

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

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

## **Le management par la qualité du cadre de santé**

***Le cadre de santé : un acteur indispensable  
pour garantir la qualité des soins ?***

**Sébastien HIDALGO**

**DCS@20-21**

### **Note aux lecteurs**

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

## REMERCIEMENTS

Pour commencer, je remercie grandement Pauline Blanchemanche, ma directrice de mémoire, qui m'a guidé, accompagné, conseillé, qui s'est adaptée et rendue disponible tout au long de la rédaction de cet écrit.

Aussi, je remercie Morgane Le Gal, formatrice à l'Ecole Supérieure Montsouris, pour son accompagnement, sa disponibilité et sa bienveillance.

Pareillement, je tiens à remercier Nathalie Bass, David Colmont, Marine Lacoua, Florian Lataste, Agathe Watelet ainsi que toutes les personnes qui m'ont aidé et qui ont participé à la réalisation de ce travail de recherches.

Enfin, merci à mon entourage qui m'a encouragé, soutenu et qui s'est adapté durant cette année de formation.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	3
1 CONSTRUCTION DE LA QUESTION DE DEPART .....	4
1.1 Le constat de départ .....	4
1.2 L'exploration.....	6
2 CADRE DE REFERENCE.....	8
2.1 La qualité .....	8
2.1.1 L'émergence de la formalisation de la qualité .....	8
2.1.2 La qualité : définitions et concepts.....	10
2.1.3 La démarche qualité en établissement de santé .....	11
2.2 Le management.....	13
2.2.1 Définition du management.....	13
2.2.2 Les différents modèles de management.....	14
2.2.3 La contribution des soignants .....	18
2.3 Le cadre de santé .....	20
2.3.1 Définition du métier .....	20
2.3.2 Les rôles du cadre.....	22
2.3.3 Les activités du cadre de santé .....	24
2.4 Problématique : cheminement vers les hypothèses .....	26
3 ENQUETE .....	30
3.1 Choix de la population enquêtée .....	30
3.2 Choix du lieu enquêté .....	30
3.3 Choix de l'outil d'enquête .....	30
4 DISCUSSIONS ET LIMITES DE LA RECHERCHE .....	32
4.1 Discussions.....	32
4.2 Limites de la recherche .....	34
CONCLUSION.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES	

## LISTE DES ABREVIATIONS

- **AFNOR** : Association française de normalisation
- **ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **ANDEM** : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
- **DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- **EPP** : Evaluation des pratiques professionnelles
- **HAS** : Haute Autorité de santé
- **IFAQ** : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité
- **OMS** : Organisation mondiale de la Santé
- **PDCA** : Plan-Do-Check-Act
- **PDSA** : Plan-Do-Study-Act
- **PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- **RBP** : Recommandations de bonne pratique

# INTRODUCTION

Ce mémoire a pour objet de répondre à l'évaluation des modules 3 et 6 de la formation de cadre de santé.

En tant que futur manager et étant engagé dans le domaine de la qualité, ce travail de recherches portera sur le management du cadre de santé et la contribution des soignants à la démarche qualité. Au-delà de la validation des modules concernés, je souhaiterais que cet écrit représente un outil professionnel et qu'il participe au développement de mes compétences.

Bien que la qualité ait toujours été une préoccupation pour les professionnels de santé, le risque de sa dégradation en France a conduit à la nécessité de la contrôler. Alors, depuis 1991, plusieurs textes juridiques ont contribué à la formalisation de l'évaluation de la qualité dans le secteur sanitaire, afin d'engager les établissements de santé dans une démarche d'amélioration continue et de développer la culture de qualité et de sécurité des soins.

Malgré cette évolution, j'ai pu constater en milieu hospitalier un déficit en matière de culture, de compétences et d'engagement dans le domaine de la qualité, notamment de la part des cadres de santé. Pourtant, l'encadrement paramédical pourrait être au centre du développement de la culture qualité et de la contribution des soignants à la démarche qualité.

Ainsi, après avoir précisé une question de départ lors de la première partie de ce mémoire, un cadre de référence sera élaboré.

Celui-ci sera structuré selon les notions et les concepts identifiés au sein de cette question de départ : la qualité, le management et le cadre de santé.

Puis, suite à la formulation de trois hypothèses, la troisième partie de ce travail présentera les choix effectués relativement à l'enquête.

Cependant, de par la seconde et la troisième vague de la crise sanitaire, la mise en œuvre de l'enquête ainsi que l'analyse des données ne relèvent plus des attendus au regard de la méthodologie. C'est pourquoi la dernière partie de cet écrit exposera les discussions et les limites de la recherche.

# 1 CONSTRUCTION DE LA QUESTION DE DEPART

## 1.1 Le constat de départ

Très intéressé et investi dans le domaine de la qualité, je souhaiterais, à partir du thème « Le management et la qualité », réaliser un travail de recherches qui pourrait devenir un outil professionnel à partager et pour ma future fonction. Ce dernier me permettrait également de développer davantage mes compétences dans les domaines du management et de la qualité.

Que la culture qualité soit développée au sein d'un établissement de santé me paraît présenter de nombreux bénéfices pour :

- les patients et leur entourage (amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, satisfaction du patient)
- l'ensemble des professionnels (autonomie, développement des compétences, donner du sens au travail, développement de la collaboration avec les autres acteurs de l'établissement)
- les managers (animation et fidélisation des équipes, développement des compétences des collaborateurs, atteinte des objectifs)
- l'institution (image que renvoie l'établissement, certification, financièrement : prévention de contentieux et incitation financière à l'amélioration de la qualité)

Or, en tant qu'infirmier coordinateur, j'ai pu constater au quotidien et lors d'entretiens professionnels que la culture qualité et les compétences des soignants dans le domaine de la qualité étaient peu développées au sein du service dans lequel j'exerçais de par un défaut :

- de connaissances (non connaissance du logiciel qualité, des notions de qualité/sécurité/gestion des risques ; distinction des différents modèles de documents qualité)
- de pratiques (de nombreux soignants ne déclarant pas la survenue d'évènements indésirables, nombre de documents qualité accessibles peu important)
- d'organisation (décalage avec le manuel de certification)

Par ailleurs, j'ai développé mes compétences dans le domaine de la qualité qu'en tant qu'infirmier coordinateur et plus précisément lors de la préparation du concours cadre de santé, n'ayant pas pour souvenir que ce domaine m'ait été enseigné en institut de formation en soins infirmiers. La qualité est-elle à ce jour étudiée et promue durant la formation en soins infirmiers ?

Puis, en tant qu'infirmier, ce domaine m'a semblé très abstrait et peu accessible. Comment définir la qualité et la culture qualité ? *« Il est difficile de croire en effet que l'on peut faire l'économie de la définition de la qualité et prétendre vouloir mesurer celle-ci pour mieux l'atteindre. La tâche ne semble pas facile à première vue, puisque les nombreuses définitions qu'on en donne laissent croire qu'il s'agit là d'un terme polysémique, voire ambigu »*(1). Comme le décrivent Jacques Plante et Chantal Bouchard, il existe de nombreuses définitions de la qualité notamment dans le monde de la santé *« [...] et cette multiplicité entraîne une certaine confusion chez les professionnels de santé »*(2).

Par ailleurs, d'après ce que j'ai pu entendre et observer, il semblerait que pour de nombreux soignants la connotation du mot qualité soit péjorative (« *mauvaise pub* »), la représentation de la qualité négative. En effet, beaucoup font un parallèle exclusif entre la qualité et la certification et ne témoignent pas d'une démarche continue. De plus, j'ai fréquemment noté des propos révélant pour certains soignants un sentiment de « *délation* », pour d'autres une incompréhension ou encore « *ne pas se sentir concernés* » par la déclaration d'un évènement indésirable.

Ces situations sont-elles propres au service voire à l'établissement dans lequel j'exerçais ou se retrouvent-elles dans l'ensemble des établissements de santé ? Le concept de qualité étant apparu dans le secteur sanitaire il y a plus de vingt ans, comment expliquer ces phénomènes alors que l'ensemble des personnels paramédicaux et médicaux souhaitent que les patients bénéficient d'une prise en charge de qualité ? Quelles actions permettraient de réduire à long terme l'existence de ces situations ? Qu'est-ce qui pourrait permettre de développer la culture qualité ? Loïc Turbel explique à ce propos que « [...] *l'image de la démarche qualité est intimement liée au niveau de la culture qualité : plus celui-ci est élevé, plus la perception de la qualité, au service des patients, sera juste. A contrario, un déficit de culture qualité est en soi un frein à son propre développement* »(3).

D'autre part, il me semble que la démarche qualité n'est pas une priorité pour de nombreux professionnels de santé paramédicaux et médicaux (présentiel peu important lors des sessions de formation concernant la qualité, faible participation lors des groupes de travail pour rédaction de documents qualité). Or, ils sont pour la plupart dans l'attente que des documents qualité soient accessibles afin que les pratiques professionnelles soient uniformisées. Comment ce paradoxe s'explique-t-il ? Souhaitant une amélioration et une uniformisation des pratiques professionnelles, pourquoi les soignants ne participent-ils pas de manière dynamique à la démarche qualité de l'établissement ?

En revanche, j'ai constaté, durant la crise sanitaire liée à l'épidémie SARS-CoV-2, un élan des collaborateurs dans la démarche qualité avec la création de nombreux documents qualité portant sur la prise en charge des patients ayant contracté le SARS-CoV-2. Comment s'explique-t-il qu'hors crise sanitaire la production de documents qualité soit moindre ? Quelles actions pourraient rassembler, motiver et permettre un intérêt constant des professionnels de santé pour la démarche qualité ? En lien avec cet élan, il me semblerait pertinent de se questionner sur le sens, la perception, la représentation de la démarche qualité hors crise sanitaire versus lors d'une crise sanitaire. La démarche qualité serait-elle perçue comme un ensemble de prescriptions hors crise sanitaire ? La crise sanitaire aurait-elle conduit les personnels à s'approprier et à donner du sens à cette démarche qualité ? Par ailleurs, David Colmont, directeur des soins, se questionnait à ce sujet en 2011 : « *Si accréditation puis certification ont permis la structuration puis l'amélioration de beaucoup de pratiques, on est en droit de se demander aujourd'hui si nous n'atteignons pas un excès procédural qui au lieu de créer ordre, harmonie et prévisibilité ne brouille pas les cartes en faisant naître désenchantement et désinvestissement des soignants* »(4).



Enfin, il ne me paraît pas que le développement de la culture qualité dans l'institution soit constamment une priorité pour l'ensemble des cadres de santé, tous occupés par d'autres missions et activités du quotidien (gestion des ressources humaines, organisation de l'activité, etc.). Or, d'après ce que j'ai pu constater, l'encadrement paramédical pourrait être au centre du développement de la culture qualité puisqu'il possède les compétences pour amorcer, organiser, animer, conduire, suivre et évaluer des actions voire des projets dans le domaine de la qualité. Mais le cadre de santé est-il l'acteur essentiel pour le développement de la culture qualité ? Quelle est sa place dans la promotion de la qualité ?

D'autre part, il semblerait que faire participer les équipes à des projets et/ou des actions dans le domaine de la qualité développerait la culture qualité. Comment expliquer cela ?

Suite à cette réflexion, la question de départ initiale pour ce travail de recherches est la suivante :

***Le management participatif appliqué par le cadre de santé est-il le mode de management le plus efficace pour susciter de l'intérêt chez les soignants dans le domaine de la qualité ?***

## 1.2 L'exploration

Afin de confirmer, préciser ou reformuler cette question de départ, il convient de récolter diverses informations au cours d'une phase exploratoire.

Pour commencer, Dominique Boudin, expert qualité, explique en 2001 : « *La mise en place de la qualité ne peut réussir sans une contribution importante du personnel en phase de conception et d'application. [...] Cette implication passe par le travail en groupes, la formation, la reconnaissance des résultats et la communication sur l'avancement et les résultats de la démarche* »(5). Ainsi, elle affirme la nécessité de la participation du personnel à la démarche qualité de l'établissement concerné.

En outre, David Colmont précise en 2019 : « *Les maîtres mots de cette démarche [version 2014 de la démarche de certification] sont : implication du patient, coordination, engagement des soignants. Ces dispositifs obligent à davantage de participation des professionnels de terrain* »(6). Il semblerait donc de par la littérature qu'il reste préconisé, depuis vingt ans, d'impliquer, de faire participer les collaborateurs dans la démarche qualité de l'établissement.

Au regard de ces données, le management participatif appliqué par le cadre de santé serait-il le mode de management le plus efficace pour susciter de l'intérêt chez les soignants dans le domaine de la qualité ? Qu'en pensent les cadres de santé responsables de secteur d'activités de soin ?

En lien notamment avec cette interrogation, deux entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cadres de santé responsables de secteur d'activités de soin exerçant dans des établissements de santé différents (cf. Annexe 1). Premièrement, les cadres de santé interrogés qualifient la culture qualité de l'établissement dans lequel ils exercent comme non développée chez les

soignants ou « *hétérogène en fonction des services* ». De plus, l'intérêt des soignants pour le domaine de la qualité serait quasi-nul ou fluctuant selon les activités réalisées (rédaction de documents qualité, revue de mortalité et de morbidité, etc.), malgré des actions menées par les cadres de santé afin de les motiver dans ce domaine (participation des soignants à la rédaction de documents qualité, organisation de formations, sensibilisation à l'intérêt de la déclaration d'un évènement indésirable, etc.).

D'autre part, les interviewés pensent à l'unanimité que le management participatif est le mode de management le plus efficace pour susciter de l'intérêt chez les soignants dans le domaine de la qualité. Ils expliquent également que son emploi au regard de la qualité est « *nécessaire et que c'est le plus pertinent pour les [les soignants] engager dans cette démarche. [...] c'est eux les plus à même de trouver les solutions aux problématiques qui peuvent être relevées* ».

Or, selon ces deux cadres de santé, le management participatif ne serait pas appliqué par l'ensemble des cadres de santé au regard de la qualité. Certains emploieraient un management directif, par exemple lors de la mise en place d'une nouvelle procédure avec parfois une incompréhension des soignants quant au choix du « *nouveau modèle de prise en charge* ».

En finalité, il est indispensable que les soignants soient impliqués dans la démarche qualité de l'établissement pour sa réussite. Le management participatif pourrait être le mode de management le plus efficace pour susciter de l'intérêt chez les soignants dans le domaine de la qualité. Cependant, ce mode de management ne serait pas employé par l'ensemble des cadres de santé au regard de la qualité.

