

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

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

Le positionnement, le type de management et la reconnaissance du Cadre de Santé, influencent l'apparition et la gestion du conflit

**HANLET Marlène**

**DCS@22-23**

---

## Note aux lecteurs

---

### **Note aux lecteurs**

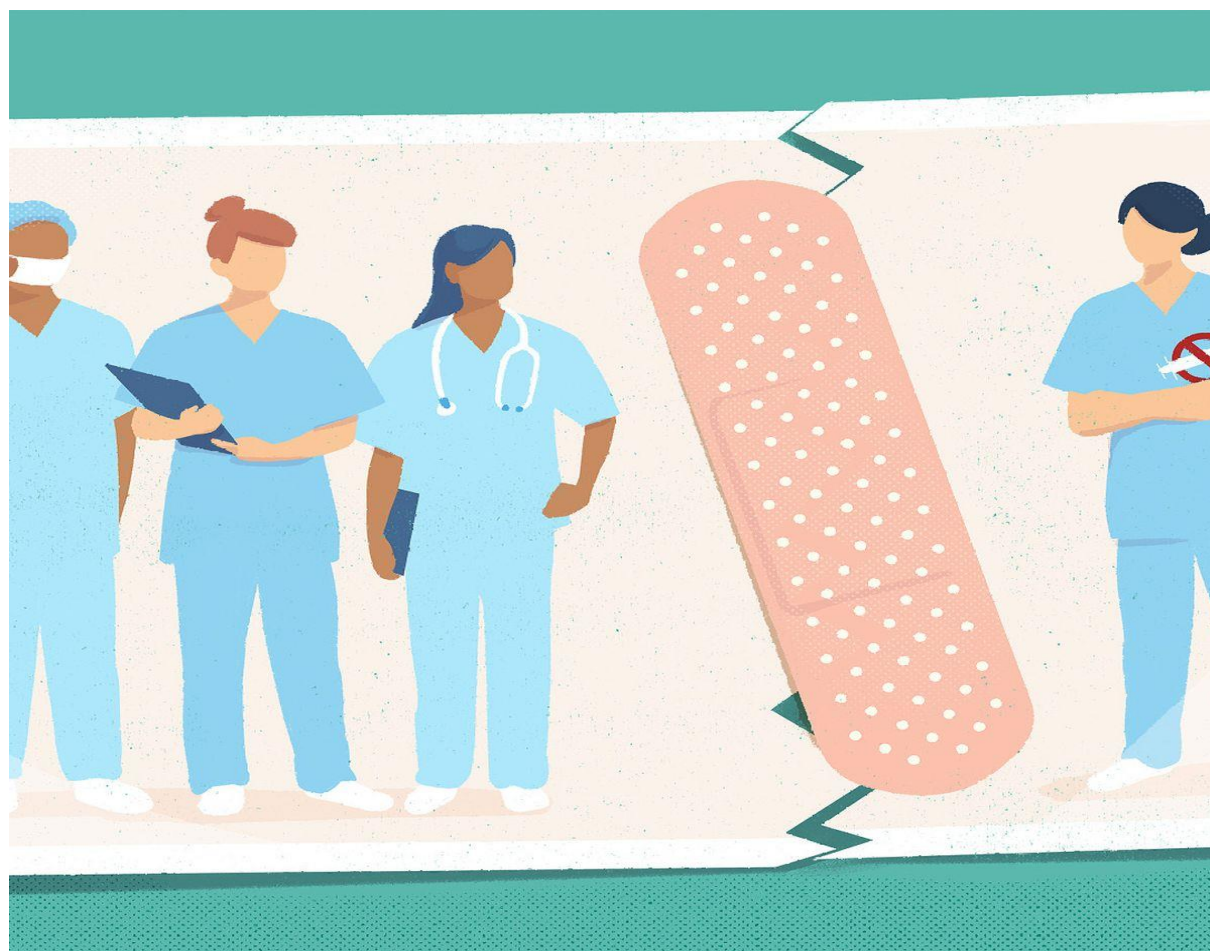
Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

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.

**« JE SUIS UNE FEMME EN PROCESSUS ; J'ESSAIE DE PRENDRE  
CHAQUE CONFLIT, CHAQUE EXPERIENCE ET EN TIRER DES  
LECONS. »**

Oprah Winfrey / une animatrice et productrice de télévision et de cinéma, actrice, critique littéraire et éditrice de magazines américaine.



---

## Table des matières

---

1	CONTEXTE D'EMERGENCE .....	2
2	QUESTIONNEMENT .....	7
3	PHASE EXPLORATOIRE.....	8
4	CADRE CONCEPTUEL .....	9
4.1	Le cadre de santé .....	9
4.1.1	Après la seconde guerre mondiale,.....	9
4.1.2	La formation cadre de santé s'universalise.....	10
4.2	Le « faisant fonction » cadre de santé .....	11
4.3	Le cadre de proximité .....	14
4.4	Les équipes .....	18
4.5	Le concept de légitimité .....	20
4.5.1	La complexité de la légitimité.....	20
4.5.2	Légitimité : pouvoir/obéissance/autorité ?.....	21
4.5.3	La légitimité et la sociologie .....	22
4.5.4	Légitimité professionnelle et institutionnelle .....	23
4.5.5	Légitimité et équipes .....	23
4.5.6	Synthèse du concept de LEGITIMITE .....	24
4.5.7	Positionnement stratégique.....	24
4.6	Concept de management.....	26
4.6.1	La posture managériale du cadre de santé .....	27
4.7	Concept de leader ship .....	28
4.8	La communication .....	30
4.8.1	La communication verbale : .....	31
4.8.2	La communication non verbale : .....	32
4.8.3	La communication para verbale : .....	32
4.8.4	Le Feed back .....	33
4.8.5	Le contexte .....	33
4.8.6	Les interférences .....	34
4.9	De la communication à la violence.....	35

4.10	Concept de violence .....	36
4.10.1	La violence physique .....	37
4.10.2	La violence verbale .....	37
4.10.3	La violence au travail .....	37
4.10.4	Comment faire face à une situation d'agressivité.....	39
5	Notion d'assertivité .....	43
6	Gestion des personnalités difficiles :.....	44
7	Problématique de recherche.....	46
8	Hypothèses.....	46
	1ère Hypothèse .....	46
	2ème Hypothèse.....	46
9	Enquête .....	47
9.1	Présentation de la méthodologie .....	47
9.2	Choix de l'outil de recherche.....	47
9.2.1	Présentation de l'outil .....	47
9.2.2	L'échantillonnage .....	48
9.2.3	Diffusion des questionnaires.....	48
9.2.4	Recensement des résultats .....	49
10	Présentation des résultats.....	50
11	Analyse et hypothèses.....	61

Conclusion

Annexes

Abstract

---

*Liste des abréviations*

---

- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- AS : Aide-Soignante
- USLD : Unité de Soins de Longue Durée
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes
- ECTS : European Credit Transfer System
- LMD : License, Master, Doctorat
- IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- CNEST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
- OIT : Organisation Internationale du Travail

## Introduction

Gérer une équipe est le rôle propre du cadre de santé.

Cependant, l'encadrement d'une équipe est une tâche complexe qui nécessite des compétences organisationnelles et fonctionnelles afin de regrouper des professionnels autour d'un objectif commun.

En effet, la gestion d'un projet ou d'un service peut parfois créer une situation conflictuelle au sein du groupe. Cet évènement représente un défi pour le manager qui va devoir se positionner tout en faisant face à une éventuelle démotivation.

Ce travail de recherche évoque l'apparition et la gestion des conflits par le manager au sein d'une équipe. Le cadre conceptuel de ma recherche va me permettre d'identifier les facteurs déclencheurs de conflits au sein d'une équipe mais aussi avec le cadre de santé.

Cette étude explore la notion d'évolution du cadre à travers le temps pour expliquer ses différents positionnements envers l'équipe : du pouvoir, de l'autorité et de l'obéissance jusqu'à la notion de manager et de leader.

Pour se faire, il m'a fallu approfondir les différents modes de communication utilisées par le manager et les professionnels. Cette recherche m'a permis de bâtir un cadre de référence du comportement à adopter face à la violence sans tenir compte des émotions qui peuvent parasiter la communication.

Néanmoins, si les émotions sont longtemps restées à l'écart du monde du travail en priant les employés de les laisser de côté dès le franchissement de la porte du bureau, ce mémoire tant à démontrer que les affects ont une grande importance dans l'apparition et la gestion de conflit.

Le retour d'expérience des collaborateurs d'hôpitaux différents, ont été analysé grâce à une enquête menée par des questionnaires. A l'aide de cet outil, j'ai pu valider les hypothèses émises après la recherche conceptuelle qui vont me servir de levier pour mes futures fonctions.

# 1 CONTEXTE D'EMERGENCE

Le métier de soignant exige des qualités relationnelles essentielles et une réelle résistance psychologique, puisqu'il est confronté quotidiennement à la maladie et à la mort. Il fait le lien entre le patient et le médecin.

En ce qui me concerne j'y suis arrivée par vocation.

En effet, j'ai rejoint un foyer d'enfants en placement judiciaire en tant qu'auxiliaire de puériculture, puis éducatrice spécialisée avant de suivre une formation de promotion professionnelle diplômante comme infirmière en soins généraux. Suite à l'obtention de ce diplôme, j'ai travaillé dans différents services de soins, puis j'ai intégré une pouponnière à caractère social en tant qu'infirmière « encadrante » de nuit.

Suite à une candidature spontanée pour un poste d'infirmière, le recruteur me propose d'intégrer le service de nuit en tant que « faisant fonction » de cadre de santé.

Sachant que l'établissement vise l'accompagnement des non-diplômés dans les fonctions d'encadrement dans un 1er temps, puis, la préparation à l'intégration en Institut de Formation des Cadres de Santé dans un second temps, cela correspondait parfaitement avec ma volonté d'améliorer les organisations.

En effet, que ce soit du point de vu des patients ou des soignants, je souhaite faire évoluer les choses, accompagner l'individu dans son parcours de vie personnel (soigné) ou professionnel (soignant). J'aime manager, animer et accompagner une équipe dans des axes d'amélioration prédéfinis. Etre un intermédiaire entre soignants et gestionnaires en créant une organisation qui favorise des soins optimaux est devenu pour moi un challenge stimulant.

Après avoir travaillé dans ce nouvel établissement pendant deux ans, j'ai réalisé qu'il fallait que je poursuive mes études pour approfondir mes connaissances mais aussi maîtriser la théorie (droit au travail, santé publique, stratégie managériale, etc...). Travaillant de nuit sur deux sites et responsable des services de médecine polyvalente, de l'unité gériatrique aigue, de la chirurgie, de l'EHPAD, du SSR et de l'USLD soit 170 lits environ et 70 agents : infirmiers (IDE) et aides-soignants (AS), j'ai eu l'opportunité de me familiariser avec les fonctions de ce métier.



Même si les débuts de ma prise de poste ont été compliqués par le contexte de pandémie, j'ai su faire preuve d'une adaptation constante dans la gestion de l'absentéisme prévu et imprévu, le décuplement des équipes pour faire face à l'accroissement des patients mais aussi le souci de la qualité et la sécurité de la prise en soins.

La découverte de la réglementation en vigueur et l'appropriation de mes missions dans la gestion du temps de travail et des tâches administratives ont été possible grâce au collectif cadre, à la cadre de supérieure et à la directrice des soins qui ont été une ressource précieuse par de nombreux échanges sur nos activités respectives.

Si l'empathie, la bienveillance et l'humanité sont toujours d'actualité, il m'a fallu faire le deuil de ma conception de soignante et me positionner différemment. Déléguer les bonnes pratiques aux soignants en acquérant une certaine légitimité m'a demandé un questionnement constant sur mes objectifs et la création d'un climat de confiance avec les équipes grâce à une communication régulière et adaptée basée sur l'écoute active et la gestion de mes émotions.

Cependant, lors d'un conflit avec un agent, j'ai pris conscience de l'impact que je pouvais avoir avec une parole, une action ou même un positionnement. J'ai compris l'influence de mon positionnement sur la relation avec les agents individuellement mais aussi avec les équipes, sur l'ambiance de travail et la qualité des soins qui en découle.

Je n'ai pas mesuré l'ampleur de la contrariété d'une aide-soignante et l'importance qu'elle apportait à son planning ni les conséquences émotionnelles qui allaient découler d'une erreur d'affectation et de trame.

A plusieurs reprises, celle-ci m'a demandé son planning officiel (je devais entrer ses heures dans le logiciel) afin qu'elle puisse vérifier qu'il corresponde à son temps effectué. Etant affectée depuis quelques mois dans les services sous ma responsabilité, elle était intégrée sur la trame du service précédent ou elle exerçait qui ne fonctionne pas sur le même roulement. Même si elle apparaissait correctement sur le planning papier et sur un tableau Excel créé par mes soins et accessible à tout instant. Ce planning est organisé à l'année et validé au moins 15 jours précédant le mois en cours.

La gestion de l'absentéisme prévu et imprévu m'a tellement monopolisé que j'ai pris le temps de me familiariser progressivement au logiciel sans mesurer l'importance accordée par un agent au comptage de ses heures.

Un soir, une aide-soignante affectée au pool de nuit depuis peu, me réclame la mise à jour de son planning et je lui réponds que je travaille dessus et qu'elle l'obtiendrait dans quelques jours, ce à quoi elle me répond à voix haute dans le couloir : « j'espère bien, sinon je ne vous louperez pas ! ». Je ne me retourne pas pour ne pas envenimer la situation mais je fais un rapport circonstancié pour informer ma hiérarchie de son comportement qui avait déjà été évoqué lors de ses missions dans les services précédents.

Le lendemain, je suis amené à gérer une absence imprévue. Je demande alors à cette personne de changer de service puisque rappelons-le, elle est affectée au pool de nuit.

Quelques minutes plus tard, celle-ci me rappelle en m'expliquant qu'elles sont trop nombreuses dans le service.

Je lui explique que non, son affectation est à l'étage supérieur. Mme X hausse alors le ton en me demandant si j'allais me décider à mettre à jour les plannings officiels afin de lui remettre pour qu'elle puisse les vérifier. Celle-ci raccroche avant même que j'ai le temps de répondre.

Je décide de la rencontrer quelques instants plus tard selon la disponibilité du service (transmissions et couchés faits).

Je fais le choix d'un entretien individuel dans le service en lui proposant d'échanger dans le poste de soins puisqu'elle se trouve dans le service fermé de l'EHPAD. Je garde en tête qu'il y a des patients sont présents et je ne veux pas la mettre en difficulté face à son collègue.

Nous nous trouvons donc seules dans le poste de soin. Je commence à parler en lui expliquant à nouveau que les plannings étaient en cours de mise à jour, que je m'excuse du retard occasionné du fait de la charge de travail, de ma concentration actuelle sur l'absentéisme récurant dans un contexte de pandémie afin de privilégier la qualité des soins et au travail (effectif suffisant pour le nombre de patients) et de mon apprentissage du logiciel. J'évoque le fait que je peux entendre son mécontentement mais que cela n'excuse en rien son manque de respect. Je lui rappelle que le respect doit être réciproque et je l'informe que je n'accepte pas le ton employé à mon égard.

A ce moment-là, celle-ci exige de me suivre jusqu'à mon bureau afin que je puisse lui prouver le travail fait sur les plannings.

Je refuse en lui indiquant qu'elle les aurait dans quelques jours comme dit précédemment.

L'aide-soignante laisse exploser sa colère, hurle en positionnant son visage à quelques centimètres du mien. Je la contourne pour sortir de la pièce (elle s'est positionnée au milieu du passage, devant la porte du service) en lui notifiant calmement qu'il n'est pas judicieux d'échanger dans ce contexte car il n'y a rien de constructif.

Celle-ci me suis et continue de s'exprimer en criant dans le couloir, je cite : « De toute façon nous nous reverrons au tribunal administratif, je suis dans mon bon droit et vous le savez bien puisque vous fuyez la conversation ». Je sors, à

nouveau sans me retourner de manière à ne pas envenimer la situation car n'oublions pas que les cris pourraient également angoisser les patients qui se sentent déjà en insécurité (symptômes récurant des troubles cognitifs).

Je réalise un rapport circonstancié à la Direction des Soins précisant le contexte et la teneur des propos d'une part et d'autre car celle-ci me reproche également les erreurs de paye commis par les ressources humaines des mois précédents (trop perçu et réclamé) et les erreurs d'horaires commises alors qu'elle était affectée en réanimation (non gérée par mes soins).

Quelques jours plus tard, je lui remets sa trame annuelle en lui demandant de vérifier et de me signaler les éventuelles erreurs puisque je n'étais pas certaine du temps travaillé avant son affectation dans « mes » services ni de ma propre mise à jour.

La trame n'était pas correcte.

Suite à cet incident, il y a eu intervention des représentants syndicaux auprès de la Direction des soins, la recherche « d'alliés » dans le reste des équipes de nuit par l'agent qui se déplaçait dans tous les services de l'hôpital lors de son temps de travail. Celle-ci argumente ses propos négatifs à mon égard grâce à ses plannings photocopiés et ses courriers faits à la direction.

Un nouveau rapport circonstancié est effectué.

Ayant trouvé des erreurs, celle-ci s'est adressée directement à la cadre supérieure qui l'a reçu et m'a accompagné dans la mise à jour des plannings de 2018 à 2021 (j'ai intégré mes fonctions en aout 2020).

Arrive les congés 2021, Mme X refuse de me donner ses dates de congés qu'elle aurait glissé sur un morceau de papier sous ma porte en exprimant le fait de prouver mon incompetence puisque j'aurais égaré ce post-it. J'arrive cependant à positionner ses congés et part à mon tour.

A mon retour de congés, une semaine après l'agent, je trouve un mail de sa part me précisant qu'elle a saisi le tribunal administratif puisqu'elle a constaté une nouvelle erreur sur sa trame d'affectation du mois en cours (en mon absence).

Je suis reçue par la directrice des soins et la cadre supérieure de santé pour m'annoncer l'arrivée effective d'un courrier en Direction par le biais de son avocat stipulant mon incompetence, une notion de harcèlement de ma part envers cet agent et le préjudice subi par celle-ci, qui serait la cause de son arrêt de travail.

Explications faites sur les causes de mes erreurs et les difficultés relationnelles rencontrées entre elle et moi, la directrice des soins fait le choix de revoir l'organisation des soins : les plannings de nuit seront confiés aux cadres de jour dans le but de pallier à mon absence durant ma formation à l'IFCS et que je puisse me concentrer sur la qualité des soins qui me tient à cœur. Ceci se fait progressivement...

Environ six mois plus tard, ma collègue de jour du deuxième site me demande l'anticipation des plannings pour cet agent qui reprend ses fonctions le soir même.

Etonnée de sa reprise, sur un poste inexistant, je rencontre la directrice des soins qui met en place une stratégie pour éviter que je me retrouve seule face à cet agent.

En incapacité émotionnelle d'entendre ces explications et arguments à ce moment-là, je me sens décrédibilisée par le retrait des plannings et incomprise dans mon positionnement et mes fonctions puisque j'ai le sentiment que la direction accède à toutes les demandes de l'aide-soignante sans avoir remis en question son comportement contrairement à mon travail.

## 2 QUESTIONNEMENT

Cette situation m'a interpellée professionnellement mais aussi personnellement, notamment sur la question de la proximité du cadre, de sa légitimité en tant que faisant fonction et de celle que l'institution lui donne, de sa posture professionnelle mais également sa place dans la gestion d'équipe et des personnalités difficiles.

Mon engagement ne peut être réel que s'il correspond à l'ensemble de mes valeurs, objectifs et croyances. Je me suis interrogée sur le degré de proximité du cadre de santé, sur la notion de respect, sur l'attitude adéquate à adopter pour être reconnue et légitimée par les équipes que j'encadre mais aussi par ma hiérarchie.

Ma recherche n'est pas encore terminée et je pense qu'elle ne le sera jamais totalement mais je vais tenter un développement théorique qui me permettra d'élaborer des réponses aux hypothèses de travail que je vais définir.

Je sais que si un salarié est agressé verbalement par un collègue ou un supérieur hiérarchique, il doit demander à l'employeur de mettre fin à ce type d'agissement mais est-ce reconnu dans le sens inverse ? Comment prendre suffisamment de recul et gérer ses émotions pour ne pas se sentir « attaquée » personnellement et rester dans un cadre professionnel : je me suis parfois sentie soutenue mais jamais défendue par la direction des soins.

C'est lors d'une intervention des représentants syndicaux, de la réception d'un courrier de l'avocat de cette personne que cette situation m'a réellement interpellée, notamment sur la question de ma légitimité en tant que Cadre de Santé. Comment la situation avait-elle pu en arriver à ce point ? que signifie réellement le terme de légitimité pour les soignants et pour moi-même ?

Personnellement, je n'ai jamais remis en question la légitimité de l'encadrement, pourquoi est-ce différent dans cette situation ? Est-ce le rapport à mes représentations, mes valeurs, où bien, est-ce mon positionnement qui aurait influencé le comportement de cet agent envers moi ?

Afin de comprendre, j'ai recherché des articles sur ce sujet mais je n'ai repéré que beaucoup d'articles sur la prévention de la violence à l'hôpital, sur la violence soignant/soigné, la violence professionnelle entre employés, la violence managériale, de la violence sociétale mais aucune ligne sur la violence subit par les cadres de proximité que ce soit venant du personnel, des soignés ou des familles de soignés

Est-ce tabou ? Est-ce admis ? Peut-on considérer qu'il y a une violence à l'encontre de l'encadrement ?

