

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Management interfilières : légitimité, où te caches-tu ?

*Une exploration de l'influence de la posture
managériale sur la légitimité des cadres de
santé.*

Denis ZEGGANE

Sous la direction de Justine BOUTEILLE

DCS@23-24

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.

« Manager, diriger, encadrer, sont des activités qui consistent à faire travailler ensemble et à donner du sens à l'engagement de chacun. »

Paule BOURRET, 2006

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de mémoire : madame Justine BOUTEILLE. Je la remercie pour cet accompagnement empreint de bienveillance, d'échange, de disponibilité et avant tout de soutien.

Je tiens également à adresser mes sincères remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ESM. Qu'ils soient coordonnateurs pédagogiques ou bien administratifs, leur accompagnement, leur écoute et surtout leur disponibilité ont été une aide précieuse.

Je remercie l'ensemble des professionnels qui ont mis à ma disposition leur temps, leur vécu et leur expertise pour faire de ce travail de recherche un véritable apprentissage pour mes futures fonctions de cadre de santé.

Je souhaite également exprimer mes plus sincères remerciements à Alexandre. En plus d'être un correcteur hors pair, il a su m'accompagner, m'écouter et me motiver tout au long de cette année de formation. Merci pour ce soutien précieux et sans failles.

Bien entendu, j'adresse tous mes remerciements à mes parents ainsi que mon frère, qui me soutiennent à chaque nouvelle étape de mon parcours professionnel et qui ont été présents pour celle-ci.

J'adresse un merci tout particulier à madame S. Guiton et madame A. Rolland qui m'ont patiemment accompagné durant mes années de faisant fonction de cadre et qui ont largement contribué à mon évolution professionnelle vers l'IFCS.

Cette année de formation en IFCS nécessite également un cercle amical solide. Aussi, j'adresse mes remerciements à Aude, Jean-Didier, Audrey, Océane, Yohann et Sophie qui ont toujours répondu présent quand il le fallait.

Enfin, mes remerciements vont aux personnes que j'ai rencontré pendant cette formation, et plus particulièrement à Alexandra, Amélie, Florine, Julie et Laetitia. Votre aide au quotidien, mais surtout votre bonne humeur, ont été précieux.

GLOSSAIRE

A

AFDS : *Association Française des Directeurs des Soins*

ASH : *Agent de Service Hospitalier*

C

CDS : *Cadre De Santé*

D

DGOS : *Direction Générale de l'Offre de Soins*

E

EHESP : *Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

EHPAD : *Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*

H

HAD : *Hospitalisation A Domicile*

HDJ : *Hôpital De Jour*

I

IFCS : *Institut de Formation des Cadres de Santé*

P

PPH : *Préparatrice en Pharmacie Hospitalière*

S

SSR : *Soins de Suite et de Réadaptation*

U

USLD : *Unité de Soins de Longue Durée*

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE D'EMERGENCE, PHASE EXPLORATOIRE ET QUESTION DE DEPART.....	3
1.1 Contexte d'émergence.....	3
1.1.1 Données de cadrage.....	3
1.1.2 D'une expérience professionnelle à une question de départ.....	5
1.2 Phase exploratoire et question de départ.....	8
2 CADRE DE REFERENCES.....	11
2.1 Le cadre de santé :.....	11
2.1.1 Origine et histoire de la profession	11
2.1.2 Définition et cadre législatif.....	13
2.1.3 La notion de cadre appliquée au milieu hospitalier.....	15
2.1.3.1 Définition.....	15
2.1.3.2 Les rôles d'un cadre de santé.....	15
2.1.3.3 Être cadre de santé de proximité.....	17
2.2 Les professions paramédicales.....	18
2.2.1 Un seul terme pour plusieurs professions.....	19
2.2.1.1 Définition et cadre législatif.....	19
2.2.1.2 Aspect démographique des professions paramédicales	20
2.2.2 L'identité professionnelle	21
2.2.2.1 L'influence de la formation initiale.....	21
2.2.2.2 Le rapport au travail et à la hiérarchie	22
2.3 Management et posture managériale.....	24
2.3.1 Le management.....	24
2.3.1.1 Définition.....	24
2.3.1.2 Les styles de management.....	25
2.3.1.3 Notion d'autorité et de pouvoir.....	27
2.3.2 La posture managériale et ses composantes	28
2.3.2.1 Définition.....	28
2.3.2.2 Le savoir-être dans la posture managériale	28
2.3.2.3 Le concept d'intelligence émotionnelle.....	29

2.4	Légitimité des cadres de santé et expertise	31
2.4.1	Notion de légitimité	32
2.4.1.1	Définition.....	32
2.4.1.2	Les types de légitimité	33
2.4.2	Notion d'expert.....	34
2.4.2.1	Définition.....	34
2.4.2.2	Deux types d'expertise	35
2.4.3	Lien entre légitimité et expertise chez les cadres de santé.	36
3	PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	39
4	HYPOTHESES.....	41
5	METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	43
5.1	L'enquête de terrain	43
5.1.1	Une enquête qualitative par des entretiens semi-directifs	43
5.1.2	Construction du guide d'entretien	44
5.1.3	Contexte de réalisation des entretiens.....	44
5.2	Population interrogée	45
5.2.1	Choix des critères d'inclusions.....	45
5.2.2	Talon identitaire des professionnels enquêtés.....	46
5.3	Traitement des données recueillies.....	47
6	ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE	49
6.1	Légitimité et management interfilières.....	49
6.1.1	La légitimité selon les cadres de santé	49
6.1.2	La construction de la légitimité dans le management interfilières.....	51
6.2	Posture managériale et management interfilières	52
6.2.1	Prédominance de la posture managériale du « cadre leader »	53
6.2.2	Le savoir-être du « cadre leader »	54
6.3	La notion d'intelligence émotionnelle	56
6.3.1	L'intelligence émotionnelle comme outil du management	56
6.3.2	L'intelligence émotionnelle dans le management interfilières.....	57
6.4	Synthèse de l'analyse	59

6.5	Les limites de l'enquête	60
7	DISCUSSION.....	61
	CONCLUSION	65
	BIBLIOGRAPHIE.....	67

ANNEXES

ANNEXE I - RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE

ANNEXE II - TABLEAU SUR LES ROLES DES CADRES DE SANTE

ANNEXE III - GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE DE TERRAIN

**ANNEXE IV - RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC CHARLOTTE : CDS
FILIERE MEDICO-TECHNIQUE**

**ANNEXE V - RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC EMMA : CDS FILIERE
SOINS**

**ANNEXE VI - RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC MANON : CDS FILIERE
REEDUCATION**

ANNEXE VII - TABLEAU DE SYNTHESE DES VERBATIMS DE L'ENQUETE

Introduction

Dès l'obtention de mon diplôme d'État d'infirmier, j'ai émis le souhait de m'orienter, au cours de ma carrière, vers des fonctions d'encadrement d'équipe de soins. Cela était pour moi une manière différente d'exercer la fonction de soignant. De fait, en tant qu'infirmier il est possible d'avoir un impact auprès d'un groupe de patients, mais en tant qu'encadrant, c'est auprès de toute une unité, toute une équipe, qu'il est possible d'agir.

Ma vision de l'encadrement était plutôt claire : en tant qu'infirmier, je managerais des équipes issues de la filière du soin. La logique était imparable. Mon parcours professionnel et les opportunités qui l'ont jalonné ont pourtant été tout autres. En effet, quelques mois après ma prise de fonctions dans mon premier poste d'encadrant d'unité de soins, je me trouve en responsabilité d'une équipe de rééducateurs.

Un certain nombre de ces métiers m'était jusqu'alors pratiquement inconnu entraînant, de ce fait, un questionnement de ma part. Le management de professionnels issus d'une filière différente de la mienne devenait alors une réalité, changeant le paradigme de ma vision de la fonction cadre de santé.

Aussi, en lien avec mon travail de fin d'études mené au sein de l'institut de formation des cadres de santé de l'École Supérieure Montsouris, j'ai fait le choix de traiter le sujet du management interfilières. Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre du module 3 – analyse des pratiques et initiation à la recherche – et du module 6 – approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation.

Cela m'a ainsi permis d'explorer, ou plutôt de découvrir, de nombreuses notions en lien avec le management d'une manière générale. Par ailleurs, la rencontre d'encadrants qui vivent cette situation de management interfilières constitue une réelle ouverture sur la profession cadre de santé et une occasion de s'interroger sur la pertinence des logiques métiers au sein de cette fonction.

Ainsi, ce travail débutera par la présentation de données de cadrage permettant une brève explication des facteurs favorisant les situations de management interfilières, avant de présenter le contexte qui a permis l'émergence d'une question de départ. Par la suite, un cadre de références proposera un cheminement au travers de la fonction cadre de santé, des professions paramédicales et des concepts qui ont trait au management, à la posture managériale, à la légitimité et à l'expertise. Enfin, une enquête de terrain, dont la méthodologie sera détaillée, permettra d'exposer une analyse croisée autour du management interfilières, avant de terminer par une discussion des résultats obtenus.

1 Contexte d'émergence, phase exploratoire et question de départ

1.1 Contexte d'émergence

1.1.1 Données de cadrage

La fonction d'encadrement au sein des structures de santé, a continuellement évolué, tant sur sa dénomination, que sur les missions qui y sont liées.

En effet, le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante créé en 1958¹ laissera place en 1975 au certificat de cadre infirmier², qui sera lui-même remplacé en 1995 par la création d'un diplôme de « cadre de santé »³. Avec ce changement, le cadre n'est plus forcément infirmier, comme cela pouvait être précisé auparavant, mais bien un professionnel issu d'une filière paramédicale. En effet, ce dernier décret permet désormais l'accès du diplôme à treize professions différentes⁴. Cette ouverture démontre ainsi une volonté des autorités publiques de rompre avec un modèle d'encadrement basé sur la surveillance, et l'application stricte des procédures, qui nécessitait alors d'avoir des compétences théoriques mais aussi techniques. L'objectif est désormais d'inscrire le cadre de santé dans l'évolution de la société, et plus précisément de celle qui s'opère dans les structures de soins depuis trois décennies, qui doivent désormais répondre à des logiques de rationalisation et de gestion.

Ainsi, le cadre ne doit plus seulement être un expert du soin, mais un professionnel capable d'organiser, de coordonner, et d'assurer une gestion des ressources de son périmètre d'action. Cette rupture peut notamment se percevoir dès le concours d'entrée en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). En effet, jusqu'en 1995 ce dernier portait essentiellement sur les connaissances en médecine et en chirurgie des candidats⁵, illustrant ainsi cette volonté d'expertise du soin que devait incarner les cadres infirmiers. Désormais, le concours d'entrée porte sur des sujets d'actualité en lien avec le champ sanitaire, social et médico-social, où sont évaluées les capacités d'analyse, d'argumentation, de mise en lien, et de rédaction. Cela se traduit également au cœur même de la formation préparant au diplôme de cadre de santé, dont l'un des objectifs vise à « dépasser les logiques de métiers pour intégrer les exigences de la gestion »⁶

¹ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e)

² Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier

³ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

⁴ *Ibid.* Article 1

⁵ P. BOURRET. « *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible* ». Paris, éditions Seli Arslan, 2006, p.37

⁶ *Ibid.* p. 38

(BOURRET, 2006 p. 38). En effet, les IFCS permettent le développement d'un langage commun à la profession de cadre de santé, quelle que soit la filière professionnelle initiale.