Suite à cette phase exploratoire et après discussion avec ma directrice de mémoire, la question de départ initiale ne peut pas rester en l'état. La voici modifiée :

### ***En quoi le management du cadre de santé permettrait-il la contribution des soignants à la démarche qualité ?***

Ainsi, il convient de questionner le management et non plus uniquement le management participatif, puis de préciser l'intérêt des soignants pour le domaine de la qualité par leur contribution à la démarche qualité.

Le cadre de référence sera structuré selon les notions et les concepts identifiés dans cette question de départ.

## 2 CADRE DE REFERENCE

### 2.1 La qualité

Dans un premier temps, il me paraît important de s'intéresser au concept de la qualité. C'est pourquoi la qualité sera définie après avoir retracé l'émergence de sa formalisation dans le domaine de la santé ; puis la démarche qualité en établissement de santé sera étudiée.

#### 2.1.1 L'émergence de la formalisation de la qualité

Marie-Agnès Morel, cadre de santé, explique que vers 1900, le concept de qualité est employé dans l'ensemble des secteurs de production dont celui de la production de service : « *qualité de l'enseignement, qualité du service public, qualité des soins...* »(7). Elle souligne peu avant que « *la qualité a toujours été une préoccupation des hommes, mais le concept de qualité, et surtout d'évaluation de la qualité, appliqué au monde industriel, est né après la seconde guerre mondiale au Japon* ». En effet, les phénomènes de mondialisation et de concurrence ont conduit les entreprises à s'intéresser de très près et à développer le concept de qualité.

Concernant le secteur de la santé, Jean-Paul Dumond, professeur des universités, signifie que la qualité a toujours été au centre des intérêts des professionnels de santé(8). D'autre part, il expose que dans les années 1980, lors des premiers travaux en France sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), a été identifié un « [...] *risque d'une dégradation de la qualité si la logique d'une tarification au séjour s'imposait* [...]. Logiquement, de concert avec le développement du PMSI, s'affirma donc en France la nécessité d'un contrôle de la qualité ».

Ainsi, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière représente les prémices de la formalisation de l'évaluation de la qualité dans le secteur sanitaire en demandant aux établissements de santé, publics ou privés, « *afin de dispenser des soins de qualité, [...] de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité* »(9). Cette loi les amène également à développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Ensuite, la législation de l'évaluation de la qualité s'accroît avec l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (10) et le décret n°97-311 du 7 avril 1997 (11) qui introduisent une procédure externe d'évaluation des établissements de santé, dénommée accréditation, « *afin assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* [...] ». Aussi, ces derniers conduisent à la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), qui reprend les activités de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM).

De ce fait, la première procédure externe d'évaluation des établissements de santé date de juin 1999. D'après la Haute Autorité de santé (HAS), « *elle a permis de développer la culture de qualité et de sécurité des soins et d'impliquer les établissements dans une démarche d'amélioration continue* »(12). En parallèle, l'ANAES publie un guide décrivant la méthode d'élaboration de recommandations de bonne pratique (RBP) en 1999.

Cinq ans après, la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (13) conduit au remplacement de l'ANAES par la HAS. Cette dernière établit et met en œuvre la certification des établissements de santé qui se substitue à l'accréditation.

En 2005 débute alors la deuxième itération de la procédure de certification et instaure l'évaluation des pratiques professionnelles dans les unités de soins.

La troisième version de la procédure de certification, dite V2010, instaure notamment une exigence importante au regard de la prise en charge du patient et de la gestion des risques. Comme le détaille Agathe Watelet dans le cadre d'un mémoire professionnel, *« cette troisième itération vise à délivrer une information accessible et claire à destination des usagers, à renforcer la place de la démarche qualité en tant qu'outil de management interne, à créer des conditions d'un intérêt à agir pour les professionnels de santé et à assurer son rôle dans la régulation par la qualité »*(14).

Quant à la quatrième itération, introduite en 2014, la HAS stipule que celle-ci a pour objectif d'assurer l'identification et la maîtrise des risques en continu par les établissements de santé. Par ailleurs, elle introduit la méthode du patient traceur et conduit le management de l'institution à travailler autour des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

Enfin, la dernière version de la procédure de certification, datant de 2020, procède selon la HAS à une profonde transformation en établissant trois ambitions : médicaliser la certification et améliorer la prise en compte du résultat de la prise en charge du patient, simplifier la démarche de certification, valoriser l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins. Le référentiel est composé de trois chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement<sup>1</sup>.

En définitive, suite à l'établissement de la nécessité d'une évaluation de la qualité en France, plusieurs textes juridiques ont accompagné sa formalisation. Tous les acteurs du système de santé, les offreurs de soins, les institutions publiques, les usagers et les financeurs, notamment en lien avec l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)<sup>2</sup>, se sont alors adaptés à l'évolution de la législation de l'évaluation de la qualité et aux différentes exigences. Par ailleurs, la formation des professionnels de santé a également été impactée. Par exemple, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier met en exergue la gestion des risques, la qualité des soins et l'évaluation des pratiques de par une compétence et deux unités d'enseignement (UE) dédiées à ces thèmes<sup>3</sup>.

Néanmoins, comment définir la qualité ? Quelle est la description du concept de la qualité ?

---

<sup>1</sup> Haute Autorité de santé, op. cit., p. 8.

<sup>2</sup> Depuis 2016 sont versées des primes financières aux établissements de santé selon les résultats obtenus pour les indicateurs obligatoires.

<sup>3</sup> Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle. UE 4.5 : Soins infirmiers et gestion des risques. UE 4.8 : Qualité des soins et évaluation des pratiques.

## 2.1.2 La qualité : définitions et concepts

Comme rédigé précédemment lors du constat de départ, de nombreuses définitions de la qualité existent, notamment dans le secteur sanitaire.

Pour commencer, le mot « qualité » est « *emprunté du latin *qualitas*, 'qualité, manière d'être', lui-même dérivé de *qualis*, 'quel, de quelle sorte'* »(15). Par la suite, le dictionnaire de l'Académie française propose deux définitions générales pour ce terme : « 1. *Ce qui appartient en propre à une chose et la distingue d'une autre ; caractère particulier, propriété. [...] 2. Disposition, trait particulier qui caractérise une personne* ».

D'autre part, selon l'Association française de normalisation (AFNOR), « *un produit ou service de qualité est un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs* »(16). D'après cette description, le concept de qualité serait donc étroitement lié au concept de besoin.

Dans le domaine sanitaire, Jacques Orvain explique que « *la qualité des soins est difficile à définir de façon générale car les objectifs visés, les ressources utilisées et les résultats attendus dépendent des situations pathologiques, des patients concernés et des contextes spécifiques* »(17).

Néanmoins, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a défini la qualité des soins. Elle spécifie qu'elle « *doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* »(18). Au regard de cette définition, le concept de qualité des soins serait donc multidimensionnel ; celle-ci mettant en évidence différentes notions dont l'équité, l'efficacité, l'efficience, la sécurité ou encore la satisfaction.

Par ailleurs, Claire Hurlimann, réalisant en 2001 une approche conceptuelle de la qualité des soins<sup>4</sup>, s'appuie sur les travaux d'Avedis Donabedian pour énoncer quatre niveaux de la qualité des soins à partir de son approche multidimensionnelle. Elle explique dans un premier temps que la qualité des soins, réalisés par les professionnels de santé, « [...] *dépend d'une part des caractéristiques techniques et d'autre part des caractéristiques relationnelles* [...] » de ces derniers. Elle ajoute que la relation existant entre un patient et son médecin est un « *facteur primordial de la qualité des soins* ». Ensuite, la rédactrice met en évidence, pour le deuxième niveau, les installations et les équipements qui doivent être adaptés et conformes à la prise en charge des patients. Puis, Claire Hurlimann notifie que la troisième dimension porte sur la participation du patient et de son entourage aux soins. Enfin, elle décrit que le dernier niveau concerne « *les soins reçus par la communauté* » en évoquant les principes d'égalité ou encore d'accessibilité aux soins.

---

<sup>4</sup> Claire Hurlimann, op. cit., p. 4.

Cette approche multidimensionnelle de la qualité des soins met alors en lumière la plupart des notions révélées dans la définition de la qualité des soins par l'OMS.

En outre, la HAS aurait ajouté à celle-ci en 2007 : « *Garantir la qualité des soins est un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continue des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi la qualité des soins est difficile à atteindre et pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration* »<sup>5</sup>.

Cette mention d'une démarche d'amélioration afin de garantir la qualité des soins permet à présent de traiter de la démarche qualité en établissement de santé.

### **2.1.3 La démarche qualité en établissement de santé**

Comme l'évoque Marie-Agnès Morel, « *les dispositions législatives et réglementaires ont rappelé la nécessité pour tous les établissements de santé de développer des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* »<sup>6</sup>. Par ailleurs, la HAS évalue en France la démarche qualité de chaque institution lors de la certification des établissements de santé. Néanmoins, Agathe Watelet distingue les notions de démarche qualité et de certification<sup>7</sup>. Elle explique que la démarche qualité permet une amélioration continue, importante et interne à l'organisation ; tandis que la certification, obligatoire, permet une valorisation ponctuelle de l'établissement. Alors, comment définir la démarche qualité ?

Il convient pour commencer de définir le mot « démarche ». Selon le dictionnaire de français Larousse, la démarche est notamment la « *manière de conduire un raisonnement, de progresser vers un but par le cheminement de la pensée ; méthode, manière d'agir* »(19). Ainsi, une démarche équivaldrait à un processus réflexif et dynamique permettant l'atteinte d'un résultat. Ensuite, concernant la démarche qualité, l'ANAES stipule en 2002 : « *ce n'est pas un terme normalisé et il faut lui conférer un sens très ouvert. Une démarche qualité est une 'façon d'agir' en qualité* »(20). Puis, lors de la rédaction d'un article, Jean-Pierre Caliste, Maria-Cristina Galeazzi, Jean-Claude Pena et Guy Veninger précisent en 2011 qu'« *une démarche qualité (c'est-à-dire une démarche qui vise la qualité) correspond à ce qui est fait pour réaliser (maîtriser), garantir (assurer) et améliorer la capacité intrinsèque à satisfaire des exigences* »(21). A partir de ces définitions et de celles de la qualité présentées précédemment, la démarche qualité en établissement de santé pourrait être caractérisée comme un processus réflexif et dynamique permettant une

---

<sup>5</sup> Marie-Agnès Morel, op. cit., p. 8.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Agathe Watelet, op. cit., p. 9.

amélioration continue de la qualité des soins. Quels facteurs favoriseraient alors la réussite d'une démarche qualité ?

Pour commencer, Dominique Boudin détaille en 2001 dans un article que *« l'engagement de tous, la persévérance, la formalisation des procédures et la communication sont nécessaires à une démarche qualité réussie »*<sup>8</sup>. Elle évoque dans un premier temps que l'implication de la direction, qui *« doit définir la politique qualité [...] »*, représente un facteur favorisant la réussite d'une démarche qualité. Ensuite, la rédactrice explique que l'encadrement, de par son positionnement entre la direction et le personnel, *« a une responsabilité majeure dans le développement et l'implication des collaborateurs »*. Par ailleurs, elle atteste que la mise en œuvre de la qualité ne peut pas avoir lieu sans l'implication et la contribution de ces derniers, sans leur expertise. Après avoir décrit les enjeux de la progressivité de l'introduction des améliorations, de la formalisation des procédures et de la gestion de projet, Dominique Boudin estime que *« la communication est le facteur clé du succès, incontournable mais bien souvent oublié des démarches »*. Elle précise que ce facteur est indispensable dans le cadre de la démarche qualité pour convaincre, gérer l'information, motiver les collaborateurs et pour *« créer un climat de confiance et de respect mutuel »*.

D'autre part, Loïc Turbel raconte que *« la culture qualité est à la fois une résultante et un levier des démarches qualité / gestion des risques dans les établissements sanitaires »*<sup>9</sup>. La culture qualité serait donc également un facteur favorisant la réussite d'une démarche qualité.

Puis, Anne-Claire Duval, cadre de santé, identifie dans un article d'autres facteurs en y incorporant les notions de dynamique d'équipe et de transfert de savoirs : *« La démarche qualité n'est pas une démarche individuelle. La notion de groupe est prépondérante »*(22).

A contrario, il est à noter d'après ces écrits que les antonymes de ces facteurs (manque d'implication de la direction, implication insuffisante des collaborateurs, manque d'information, déficit de culture qualité, etc.) représenteraient des freins à la réussite d'une démarche qualité.

Enfin, comme le précise l'OMS, *« l'amélioration continue de la qualité inclut tout processus ou outil qui vise à réduire un défaut de qualité systémique ou organisationnel. La plupart des modèles d'amélioration comprennent une phase de questionnement suivie du cycle PDCA (roue de Deming) »*(23). Ce cycle étant appliqué en établissement de santé, notamment lors de l'utilisation d'outils qualité et de méthodes (dont d'évaluation), il me semble intéressant d'étudier son origine.

Comme l'explique Philippe Lorino(24), docteur en Sciences de Gestion, William Edwards Deming, après avoir rencontré Walter Andrew Shewhart<sup>10</sup>, a élaboré le cycle Plan-Do-Study-Act (PDSA). La logique de ce dernier était, dans un premier temps, d'émettre des hypothèses et de les développer en plans d'action expérimentaux (Plan). Ensuite, il s'agissait selon cette méthode de mettre en place l'expérimentation (Do) puis d'analyser les résultats (Check).

---

<sup>8</sup> Dominique Boudin, op. cit., p. 6.

<sup>9</sup> Loïc Turbel, op. cit., p. 5.

<sup>10</sup> William Edwards Deming et Walter Andrew Shewhart sont reconnus comme les principaux pionniers américains du mouvement de la qualité. Ils partageaient une culture du pragmatisme, courant philosophique qui a impacté des théoriciens du management.

Enfin, si l'hypothèse était validée, les pratiques pouvaient être généralisées ; si elle ne l'était pas, il était alors recommandé d'émettre une nouvelle hypothèse (Act). Après que Deming ait présenté ce modèle au Japon lors d'un séminaire en 1950, des japonais l'ont transformé en un cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act) : « [...] *they feared that S in PDSA might be interpreted as a method for experts* ». Depuis, ce cycle est utilisé au Japon dans le cadre de l'amélioration continue. Philippe Lorino raconte que Deming caractérisait ce cycle comme une corruption. Il identifiait la méthode PDSA, représentant une spirale ouverte, comme un levier pour innover. En revanche, le cycle PDCA correspondait pour lui à une boucle de contrôle conduisant au « P » initial. Ainsi, l'auteur indique que cette modification a transformé la méthode PDSA en un modèle de contrôle. Il ajoute : « *From a communication point of view, Deming lost his battle : For approximately 80 percent of today's consultants and managers, the 'Deming wheel' means 'Plan-Do-Check-Act' !* ».