---

## Comment se positionner face à une situation d'agressivité ?

---

### **3 PHASE EXPLORATOIRE**

Autrement dit, l'individu lui-même influence-t-il le comportement d'autrui par sa singularité ? Comment être légitime en tant que Cadre de Santé auprès des équipes mais aussi de la Direction des soins et de l'hôpital ? Le recul pris en intégrant l'IFCS, les différentes discussions auprès de collaborateurs, de futures collègues lors de mes stages, d'étudiants cadre et avec ma directrice de mémoire mais également grâce aux lectures et écoute de diverses conférences, j'ai pu réaliser que le type de management influe fortement sur la présence ou non de certains conflits.

Lors d'échanges spontanés avec deux collègues sur nos expériences professionnelles, je me suis aperçu qu'ils avaient tous deux été confrontés au même genre de situation conflictuelle : Chacun a déjà rencontré au moins une situation de violence verbale au point de s'en souvenir tant ils se sont senti agressés.

Je pense les questionner sur plusieurs points durant mon cheminement afin de comprendre et analyser les causes et conséquences de cette violence envers le cadre de santé, le ressenti de chacun au moment des faits, et éventuellement, avec le recul, ce qu'ils auraient souhaité mettre en place pour que cela ne se produise plus.

Le cadre de santé construit-il sa légitimité grâce à son positionnement et son rapport à sa hiérarchie ? Le cadre de santé a-t-il besoin d'être légitime par rapport à sa hiérarchie pour assurer ses fonctions auprès de l'équipe ?

Cette phase exploratoire m'a amené à faire évoluer ma question de départ pour aboutir à celle-ci :

---

## Comment le cadre de santé peut/doit gérer les personnalités difficiles au sein d'une équipe soignante ?

---

## 4 CADRE CONCEPTUEL

Afin d'organiser ma réflexion, je vais me baser sur l'évolution des fonctions du Cadre de Santé dans l'organisation des soins, sa reconnaissance et sa légitimité ainsi que les différents types de management et d'assertivité. Lors de ce travail de recherche, il me paraît important également d'aborder les notions d'équipe, de communication, de violence et de situation d'agressivité.

Je pense également aborder la légitimité qu'on se donne et qu'on nous donne, la cohésion de groupe, la gestion des personnalités difficiles mais aussi comment faire face à une situation de violence avant de chercher des hypothèses de réponses que je vais infirmer ou confirmer à l'aide d'une enquête.

### 4.1 Le cadre de santé

#### 4.1.1 Après la seconde guerre mondiale,

L'hôpital devient un lieu d'hyper technicité qui provoque le développement des compétences pour les infirmières et l'apparition de nouveaux professionnels de santé comme des techniciens de laboratoires, des manipulateurs en radiologie...

Grace aux avancées médicales, les infirmières acquièrent un savoir-faire et s'organisent. La surveillante veille à la bonne application des tâches et au respect des règles. Le niveau de connaissance des infirmières, l'organisation de l'hôpital et des professions paramédicales étant en pleine progression, il devient indispensable de former et rendre obligatoire la formation.

En 1958, le ministère de la Santé Publique et de la Population crée le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice (le CAFIS et CAFIM)<sup>1</sup>. Pour les infirmières il y a deux possibilités pour accéder à la fonction de surveillante :

- soit par l'ancienneté dans le métier
- soit après cinq années d'expérience
- soit par l'obtention du certificat cadre.

---

<sup>1</sup> Voir webographie

La loi portant sur la réforme hospitalière de 1991 conforte l'idée selon laquelle la régulation des coûts de santé est prioritaire. Elle impose un cadre réglementaire de gestion par objectifs s'appuyant sur un projet d'établissement répondant aux besoins de la population. La direction de service de soins infirmiers est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction<sup>2</sup>.

« En 1995, le Diplôme de Cadre de Santé marque un certain changement puisque la formation établit la notion de management des ressources humaines, de contribution économique, de qualité »<sup>3</sup>

#### 4.1.2 La formation cadre de santé s'universalise

On peut définir littéralement l'universitarisation par l'action de faire l'acte de connaître. Le terme vient rendre compte dans le cadre des accords de Bologne de 1999, d'un accès à des études de niveau universitaire pour les formations paramédicales.

Ces accords marquent une grande étape pour l'Université relatifs à l'enseignement supérieur et la formation continue dite réforme LMD (License, Master, Doctorat). La France et 28 autres pays signent pour une Europe des connaissances.

Cela permet l'harmonisation au niveau européen des diplômes et de rapprocher les universités et le monde professionnel. Cette uniformité des diplômes oblige à revoir les méthodes pédagogiques et la création d'un modèle unique, un découpage des enseignements en modules avec la mise en place d'un système de crédits ECTS (european credit transfer system).

Les années 2000 marquent des changements au sein des hôpitaux ainsi qu'une évolution des modèles pédagogiques. Les directeurs d'IFCS et leurs équipes doivent donc modifier leurs projets pédagogiques.

---

<sup>2</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, article L.741-26 13

<sup>3</sup> Décret n°95-926 du 18 août 1995 au conseil technique des instituts de formation de cadre de santé



En 2009, Chantal de Singly<sup>4</sup> se voit confier par la Ministre la Santé Mme Roselyne Bachelot une mission sur la formation initiale des cadres de santé. Différentes propositions sont faites dans lesquelles on voit apparaître la dimension universitaire<sup>5</sup> qui s'applique à l'élaboration du référentiel de formation pour les cadres de santé. La réingénierie du diplôme de cadre est nécessaire au vu de l'universitarisation de toutes les formations paramédicales, ainsi que l'évolution internes et externes de l'organisation hospitalière.

Pendant longtemps, la représentation du métier d'infirmier était liée aux qualités de dévouement et d'obéissance qui rendait difficile la vision d'un encadrement autonome.

De plus, l'augmentation des connaissances médicales n'a fait qu'accroître le pouvoir du praticien alors que les infirmières étaient toujours considérées comme des exécutantes. Il est alors facile de comprendre toute la difficulté du passage à une fonction d'encadrement puisqu'il est en lien direct avec le concept d'autonomie.

## **4.2 Le « faisant fonction » cadre de santé**

Le professionnel de santé qui évolue vers le métier de Cadre de Santé, a une formation initiale, une identité professionnelle, une expérience professionnelle en équipe. Ce professionnel, lorsqu'il quitte les fonctions de soignant pour celles de Cadre de Santé, doit garder en tête qu'il reste garant de la qualité des soins. Il va devoir développer davantage de qualités organisationnelles et relationnelles pour se positionner comme un leader. En effet, celui-ci va devoir étendre sa proximité qu'il avait avec les patients à la direction et l'équipe.

La pénurie de personnel soignant dans le secteur du soin est un fait reconnu qui impacte la fonction de cadre de santé. Les hôpitaux doivent donc faire face à cette situation alors que les équipes soignantes sont déjà fragilisées par des conditions de travail difficiles. Le manque de cadres de santé met en difficulté la qualité des soins, la prise en charge des patients, la gestion des équipes et services. Afin de pallier à ce manque tout en assurant la qualité et la sécurité des soins, les établissements de soins mettent en place une stratégie fonctionnelle et budgétaire en faisant appel à des faisant fonction cadres de santé.

Cette fonction assurée par de « nouveaux » acteurs de santé présente certains avantages :

---

<sup>4</sup> Directrice d'hôpital et d'une ARS, puis directrice de cabinet de la ministre des sports Laura Flessel

<sup>5</sup> Propositions 15, 17, 18)18. 17Déclaration commune des ministres européens de l'éducation 18

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf) 14 Depuis 2010 des groupes de travaux menés par la DGOS (Direction Générale de l'offre de Soins

Pour le soignant :

- Le faisant fonction cadre de santé aura une vision réaliste du terrain avant d'entrer en formation cadre de santé
- Il pourra envisager le concours d'entrée à l'I.F.C.S avec une vision réaliste du terrain
- L'élaboration du projet professionnel pourra être facilitée par l'appropriation des principales missions du cadre de santé.
- Il arrive qu'après un temps d'intégration dans ces nouvelles fonctions, la personne décide de changer d'orientation tant l'image de la fonction est différente la réalité du terrain.

Pour l'établissement hospitalier :

- La direction des soins va pouvoir évaluer les compétences et la fiabilité du futur cadre avant de s'engager dans un positionnement à long terme.
- L'accompagnement de cet apprenant « cadre de santé », va permettre de mieux cibler les difficultés afin d'y remédier de façon constructive
- Sur un plan financier, la qualité des soins est assurée avec une dépense qui est moindre puisque la rémunération est différente de celle allouée à des cadres diplômés.

Cependant, il existe des limites dans cette fonction car l'implication du soignant dans cette fonction passe souvent par le sentiment de recevabilité pour sa « promotion ».

En effet, si le statut du faisant fonction de cadre de santé n'a aucune valeur légale, ses missions sont identiques à celles d'un cadre de santé diplômé. Ceci fait penser la notion de la conception de l'implication selon ARDOINO<sup>6</sup>. En effet, celui-ci évoque la prise de recul utile au cadre pour analyser les situations. Il mentionne également le fait qu'il est plus difficile au faisant fonction de prendre de la distance par crainte d'être mal jugé. Ce sentiment provoque parfois une implication à corps perdu dans le travail et une réponse aux consignes de manière conditionnée. Ce manque de reconnaissance n'aide pas à se positionner, ni à trouver sa place auprès de l'équipe d'encadrement ni auprès de l'équipe paramédicale.

---

<sup>6</sup> ARDOINO J., et LOURAU R., Les pédagogies institutionnelles, P.U.F., 1994.

Souvent, le faisant fonction, se sent valorisé et reconnu dans ses compétences, vis cela comme une promotion interne, mais, s'il doit faire face à un manque de personnel infirmier, la direction aura la possibilité de lui demander de reprendre ses fonctions de soignant. Cette alternance, même si elle reste exceptionnelle et occasionnelle, ne favorise pas le positionnement ni la légitimité du faisant fonction.

Justement, dans cette situation, sa reconnaissance par l'équipe qu'il anime peut être plus difficile s'il a du mal à se positionner et limite son rôle malgré les engagements de formation professionnelle ou de nomination interne.

Le nombre de faisant fonction est désormais croissant dans les établissements de santé mais également certains instituts de formation. où le manque de formateurs a demandé une certaines adaptation : on peut en effet trouver des infirmiers qui occupent des postes de cadres pédagogique alors que, logiquement, ce positionnement doit s'accompagner d'un projet de passer par le concours d'entrée en IFCS.

Il n'est pas toujours évident pour un faisant fonction de réorganiser et améliorer la qualité des soins, gérer une équipe et prendre des décisions dans la prise en charge d'un service. En effet, avoir un positionnement clair sans formation peut s'avérer compliqué même si l'accueil et l'accompagnement internes sont effectifs.

Si la prise de décision n'est pas si évidente, le faisant fonction peut avoir le sentiment de devoir se justifier et, par conséquent, cela ajoute une difficulté pour lui de trouver sa place.

Je me suis alors posé la question si cela pouvait être une des raisons pour lesquelles certains établissements choisissent positionnent des faisant fonction de cadres sur ces postes en leur octroyant une augmentation de salaire grâce au versement de la prime d'encadrement ? Est-ce une reconnaissance de leur fonction ? Ce ne serait que juste puisqu'il me semble que les faisant fonction honorent leurs missions aussi efficacement et avec autant de compétences qu'un cadre de santé diplômé.

Si je poursuis dans cette logique, le faisant fonction aurait certaines prédispositions à l'encadrement sans avoir suivi de formation en management. Cela corrobore le fait que la formation en IFCS seule apporte une théorie qui ne peut suffire seule à former de bons manager. Après la lecture de Le Boterf,<sup>7</sup> qui énonce : « une personne peut avoir acquis des connaissances et des capacités, elle ne pourra pas être reconnue comme compétente si elle ne sait pas les combiner et les mobiliser en situation de travail. ». Serait-ce la confirmation que l'expérience de terrain d'un cadre de santé, diplômé ou faisant fonction, permettrait la reconnaissance de son équipe et de ses pairs ?

---

<sup>7</sup> LE BOTERF G., « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », *Soins Cadres*, 2002, n°41

Un décret préconise la limitation du turnover de surveillants des services médicaux dans la fonction publique hospitalière favoriserait la nomination de cadres diplômés<sup>8</sup>. Ceci a pour effet que les établissements publics font de plus en plus appel à des infirmiers faisant fonction qu'ils forment avant d'envoyer en IFCS.

Néanmoins, le nombre croissant des faisant fonction ne risque-t-il pas de déprécier l'utilité de la formation de cadre de santé ?

En effet, comment expliquer l'utilité de former des cadres quand les personnels assurent déjà ces fonctions d'encadrement sans diplômes et que les hôpitaux apprécient leurs compétences avant même de les envoyer en institut de formation ? Il reste cependant important de veiller à garder une certaine reconnaissance de la formation car celle-ci améliore considérablement le niveau de compétences.

### **4.3 Le cadre de proximité**

Le manager de proximité a un rôle « d'intermédiaire » entre la direction et les collaborateurs.

C'est donc lui qui est en relation directe avec les équipes, qui va les faire adhérer aux objectifs de l'établissement, organiser, gérer et contrôler les organisations et bonnes pratiques de soins.

Concrètement, il s'agit d'accompagner, motiver, conseiller, orienter, former et contrôler les collaborateurs, au niveau individuel et collectif.

Le management de proximité implique donc une capacité à assumer le rôle d'intermédiaire avec les équipes après avoir instauré un certain climat de confiance<sup>9</sup>.

L'intégration du manager dans l'équipe, son adhésion au projet d'établissement et cette relation de confiance établie avec les soignants mais aussi avec la direction sont des atouts indispensables à la notion de collaboration.

Je suis persuadée que la communication ajoutée aux compétences relationnelles, managériales et organisationnelles est essentielle à la légitimation du cadre de santé.

---

<sup>8</sup> Décret n° 2001-1375 du 31/12/2001, titre Ier article 2, portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

<sup>9</sup> HESBEEN W. (2011) « Cadre de santé de proximité : Un métier au cœur du soin » ed Elsevier-Masson, Issy les Moulineaux,

Savoir faire preuve d'écoute, d'adaptabilité, de bienveillance, de confiance et de respect, est pour moi essentiel. Mais, mettre l'individu dans une situation participative tout en établissant une certaine proximité entraîne également un aspect émotionnel et don de soi<sup>10</sup>. Pour accompagner une équipe, la notion de distance est souvent évoquée lorsque l'on parle de management puis la reconnaissance vient juste après ainsi que les conditions de travail et la légitimité.

Selon Thierry TOURNEBISE<sup>11</sup>, « la façon de donner un ordre, la façon de gérer un différent, la façon de recentrer les organisations, la façon de dire non, la façon de prendre en compte la difficulté que rencontre un collaborateur ou une équipe, la façon de valider ce qui est bien fait, la clarté de la tâche à accomplir (objectifs et profil de poste) permettent la reconnaissance. Être professionnel et avoir l'attitude juste, c'est l'art d'être stricte dans la qualité de la production et de sa gestion tout en restant chaleureux et partenaire avec son équipe. »

Comment se positionner dans les relations avec ses collaborateurs de manière à rester un leader ? Est-ce que le fait d'être trop proche ou trop familier ne va pas diminuer la notion de respect ? A l'inverse, si j'instaure une distance exagérée, comment puis-je établir un lien de confiance ? Comment me positionner dans l'institution dans ce genre de conflit ?

« Une trop grande proximité est un piège qui se referme vite sur vous, prévient Karine Aubry, coach en entreprise, surtout si vous avez besoin de recadrer un collaborateur. »

En effet, le cadre de santé se trouve régulièrement seule face à un groupe. De ce fait, il peut arriver qu'il y ait naissance d'un harcèlement dit psychologique. D'après l'Organisation Internationale du Travail, lorsque plusieurs personnes s'allient contre une personne cible, on parle de harcèlement psychologique. Cela peut prendre plusieurs formes comme :

- Exprimer des remarques négatives de façon régulière
- Enoncer de façon constante des critiques personnelles
- Isoler la personne en la laissant sans contact social
- Médire ou diffuser de fausses informations sur le cadre

«Le concept de la violence au travail est en train d'évoluer en ce sens que l'on accorde désormais autant d'importance aux comportements psychologiques qu'aux comportements physiques et que l'on reconnaît pleinement la portée des actes de violence secondaires,» explique Vittorio Di Martino, coauteur du rapport du BIT (Bureau International du Travail)<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> DELSOL C. (1994) « L'autorité », éditions Que sais-je, Vendôme,

<sup>11</sup> Thierry Tournebise a développé son expérience en psychothérapie depuis 1979. Formateur depuis 1988 auprès de personnel soignant

<sup>12</sup> La violence sur le lieu de travail – un problème mondial (voir webographie)

Selon cet article, des causes multifactorielles incluant l'individu sont présentes dans l'apparition de la violence sur le lieu de travail comme le lieu et les conditions de travail, les relations entre les agents entre eux mais aussi avec les patients ou avec la direction.

Je vois le rôle du manager de proximité comme un représentant de l'équipe envers la direction et un représentant de la direction envers l'équipe. Il a donc la lourde charge de relayer la vision des équipes en les faisant adhérer aux valeurs de l'entreprise mais surtout, il doit assurer la cohérence entre le travail des collaborateurs et les objectifs fixés par la direction.

Ainsi, le manager de proximité n'est pas seulement ancré dans le quotidien des équipes mais il fait partie de l'équipe en se positionnant comme leader qui organise le travail, suit les résultats et élabore un « reporting » auprès de la direction. Concrètement, il s'agit :

- De répartir le travail entre les collaborateurs
- De planifier les missions dans le temps
- De connaître les objectifs et attentes institutionnels
- De fixer des objectifs individuels et collectifs avec les collaborateurs
- D'effectuer le suivi pour valider l'atteinte des objectifs
- D'accompagner, motiver, orienter et former les collaborateurs individuellement et collectivement

Afin d'assurer les missions qui lui sont confiées, le management de proximité doit être en capacité d'acquiescer, de comprendre et d'appliquer les objectifs stratégiques de l'établissement dans lequel il pratique de manière à être un relai entre direction et collaborateurs. MINTZBERG H<sup>13</sup> a identifié 10 rôles dans l'activité du cadre, qu'il classe en 3 catégories :

- Rôles interpersonnels : cadre symbole, leader, agent de liaison
- Rôles liés à l'information : Observateur actif, Diffuseur d'information, Porte-parole
- Rôles décisionnels : Entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur

Ces différents rôles ne peuvent être effectifs sans communication situationnelle adaptée. Quel que soit le groupe ou l'organisation, chaque personne tient une place et un rôle particulier. MINTZBERG H., précise que la spécialité de l'activité influe la place et le rôle de chacun.

---

<sup>13</sup> Universitaire canadien en sciences de gestion

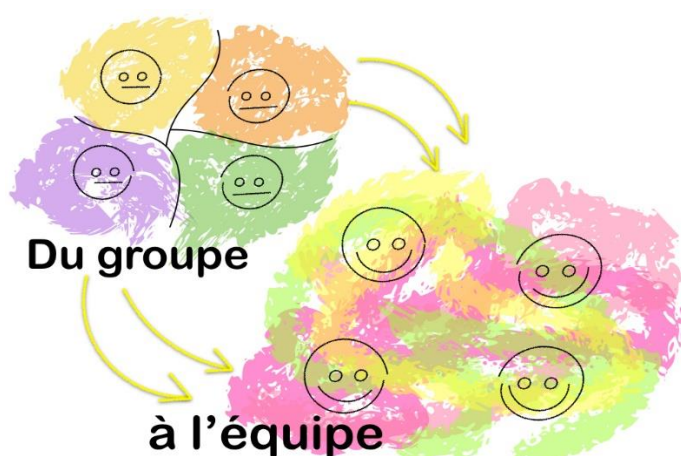
La communication serait, selon lui, un outil principal du positionnement et du management du cadre de santé, seraient, selon lui, la communication.

FAYOL. H<sup>14</sup>, identifie 5 fonctions essentielles à l'encadrement :

- commander,
- contrôler,
- coordonner,
- planifier,
- organiser

LOCHET. N identifie le rôle du cadre de santé comme une réponse adaptée au système institutionnel. Ce système est composé de questions et réponses, d'attentes des partenaires mais aussi subordonnés. Enfin, SLIWKA C<sup>15</sup>, ajoute que l'expérience représente un réel atout dans les fonctions du métier de Cadre de Santé. L'expérience professionnelle, le cursus et la personnalité du Cadre de Santé, lui permettraient donc de créer sa propre identité professionnelle et le guiderait dans le choix de son management impliquant son positionnement.

Il me semble à présent judicieux d'approfondir la notion d'équipe



Quelles différences entre un groupe d'individus et une équipe?

« Contrairement à un groupe, une équipe est un ensemble de gens qui sont ensemble pour atteindre un objectif commun, clair et irréfutable qu'ils ont participé à définir. Pour les membres d'une vraie équipe, cet objectif est plus important que leurs quêtes individuelles. C'est ce facteur qui donne à l'équipe sa cohésion<sup>16</sup> ».

<sup>14</sup> Ingénieur en management (voir webographie)

<sup>15</sup> Coordinatrice de Soins, directrice de collection aux éditions Lamarre et auteur de nombreux livres de santé

<sup>16</sup> Berejeb. A. certifié en coaching de vie, en Kanban Management Professionnel et en Facilitation Management

## 4.4 Les équipes

D'après Mucchielli R<sup>17</sup>, « L'équipe est définie comme « un petit groupe coopératif, motivé par une tâche commune, solidaire, caractérisé par l'unité, la cohésion et l'esprit d'équipe<sup>18</sup> ». Il la définit comme un groupe « d'individus qui sont proches et semblables, et qui partagent un destin commun dans les événements se rapportant à la tâche »

Les équipes travaillent dans le but commun de qualité et sécurité des soins. Le Cadre de Santé se porte garant de la coordination des équipes dans l'atteinte de ce but. Selon K.LEWIN<sup>19</sup>, les interactions entre les individus vont créer la dynamique du groupe, selon trois facteurs :

- l'identification au groupe,
- la cohésion d'équipe,
- la coopération entre les membres.