Cette nouvelle vision de l'encadrement au sein des structures hospitalières, a poursuivi son développement suite au rapport de la mission cadres hospitaliers, menée par Chantal DE SINGLY ⁷ en 2009. Cette dernière met en lumière l'évolution de la fonction de cadre de santé depuis le décret du 18 août 1995, en apportant une définition fonctionnelle de la profession, et en mettant en évidence quatre missions dévolues à cette dernière : management d'équipe et organisation ; transversale ou de responsabilité de projet ; d'expert ; et de formation. La mission d'expert mise en avant, est abordée dans le rapport, comme une expertise managériale. Il y a de nouveau une réaffirmation du rôle de cadre de santé positionné comme un manager et non comme un expert du soin auprès d'une équipe paramédicale. L'universitarisation du diplôme de cadre de santé préconisée lors de cette mission - et qui a depuis largement été mise en place par les IFCS - marque également une avancée majeure en ce sens, avec la volonté de poursuivre et renforcer le développement d'un langage partagé et des compétences communes, tournées vers la gestion, le management et une capacité d'analyse du système de santé.

De fait, la disparition de l'hégémonie de la filière infirmière dans les fonctions d'encadrement au sein des structures sanitaires, sociales, et médico-sociales, aura pour effet la multiplication des situations où le manager est issu d'une filière différente de celle des professionnels encadrés. Cette évolution s'inscrit dans une dynamique positive à bien des égards : solution face à la diminution de la population infirmière et donc par effet de cause de la population cadre (en janvier 2022, « le nombre d'IDE en exercice, en France, serait de 637 000, soit 17 % de moins par rapport à l'estimation de janvier 2021 »⁸), amélioration de l'attractivité des professions paramédicales pour qui une nouvelle évolution est possible, ou encore ouverture à de nouvelles visions de gestion des unités de soins. Cependant, cela nécessite également une évolution de l'identification des fonctions d'encadrement de la part des professionnels eux-mêmes, quelle que soit leur filière. En effet, cette volonté d'opérer un décroisement des filières

⁷ DE SINGLY, Chantal, 2009. *Rapport de la mission cadres hospitalier*. Paris : ministère de la santé et des sports. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf (consulté le 02 octobre 2023)

⁸ Espaceinfirmier.fr [en ligne], *Effectif infirmier, un décompte revu à la baisse... approximatif !*, URL : <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/effectifs-infirmiers-un-decompte-revu-a-la-baisse-approximatif.html> (consulté le 6 octobre 2023)

de santé « bouleverse les sources de légitimité qui ne concerne plus l'expertise soignante mais celle de managements »⁹ (LOCHET, Mai 2012 p. 43).

Aussi, cette mise en évidence de l'évolution de la fonction d'encadrement au sein des structures hospitalières, associée à une réelle volonté de créer un collectif de cadre de santé qui se positionnerait au-dessus de la dimension des différentes filières paramédicales, me conduit à plusieurs interrogations professionnelles :

- Quelle influence a la représentation du cadre et le rapport à la hiérarchie des différentes professions paramédicales sur la légitimité et l'acceptation des cadres de santé ?
- Comment les cadres de santé appréhendent-ils leurs rôles au sein d'une équipe composée de professionnels issus de filières différentes de la leur ?
- Quel est l'impact de la formation liée à la filière initiale d'un professionnel, dans son management en tant que cadre de santé ?

Enfin, cela fait aussi écho à une situation professionnelle vécue, que je qualifierais de positive, et dans laquelle j'ai pu avoir ce questionnement, renforçant de fait mon souhait d'aborder, dans ce travail de recherche, la thématique de l'encadrement professionnels issus d'une filière différente de celle du manager.

1.1.2 D'une expérience professionnelle à une question de départ

De profession infirmière depuis 2016, j'ai exercé pendant cinq années au sein d'un service de réanimation polyvalente, avec une expérience de quelques mois en tant qu'infirmier référent. Cette dernière fonction était principalement axée sur l'accueil et la formation des nouveaux embauchés et des étudiants ; la coordination des groupes de travail ; et la création de procédures et de protocoles, le tout en lien permanent avec l'encadrement. Par la suite, j'ai souhaité poursuivre mon évolution professionnelle, en accédant à un poste de faisant fonction de cadre de santé. Ainsi, j'ai assuré à partir d'avril 2021 l'encadrement d'un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR)¹⁰ et d'un Hôpital De Jour (HDJ), au sein d'un établissement public de santé spécialisé dans la filière gériatrique.

Cette structure, s'organise autour de deux pôles d'activité. Un département médico-social qui regroupe les deux Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), et le pôle sanitaire qui regroupe quant à lui l'HDJ, le SSR, et

⁹ N. LOCHET, « Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? », dans *Soins Cadres*, Vol 21, N° 82, mai 2022, pp. 43-46, 2012

¹⁰ Les SSR sont devenus service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) depuis le 1^{er} juillet 2023, avec le décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

trois Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Ces deux secteurs sont encadrés par des cadres paramédicaux de pôle, eux-mêmes supervisés par un coordonnateur général des soins. Un collectif de rééducateurs intervient uniquement sur les unités du pôle sanitaire et est donc placé sous la responsabilité du cadre paramédical de pôle, issu de la filière des manipulateurs en électroradiologie médicale. Un collectif de trois diététiciennes est présent au sein de l'établissement, et intervient sur les deux secteurs. Il est donc directement rattaché au coordonnateur général des soins, issu de la filière infirmière.

Lors de ma prise de poste, j'ai d'abord eu en responsabilité une équipe exclusivement composée d'infirmiers, d'aides-soignants, et d'agents de service hospitalier (ASH). Cependant, suite au départ du cadre paramédical du pôle sanitaire en octobre 2021 - soit 6 mois après ma prise de fonction - la direction des soins a souhaité me confier la responsabilité du collectif de rééducateurs. Ce dernier était composé de dix professionnels, représentant sept métiers différents : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophoniste, enseignant en activité physique adaptée, pédicure-podologue, et un brancardier. Cette proposition était notamment motivée par le fait que l'ensemble de ces professionnels intervenaient majoritairement, dans le cadre de leurs prises en charge, auprès des patients du SSR et de l'HDJ. J'ai accepté cette proposition après une période de réflexion. En effet, je me suis questionné sur mes capacités réelles à pouvoir manager des professionnels issus d'une filière différente de la mienne :

- Comment puis-je exercer une fonction contrôle sur la qualité des soins de rééducation et de réadaptation ?
- Quelle posture managériale adopter du fait de ma méconnaissance de leurs professions ?
- Comment manager des professionnels aussi mobiles au sein de la structure ?
- Vont-ils m'accepter en tant que supérieur hiérarchique ?

De par ce questionnement, la prise de contact avec le collectif de rééducation a été menée sur un mode directif de ma part. En effet, lors de la première réunion d'équipes j'ai souhaité exposer mon mode de fonctionnement, sans laisser de "marge de manœuvre" pour que les rééducateurs puissent émettre des souhaits ou des propositions concernant la gestion quotidienne du collectif. Cela portait notamment sur la méthodologie et l'organisation de leur travail mais également sur la gestion du temps, plus particulièrement l'organisation des plannings. *A posteriori*, cette manière de fonctionner correspondait au seul modèle que j'avais pu observer en termes de

management d'équipe et que je reproduisais. De plus, en agissant comme cela j'avais l'impression de me légitimer en tant que supérieur hiérarchique, comme pour "masquer" le fait que je sois issu de la filière infirmière et non d'une filière professionnelle de rééducation.

Par la suite, la tenue d'une seconde réunion d'équipes a été l'occasion pour l'ensemble des rééducateurs d'exposer leurs souhaits et leurs attendus concernant les modalités de gestion du collectif. Cela portait notamment sur l'autonomie dans le choix de leurs méthodologies de travail, dans l'organisation des séances de rééducation, ou encore vis-à-vis de la gestion de leur planning qu'ils souhaitaient conserver. Cette demande d'autonomie, voire d'autogestion, a été pour moi un mode de fonctionnement difficile à adopter. De fait, cette manière de manager représentait une approche nouvelle pour ma part, où en tant qu'infirmier, puis responsable d'une équipe de professionnels du soin, l'autonomie concernant les points cités précédemment n'avait que peu de place. Cependant, j'ai très vite pris conscience de la nécessité et du bénéfice de s'inscrire dans cette modalité d'encadrement, afin d'ancrer une collaboration constructive et apaisée avec ces professionnels qui ont su exprimer et argumenter leurs aspirations quant à ce fonctionnement.

Ce mode de gestion du collectif des rééducateurs, a ainsi permis de s'inscrire dans un management qui se veut « gagnant – gagnant ». La qualité des prises en charge concernant les soins de rééducation et de réadaptation a été maintenue tout en m'assurant un retour régulier sur les situations les plus complexes, afin que je puisse, en tant que responsable, accompagner les agents. De plus, ils ont su s'intégrer davantage dans la vie institutionnelle de l'établissement, notamment grâce à un sentiment de reconnaissance des « particularités » inhérentes à leurs professions. L'instauration de cette typologie de management qui se veut plus adaptative et qui a nécessité une certaine forme de remise en question de mon paradigme managérial a finalement permis une collaboration basée sur la confiance, l'authenticité et la transparence. En outre, cette expérience d'encadrement de professionnels paramédicaux issus d'une filière différente de ma profession initiale, fut également très enrichissante pour ma pratique en tant que faisant fonction de cadre de santé. En effet, cela m'a permis d'évoluer et d'améliorer mes capacités de flexibilité, d'adaptation, de communication et d'écoute.

Aussi, au vu de mon expérience professionnelle et des différents questionnements qu'elle m'a permis de mettre en évidence, ainsi que de l'évolution de la fonction cadre de santé ces trois dernières décennies qui favorise ces situations de management interfilières, émergent la question de départ suivante :

En quoi la posture managériale et le positionnement du cadre de santé influent ils dans l'encadrement de professionnels issus de filières différentes de la sienne ?

1.2 Phase exploratoire et question de départ

En lien avec cette question de départ qui a émergé des données de cadrage et de la situation professionnelle exposée, j'ai pu orienter mes recherches documentaires vers différentes thématiques : les rôles du cadre de santé, l'évolution de sa posture au sein d'une équipe, ou encore les notions de leadership, de légitimité et d'expertise.

Mes premières lectures ont essentiellement porté sur des articles issus de revues professionnelles sur le management. La place du cadre de santé, la notion de posture managériale ou encore de cadre leader y sont majoritairement abordées. Ces articles, reflètent la posture managériale actuellement prônée pour un cadre de santé : être accompagnateur d'une équipe, quelle que soit sa composition. Ainsi, il doit concourir à la création d'espaces de partage, faciliter l'expression des professionnels paramédicaux qu'il manage et mettre en exergue la singularité de ces derniers. Il est alors possible de constater que l'évolution de la fonction cadre de santé est déjà bien introduite au sein de la littérature professionnelle, en cohérence avec l'évolution de la société.

Les recherches documentaires que j'ai réalisées, m'ont également permis de mettre en évidence que les notions de leadership, de légitimité ou encore d'expertise n'étaient pas liées à une seule typologie de management. En effet, la posture managériale adoptée par un cadre de santé semble avoir une influence non négligeable sur l'encadrement des professionnels, que ces derniers soient issus ou non de la filière initiale du manager. De plus, quelques articles et ouvrages ont abordé précisément cette thématique. Aussi, ils ajoutent aux notions citées précédemment, celle de l'humilité et de l'honnêteté face à des soignants dont l'exercice professionnel est alors peut appréhendé par le cadre.

Il apparaît ainsi que la posture managériale influencerait sur l'encadrement d'une équipe, comme levier d'ancrage de la légitimité du cadre de santé. En effet, cette dernière pourrait être considérée comme acquise, uniquement via les textes législatifs qui régissent la profession, s'apparentant à une légitimité dite rationnelle¹¹. Cependant, un manager doit aussi s'assurer de sa consolidation via une posture managériale qui conjugue écoute, partage et reconnaissance. Cela est d'autant plus important dans un contexte d'encadrement de professionnels pour lequel l'appui sur la connaissance du métier n'est alors pas possible. L'objectif recherché par le cadre de santé, ou plutôt le

¹¹ R. AïM. « *L'essentiel de la théorie des organisation 13^e Ed* ». Paris La Défense, Gualino Lextenso, 2022 – p.43

cadre leader, est ici d'instaurer une collaboration constructive, apaisée et qui respecte la singularité des professionnels.