Par ailleurs, Sofia Benchehida(25), ingénieur de la santé, explicite les étapes du cycle PDCA en ce sens :

- Plan : Planifier ; notamment les objectifs qualité, les ressources, etc.
- Do : Faire ; ce qui a été planifié précédemment.
- Check : Vérifier-analyser « *que la réalisation s'est passée conformément à ce qui était planifié ainsi que la mesure des processus* ».
- Act : Agir ; suite à l'étape précédente, mise en œuvre d'actions pour améliorer et atteindre les objectifs planifiés.

En définitive, la démarche qualité en établissement de santé permet une amélioration continue de la qualité des soins. Celle-ci conduit, lors de l'utilisation d'outils qualité et de méthodes, à l'application du cycle PDCA caractérisé par Deming comme une boucle de contrôle. D'autre part, comme indiqué précédemment, la réussite de la démarche qualité dépend en partie de l'implication de la direction et de l'encadrement ; par conséquent du management.

## 2.2 Le management

Dans cette seconde partie, après avoir défini le management, différents modèles de management seront présentés. Puis, la notion de contribution des soignants sera explorée.

### 2.2.1 Définition du management

Le management est un terme emprunté de l'anglais qui possède plusieurs sens. Par exemple, le dictionnaire de l'Académie française lui attribue comme définition : « *Ensemble des techniques d'organisation et de gestion de l'entreprise* »(26). Aussi, le management peut être expliqué comme « *l'activité d'un dirigeant, à quelque niveau qu'il se situe, chargé d'encadrer et de diriger plusieurs salariés* »(27) ; autrement dit, comme la fonction d'un manager. Il me semble intéressant de constater que la définition proposée par le dictionnaire de l'Académie française met en lumière l'entreprise, tandis que la seconde se concentre sur les individus.



Plusieurs théoriciens ont exploré cette notion : Frederick Taylor, Paul Hersey, William Edwards Deming, etc. Cependant, Henry Mintzberg stipule qu'Henri Fayol (1841-1925), industriel français, a probablement été le premier d'entre eux à caractériser les principes du management(28). Par ailleurs, celui-ci, en classant les opérations d'une entreprise en six catégories<sup>11</sup>, a défini les cinq fonctions d'un « administrateur » (aujourd'hui appelé « manager ») : prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler(29).

En outre, Bernard Diridollou indique que « *manager, c'est réguler des relations entre des personnes qui occupent des fonctions différentes, au sein d'un ensemble plus vaste, celui de l'entreprise, en recentrant chacun vers l'atteinte d'un but commun* »(30). Ce développement révèle, par la mise en évidence à la fois de la notion d'individualisation (« *chacun* ») et de la notion d'équipe (« *but commun* »), qu'il existe diverses manières de manager ; de ce fait, divers modèles de management.

## 2.2.2 Les différents modèles de management

En effet, de nombreux modèles de management ont été illustrés dans la littérature : le slow management, le management humaniste, le management collaboratif, etc. Après réflexion avec ma directrice de mémoire, trois modèles de management seront développés dans cette sous-partie : le **management situationnel**, le **management bienveillant** et le **management de la qualité**.

Paul Hersey et Kenneth Blanchard ont construit le modèle du **leadership situationnel**. Comme le précisent Patrice Stern et Jean-Marc Schoettl(31), il n'existe pas pour ces théoriciens de style de management idéal ; le manager doit adapter son style au contexte et à la personnalité du collaborateur. Ainsi, Patrice Stern et Jean-Marc Schoettl caractérisent le management situationnel comme « *un outil qui permet à tout manager de prendre du recul par rapport à ses pratiques de management, à être plus souple et plus en accord avec chaque membre de son équipe. Il donne des points de repère au manager pour développer l'autonomie des personnes dont il a la responsabilité* ».

Il est alors nécessaire de situer l'autonomie du collaborateur dans un premier temps. Par ailleurs, Bernard Diridollou<sup>12</sup> énonce les critères permettant de qualifier les niveaux d'autonomie :

- Ce que le collaborateur sait faire (connaissances, compétences).
- Ce qu'il peut faire (actions possibles, moyens dont il dispose).
- Ce qu'il veut faire (envie, motivation).

Ensuite, cet auteur explique que l'autonomie des personnels se distingue « *au travers de l'axe 'compétences/motivations' : plus un collaborateur veut et sait faire, plus il est compétent* ». Ainsi, il présente quatre degrés d'autonomie. Concernant le degré 0, intitulé « *Très faible autonomie* », le collaborateur ne sait pas et ne veut pas, notamment par appréhension. Pour le degré 1, « *Faible autonomie* », il ne sait pas bien mais veut bien ; celui-ci a besoin d'être

---

<sup>11</sup> Fonctions technique, commerciale, de sécurité, financière, comptable et administrative.

<sup>12</sup> Ibid.

accompagné et d'être réassuré. Puis, le degré 2, appelé « *Autonomie modérée* », est déterminé lorsque l'individu sait faire, qu'il veut et qu'il pose des conditions. Il revendique qu'on le laisse faire, ou bien il sollicite le manager quand il estime qu'il a besoin d'être aidé. Enfin, à propos du degré 3, « *Forte autonomie* », l'employé sait faire, peut transmettre son savoir-faire et veut faire.

Une fois le niveau d'autonomie du collaborateur déterminé, le manager pourra adapter son style de management. Bernard Diridollou atteste qu'« *on ne manage pas de la même façon un jeune collaborateur qui débute dans une fonction et un collaborateur qui possède une forte expérience et une compétence 'qui a fait ses preuves'* ». Alors, il expose la mise en corrélation des degrés d'autonomie cités précédemment avec quatre modes de management :

- Très faible autonomie (ou situation d'urgence)/Management directif (méthode et résultats explicités, contrôle organisé, décision assurée par le manager)
- Faible autonomie/Management persuasif (explication du pourquoi des résultats, marge d'initiative laissée sur la méthode, décision assurée par le manager)
- Autonomie modérée/Management participatif (accompagnement à la demande du collaborateur, considération des suggestions, décisions partagées)
- Forte autonomie/Management délégitif (délégation de missions, développement de la prise d'initiative, responsabilité partagée, décisions prises par le collaborateur)

En définitive, selon le management situationnel, le style du manager doit être adapté à la situation, à la personnalité et au degré d'autonomie du collaborateur qui évolue en fonction de ses compétences et de sa motivation. Néanmoins, Patrice Stern et Jean-Marc Schoettl émettent un point de vigilance : « *Les attitudes ne sont pas permanentes, il peut se produire des régressions : une baisse du moral ou de l'efficacité. Le manager doit alors adapter son attitude à ce nouvel état ; revenir à un style plus directif ou témoigner plus d'attention et de considération...* ». Les termes « attention » et « considération » conduisent à étudier le **management bienveillant**.

Comme le souligne Hélène Schetting(32), enseignante en Management, le terme « bienveillance » est très employé depuis quelques années par de multiples acteurs, « voire galvaudé ». Elle définit la bienveillance comme « *une manière de manager différente. [...] C'est un management de proximité beaucoup plus impliquant pour l'organisation et l'humain* ».

Quant à Raphaël H. Cohen, il introduit le concept de bienveillance dans un article en opposant le leadership bienveillant à un leadership « *qui privilégie les intérêts du manager et/ou de l'entreprise* » ; ainsi qu'en différenciant les managers des leaders, ces derniers ayant « *à cœur, non seulement leur intérêt et celui de leur entreprise, mais aussi les intérêts de leurs collaborateurs* »(33). Cependant, tout comme Hélène Schetting, il spécifie que la bienveillance n'est pas le synonyme de l'« *angélisme* ». L'auteur ajoute, en prenant pour exemple le contexte d'une situation de crise, que le leadership bienveillant peut selon la situation « *devenir tout à fait directif ou autoritaire* ».

D'autre part, Hélène Schetting présente les objectifs et les gains du management bienveillant, tout en rappelant le nombre important de salariés qui sont en situation de détresse au travail<sup>13</sup>. Elle explique que les objectifs de ce mode de management sont la productivité, le bien-être au travail, la prévention des risques psycho-sociaux et du burn-out. De plus, elle évoque qu'il permet notamment d'«*éviter l'absentéisme*» et qu'il répond à une problématique sociétale. En outre, Raphaël H. Cohen développe également les bénéfices du leadership bienveillant. Selon lui, il conduit aussi à répondre à l'évolution des attentes des collaborateurs au regard du travail : «*[...] l'opportunité de se réaliser, de développer ses compétences ou encore de cultiver des relations humaines*». Par ailleurs, il indique que ce type de leadership permet de s'adapter à la génération Y dont les besoins diffèrent (inspiration, confiance, travail porteur de sens). Puis, le rédacteur s'appuie sur une étude pour attester que l'engagement des personnels mène à une hausse de la productivité et des bénéfices. Il met alors en corrélation les notions de bienveillance et de niveau d'engagement, avant de conclure sur les gains de ce leadership : «*Le leader bienveillant est au bout du compte générateur de bénéfices car ses vertus engendrent un sentiment de sécurité et de confiance propice à une performance accrue*».

De plus, Hélène Schetting identifie deux facteurs de réussite concernant le développement du management bienveillant : une vision sur du long terme et une culture d'entreprise. Selon elle, ce mode de management doit se situer en tant que valeur au sein de chaque composante de l'organisation et sa mise en œuvre nécessite «*de la volonté et de la persuasion*».

En effet, comme le souligne Raphaël H. Cohen, la pratique du leadership bienveillant n'est pas simple même si cela «*ne nécessite ni plus de temps ni plus d'efforts*». D'après ses écrits, son application implique que le leader :

- considère les collaborateurs comme des êtres humains et non comme des ressources (avec prise en compte des émotions),
- fasse toujours passer l'intérêt collectif avant le sien et qu'il soit prêt à prendre des risques pour défendre les employés,
- institue un «*mécanisme de gouvernance*» (règles) et qu'il s'y soumette également,
- sanctionne si besoin,
- soit exemplaire, équitable et juste,
- fasse confiance aux collaborateurs et qu'il donne le droit à l'erreur,
- se remette en question.

Hélène Schetting ajoute à ces pratiques : mettre en œuvre le télétravail lorsque cela est possible, mettre à disposition des services au profit des collaborateurs (crèche, cours de yoga, etc.), tenir compte de la vie privée des salariés, développer l'autonomie, valoriser et féliciter, pratiquer une communication verbale et non verbale adaptée.

Néanmoins, Raphaël H. Cohen affirme que le leadership bienveillant ne peut pas être employé par toute personne qui le souhaiterait : «*[...] le leadership bienveillant ne peut être mis en œuvre de manière durable que par des personnes authentiques, empathiques, lucides, capables d'altruisme et de générosité. [...] seuls les dirigeants qui ont ces qualités intrinsèques peuvent envisager le leadership bienveillant*».

---

<sup>13</sup> Environ 500000 collaborateurs en 2017 selon l'Institut de Veille Sanitaire.

Il convient dorénavant d'explorer le **management de la qualité**. Pour commencer, il peut être constaté que certains auteurs (comme Jean-Pierre Caliste, Maria-Cristina Galeazzi, Jean-Claude Pena et Guy Veninger) formulent « management de la qualité », tandis que d'autres (comme Jacques Orvain) formulent « management par la qualité ». Par ailleurs, dans un ouvrage s'intitulant « *Le management de la qualité en santé* », Sofia Benchehida s'exprime à ce sujet, lorsqu'elle cite les bénéfices de ce modèle : « *Alors, je vous le répète, le management de la qualité, ou plutôt comme je dis souvent le management par (et non de) la qualité, permet une optimisation du travail et une aisance dans les échanges au quotidien avec les professionnels* »<sup>14</sup>.

A propos du management par la qualité, le dictionnaire de l'Académie française renvoie à la définition proposée par le site FranceTerme : « *Gestion visant à obtenir un meilleur résultat grâce à une démarche d'ensemble fondée sur la qualité* »(34). Quant au management de la qualité, Jacques Orvain, dans le chapitre d'un livre, fait référence à la norme ISO 9001 pour sa caractérisation : « *Le management de la qualité conduit le management à définir une stratégie d'amélioration de la qualité, à la structurer dans l'organisation et à en assurer l'exécution* »<sup>15</sup>. Ces définitions révèlent toutes les deux pour ce modèle qu'il ne s'agit pas d'un mode de management. Il serait plutôt question d'une discipline relevant de la gestion, nécessitant une démarche transversale et dont le but est d'améliorer la qualité.

D'autre part, Sofia Benchehida explique dans son ouvrage que le management de la qualité s'appuie sur sept principes. Le premier principe de management de la qualité, « *Orientation client* », est en lien avec la satisfaction et les exigences des clients. Le second, « *Leadership* », se réfère aux activités de la direction et également à la favorisation de l'implication du personnel pour l'atteinte des objectifs qualité. Ensuite, le troisième principe, « *Implication du personnel* », indique que l'ensemble du personnel doit participer à la qualité. « *Approche processus* » est le quatrième principe de management de la qualité. Celui-ci préconise, relativement aux résultats, de gérer les activités comme des processus. Le cinquième, « *Amélioration* », recommande que la démarche d'amélioration soit continue. Quant au sixième principe, « *Prise de décision fondée sur des preuves* », également en lien avec les résultats, il s'agit d'analyser des données avant de prendre une décision. Enfin, le septième principe de management de la qualité, « *Management des relations avec les parties intéressées* », met en corrélation les performances de l'entreprise et les parties intéressées (comme les fournisseurs). Sofia Benchehida conclut son livre en 2018 en affirmant : « *La mise en place d'un système qualité selon la norme NF EN ISO 9001:2015 permet une meilleure organisation d'un établissement* ».

Par ailleurs, Jacques Orvain décrit les quatre dimensions d'un système de management de la qualité identifiées par Stephen M. Shortell. La première dimension citée par l'auteur est la dimension technique, qui s'appuie sur le savoir, les aptitudes et les compétences ; notamment pour l'identification et l'analyse des processus de l'organisation, puis pour la gestion de projet. Ensuite,

---

<sup>14</sup> Sofia Benchehida, op. cit., p. 13.

<sup>15</sup> Jacques Orvain, op. cit., p. 10.

la dimension stratégique correspond à la stratégie de l'établissement en matière de qualité et de gestion des risques. Celle-ci conduit à la création des ressources essentielles ainsi qu'à la mobilisation des professionnels. Puis, la dimension structurelle se réfère « [...] à la mise en place des structures de coordination nécessaires à la démarche », à l'organisation des fonctions des acteurs. Le rédacteur précise qu'elle comprend aussi des outils de pilotage tels que les tableaux de bord. La quatrième dimension énoncée est la dimension culturelle, qui se rapporte « [...] aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui favorisent la mise en œuvre d'une démarche qualité ». Celle-ci reposerait donc sur la diffusion de la culture qualité, sur l'imprégnation de la qualité dans le quotidien des collaborateurs et pourrait être rattachée au concept d'acculturation. L'auteur ajoute que ceci forme un « système de légitimité », évalué lors d'une procédure de certification. Enfin, il souligne qu'un système de management qualité ne pourra être solide que si la totalité des dimensions le sont également.