Ces trois facteurs vont instaurer la dynamique de groupe et la proximité du Cadre de Santé va avoir un rôle. Quelle place occupe le cadre de santé de proximité à l'hôpital ?

Le cadre de santé serait-il influencé dans ses missions par l'organisation hospitalière ?

En effet, des activités communes à tous, énumérées dans la fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, ont été relevées telles que la gestion RH intégrant la gestion des plannings, des vacances et de l'absentéisme sont des missions qui, pour beaucoup, sont souvent considérées comme chronophages.

Lors de mon expérience, j'ai constaté que la gestion de projet tend à diminuer par manque de temps et par l'implication croissante dans les groupes de travail transversaux institutionnels. La continuité de l'encadrement et la participation aux transmissions et aux staffs médicaux ne sont pas toujours possibles non plus.

---

<sup>17</sup> psycho-sociologue et psychopédagogue

<sup>18</sup> MUCHIELLI Roger. « Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité ». Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2015,

<sup>19</sup> Psychologue et comportementaliste



Par ailleurs, cela m'a amené à une certaine prise de recul quant à la place du cadre de santé auprès des équipes soignantes, en particulier en terme de proximité. Je me suis questionné sur son évolution en lien avec des organisations hospitalières en pleine mutation, telles que les GHT. Il me semble opportun, au fil de ce travail, de considérer la proximité comme un outil managérial. A mon sens, cet outil sera adapté par le manager selon les situations et les contextes au même titre que le type de management.

Mintzberg<sup>20</sup> assimile le management à une recette : *« Les managers font le sale boulot : ils règlent les problèmes difficiles et les connexions complexes. Voilà pourquoi la pratique du management est si floue et pourquoi des mots comme expérience, intuition, jugement et sagesse sont si souvent nécessaires pour la décrire. Rassemblez une bonne quantité d'artisanat, ajoutez la juste touche d'art, saupoudrez le tout de science et vous obtiendrez un résultat qui est avant tout une pratique. Et souvenez-vous : aucune méthode de management n'est supérieure à toutes les autres. Tout dépend de la situation. » ?*

Les connaissances acquises au cours de ce travail et la prise de recul qu'il a permis, pourront être transposées dans ma future pratique managériale, en adaptant ma posture de cadre de santé en fonction des situations et de l'environnement tout en laissant place à une certaine créativité...

Ceci m'amène à me pencher sur la question de la posture du cadre de santé et de sa légitimité.

---

<sup>20</sup> Mintzberg, 2014,

## 4.5 Le concept de légitimité

En droit privé, « *la légitimité est la conformité à un principe supérieur qui dans une société et à un moment donné est considéré comme juste (...). La notion de légitimité n'inclue pas celle de la légalité qui est plus restreinte et qui caractérise ce qui fait référence à la Lo<sup>21</sup>i* ». Même si la légalité fait référence à des textes de loi, elle prend en compte la morale et l'être humain en tant qu'individu unique mais aussi la collectivité. Cette particularité a éveillé ma curiosité pour dissocier ces deux termes et élargir ma recherche sur la légitimité.

### 4.5.1 La complexité de la légitimité

Le dictionnaire Larousse met en relation la légitimité avec les notions d'autorité et de pouvoir alors que dans le dictionnaire de la sociologie « *la légitimité dépend des croyances et des opinions subjectives. Les principes de légitimité sont d'abord des justifications du pouvoir, c'est-à-dire du droit de commanden*»

Dans l'encyclopédie Universalis, « *le terme de légitimité évoque le fondement du pouvoir et la justification de l'obéissance qui lui est due* ».

Qu'est-ce que les opinions subjectives ? La subjectivité, selon le Larousse signifie « *qui relève du sujet défini comme être pensant, comme conscience individuelle susceptible de varier en fonction de la personnalité de chacun* ».

La subjectivité dépendrait donc des personnes, de leurs interactions, du rôle de chacun, du contexte, de la reconnaissance individuelle et des représentations personnelles.

Pour B.BOUQUET<sup>22</sup>, « *la notion de légitimité est aujourd'hui utilisée à profusion* », à mon sens, c'est une raison supplémentaire pour bien définir ce terme qu'est la légitimité.

Afin de mieux comprendre l'évolution de ce terme à travers le temps, il faut garder en mémoire que l'être humain est un individu unique en perpétuelle évolution, il est donc logique qu'au fil du temps et des événements, les comportements évoluent en parallèle avec les représentations individuelles de la légitimité.

---

<sup>21</sup> Dictionnaire du droit privé par S. Braudo, conseiller honoraire à la Cour d'appel de Versailles

<sup>22</sup> Professeur émérite, chaire travail social-intervention sociale

Dans le contexte actuel, où les soignants ont besoin et réclament une certaine reconnaissance, la notion de légitimité est souvent présente et ramenée à des notions de reconnaissance et de sens. Au plus la société évolue, au plus s'accroît le nombre d'auteurs qui s'inspirent de la légitimité.

P. BERNOUX<sup>23</sup>, exprime que : « *Il n'y a pas de pouvoir sans légitimité, c'est-à-dire sans acceptation par l'exécutant de la domination exercée par l'activité investie du pouvoir formel* », ce qui permet de dire que la légitimité est un processus qui se construit par la reconnaissance de différents facteurs (pouvoir, comportement, autorité) ».

#### 4.5.2 Légitimité : pouvoir/obéissance/autorité ?

Toutes ces recherches m'ont amené à me questionner sur les notions de pouvoir, d'autorité et d'obéissance.

- Le pouvoir : selon le dictionnaire Larousse : « *Autorité, puissance de droit ou de fait, situation de ceux qui gouvernent, dirigent* » « *droit pour quelqu'un de faire telle chose par son statut* »

Pour B. BOUQUET<sup>24</sup> ; « *Pouvoir d'imposer l'obéissance, pouvoir de décider ou de commander, d'imposer ses volontés à autrui* » « *ensemble pour lequel quelqu'un impose à autrui sa personnalité, ascendant grâce auquel quelqu'un se fait respecter, obéir, écouter* »

- L'autorité : Au début du XX<sup>e</sup> siècle, H. FAYOL définit la notion d'autorité de la façon suivante : « *la responsabilité et l'implication dans une position statutaire avec des qualités personnelles*). La fonction de commandement demande une association de certaines attitudes telles que *l'initiative, la fermeté, l'exemplarité, la compétence réglementaire* ».
- Obéissance : « *Action ou habitude d'obéir, de faire ce qui est commandé* ».

D'après P. BERNOUX<sup>25</sup>, l'autorité est « *la confiance que l'on fait à quelqu'un, qu'il soit dans une position hiérarchique ou non, et dont on suit l'ordre ou le conseil* », de même qu'en ce qui concerne le pouvoir, plus précisément les ressources du pouvoir, qui seraient liées à « *la compétence, la maîtrise des relations à l'environnement, la maîtrise des communications, les connaissances et les règles de fonctionnement* ».

---

<sup>23</sup> Sociologue et auteur

<sup>24</sup> L. BOUQUET Brigitte, La complexité de la légitimité, vie sociale 2014/4 n°8. Cairn.info 30www.universalis.fr, Paul BASTID, « LEGITIMITE »

<sup>25</sup> BERNOUX P. « la sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5<sup>e</sup>me édition

Dans la définition de l'autorité, il est fait référence au statut : « ensemble des dispositions législatives ou réglementaires fixant les garanties fondamentales (droits et obligations) accordées à une collectivité publique ou à un corps de fonctionnaires... ».

J'établie alors une relation avec le statut du cadre de santé. Effectivement, cette fonction est statuée un diplôme, elle est hiérarchisée, validée ou non par une nomination administrative selon l'affectation.

Ces termes n'auront pas forcément le même sens selon nos représentations individuelles, notre cursus professionnel et notre histoire personnelle. Chaque personne va les percevoir et les comprendre de manière subjective. Qu'en est-il dans la littérature ?

#### 4.5.3 La légitimité et la sociologie

M. WEBER<sup>26</sup> caractérise la légitimité par la permission aux personnalités dominantes d'imposer leur autorité. Selon lui, il existe différents types de légitimité qui correspondent aux différentes façons de donner un ordre et d'obéir. Il affirme que « c'est l'association de la légitimité et du pouvoir qui crée l'autorité »<sup>27</sup>.

Dans son analyse du pouvoir, il cherche si certains adhèrent à la domination. Il analyse les comportements afin de comprendre si les ordres donnés sont subits par subordonnés en fonction de l'attitude et du positionnement du leader.

Afin d'approfondir cette analyse, WEBER divise le pouvoir en trois concepts de domination légitime :

- La domination charismatique qui est liée à une autorité exceptionnelle (héros). Celle-ci prend son sens sur la reconnaissance ou croyance des qualités de la personne qui donne les ordres. Il définit le charisme comme « une qualité certaine d'une personnalité individuelle en vertu de laquelle elle est classée comme à part, par rapport aux hommes ordinaires et traitée comme dotée de pouvoirs ou de qualités surnaturelles, surhumaines »
- La domination traditionnelle, qui est une conviction indiscutable de l'ordre social tel qu'il est. Cela correspond aux règles sociétales.
- La domination rationnelle-légale, qui naît grâce à des règles. L'autorité est reconnue car la fonction est reconnue. Ce n'est pas la personne mais bien la fonction et le statut qui sont reconnus.

---

<sup>26</sup> Auteur reconnu concernant le concept de légitimité, lié à la notion de domination

<sup>27</sup> Dictionnaire de la sociologie,

Selon M.WEBER, il est nécessaire que les subordonnés (individu ou groupe d'individus) acceptent d'obéir aux ordres pour qu'il puisse y avoir domination. Cette acceptation va dépendre de la volonté de croire en la légitimité de la domination.

Comme évoqué précédemment, la domination légale fonctionne selon des règles précises. Cette domination est représentée par les organisations des établissements de santé par l'exercice d'un certain pouvoir.

#### 4.5.4 Légitimité professionnelle et institutionnelle

Si on estime que le cadre de santé est au centre des interactions entre les différents membres de l'équipe, on peut considérer que la légitimité résulte du jugement collectif envers un individu. Les organisations des établissements de santé s'appuient sur la loi et sur un cadre réglementaire dans un but commun. La légitimité a alors un rôle réglementaire et régulateur des pratiques professionnelles.

#### 4.5.5 Légitimité et équipes

Selon le Larousse, le terme de légitimité signifie « *action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose* ». C'est une reconnaissance par tous (hiérarchie et équipes), sans même tenir compte de l'acquisition ou non du diplôme.

D'après Hélène HATZFELD<sup>28</sup>, « *la légitimité est relative, elle est l'expression d'accommodements avec des règles et principes et d'une hiérarchisation de certaines valeurs; le caractère négocié de la légitimité, la construction d'un sens en commun, l'accord n'est jamais donné a priori* ».

Avant de continuer, je pense qu'il est indispensable de définir le terme de processus, qui signifie selon le Larousse : « *Manière que quelqu'un, un groupe, a de se comporter en vue d'un résultat particulier répondant à un schéma précis* ». Dans le monde du travail, la légitimité a un lien direct avec l'autorité. Ce lien est établi par la réglementation et par le diplôme mais cette légitimité peut aussi être reconnue par le comportement professionnel d'une personne. Cependant, la question de ce comportement et des d'actes professionnels vont être reconnus par différents moyens de communication, verbale et/ou non verbale. J'expliquerais les différents moyens de communication ultérieurement et le lien avec le positionnement du Cadre de Santé dans son rôle et ses fonctions.

---

<sup>28</sup> HATZFELD H. « Au nom de quoi ? Les revendications de légitimité, expressions de mutations sociales et politiques », Vie sociale, Avril 2014

#### 4.5.6 Synthèse du concept de LEGITIMITE

Le concept de légitimité est complexe. Si on ne tient pas compte de la légalité, il vaut que le groupe d'individus reconnaisse les fonctions et compétences d'un individu pour qu'il soit légitime. Les représentations, qu'elles soient individuelles ou collectives, les comportements et le positionnement vont influencer cette légitimité.

C'est donc la direction qui va légitimer le cadre de santé par le statut qui lui donne en plus de l'obtention du diplôme. L'autorité et le pouvoir proviennent des organisations des établissements de santé. Le Cadre de Santé va devoir s'adapter aux évolutions de comportements des individus, des différentes réformes du système de santé et des institutions.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), précise que « *le médecin, chef de pôle, organise, avec les équipes sur lesquelles il a une autorité fonctionnelle* », alors que le Directeur de l'établissement est le Chef d'établissement. Par son statut, il a autorité. Deux autorités sont présentes autour du Cadre de Santé : une autorité fonctionnelle (le médecin) et une autorité hiérarchique (le chef d'établissement).

Le Cadre de Santé va construire sa légitimité auprès des équipes en collaborant avec ces deux autorités. Son rôle, son positionnement et son adaptation vont lui permettre d'adopter un comportement cohérent avec la prise en charge des patients et le fonctionnement de l'établissement ou il est affecté.

A mon sens, la légitimité est une construction sociale en perpétuelle évolution en lien avec l'individu et la société. De plus, la légitimité s'entretient et n'est jamais acquise. Elle demande des réajustements réguliers d'autant plus pour le Cadre de Santé « occupe une place intermédiaire entre les secteurs médicaux, paramédicaux et administratifs. Le manager, grâce à sa proximité, il va pouvoir avoir une vision réelle des besoins des équipes, des fonctionnements et axes d'amélioration des organisations, des attentes des soignants, des patients mais aussi de la hiérarchie.

Quelle est la différence entre le concept de positionnement et celui de posture ?

#### 4.5.7 Positionnement stratégique

Pour bien manager les équipes soignantes, ne faut-il pas faire preuve d'organisation et de communication adaptée de manière à instaurer un climat de confiance ? Ne faut-il pas savoir faire preuve d'écoute et être en capacité de comprendre et anticiper les situations à risques de manière à viser la qualité des services rendus donc des soins ? Limiter les arrêts de travail est du turnover n'est-il pas la principale préoccupation des unités de soins ?

Dans le soin comme dans n'importe quelle société, le défi du manager est d'atteindre les objectifs définis en amont, tout en réussissant à faire ressortir les responsabilités et capacités d'adaptation de chacun.

Si un agent se sent reconnu dans ses compétences, il suivra le leader qu'il ne voudra pas décevoir. La présence physique et la disponibilité du manager pour son équipe est un soutien et un conseil certain pour le personnel. Cela provoque une proximité favorable au climat de confiance qui est la 1ère phase de délégation. Les soignants se complètent, se coordonnent et collaborent de manière à travailler dans une continuité cohérente à visée de satisfaction du patient

Le Cadre de Santé a un certain pouvoir puisqu'il détient de nombreuses informations organisationnelles. Il va pouvoir utiliser son pouvoir en fonction de son positionnement, l'utiliser à bon escient, et réussir à obtenir une reconnaissance des équipes et de la hiérarchie de manière à préserver un minimum d'autonomie. S'il se laisse déborder par une de ces organisations, il risque de perdre toute crédibilité et donc reconnaissance ce qui va engendrer une perte d'un certain pouvoir.

- D'après le psychosociologue LOUBAT JR « *concrètement, le cadre se doit de concilier le projet institutionnel avec les styles personnels des uns et des autres [...]. Avec son positionnement au sein des différents systèmes, il va favoriser l'émergence d'une relation de reconnaissance, de confiance des individus* ».
- Comme évoqué précédemment, le positionnement du Cadre de Santé s'adapte à la situation, au contexte et aux acteurs avec lesquels il travaille. Il est donc fondamental d'adopter un positionnement clair et cohérent de manière à pouvoir répondre aux attentes des différentes organisations. Le Cadre de Santé s'éloigne du soin tout en restant impliqué envers le patient avec et au travers de l'équipe soignante. Son objectif reste le patient mais ses actions vont se centrer sur les organisations autour du patient. Cette distance et prise de hauteur par rapport aux soins vont permettre une analyse constructive des situations, une réactivité dans la gestion des ressources, et une constante adaptation.

## 4.6 Concept de management

Le manager endosse souvent un rôle d'animateur plus que de supérieur hiérarchique et il doit savoir faire preuve :

- D'écoute : les agents doivent sentir que leurs idées sont prises en considération. Le leader doit consacrer du temps pour l'échange, sa proximité est favorisée par sa présence physique mais aussi par la porte de son bureau qui doit rester ouverte et montrer sa disponibilité.
- De capacité à déléguer : considérer les agents implique leur faire confiance, les considérer comme des collaborateurs permet de déléguer et répartir les tâches.
- D'une bonne communication : afin d'éviter les malentendus et de formuler au mieux les idées, des échanges formels doivent être organisés (réunions, entretiens...). De plus, des réunions informelles et imprévues peuvent parfois avoir lieu afin d'organiser et anticiper des éventuels changements organisationnels.

Le management d'équipe peut être difficile. Le leader doit s'adapter continuellement en jonglant entre délégation, souplesse et autorité pour motiver ses collaborateurs. Le contexte, les situations et les individus vont lui demander un ajustement constant.

Différents types de management ont été identifiés. Certains sont directifs et priorisent sur les résultats, d'autres plus se concentrent sur l'humain, le relationnel et l'intelligence collective.

Je ne pense pas que l'on peut définir une posture managériale comme bonne ou mauvaise. Je dirais que si un manager sait prendre des décisions fermes, adéquates et cohérentes, il est rassurant pour de nombreuses personnes.

On évolue désormais vers un mode de management moins directif et beaucoup plus basé sur l'écoute et l'échange d'idées : le management participatif. Les collaborateurs participent à la prise de décision et font preuve de créativité.



#### 4.6.1 La posture managériale du cadre de santé

La posture managériale peut se traduire comme l'attitude d'un manager dans son activité, intégrant sa personnalité et sa propre vision du management.

D'après Bonnet<sup>29</sup>, cette posture se construit au fur et à mesure que la carrière professionnelle du manager évolue en passant d'une posture « novice » à une posture « d'expert »

Quant à Finkelstein<sup>30</sup>, il affirme que le cadre va assoir sa légitimité en fonction de la posture qu'il va choisir et mettre en œuvre. Il va installer un climat de confiance et générer des conditions de travail favorable à la performance dans le travail.

Le statut peut être reconnu par le diplôme de cadre de santé mais aussi par la manière d'obtenir ou d'influencer les professionnels dans les missions qui leurs sont confiées. Ces dernières années, l'évolution de la notion d'autorité a évolué en remettant en cause la manière qu'à le manager à prendre des décisions, mais surtout, la manière dont il procède pour amener les collaborateurs à le suivre.

Toutes les nouvelles formes de collaboration comme le management agile, la reconnaissance collaborative, le droit à l'erreur... rencontrent un fort succès dans le domaine du soin.

Selon Francis Boyer<sup>31</sup>, *« la rupture culturelle et organisationnelle qu'induisent ces nouveaux modes de travail, il semble légitime que la majorité des dirigeants y réfléchissent à deux fois avant de s'engager dans de telles transformations. Néanmoins, conscients des limites du management traditionnel, ils sont de plus en plus nombreux à vouloir initier des projets d'innovation de certaines de leurs pratiques managériales »*.

Ces pratiques permettent d'instaurer un climat de confiance, permettent une plus grande autonomie, valorisent les savoir-faire et transforment les erreurs en axes d'amélioration. Cependant, il est nécessaire que les collaborateurs aient envie de s'impliquer et d'évoluer.

Toujours selon Boyer, *« une transformation radicale des modes de collaboration dans le but de trouver le plus juste équilibre entre épanouissement personnel et performance professionnelle<sup>32</sup> »*. Cette nouvelle façon de travailler redistribue le pouvoir d'action de manière à provoquer l'intelligence collective.

---

<sup>29</sup> Bonnet 2011. Cairn.info le 12/11/2019

<sup>30</sup> Finkelstein 2015. Cairn.info le 12/11/2019

<sup>31</sup> Francis Boyer. Spécialiste en innovation managériale, est consultant, formateur, coach, conférencier et rédacteur de nombreux articles

<sup>32</sup> Francis Boyer. Spécialiste en innovation managériale, est consultant, formateur, coach, conférencier et rédacteur de nombreux articles

Donner plus d'autonomie nécessite que les collaborateurs s'impliquent et soient motivés. Il existe 6 qualités managériales qui demandent l'adoption de nouvelles postures, à savoir :

- L'authenticité, pour renforcer la confiance ;
- L'humilité, pour soutenir la responsabilisation
- L'aventure, pour développer l'implication
- La serviabilité, pour provoquer l'intelligence collective
- La justesse, pour favoriser l'agilité
- La résilience, pour que les erreurs soient constructives

Bien sûr, cela ne suffit pas. Le manager doit également développer son leadership.

#### **4.7 Concept de leadership**

Le leadership est un terme anglais qui signifie position de leader, de chef. Le leadership définit la capacité d'un individu à diriger, piloter, accompagner et conduire un groupe dans le but d'atteindre des objectifs donnés. Le leader doit être capable de mobiliser, d'influencer, d'inspirer et de d'emmener les membres de son équipe sans s'imposer. Le manager de proximité doit donc faire preuves de qualités managériales et organisationnelles mais aussi relationnelles.

##### Les compétences managériales et organisationnelles,

Il doit être capable d'acquérir les bonnes pratiques et postures en développant son leadership<sup>33</sup>. Il va devoir définir des objectifs individuels cohérents avec les objectifs institutionnels, adapter son management aux situations et personnalités de ses collaborateurs. La gestion de conflits et la motivation des membres de l'équipe font partie des fonctions du cadre pour les regrouper autour d'un but commun.

##### Les compétences relationnelles

Pour réussir un management de proximité, il est indispensable de savoir écouter, motiver les équipes et s'adapter au contexte.