En complément de la recherche documentaire, j'ai pu appréhender ce possible lien entre posture managériale et légitimité par le biais d'un entretien exploratoire (annexe I), réalisé auprès d'une professionnelle faisant fonction de cadre de santé, de filière infirmière. Elle assure l'encadrement d'une équipe de quatre Préparatrices en Pharmacie Hospitalière (PPH).

Au cours de cet échange, elle a notamment exprimé l'inquiétude qu'elle avait pu ressentir lors de sa prise de poste : *« ça m'a semblé au départ compliqué [...] Je connaissais quelques-unes de leurs missions, mais pas tout non plus, je n'étais pas complètement au clair sur leur fonction, leurs missions dans l'établissement »*¹². Elle a également abordé le fait que l'adaptation de sa posture managériale a été nécessaire et qui ne pouvait être en rien identique à celle adoptée auprès de l'équipe de soins¹³ qu'elle avait déjà en responsabilité. La notion de légitimité est ici en question, puisqu'elle relate : *« je ne me sentais pas vraiment légitime à imposer quoi que ce soit »*¹⁴.

Ainsi, tout comme il a été possible de le lire dans certains articles, le choix de cette professionnelle a été de mettre en avant des valeurs d'honnêteté et d'authenticité dans son management, face à cette profession qui lui était en grande partie méconnue : *« j'ai été totalement transparente avec elles, ça m'a semblé important, en disant que là je prenais leur équipe mais que je ne connaissais pas toutes leurs missions »*¹⁵. En outre, avec le recul de plusieurs mois, l'encadrement de ces professionnels par un manager issu d'une filière différente apparaît comme constructif et adapté. De fait, la cadre de santé, faisant fonction, a pu se positionner en tant qu'interlocutrice privilégiée vis-à-vis de l'équipe, tout en assurant une coordination et un contrôle des pratiques.

Aussi, au regard de la recherche documentaire et de l'entretien exploratoire, il semble exister un lien entre la notion de posture managériale et celle de légitimité, notamment dans un contexte de management interfilières. De fait, la question de départ pourrait être reformulée comme suit :

En quoi la posture managériale est-elle un levier pour l'ancrage de la légitimité du cadre de santé, dans un contexte de management interfilières ?

¹² Entretien exploratoire – question N° 3 (annexe I)

¹³ L'expression « équipe de soins » désigne ici, une équipe d'infirmières et d'aides-soignantes

¹⁴ Entretien exploratoire – question N° 3 (annexe I)

¹⁵ Entretien exploratoire – question N° 6 (annexe I)

2 Cadre de références

Le contexte d'émergence précédemment exposé, associé à une phase exploratoire, amène à identifier des références théoriques en lien avec la question de départ de ce travail de recherche.

Celles-ci, doivent permettre d'apporter des éléments afin d'initier une appréhension du lien qui pourrait exister entre la notion de posture managériale et celle de légitimité des cadres de santé, dans un contexte de management interfilières.

Pour ce faire, nous suivrons le fil conducteur suivant : l'exploration de la fonction cadre de santé, la compréhension des professions paramédicales, l'abord des notions de management et de posture managériale pour enfin traiter les concepts de légitimité et d'expertise.

2.1 Le cadre de santé :

Le cadre de santé représente un des acteurs principaux de ce travail de recherche et constitue, à ce titre, une référence de ce cadre théorique. Aussi, l'exploration des fondements de cette profession permettront, par la suite, de mieux appréhender les concepts de posture managériale, de légitimité et d'expertise.

En effet, comprendre et analyser les rôles, l'activité au quotidien, ainsi que le positionnement dans les structures de santé de ces professionnels, dont la fonction a été maintes fois remaniée, c'est avant tout se plonger dans leur histoire. Pour définir le cadre de santé d'aujourd'hui il semble nécessaire de s'intéresser à l'éclosion, la construction, puis l'affirmation de ces managers du soin.

Il appartient alors dans un premier temps d'explorer l'origine et l'histoire de la profession afin, dans un second temps, de la définir telle qu'elle est aujourd'hui. Enfin, un troisième temps abordera la notion de « cadre » au sein du monde de la santé et plus précisément leurs rôles et la notion de proximité qui est inhérente à la fonction.

2.1.1 Origine et histoire de la profession

« De la surveillante religieuse au cadre de santé manager, c'est tout le vingtième siècle qui sépare ces deux personnages. »¹⁶. Cette phrase empruntée à Michel CATANAS – directeur des soins – illustre parfaitement l'origine puis l'évolution qui a jalonné la profession cadre de santé.

¹⁶ CATANAS, Marc, [en ligne], *Évolution socio historique de la fonction cadre de santé*, URL : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la> (consultée le 20 décembre 2023)

De fait, la profession trouve son origine dans le champ de la religion. Avec l'avènement du christianisme en Europe, l'Église supplée l'État dans son rôle de protection des individus les plus vulnérables avec la création d'institutions destinées à les accueillir : les hospices ou hôtels-dieu. Ces établissements sont davantage destinés à accueillir et soigner les âmes que portés par un véritable objectif de guérison du fait de connaissances médicales très restreintes. Néanmoins, leur développement s'accompagne de l'éclosion d'une nouvelle catégorie au sein de la population : les personnels soignants et avec eux la nécessité d'un contrôle. Cette charge sera alors assurée par les sœurs des différentes congrégations qui assurent la gestion des hospices et des hôtels-dieu : « leur rôle est sans ambiguïté celui d'intendance et de vérification d'un certain nombre de normes. Les soins et les tâches annexes sont sous la surveillance des religieuses, elle-même sous l'autorité de leur supérieure »¹⁷ (BOURRET, 2006, P.20). Une hiérarchie au sein du personnel soignant est alors instaurée, elle perdurera jusqu'à nos jours. Le personnel religieux, qui fait preuve d'une véritable abnégation et d'un dévouement sans faille, reste en place au sein de ces institutions jusqu'à la Révolution française qui le chasse des hospices et hôtels-dieu, alors laïcisés. Il y retrouve cependant sa place au début du XIX^{ème} siècle, faute de personnel plus qualifié que cela soit en termes de soins ou d'intendance.

C'est finalement au milieu de du XIX^{ème} siècle avec l'avènement de l'ère industrielle, de l'aseptisation et d'importantes avancées médicales qu'émerge l'idée d'un encadrement des activités de soins qui ne soit plus exclusivement réservé à un personnel religieux. En effet ce dernier « se soucient avant tout du salut des âmes [...] et privilégient les malades bien-pensants »¹⁸ (BOURRET, 2006, P.25) constituant un décalage important avec l'évolution de la société, tant sur un plan médical que celui des mœurs. Le docteur Désiré-Magloire BOURNEVILLE – médecin et journaliste – en est le principal porteur. Pourtant, l'encadrement et la surveillance des soins par l'intermédiaire des religieuses resteront ancrés jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. Ces presque deux mille ans de mains mises sur la gestion des institutions de soins par du personnel religieux, dont la vocation était de faire respecter des normes avec abnégation et sévérité, marqueront durablement l'image et l'identité de la profession cadre de santé.

La fin de la seconde guerre mondiale marque le développement d'une hypertechnicité des structures hospitalières, associée à une augmentation importante de la demande en soins. Il apparaît désormais nécessaire de recourir à du personnel d'encadrement formé et reconnu de manière officielle dans ses fonctions. C'est ainsi qu'une première école

¹⁷ P. BOURRET. *op. cit.* p.20

¹⁸ *Ibid.* p. 25

de surveillantes sera initiée et créée par la Croix-Rouge française en 1951. Elle sera officialisée grâce au décret du 14 novembre 1958¹⁹, lui-même modifié par le décret du 10 août 1966²⁰ qui instaura deux voies possibles d'évolution pour les infirmières : le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice (le CAFIM) et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (le CAFIS). L'encadrement des professionnels soignants s'acquiert désormais par une formation et correspond à des activités clairement définies. Cela posera les prémices d'une hiérarchie paramédicale.

L'année 1975 constitue un tournant puisque la surveillante devient « cadre » grâce au décret du 9 octobre²¹ qui crée le certificat de cadre infirmier. Bien que la notion de profession reste attachée à ce diplôme, l'instauration de la dénomination « cadre » démontre une reconnaissance des capacités de gestion et de coordination qui incombe à cette fonction. Par la suite, les certificats de cadre kinésithérapeute (1976), technicien de laboratoire (1979), ou encore d'ergothérapeute (1980) seront également instaurés.

Enfin, les cadres paramédicaux deviendront, en 1995, des cadres de santé. La notion de profession est ici mise partiellement de côté pour créer un véritable métier au service des patients, des unités de soins et de toutes les professions paramédicales. « Il ne s'agit pas d'une simple transformation sémantique : la cadre de santé œuvre dorénavant dans un champ professionnel avec des fonctions et des responsabilités inédites »²² (PERRASSE, 2015, P. 45-46).

2.1.2 Définition et cadre législatif

Définir la profession de cadre de santé semble un exercice aisé. En effet, celle-ci est régie par des textes législatifs et a également fait l'objet d'études et de réflexions qui ont contribué à lui donner des « contours » assez formalisés, tout en la faisant évoluer.

Ainsi, la mission sur les cadres hospitaliers, réalisée en 2009, conduite par Madame Chantal DE SINGLY – alors directrice de l'institut du management de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) – constitue une référence importante en matière d'évolution et de réingénierie de la profession. Cependant, ce travail regroupe un champ d'exercice large puisqu'il concerne les cadres hospitaliers dans leur ensemble. Par ailleurs, la mission s'est essentiellement attachée à définir la notion d'encadrement

¹⁹ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e)

²⁰ Décret n° 66-617 du 10 août 1966, portant création des certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant

²¹ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier

²² M. PERRASSE, « la fonction cadre, entre histoire et formation », dans : *Soins Cadres*, Vol 24, N° 95, septembre 2015, pp.44-48, 2015

qu'elle désigne comme « l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés. »²³ (DE SINGLY, 2009, P.20).

Un autre document peut alors apporter une définition plus ciblée de cette fonction : le référentiel d'activité et de compétences du diplôme cadre de santé, élaboré en 2012 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Bien que ce dernier en soit resté au statut de document de travail, il est néanmoins utilisé et reconnu comme outil de référence pour la définition des activités et du champ d'action des cadres de santé, qu'ils soient responsables d'unité de soins ou bien formateurs. Aussi, il en apporte la définition suivante : « Le responsable de secteur d'activités de soin organise l'activité de soin et prestations associées, manage (ou encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. »^{24 25} (DGOS, 2012, P.6).

Avec cette définition, il est possible de constater la multiplicité des rôles et activités des cadres de santé. Tour à tour encadrant et animateur d'une équipe, ils doivent également assurer la coordination et la gestion des ressources nécessaires (humaines, matériels, financières) au bon fonctionnement d'un service afin de garantir la qualité des prestations. De plus, ce référentiel met en évidence une catégorie professionnelle apte à assurer la gestion de toute unité et toute catégorie de profession paramédicale. Il apparaît ainsi que le cadre de santé doit faire preuve de compétences en termes de management, de leadership, de gestion et de coordination, plus qu'en terme de soins.

Par ailleurs, cette définition permet de faire le lien avec la législation actuelle par le biais du décret portant création du diplôme cadre de santé, daté du 18 août 1995. Cette modification législative constitue un tournant majeur. En effet, en plus de légiférer la formation, qui sera désormais axée sur des thématiques de gestion des ressources humaines ou encore économiques, elle décloisonne l'accès à la fonction en abrogeant, partiellement, la notion de filière initiale. La dénomination « cadre de santé » place ainsi

²³ DE SINGLY, Chantal, 2009. Rapport de la mission cadres hospitalier [en ligne]. Paris : ministère de la santé et des sports. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf (consulté le 28 décembre 2023)

²⁴ Direction générale de l'offre de soins, Décembre 2012. Diplôme cadre de santé – Référentiel d'activité et de compétence [en ligne]. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé. Disponible à l'adresse : <https://cfdc.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/233/files/2020/05/IFCS-Refere%CC%81rentiel-de-compe%CC%81tences-et-activites.pdf> (Consulté le 28 décembre 2023)

²⁵ Il est à noter que dans le cadre de ce travail de recherche, qui concerne la posture managériale face à des équipes paramédicale, il ne sera pas apporté une définition du cadre de santé formateur.

ces managers du soin dans une catégorie professionnelle à part entière, avec un positionnement éminemment stratégique au sein des organisations.