Jacques Orvain explique par la suite qu'il existe divers systèmes de management qualité différant selon le mode de pilotage employé : les « hôpitaux magnétiques », le *Lean Management* ou encore le *Total Quality Management*.

En outre, deux approches peuvent être rencontrées dans le cadre du management de la qualité : l'approche descendante (dite *top-down*) et l'approche ascendante (dite *bottom-up*). Jean-Pierre Caliste, Maria-Cristina Galeazzi, Jean-Claude Pena et Guy Veninger illustrent ces approches dans un article et démontrent qu'il est possible de les combiner lors d'un même projet<sup>16</sup>. Ils développent que l'approche descendante, en lien avec le contexte qu'ils exposent, constitue à « mettre en place un système qualité dans un mode hiérarchique (*top-down*) générant l'adhésion des directions ». Cette approche consisterait donc à émaner du sommet stratégique de l'organisation pour une diffusion vers le centre opérationnel par l'intermédiaire de la ligne hiérarchique. Ensuite, concernant l'approche ascendante et en relation avec la publication des auteurs, elle consiste à « déployer des actions d'amélioration sur la base d'une approche transversale et ascendante (*bottom-up*) permettant au personnel de s'emparer de la démarche ». Celle-ci, à l'inverse de l'approche descendante, proviendrait alors du centre opérationnel et permettrait l'implication et la contribution des acteurs qui le composent. Ainsi, en établissement de santé, l'approche ascendante pourrait mener à la contribution des soignants.

### 2.2.3 La contribution des soignants

Le mot « contribution » possède plusieurs sens. Dans ce contexte, il signifie : « Concours que l'on apporte à une œuvre commune »(35). La contribution pourrait donc être caractérisée comme la collaboration d'une ou plusieurs personnes à un ensemble d'actions effectuées par une collectivité. Quant au terme « soignant », il se réfère à une « personne qui donne des soins à quelqu'un »(36). Dans le cadre de ce mémoire, le terme « soignants » se rapporte aux personnels paramédicaux qui sont sous la responsabilité d'un

---

<sup>16</sup> Jean-Pierre Caliste, Maria-Cristina Galeazzi, Jean-Claude Pena, Guy Veninger, op. cit., p. 11.

cadre de santé. Ainsi, la « contribution des soignants » pourrait être définie comme la collaboration des personnels réalisant des soins à un ensemble d'actions effectuées par les salariés de l'organisation.

Plusieurs freins à la contribution des soignants ont été développés lors de la rédaction d'articles.

Pour commencer, comme cité précédemment, David Colmont<sup>17</sup> se demande en 2011 si une potentielle surprocéduralisation ne provoquerait pas une démobilisation des soignants. Aussi, il expose que « face à un turnover important, une pénurie chronique de personnel, il semble difficile d'inviter le personnel soignant à participer à la construction de processus vécus comme de plus en plus contraignants dans leur mise en œuvre ». Il affirme par la suite que l'activité quotidienne des personnels paramédicaux les conduit à manquer de temps et à se désinvestir du management de la qualité.

D'autre part, Anne-Claire Duval<sup>18</sup> ajoute que la répétition pourrait entraîner un désintérêt des personnels soignants. Puis, elle évoque, dans le contexte d'une visite de certification, qu'un vécu négatif lors de cette dernière pourrait impacter l'implication des soignants ultérieurement. L'auteur relate par la suite qu'un défaut de communication (manque d'information ou mauvaise interprétation) compromet la mise en œuvre du changement, par exemple l'application de nouvelles procédures. Enfin, elle révèle, d'après les dires d'infirmiers interrogés durant une enquête, que certains professionnels de santé ont l'impression que les critères évalués se concentrent sur l'organisation et non directement sur la prise en charge des patients. Selon la rédactrice, « cette vision d'éloignement par rapport à leurs préoccupations premières ne les incite pas à vouloir s'intéresser et approfondir cet aspect du soin ».

Par ailleurs, un frein au développement de la culture qualité, identifié lors d'une enquête réalisée en 2017, peut être mis en relation avec ces différents propos : « l'image de la 'qualité' trop peu valorisée, trop administrative, centrée sur les dysfonctionnements plus que sur la prise en charge... (frein le plus souvent cité) »<sup>19</sup>. Ainsi, la représentation de la qualité influencerait le développement de la culture qualité et également l'intérêt des soignants.

Cependant, des facteurs favorisant la contribution des soignants ont aussi été explicités dans la littérature.

Premièrement, Anne-Claire Duval, stipulant que suite à une visite de certification sont principalement énoncés les points à améliorer, écrit qu'« [...] un retour positif serait également apprécié et source de motivation ». La reconnaissance pourrait donc représenter un facteur favorisant la contribution des soignants.

D'autre part, Jean-Pierre Caliste, Maria-Cristina Galeazzi, Jean-Claude Pena et Guy Veninger<sup>20</sup>, en exposant la mise en œuvre d'un projet au sein d'un établissement de santé, notamment au travers d'une approche ascendante, mettent en évidence d'autres facteurs : la création d'un « Groupe des référents », l'usage d'une méthode participative et la conception d'une « formation-action ». Le groupe concerné, constitué de divers professionnels

---

<sup>17</sup> David Colmont, op. cit., p. 5.

<sup>18</sup> Anne-Claire Duval, op. cit., p. 12.

<sup>19</sup> Loïc Turbel, op. cit., p. 5.

<sup>20</sup> Jean-Pierre Caliste, Maria-Cristina Galeazzi, Jean-Claude Pena, Guy Veninger, op. cit., p. 11.

dont des cadres de proximité, a permis selon les auteurs l'engagement du centre opérationnel. Au sujet de la méthode participative, dite « entonnoir », elle a été employée lors de l'élaboration d'un plan d'action à partir de propositions faites par les collaborateurs ; par conséquent, celle-ci a conduit à leur implication dans la démarche qualité de l'établissement. Quant à la « formation-action », il s'agit d'associer le développement des compétences des personnels volontaires à leur contribution à la gestion de projets d'amélioration. Les bénéfices de cette démarche, liés à la contribution des collaborateurs, sont nombreux. Celle-ci a permis, au-delà de leur implication, de développer la capacité d'initiative des professionnels et d'appliquer les connaissances assimilées dans leurs activités quotidiennes. Les rédacteurs ajoutent : « Cette formation-action a démontré que les professionnels de terrain étaient capables de relever un défi authentique tel qu'une recherche applicative, de développer leur sentiment d'appartenance à l'institution, d'améliorer leur confiance en soi, d'illustrer l'exemplarité de leur action et être acteur du changement ». Ils estiment aussi qu'il serait souhaitable d'accroître le nombre de collaborateurs investis dans ce mouvement afin de garantir la continuité de la culture qualité.

En outre, des facteurs supplémentaires peuvent être relevés dans l'ouvrage de Bernard Diridollou<sup>21</sup>, qui affirme que « l'efficacité d'un changement structurel, organisationnel dépend pour une large part de l'implication des personnes concernées dans sa mise en œuvre ». Premièrement, celui-ci, développe que la diffusion des informations auprès des personnels est essentielle pour les mobiliser, leur donnant la possibilité de comprendre ce qui doit être effectué, comment et pourquoi l'effectuer. Ainsi, celle-ci permet également de les motiver et de donner du sens à leurs activités, « [...] condition indispensable de la responsabilisation et de la prise d'initiatives [...] ». Puis, l'auteur, qui établit fréquemment un lien entre la mobilisation et la motivation des collaborateurs, pense que la motivation des employés provient notamment du comportement et de l'engagement du supérieur hiérarchique : « [...] une des conditions majeures de la motivation réside dans la valeur de l'exemple donné par le responsable direct [...] ». Alors, en établissement de santé, le cadre de santé pourrait représenter un acteur favorisant la motivation et la mobilisation des soignants, de par son comportement et son engagement.

## 2.3 Le cadre de santé

Cette troisième partie portera en premier lieu sur la définition du métier de cadre de santé. Les rôles du cadre seront étudiés dans une deuxième sous-partie. Enfin, les activités du cadre de santé seront explorées.

### 2.3.1 Définition du métier

Comme l'expliquent Patrick Farnault et Gilles Desserprit<sup>(37)</sup>, qui exposent succinctement l'historique du métier de cadre de santé à travers l'évolution de la formation et de la diplomation, les prémices de la fonction cadre apparaissent durant la Seconde Guerre mondiale. Néanmoins, la première

---

<sup>21</sup> Bernard Diridollou, op. cit., p. 14.

école de cadres est créée par la Croix-Rouge française à Paris en 1951. Cette expérience pilote propose deux types de formation : un programme pour pratiquer en milieu hospitalier, un autre pour exercer en école d'infirmière. Jusqu'en 1995, la fonction cadre a alors été intitulée sous différentes formes, selon le certificat ou le diplôme obtenu : « cadre infirmier », « infirmier surveillant », « infirmier moniteur », « cadre de technicien de laboratoire », etc. Puis, le décret du 18 août 1995 amène à la création d'un diplôme de cadre de santé(38). Celui-ci est accessible aux trois filières paramédicales (infirmière, rééducation et médico-technique). En lien avec ce dernier, un arrêté définit notamment les conditions et les modalités d'admission dans les instituts de formation (par exemple être titulaire d'un diplôme de professionnel de santé), le programme de formation et les modalités de délivrance du diplôme. A ce jour, ces textes juridiques représentent encore les textes de référence de la formation de cadre de santé. D'autre part, Robert Coulon s'exprime au regard de l'évolution du métier de cadre de santé : « *A l'origine, ils étaient des techniciens du soin chargés de surveiller le cours de l'activité du service, les cadres de santé sont censés aujourd'hui devenir des gestionnaires d'unité* »(39).

Une fois diplômé, deux principales possibilités s'offrent au cadre de santé : exercer en tant qu'encadrant de proximité ou en tant que formateur. Ces deux fonctions sont décrites dans la famille « *SOINS* » du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, établi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Ce mémoire portant en partie sur le management, seule la fonction d'encadrant de proximité sera explorée. Par ailleurs, le terme « cadre de santé » correspondra par la suite à cette activité.

La fiche métier se rapportant à la fonction d'encadrant de proximité se situe dans la sous-famille « *Management des organisations des soins* » et s'intitule « *Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales* »(40). La définition proposée par cette fiche énonce les missions du manager. Celles-ci portent sur l'organisation de l'activité, le management de l'équipe, la veille de l'efficacité et de la qualité des prestations, la coordination des moyens, le développement de la culture et de la gestion des risques, le développement des compétences et la gestion médico-économique.

En outre, un groupe de production, conduit par la DGOS, a réalisé des référentiels d'activités et de compétences concernant le cadre de santé, réunis dans un même document(41). Le « *Référentiel d'activités du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin* » propose une définition similaire du métier : « *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* ». Celle-ci ne fait pas apparaître les missions portant sur le développement de la culture et de la gestion des risques, le développement des compétences et la gestion médico-économique. Aussi, ce document précise que le manager est en contact avec de nombreux acteurs (patients, familles, soignants, chef de service, directeurs, etc.) et qu'« *il est à l'interface de différents intervenants et de différentes structures* ».



Ceci suppose donc qu'occuper la fonction cadre nécessite d'avoir acquis des compétences spécifiques et de tenir divers rôles.

### 2.3.2 Les rôles du cadre

Comme réfléchi avec ma directrice de mémoire, cette sous-partie s'appuiera sur un chapitre de livre d'Henry Mintzberg, intitulé « *Les rôles professionnels du cadre* »(42), pour étudier ces derniers. De plus, dans le cadre de ce processus de recherche, bien que l'auteur précise que chacun des rôles du cadre « [...] forment un *gestalt*, un ensemble dont les parties sont indissociables les unes des autres », seuls ceux semblant présenter un lien avec ses activités dans le domaine de la qualité seront développés.

Henry Mintzberg commence ce chapitre en définissant le terme de « rôle » comme « [...] un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable (Sarbin et Allen, 1968) ». Il ajoute qu'un rôle est déterminé en amont mais qu'il peut être interprété de différentes manières.

L'auteur explique par la suite que la description des rôles du cadre, réalisée dans ce chapitre, reste une proposition. Il les a identifiés et classés après avoir observé les activités de cinq directeurs généraux. Il affirme que les dix rôles présentés dans cet ouvrage sont observables et tenus par l'ensemble des cadres. Il annonce qu'il appuiera cette thèse à partir des résultats d'autres recherches. Ensuite, Henry Mintzberg évoque que puisque les activités du cadre peuvent être classées en trois catégories, les dix rôles le sont également. Ainsi, il présente les trois catégories de rôles : les **rôles interpersonnels**, les **rôles liés à l'information** et les **rôles décisionnels**.

D'après l'auteur, les **rôles interpersonnels** proviennent de l'autorité formelle et du statut du cadre. Il en identifie trois : les rôles de « *symbole* », de « *leader* » et d'« *agent de liaison* ».

Parmi ces derniers, celui de « *leader* » pourrait être mis en relation avec les activités du cadre dans le domaine de la qualité, de par notamment ses missions portant sur le management de l'équipe et le développement des compétences. En effet, ce rôle, qualifié comme le plus important et comme présent dans la quasi-totalité des activités du cadre, reflète les relations du cadre avec les collaborateurs qu'il recrute, promeut, encadre, conseille, motive et dirige. Henry Mintzberg souligne que ce rôle est le plus révélateur du pouvoir du cadre. Il explique également que dans un souci d'efficacité, ce rôle consiste à mettre en corrélation les besoins des employés et ceux de l'organisation<sup>22</sup>.

Ensuite, les **rôles liés à l'information** peuvent être tenus par le cadre de par les rôles interpersonnels qui lui permettent de recevoir des informations provenant de l'intérieur ou de l'extérieur de l'organisation : « *En fait, il est pour son organisation le généraliste qui dispose des meilleures informations non routinières* ». L'auteur identifie à nouveau trois rôles pour cette catégorie : les

---

<sup>22</sup> L'organisation représente dans cet ouvrage « [...] l'unité placée directement sous l'autorité formelle du cadre [...] ».

rôles d'« *observateur actif* », de « *diffuseur* » et de « *porte-parole* ». L'ensemble des rôles liés à l'information peuvent être tenus par le cadre dans le domaine de la qualité ; par exemple par le biais de la transmission d'un événement indésirable par les personnels (rôle d'« *observateur actif* »), de la diffusion des résultats d'un audit interne aux collaborateurs (rôle de « *diffuseur* ») ou encore par le biais de la transmission de la réalisation des actions correctives au service qualité de l'établissement (rôle de « *porte-parole* »).