---

<sup>33</sup> Annexe 3 / cours du 15/02/2023 / IFCS Créteil / Positionnement du manager V. Le Bastard

Mais ce n'est pas tout, en tant que manager de proximité, il va falloir faire preuve d'aptitudes de communication en adaptant le message au contexte. C'est-à-dire qu'il faut choisir le moment opportun et l'outil de communication approprié en vérifiant la bonne compréhension du message par les équipes.

L'objectif d'une bonne communication dans une organisation est un échange d'informations entre le manager et les collaborateurs afin de motiver et donner l'envie de s'impliquer à la majorité des membres de l'équipe dans ses fonctions. En quelque sorte, c'est une communication horizontale qui prend le relai sur la communication descendante. *« La communication interne est aussi devenue une discipline managériale, au même titre que la gestion des ressources humaines<sup>34</sup>. Elle se doit de motiver, de reconnaître leurs réalisations et leur contribution, de favoriser leur collaboration et leur compréhension mutuelle, d'améliorer le climat social ».*

De plus en plus évoquée, la stratégie de proximité permet d'induire un management participatif si elle est bien maîtrisée car elle pousse les collaborateurs à s'impliquer davantage.

Les collaborateurs se sentent écoutés et considérés si la communication interne est efficace. Une bonne communication est aussi un facteur de motivation et d'implication. Progressivement, elle donne un sentiment d'appartenance qui est motivant.

Le cadre de santé fait partie de la hiérarchie tout en étant également un subordonné. En se positionnant comme le leader de son équipe, il va devoir se soumettre aux directives de la direction tout en jonglant entre directives et participation. La communication des décisions aux agents doit se faire de manière factuelle et compréhensive. Il n'est effectivement pas rare qu'il y ait une incompréhension des décisions prises et le rôle du cadre de santé va devoir avoir une capacité d'écoute et d'interprétation pour amener son équipe à adhérer volontairement à la décision.

Autrefois appelé chef d'équipe, il est aujourd'hui un maillon important de la communication interne qui va favoriser la motivation mais aussi réussir à apaiser les tensions. Pas toujours reconnu par les organisations qui peuvent le considérer comme un « outil » administratif ou un canal de communication supplémentaire, son positionnement peut être difficile à trouver.

Le cadre de proximité est-il en capacité de motiver et d'impliquer ses équipes tout en étant reconnu d'une part et d'autre ? La communication interne est une discipline managériale à part entière malgré les tensions souvent présentes en étant à la fois responsable et subordonnés.

Cette capacité de négociation et de communication va participer à sa posture managériale.

---

<sup>34</sup> <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/docannexe/image/5418/img-3.jpg>

## 4.8 La communication



La communication n'est pas qu'une expression verbale mais utilise également des signes non verbaux (gestuel, expression du visage...) ainsi que des outils (informatique, téléphone mobile, numérique...)

Elle permet l'échange d'informations entre deux ou plusieurs interlocuteurs. A travers notre société, les acteurs de communication sont définis comme étant soit l'émetteur soit le récepteur et cet acteur peut-être un individu (salarié, femme au foyer, journaliste...), une entreprise (agence de publicité, association...) ou une administration (mairie, ministère...)

On peut donc définir la communication comme toute action d'interactions avec autrui dans le but de transmettre une information. Cette information peut être transmise de façon volontaire ou involontaire, de manière verbale et non verbale, individuellement ou en groupe<sup>35</sup>.

« Lors de la transmission d'un message entre l'émetteur et le récepteur, intervient un certain nombre de filtres à chacun de ces pôles. Ces filtres sont constitués par plusieurs éléments (l'éducation, les préjugés, les expériences personnelles, par exemple) issus du contexte<sup>36</sup>. »

Le cadre de santé se trouve souvent seul face à un groupe de soignants. La manière de communiquer va exprimer la position qu'il souhaite occuper et qu'il veut donner à son interlocuteur. La place respective de chacun, va également influencer et donner une indication sur la position et le rôle de chacun dans le groupe. Ici, je parle de la place subjective qu'une personne prend par rapport à l'autre (dominant/dominé, demandeur/conseiller, séducteur/séduit, ...) mais aussi du positionnement physique (une personne face au groupe ou inclus dans le groupe voir derrière le groupe).

Ce positionnement (lors d'une réunion par exemple) peut parfois induire un accord (si les interlocuteurs reconnaissent la position qui leur est affectée) ou un désaccord qui peut même engendrer un conflit si une personne se

---

<sup>35</sup> Voir annexes 1

<sup>36</sup> Abric, J.C. (1996). *Psychologie de la communication : théories et méthodes*. Éditions Armand Colin, Paris

positionne en tant que leader alors qu'il n'est pas reconnu comme tel par exemple. Afin de s'assurer que l'information soit reçue et comprise comme on le souhaite, il est impératif de rester attentif à différents éléments comme ;

#### 4.8.1 La communication verbale :

La communication verbale désigne tout ce qui concerne le langage humain tel qu'on peut le définir immédiatement<sup>37</sup>. Le langage passe par l'utilisation de mots et de phrases à l'aide d'un vocabulaire spécifique exprimé à l'oral. La communication verbale permet à deux individus ou à un groupe de communiquer, de s'écouter et de se comprendre. Il peut s'agir d'une communication interpersonnelle.

À l'oral, pour s'exprimer correctement et convenablement, la maîtrise de la communication verbale est très importante (il faut parler le même dialecte ou maîtriser le même « jargon professionnel » par exemple).

Elle consiste à utiliser la parole pour échanger des informations avec d'autres. Elle est utilisée pour converser en face à face mais aussi par téléphone, visio ou audio : réunions, interviews, conférences et discours, sont également des formes de communication verbale. Ce que l'on appelle souvent un échange est une manière de communiquer verbalement pour partager des idées, comprendre différents opinions, et résoudre les problèmes.

La communication verbale est aussi un vecteur de la connaissance et de la culture. La communication verbale constitue le mode d'échange le plus directe pour des personnes souhaitant partager des cultures ou informations communes.

---

<sup>37</sup> Dictionnaire Larousse

#### 4.8.2 La communication non verbale :

La communication non verbale transmet des informations par la gestuelle qui ont une influence importante sur nos relations avec autrui. Cette forme de communication transmet ce qu'on appelle le langage corporel qui dévoile nos émotions de façon inconsciente : postures, gestuelle, mimiques, intonation, expressions faciales, mouvements... Ces éléments expriment nos émotions sur l'instant, surtout lors d'une interaction avec autrui. Parfois, ils peuvent nous desservir, malgré un discours bien préparé.

Une grande partie du message est traduite par notre langage corporel. C'est le pourquoi il est important de savoir le maîtriser et le décrypter !

La dimension para verbale comme le ton employé, le débit de paroles... au même titre que les éléments verbaux, sont traduits, décodés par l'interlocuteur qui va leur donner un sens.

#### 4.8.3 La communication para verbale :

Les facteurs para verbaux sont directement liés à la manière dont nous utilisons notre voix<sup>38</sup>. Notre voix présente différentes caractéristiques que l'on adapte à la taille du public et à l'espace dans lequel se déroule notre intervention mais peuvent aussi « trahir » nos émotions. Le volume et le ton doivent être suffisamment forts pour se faire entendre par l'ensemble des auditeurs et assurer une écoute active de notre message. Par ailleurs, le débit de paroles doit être adapté de manière à limiter la traduction d'un stress qui pourrait être ressenti lors d'une prise de parole en public.

Réduire le débit de paroles aide également à l'amélioration de la compréhension de notre message.

A l'inverse, parler trop lentement réduit l'attention des auditeurs qui peuvent ressentir une certaine lassitude, voire un agacement.

Le ton sur lequel une phrase est énoncée détermine fortement le sens qui lui est attribué (affirmatif, interrogatif, agressif, autoritaire par exemple).

L'intonation utilisée est donc essentielle pour donner du sens au message. Il s'agit d'articuler distinctement, sans exagérer, de s'appliquer dans la prononciation, et de reformuler de manière à s'assurer de la bonne compréhension du message envoyé<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> <http://www.communicationbienveillante.eu>

<sup>39</sup> Voir annexe 2

#### 4.8.4 Le Feed back

Élément essentiel de régulation en communication, le feedback est un moyen de transmettre un « retour » à une personne sur sa compréhension du message reçu. Pour être efficace, il doit être orienté sur ce que la personne a compris pour pouvoir le mettre en lien avec l'intention de son interlocuteur.

#### 4.8.5 Le contexte

Pour qu'une relation de communication entre intervenant et auditeurs (situation de cadre de santé) s'établisse, il faut tenir compte du contexte (ex : échange formel ou informel, donnée d'informations ou discussion...).

Sachant que le contexte professionnel détermine les rôles de chaque protagoniste et influe forcément le rapport entre les personnes en interaction, les « règles du jeu » ; le lieu et le moment où se situe la communication est appelé l'environnement direct et les éléments propres à chaque culture qui régissent les interactions sociales (par exemple les pratiques, le savoir-vivre) ont également une influence sur le codage et décodage du message tout comme la personnalité, (l'histoire personnelle, la motivation, le caractère, les valeurs... Tous ces éléments forment un contexte qui va influencer sur la communication à des degrés différents mais bien réels.

La communication verbale, non verbale et le para verbal sont des éléments qui influent sur la réception et la compréhension du message par les interprétations et les filtres personnels. Un message et même un mot peut « raisonner » différemment pour d'un interlocuteur à l'autre et donc provoquer des réactions diverses. En effet, chaque personne perçoit sa réalité à travers son vécu et ses expériences de vie qui vont agir comme un filtre. Chacun agit à partir de l'image qu'il se fait de son interlocuteur, de la perception qu'il s'est fait de lui et de sa disponibilité du moment.

Cette représentation va être très importante dans la notion de relation interpersonnelle. On peut donc en déduire que c'est par la discussion, au travers de la « confrontation » d'idées et d'opinions, que l'on parvient à construire une représentation collective assez proche de la réalité.

#### 4.8.6 Les interférences

Ces éléments (bruit, émotions...) peuvent modifier le message entre le locuteur et le récepteur. Le message est donc interprété.

Lorsque l'on a compris cela, l'intention de l'émetteur peut ne pas correspondre à l'effet produit sur le récepteur. En effet, il faut distinguer cinq niveaux différents dans la situation de communication :

- Ce que je pense : l'intention,
- Ce que je veux faire passer ;
- Ce qui est émis, mon message ;
- Ce que l'autre perçoit : l'effet obtenu,
- ce que l'autre comprend.

L'efficacité est donc liée à « la concordance entre l'effet produit et l'intention initiale<sup>40</sup>».

Sachant cela, il serait judicieux d'adapter le fond et la forme de mon message en tenant compte de tous les paramètres, c'est-à-dire le verbal, le non verbal et enfin le para verbal de la communication.

Même le silence est une forme de communication puisque par mon attitude, ma gestuelle et même mon regard peuvent démontrer que je ne veux pas dialoguer

Peut-on alors dire qu'il est impossible de ne pas communiquer ?

---

<sup>40</sup> 1e SAPAT-archives2018, ARCHIVES-cours-focus, BTS-DATR-archives2018



## 4.9 De la communication à la violence

Wayland Myers, auteur d'un livre sur la communication non violente, définit trois règles à suivre lorsqu'on s'adresse à un interlocuteur :

- Décrire les faits sans jugement
- Exprimer clairement les sentiments et les besoins
- Eviter les reproches, les menaces, les ordres ou la manipulation

Plusieurs formations en communication non violente sont destinées aux éducateurs et aux professions en contact avec le public. Cependant, on y apprend à faire face aux violences extérieures (souvent commises par un tiers méconnu) mais très peu voir pas du tout de formations s'adressant aux managers « agressés » par ses collaborateurs.

En tant que cadre de santé de proximité, éviter les propos agressifs et écouter l'autre semble évident. Cependant, avons-nous tous la même définition et les mêmes limites qui font basculer dans la violence ?

A plusieurs reprises, je me suis surprise à constater que le seuil de tolérance au mépris et haussement de ton n'est pas le même pour tous. Par exemple, certains agents (en général jeunes) communiquent de manière spontanée, si on les reprend en leur indiquant que le ton n'est pas approprié, il peut arriver que l'interlocuteur réponde qu'il n'a pas été irrespectueux puisque n'a pas émis de propos injurieux.

Afin d'essayer d'y voir plus clair, j'ai cherché à définir le terme de violence de la façon la plus large possible.

## 4.10 Concept de violence

Selon le dictionnaire Larousse, le mot « violence » est défini, dans le langage courant ; comme étant le « caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est emporté, agressif », se traduisant par une « extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans le propos, le comportement »

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé la violence est définie comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mauvais développement ou une carence ».

La définition considère aussi bien la violence entre les individus que les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle englobe également tout agissement qui n'entre pas dans la catégorie de violence physique comme les menaces et l'intimidation. Au-delà de la mort et des traumatismes, elle englobe toutes les conséquences des comportements violents, comme les atteintes psychologiques qui altèrent le bien-être de l'individu ou de la collectivité.

Selon droit pénal le terme violence désigne : « l'ensemble des infractions constituant une atteinte à l'intégrité physique ou psychique des personnes »<sup>41</sup>. Les violences peuvent être physiques, matérielles et/ou morales (par l'effet de l'intimidation ou de la peur inspirée).

Le Code pénal ne définit pas la violence mais le Code civil interdit également la violence des parents sur leurs enfants. L'article 371-1 du Code civil<sup>42</sup> interdit les violences éducatives ordinaires : « L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ».

Je pense que la violence survient là où le discours s'arrête. Dans le monde du travail, celle-ci apparaît davantage comme un mécanisme de défense, un passage à l'acte destiné à protéger la personne d'un environnement immédiat lui apparaissant comme agressif.

On distingue deux formes de violence : la violence physique et la violence psychologique.

---

<sup>41</sup> article 222-7 et suivants et R. 625-1 du Code pénal

<sup>42</sup> modifié par la loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019

#### 4.10.1 La violence physique

La violence physique est un acte qui engendre la douleur et/ou une blessure physique. L'objectif de l'auteur n'est pas seulement de causer une souffrance physique.

L'agresseur envoie un message d'opposition clair en instaurant une inégalité de pouvoir. L'agresseur met son interlocuteur dans une position de victime. \*

#### 4.10.2 La violence verbale

On assimile souvent les violences psychologiques aux violences verbales. Les attaques verbales sont directement dirigées contre la victime ou ses proches. Celles-ci ont pour effet de créer un climat d'insécurité physique et émotionnelle.

Il existe différents types de violences verbales :

- Les menaces
- Les injures
- La diffamation
- Le harcèlement moral
- L'humiliation
- Le fait d'ignorer l'autre

La maltraitance psychologique peut également comprendre certains comportements conduisant à une dégradation des conditions de vie, tels que le fait de surveiller la victime, ses communications, ses dépenses ou encore de l'espionner.

#### 4.10.3 La violence au travail

Le souvenir des actes de violence perpétrés a un rôle très important dans l'estime de soi au travail. Pour limiter les conséquences et réaffirmer mon identité professionnelle, j'ai besoin de comprendre les causes ayant mené à la situation décrite dans le contexte d'émergence.

Plus axée sur la compréhension, je souhaite utiliser cette expérience comme une forme d'apprentissage, comme un élément de recherche d'amélioration de ma pratique professionnelle.

Afin de d'effectuer des recherches cohérentes avec mon cheminement, je vais induire la notion de violence dans le monde du travail, avant de me questionner sur les causes et conséquences

D'après l'article sur le site du gouvernement<sup>43</sup> « La violence au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail. Elle va du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique. La violence au travail peut prendre la forme d'agression verbale, d'agression comportementale, notamment sexiste, d'agression physique, ... »<sup>44</sup>

La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) définit deux formes principales de violence au travail : la violence physique et la violence psychologique. Dans ces deux catégories de violence, il existe d'autres éléments qui sont reconnues comme des formes différentes mais aussi graves : la violence sexuelle et le harcèlement psychologique.)

L'organisation internationale du Travail (OIT) donne une définition de la violence au travail comme « *toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail*<sup>45</sup>. »

La CNESST indique que « *la violence peut se manifester sur le lieu de travail, dans les circonstances ou à l'occasion du travail* ». Elle distingue deux formes de violence :

- La violence interne qui émerge au sein d'une même organisation (ex : entre collègues, entre un supérieur hiérarchique et un subordonné)
- La violence externe qui éclate entre personnes qui n'ont aucun lien professionnel, (ex : usagers, fournisseurs)

Le Conseil de prud'hommes définit le harcèlement moral comme « *le fait pour le salarié de subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* »<sup>46</sup>.

Il peut arriver que le choix managérial puisse entraîner une situation de harcèlement moral pour les employés ou collaborateurs. On parle alors de harcèlement managérial.

Pour que l'effet du harcèlement moral soit reconnu, il faut que les techniques managériales collectives du manager produisent un effet négatif individuel. Sans cela, il ne pourra pas être sanctionné. De cette manière, il pourra invoquer la dégradation de ses conditions de travail, de sa santé physique et mentale, etc...

---

<sup>43</sup> Travail-emploi.gouv.fr/

<sup>44</sup> <https://www.human-et-sens-conseil.fr/risques-psychosociaux/manifestations/violence-travail/>

<sup>45</sup> Organisation internationale du Travail, 2003,

<sup>46</sup> Article L. 1152-1 du Code du travail

Selon les juges, « des méthodes de gestion du personnel, assorties de pressions incessantes de directives contradictoires, peuvent, en ce qu'elles dépassent le management classique et en ce qu'elles sont susceptibles de générer un stress pour certains salariés, être considérées comme du harcèlement managérial »<sup>47</sup>.

En pratique, les juges s'interrogent sur les effets individuels du management et ne considèrent pas les effets collectifs.

D'après ce concept, ou l'on évoque de nouveau l'agression ressentie par un salarié de sa hiérarchie mais à aucun moment il n'est fait mention de l'inverse ! Le type de management est remis en cause. Il faut peut-être prendre le problème de la manière suivante : Est-ce que le choix du style de management va également avoir un impact sur le comportement des collaborateurs envers leur leader et ainsi, agir comme un outil préventif de cette violence verbale ?

#### 4.10.4 Comment faire face à une situation d'agressivité

Face à l'agressivité, les réactions naturelles et spontanées sont :

- la soumission (s'effacer devant l'autre, oublier ses intérêts, ne pas oser répondre)
- l'agressivité (riposter en essayant d'avoir « le dessus » sur l'autre pour ne pas se laisser écraser, nier les intérêts de l'autre et ne plus être à l'écoute des émotions d'autrui).

Ces réactions ne sont pas efficaces dans l'instauration d'un dialogue menant à une solution : Les intérêts des deux parties étant ignorés.

La réaction idéale face à l'agressivité serait d'avoir une technique pour la gérer mais pas seulement. D'après H. LABORIT<sup>48</sup>, « l'agressivité est la manifestation de la tendance à nuire à autrui, que ce soit de façon réelle, imaginaire ou symbolique ». Il a analysé les interactions entre l'individu et son environnement et affirme que l'agressivité est due à cet environnement.

Il évoque le fait que le désaccord est induit par le mauvais sens donné à un mot ou une expression qui sera perçu soit comme à caractère hostile soit comme l'affirmation de soi ou un moyen de satisfaire ses propres besoins.

Ce que j'ai compris de cette lecture est que l'origine de l'agressivité serait pulsionnelle...

---

<sup>47</sup> Cour d'appel de Fort-de-France, 30 mai 2014

<sup>48</sup> Chirurgien militaire Français né à Hanoi en Indochine en 1914, et mort à Paris en 1995. D'abord axés sur le domaine chirurgical et les problèmes d'anesthésie, ses travaux déboucheront sur la biologie du comportement.

La soumission et/ou la fuite sont des stratégies permettant d'éviter la situation considérée comme dangereuse. H. LABORIT explique que ces attitudes font partie des possibilités qu'ont, les individus, de faire face à une situation. Il en existe trois différentes : la fuite, la lutte ou l'inhibition de l'action.

Dans les cours enseignés en IFSI sur l'agressivité<sup>49</sup>, il est précisé que dans chaque situation agressive, on retrouve un dominé (inhibition de l'action, punition ou échec face à la lutte), et un dominant (succès du comportement d'agressivité par la lutte ou la fuite).

Sont alors mises en avant deux catégories d'agressivité :

- l'agressivité hostile qui blesse volontairement l'autre;
- l'agressivité instrumentale qui vise à se procurer des satisfactions individuelles, sans désir de nuire à autrui.

Freud parle de l'agressivité en la reliant à de la colère et la rattachant aux représentations obsédantes de la névrose obsessionnelle.

Pour Freud, c'est une question de pulsions du Moi (autoconservation et agressivité). La pulsion de mort se manifeste dans 3 grands registres :

- Agressivité (tendance active);
- Répétition (nier la progression);
- Régression (retour aux expériences antérieures, traumatiques ou satisfaisantes)

Selon Winnicott, l'agressivité se développe avec le Moi et divise l'accession à l'agressivité en deux stades différents :

- Le stade de non-inquiétude (ou de cruauté originaire). L'enfant accomplit des actes sans se soucier ou avoir conscience des conséquences et n'accorde aucune importance au résultat. L'amour et l'agressivité sont mélangés. Il va plus loin en évoquant que si l'agressivité est empêchée à moment-là de l'enfance, l'adulte de demain sera dans l'incapacité d'aimer.
- Le stade du souci : Le Moi de l'enfant est développé et il a à présent conscience que l'autre existe en dehors de sa personne. Il se rend compte des conséquences sur autrui. Il est alors en capacité de ressentir de la culpabilité. Un enfant qui est capable d'assumer cette culpabilité va se construire et pouvoir réparer. C'est la première partie de la socialisation.