Il apparaît alors important de comprendre et d'analyser les rôles, fonctions et responsabilités du cadre de santé au sein des organisations hospitalières.

2.1.3 La notion de cadre appliquée au milieu hospitalier

2.1.3.1 Définition

Il s'agit ici d'appréhender la fonction de cadre de santé à travers un prisme plus général, celui de la notion de « cadre ». En effet, au même titre qu'un manager au sein d'une entreprise, les cadres de santé répondent désormais à des logiques de gestion, de rationalisation, de conduite de projets ou encore d'accompagnement d'équipe. Aussi, avant d'aborder les rôles des individus qui occupent cette fonction, il est intéressant de la définir en s'interrogeant de la manière suivante : qu'est-ce qu'un cadre ?

En France, il est important de dissocier le statut cadre, qui correspond à un avancement en termes de carrière le plus souvent basé sur l'expertise dans un domaine, et la fonction cadre qui implique alors un ou plusieurs liens hiérarchiques. Pour ce travail de recherche nous nous attacherons à définir uniquement la fonction et non le statut. Aussi, la plateforme d'emplois *hellowork* apporte, dans un article en ligne, une définition issue de l'enquête concernant les conditions de travail des européens, menée par la fondation *Eurofound*²⁶, qui précise que les cadres sont « ceux qui planifient, dirigent, coordonnent et évaluent les activités d'une organisation et ceux qui supervisent du personnel avec une dimension hiérarchique à la fonction »²⁷.

Au regard de cette définition, comparée à celle apportée précédemment sur les cadres de santé via le référentiel de compétences et d'activités de la DGOS, la fonction cadre semble étroitement similaire que cela soit en entreprise ou dans un établissement de santé. Il convient alors d'appréhender si cette similitude peut être constatée en ce qui concerne les rôles qu'ils incarnent.

2.1.3.2 Les rôles d'un cadre de santé

Afin d'aborder les rôles d'un cadre de santé et d'une manière plus générale ceux d'un cadre, il est intéressant de s'appuyer sur les travaux réalisés par Henry MINTZBERG - universitaire canadien en science de gestion. Il théorise en 1984 la notion de rôle chez les cadres, en lieu et place de la notion de fonction. En effet, cette théorie aborde le fait

²⁶ Il s'agit d'une agence de l'Union Européenne qui étudie et fournit des données pour aider à l'optimisation des politiques sociale, d'emplois et de travail.

²⁷ GOMBERT, Guirec, [en ligne], *Au fait, c'est quoi un cadre*, URL : <https://www.hellowork.com/fr/fr/medias/cest-quoi-un-cadre.html> (consultée le 4 janvier 2023)

que chaque cadre détient et interprète plusieurs rôles, qu'il définit comme « un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable »²⁸ (Mintzberg, 2006, P. 65) et ce quel que soit son niveau hiérarchique au sein d'une organisation. Ils sont au nombre de dix, répartis en trois catégories :

- Trois rôles interpersonnels : de symbole, d'agent de liaison, et de leader
- Trois rôles liés à l'information : d'observateur actif, de diffusion de l'information, et de porte-parole.
- Quatre rôles décisionnels : d'entrepreneur, de régulateur, de négociateur, et de répartiteur des ressources

Ainsi, les rôles définis par H. MINTZBERG semblent proches des missions et activités qui sont assurées par les cadres de santé responsables de secteur d'activités de soins. Ces dernières sont répertoriées dans le document de la DGOS, précédemment cité, de la manière suivante :

- « Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
- Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles
- Gestion et développement des compétences
- Animation de la démarche qualité et gestion des risques
- Mise en place et animation de projets
- Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation »²⁹

Dès lors, il est possible de mettre en comparaison (annexe II) les rôles d'un cadre, théorisés par H. MINTZBERG, et les activités et missions d'un cadre de santé responsable de secteur d'activités de soins répertoriées dans leur référentiel de compétences et d'activités. Il apparaît ainsi une similitude importante de la fonction cadre quel que soit le secteur d'exercice.

Cependant, au regard des données apportées sur le rôle qu'incarnent les cadres au sein des organisations du travail et des analogies mises en évidence avec la fonction cadre de santé, la notion de proximité n'est que peu appréhendée. Pourtant celle-ci constitue une dimension importante dans le management en santé, qui nécessite des interactions

²⁸ H. MINTZBERG. « *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre* ». Paris, Les éditions d'organisation, 2006 – p. 65

²⁹ Direction générale de l'offre de soins, *op. cit.* p. 6 (Consulté le 28 décembre 2023)

régulières en lien avec les équipes opérationnelles et les usagers. Aussi, pour comprendre pleinement la fonction cadre de santé, il convient d'approfondir le sens de la dénomination : cadre de proximité.

2.1.3.3 Être cadre de santé de proximité

Avant toute chose, le terme « proximité » revêt différentes approches selon l'époque à laquelle il est employé. Ayant pour signification « proche parenté » au XV^{ème} siècle, il serait associé à une notion de « ressemblance » dans le courant du XVII^{ème} siècle³⁰. La mise en lumière de ces significations prêle alors à interrogation. Pour être en proximité le cadre de santé doit-il nécessairement être issu du même collectif des professionnels qu'il encadre ? La proximité n'est-elle pas une notion qui découle d'une volonté de l'individu et de la posture qu'il adopte au quotidien auprès de ses collaborateurs ?

La fonction de cadre de santé est indéniablement associée à la notion de proximité. Cela peut notamment se vérifier avec le rapport de la mission cadres hospitaliers qui l'explique ainsi : « La forme la plus explicite et connue de ces activités est l'encadrement dit de proximité, qui consiste à encadrer des personnels au quotidien et de manière directe (ex : cadre de santé) ou plus indirecte (ex : cadre supérieur de santé). »³¹ (DE SINGLY, 2009, P.20).

Walter HESBEEN – infirmier et docteur en santé publique – définit le cadre de santé de proximité comme un professionnel qui « a pour fonction d'organiser et d'accompagner la relation singulière du soin au sein même des pratiques du quotidien »³² (2011, P.95). Cette définition efface ainsi toutes notions de ressemblance ou d'appartenance à une même profession. Selon W. HESBEEN être cadre de proximité c'est avant tout savoir accompagner les professionnels paramédicaux à faire primer l'individualité des usagers dans le cadre des prises en soins, en opposition à une logique uniquement tournée vers la gestion. Cette approche pourrait alors apparaître comme utopique. En effet, le rôle d'un cadre est-il uniquement de promouvoir l'impératif respect de l'individualité des prises en soins au détriment des logiques d'organisations, de coordination et de gestion qui incombent à cette fonction ? Pour s'inscrire dans cette notion de proximité n'est-il pas intéressant d'allier ces deux logiques ?

Aussi, selon une définition qui se veut plus généraliste du cadre de proximité « il s'agit de désigner le premier niveau de management d'un collectif de travail, le plus proche de

³⁰ A.C. CLOCHET. « La proximité à l'épreuve du terrain », dans : Soins Cadres, Vol 28, N°111, mai 2019, pp. 33-35, 2019

³¹ C. DE SINGLY, *op. cit.* p.20

³² W. HESBEEN. « *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soins* ». Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011, p.95

la production du soin »³³ (CLOCHET, 2019, P.33). Cette définition rejoint ainsi le constat exposé précédemment par le biais du rapport de la mission cadres hospitaliers, en qualifiant les cadres de proximité comme des professionnels au contact direct des équipes paramédicales qui prodiguent les soins aux usagers. De plus, cette définition met l'accent sur le concept de « collectif de travail ». Les notions d'appartenance ou de ressemblance y sont dès lors absentes supposant que la proximité n'est pas dépendante de ces dernières, mais bien une posture adoptée par les cadres de santé. Elle semble donc une nécessité dans l'exercice quotidien des managers, permettant notamment la création d'un lien de confiance avec les équipes.

Ainsi, la notion de proximité se révèle être un élément essentiel dans la fonction cadre de santé, et ce, quels que soient les professionnels encadrés. De fait, elle peut représenter un lien managérial fort face à la pluralité des professionnels qu'un cadre peut manager et qui sont regroupés sous la dénomination : professions paramédicales. Aussi, il apparaît nécessaire d'appréhender cette catégorie professionnelle dans son ensemble.

2.2 Les professions paramédicales

Cette importante catégorie de professionnels s'illustre comme étant un acteur indispensable au bon fonctionnement du système de santé français. Elle représente une mosaïque de métier, au nombre de treize, caractérisée par une genèse diversifiée. Leurs origines socio-historiques, réglementations, missions et compétences ou encore leur positionnement au sein des établissements de santé diffère d'une profession à l'autre. Néanmoins, ils partagent tous « la même envie de bien faire pour les usagers, de prendre soin. »³⁴ (CLOCHET, 2019, P.34), le tout sous la coordination d'un cadre de santé, lui-même issu de leurs rangs.

Aussi, afin d'explorer le lien qui pourrait exister entre posture managériale et légitimité il est nécessaire, dans une première partie, d'aborder l'aspect législatif et démographique des professions paramédicales puis, dans une seconde partie, la notion d'identité professionnelle via l'impact de la formation initiale et leur rapport à la hiérarchie.

³³ A.C. CLOCHET. *op. cit.* p.33

³⁴ *Ibid.* p.34

2.2.1 Un seul terme pour plusieurs professions

Afin de bien appréhender la notion de profession paramédicale et l'aspect de pluralité qui la caractérise, il est essentiel de visualiser les métiers qui y sont représentés et la classification utilisée pour les différencier³⁵. Le tableau ci-dessous, s'attache alors à en donner une vue d'ensemble :

Professions (Prf.)	Prf. de soins	Prf. de rééducation					Prf. Médico-technique et d'appareillage					
	Infirmiers et infirmiers spécialisés	Kinésithérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien	Ergothérapeute	Pédicure-podologue	Déticienne	Préparateur en pharmacie	Opticien – lunetier	Orthoptiste	Manipulateur en électroradiologie médicales	Audioprothésiste

Tableau I - Répartition et classification des 13 professions paramédicales

2.2.1.1 Définition et cadre législatif

Il apparaît complexe de pouvoir donner une définition précise de ce qu'est une profession paramédicale. De fait, comme évoqué précédemment, elles se caractérisent par leur hétérogénéité. Aussi, un rapport de l'assemblée nationale, portant sur une réflexion de la réingénierie de la formation de ces professions, en apporte la définition suivante : « On entend par professions paramédicales les professions visées aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. »³⁶.

Cette définition n'aborde que le caractère juridique de ces professions, qui apparaissent comme réglementées par un texte commun qu'est le code de la santé publique. Il est ainsi peu aisé de saisir les caractéristiques globales des professions paramédicales. Cependant, en lien avec la phase exploratoire, des précisions peuvent être apportées.

Les professionnels paramédicaux, sans être des personnels médicaux, concourent tout autant à la prise en charge des problèmes de santé des patients. Ils interviennent tous sur prescription médicale et détiennent, pour certain, un rôle propre qui leur permet de mettre en œuvre des actions à visées préventives et/ou curatives en dehors de toute prescription. Enfin, l'ensemble de ces professions est régi par des décrets de compétences et se rattache à un référentiel d'activités. Ces derniers réglementent également les modalités et contenus des formations qui apparaissent comme

³⁵ Les professions paramédicales ont été réparties par famille de métier, selon les commissions de travaux constituées par le haut conseil des professions paramédicales (HCPP)

³⁶ CHAPÉLIER Annie, 2021. La formation des professions paramédicales [en ligne]. Paris : assemblée nationale. Série : N°4298. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4298_rapport-information.pdf (consulté le 3 février 2024), p.9

diversifiées, que cela soit en termes de durée, de grade obtenu ou encore d'autorités de tutelle.

