnateur qu'un rôle de supervision, car je tiens à être au côté de l'équipe ». (L48-55) « Je n'ai pas un management très directif et strict puisse que j'estime que travailler dans la peur favorise les erreurs et le	« En tant que cadre mon approche consiste à favoriser un environnement où l'intelligence collective peut s'épanouir. J'aime beaucoup ce concept l'intelligence collective cela reflète bien le travail en équipe. » (L28) « Je privilégie dans mon management une approche transparente en utilisant à la fois des supports écrits affiches mails des réunions et des échanges informels. Je suis également très attentif au feedback et j'encourage chacun à exprimer ses besoins et ses difficultés. L'écoute active est primordiale pour moi pour désamorcer un peu les tensions et favoriser une communication constructive ». (L45-49) « Je privilégie dans mon management une
---	---	---	--	---	--

STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
---------	--------	---------	--------	--------	-------

	quotidienne ». (L125-128)	upgrader les compétences ». (L119)	certaines initiatives individuelles ». (L76-78) « La sécurité des patients prime sur les aspirations individuelles. Il est crucial que chacun comprenne que le respect des règles est non négociable ». (L79-80)	psychologique de l'équipe ». (L100-104) « La communication, la bienveillance, le fait d'encourager la collaboration pour mieux faire ensemble, inspirer confiance, avoir du leadership quoi, savoir aussi organiser et planifier le travail, identifier les besoins des agents pour les aider à monter en compétences, résoudre des problèmes et pouvoir prendre de décision éclairée et parfois être ferme notamment dans la gestion de conflits, mais aussi valoriser les agents et reconnaître leur contribution individuelle, savoir évaluer les pratiques professionnelles ». (L70-76) « Il est important d'avoir un fort leadership et un contrôle rigoureux ». (L82) « La clarté des directives et	non-dit quand il le faut oui je sais me positionner. Je cherche à créer un lien de confiance avec mes équipes, ce qui me permet de travailler plus facilement. Je suis transparent dans mes décisions, j'essaie toujours de leur donner du sens, et je discute avec eux pour arriver à un consensus ». (L107-112) « En véhiculant à l'équipe des valeurs sur la prise en charge des patients, même quand ils sont difficiles, en leur expliquant qu'il faut garder une attitude professionnelle. Que leur travail soit très important car sans eux sans soignant l'hôpital ne pourrait fonctionner en fait c'est vraiment valorisé le travail des agents c'est de la reconnaissance ». (L119-123)	approche qui prend en compte les réalités du terrain et l'expérience de mon équipe avant toute prise de décision. Mon principe est de favoriser l'autonomie et la responsabilisation : tant que le travail est accompli efficacement et sans impact négatif, je m'efforce de ne pas tomber dans la surveillance comme c'était avant ». (L168-172) « Je m'efforce de ne pas créer de distinctions entre les individus ou les sous-groupes, car je crois que le sentiment d'appartenance à une même entité est important ». (L180) « La transparence dans mes décisions et le fait d'expliquer les raisons qui les motivent sont des leviers qui susciter l'adhésion de mon équipe je pense ». (L183) « Mon rôle dans le travail en équipe c'est selon moi de créer les conditions
--	---------------------------	------------------------------------	--	---	---	--

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

				le respect des procédures sont, à mon sens, les garants de la qualité et de la sécurité des soins » (84-85).		favorables à l'apprentissage continu et à l'épanouissement professionnel de tous les membres de mon équipe »(L93-95).
--	--	--	--	--	--	--