---

<sup>49</sup> Cours de psychopathologie IFSI/croix. Rouge/Tourcoing/ 2015

*« Si personne ne reconnaît ses efforts de réparation, il se sent abandonné et l'agressivité réapparaît. A l'adolescence, ce mécanisme est réactualisé de manière beaucoup plus flagrante où des efforts de réparation non-reconnus entraînent des comportements agressifs »*

Suite à ces définitions, je conclus que dans un 1er temps, il est important de chercher la cause réelle de l'agressivité

Si, pour LABORIT, il faut différencier deux aspects distincts :

- l'expression pulsionnelle : L'agressivité serait souvent une manière maladroite d'exprimer une émotion
- la mobilisation en vue d'une intention : l'individu se décharge d'une déception suite à un échec

Il faut alors que le cadre puisse calmer les tensions en cherchant le motif de l'agressivité afin de trouver des solutions cohérentes avec la problématique réelle.

*« L'agressivité, comprise par opposition à l'assertivité, consiste à vouloir soumettre l'autre, à déclencher la peur, pour gagner à son détriment. En cas d'attaque, l'agressivité consiste à réagir en contre-attaquant<sup>50</sup> ».*

Mais alors, comment réagir face à l'agressivité ?

D'après ce même article, pour rester assertif, il est important pour le cadre de santé de :

- adopter une distance suffisante de manière à ne pas se sentir en danger,
- essayer de limiter le danger en canalisant l'agressivité,
- peser les intérêts de tous les acteurs grâce à la discussion et l'échange qui sont des éléments indispensables de l'assertivité.

### Se protéger

Il faut, être capable de se protéger pour ne pas laisser l'agressivité de l'autre nous atteindre personnellement. A mon sens, il est indispensable de prendre du recul de manière à replacer l'agressivité dans son contexte : professionnel et non personnel. Rester calme apaise les choses et évite l'aggravation du conflit.

---

<sup>50</sup> <https://www.demos.fr/blog/comment-reagir-avec-assertivite-face-lagressivite>

Pour se protéger, il existe plusieurs possibilités :

- prendre une grande inspiration, reprendre conscience de son corps et se stabiliser ;
- prendre du recul et de la distance mentale : se dire que l'agressivité peut être une manière maladroite d'exprimer une émotion et non une attaque personnelle. Se rappeler que, souvent, les personnes n'ont pas conscience du ton employé et de leur attitude, elles ne cherchent pas à faire du mal mais plutôt à décharger un « trop plein » d'émotions

### Canaliser l'agressivité sans susciter d'avantage d'agressivité

Pour canaliser l'agressivité de l'autre, il va falloir :

- identifier et éviter les comportements qui seraient susceptibles d'être mal interprétés : rire, se montrer ironique, etc. ;
- garder le respect de l'autre en différenciant qu'il est de son comportement : c'est le comportement je ne tolère pas, non la personne.
- Ne pas répondre sous la pulsion : il est parfois nécessaire de laisser « exploser » les émotions et d'être juste à l'écoute. Une réponse impulsive ne ferait qu'envenimer les choses.... mieux vaut attendre que la personne se calme et prenne du recul.

Essayer de reporter la discussion de manière à transformer la conversation houleuse en un échange constructif. En effet, les esprits calmés, les interlocuteurs pourront plus facilement traiter les informations de manière factuelle sans agressivité.

S'il y a plusieurs personnes, changer de lieu peut permettre d'éviter les prises à parti ou la montée collective de l'agressivité. De plus, la personne se sentira reconnue et entendue.

### Recadrer les choses si nécessaire

La fermeté est parfois indispensable pour engendrer un échange constructif. La tonalité ferme de la voix prend alors tout son sens.

Afin d'adapter le ton, il est essentiel de se sentir assertif intérieurement : le cadre de santé garde en tête son objectif dans le respect de l'autre. Il peut être judicieux à ce moment-là de rappeler les règles du jeu, le contrat commun et les règles en étant implicites : règles de politesse, de respect, etc...



## Rendre possible la discussion

La 1ère réaction à l'agressivité est souvent l'agressivité ou la soumission. Ce qui ne fait qu'amplifier la colère et ne permet plus de trouver la solution adéquate avec la problématique qui est parfois voire souvent oubliée :

- soit c'est le plus fort qui a gain de cause ;
- soit l'agressif a gain de cause par la soumission de l'autre.

Le report de la discussion devient alors le seul moyen, pour le cadre de santé de poser le problème dans le calme et l'écoute des deux parties.

L'assertivité semble donc être le meilleur moyen pour le cadre de santé de faire face à l'agressivité puisqu'il va ainsi consacrer du temps à l'écoute et à l'observation de manière à prendre en compte les ressentis de son interlocuteur.

Mais qu'est-ce que l'assertivité ?

## **5 Notion d'assertivité**

L'assertivité est une notion analysée, décrite et développée par le psychologue Andrew Salter et le psychiatre Joseph Wolpe individuellement au XXe siècle. Elle est décrite comme « *Expression libre de toutes émotions vis à vis d'un tiers, à l'exception de l'anxiété* »<sup>51</sup>.

D'après le dictionnaire Larousse : « *Le comportement assertif se définit comme une attitude, une posture d'affirmation de soi tout en respectant l'autre. C'est savoir s'affirmer en ayant une attitude respectueuse envers les autres, dans le but d'avoir des relations apaisées* ».

Dans le milieu hospitalier, la communication est un atout important du management. Dans le monde du travail ou l'on parle de plus en plus de qualité de vie au travail (QVT), l'assertivité contribue à améliorer le bien-être des salariés.

Si comme décrit précédemment et afin d'éviter la montée en agressivité, le cadre doit d'abord acquérir lui-même une attitude assertive. C'est de cette manière qu'il pourra accorder autant d'importance à ses intérêts qu'à ceux de l'autre. L'assertivité permet aux managers et aux leaders de développer leurs compétences en communication et gagnent en confiance (confiance en soi et en l'équipe).

---

<sup>51</sup> <https://www.cepimangement.com/comportement-assertif/>

Cependant, l'assertivité peut s'avérer difficile à maîtriser lorsqu'on est confronté à un comportement agressif car il peut atteindre personnellement l'individu qui subit cette agressivité. La soumission ou l'agressivité sont les moyens fréquemment utilisés pour de faire face à ce danger soudain.

### Se montrer ouvert à la discussion

Être assertif, c'est être en capacité de gérer les difficultés par un dialogue constructif. Il est impossible de discuter si l'autre le refuse, mais on peut essayer de rendre possible la discussion. Pour ouvrir la discussion, le cadre de santé peut :

- Faire preuve d'empathie, de compréhension, et s'appliquer dans une écoute active tout en proposant un moment d'échange
- Être capable d'entendre et accepter les propos avérés de la personne en colère.

## **6 Gestion des personnalités difficiles :**

Pour commencer cette partie, je vais définir ce qu'est un employé difficile. Est-ce un collaborateur :

- Dont les comportements ne cessent de provoquer que des interactions négatives ?
- Qui ne semble pas montrer de volonté d'améliorations de ses modes de fonctionnement ?
- Dont les attitudes démontrent un positionnement constant défensif et de contestation ?

D'après Mr LIPS<sup>52</sup>, « Certains collaborateurs semblent n'être là que pour faire constamment tourner leurs collègues en bourriques. Des comportements, volontaires ou non, inadéquats au bureau. Le manager devra impérativement les recadrer dès que possible. Il ne s'agit pas de blesser le collaborateur car cela décuplerait les problèmes, ni de le laisser prendre l'ascendant, ce qui aurait des conséquences encore bien plus négatives... »

Il est pourtant essentiel d'agir. La question qui se pose alors est : comment gérer les conflits ?

Mr LIPS évoque le fait qu'il existe des méthodes et des comportements à adopter face à ces personnalités dites difficiles. La posture dans la gestion de ces personnalités va dépendre du profil identifié en face de soi car l'approche sera différente selon le type de comportement (colérique, anxieux, négatif...).

---

<sup>52</sup> Formateur en management sur Orléans

Parmi ces différentes personnalités, une entreprise Belge spécialisée en formation sur le management<sup>53</sup> en cite quelques-unes que l'on retrouve régulièrement dans les équipes :

- Le colérique : qui ne tolère que très peu ou pas la frustration et les remarques. Il est constamment sur la défensive, s'énerve dès qu'il est contrarié et peut avoir des attitudes verbales et/ou physiques violentes
- L'anxieux : qui est fragile et perd facilement ses moyens. Il n'est pas certain de ses compétences, se sous-estime et sa plus grande crainte est de ne jamais être à la hauteur. Il peut parfois aller jusqu'à l'auto-sabotage de son propre travail ;
- Le négatif ou râleur : qui critique tout et constamment. Il a un esprit négatif et néglige le positif. Dirigé par une peur importante face au changement, il pointera les aspects négatifs de tout nouveau projet/nouvelle proposition. Par principe volontaire ou non, il s'opposera
- Le blasé : qui est passif, il est complètement démotivé et plus rien ne semble l'intéresser. Il suit le mouvement, avec nonchalance jusqu'à bâcler ses missions par manque de conviction. Sans aucune remise en question, il s'implique le moins possible dans les projets/l'équipe/l'entreprise ;
- L'introverti : qui a tendance à interioriser ses ressentis et émotions, il accepte souvent des tâches et missions systématiquement. Ce profil de collaborateur difficilement cernable est le moins évident à manager, car il ne laisse rien paraître.
- L'arrogant : qui est très sûr de lui, il aura tendance à parler haut et fort en écrasant ses collègues. Il a un avis sur tout, n'admet pas ses torts et, est souvent jaloux des réussites de ses collègues qu'il aura tendance à minimiser
- Le manipulateur : qui propage des rumeurs, adapte son comportement et ses dires sans réellement se dévoiler et reste toujours très évasif.
- Le martyr : qui s'arrange pour se faire plaindre (par exemple : accepte une tonne de dossiers pour finalement se lamenter sur la charge de travail qui lui incombe).

Afin de gérer au mieux un collaborateur dit difficile, il est judicieux de s'assurer de la réalité du problème et que ce ne soit pas l'interprétation d'une attitude ou d'une parole.

En effet, il peut parfois arriver qu'un collaborateur ait été identifié comme étant difficile par rapport à ses réactions ou ses propos qui réveillent en soi des « cicatrices » de notre propre histoire.

---

<sup>53</sup> <https://www.metamorphoses.be/fr/ressources/management/collaborateurs-difficiles>

En effet, certains comportements peuvent réveiller en nous des blessures même inconscientes qui vont nous amener à agir de façon disproportionnée. C'est souvent le cas des personnes qui prennent toutes les remarques pour des reproches ou des remises en question personnelles.

*« Il est fréquent qu'un manager avec un profil de personnalité « Sentiment » juge un collaborateur « Pensée » comme une personne difficile à cause d'une communication qu'il estime trop directe, dénuée d'empathie et qu'il considère, de ce fait, comme irrespectueuse. En sens inverse, un manager "Pensée" peut juger un employé "Sentiment" comme étant lui aussi une personne difficile à cause d'une forte sensibilité et d'une tendance à prendre les remarques de façon trop personnelle<sup>54</sup> ».*

Dans ces cas, c'est notre jugement va mettre en place une un employé, ce qui risque de compliquer la situation

## **7 Problématique de recherche**

La recherche et l'analyse du cadre conceptuel m'ont permis d'identifier la façon dont se construit la personnalité professionnelle du manager. L'évolution des conditions et méthodes de travail des Cadres de Santé s'appuient sur les modes de communication qui sont des déterminants importants dans les notions d'autorité et de pouvoir. Les concepts que j'ai choisi de développer concernent les relations humaines, les comportements, les représentations individuelles et collectives du monde du travail qui est rattaché à l'humain par le soin.

## **8 Hypothèses**

Les représentations de la légitimité sont-elles en corrélation dans les deux populations (soignants et cadre de santé) ainsi que la vision du métier de Cadre de Santé ?

**1ère Hypothèse** ; L'expérience et le type de management choisi par le cadre de santé limite les conflits avec les équipes.

**2 ème Hypothèse** La direction des soins contribue à la légitimité du cadre de santé ce qui représente un impact important dans la gestion du conflit avec les équipes.

---

<sup>54</sup> **Jean-Luc Dupont** Associé – gérant Formateur - Conférencier

## 9 Enquête

D'après Bailly René, « l'enquête est une réunion des témoignages pour élucider une question ».

Selon KAZADI KIMBU MUSOPUA, « l'enquête est une recherche méthodique reposant sur des questions, des témoignages, des documents et aussi sur les faits ».

Pour ce travail de recherche, l'enquête est pour moi une démarche qui va me permettre de recueillir des informations permettant de confirmer ou infirmer deux hypothèses confrontées à la réalité de terrain.

### 9.1 Présentation de la méthodologie

La méthode hypothético-déductive est celle que j'ai choisi pour ce travail de recherche. C'est une démarche déductive qui a pour but de confronter les hypothèses au terrain par le biais d'un questionnaire proposé à deux populations ciblées : soignants et encadrants.

### 9.2 Choix de l'outil de recherche

Afin confronter mes hypothèses avec le terrain, j'ai fait le choix d'élaborer un questionnaire qui m'a permis de mieux cibler les informations quantitatives sur des opinions, des comportements, des positionnements tout en respectant les indicateurs de l'analyse théorique. De plus, le conflit étant un sujet qui implique de nombreuses émotions, le questionnaire m'a permis d'éviter de « prendre parti » et de sortir du sujet de départ.

#### 9.2.1 Présentation de l'outil

Pour créer cet outil d'enquête, j'ai réfléchi à des hypothèses qui, grâce à des questions précises, me permettront de cibler des indicateurs correspondant aux concepts étudiés précédemment.

J'ai élaboré des questionnaires avec le logiciel utilisé lors de l'enseignement des techniques d'enquêtes à la Faculté d'Economie et de Gestion, qui permet une diffusion ludique et rapide, tout en respectant l'anonymat. En plus de l'envoi par mail, j'en ai imprimé quelques-uns pour faciliter la démarche des personnes moins à l'aise avec l'informatique.

Les questionnaires<sup>55</sup> ont ensuite été testés auprès de 4 collègues afin de me permettre un réajustement des questions et de différencier les deux populations (cadres et soignants).

Ils sont composés de 32 questions pour les IDE et AS, et 31 questions pour les Cadres et Faisant Fonction. Les questions sont principalement posées sous forme fermées. De cette manière, j'ai essayé de modérer les émotions que peuvent susciter le conflit et cherché à être le plus factuel possible. Quatre grandes parties articulent les questionnaires :

- une première partie permet l'identification de la population,
- une deuxième partie aborde la légitimité du Cadre,
- la troisième cherche à identifier le positionnement du Cadre, son management et sa proximité,
- une quatrième partie qui va s'intéresser aux situations conflictuelles et personnalités dites difficiles

### 9.2.2 L'échantillonnage

Ce travail de fin d'études s'intéresse aux échanges entre managers (ici cadres de santé) et les équipes paramédicales représentées en majorité par des infirmières (IDE) et des aides-soignantes(AS). C'est la raison pour laquelle il m'a semblé important de questionner ces trois corps de métier

### 9.2.3 Diffusion des questionnaires

Dans un 1er temps, j'ai contacté la direction des soins des établissements visés afin de leur soumettre le questionnaire et leur demander l'autorisation de rencontrer le personnel concerné. Puis, dans un 2ème temps, j'ai rencontré les différents personnels pour leur expliquer ma démarche, mon cheminement et récupérer les adresses mail.

Afin de rassurer les agents sur l'anonymat et d'élargir mon champs de recherche pour être le plus précise possible et le plus proche de la réalité, j'ai séparé les corps de métier des lieux d'exercice (soignants dans deux hôpitaux de proximité et Cadres dans un CHU)

---

<sup>55</sup> Voir annexes

#### 9.2.4 Recensement des résultats

J'ai diffusé les questionnaires durant 15 jours et l'anonymat a été respecté, dans le sens où les répondants m'ont fourni des boîtes mails et que différents centres hospitaliers ont été mis à contribution.

Au total, j'ai distribué une cinquantaine de questionnaires pour les paramédicaux et autant pour les encadrants. Ont répondu :

- Population IDE et AS : 27 personnes
- Population des Cadres de Santé et Faisant Fonction : 34 personnes

Dans l'analyse, chaque pourcentage est établi en fonction du nombre de répondants par population.

Les tableaux et histogrammes sont réalisés sur la base de l'analyse statistique des résultats réalisés par le logiciel [docs.google.com/forms](https://docs.google.com/forms)

## 10 Présentation des résultats

	<b>Population AS/IDE</b>	<b>%</b>	<b>Population encadrante</b>	<b>%</b>
<b>AGE</b>	De 25 à 35 ans :	0	De 25 à 35 ans :	0
	De 35 à 45 ans :	55.6	De 35 à 45 ans :	47.1
	45 ans et plus :	44.4	45 ans et plus :	52.9
<b>METIER</b>	IDE	33.3	Cadre	14.3
	AS	66.7	Faisant Fonction	85.7
<b>MOYENS DE COMMUNICATION</b>	Temps de transmissions	100	Temps de transmissions	100
	Supports écrits	33.3	Supports écrits	42.9
	Echanges dans les couloirs	22.2	Echanges dans les couloirs	28.6
	Affichage	11.1	Affichage	57.1
	Autre	33.4	Autre	0

Ce tableau me permet d'affirmer qu'en ce qui concerne l'âge des participants, la majorité de la population des IDE et AS se situe dans la tranche d'âge 35 à 45 ans, et en ce qui concerne la population de l'encadrement, la majorité se situe dans la tranche d'âge de 45 ans et plus.

Dans les réponses aux questionnaires, les retours des paramédicaux sont majoritairement représentés par la profession des aides-soignantes, et pour la population de l'encadrement, c'est le Cadre de Santé faisant fonction qui est majoritaire.

Tous les corps de métiers s'accordent à dire que les outils principaux de communication sont les transmissions verbales et écrites par le biais d'un temps réservé à l'échange, de cahiers, de supports écrits ou l'affichage. Les outils de communication sont cependant très différents dans les autres moyens de communication (33.4% pour les paramédicaux pour 0% pour l'encadrement). Parmi les autres moyens de communication, on retrouve principalement les mails, sms, groupe de discussion via le téléphone et « petits mots » glissés sous la porte du bureau du cadre.



L'analyse de cette première partie m'a permis d'établir un profil de l'échantillonnage dans les deux populations (équipes soignantes et encadrement). D'un point de vu général, les résultats laissent apparaître que l'échantillon répondant représente des personnels à partir de 35 ans.

La population des IDE et AS, correspondent majoritairement à la génération Y alors que pour la population de l'encadrement, la majorité correspond à la génération X. Aucun membre de la génération Z n'a répondu aux questionnaires quels que soient le corps de métier.

La génération X<sup>56</sup> a connu les 1ères vagues importantes de chômage et la crise financière. C'est donc une génération qui est soucieuse de garder son emploi, et, est fidèle à l'employeur. C'est une génération qui montre un respect de la hiérarchie qui est considérée comme supérieure. La carrière est souvent marquée par le besoin de faire ses preuves et de prouver sa valeur.

La génération Y<sup>57</sup>, quant à elle, a grandi dans un contexte de chômage et de crise financière et sait pertinemment qu'elle ne fera pas sa carrière dans une seule et même entreprise. Elle a réussi à s'adapter à cette situation et à en tirer profit pour mieux profiter de l'instant présent. C'est une génération qui apporte de l'importance à la qualité de vie au travail.

Ce sont donc des générations différentes mais qui partagent des valeurs communes : Elles sont consciencieuses, ont le goût du travail bien fait ainsi qu'un besoin de reconnaissance au travail pour rester motivé.

Dans un deuxième temps, je vais me concentrer sur la représentation de la légitimité du Cadre. L'objectif des questions suivantes est de rechercher et identifier s'il existe des différences dans les représentations concernant la légitimité et le métier de Cadre de Santé. Ceci afin de faire le lien avec ce qui a été développé dans le cadre conceptuel. Dans le questionnaire, j'ai repris les termes d'autorité, de pouvoir, de respect par rapport à la légitimité et les différents rôles du Cadre en posant la question des différentes représentations :

---

<sup>56</sup> Selon la classification de William Strauss et Neil Howe, le groupe des occidentaux nés entre 1965 et 1976

<sup>57</sup> Les millenials... cette génération concerne les individus nés entre 1980 et 1995

	<b>Population AS/IDE</b>	<b>Population encadrante</b>
Autorité	44.6%	71.4%
Pouvoir	33.3%	14.3%
Respect	55.6%	28.6%
Garante des valeurs professionnelles	33.3%	71.4%
Représentant de l'équipe	55.6%	71.4%
Membre de l'équipe	44.4%	28.6%
Un statut	33.3%	71.4%
Responsabilité	X	85.7%
Garant de la qualité des soins	X	85.7%
Porte-parole de la direction	X	71.4%

Les croix indiquent l'absence de résultat parce que la question n'a pas été posée à la population concernée.

Ce tableau indique que, pour la majorité des personnes ayant répondu, le cadre de santé représente l'autorité et le respect que ce soit pour les soignants ou pour l'équipe d'encadrement. Le pouvoir représente 33.3% pour les IDE et AS, et seulement 14.3% pour l'encadrement. On peut également s'apercevoir que si le cadre de santé se sent garant des valeurs professionnelles, les soignants ne le perçoivent pas de cette manière.

J'ai laissé les IDE et AS, une possibilité de s'exprimer et 5 personnes ont ajouté quelques précisions : « c'est un médiateur » « il est chargé d'une communication de qualité avec les équipes » « c'est une charnière entre médecins, familles et soignants » « c'est un supérieur hiérarchique » « c'est le pilier du service et des équipes.