Cette hétérogénéité se retrouve également dans la représentation de chacune des professions au sein du monde de la santé. Aussi, en lien avec le sujet de ce travail, il est intéressant d'explorer l'aspect démographique des professions paramédicales.

2.2.1.2 Aspect démographique des professions paramédicales

Le champ démographique des professions paramédicales revêt une certaine importance lorsqu'il est question de comprendre le lien entre légitimité et posture managériale, plus particulièrement dans un contexte de management interfilières. De fait, chacune des treize professions peut accéder à la formation pour devenir cadre de santé.

Cependant, certaines professions paramédicales semblent bien plus représentées que d'autres, en lien avec les besoins en santé de la population, pouvant alors conduire à une forme de prépondérance de l'une d'entre-elles au sein de la profession cadre de santé. Il apparaît donc que les situations de management interfilières puissent être récurrentes au niveau des structures hospitalières, interrogeant d'autant plus la légitimité des cadres dans ce contexte.

EFFECTIFS PAR PROFESSION, AU 1^{ER} JANVIER 2020

Professions	Nombre total au 1 ^{er} janvier 2020	Évolution
Audioprothésistes	4 125	+ 57 % (2012)
Diététiciens	5 655	+ 82 % (2012)
Ergothérapeutes	13 644	+ 68,9 % (2012)
Infirmiers	744 307	+ 31,2 % (2012)
Puériculteurs	23 054	+ 32,4 %
Infirmiers anesthésistes	11 440	+ 27 %
Infirmier de bloc opératoire	8 522	+ 24,2 %
Manipulateur en électroradiologie	38 413	+ 27,3 % (2012)
Opticiens lunetiers	40 783	+ 63,1 % (2012)
Orthophonistes	26 984	+ 27,3 % (2012)
Orthoptistes	5 506	+ 50,7 % (2012)
Pédicure podologues	14 039	+ 16,2 % (2012)
Professionnels de l'appareillage	4 391	+ 65,1 % (2012)
Psychomotriciens	14 509	+ 73,1 % (2012)

Tableau II - effectif des professions paramédicales au 1er janvier 2020 (source : rapport sur la formation des professions paramédicales, à partir des données issues de la DRESS)

Le tableau ci-dessus illustre ainsi parfaitement les différences de représentation des métiers qui composent la catégorie des professions paramédicales au sein du système de santé. L'hégémonie de la profession infirmière est alors mise en avant, avec un nombre d'infirmiers (744 307) dépassant largement le nombre de professionnels de rééducation et médico technique (168 049), tous métiers confondus, au 1^{er} janvier 2020.

Aussi, sur un plan purement statistique, il est possible d'émettre l'hypothèse que les cadres de santé soient en grande majorité issus d'une profession de soins (infirmiers ou infirmiers spécialisés), majorant de fait les situations d'encadrement de professionnels provenant des filières de rééducation et médico-technique. À l'inverse, au vu de cette démographie polarisée, il existe également une probabilité non négligeable pour que des professionnels issus de ces filières soient en situation de management interfilières, auprès d'une équipe de soins (infirmiers et aides-soignants).

Cependant, les seules données démographiques de ces professions ne suffisent pas à appréhender la thématique du management interfilières. Ainsi, en tant que préalable à la poursuite de ce travail, il est essentiel d'aborder la notion d'identité professionnelle.

2.2.2 L'identité professionnelle

L'identité professionnelle se définit comme « la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes »³⁷ (SAINSAULIEU, 1977, cité par MEIER, 2020).

Au regard de cette définition, l'identité professionnelle se manifeste comme une notion pouvant être empreinte de subjectivité, propre à chaque groupe professionnel. De surcroît, il est possible d'émettre l'hypothèse que ces représentations collectives ont pu se construire au cours de la formation, via un processus de professionnalisation.

2.2.2.1 L'influence de la formation initiale

Les professions paramédicales, malgré la forte hétérogénéité qui les caractérisent, partagent une valeur commune, socle d'une identité professionnelle partagée : « l'intérêt premier du patient, comme guide de la pratique. »³⁸ (BOISSEAU, 2014, P.37).

Cependant, cela ne doit pas masquer la réalité de cette catégorie professionnelle qui est parcourue par une pluralité de missions, d'activités et de compétences. Chaque profession répond ainsi à différentes logiques et possède des représentations de la prise en soins ou encore de son positionnement au sein d'une organisation hospitalière différente. La formation initiale, par le biais d'un processus de professionnalisation, joue un rôle essentiel dans la construction de ces représentations. De fait, l'apprenant

³⁷ MEIER, Olivier [en ligne], *Renaud Sainsaulieu et l'identité au travail*, URL : https://www.rse-magazine.com/Renaud-Sainsaulieu-et-l-identite-au-travail_a3703.html (consulté le 4 février 2024)

³⁸ F. BOISSEAU, « Être cadre de santé médico-technique dans un service de soins », dans : *Soins Cadres*, Vol 23, N°90, mai 2014, pp. 37 à 39, 2014

acquière des habitudes, un vocabulaire, un savoir-faire mais également un savoir-être qui lui permet de s'inscrire au sein d'un groupe et plus largement d'une profession.

Il existe peu de sources bibliographiques sur l'impact de la formation initiale dans la construction d'une identité professionnelle chez les professions paramédicales. Néanmoins, il a été possible de constater que les formations paramédicales présentaient une certaine pluralité. Cela se traduit notamment par la durée, le champ d'application privilégié ou encore sur le grade obtenu à l'issue de la formation. En outre, le rapport sur « la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » met en évidence ces divergences d'axe d'enseignement au sein de ces professions : « Les formations paramédicales reposent sur des contenus de type « sciences exactes » (manipulateurs d'électroradiologie médicale, kinésithérapeutes...) ou plus « sciences humaines » (infirmiers...). »³⁹ (BERLAND, 2007, P. 30).

Il est alors possible de se questionner sur l'influence de la formation initiale quant au positionnement adopté par les futurs professionnels, selon que cette dernière aborde davantage un champ scientifique ou bien sociologique. Il est également envisageable d'en déduire que les attentes de ces derniers, vis-à-vis des cadres de santé, seront également différentes en fonction de l'enseignement reçu, rendant les rapports au travail et à la hiérarchie polymorphes et propres à une profession paramédicale donnée.

2.2.2.2 Le rapport au travail et à la hiérarchie

Le rapport au travail et à la hiérarchie chez les professions paramédicales s'avère être un sujet tout aussi complexe à traiter que celui de l'identité professionnelle, compte-tenu du peu de données bibliographiques.

Au travers des lectures qui ont alimenté la phase exploratoire de ce travail de recherche, il apparaît que cette notion peut être abordée par le biais de la sociométrie. Cette discipline de la sociologie correspond à « l'étude des relations psycho-affectives entre les membres d'un groupe. »⁴⁰ (VILLEGER, 2021, P. 267). Ainsi pour étudier le rapport au travail et à la hiérarchie des professions paramédicales il s'agit de se détacher de l'organigramme, afin de s'intéresser uniquement aux relations interpersonnelles.

³⁹ BERLAND, Yvon, 2007. *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. Saint-Denis : Haute autorité de santé. Disponible à l'adresse : https://has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf (consulté le 4 février 2024), p.30

⁴⁰ A. VILLEGER. « *Les indispensables du management en concepts clés* ». Paris, Ellipses édition, 2021, p.267

Le cadre de santé, inclus au sein du groupe, « détient une position d'interface et une place stratégique dans l'organisation. »⁴¹ (GUERRA, 2020, P.20). Il serait alors simpliste de déduire qu'il concentre l'ensemble des interactions et que celles-ci soient uniquement caractérisées par l'existence d'un lien de subordination. Ce serait faire fi des différentes identités professionnelles qui résident au sein des professions paramédicales. « C'est pourquoi, les différentes catégories professionnelles avec qui il [le cadre de santé] est amené à travailler ont des attentes vis-à-vis de lui qui diffèrent selon la représentation qu'elles peuvent avoir de sa fonction. »⁴² (GUILLOU, 2015, P. S19).

En effet, les professions liées aux filières de rééducation aspireront à conserver une certaine autonomie, en corrélation avec les caractéristiques de leur fonction. De fait, elles sont tenues par une temporalité qui s'avère plus flexible dans le cadre de leurs prises en charge : une séance de rééducation pouvant être reportée si le professionnel le juge nécessaire. Il existe également une certaine liberté dans le choix des techniques de rééducation qui sont souvent le fruit d'une décision propre à chaque professionnel, en lien avec les bonnes pratiques définies par les sociétés savantes. De par l'ensemble de ces caractéristiques, ces professionnels pourraient avoir une vision de la fonction cadre comme facilitateur de leur travail et non un encadrant de ce dernier.

A contrario, les professionnels du soin, de par leur formation axée sur une approche plus sociologique, attendront d'un cadre de santé une certaine écoute avec un rôle de guide sur leurs réflexions quant aux pratiques soignantes. De fait, les structures hospitalières sont de plus en plus régies et organisées au travers de procédures et protocoles, d'autant plus dans le domaine du soin. Les prises en charge sont planifiées et la réalisation des soins, qu'ils soient de confort ou bien technique, est anticipée autant que faire se peut. Dans ce contexte-là, ces professionnels pourraient avoir une vision du cadre de santé comme étant un accompagnateur dans la réalisation de leur travail, mais aussi et surtout comme un garant de l'organisation, afin que chaque professionnel exerce son rôle dans une temporalité adéquate.

Pour les cadres, cette analyse de leur environnement de travail semble être un préalable nécessaire à une coopération de qualité avec les membres d'une équipe, d'autant plus quand celle-ci se caractérise par sa pluridisciplinarité. Aussi, Guy LE BOTERF – docteur en sociologie – prône que les individus coopèrent uniquement « s'ils communiquent efficacement en utilisant un langage commun, en comprenant le langage des autres et

⁴¹ L.GUERRA, « Le cadre de santé au centre de la pluriprofessionnalité », dans : *Soins Cadres*, Vol 29, N° 124, décembre 2020, p. 20-22, 2020

⁴² M. GUILLOU. « Autorité du cadre de santé et prise de poste ». Dans : *Soins cadres*, Vol 24, N°93S, février 2015, pp. S19 à S21, 2015

en sachant se placer du point de vue d'autrui. »⁴³ (LE BOTERF, 2008, cité par GUERRA, 2020, P. 21).

En synthèse, l'exploration des professions paramédicales, à travers leur représentation démographique et les aspects sociologiques qui les façonnent, permet de comprendre les enjeux managériaux qui les entourent. Ainsi, le cadre de santé semble tenu, dans le cas d'un management interfilières, d'identifier les caractéristiques identitaires de chaque profession qu'il encadre et dont il ne maîtrise pas les savoirs, savoir-être et savoir-faire. Dès lors, les notions de management et de postures managériales doivent, par un cheminement logique, être développées.

2.3 Management et posture managériale

Après avoir exploré et analysé la fonction cadre de santé et les différentes professions paramédicales, la logique de ce cadre théorique amène à aborder une notion qui les lie : le management. En effet, les premiers détiennent un lien de subordination vis-à-vis des seconds. Ainsi le management semble être au cœur de la relation entre les cadres de santé et les professionnels paramédicaux. Par ailleurs, aborder le management suppose également d'appréhender la notion de posture managériale.