En effet, le rôle d'« *observateur actif* » se rapporte à la réception d'informations et aux actions réalisées par le cadre pour en récolter. Ceci lui permettra notamment de les diffuser, d'améliorer sa compréhension de l'organisation et de son environnement, de dépister des problématiques et de prendre des décisions. Les sources de ces informations sont multiples et peuvent être internes ou externes à l'organisation. Henry Mintzberg classe l'information obtenue par le cadre en cinq catégories : « *les opérations internes* », « *les événements extérieurs* », « *les analyses* », « *les idées et les tendances* » et « *les pressions* ».

Ensuite, le rôle de « *diffuseur* », caractérisé comme important, repose sur la diffusion des informations provenant de l'extérieur vers son organisation, ou sur la diffusion des informations provenant d'un collaborateur de l'organisation vers un autre. Le rédacteur distingue l'information liée aux faits qui est vérifiable, contrairement à l'information liée aux valeurs qui comprend les opinions, les avis des individus souhaitant influencer la prise de décision. Néanmoins, « *le cadre assimile ces messages, les combine en fonction de l'influence de leur source, détermine les préférences globales de l'organisation et les transmet sous forme de valeurs organisationnelles* ». De plus, Henry Mintzberg évoque l'une des problématiques rencontrées par le cadre : « *le dilemme de la délégation* ». Il développe que dans le cadre de la diffusion de l'information mémorisée par le cadre, celui-ci peut soit s'en occuper ce qui va lui prendre un temps considérable, soit déléguer cette activité en ayant conscience que la qualité de la diffusion ne sera pas optimale.

D'autre part, le rôle de « *porte-parole* » concerne la diffusion de l'information vers l'environnement de l'organisation : « *Le cadre peut défendre les intérêts de son organisation, agir comme un responsable des relations publiques ou être considéré comme expert dans le domaine d'action de son organisation* ». Ce rôle amène le cadre à tenir deux groupes informés : celui composé des individus qui influencent l'organisation (par exemple le supérieur hiérarchique) et celui intitulé le « *public* » de l'organisation (les fournisseurs, la presse, etc.). Ceci lui permet par ailleurs d'entretenir son réseau.

Enfin, les **rôles décisionnels**, qui correspondent à la partie fondamentale de l'activité du cadre d'après Henry Mintzberg, appartiennent à la dernière catégorie de rôles présentée. Découlant des rôles liés à l'information, les rôles décisionnels se réfèrent à l'ensemble des décisions importantes et à la conception de la stratégie de l'organisation par le cadre, qui possède l'autorité et l'information requises. Cette dernière catégorie est composée de quatre rôles : les rôles d'« *entrepreneur* », de « *régulateur* », de « *répartiteur de ressources* » et de « *négociateur* ».

Premièrement, le rôle d'« *entrepreneur* » équivaut à la définition et à la conduite de projets assurées par le cadre selon sa propre volonté, après avoir détecté des opportunités ou des problèmes au sein de l'organisation et nécessitant des améliorations. La contribution du cadre dans la réalisation de

ces projets sera différente en fonction de plusieurs critères (nombre de ressources requises, impact potentiel sur l'organisation, intérêt du cadre au regard du projet, etc.). Par ailleurs, le cadre peut être amené à conduire plusieurs projets à la fois : « *Le cadre, dans son rôle de superviseur des projets d'amélioration, peut être comparé à un jongleur. A tout moment il a un certain nombre de balles en l'air. Périodiquement l'une d'elles qui est descendue reçoit une impulsion et remonte à nouveau. Pendant ce temps, de nouvelles balles attendent sur le côté, de vieilles balles sont jetées et de nouvelles sont ajoutées* ».

Ensuite, le rôle de « *régulateur* », contrairement au rôle d'« *entrepreneur* », se rapporte aux décisions prises par le cadre, qui doit réagir rapidement, lors d'une perturbation provoquée par un imprévu ou un problème ignoré. Cette perturbation conduira à la mise en œuvre immédiate d'actions correctives, voire à l'élaboration ultérieure d'un projet.

D'autre part, le rôle de « *répartiteur de ressources* » est lié à l'autorité formelle du cadre qui l'engage à s'occuper de la répartition des ressources. Pour l'auteur, celles-ci concernent de nombreux moyens : la main d'œuvre, le temps, le matériel, les équipements, etc. Ce dernier établit d'après son étude que cette répartition est composée principalement par « [...] *la programmation du temps, la programmation du travail, et l'autorisation de décisions prises par d'autres personnes dans l'organisation* ». A propos de la programmation du temps, le cadre hiérarchise les priorités de l'organisation. Quant à la programmation du travail, qui se réfère essentiellement à la gestion de projet, il organise les activités en les définissant et en déterminant les acteurs et les méthodes nécessaires à leur réalisation. Puis, le cadre contrôle la répartition des ressources en approuvant ou non les décisions proposées par les collaborateurs, à partir de « *modèles* » ou de « *plans* » qu'il a formés intellectuellement. Ceci permet une cohérence dans l'ensemble des décisions prises.

En effet, les rôles décisionnels développés précédemment se manifestent lors d'activités réalisées par le cadre dans le domaine de la qualité. Ceci se justifie notamment lorsqu'il définit et conduit des projets d'amélioration (rôle d'« *entrepreneur* »), lorsqu'il décide d'actions à effectuer rapidement dans le cadre d'un événement indésirable (rôle de « *régulateur* »), ou encore lorsqu'il hiérarchise les priorités à partir de la cartographie des risques (rôle de « *répartiteur de ressources* »).

En conclusion, sept des dix rôles exposés par Henry Mintzberg peuvent être tenus par le cadre de santé dans le domaine de la qualité. Ceci révèle que sa fonction l'amène à accomplir de nombreuses activités.

### **2.3.3 Les activités du cadre de santé**

Il est proposé une définition du mot « *activité* » dans le document qui réunit les référentiels d'activités et de compétences du cadre de santé : « *L'activité est le premier niveau de regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé* »<sup>23</sup>. Ainsi, les activités indiquées dans le « *Référentiel d'activités du cadre de santé responsable de*

---

<sup>23</sup> Ministère des Affaires sociales et de la santé – DGOS, op. cit., p. 21.

*secteur d'activités de soin* » rassemblent chacune plusieurs opérations réalisées par le cadre de santé.

Ce texte liste sept activités relatives à l'exercice du manager et les présente de cette manière :

1. Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées
2. Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
3. Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles
4. Gestion et développement des compétences
5. Animation de la démarche qualité et gestion des risques
6. Mise en place et animation de projets
7. Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation

Il peut être constaté que ces activités se déduisent des rôles du cadre identifiés par Henry Mintzberg et de la définition du métier de l' « *Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales* », étudiés précédemment.

Par ailleurs, Robert Coulon traite de l'activité du cadre de santé dédiée à l'organisation de l'activité, au travers d'un papier de recherche<sup>24</sup>. Celui-ci se demande si la fonction d'un cadre de santé hospitalier se distingue de celle d'un cadre qui exerce dans l'industrie ou le domaine des services. A partir de trois constats, il conclut par l'affirmative.

Premièrement, l'auteur qualifie le cadre de proximité de « *proactif* » puisqu'il établit la planification de l'activité à partir des transmissions de sa hiérarchie en plus de celles des collaborateurs. En revanche, il explique que le cadre de santé est quant à lui réactif car l'organisation de l'activité dépend essentiellement des décisions prises par les médecins et des informations transmises par le personnel paramédical.

De plus, le rédacteur atteste que l'organisation de l'activité en milieu hospitalier nécessite une implication plus importante de la part du cadre que dans le secteur industriel et le secteur des services. Il argumente en développant que la prise en charge d'un patient étant individualisée, le cadre de santé ne peut pas gérer les trajectoires des patients à partir de protocoles. Par ailleurs, il expose que de nombreux imprévus peuvent se produire en lien avec l'organisation de l'activité (annulations de transferts de patients, entrées de patients supplémentaires, aggravation de l'état de santé d'un patient, etc.).

Enfin, Robert Coulon constate que « *le cadre de santé hospitalier coordonne les trajectoires de patients en s'appuyant sur deux systèmes de logiques qui peuvent entrer en contradiction* » alors que le cadre d'industrie ou pratiquant dans les services s'appuie principalement sur un « *système de logiques relevant de l'utilité* ». Selon l'auteur, le cadre de santé se réfère également à un « *système de logiques relevant des spécificités des soins hospitaliers* ». Ceci l'amène lors de prises de décisions concernant des « *cas 'problématiques'* » à arbitrer réflexivement et subjectivement entre des systèmes de logiques susceptibles d'être contradictoires :

---

<sup>24</sup> Robert Coulon, op. cit., p. 21.

- logique marchande (privilégier l'aspect économique) ou logique de soins hospitaliers (prioriser la qualité des soins)
- logique processus (s'appuyer sur des protocoles) contre logique trajectoires (individualiser la prise en charge d'un patient)
- logique fonction (employer un management directif) ou logique métier (employer un management participatif)
- logique managériale (privilégier la polyvalence) ou logique administrative (respecter les statuts des professionnels)

Robert Coulon précise que *« les cas qui posent problème aux cadres de santé hospitaliers sont nombreux et variés. Ils sont de plus en plus fréquents du fait des réductions de moyens qui accompagnent l'affirmation de la logique gestionnaire à l'hôpital »*.

Ainsi, dans le cadre de l'organisation de l'activité d'une unité de soins, le cadre de santé pourrait être conduit à arbitrer entre l'aspect économique et la qualité des soins. Or, d'après une enquête<sup>25</sup>, les cadres de santé sont considérés comme *« incon-tournables »* pour le développement de la culture qualité. Celle-ci révèle également qu'un manque de mobilisation de leur part serait un frein au développement de la culture qualité.

A ce sujet, Anne-Claire Duval estime que *« le cadre de santé joue un rôle prépondérant dans la mise en place et l'application de la démarche qualité au sein d'un service de soins et d'un établissement »*<sup>26</sup>. Elle explique que celui-ci gère des projets liés au domaine de la qualité dans le service dont il est responsable. Aussi, il sensibilise les professionnels de santé à la démarche qualité. Elle ajoute que les cadres de santé, en collaboration avec l'encadrement de pôle, réalisent la promotion et dynamisent la démarche qualité au sein de l'établissement. Enfin, la rédactrice expose qu'*« avec l'équipe soignante, le cadre de santé décline et formalise la démarche d'amélioration de la qualité en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques et la politique institutionnelle »*.

Puis, David Colmont, dans le cadre de la gestion des risques, évoque également qu'il est du ressort des managers de sensibiliser les soignants à la déclaration immédiate des événements indésirables<sup>27</sup>. Néanmoins, il complète que les managers doivent effectuer un *« retour rapide »* aux personnes ayant déclaré un événement indésirable afin qu'elles puissent en saisir l'intérêt. Ceci permettra ultérieurement aux cadres *« [...] d'établir des plans d'actions visant la résolution de problématiques de terrain »*.

## 2.4 Problématique : cheminement vers les hypothèses

A présent, les notions et les concepts identifiés dans la question de départ ayant été étudiés, il m'est possible de formuler des hypothèses.

Premièrement, comme l'explique Dominique Boudin, l'encadrement, de par son positionnement entre la direction et le personnel, *« a une responsabilité majeure dans le développement et l'implication des collaborateurs »*. Son

---

<sup>25</sup> Loïc Turbel, op. cit., p. 5.

<sup>26</sup> Anne-Claire Duval, op. cit., p. 12.

<sup>27</sup> David Colmont, op. cit., p. 6.

engagement représenterait donc un facteur favorisant la contribution des soignants à la démarche qualité.

De plus, l'article rédigé par Jean-Pierre Caliste, Maria-Cristina Galeazzi, Jean-Claude Pena et Guy Veninger met en évidence que l'emploi d'une méthode participative permet l'implication des collaborateurs dans la démarche qualité de l'établissement.

En outre, le rôle de « leader », l'un des rôles interpersonnels identifiés par Henry Mintzberg, reflète les relations du cadre avec les collaborateurs qu'il encadre, motive et dirige. L'auteur précisant qu'un rôle peut être interprété de différentes manières, le rôle de « leader » pourrait donc l'être également. Ensuite, le rôle de « diffuseur », rôle lié à l'information, repose sur la diffusion des informations provenant de l'extérieur vers son organisation, ou sur la diffusion des informations provenant d'un collaborateur de l'organisation vers un autre. Ainsi, ce rôle pourrait influencer les personnels de par les informations diffusées. Puis, Anne-Claire Duval, qui estime que « *le cadre de santé joue un rôle prépondérant dans la mise en place et l'application de la démarche qualité au sein d'un service de soins et d'un établissement* », explique que celui-ci sensibilise les professionnels de santé à la démarche qualité. De plus, elle expose qu'il réalise la promotion et dynamise la démarche qualité au sein de l'établissement, en collaboration avec l'encadrement de pôle.

D'autre part, Bernard Diridollou, en indiquant que « *manager, c'est réguler des relations entre des personnes qui occupent des fonctions différentes, au sein d'un ensemble plus vaste, celui de l'entreprise, en recentrant chacun vers l'atteinte d'un but commun* », révèle que la fonction d'un manager est notamment d'animer une équipe au regard d'un but commun. Aussi, ses écrits évoquent que la diffusion des informations auprès des personnels permet de les mobiliser, de les motiver et de donner du sens à leurs activités. Enfin, l'auteur, qui établit fréquemment un lien entre la mobilisation et la motivation des collaborateurs, pense que la motivation des employés provient notamment du comportement et de l'engagement du supérieur hiérarchique : « [...] *une des conditions majeures de la motivation réside dans la valeur de l'exemple donné par le responsable direct* [...] ». Alors, en établissement de santé, le cadre de santé pourrait représenter un acteur favorisant la motivation et la mobilisation des soignants, de par son comportement et son engagement.