A des pourcentages différents, les trois corps de métiers placent le cadre de santé comme un représentant de l'équipe plus que comme un membre de l'équipe et reconnaissent l'importance d'une communication de qualité.

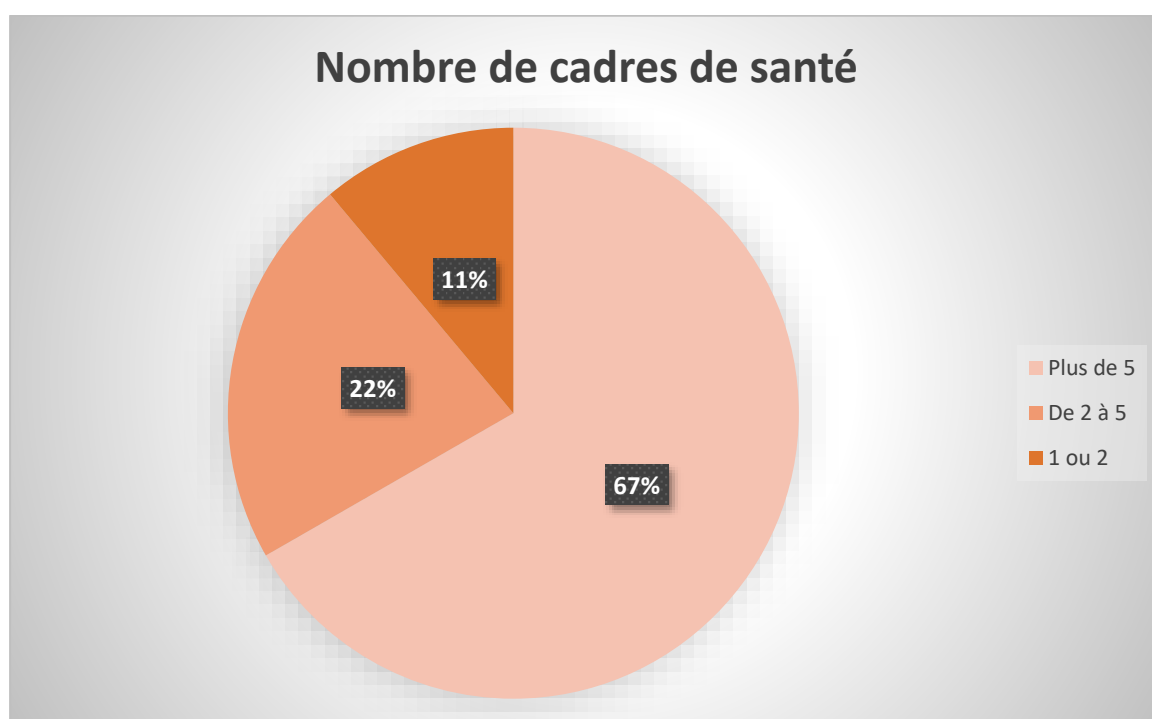
La représentation du statut n'est reconnue que par la population cadre de santé. J'ai volontairement posé les trois dernières questions uniquement aux cadres car il me semblait important d'évaluer les représentations qu'ils avaient de leurs fonctions vis-à-vis des soignants et de leur propre hiérarchie. Ces questions ont mis en évidence que les cadres se sentent autant responsables de la qualité des soins (notion de faire partie de l'équipe des soignants) que faisant partie de la direction en ayant de nombreuses responsabilités avec une notion de loyauté envers la politique d'établissement. Cette analyse démontre que les cadres de santé se positionnent comme un « intermédiaire » entre équipes et hiérarchie.

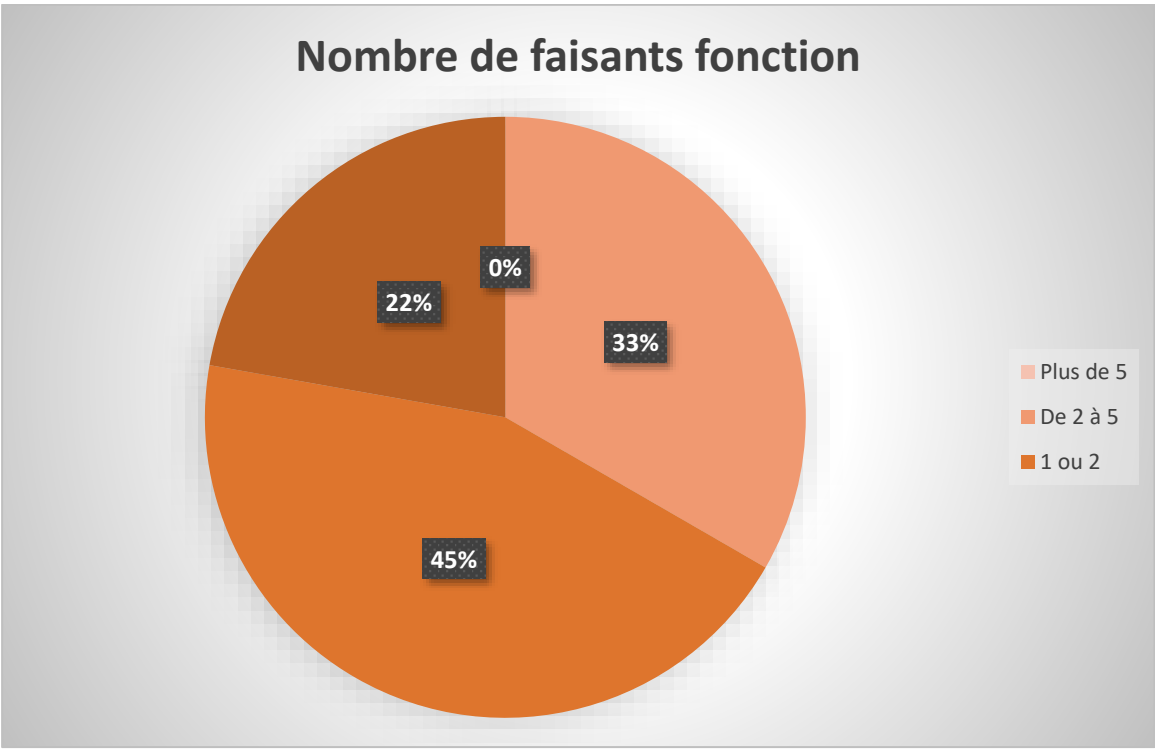
Par exemple, les cadres doivent trouver des solutions pour avoir le bon nombre d'infirmières et d'aides-soignantes tout en mettant en œuvre la politique de l'établissement et peuvent parfois avoir l'impression d'être maltraitants avec les équipes. En effet, ils se voient solliciter les agents alors qu'ils font partie de la

génération qui prône la qualité de vie au travail qui passe par le droit à la déconnection.

Cette observation est tout à fait cohérente avec le 1er tableau où ils étaient majoritaires à reconnaître la notion d'autorité tout en étant garant des valeurs professionnelles.

Je pense que les représentations qu'ont les soignants des Cadres et des faisant fonction dépendent du nombre de managers rencontrés dans leur parcours professionnel. Afin de valider ma pensée, j'ai proposé les questions n°4 et 5 aux personnels paramédicaux sur le nombre de responsable avec lesquels ils ont travaillé durant leur carrière :

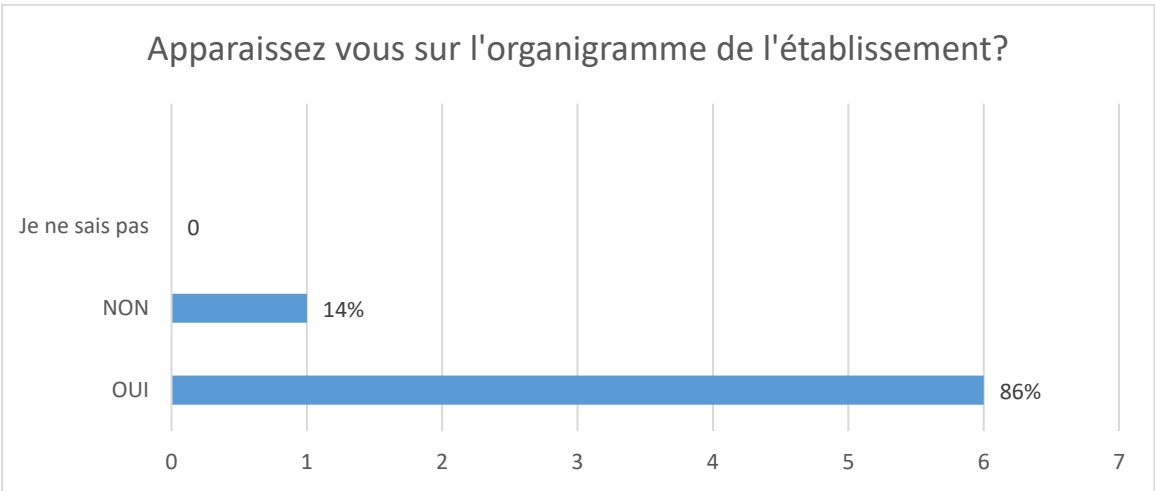




Les résultats observés montrent que 67% des soignants ont travaillé auprès de plus de 5 Cadres, et 45% auprès de 1 ou 2 Faisant Fonction.

La question suivante m'a permis d'établir si ces agents différencient les deux fonctions. Question à laquelle 67% ont répondu que non contre 33% oui.

Je me suis alors intéressée à l'identification des Cadres de Santé et des Faisant Fonction sur l'organigramme qui, à mon sens, correspondrait à la reconnaissance de la place du cadre de santé par la Direction.



Pour 58,60% de la population de l'encadrement interrogée, la Direction reconnaît leur place au travers de l'organigramme de l'établissement.

Par conséquent, j'analyse les représentations de la légitimité et du métier de Cadre de Santé en les faisant correspondre avec la majorité des répondants de cet échantillon aux notions développées dans le cadre conceptuel de ce travail de recherche.

Pour rappel, j'ai abordé précédemment la notion de pouvoir qui intervient dans le concept de légitimité, décrit par WEBER en termes de dominations, mais aussi dans le concept du positionnement, au travers des jeux de pouvoirs, décrit par CROZIER et FRIEDMAN. Cette notion apparaît également dans la description des rôles du Cadre de Santé selon MINTZBERG. Après réflexion, je pense que le résultat aurait peut-être été différent si le terme de pouvoir avait été explicité. Je peux constater que les représentations de la légitimité du Cadre sont des représentations majoritaires pour les deux populations. La légitimité est le résultat d'un jugement collectif envers un individu. La légitimité désigne « la reconnaissance du bienfondé des actions d'un individu par ses collaborateurs professionnels, étayé par une représentation collective professionnelle<sup>58</sup>.

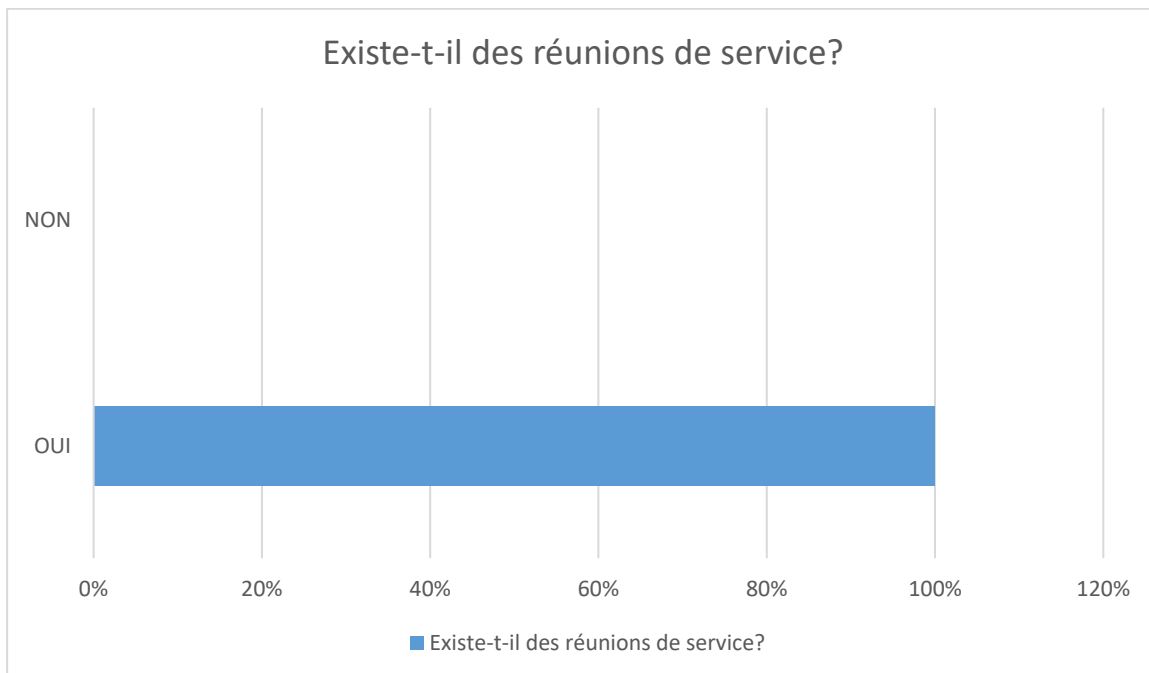
Les réponses obtenues pour les deux corps de métier (IDE et AS) concernant la distinction entre le Cadre et le Faisant Fonction, correspondent à la domination rationnelle légale décrite par WEBER. En effet, l'autorité qui est reconnue est liée à la fonction et non pas à la personne. Il en est de même pour la Direction, qui reconnaît la fonction d'encadrement par l'identification sur l'organigramme. Suite aux questionnaires, je constate que les représentations de la légitimité du Cadre de Santé, ainsi que son rôle et ses fonctions correspondent aux concepts étudiés dans ce travail de recherche.

Le Cadre de Santé aussi appelé Cadre de proximité organise des réunions organisationnelles

A la question posée aux personnels paramédicaux : Existence de réunions de service 100% ont répondu que oui. Je constate que pour la totalité des soignants, le Cadre de Santé organise des réunions ou le personnel peut s'exprimer.

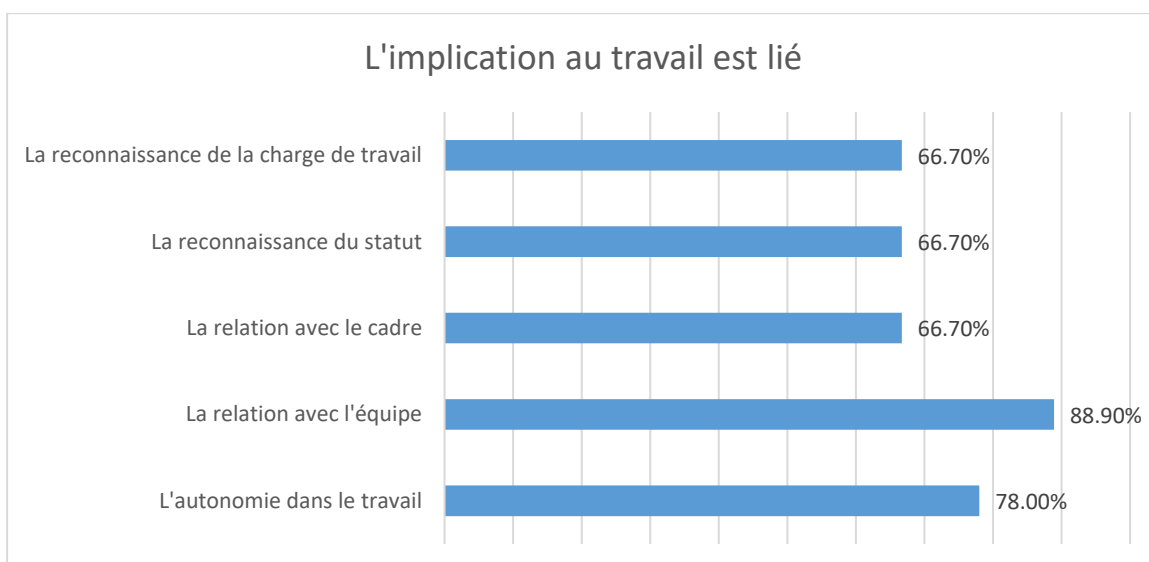
---

<sup>58</sup> DEMARET J, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion « Construction de la légitimité



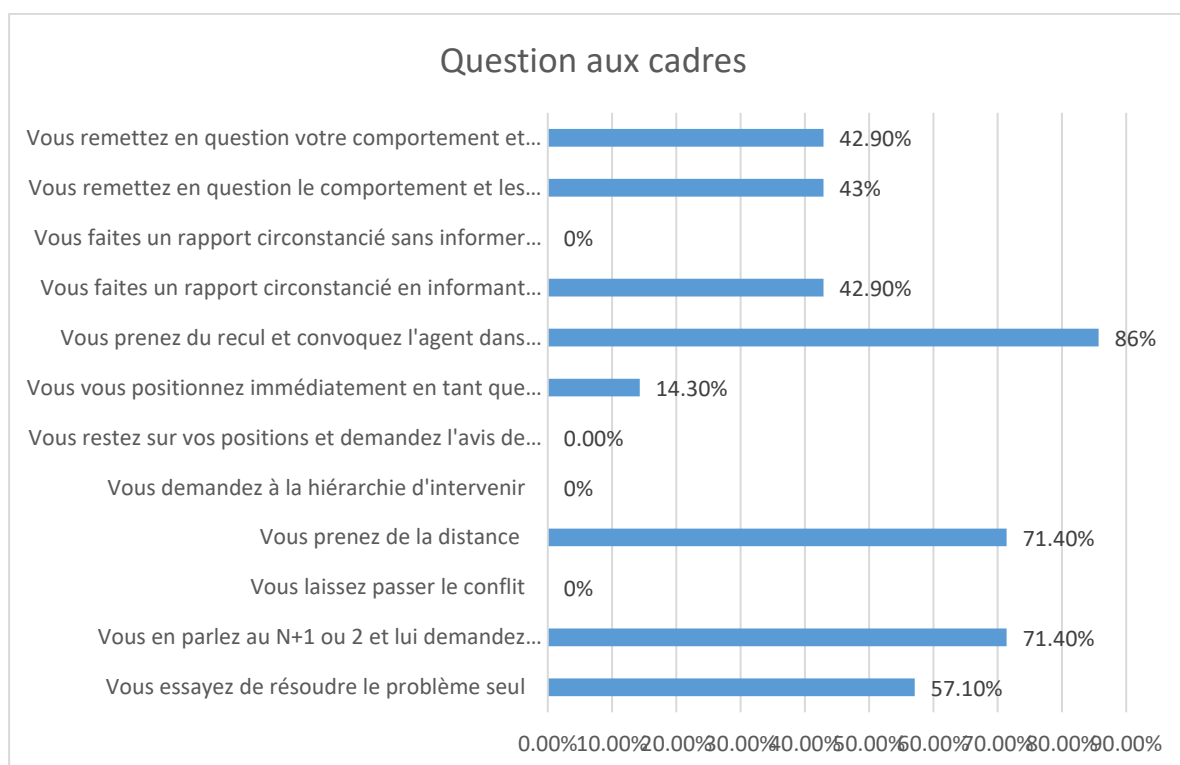
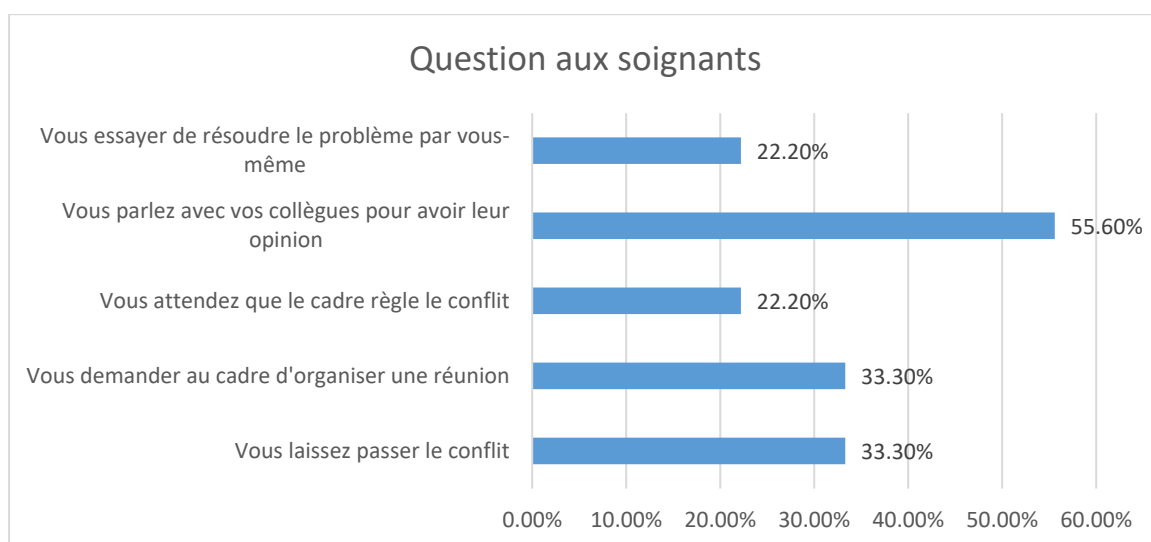
Les résultats montrent que 100% des soignants se sentent impliqués dans leur travail et que l'évaluation de la motivation des professionnels permet au Cadre de Santé d'adapter son management. J'ai demandé si il existait différents moments d'échanges comme les entretiens individuels annuels ou des entretiens informels et ceux-ci ont répondu que oui à l'unanimité.

Si on considère que la relation avec l'équipe est le facteur le plus important de motivation pour l'équipe soignante, 100% des cadres de santé estiment que l'autonomie est le facteur le plus motivant. J'ai alors posé une question sur la présence d'une pression existante ou non lors de la prise de poste.