Aussi, la notion de management sera étudiée dans une première partie. Il s'agira alors de la définir, d'exposer les différents styles de management et d'appréhender les notions de pouvoir et d'autorité qui lui sont inhérentes. La notion de posture managériale sera quant à elle abordée dans une seconde partie, où, après l'avoir définie la notion de savoir-être sera traitée. Enfin, au vu des recherches documentaires effectuées et de l'entretien exploratoire réalisé, la notion d'intelligence émotionnelle sera explorée.

2.3.1 Le management

2.3.1.1 Définition

La notion de management a considérablement évolué au cours du XX^{ème} siècle, qui a vu se succéder différentes écoles en matière d'organisation du travail et donc de management. Le paradigme qui entoure ce concept et sa définition a donc régulièrement été en mouvement. En effet, le management du début du XX^{ème} siècle, dont le fondement reposait « sur une vision motivationnelle brutale »⁴⁴ (RAMOND, 2017, P. 12) empreint d'obéissance et de contrôle est aux antipodes du management du XXI^{ème} siècle qui se veut plus respectueux de l'expression de chaque individu.

⁴³ LE BOTERF Guy. « Construire les compétences individuelles et collectives », dans : Soins cadres, de GUERRA L, Vol 20, N° 124, décembre 2020, p. 21

⁴⁴ P. RAMOND. « *Le management opérationnel : direction et animation des équipes* ». Paris, Maxima, 2017, p. 12

En outre, dans le cadre des recherches documentaires effectuées, une définition peut être retenue. Il s'agit de celle proposée par W. HESBEEN, qui définit la fonction du manager comme « Œuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller plus loin »⁴⁵ (2011, P. 116). Cette définition est intéressante, notamment dans le cadre du management en structure hospitalière. En effet, le terme « ensemble » reflète assez justement la pluralité des acteurs autour des usagers, indispensable à la qualité des prises en soins. De plus, elle aborde, en filigrane, cette notion de posture managériale en faisant référence au bien-être collectif : « être bien ensemble ». Ce dernier n'est alors possible que par une posture du cadre qui, sans effacer le lien hiérarchique, promeut l'importance que chacun occupe au sein d'une unité.

Afin de compléter cette vision de la fonction de manager, Philippe RAMOND – spécialiste en économie et psychologie sociale – apporte deux visions du management : stratégique et opérationnelle. La première renvoie à un management qui est exercé par les membres de la gouvernance d'une organisation. Le management opérationnel, quant à lui, est celui qu'incarnent les cadres de santé en caractérisant le manager comme « avant tout un meneur d'hommes, responsable de la motivation et de l'efficacité de son unité. »⁴⁶ (RAMOND, 2017, P. 15). Cette approche introduit, avec l'expression « meneur d'hommes », une notion de manager ou cadre leader, c'est-à-dire « un individu capable de guider et d'inspirer un ou plusieurs autres individus »⁴⁷ (VILLEGIER, 2021, P. 185). Cela suppose alors d'adopter une certaine posture pour intégrer cette notion dans le management d'une équipe, soit faire le choix d'un certain style managérial.

2.3.1.2 *Les styles de management*

La notion de management apparaît donc comme protéiforme. En effet, il n'existe pas une seule manière de manager une équipe. On parle alors de style managérial, une notion qui se définit « comme l'ensemble des attitudes et des comportements qui décrit la manière dont un responsable exerce son pouvoir sur un groupe »⁴⁸ (RAMOND, 2017, P.14). Les termes « attitudes » et « comportements » renvoient à cette notion de la posture, c'est-à-dire « être avec », dans le cadre d'une relation de pouvoir et d'autorité.

Ainsi, il est possible de repérer quatre styles managériaux au sein des organisations. Afin d'apporter une description et une analyse de la notion de style managérial, nous nous appuyons sur les théories établies par Rensis LIKERT – psychologue américain

⁴⁵ W. HESBEEN. *op. cit.* p.116

⁴⁶ P. RAMOND. *op. cit.* p. 15

⁴⁷ A. VILLEGIER. *op. cit.* p. 185

⁴⁸ P. RAMOND. *op. cit.* p. 14

et professeur de psychologie industrielle – qui a notamment étudié leurs influences sur l’efficacité d’une entreprise. Ils sont décrits comme suit dans l’ouvrage de Roger AïM⁴⁹ :

- **Style autoritaire exploiteur (despotique)** : « management par la peur, les menaces, et les sanctions »
- **Style autoritaire paternaliste (bienveillant)** : « management [...] qui infantilise les subordonnés à la recherche d’une récompense. Les subordonnés remontent des informations qui plaisent au chef »
- **Style consultatif** : « implique les subordonnés qui sont consultés, mais qui ont peu d’influence sur les décisions »
- **Style participatif** : « Ce management fixe les objectifs et s’appuie sur le travail du groupe avant de prendre des décisions. »

Le tableau ci-dessous s’attache à modéliser ces différents styles managériaux, en lien avec les différentes écoles de management et les attitudes managériales qu’ils induisent.

Styles de management	Écoles de management	Attitudes/comportements du manager
Autoritaire exploiteur	École classique (Fin XIX ^{ème} – début XX ^{ème} siècle)	Autoritaire, pas d’écoute
Autoritaire paternaliste	École Classique	Autoritaire, centre l’organisation autour de sa personnalité (organisation charismatique)
Consultatif	École des relations humaines (1920-1950)	Anime, communique, écoute mais peu d’adaptabilité
Participatif	École des besoins de l’homme au travail (1950-1970)	Communique, délègue, s’adapte, inclut, management horizontal

Tableau III - Liens entre les styles managériaux (LIKERT), les courants du management et les attitudes/comportements des managers

En outre, « le management n’est pas imperméable aux mouvements de la société »⁵⁰ (NOSENTLY, 2023, P.64) et de nouveaux styles managériaux continuent d’émerger avec l’évolution du rapport au travail et à la hiérarchie de ces dernières décennies. Le philosophe Julien NOSENTLY préconise d’ailleurs de revenir à un management par la considération qui « permet aux professionnels de santé et du médicosocial de retrouver leur capacité d’initiative, de faire preuve d’engagement, et [...] de déployer toutes leurs

⁴⁹ R. AïM. *op. cit.* p. 59

⁵⁰ J. NOSENTLY, « Le management par la considération », dans : *Objectif soins & management*, N°296, pp. 64 à 66, décembre 2023/janvier 2024

virtualités au service de leur mission. »⁵¹ (NOSSENTLY, 2023, P. 66). Cela nécessitera pour les managers d'adopter un comportement et des attitudes qui favorisent l'échange, accueillent la controverse et dont la confiance est la ligne directrice.

Cependant, quel que soit le style managérial exercé il sera toujours empreint des notions d'autorité et de pouvoir. Aussi, pour une meilleure compréhension de la suite de ce travail il appartient de traiter et d'analyser ces deux notions.

2.3.1.3 *Notion d'autorité et de pouvoir*

L'autorité dans un contexte managérial « se définit comme la capacité de décider, d'imposer ses volontés à autrui » et correspondrait à « une espèce de pouvoir qui met en face à face ceux qui commandent et ceux qui obéissent. »⁵² (SAVOIA, 2022, P. 33). Dans un premier temps, cette définition met parfaitement en évidence que le pouvoir se définit par l'autorité et inversement. Dans un second temps, elle reflète également cette notion de hiérarchie et donc de lien de subordination qui existe dans le management. L'action de manager c'est donc exercer une autorité, soit détenir un pouvoir, sur des individus. Cette définition peut évoquer un mode de management presque tayloriste en utilisant notamment les termes « imposer » et « obéissance ». Or, il a été abordé précédemment que le management actuel, celui du XXI^{ème} siècle, prône un équilibre entre le lien hiérarchique et la nécessité de permettre à l'ensemble des collaborateurs de pouvoir exprimer leur singularité à travers leurs connaissances et leurs expériences.

Cependant, Valérie SAVOIA – cadre supérieure de santé, formatrice en IFCS – nous propose une définition plus nuancée, précisant qu'en « sciences humaines l'autorité est nommée leadership »⁵³. Cela renvoie alors à la notion de cadre leader et à sa capacité à pouvoir guider et inspirer les collaborateurs avec qui il exerce. Dans ce contexte-là les notions d'autorité et de pouvoir restent présentes dans le management. En effet, le lien de subordination reste effectif de la part du cadre vis-à-vis des collaborateurs. Néanmoins ces dernières sont appliquées à bon escient afin de permettre au cadre de trouver le juste équilibre entre assurer le fonctionnement et l'efficacité d'une unité et garantir à chaque professionnel un bien-être au travail.

Ainsi, il est possible de constater que l'évolution de la société sur les notions d'autorité et de pouvoir, et par la même celles des styles managériaux, ont une influence sur la détermination d'une posture managériale, notion qu'il convient désormais d'explorer.

⁵¹ J. NOSSENTLY, *op. cit.* p. 66

⁵² V.SAVOIA, « L'autorité « juste » du cadre de santé », dans : *Soins Cadres*, N° 135, pp. 33-37, mai 2022

⁵³ *Ibid.* p.34

2.3.2 La posture managériale et ses composantes

2.3.2.1 Définition

Pour appréhender cette notion, W. HESBEEN en propose la définition suivante : « Nous entendons par posture l'attitude fondamentale sur laquelle repose l'action. »⁵⁴ (2011, P.119). Cette représentation renvoie ici aussi à la dimension de l'attitude. Plus précisément, il s'agit de la manière dont un cadre va user des notions d'autorité et de pouvoir qui caractérisent le lien de subordination existant en management. Cela renvoie également à l'état d'esprit d'un cadre de santé, c'est-à-dire la manière dont il perçoit sa fonction et son positionnement au sein d'une structure.

Cette expression est notamment évoquée par P. RAMOND. Selon lui, « le management est un état d'esprit : ouverture, écoute, dialogue, mais aussi volonté et ténacité dans la recherche de l'efficacité collective. »⁵⁵ (2017, P.10). Les notions d'attitudes et de comportement ne sont pas clairement nommées. Cependant, elles transparaissent de manière évidente en décrivant des managers qui, dans leurs actions, doivent mettre en exergue une posture qui se rapporte à un style managérial participatif (cf. tableau III).

Aussi, il apparaît que P. RAMOND, avec cette vision de la posture managériale, introduit une forme de savoir-être qui illustre les caractéristiques de la posture d'un cadre leader.

2.3.2.2 Le savoir-être dans la posture managériale

L'exploration et l'analyse du concept de management associées à la définition du terme de posture, selon le prisme de différents auteurs, ancrent le lien existant entre la notion de posture managériale et la dimension du savoir-être.

De fait, les styles managériaux et les postures qui s'y rattachent doivent désormais favoriser l'émergence de la singularité des individus. Cela requiert pour les cadres d'adopter un style managérial qui se veut participatif, en s'inscrivant dans une posture de « cadre leader », via les savoir-être suivants :

- Utiliser une communication adaptée et personnalisée qui se traduit par des temps d'échanges formalisés ou non ;
- Être disponible pour pouvoir écouter ;
- Savoir prendre des décisions pour renforcer un sentiment de sécurité ;
- Apporter son soutien afin de dépasser les difficultés rencontrées par l'équipe ;
- Reconnaître et valoriser pour engager et motiver ;

⁵⁴ W. HESBEEN. *op. cit.* p.119

⁵⁵ P. RAMOND. *op. cit.* p. 10

L'ensemble de ces comportements et attitudes doivent permettre à tout collaborateur de « vivre pleinement son métier, avoir la possibilité d'exercer une « influence » sur son environnement. »⁵⁶ (MANGEONJEAN, 2019, P. 53). Ils sont alors la pierre angulaire du respect de la singularité de chaque professionnel.

Aussi, la mobilisation de ces savoir-être nécessite le développement de la notion de confiance du manager vis-à-vis des collaborateurs et inversement. Elle apparaît comme indispensable pour favoriser puis pérenniser une posture de « cadre leader ». Il est alors nécessaire de préserver la confiance et de la renouveler de manière régulière. « Ce management par la confiance n'exclut néanmoins pas la fonction de contrôle »⁵⁷ (LAGADEC, 2018, P. 52) qui permet alors, par une clarification des attendus du cadre de santé, une adaptation continue du savoir-être dans la posture managériale. Le manager et les collaborateurs peuvent ainsi conforter une confiance mutuelle.