Sur la base de ces données, je formule donc une première hypothèse :

***La contribution des soignants à la démarche qualité serait influencée par le leadership du cadre de santé.***

D'autre part, Hélène Schetting explique que les objectifs du management bienveillant sont la productivité, le bien-être au travail, la prévention des risques psycho-sociaux et du burn-out. Raphaël H. Cohen développe également les bénéfices du leadership bienveillant. Selon lui, il conduit aussi à répondre à l'évolution des attentes des collaborateurs au regard du travail : « [...] *l'opportunité de se réaliser, de développer ses compétences ou encore de cultiver des relations humaines* ». Par ailleurs, il indique que ce type de leadership permet de s'adapter à la génération Y dont les besoins diffèrent (inspiration, confiance, travail porteur de sens). Puis, le rédacteur s'appuie sur une étude pour attester que l'engagement des personnels mène à une hausse de la productivité et des bénéfices. Il met alors en corrélation les notions de bienveillance et de niveau d'engagement, avant de conclure sur les gains de ce leadership : « *Le leader bienveillant est au bout du compte générateur de*

*bénéfices car ses vertus engendrent un sentiment de sécurité et de confiance propice à une performance accrue ».*

D'après les écrits de Raphaël H. Cohen, son application implique notamment que le leader fasse confiance aux collaborateurs et qu'il donne le droit à l'erreur. Hélène Schetting ajoute en partie à ces pratiques : développer l'autonomie, valoriser et féliciter, pratiquer une communication verbale et non verbale adaptée.

En parallèle, les propos d'Anne-Claire Duval, expliquant qu'« [...] un retour positif serait également apprécié et source de motivation », suite à une visite de certification, pourraient être mis en corrélation avec le leadership bienveillant, en lien avec les pratiques « valoriser » et « féliciter » du manager.

Ainsi, bien que Raphaël H. Cohen affirme que le leadership bienveillant ne peut pas être employé par toute personne qui le souhaiterait, je pose cette deuxième hypothèse :

***Le leadership bienveillant du cadre de santé permettrait une contribution plus importante des soignants à la démarche qualité.***

Pour finir, les rôles décisionnels correspondent à la partie fondamentale de l'activité du cadre d'après Henry Mintzberg. Ils se réfèrent à l'ensemble des décisions importantes et à la conception de la stratégie de l'organisation par le cadre, qui possède l'autorité et l'information requises. Pour rappel, l'auteur définit l'organisation comme « [...] l'unité placée directement sous l'autorité formelle du cadre [...] ». Les rôles d'« entrepreneur », de « régulateur » et de « répartiteur de ressources » se manifestent également lors d'activités réalisées par le cadre dans le domaine de la qualité. Ceci se justifie notamment lorsqu'il définit et conduit des projets d'amélioration selon sa propre volonté, après avoir détecté des opportunités ou des problèmes au sein de l'organisation (rôle d'« entrepreneur ») ; lorsqu'il décide d'actions correctives à mettre en œuvre immédiatement dans le cadre d'un événement indésirable (rôle de « régulateur ») ; ou encore lorsqu'il effectue la programmation du temps en hiérarchisant les priorités de l'organisation à partir de la cartographie des risques (rôle de « répartiteur de ressources »).

D'autre part, Robert Coulon s'exprime dans un papier de recherche au regard de l'évolution du métier de cadre de santé : « A l'origine, ils étaient des techniciens du soin chargés de surveiller le cours de l'activité du service, les cadres de santé sont censés aujourd'hui devenir des gestionnaires d'unité ». De plus, celui-ci établit à partir d'une enquête que le cadre de santé exerçant à l'hôpital se distingue de la majorité des cadres de proximité travaillant dans l'industrie ou les services. L'auteur constate notamment que « le cadre de santé hospitalier coordonne les trajectoires de patients en s'appuyant sur deux systèmes de logiques qui peuvent entrer en contradiction », alors que le cadre d'industrie ou pratiquant dans les services s'appuie principalement sur un « système de logiques relevant de l'utilité ». Selon l'auteur, le cadre de santé se réfère également à un « système de logiques relevant des spécificités des soins hospitaliers ». Ceci l'amène lors de prises de décisions concernant des « cas 'problématiques' » à arbitrer réflexivement et subjectivement entre des systèmes de logiques susceptibles d'être contradictoires ; par exemple entre une logique marchande en privilégiant l'aspect économique et une logique de soins hospitaliers en priorisant la qualité des soins. En outre, Robert Coulon précise que « les cas qui posent problème aux cadres de santé hospitaliers sont nombreux et variés. Ils sont de plus en plus fréquents du fait des réductions de

*moyens qui accompagnent l'affirmation de la logique gestionnaire à l'hôpital* ». De ce fait, dans le cadre de l'organisation de l'activité d'une unité de soins, le cadre de santé pourrait être conduit à arbitrer entre l'aspect économique et la qualité des soins.

Par ailleurs, l'aspect économique et la qualité des soins sont mis en évidence dans la fiche métier «*Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales*», issue du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, établi par la Direction générale de l'offre de soins. La définition proposée par cette fiche énonce les missions du manager, qui portent notamment sur l'organisation de l'activité, la gestion médico-économique, la veille de l'efficacité et de la qualité des prestations. Ainsi, cette définition pourrait aussi expliquer que le cadre de santé, de par ses missions, doit arbitrer entre des logiques entrant en conflit.

Ainsi, ceci m'amène à formuler une troisième hypothèse :

***Le cadre de santé serait limité dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins, de par des injonctions provenant de l'extérieur de l'organisation.***

Il conviendrait dorénavant d'effectuer une enquête afin de soumettre ces trois hypothèses à l'épreuve des données issues de la pratique.



## **3 ENQUETE**

### **3.1 Choix de la population enquêtée**

Comme pour l'entretien exploratoire, il s'agirait d'interroger des cadres de santé lors de l'entretien principal. En effet, les hypothèses portent sur le rôle décisionnel du cadre de santé ou sur son leadership. Ainsi, il me semble optimal de questionner des personnes occupant cette fonction afin de recueillir leurs expériences vécues, leurs représentations et leurs opinions.

De plus, il me paraît plus adapté d'interviewer uniquement des cadres de santé diplômés, ces derniers ayant suivi notamment une formation théorique. Ceci pourrait permettre une homogénéité au regard des réponses apportées et d'améliorer la qualité des données récoltées.

Cependant, il me semble intéressant d'interroger des cadres de santé dont la durée d'exercice diffère afin d'obtenir un échantillon représentatif.

### **3.2 Choix du lieu enquêté**

De la même manière que l'entretien exploratoire, il me paraît nécessaire de s'entretenir avec des cadres de santé exerçant dans des établissements de santé afin de questionner des acteurs concernés par le management et la démarche qualité.

D'autre part, il me semble essentiel d'enquêter au sein d'établissements de santé publics et également au sein d'établissements de santé privés. Ceci pourrait permettre d'établir, lors de l'analyse croisée des données, s'il existe une hétérogénéité en matière de représentations, d'opinions et/ou de pratiques.

Pour les mêmes raisons, il conviendrait aussi d'interroger des managers pratiquant dans des unités de soins différentes afin de déterminer si des distinctions sont apparentes selon les spécialités.

### **3.3 Choix de l'outil d'enquête**

Pareillement à la phase exploratoire, l'entretien me paraît être l'outil d'enquête le plus adapté pour confronter les hypothèses aux données issues de la pratique.

Premièrement, comme expliqué par Morgane Le Gal lors d'un cours à l'Ecole Supérieure Montsouris(43), celui-ci permet le développement d'une démarche qualitative et la favorisation de l'expression des points de vue et des opinions des enquêté(e)s. En effet, l'entretien représente une méthode qui sert une approche compréhensive par le biais de la production d'un discours, de témoignages sur des représentations et des pratiques. Celui-ci permet notamment l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques ainsi qu'aux événements dont ceux-ci ont pu être les témoins. De plus, l'entretien amène à mettre en évidence les systèmes de valeurs, les repères normatifs et les interprétations de la réalité à partir desquels les acteurs s'orientent et se déterminent. Puis, il conduit à prendre en compte le contexte dans lequel la personne interrogée s'inscrit.

D'autre part, le choix de cet outil est approprié car l'entretien est adapté lorsque l'étude se centre sur les individus et/ou un groupe restreint.

En outre, il s'agirait plus précisément, comme pour la phase exploratoire, de réaliser des entretiens semi-directifs. N'étant ni totalement fermé, ni totalement ouvert, ce type d'entretien se situe à mi-chemin entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. L'enquêteur s'appuie sur un guide d'entretien structuré qui représente une trame lui permettant de mener l'entretien. Ainsi, le recours à plusieurs questions ouvertes et relances donne la possibilité à l'enquêté(e) de développer son discours.

En revanche, il est à noter que cet outil nécessite de disposer d'un temps suffisant pour l'analyse. En effet, pour que la richesse des entretiens soit exploitée de manière optimale, le traitement a posteriori demande du temps.

De plus, choisir l'entretien comme outil d'enquête peut conduire à l'apparition de divers biais. Morgane Le Gal développe que, selon Neuman, ceux-ci peuvent être classés dans six catégories.

Pour commencer, des erreurs sont possibles suite à des oublis, une mauvaise compréhension des questions ou encore suite à une gêne éprouvée par l'interviewé(e). D'autre part, des erreurs non intentionnelles peuvent être commises par l'enquêteur : mauvaise compréhension d'une réponse, prise en compte d'une réponse non pertinente ou incorrecte. Ensuite, le chercheur peut effectuer des altérations intentionnellement en modifiant les réponses fournies ou en reformulant des questions. Aussi, l'investigateur peut influencer les réponses données de par notamment son apparence, son attitude, ses réactions ou ses commentaires. Puis, les attentes de l'enquêteur sont capables de l'influencer en fonction de l'apparence, des réponses ou de la situation de vie de l'informateur. Enfin, des erreurs peuvent survenir en lien avec l'exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats de l'exploration.

En lien avec ces différents phénomènes, de nombreux biais susceptibles d'apparaître à l'occasion d'un entretien peuvent donc être identifiés : biais méthodologique, biais affectif (influence des états affectifs), biais de désirabilité sociale, biais de confirmation (privilégier les informations confirmant les hypothèses), biais d'auto-complaisance, biais de similarité (considérer plus favorablement les personnes nous ressemblant), biais de différence, etc.

Au regard des impacts possibles sur la recherche, différents moyens existent pour atténuer la probabilité de survenue de ces biais. Il convient alors pour un enquêteur d'en avoir connaissance et de les employer.

En lien avec les choix décrits précédemment, une grille d'entretien a été conçue (cf. Annexe 2). Ainsi, lors de la prochaine partie, les questions élaborées au sein de cette grille seront argumentées, discutées ; puis, les limites de cette recherche seront développées.

## 4 DISCUSSIONS ET LIMITES DE LA RECHERCHE

### 4.1 Discussions

La grille de l'entretien principal a été élaborée en fonction des hypothèses formulées et des données issues de la littérature, exposées au sein du cadre de référence.

Les premières questions correspondant au **profil de l'enquêté(e)** (« Quel âge avez-vous ? », « Depuis combien de temps exercez-vous au sein de ce service ? », « Depuis combien de temps êtes-vous titulaire d'un diplôme de cadre de santé ? ») ont pour objectif de mettre ce dernier en confiance. De plus, ces interrogations pourraient permettre de mettre en exergue des distinctions en matière de pratiques ou de représentations, selon les profils, lors de l'analyse croisée des données.

Ensuite, les quatre questions suivantes se rapportent à la première partie du cadre de référence : « **La qualité** ».

Il s'agirait dans un premier temps de recueillir la représentation de la formalisation de la qualité auprès des interviewés à partir de la question « Quelle est votre représentation de la formalisation de la qualité ? ». Ceci permettrait d'étudier comment la formalisation de la qualité est perçue par les cadres de santé. Le cadre de référence révèle que la qualité a toujours été une préoccupation des professionnels de santé et que son évaluation permettrait une démarche d'amélioration continue.

Dans un second temps, demander « Comment décririez-vous la qualité des soins ? » amènerait à l'appréciation de la description de la qualité des soins par les personnes sollicitées. Plusieurs réponses sont possibles puisque d'après la littérature de nombreuses définitions de la qualité existent.

Puis, l'interrogation « Comment définiriez-vous la démarche qualité en établissement de santé ? » conduirait quant à elle à apprécier la représentation et la définition de la démarche qualité par les cadres de santé. Elle permettrait d'établir si les cadres de santé distinguent « démarche qualité » et « certification » ; s'ils décrivent la démarche qualité comme un processus réflexif et dynamique permettant une amélioration continue de la qualité des soins, comme détaillé dans le cadre de référence.

La dernière question portant sur la qualité, « Selon vous, quels facteurs favoriseraient la réussite d'une démarche qualité ? », donnerait la possibilité de comparer voire de compléter les données issues de la littérature. En effet, cette dernière met en évidence que l'engagement de tous dont celui de la direction et de l'encadrement, la formalisation des procédures, la communication, la contribution et l'expertise des personnels, la gestion de projet, la culture qualité, la dynamique d'équipe ainsi que le transfert de savoirs participent à la réussite d'une démarche qualité.

Les cinq prochaines interrogations se réfèrent à la deuxième partie du cadre de référence, intitulée « **Le management** ».

Premièrement, il me semble essentiel de demander « En tant que cadre de santé, quels modes de management appliquez-vous ? », avant de poser la question « Quels modes de management pensez-vous employer dans le cadre

de la démarche qualité ? ». Cela permettrait tout d'abord de relever les modes de management appliqués par les managers au quotidien ; puis d'établir dans un second temps, après identification, si la démarche qualité conduit à l'emploi d'autres modes par ces mêmes personnes. Mon cadre de référence m'a permis de mettre en exergue différents modes de management propices à la démarche qualité comme le management situationnel ou encore le management bienveillant.

Quant à l'interrogation suivante, « Selon vous, que permet le leadership bienveillant du cadre de santé au regard de la démarche qualité ? », elle permettrait de soumettre l'hypothèse « *Le leadership bienveillant du cadre de santé permettrait une contribution plus importante des soignants à la démarche qualité* » à l'épreuve des données issues de la pratique. Pour confirmer cette hypothèse, les réponses attendues sont liées aux bénéfices de ce type de leadership. Le cadre de référence met en lumière que le leadership bienveillant contribue à la productivité, au bien-être au travail, à la prévention des risques psycho-sociaux et du burn-out, à la diminution de l'absentéisme, à répondre à l'évolution des attentes des collaborateurs au regard du travail (opportunité de se réaliser, développer ses compétences, cultiver des relations humaines, inspiration, travail porteur de sens), à l'engagement des personnels, à une performance accrue ainsi qu'à un sentiment de sécurité et de confiance.

D'autre part, demander « Quels facteurs favoriseraient la contribution des soignants ? » amènerait à l'appréciation des données provenant du « terrain » au regard des données étudiées lors de la rédaction du cadre de référence. C'est pourquoi plusieurs réponses sont possibles : un retour positif suite à une visite de certification, une approche ascendante, la création d'un « *Groupe des référents* », l'usage d'une méthode participative, la conception d'une « *formation-action* », la diffusion des informations ou encore le comportement et l'engagement du cadre de santé.