Il s'avère que plus de 55% des agents répondent qu'il leur est déjà arrivé de ne pas vouloir se rendre sur leur lieu de travail pour éviter un climat conflictuel avec votre cadre et vis-versa. Pour la majorité, le cadre de santé apporte comme réponse prédominante concernant la résolution du conflit de prendre du recul avant d'apporter une réponse appropriée.

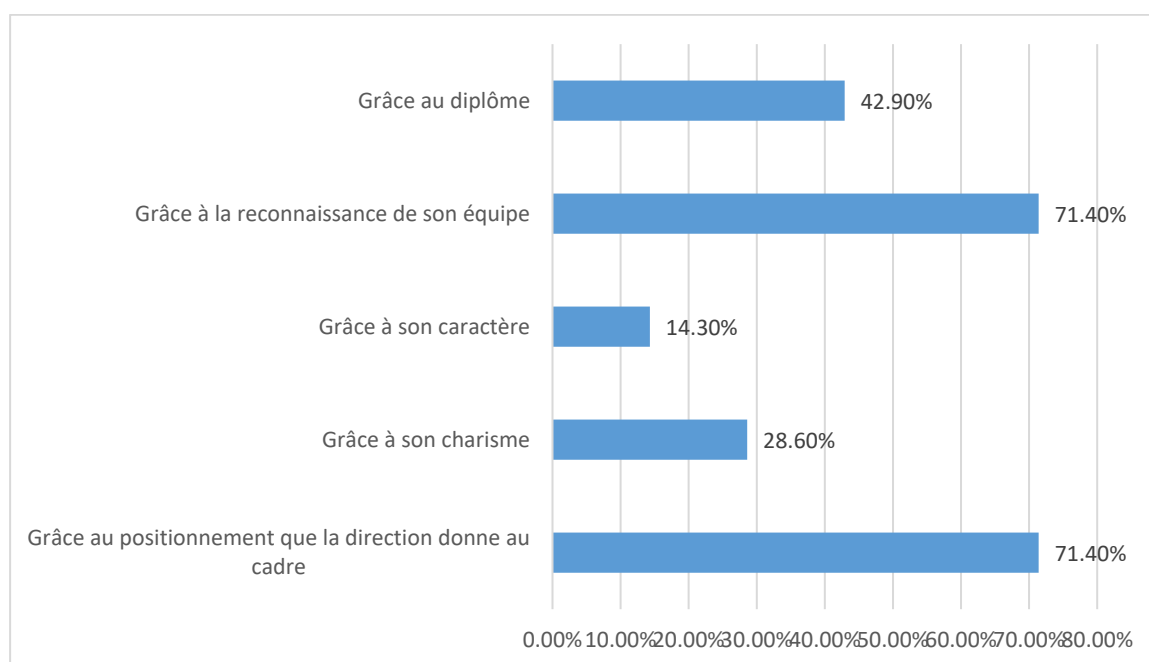
L'ensemble des résultats obtenus par l'équipe paramédicale est dans une dynamique un peu différente puisque les agents vont en parler entre eux pour recueillir l'opinion de chacun.



En troisième partie, je voulais savoir si, pour l'équipe, le positionnement et le type de management ont leur importance dans l'encadrement et la reconnaissance du statut du cadre.

100% des personnels paramédicaux pensent que le positionnement de la direction envers le cadre a une influence sur sa légitimité auprès des équipes et 99,1% voient le Cadre comme un manager.

La population cadre estime majoritairement construire sa légitimité grâce à la reconnaissance de son équipe et au positionnement que la direction lui donne.

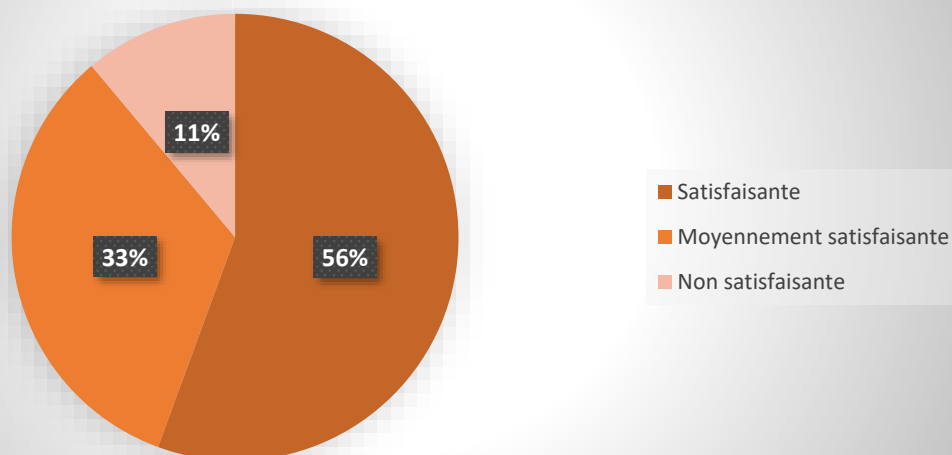


En reprenant les différentes idées de ce travail de recherche, le Cadre de Santé est la personne la plus compétente pour comprendre les relations qu'ont les individus avec leur travail.

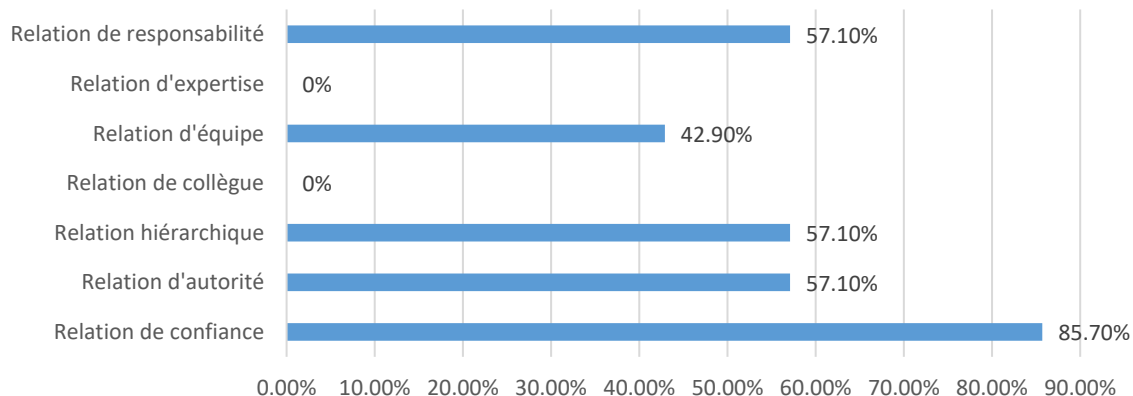
A ce stade de la recherche, identifier la relation entre le Cadre de Santé et l'équipe, m'a semblé intéressant. La question a été formulée aux deux populations de manière différente afin de ne pas influencer les réponses.



## Les relations avec le cadre par les soignants



## Vision de la relation avec les équipes par le cadre



Pour 85.7% des cadres, la relation avec les soignants est une relation de confiance. Je peux maintenant dire que la relation professionnelle entre le Cadre de Santé et l'équipe évolue en fonction du type de management.

La relation de confiance est majoritaire pour les deux populations. En seconde position la relation de responsabilité est aussi importante pour le cadre que la relation hiérarchique et d'autorité.

Le but de la troisième partie est l'identification du positionnement et du management du Cadre de Santé. Les résultats montrent que l'ensemble des indicateurs relevés dans l'analyse laisse apparaître que la relation entre les différentes parties est importante dans la reconnaissance du management. Pour la majorité des professionnels interrogés, quelle que soit son champ d'activité, il est fait mention de confiance, d'autonomie, d'implication de motivation.

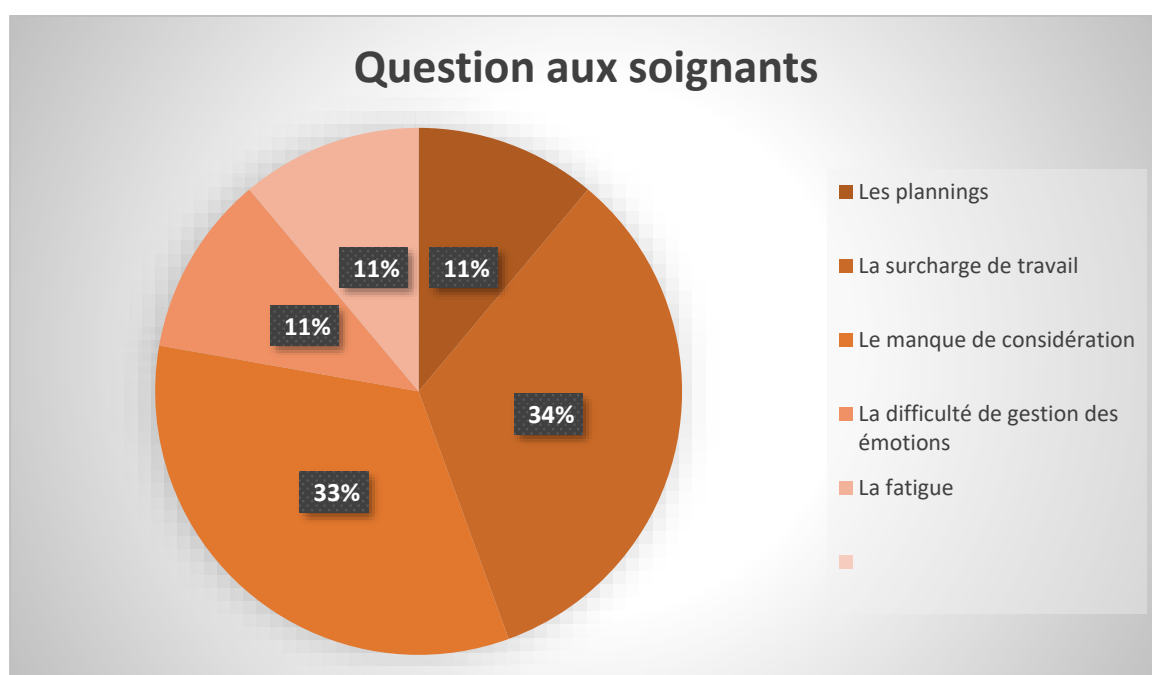
Ceci permet de construire un profil managérial en tenant compte de l'individu et de la dynamique de groupe.

Ces questions viennent confirmer qu'il est possible de mettre en place un management situationnel, en fonction de l'équipe. Comme le précise HAZFELD H., il s'agit d'un construit professionnel, en mouvement perpétuel car il s'agit de relations humaines, de situations réelles.

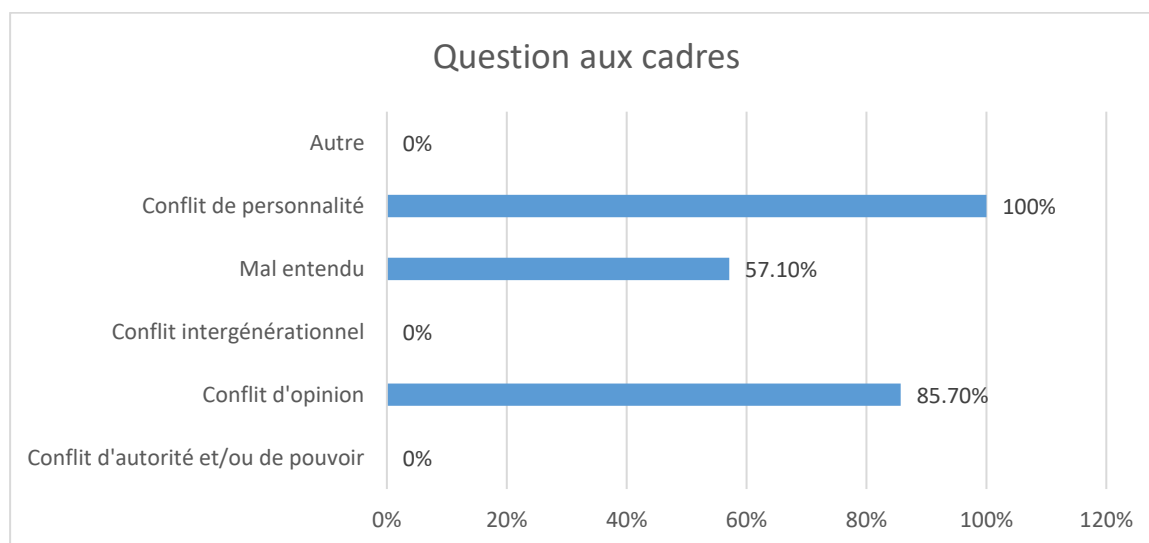
Une quatrième partie s'intéresser plus précisément aux situations conflictuelles et personnalités dites difficiles. J'ai donc posé la question de savoir si les techniques de management, et/ou le comportement du manager pourraient être source de conflits ? Réponse à laquelle 89% des agents ont répondu que oui et 67% estiment que le conflit est un moyen de faire avancer les problèmes internes. Les cadres ont répondu à 71.4% que le conflit est inévitable et à 28.6% qu'il est constructif.

Toujours du côté de l'encadrement, 85% disent avoir été impliqué ou « victime » d'un conflit et 57% se sont senti soutenu par la direction.

Aux soignants, j'ai alors recherché les causes qui pourraient potentiellement être déclencheur d'une tension se traduisant par de l'agressivité envers le cadre :



A l'encadrement, j'ai demandé à quels types de conflits ils font face le plus souvent avec l'équipe :



Si les réponses sont très évocatrices pour l'équipe d'encadrement puisque les éléments déclencheurs seraient souvent un conflit d'opinion mais ils perçoivent à 100% que c'est avant tout un conflit de personnalité. En revanche, pour les soignants, le conflit est dû à la surcharge de travail et le manque de reconnaissance.

## 11 Analyse et hypothèses

L'identification de la population m'a permis d'établir un profil des personnes ayant accepté de répondre au questionnaire. Ce questionnaire a permis de rendre compte que le pouvoir met en interaction au moins deux personnes dans une relation fonctionnelle. L'information, le contexte et le mode de communication vont influencer le pouvoir hiérarchique. L'autorité est incarnée par le manager et va dépendre de ses valeurs et du sens qu'il donne au travail de l'équipe. Les représentations de la légitimité et la vision du métier de Cadre de Santé sont relativement identiques quel que soit la catégorie professionnelle. Le management mis en place pour la majorité des cadres interrogés correspond aux descriptions du management situationnel tel que décrit par BLANCHARD.K. et HERSEY.

L'autonomie, le type de management et la légitimité donnée au cadre par l'équipe et la direction permettent de valider l'hypothèse : Le management utilisé par le Cadre de Santé favorise sa légitimité. Les réponses à ce sujet confirme ce qui a été mis en évidence dans la partie conceptuelle.

Dans la globalité, je peux confirmer l'hypothèse principale : le positionnement de la direction des soins envers le Cadre de Santé est un axe important dans la reconnaissance de la légitimité et la fonction du cadre au sein des équipes. En effet, cette hypothèse me permet de répondre à la question de départ : Comment le cadre de santé peut/doit gérer les personnalités difficiles au sein d'une équipe soignante ?

L'analyse a permis d'identifier d'autres facteurs qui interviennent dans les causes de conflit, notamment le mode de communication, la légitimité donnée par l'équipe et la direction, la relation de confiance, la reconnaissance, la personnalité et le positionnement du cadre.

Lorsque les soignants ont eu la possibilité de s'exprimer lors des questions ouvertes, ils ont exprimé la difficulté à établir des liens de confiance car il y a un turnover important des cadres qui ont plusieurs affectations qui engendre un manque de cohésion de l'équipe encadrante et de dialogue avec les équipes. Les agents expriment également que les principales causes sont les conflits d'opinion et une mauvaise communication.

Si le questionnaire m'a permis de constater que les soignants reconnaissent la légitimité du cadre s'il est également reconnu par sa hiérarchie. Or, 26.8% des cadres ne se sentent pas reconnus par la direction des soins.

Concrètement, il ressort de cette enquête que la communication reste un atout majeur dans l'éviction et la gestion du conflit. L'importance du type de management choisi et de l'attitude du cadre a autant d'impact sur la naissance du conflit que le positionnement qui lui est donné par la hiérarchie.

Si le déroulé de la recherche m'a permis de répondre à la question de départ et surtout de confirmer les hypothèses, il a également éveillé ma curiosité de recherches dans d'autres domaines tels que l'isolement du cadre ou gestion des émotions.

Il est possible que mes choix de questions n'aient pas été les plus pertinents étant donné que j'avais énormément de questions et qu'il m'a fallu prioriser.

## Conclusion

Le but de ce travail de recherche est de faire le lien entre mes connaissances, mon vécu professionnel, le terrain et mes recherches littéraires. En effet, après avoir émis des hypothèses, il m'a fallu conceptualiser mon cheminement, enquêter et analyser les réponses afin de les confirmer.

En plus de ces confirmations, certains domaines ont pu être abordés grâce à l'analyse comme la comparaison générationnelle, qui met en avant les différentes visions du travail, de la hiérarchie et de la relation avec les collègues mais qui partagent des valeurs communes. Ce fut un sujet auquel je n'avais pas pensé mais qui m'a semblé intéressant car la future génération de cadres va être concernée par cette nouvelle génération qui accorde une grande importance à la qualité de vie au travail.

Dans ce contexte, comment le Cadre de Santé va pouvoir construire sa légitimité et permettre une cohésion d'équipe, s'il ne prend pas considération les différentes générations ? Cet élément ayant un impact sur la vision des choses n'est-il pas un facteur important à prendre en compte dans la gestion des conflits ?

Les résultats obtenus auprès des trois corps de métier interrogés, me conforte dans la perspective de mon futur métier de Cadre de Santé. En effet, l'analyse de ce travail de recherche m'a permis de prendre le recul émotionnel nécessaire suite à une situation vécue. J'ai également été sensibilisé aux différents concepts étudiés ce qui va me permettre d'améliorer mes compétences et augmenter mes connaissances en management.

Certains domaines n'ont pas été abordés dans ce travail mais continuent de faire partie de ma recherche dans la gestion du conflit comme la gestion des émotions, l'isolement du cadre, le cadre « tampon » ainsi que ses limites et l'importance du collectif cadre.

Ce travail m'a demandé de développer des capacités de réflexion, d'analyse, d'organisation et de rédaction. L'effort constant dont j'ai dû faire preuve lors de la rédaction, pour me dissocier de mes propres émotions m'a permis de donner du sens à la réflexion tout en restant factuelle.

J'ai pris conscience de ma difficulté à séparer mes émotions de mon milieu professionnel. C'est la raison pour laquelle j'ai cherché des apports théoriques pour trouver un « mode d'emploi » sur la manière de faire face au conflit sans tenir compte des émotions. Après ce travail, où j'ai volontairement occulté les émotions, je me pose la question de savoir, s'il est réellement possible de dissocier la notion de gestion des émotions avec la notion de gestion de conflit ?