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

			« Mon rôle en tant que cadre est de garantir l'application stricte des règles et la performance de chacun de superviser de contrôler tout en accompagnant mon équipe je veille à ce qu'il fasse bien leur travail en supervisant de près l'exécution des soins. »(L21-24) « Je planifie les tâches et les missions de chaque équipe de jour comme de nuit de manière détaillée et m'assure que les délais soient respectés. Toute initiative doit être validée par moi pour éviter les erreurs et les pertes de temps ».(L26-28)	« Je veux faire comprendre à mon équipe qu'ensemble on y arrive toujours et qu'une équipe n'est pas qu'une seule personne mais un ensemble et chacun est important pour le bon fonctionnement en tout cas l'efficacité surtout du travail en équipe ». (L80-82) « Je dirais que fédérer les équipes est une des missions des cadres de santé, cela est important pour mener à bien les projets institutionnels, de service ou de Pôle. A l'hôpital, ces dernières années, j'observe plus fréquemment des conflits entre agents, de tensions inter personnelles et de problématiques de savoir-être des soignants. Mon travail en tant qu'encadrant est important même si la gestion journalière	« Même en étant bienveillant en voulant intégrer et valoriser tout le monde je sais très bien que les personnalités font que certaines personnes peuvent être retissant à ce style de management ou même des gens qui tout simplement n'ont pas envie de travailler. » (L127-129) « Parfois l'équipe n'a pas envie ou même une personne de l'équipe qui est leader peut entrainer les autres. Donc les limites sont les personnalités les caractères les émotions ». (L133-135)	« Les limites je dirai les différentes personnalités et des sensibilités individuelles. Malgré mes efforts pour être équitable et favoriser une communication ouverte, la réceptivité de mon approche managériale varie d'une personne à une autre ».(L187-189) « Je crois que le plus important, c'est de rester égal à soi-même, d'être vrai transparent authentique dans sa façon de manager et de gérer. Les équipes ressentent directement quand on est faux c'est ce qui permet de maintenir la confiance et d'être légitime à leurs yeux. Ne jamais oublier qu'on manage des êtres humains et non des robots et qu'il faut traiter les professionnels comme on aura aimé qu'on nous traite ». (L 187-194)
--	--	--	--	---	---	--

	STEPHEN	NELSON	ORNELLA	SOPHIE	SARITA	NELLY
--	---------	--------	---------	--------	--------	-------

				est parfois complexe ». (L109-113)		
--	--	--	--	---------------------------------------	--	--

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@24-25

Mémoire

Le cadre de santé au cœur de la dynamique d'équipe

Nerlande ULYSSE

MOTS CLÉS

Cadre de santé, légitimité, leadership situationnel, travail en équipe, posture managériale, cohésion d'équipe

KEY WORDS

Nurse manager, legitimacy, situational leadership, teamwork, managerial posture, team cohesion

RÉSUMÉ

Ce travail de fin d'étude explore l'influence du cadre de santé sur la dynamique du travail en équipe au sein des unités de soins. À travers une analyse conceptuelle approfondie et une enquête qualitative auprès de cadres de santé expérimentés, la recherche examine l'interdépendance entre trois dimensions essentielles : la légitimité du cadre, sa posture managériale et le travail en équipe. L'étude met en évidence que la légitimité du cadre, construite sur des fondements statutaires mais également relationnels et de compétence, constitue un prérequis pour exercer une influence positive sur la cohésion et l'efficacité collective. Elle souligne l'importance d'une adaptabilité managériale, où le cadre module son approche selon les situations et les individus, alternant entre postures directive, persuasive, participative et délégatrice. Les résultats confirment qu'une présence structurante sur le terrain, associée à une communication transparente et à une reconnaissance des contributions individuelles, favorise significativement un climat de confiance et de collaboration propice à un travail en équipe efficace au bénéfice de la qualité des soins.

ABSTRACT

This final study explores the influence of nurse managers on team dynamics within care units. Through an in-depth conceptual analysis and a qualitative survey of experienced nurse managers, the research examines the interdependence between three essential dimensions: the manager's legitimacy, managerial posture, and teamwork. The study highlights that the manager's legitimacy, built on statutory foundations but also relational and competence-based, constitutes a prerequisite for exerting positive influence on cohesion and collective effectiveness. It emphasizes the importance of managerial adaptability, where the manager adapts their approach according to situations and individuals, alternating between directive, persuasive, participative, and delegative postures. The results confirm that a structuring presence in the field, associated with transparent communication and recognition of individual contributions, significantly promotes a climate of trust and collaboration favourable to effective teamwork for the benefit of quality care.