Puis, la question « En quoi le cadre de santé pourrait-il influencer la contribution des soignants à la démarche qualité ? » permettrait de confronter l'hypothèse « *La contribution des soignants à la démarche qualité serait influencée par le leadership du cadre de santé* » aux données issues du « terrain ». Afin de valider cette dernière, il conviendrait que les enquêté(e)s évoquent des notions liées au leadership du cadre, mises en évidence dans le cadre de référence ; telles que le management, le leadership, la motivation, la mobilisation des collaborateurs, le comportement et l'engagement du supérieur hiérarchique.

Pour finir, hormis la dernière interrogation « Avez-vous dit tout ce qui vous semblait important au regard du sujet de ce mémoire ? », qui servirait potentiellement à récolter des données non évoquées durant l'entretien, les questions suivantes correspondent à la troisième partie du cadre de référence : « **Le cadre de santé** ».

Il s'agirait tout d'abord de demander « Comment qualifieriez-vous le rôle du cadre de santé au regard de la démarche qualité ? » afin de comparer les données issues de la pratique et celles issues de la littérature. Cette dernière expose que le cadre de santé est considéré comme incontournable pour le développement de la culture qualité et qu'il joue un rôle prépondérant au regard de la démarche qualité. De plus, elle révèle que celui-ci gère des projets liés au domaine de la qualité, décline et formalise avec les soignants la démarche d'amélioration de la qualité, puis qu'il sensibilise les professionnels.

Ensuite, l'interrogation « Quelle est votre représentation des rôles décisionnels du cadre de santé ? » permettrait de recueillir la description des rôles décisionnels du cadre de santé par les interviewé(e)s. Mon cadre de référence établit que les rôles décisionnels représentent la partie fondamentale de l'activité du cadre. Ils découlent des rôles liés à l'information et se réfèrent à l'ensemble des décisions importantes ainsi qu'à la conception de la stratégie de l'organisation dont il est responsable.

La question suivante, « Selon vous, lors de quelles activités les rôles décisionnels du cadre de santé se manifestent-ils dans le domaine de la qualité ? », donnerait la possibilité de comparer voire de compléter les données développées dans le cadre de référence. Celui-ci m'a permis de mettre en exergue que les rôles décisionnels du cadre se manifestent dans le domaine de la qualité lorsque ce dernier définit et conduit des projets d'amélioration, décide d'actions correctives à mettre en œuvre rapidement, ou encore lorsqu'il hiérarchise les priorités de l'organisation.

Enfin, demander « En quoi le cadre de santé pourrait-il être limité dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins ? » permettrait de soumettre l'hypothèse « *Le cadre de santé serait limité dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins, de par des injonctions provenant de l'extérieur de l'organisation* » à l'épreuve des données issues de la pratique. Pour confirmer cette hypothèse, les réponses escomptées sont inhérentes aux données recueillies dans la littérature. Cette dernière met en lumière que, de par des réductions de moyens associés à l'affirmation de la logique gestionnaire à l'hôpital, le cadre de santé doit fréquemment arbitrer entre des systèmes de logiques pouvant être contradictoires : entre une logique marchande et une logique de soins hospitaliers ; entre l'aspect économique et la qualité des soins, mis en évidence dans la fiche métier du cadre de santé.

Cependant, je n'aurais pas eu l'occasion d'utiliser cette grille d'entretien lors de la formation conduisant au diplôme de cadre de santé.

## **4.2 Limites de la recherche**

Suite à la seconde et à la troisième vague de la crise sanitaire, l'Agence régionale de santé Ile-de-France a été amenée à suspendre la formation de cadre de santé durant neuf semaines pour la promotion 2020-2021, ainsi qu'à modifier son déroulement. De par ces événements, les objectifs liés au contenu du mémoire et les modalités de son évaluation ont été révisés.

Ceci aura eu un impact important sur le processus de recherche puisque la mise en œuvre de l'enquête et l'analyse des données ne font dorénavant plus partie des attendus au regard de la méthodologie. Pour ma part, cela provoque une frustration car je souhaiterais que les hypothèses formulées soient soumises à l'épreuve des données issues de la pratique et avoir connaissance des résultats après aboutissement de la méthodologie de recherche prévue initialement. En définitive, mes interrogations professionnelles se rapportant à cette étude restent pour l'instant en suspens. Ainsi, j'espère pouvoir poursuivre cette enquête prochainement dans un cadre universitaire. Je pense que ce questionnement mériterait d'être approfondi, notamment puisqu'il ne me paraît pas, suite à une revue de la littérature,

qu'une étude ait établi une corrélation entre le leadership bienveillant et la contribution des soignants à la démarche qualité.

Par ailleurs, je pense que j'aurais dû davantage anticiper et organiser la revue de la littérature de manière à mieux gérer mon temps. Le domaine de la recherche, au travers de l'aspect scientifique, me paraît indispensable pour la naissance de nouvelles hypothèses, l'acquisition de nouvelles connaissances et l'amélioration des pratiques.

De plus, la soutenance du mémoire n'aura pas lieu cette année. Alors, j'éprouve aussi un sentiment de privation puisque j'aurais apprécié pouvoir présenter, soutenir et échanger autour de ce travail.

Cependant, au cours de cette année de formation, lors de sa suspension et au cours de mes stages, j'ai pu constater que le cadre de santé peut influencer la contribution des soignants à la démarche qualité de par son propre engagement, la définition des projets d'amélioration et de la stratégie de l'unité de soins dont il est responsable. Aussi, selon les modes de management qu'il applique, tels que le management situationnel ou encore le management collaboratif, le cadre de santé a la capacité de motiver, de faire participer, de transmettre les informations nécessaires et de donner du sens aux activités. Ainsi, je pense que l'hypothèse « *La contribution des soignants à la démarche qualité serait influencée par le leadership du cadre de santé* » pourrait certainement être confirmée après la réalisation d'une enquête.

De plus, après revue de la littérature et au regard de ces données, il m'est possible d'apporter des éléments de réponse à la question de départ : « *En quoi le management du cadre de santé permettrait-il la contribution des soignants à la démarche qualité ?* ». Il me paraît que le management du cadre de santé permet la contribution des soignants à la démarche qualité du fait de l'application de modes de management, de l'implication du manager, de ses missions, de ses activités et de ses rôles.

D'autre part, j'ai également pu observer durant cette année de formation que le cadre de santé peut être limité dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins de par des injonctions provenant de l'extérieur de l'organisation. Par exemple, j'ai eu l'occasion de noter qu'un projet d'amélioration, défini selon la propre volonté du manager après avoir détecté des problèmes au sein de l'unité, peut être interrompu suite à une incompatibilité avec la stratégie de l'institution et à des réductions de moyens. Alors, il est amené à s'adapter aux décisions prises par des acteurs extérieurs à l'unité de soins qu'il gère, soit en innovant, soit en subissant l'interruption du projet tout en s'assurant de la traçabilité de ses observations et des actions entreprises. C'est pourquoi je suppose qu'une enquête révélerait la validation de l'hypothèse « *Le cadre de santé serait limité dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins, de par des injonctions provenant de l'extérieur de l'organisation* ».

En revanche, il ne me semble pas avoir eu l'occasion d'apercevoir les bénéfices du leadership bienveillant du cadre de santé vis-à-vis de la contribution des soignants à la démarche qualité. Ceci renforce mon souhait de connaître le résultat inhérent à la soumission de l'hypothèse « *Le leadership bienveillant du cadre de santé permettrait une contribution plus importante des soignants à la démarche qualité* » à l'épreuve des données issues de la pratique.

## CONCLUSION

Malgré les difficultés rencontrées lors de cette année de formation en lien avec la crise sanitaire, ce travail de recherches m'a beaucoup apporté en matière d'apprentissage.

Premièrement, ce dernier m'a permis de développer mes capacités en matière d'anticipation, d'organisation, d'analyse, de prise de décision, d'auto-évaluation et d'objectivité. J'ai également pu développer ma capacité d'adaptation de par les modifications des objectifs liés au contenu du mémoire.

De plus, effectuer une revue de la littérature m'a amené à acquérir de nombreuses connaissances au regard de la qualité : l'évolution de sa formalisation, l'origine du PDCA, les niveaux de la qualité des soins, etc. Aussi, j'ai assimilé des savoirs se rapportant aux modèles de management détaillés dans le cadre de référence (management situationnel, management bienveillant et management de la qualité). Ainsi, le but défini au début de ce mémoire, « développer davantage mes compétences dans les domaines du management et de la qualité », est atteint.

D'autre part, ce travail de recherches m'a conduit à développer une analyse réflexive et stratégique sur mes futures pratiques, notamment en termes de contribution des soignants à la démarche qualité et d'application de modes de management. Par ailleurs, je projette de partager cette réflexion avec la direction des soins et la direction de la qualité de l'établissement dans lequel j'exerce.

Ensuite, cette étude a aussi entraîné un questionnement autour de mon futur positionnement, de ma future fonction, en lien avec l'influence, les responsabilités et la complexité des rôles du cadre de santé. Elle m'a permis d'envisager mon implication et les modes de management que j'emploierai, tels que le management bienveillant et le management situationnel, afin de favoriser la motivation ainsi que la contribution des soignants à la démarche qualité, tout en m'assurant de leur bien-être au travail. En outre, en réponse au sous-titre de ce mémoire, j'affirme que le cadre de santé est un acteur indispensable pour garantir la qualité des soins.

En définitive, malgré sa densité, j'aurais pris beaucoup de plaisir à réaliser ce travail. C'est pourquoi je réitère mon souhait de finaliser cette recherche ultérieurement.

L'hypothèse « *Le leadership bienveillant du cadre de santé permettrait une contribution plus importante des soignants à la démarche qualité* » ne me semblant pas pouvoir être confirmée, je précise une nouvelle question de recherche :

***Dans quelle mesure le management bienveillant permettrait-il au cadre de santé de développer la contribution des soignants à la démarche qualité ?***

## BIBLIOGRAPHIE

1. Plante J, Bouchard C. La qualité. Sa définition et sa mesure. *Serv Soc.* 12 avr 2005;47(1-2):27-61.
2. Hurlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. *adsp.* juin 2001;(35):23-8.
3. Le développement de la Culture Qualité dans les Etablissements de Santé : quels enjeux, freins et évaluations ? [Internet]. *ManagerSante.com®*. 2017 [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://managersante.com/2017/07/10/le-developpement-de-la-culture-qualite-dans-les-etablissements-de-sante-quels-enjeux-freins-et-evaluations/>
4. Colmont D. Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes ? *Objectif soins.* nov 2011;(200):35-7.
5. Boudin D. Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité. *adsp.* juin 2001;(35):25.
6. Colmont D. Le profil de risques, outil de management de la qualité. *Soins Cadres.* févr 2019;28(109):51-6.
7. Morel M-A. Qualité des soins. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 6 mars 2021]. p. 256-60. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
8. Dumond J-P. La qualité : du silence à la transparence. In: *Les organisations de santé.* IAE Gustave Eiffel; 2020. p. 36-9.
9. Mitterrand F. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juill 31, 1991.
10. Chirac J. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. 96-346.
11. Juppé A. Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [Internet]. *Légifrance.* [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000381075>
12. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. *Haute Autorité de santé;* 2020 oct p. 3.
13. Chirac J. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
14. Watelet A. La mise en oeuvre d'une démarche qualité par la certification V2014. *Université Paris-Est Marne-la-Vallée;* 2017 oct p. 15.
15. Qualité [Internet]. *Dictionnaire de l'Académie française.* [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9Q0065>



16. Bathelot B. Qualité [Internet]. Définitions Marketing. 2019 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.definitions-marketing.com/definition/qualite/>
17. Orvain J. Le management par la qualité. In: Le management en santé. Presses de l'EHESP; 2018. p. 379-402. (Références Santé Social).
18. Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : résultats annuels des indicateurs et lancement du site d'information public. Institut Pasteur: Scope Santé; 2013 nov.
19. Définitions : démarche [Internet]. Larousse. [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9marche/23213>
20. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé [Internet]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2002 [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
21. Caliste J-P, Galeazzi M-C, Pena J-C, Veninger G. Management dynamique de la Qualité à l'Établissement Public de Santé Maison Blanche (EPSMB). Proj Proyética Proj. 2011;8(2):21.
22. Duval A-C. Intégration de la démarche qualité dans les pratiques infirmières, enjeux et leviers d'amélioration. Soins. oct 2018;63(829):38-41.
23. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. Organisation mondiale de la Santé; 2012 p. 3.
24. Lorino P. Pragmatism and Organization Studies [Internet]. Vol. 1. Oxford University Press; 2018 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198753216.001.0001/oso-9780198753216>
25. Benchehida S. Le management de la qualité en santé. AFNOR Editions; 2018. 81 p.
26. Management [Internet]. Dictionnaire de l'Académie française. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M0438>
27. Qu'est-ce que le management ? [Internet]. Alternatives Economiques. 2014 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.alternatives-economiques.fr/quest-management/00067129>
28. Mintzberg H. Le management : voyage au centre des organisations. Editions d'Organisation; 2004. 703 p.
29. Meier O. Henry Fayol – Les principes de « saine » administration de l'entreprise. In: Les Grands Auteurs en Management [Internet]. EMS Editions; 2017 [cité 24 mai 2021]. p. 41-54. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-grands-auteurs-en-management--9782376870432-page-41.htm>
30. Diridollou B. Manager son équipe au quotidien. 6<sup>e</sup> éd. Editions Eyrolles; 2019. 175 p.
31. Stern P, Schoettl J-M. Le management situationnel [Internet]. Emarketing.fr. 2017 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.emarketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Le-management-situationnel-325507.htm#&utm\\_source=social\\_share&utm\\_medium=share\\_button&utm\\_campaign=share\\_button](https://www.emarketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Le-management-situationnel-325507.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button)

32. Schetting H. Comment Devenir Un Manager Bienveillant En 6 Points Clés ? [Internet]. Forbes. 2017 [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.forbes.fr/management/comment-devenir-un-manager-bienveillant/amp/>
33. Cohen RH. Plaidoyer pour un leadership bienveillant. *Expans Manag Rev.* mars 2013;(148):90-9.
34. management par la qualité [Internet]. FranceTerme. 2006 [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.culture.fr/franceterme/terme/ECON980>
35. contribution [Internet]. Dictionnaire de l'Académie française. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C4051>
36. soignant, soignante [Internet]. Larousse. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant/73228>
37. Farnault P, Desserprit G. *Concours Cadre de santé 2017-2018.* Elsevier Masson; 2016. 211 p.
38. Juppé A. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. 95-926 août 18, 1995.
39. Coulon R. *Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers.* Université de Bourgogne; 2010 avr.
40. Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales [Internet]. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27#ancr1>
41. *Diplôme de Cadre de santé Référentiels d'activités et de compétences.* Ministère des Affaires sociales et de la santé - DGOS; 2012.
42. Mintzberg H. Les rôles professionnels du cadre. In: *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre.* 2<sup>e</sup> éd. Editions Eyrolles; 2019. p. 65-111.
43. Le Gal M. *L'entretien de recherche.* 2021 févr; Ecole Supérieure Montsouris.