Un manager ajustera ainsi son style de management en adoptant une posture qui sera fonction d'un contexte ou d'une situation. Cela s'est notamment illustré lors de l'entretien exploratoire où, dans le cadre d'un management interfilières, la professionnelle faisant fonction de cadre de santé explique : « *je ne manage pas du tout les équipes de la même manière.* »⁵⁸. Il est également important de préciser que le choix d'une posture managériale est aussi marqué par son propre système de valeurs ainsi que par les expériences professionnelles et personnelles vécues.

Néanmoins, développer des savoir-être qui promeuvent un style managérial participatif n'est pas un comportement inné et peut relever d'une certaine complexité. En effet, les cadres évoluent dans un contexte professionnel où de nombreuses responsabilités leur incombent. Aussi, l'apprentissage et le développement d'un management émotionnellement intelligent peuvent les accompagner dans la pérennisation d'une posture de « cadre leader », pouvant être gage de légitimité.

2.3.2.3 *Le concept d'intelligence émotionnelle*

Si adopter une posture qui tend vers un management participatif renvoie à la notion de « cadre leader », celle-ci va bien au-delà de la seule acquisition de compétences techniques, managériales et de communication. Elle nécessite le développement de savoirs qui se rapportent au champ de la psychologie et de l'analyse des comportements

⁵⁶ F. MANGEONJEAN, « Du leadership managérial au leadership clinique », dans : *Soins Cadres*, Vol 64, N° 135, novembre 2019, pp. 53-55, 2019

⁵⁷ A.M. LAGADEC et al. « Loyauté et management par la confiance », dans : *Soins Cadres*, Vol 27, N° 108, novembre 2018, pp. 51-54, 2018

⁵⁸ Entretien exploratoire – question N° 4 (annexe I)

humains. « L'intelligence émotionnelle devient alors la composante indispensable du leader. »⁵⁹ (PERRASSE, 2014, P. 32).

Selon John MAYER et Peter SALOVEY – universitaires américains, spécialistes en psychologie – la notion d'intelligence émotionnelle se définit comme « l'habileté à percevoir, comprendre, gérer et utiliser les émotions pour faciliter la pensée. »⁶⁰ (MAYER et SALOVEY, 2000, cités par KOTSOU, 2019, P. 22). Avec ce paradigme les managers sont invités à appréhender puis analyser leurs émotions ou celle de leurs collaborateurs, afin qu'elles n'agissent pas comme des artéfacts au sein de leurs relations.

L'intelligence émotionnelle a ainsi été théorisée selon trois modèles : « celui des habiletés, le modèle mixte, et enfin un modèle qui envisage l'intelligence émotionnelle uniquement comme un ensemble de traits de personnalité. »⁶¹ (KOTSOU, 2019, P. 22). Il sera uniquement retenu le modèle des habiletés, du fait de son opérationnalité vis-à-vis de la fonction cadre de santé et qui se modélise via le schéma ci-contre.

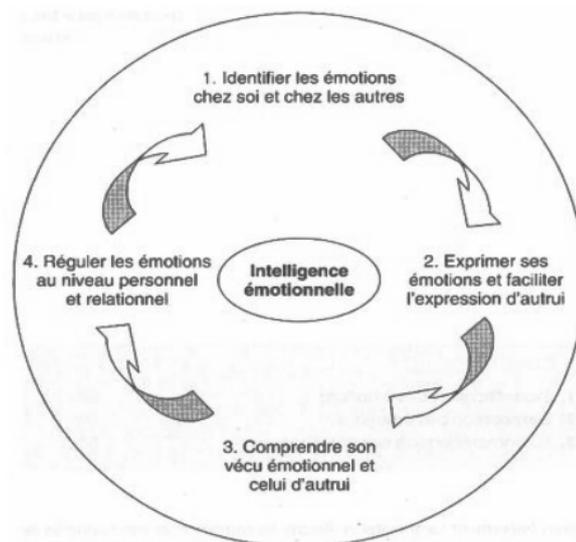


Image 1 - Compétences émotionnelles : modèle des habiletés (source : KOTSOU, 2019, P. 52)

Aussi, dans un contexte d'organisations hospitalières de plus en plus complexes impliquant de faire face à des problématiques d'ordre éthique, l'intelligence émotionnelle devient une compétence de plus en plus nécessaire à maîtriser pour les cadres de santé. Cela n'en est que renforcé dans le cadre d'un management interfilières. De fait, il s'agit là d'un environnement « inconnu » et « nouveau » pouvant impacter leur posture managériale. Ce constat invite alors les cadres à pratiquer un management dit « émotionnellement intelligent », mobilisant des savoir-être tels que la reconnaissance, l'écoute, l'authenticité ou encore le partage et l'ouverture.

⁵⁹ M. PERRASSE et F.G. ROCHON, « Le cadre de santé est-il un leader ? », dans : *Soins Cadres*, Vol 23, N° 90, septembre 2014, pp. 44-48, 2014

⁶⁰ J.D MAYER et P. SALOVEY et D. CARUSO. « Models of emotional intelligence », dans : *Intelligence émotionnelle et management 4^e Ed*, de KOTSOU. I, Louvain-la-Neuve : Deboeck supérieur s.a, 2019, p. 22

⁶¹ I. KOTSOU. « *Intelligence émotionnelle et management 4^e Ed* ». Louvain-La-Neuve, Deboeck supérieur s.a ; 2019, p. 22

En outre, les managers sont désormais invités à ne plus s'inscrire dans un positionnement qui vise à dissimuler leurs émotions, ni à faire fi de celles des collaborateurs qu'ils encadrent. Cette aptitude s'apparente à la notion d'assertivité qui se définit comme « la capacité d'un manager ou d'un subordonné à présenter de manière ferme et confiante sa position. [...] respectueuse de ses interlocuteurs. »⁶² (VILLEGER, 2021, P. 17). Être assertif suppose donc de savoir repérer une émotion lorsqu'elle surgit, de savoir l'exprimer de manière adéquate et proportionnée et d'en avoir une analyse réflexive sur ce qu'elle traduit. Cela fait ainsi référence au modèle des habiletés de l'intelligence émotionnelle. L'élaboration d'une relation empreinte de confiance, grâce à l'authenticité et la transparence, entre un cadre et ses collaborateurs est alors possible.

Cela a notamment pu se mesurer lors de l'entretien exploratoire réalisé au début de ce travail. La professionnelle interrogée a fait preuve d'une certaine authenticité dans un contexte de management interfilières, suite à la réalisation des évaluations professionnelles annuelles : « *j'ai été transparente en expliquant que je ne les évaluerais pas cette année en exprimant que je ne m'en sentais pas capable* »⁶³. En exprimant clairement et humblement sa position, il lui a par la suite été possible de développer une relation de confiance avec les collaborateurs qui, de par ce management émotionnellement intelligent, semble lui avoir conféré une légitimité en tant que cadre.

Ainsi, au vu de la situation tirée de l'entretien exploratoire, associée aux différents éléments apportés sur les notions de management et de posture, il apparaît désormais nécessaire d'aborder le concept de légitimité en le liant à celui de l'expertise.

2.4 Légitimité des cadres de santé et expertise

Les concepts de légitimité et d'expertise sont régulièrement associés l'un à l'autre. Dans le monde du travail l'évolution vers des fonctions de manager est souvent concomitante à la reconnaissance d'une expertise importante dans un domaine. Les notions de posture, de savoir-être, de capacité à décider et à endosser certaines responsabilités sont assez peu prises en compte, bien que ce paradigme tende à évoluer. Aussi, est-ce à dire que la légitimité ne peut s'obtenir que par l'expertise et que cette dernière est la seule source de légitimité des professionnels qui assurent un rôle d'encadrement ?

Cette interrogation nécessite, en premier lieu, de définir la notion de légitimité afin de traiter par la suite les différentes typologies qu'elle peut incarner. Puis, dans un second temps, c'est la notion d'expertise qu'il est primordial d'aborder. Il s'agit également de la

⁶² A. VILLEGER. *op. cit.* p.17

⁶³ Entretien exploratoire – question N° 6 (annexe I)

définir pour ensuite en appréhender le caractère protéiforme. Enfin, dans un troisième temps, une mise en corrélation de ces deux notions sera effectuée.

2.4.1 Notion de légitimité

2.4.1.1 Définition

Afin de définir la notion de légitimité, tout en illustrant sa complexité, il est intéressant de s'appuyer sur les travaux réalisés par le sociologue, économiste et philosophe allemand : Max WEBER. Ainsi il réalise une corrélation entre la notion de domination et celle de légitimité en définissant cette dernière comme la « Capacité à se faire obéir, la domination suppose l'obéissance qui repose sur des croyances et des représentations »⁶⁴ (WEBER, cité par FLEURY, 2023, P.89). Prêter une légitimité à un individu, une organisation ou à des institutions correspond à un mécanisme subjectif qui répond à de multiples facteurs, propres à chacun. Dans le milieu hospitalier, cette définition peut s'illustrer avec l'exemple des surveillantes : elles étaient légitimes et étaient obéies car les équipes croyaient qu'elles détenaient des savoirs exhaustifs et non contestables.

Cependant, comme toute notion d'ordre sociétal, la légitimité évolue en fonction des comportements humains et de la perception qu'ils ont de l'environnement qui les entoure. Le management a dû évoluer en lien avec des changements opérés dans le monde du travail et avec lui les sources de légitimité. De fait, « La notion de légitimité est toujours d'actualité, mais fait appel à des notions de reconnaissance, de sens. »⁶⁵ (NOËL, 2017, p ;15). Cela renvoie une fois encore au concept de posture managériale développé précédemment et notamment à celle de « cadre leader ».

Ainsi, Didier CEVAERS – formateur de management en santé – caractérise la légitimité chez le « cadre leader » comme une notion liée à « son comportement et son exemplarité »⁶⁶. Elle serait ainsi uniquement dépendante du savoir-être, donc de la posture adoptée dans le cadre d'interactions avec autrui. Néanmoins, il semble que l'expérience, bien qu'elle ne puisse plus en être le seul pilier, participe encore à la construction d'une légitimité. Dans le cadre du management en santé, Maëlle GUILLOU – cadre de santé – en expose d'ailleurs l'importance en préconisant de faire « valoir son expérience et ses connaissances »⁶⁷ (2015, P.S21) afin de mettre en exergue une

⁶⁴ L. FLEURY. « *Max WEBER 4^e Ed* ». Paris, Presse Universitaire de France, 2023, p.89

⁶⁵ N. NOËL. « *Le positionnement du cadre de santé, vecteur de légitimité ?* », mémoire réalisé sous la direction de Mme CULIOLI Dominique, IFCS AP-HM, 2016 /2017, p.15

⁶⁶ D. CEVAER. « *L'encadrement dans les nouvelles stratégies de gouvernance* ». Dans : *Soins cadres*, Vol 24, N°93S, février 2015, pp. S16 à S18, 2015

⁶⁷ M. GUILLOU, *op. cit.* p. S21

identité de cadre soignant, contrebalançant une logique gestionnaire. La notion de légitimité s'illustre donc comme polymorphe, corroborant les travaux de Max WEBER qui en théorise trois types.