## Bibliographie

- La proximité, une stratégie : BASTIANUTE J, PETITBON F
- Comment gérer les personnalités difficiles : Paul GUIROT
- Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre : H MINTZBERG

---

### Articles

---

- Iresco.la précarisation sociale, travail et santé, ouvrage collectif, 1998
- Journal, open-Edition, communication, organisation/5418

---

### Webographie

---

- <https://mieux-etre-et-psychologies.fr/verbal-para-verbal-non-verbal/>
- [http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/mag\\_2001/mag0504/ps\\_3932\\_halt\\_e\\_violence.htm](http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/mag_2001/mag0504/ps_3932_halt_e_violence.htm)
- Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence : <https://www.Has-santé.fr>
- <https://www.capital.fr/votre-carriere/managers-8-conseils-pour-garder-la-bonne-distance-avec-votre-equipe-1273563>
- <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/communiquer-c-est-soigner-420103>
- <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution>
- <https://www.cadredesante.com/pdf/mémoire-nathalie-noel.pdf>

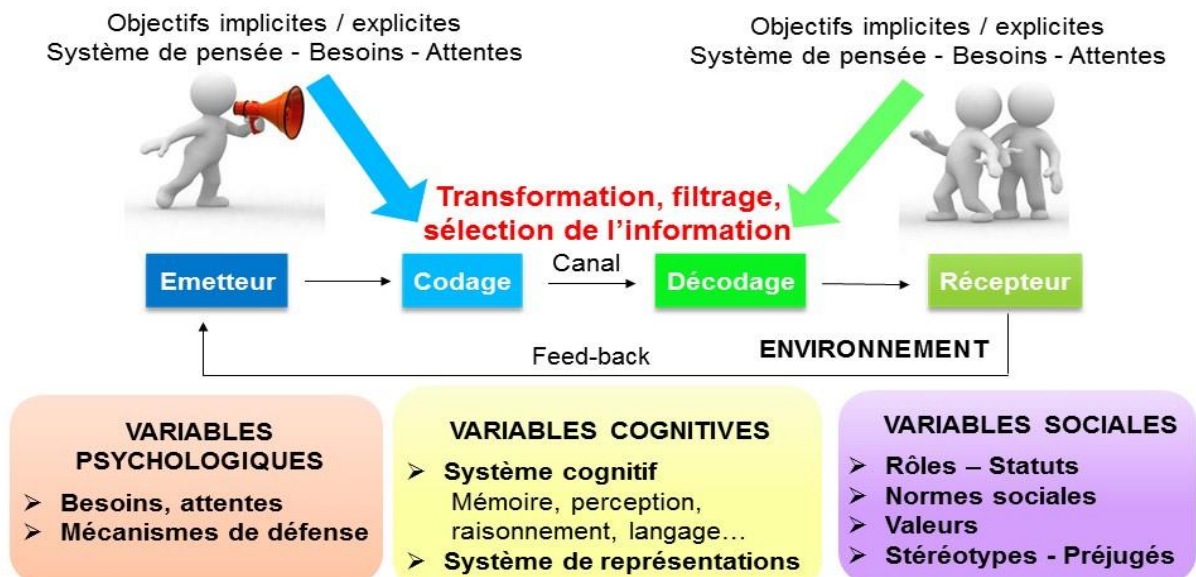
## Table des annexes

Annexe 1	Les différents types de communication
Annexe 2	Communication verbale, non-verbale et para-verbale
Annexe 3	Les mécanismes des violences
Annexe 4	Questionnaire aux soignants
Annexe 5	Questionnaire aux cadres de santé



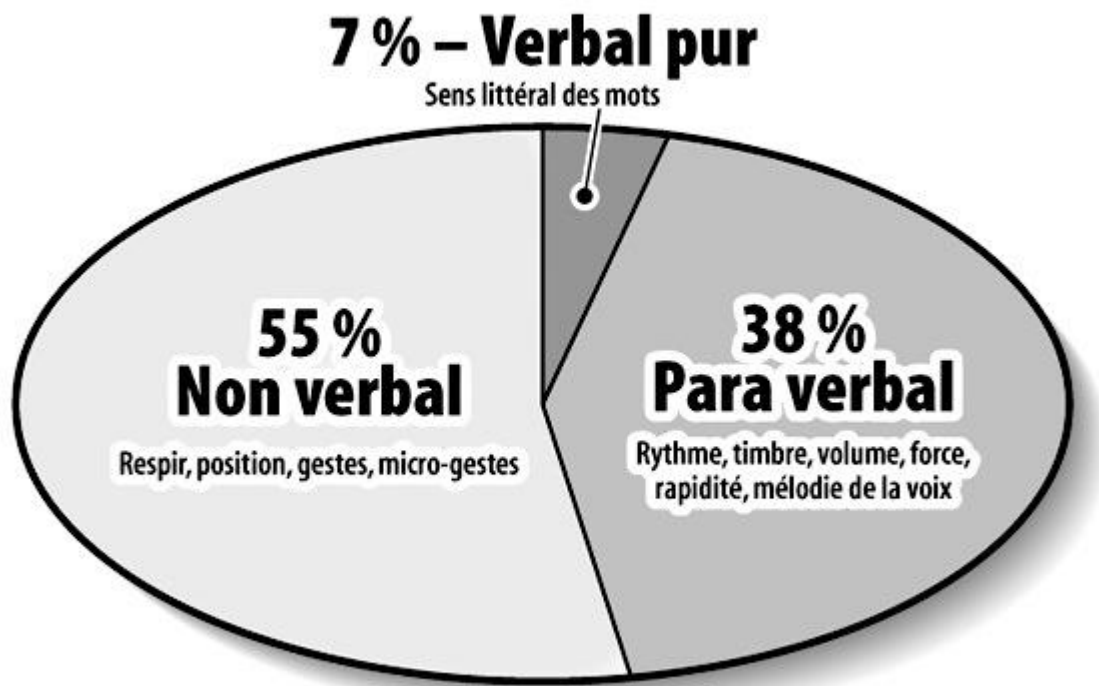
## Le schéma de la communication

(Shannon, 1952)





## *Informations sur la communication*



Conception & mise en page de ©Martens Richard — 1<sup>er</sup> septembre 1997, 22 & 23 février 1999, 26 juin 2000  
D'après une étude américaine citée dans les formations de Programmation Neuro-Linguistique (PNL)

# LES MÉCANISMES DES VIOLENCES

Les histoires de violences sont toutes différentes, toutes spécifiques. Et pourtant, dans chacune, on retrouve des points communs. Ce n'est pas du côté de la victime qu'il nous faut regarder si l'on veut trouver des ressemblances mais plutôt du côté de la personne qui commet les violences. C'est ce que nous appelons « les mécanismes des violences ».

## ISOLER

"Franchement, on va trop souvent chez tes parents" ou "Tu vois tes copines plus que moi, tu m'aimes moins?". La victime peu à peu se retrouve seule.

## DEVALORISER

"Regarde comme tu t'habilles", "T'es même pas foutue de faire ça". La victime va entendre régulièrement des propos qui la rabaisent.

## INVERSER LA CULPABILITE

"Je sais, j'ai crié trop fort. Mais, t'as vu ce que tu as dit ou fait". "Il aurait pas du te mettre une main aux fesses mais t'as vu la taille de ta jupe?". La responsabilité des violences est systématiquement renvoyée sur la victime.

## MENACER ET FAIRE PEUR

La peur est un des signaux les plus importants pour détecter les violences. Avoir peur de la personne avec qui on vit ou avec laquelle on travaille n'est pas normal.

## ASSURER SON IMPUNITÉ

La personne qui commet les violences va tout faire pour que tout le monde pense que c'est quelqu'un de chouette, voire de super féministe. En faisant cela, la personne violente verrouille le secret. Quand la victime parlera, on dira : "Ce n'est pas l'homme que nous connaissions".

# QUESTIONNAIRE VISANT LES IDE / AS

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé, je réalise un travail de recherche sur l'agressivité des soignants envers le cadre de santé.

En vous remerciant par avance du temps consacré à ce questionnaire, je m'engage de mon côté à respecter l'anonymat et, à ce que les résultats ne soient utilisés que dans le cadre de mon travail de recherche.

## 1) Quelle est votre profession? \*

- Infirmier (ère)
- Aide-soignant (e)
- Autre :

## 2) Dans quel service travaillez vous? \*



## 3) Quels sont les modes de communication mis en place avec votre cadre de santé?

(plusieurs réponses possibles)

\*

- Support écrit (cahier de transmissions, boîte aux lettres...)
- Rendez-vous
- Echange dans les couloirs
- Notes de services
- Affichage
- Autre :

## 4) Après de combien de cadres de santé avez-vous travaillé durant votre carrière en santé? \*

- 1 ou 2
- de 2 à 5
- plus de 5

## 5) Et de faisant fonction? \*

- 0
- 1 ou 2
- de 2 à 5
- plus de 5

6) Faites-vous une différence entre le cadre et le faisant fonction? \*

7) Selon vous, le cadre représente :  
(plusieurs réponses possibles)

\*

- L'autorité
- Le pouvoir
- Le respect
- La personne garante des valeurs professionnelles
- Le représentant de l'équipe
- Un membre de l'équipe
- Un statut

8) Autre vision du cadre : précisez : \*

9) Vous est-il déjà arrivé de ne pas vouloir vous rendre sur votre lieu de travail pour éviter un climat conflictuel avec votre cadre ?

- oui
- non

10) Existe-t-il des réunions de services ou d'équipe permettant à l'équipe de s'exprimer? \*

- oui
- non

11) A quel moment ou dans quel contexte pouvez-vous vous exprimer? \*

12) Vous sentez-vous entendu/reconnu dans vos fonctions par le cadre de santé? \*

- oui
- non

13) Comment définiriez-vous vos relations avec le cadre de santé? \*

- Satisfaisante
- Moyennement satisfaisante
- Non satisfaisante
- Argumentez

**14) Avez-vous été personnellement impliqué dans un conflit avec un cadre de santé?**

- oui
- non

**15) Vous êtes vous déjà senti "agressé" lors d'un échange avec le cadre de santé?**

**(Argumentez votre réponse)**

\*

**16) Les conflits sont-ils fréquents dans votre service? Si oui, à votre avis, pourquoi? \***

**17) Quelle est la cause qui peut potentiellement être déclencheur d'une tension se traduisant par de l'agressivité envers le cadre? (plusieurs réponses possibles)**

\*

- Les plannings
- La surcharge de travail
- Le manque de considération
- La non reconnaissance du statut de cadre
- La difficulté de gestion des émotions
- La fatigue
- Autre :

**18) Avez-vous des entretiens d'évaluation? \***

- oui, 1 fois par an
- oui, plus d'1 fois par an
- non

**19) Avez-vous des entretiens individuels (hors évaluation) avec votre cadre de santé? \***

- oui à votre demande
- oui à la demande du cadre
- oui de façon innopinée
- non

**20) A quels types de conflits faites vous face le plus souvent ? \***

- Conflit d'autorité et de pouvoir
- Conflit d'opinion
- Conflit intergénérationnel
- Malentendu
- Conflit de personnalité
- Autre :

**21) Le manque de reconnaissance, de communication, l'indifférence peuvent-ils déclencher des conflits ? \***

- oui
- non

**22) A votre avis, les techniques de management, ou le comportement des managers peuvent-ils être sources de conflits ? \***

- oui
- non
- Pourquoi

**23) Diriez-vous que vous êtes impliqué dans votre travail? \***

- oui
- non
- sans opinion

**24) Selon vous, l'implication au travail est lié à : (plusieurs réponses possibles)**

\*

- L'autonomie dans le travail
- La relation avec l'équipe
- La relation avec le cadre
- La reconnaissance du statut
- La reconnaissance de la charge de travail
- Autre :

**25) En situation de conflit entre agents, que faites-vous? (plusieurs réponses possibles)**

\*

- Vous laissez passer le conflit

- Vous demandez à votre cadre d'organiser une réunion ou chacun pourrait s'exprimer
- Vous attendez que le cadre règle le conflit
- Vous parlez avec vos collègues pour avoir leurs opinions
- Vous essayer de résoudre le problème par vous même

**26) Communiquez vous avec la direction des soins? \***

- oui
- parfois
- non

**27) Lors d'un conflit avec le cadre, vous êtes plutôt du genre à : \***

- Discuter
- Affronter
- Eviter
- Ignorer
- Vous emporter
- Autre :

**28) A votre avis, le positionnement de la direction envers le cadre a-t-il une influence sur la légitimité du cadre auprès des équipes? \***

- oui
- non
- sans avis

**29) Un collaborateur est verbalement agressif avec le cadre de santé, comment agissez-vous ?**

- Vous vous interposez
- Vous prenez parti
- Vous adoptez un rôle de médiateur
- Vous n'avez rien vu, rien entendu, ce n'est pas votre problème

**30) Quels sont selon vous, les outils spécifiques pouvant être utilisés pour éviter les conflits ? (plusieurs réponses possibles)**

\*

- Communication
- Proximité du cadre
- Respect
- Ouverture d'esprit
- Identification des besoins de l'autre
- Autre

**31) Selon vous, les conflits en entreprise sont : (plusieurs réponses possibles)**

\*

- Négatifs
- Positifs
- Drôles
- Constructifs
- Inévitables
- Un moyen de faire avancer les problèmes internes
- Autre :

**32) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? \***

- 18/30 ans
  - 30/45 ans
  - Plus de 45 ans
-



# Questionnaire Cadre de santé et Faisant Fonction Cadre de santé

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé, j'effectue un travail de recherche sur la violence (verbale ou non) que le cadre de santé peut subir lors de ses fonctions.

En vous remerciant par avance du temps consacré à ce questionnaire, je m'engage à préserver l'anonymat et que cet outil serve uniquement à ce travail de fin d'études.

1) Quel poste occupez-vous?\*

Cadre de santé  
Faisant fonction cadre de santé

2) Quelle est votre ancienneté dans cette fonction? Ou votre affectation pour le faisant fonction?\*

Moins d'1 an  
De 1 à 2 ans  
Plus de 2 ans

3) Dans quel service travaillez-vous?\*

Votre réponse

4) Quel(s) moyen(s) de communication utilisez-vous pour transmettre les informations professionnelles aux agents?

(plusieurs réponses possibles)

\*

Affichage  
Outils de service (cahier, agenda...)  
Oralement (temps de transmissions)  
Informatique (dossier partagé)  
Autre...

5) Est-ce que vous apparaissez sur l'organigramme de l'établissement?\*

oui  
non  
Je ne sais pas

6) Vous arrive t-il d'effectuer des tâches qui ne sont pas de votre ressort ? (RH)\*

oui  
non

7) Selon vous, le cadre représente :

(plusieurs réponses possibles)

\*

L'autorité  
Le pouvoir  
Le respect  
La responsabilité  
Le garant des valeurs professionnelles  
Le représentant de l'équipe  
Un membre de l'équipe  
Le garant de la qualité des soins  
Le porte-parole de la direction

8) Réalisez-vous des réunions de service dans votre unité? (organisation, temps d'échange...)

(plusieurs réponses possible)

\*

oui régulièrement  
oui parfois  
oui en fonction de la demande des agents  
non

9) Dans votre unité, qui organise les plannings?\*

Moi, le cadre de santé  
Une infirmière et une aide-soignante référents (es)  
Autre :

10) De quelle manière prenez-vous en compte les souhaits des agents? (plannings, absentéisme, choix d'un jour travaillé...)

(plusieurs réponses possible)

\*

Réponse immédiate  
Ecoute puis réponse ultérieure  
Temps de réflexion sur l'équité  
Temps de réflexion sur le contexte (possibilité de remplacement par exemple)

11) A votre avis, comment se construit votre légitimité?

(plusieurs réponses possible)

\*

Grâce au positionnement que donne la direction aux cadres  
Grâce à son charisme  
Grâce à son caractère  
Grâce à la reconnaissance de l'équipe  
Grâce au diplôme

12) Avez-vous un projet de service actuellement? (hors certification)\*

oui  
non  
c'est en projet

13) Lors des évaluation annuelles, quels outils utilisez-vous?

(plusieurs réponses possible)

\*

Un référentiel de compétences  
Une fiche de poste  
Autre :

14) Diriez-vous que l'autonomie est un facteur de motivation au travail?\*

oui  
non

15) Quelle est votre attitude face à un collaborateur ayant un comportement inapproprié? (haussement de ton, provoquant, négatif...)  
(plusieurs réponses possible)

\*

Vous essayez de résoudre le problème seul?  
Vous en parlez à la cadre supérieure et/ou la direction en leur demandant d'attendre avant d'intervenir?  
Vous laissez passer le conflit  
Vous prenez de la distance et essayez de déterminer l'élément déclencheur  
Vous demandez à la hiérarchie d'intervenir rapidement  
Vous restez sur vos positions et demandez l'avis de vos collègues  
Vous vous positionnez immédiatement en tant que responsable hiérarchique  
Vous prenez du recul et convoquez ultérieurement l'agent dans votre bureau  
Vous faites un rapport circonstancié et en informez la direction ainsi que l'agent  
Vous faites un rapport circonstancié sans en informer l'agent  
Vous remettez en question le comportement et les émotions de l'agent  
Vous remettez en question votre comportement et émotions  
Autre (précisez) :

16) Existe-t-il des temps d'échange informels avec les agents? (temps de pause)  
(plusieurs réponses possible)

\*

oui souvent car c'est un temps très utile (apport d'informations)  
oui parfois mais je n'ai pas toujours le temps  
non je préfère garder une distance avec les agents  
non mais cela pourrait être utile  
non je n'en vois pas l'utilité

17) Selon vous, la relation du cadre avec l'équipe et l'équipe avec le cadre est :  
(plusieurs réponses possible)

\*

Une relation de confiance  
Une relation d'autorité  
Une relation hiérarchique  
Une relation de collègue  
Une relation d'équipe  
Une relation d'expertise  
Une relation de responsabilité

18) Vous sentez-vous reconnu par la hiérarchie? (direction/cadre supérieur)\*

oui par les deux corps de métier  
oui par la direction des soins uniquement

oui par le cadre supérieur uniquement  
non pas du tout

19) De quelle manière pensez-vous être reconnu et soutenu par la direction?\*

Votre réponse

20) Lors de vos fonctions, avez-vous été témoin d'un ou plusieurs conflits impliquant des collègues ?\*

oui  
non

21) Avez-vous été personnellement impliqué / victime d'un conflit ?)

\*

oui  
non

22) Les conflits sont-ils fréquents dans votre entreprise ?

\*

oui  
non

23) Si oui, vous êtes-vous senti soutenu par la direction?\*

oui  
non

De quelle manière (argumentez)?

24) A quels types de conflits faites vous face le plus souvent ?

(plusieurs réponses possible)

\*

Conflit d'autorité et/ou de pouvoir

Conflit d'opinion

Conflit intergénérationnel

Malentendu

Conflit de personnalité

Autre :

25) A votre avis, le manque de reconnaissance, de communication, l'indifférence peuvent-ils déclencher des conflits \*

oui  
non

26) A votre avis, les techniques de management, ou le comportement des managers peuvent-ils être sources de conflits ?\*

oui  
non

Je ne sais pas

27) Selon vous, bien se connaître et bien connaître ses collaborateurs peut-il empêcher le développement des conflits ?\*

oui  
non

28) Lors d'un conflit avec un collaborateur, vous êtes plutôt du genre à :\*

Discuter  
Eviter  
Affronter  
Ignorer  
Vous emporter  
Autre :

29) Quels sont selon vous, les outils spécifiques pouvant être utilisés pour éviter les conflits ?(plusieurs réponses possible)

Communication  
Proximité  
Respect  
Ouverture d'esprit  
Identification des besoins de l'autre  
Autre :

30) Selon vous, les conflits entre les équipes et cadres sont ;(plusieurs réponses possible)

Négatifs  
Positifs  
Drôles  
Constructifs  
Inévitables  
Un moyen de faire avancer les problèmes internes  
Autre :

31) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous\*

18/30 ans  
30/45 ans  
Plus de 45 ans

## ANNEXE 4

### TABLEAUX D'INDICATEURS POUR LES QUESTIONNAIRES

Les questionnaires s'adressent à deux populations : les soignants (IDE et AS) indiqués en bleu et l'équipe d'encadrement (cadres de santé ou faisant fonction) indiqués en noir. Certaines questions sont identiques aux deux populations et d'autres sont différentes par leurs formulations. Il peut exister une question pour une population et non pour une autre.

Objectifs opérationnels	Hypothèses	Indicateurs	Questions
Identifier l'échantillon	Ceci va permettre d'identifier précisément la population interrogée	Age Fonction Ancienneté dans la fonction Secteur d'activité	Q1, Q3, Q31 Q1, Q2, Q32
La légitimité et ses représentations	Essayer de définir les représentations par rapport au secteur d'activité (soignant ou encadrant), la différence faite entre CDS et FFCDS, le nombre de managers rencontrés dans le parcours professionnels	Notion d'autorité, de pouvoir et d'obéissance ; Différence faite entre les cadres diplômés et les faisant fonction Turnover des cadres	Q2, Q5, Q6, Q7, Q11, Q18, Q19, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q26, Q28
Déterminer si la Direction reconnaît une place au cadre de santé ou au Faisant fonction et son impact sur la légitimité	Reconnaissance ou non des fonctions du cadre de santé	Présence ou non sur l'organigramme Regard des agents sur la reconnaissance	Q12, Q14, Q23,
Moyens de communication utilisés dans le management	Situer les moyens de communication dans le management	Les différents types et outils de communication	Q4, Q13, Q3, Q26
Identifier le positionnement du cadre, son management et sa proximité	La place du cadre va correspondre à la notion de proximité avec les équipes	Existence ou non de réunions organisationnelles, de temps de parole, évaluations	Q8, Q9, Q10, Q9, Q10, Q18
Identifier la relation CDS et équipe	La qualité de la relation va permettre le climat de confiance et définir le type de management	Temps et lieu d'échanges Entretiens hors évaluation Motivation et implication	Q17, Q20, Q21, Q22, Q11, Q12, Q13, Q17, Q19, Q23, Q24,
Identifier les attitudes et les facteurs de conflit	Rechercher les moyens d'identification du conflit	Causes, prise de position et facteurs déclenchant du conflit	Q9, Q15, Q16, Q2, Q25, Q26, Q27, Q28, Q29, Q30 Q14, Q15, Q16, Q20, Q21, Q22, Q25, Q27, Q29, Q30, Q31

Diplôme de Cadre de Santé  
DCS@22-23

Mémoire

**Le positionnement, le type de management et la reconnaissance du cadre de santé, influencent l'apparition et la gestion du conflit**

HANLET Marlène

**MOTS CLÉS**

Positionnement - Management - Légitimité -  
Communication - Gestion de conflit -  
Violence

**KEY WORDS**

Positioning - Management - Legitimacy -  
Communication - Conflict management -  
Violence

**RÉSUMÉ**

L'hôpital n'est plus un sanctuaire. La violence y est entrée, comme dans de nombreux domaines de la société. Cette violence est un phénomène qui prend diverses formes, parmi lesquelles les agressions verbales, et les agressions physiques.

Les situations conflictuelles sont un aspect important du monde du travail. Les conflits interpersonnels sont des phénomènes courant en milieu hospitalier pouvant nécessiter de la médiation par le management quand il n'implique pas le manager lui-même.

En effet, les conflits peuvent concerner les membres de l'équipe, les services, l'organisation, les patients, le cadre, les besoins de l'organisation et les besoins personnels.

Comme l'a démontré l'enquête de terrain, souvent, le conflit est le résultat d'une perception, liée à une mauvaise communication, un mal entendu et la non régulation des émotions.

Le conflit est-il une mauvaise chose ou est-ce un moyen de clarifier voire d'améliorer des situations ?

Dans ce travail de recherche, je questionne différents corps de métier afin de définir les différentes causes de conflits au travail et le positionnement que le cadre de santé peut ou doit adopter afin d'éviter ou gérer les conflits.

**ABSTRACT**

The hospital is no longer a sanctuary. Violence has entered it, as it has in many areas of society. This violence is a phenomenon that takes many forms, including verbal aggression and physical aggression.

Conflict situations are an important aspect of the world of work. Interpersonal conflicts are a common phenomenon in the hospital environment and may require mediation by management when it does not involve the manager himself. Indeed, conflicts may concern team members, departments, the organisation, patients, the manager, the needs of the organisation and personal needs.

As the field research showed, conflict is often the result of perception, linked to miscommunication, misunderstanding and unregulated emotions. Is conflict a bad thing or is it a way to clarify or even improve situations?

In this research work, I question different professions in order to define the different causes of conflicts at work and the position that the health executive can or must adopt in order to avoid or manage conflicts.