## **TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Grille d'entretien exploratoire

Annexe 2 : Grille de l'entretien principal

## **Annexe 1 : Grille d'entretien exploratoire**

Etudiant cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris, je vous sollicite pour un entretien dans le cadre de mon mémoire. Le sujet de ce dernier porte sur le management du cadre de santé et l'intérêt des soignants dans le domaine de la qualité.

Je vous remercie pour votre disponibilité. La durée de cet entretien est estimée à 30 minutes.

Toutes vos réponses seront prises en compte, anonymes et confidentielles. Afin de retranscrire exactement cet entretien, puis-je l'enregistrer ? Pour information, en fonction de vos propos, il est possible que je vous relance afin d'éclaircir votre réponse.

**Q1 Comment qualifieriez-vous la culture qualité de l'établissement dans lequel vous exercez ?**

**Q2 Quelles sont vos observations sur l'intérêt des soignants pour le domaine de la qualité ?**

**Q3 Quelles actions effectuez-vous afin de les motiver dans ce domaine ?**

**Q4 Selon vous, quel mode de management est le plus efficace pour susciter de l'intérêt chez les soignants dans le domaine de la qualité ?**

**Q5 Que pensez-vous de l'emploi du management participatif au regard de la qualité ?**

**Q6 Au regard de la qualité, ce mode de management est-il appliqué par l'ensemble des cadres de santé de l'établissement ?**

**JE VOUS REMERCIE DE VOTRE PARTICIPATION**

## Annexe 2 : Grille de l'entretien principal

Etudiant cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris, je vous sollicite pour un entretien dans le cadre de mon mémoire. Le sujet de ce dernier porte sur le management du cadre de santé et la contribution des soignants à la démarche qualité.

Je vous remercie pour votre disponibilité. La durée de cet entretien est estimée à 45 minutes.

Toutes vos réponses seront prises en compte, anonymes et confidentielles.

Afin de retranscrire exactement cet entretien, puis-je l'enregistrer ?

Pour information, en fonction de vos propos, il est possible que je vous relance afin d'éclaircir votre réponse.

THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE	OBJECTIFS	MOTS CLES
<b>PROFIL DE L'ENQUETE(E)</b>	Quel âge avez-vous ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre l'enquêté(e) en confiance</li> <li>- Exploiter ces données lors de l'analyse croisée</li> </ul>	
	Depuis combien de temps exercez-vous au sein de ce service ?			
	Depuis combien de temps êtes-vous titulaire d'un diplôme de cadre de santé ?			
<b>LA QUALITE</b>	Quelle est votre représentation de la formalisation de la qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que représente pour vous la formalisation de la qualité ?</li> <li>- Que pensez-vous de l'évaluation de la qualité ?</li> <li>- Selon vous, quels sont les avantages de l'évaluation de la qualité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueillir la représentation de la formalisation de la qualité auprès des enquêtés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la qualité</li> <li>- Préoccupation</li> <li>- Nécessité, liée au risque d'une dégradation de la qualité</li> <li>- Législation</li> <li>- Certification, exigences</li> <li>- Haute Autorité de santé</li> <li>- Démarche d'amélioration continue</li> </ul>

THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE	OBJECTIFS	MOTS CLES
<b>LA QUALITE</b>	Comment décrieriez-vous la qualité des soins ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment définiriez-vous la qualité des soins ?</li> <li>- Quelle signification donneriez-vous à la qualité des soins ?</li> <li>- Selon vous, qu'est-ce que la qualité des soins ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprécier la description de la qualité des soins par les cadres de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction (des besoins)</li> <li>- Difficile à définir et à atteindre</li> <li>- Équité, accessibilité</li> <li>- Résultat, efficacité, efficience</li> <li>- Gestion des risques, sécurité</li> <li>- Multidimensionnelle</li> <li>- Caractéristiques techniques et relationnelles</li> <li>- Conformité des équipements</li> <li>- Participation des usagers</li> <li>- Démarche d'évaluation et d'amélioration, procédures</li> </ul>
	Comment définiriez-vous la démarche qualité en établissement de santé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment décrieriez-vous la démarche qualité ?</li> <li>- Quelle est votre représentation de la démarche qualité</li> <li>- Selon vous, que permet la démarche qualité en établissement de santé ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprécier la représentation et la définition de la démarche qualité par les enquêtés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluée lors de la certification</li> <li>- A distinguer de la certification</li> <li>- Actions, amélioration continue de la qualité des soins</li> <li>- Importante</li> <li>- Interne à l'organisation</li> <li>- Processus réflexif et dynamique</li> <li>- Atteinte d'un résultat</li> <li>- « Façon d'agir » en qualité</li> <li>- Satisfaire des exigences</li> </ul>
	Selon vous, quels facteurs favoriseraient la réussite d'une démarche qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'après vous, quels sont les facteurs qui potentialiseraient la réussite d'une démarche qualité ?</li> <li>- Selon vous, qu'est-ce qui permettrait la réussite d'une démarche qualité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparer les données issues de la littérature et celles issues de la pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persévérance</li> <li>- Formalisation des procédures</li> <li>- Implication de la direction</li> <li>- Implication de l'encadrement</li> <li>- Communication</li> <li>- Contribution et expertise des personnels</li> <li>- Gestion de projet</li> <li>- Culture qualité</li> <li>- Dynamique d'équipe</li> </ul>

THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE	OBJECTIFS	MOTS CLES
<b>LE MANAGEMENT</b>	En tant que cadre de santé, quels modes de management appliquez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels modes de management pensez-vous appliquer ?</li> <li>- Quels types de management employez-vous ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les modes de management employés par les cadres de santé interrogés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Slow management</li> <li>- Management humaniste</li> <li>- Management collaboratif</li> <li>- Management situationnel</li> <li>- Management directif, persuasif, participatif ou délégatif</li> <li>- Management bienveillant</li> </ul>
	Quels modes de management pensez-vous employer dans le cadre de la démarche qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels modes de management appliquez-vous dans le cadre de la démarche qualité ?</li> <li>- Quels types de management employez-vous dans le cadre de la démarche qualité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relever les modes de management employés par les enquêtés dans le cadre de la démarche qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Slow management</li> <li>- Management humaniste</li> <li>- Management collaboratif</li> <li>- Management situationnel</li> <li>- Management directif, persuasif, participatif ou délégatif</li> <li>- Management bienveillant</li> </ul>
	Selon vous, que permet le leadership bienveillant du cadre de santé au regard de la démarche qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'après vous, quels sont les bénéfices du management bienveillant du cadre de santé au regard de la démarche qualité ?</li> <li>- Selon vous, l'application d'un mode de management participant au bien-être au travail permet-elle une contribution plus importante des soignants à la démarche qualité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soumettre la deuxième hypothèse à l'épreuve des données issues de la pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Productivité, performance</li> <li>- Bien-être au travail</li> <li>- Opportunité de se réaliser</li> <li>- Développer les compétences, l'autonomie des collaborateurs</li> <li>- Cultiver des relations humaines</li> <li>- Inspiration, confiance</li> <li>- Travail porteur de sens</li> <li>- Engagement des personnels</li> <li>- Donner le droit à l'erreur</li> <li>- Valoriser et féliciter</li> <li>- Pratiquer une communication verbale et non verbale adaptée</li> </ul>

THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE	OBJECTIFS	MOTS CLES
<b>LE MANAGEMENT</b>	Quels facteurs favoriseraient la contribution des soignants ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'après vous, quels sont les facteurs qui potentialiseraient la contribution des soignants ?</li> <li>- Selon vous, qu'est-ce qui permettrait la contribution des soignants ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprécier les données provenant du « terrain » au regard des données provenant de la littérature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retour positif, reconnaissance</li> <li>- Approche ascendante</li> <li>- Méthode participative</li> <li>- Conception d'une « formation-action »</li> <li>- Diffusion des informations</li> <li>- Donner du sens aux activités</li> <li>- Valeur de l'exemple donné par le responsable direct</li> </ul>
	En quoi le cadre de santé pourrait-il influencer la contribution des soignants à la démarche qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi le cadre de santé pourrait-il représenter un acteur favorisant la contribution des soignants à la démarche qualité ?</li> <li>- D'après vous, le leadership du cadre de santé influence-t-il la contribution des soignants à la démarche qualité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soumettre la première hypothèse à l'épreuve des données issues de la pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Management, leadership</li> <li>- Motivation, mobilisation des collaborateurs</li> <li>- Comportement et engagement du supérieur hiérarchique</li> </ul>
<b>LE CADRE DE SANTE</b>	Comment qualifieriez-vous le rôle du cadre de santé au regard de la démarche qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle est votre représentation du rôle du cadre de santé au regard de la démarche qualité ?</li> <li>- Que pensez-vous du rôle du cadre de santé au regard de la démarche qualité ?</li> <li>- Selon vous, quel est le rôle du cadre de santé au regard de la démarche qualité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparer les données issues de la littérature et celles issues de la pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontournable pour le développement de la culture qualité</li> <li>- Prépondérant</li> <li>- Gère des projets liés au domaine de la qualité</li> <li>- Sensibilise les professionnels</li> <li>- Réalise la promotion et dynamise la démarche qualité</li> <li>- Décline et formalise avec les soignants la démarche d'amélioration de la qualité</li> </ul>



THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE	OBJECTIFS	MOTS CLES
<b>LE CADRE DE SANTE</b>	Quelle est votre représentation des rôles décisionnels du cadre de santé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment décrieriez-vous les rôles décisionnels du cadre de santé ?</li> <li>- Que représentent pour vous les rôles décisionnels du cadre de santé ?</li> <li>- Que pensez-vous des rôles décisionnels du cadre de santé ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueillir la représentation des rôles décisionnels du cadre de santé auprès des enquêtés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partie fondamentale de l'activité du cadre</li> <li>- Découlent des rôles liés à l'information</li> <li>- Se réfèrent à l'ensemble des décisions importantes et à la conception de la stratégie de l'organisation</li> </ul>
	Selon vous, lors de quelles activités les rôles décisionnels du cadre de santé se manifestent-ils dans le domaine de la qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'après vous, lors de quelles activités le cadre de santé prend-il des décisions dans le domaine de la qualité ?</li> <li>- Quand le cadre de santé prend-il des décisions dans le domaine de la qualité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compléter les données récoltées à partir de la littérature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition et conduite des projets d'amélioration</li> <li>- Décisions d'actions correctives à mettre en œuvre rapidement</li> <li>- Programmation du temps en hiérarchisant les priorités de l'organisation</li> </ul>
	En quoi le cadre de santé pourrait-il être limité dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce qui pourrait restreindre le cadre de santé dans sa prise de décision au regard de la qualité des soins ?</li> <li>- Quels freins limiteraient le cadre de santé dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins ?</li> <li>- Selon vous, le cadre de santé est-il limité dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins, de par des injonctions provenant de l'extérieur de l'organisation ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soumettre la troisième hypothèse à l'épreuve des données issues de la pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbitrage entre des systèmes de logiques pouvant être contradictoires</li> <li>- Logique marchande ou logique de soins hospitaliers</li> <li>- Arbitrage entre l'aspect économique et la qualité des soins, mis en évidence dans la fiche métier du cadre de santé</li> <li>- Réductions de moyens</li> <li>- Affirmation de la logique gestionnaire à l'hôpital</li> </ul>

THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE	OBJECTIFS	MOTS CLES
<b>CONCLUSION</b>	Avez-vous dit tout ce qui vous semblait important au regard du sujet de ce mémoire ?		- Récolter potentiellement des données non évoquées durant l'entretien	

**JE VOUS REMERCIE DE VOTRE PARTICIPATION**

# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@20-21

### TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

### TITRE DU DOCUMENT

Le management par la qualité du cadre de santé

*Le cadre de santé : un acteur indispensable pour garantir la qualité des soins ?*

### AUTEUR

Sébastien HIDALGO

### MOTS CLÉS

cadre de santé; contribution des soignants;  
établissement de santé; management;  
qualité

### KEY WORDS

contribution of caregivers; healthcare  
facility; healthcare manager; management;  
quality

### RÉSUMÉ

Après avoir délimité le thème « Le management et la qualité » pour ce travail de recherches, le constat de départ et l'exploration m'ont amené à préciser une question de départ.

Par la suite, trois hypothèses ont été formulées, suite à une revue de la littérature et à la rédaction du cadre de référence, selon les notions et les concepts identifiés dans la question de départ : la qualité, le management et le cadre de santé.

Malgré l'absence de l'enquête et de l'analyse de par la continuité de la crise sanitaire, je suppose, d'après mes observations durant cette année de formation, que les hypothèses « *La contribution des soignants à la démarche qualité serait influencée par le leadership du cadre de santé* » et « *Le cadre de santé serait limité dans son rôle décisionnel au regard de la qualité des soins, de par des injonctions provenant de l'extérieur de l'organisation* » pourraient être confirmées après la réalisation d'une enquête.

Cependant, l'hypothèse « *Le leadership bienveillant du cadre de santé permettrait une contribution plus importante des soignants à la démarche qualité* » ne me paraissant pas pouvoir être validée, je précise une nouvelle question de recherche : *Dans quelle mesure le management bienveillant permettrait-il au cadre de santé de développer la contribution des soignants à la démarche qualité ?*

### ABSTRACT

After defining the theme "Management and quality" for this research project, the initial observation and exploration led me to define a starting question.

Subsequently, three hypotheses were formulated, following a review of the literature and the drafting of the frame of reference, according to the notions and concepts identified in the starting question : the quality, the management and the healthcare manager.

Despite the absence of the investigation and the analysis due to the continuity of the health crisis, I assume from my observations during this year of training that the hypotheses "*The contribution of caregivers to the quality approach would be influenced by the leadership of the healthcare manager*" and "*The healthcare manager would be limited in his or her decision-making role with regard to the quality of care by injunctions coming from outside the organisation*" could be confirmed after an investigation had been carried out.

However, as the hypothesis "*The benevolent leadership of the healthcare manager would allow a more important contribution of caregivers to the quality approach*" does not seem to me to be validated, I specify a new research question: *To what extent would the benevolent management allow the healthcare manager to develop the contribution of caregivers to the quality approach?*