2.4.1.2 Les types de légitimité

Définir le concept de légitimité a ainsi permis d'illustrer que cette notion repose sur différents socles d'élaboration, à savoir qu'elle n'est « pas uniquement fondée sur le droit mais aussi en lien avec d'autres critères tels que la tradition, le statut et la connaissance. »⁶⁸ (LOCHET, 2012, p.43). Au vu de ce constat, il apparaît important de traiter et d'analyser les trois types de légitimité définis par Max Weber :

- **La légitimité traditionnelle** : « l'autorité du leader est fondée sur le respect de l'héritage du passé [...] ce type de légitimité se réfère aux usages, aux habitudes, aux acquis et aux coutumes »⁶⁹ (AÏM, 2022, P.42). Dans cette typologie il est possible de reprendre l'exemple des surveillantes qui accédaient à ces postes car, traditionnellement, ils étaient réservés à la plus ancienne infirmière d'une unité, donc la plus expérimentée.
- **La légitimité charismatique** : « l'autorité du leader repose sur une combinaison de qualités personnelles extraordinaires et d'un pouvoir de séduction hors du commun qui émane de sa personnalité »⁷⁰ (AÏM, 2022, P.42-43). Dans ce cas-là, il est possible de faire le lien avec les notions de posture et de « cadre leader » qui, par le biais de la valorisation, de l'écoute, d'échanges et d'une communication adaptée, obtient la reconnaissance de sa légitimité.
- **La légitimité rationnelle ou légale** : « Le leader exerce son autorité grâce à une légitimité rationnelle reposant sur des règles juridiques formalisées par écrit [...]. La fonction est investie d'une autorité et non la personne »⁷¹ (AÏM, 2022, P.43). Dans cette configuration, un cadre de santé serait alors légitime par le simple fait de posséder le diplôme et donc le titre. Il est à préciser que ce type de légitimité semble de moins en moins reconnu dans les organisations du travail de la société contemporaine.

⁶⁸ N. LOCHET, « Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? », dans : *Soins Cadres*, Vol 21, N° 82, mai 2022, pp. 43-46, 2012

⁶⁹ R. AÏM. *op. cit.* p. 42

⁷⁰ *Ibid.* p.42-43

⁷¹ *Ibid.* p.43

Au regard de l'exploration des différentes typologies de légitimité, il est possible de constater que ces dernières peuvent parfaitement s'associer et se compléter. En effet, un cadre de santé pourra obtenir la reconnaissance de sa légitimité par une équipe du fait de son diplôme, de ses connaissances vis-à-vis des pathologies traitées au sein de l'unité et de son savoir-être auprès des professionnels qu'il encadre. Cependant, certaines formes de légitimité semblent davantage reconnues, à savoir le type charismatique mais également le type traditionnel qui reste prégnant dans les organisations du travail et plus particulièrement dans les établissements de santé.

Aussi, en lien avec la légitimité traditionnelle et dans le cadre de ce travail de recherche, il apparaît nécessaire d'aborder et d'analyser la notion d'expertise.

2.4.2 Notion d'expert

2.4.2.1 Définition

Les notions d'expert et de légitimité entretiennent des liens importants. Il a été possible d'analyser que l'expertise, dans un domaine donné, pouvait conférer une certaine légitimité pour incarner un rôle ou occuper une fonction. Cependant, tout comme la notion de légitimité, l'expertise revêt une part importante de subjectivité qui relève des croyances, des traditions et du niveau de connaissance de chaque individu. Ainsi, un professionnel pourra être considéré comme expert dans un domaine par l'un de ses pairs, mais pas par un autre qui se considérera bien plus expérimenté ou savant. Cette notion apparaît donc comme complexe et présente ici aussi un caractère polymorphe avec à la fois une dimension cognitive et une dimension sociale⁷².

Il convient donc d'apporter un éclairage quant à ce concept. D'un point de vue étymologique, le terme expert provient du latin « expertus », soit « éprouvé, qui a fait ses preuves »⁷³ (BOOTZ et LIEVRE et SCHENK, 2019 P.20). Ainsi, l'expert peut se définir « comme un individu qui dispose d'une compétence à analyser et résoudre des situations diverses et non triviales en s'appuyant sur une capacité à combiner et à mobiliser rapidement connaissances scientifiques et expérientielles. »⁷⁴ (BOOTZ et LIEVRE et SCHENK 2019 P.20). Pour être expert il est donc important d'associer des savoirs théoriques, nécessitant l'exercice d'une veille professionnelle de manière

⁷² BOOTZ Jean-Philippe et LIEVRE Pascal et SCHENK Éric, « L'expert au sein des organisations : définition et cadrage théorique », dans : *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol. 25, N° 63, 2019, pp. 11-25.

⁷³ *Ibid.* p.20

⁷⁴ *Ibid.* p.13

régulière et des savoirs expérientiels qui impliquent une pratique professionnelle sur le long terme.

Cette définition, au-delà de démontrer la complexité d'acquérir le statut d'expert, apporte une vision de la notion qui n'est pas uniquement technique, en opposition à ce qui peut être prôné au sein des structures hospitalières. Ainsi, en ne renvoyant pas uniquement l'expert à des savoir-faire il est possible de différencier deux types d'expertise.

2.4.2.2 Deux types d'expertise

Après avoir développé la notion d'expert d'une manière générale, il est possible de s'interroger concernant les cadres de santé : doivent-ils être des experts en la matière pour pouvoir manager ?

Finalement la question qui semble la plus pertinente est celle qui interroge les attendus vis-à-vis des cadres de santé. Frédéric BOISSEAU – cadre de santé médico-technique – en apporte la réponse suivante : « Gérer, organiser un service, une équipe, autrement dit manager au quotidien, voilà ce qui est attendu d'un cadre de santé de proximité. »⁷⁵ (2014, P.38). Il y a dès lors une différenciation entre une expertise métier ou technique, qui est souvent propre aux équipes opérationnelles, et une expertise managériale qui est alors l'apanage des cadres.

Ainsi, l'expertise liée au métier va s'apparenter à la somme des savoirs théoriques et expérientiels que peut posséder un professionnel. Cela doit lui permettre de comprendre et d'analyser rapidement des situations connues ou inconnues afin de mettre en œuvre des réponses adaptées. Cette expertise est souvent le fruit d'une pratique sur le long terme associée à une volonté, de la part de l'individu, de s'inscrire dans un processus de formation, afin d'engranger des savoirs théoriques qui consolident l'expérience. Dans le monde hospitalier ce type d'expertise se manifeste souvent par les professionnels dit « référents ». Possédant une expérience importante dans un domaine, associé à un cursus de formation continue développé, ils sont alors positionnés en étroite collaboration auprès des cadres de santé qui y associent leur expertise managériale.

De fait, le management est une discipline qui requiert des savoirs théoriques mais aussi expérientiels. Il peut ainsi y avoir une expertise managériale détenue par les cadres de santé, qui vient souvent primer sur l'expertise métier. En effet, de par leur positionnement au sein d'une unité ils n'ont que peu l'occasion de poursuivre le développement d'une réflexivité clinique et encore moins de progresser en termes d'habileté dans la réalisation

⁷⁵ F. BOISSEAU, *op. cit.* p. 38

d'actes techniques. Cependant, ils vont être à même d'acquérir des capacités d'organisation, de coordination, de communication ou encore d'analyse des dynamiques de groupe, les amenant à construire cette expertise managériale. En outre, « le chef ne doit pas être compétent dans tous les domaines. Il doit l'être assez pour comprendre les langages, les objectifs et les stratégies de ses subordonnés et coordonner leurs actions »⁷⁶ (BERNOUX, 1990 cités par LOCHET, 2012, P. 44).

Ainsi, l'analyse de la notion d'expert, associée à la mise en évidence de deux types d'expertise, amènent à s'intéresser au lien qui peut exister entre légitimité et expertise dans la fonction cadres de santé.

2.4.3 Lien entre légitimité et expertise chez les cadres de santé.

L'expertise et la légitimité semblent être deux concepts qui, dans la fonction cadre de santé, tendent à évoluer dans leur imbrication. Avant la réingénierie de la profession, liée au décret du 18 août 1995, les candidats au concours pour devenir cadre infirmier devaient démontrer leur maîtrise des connaissances cliniques, qui « constituaient l'essentiel du programme de l'année préparatoire. »⁷⁷ (BOURRET, 2006, P. 37). La création du diplôme cadre de santé et l'élargissement de la fonction à l'ensemble des professions paramédicales semblent avoir fait évoluer cette vision de l'encadrement. Cependant, les liens existants entre le concept d'expertise et celui de légitimité restent importants vis-à-vis de la vision et des attendus qui concernent la fonction cadre de santé, créant deux représentations de la profession.

La première s'attache à retenir la nécessité d'une expertise métier pour exercer en tant que cadre de santé. Cette position est notamment défendue par Francis MANGEONJEAN – ancien président de l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS) – qui explicite que « L'ensemble des qualités d'un leader doit se conjuguer à la maîtrise de la technicité de la discipline dans laquelle il opère. »⁷⁸ (2019, P.55). En évoquant la notion de leader il inclut, dans sa vision du cadre, l'importance de la posture managériale. Néanmoins, il prône cette maîtrise technique qui semble alors indispensable pour manager une équipe, ajoutant : « C'est avec cette maîtrise qu'il pourra emmener ses collègues dans l'apprentissage de l'excellence pour en faire des experts reconnus par les pairs. »⁷⁹ (2019, P.55). Cela suppose alors que le management

⁷⁶ P. BERNOUX. « La sociologie de l'organisation, 5^e Ed », dans : *Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants*, dans : Soins Cadres, LOCHET. N, Vol 21, N°82, mai 2012, pp. 43 à 46, 2012

⁷⁷ P. BOURRET. *op. cit.* p. 37

⁷⁸ F. MANGEONJEAN, *op. cit.* p. 55

⁷⁹ *Ibid.* p.55

dans une unité dont la spécialité n'est pas en lien avec la formation initiale ou le parcours professionnel du cadre de santé ne permettrait pas une amélioration de la qualité des soins, ni ne favoriserait la montée en compétences des professionnels qui y exercent.

A contrario, une vision plus axée sur l'importance de l'expertise managériale, renvoyant exclusivement à la posture du cadre, est désormais explicitée et prônée. L'évolution de ces dernières décennies concernant le rapport au travail et à la hiérarchie, qui défend le respect de la singularité de chacun, est alors mise en avant. Aussi certains cadres de santé ayant expérimenté le management interfilières estiment que « L'année de formation permet au futur cadre d'élargir son champ de compétences en dehors de son domaine d'expertise »⁸⁰ (CLOCHET, 2019, P. 34). Le paradigme managérial souligné renvoie ici à l'importance d'élargir ses compétences. Cela nécessite pour le cadre de prioriser ses capacités d'écoute et d'échange, d'adopter une posture empreinte d'humilité et bien entendu de créer un lien de confiance avec ses collaborateurs. Il est ici question d'expertise managériale bien plus que d'expertise métier. De fait, selon ce prisme « la reconnaissance de la légitimité du cadre de santé, quelle que soit la filière professionnelle d'origine est notée et appréciée en fonction de ses capacités relationnelles, de sa présence, de ses valeurs soignantes mais surtout de ses valeurs humaines. »⁸¹ (LOCHET, 2012, P. 44).

Ainsi, au regard de ces deux visions, il apparaît que la notion de légitimité est avant tout quelque chose qui doit, dans un premier temps, être réfléchi et analysé d'une manière personnelle. En effet, il semble que l'action de manager nécessite pour le cadre de santé de se sentir lui-même légitime à occuper un tel poste. Il est important pour lui d'être en parfaite adéquation avec sa vision de l'encadrement et avec ce qu'il souhaite apporter à ses collaborateurs.

⁸⁰ A.C. CLOCHET. *op. cit.* p.34

⁸¹ N. LOCHET, *op. cit.*, p. 44

3 Problématique et question de recherche

L'analyse de références théoriques en lien avec la fonction cadre de santé, les professions paramédicales et les concepts de management, de légitimité et d'expertise, permettent d'appréhender l'influence de la posture managériale dans un contexte de management interfilières.

Il est tout d'abord possible de constater que les rôles et missions dévolus aux cadres de santé sont de plus en plus décorrélés du domaine des soins. Cette modification du paradigme de la profession est d'une part liée à la sphère juridique et législative avec le décret du 18 août 1995, et d'autre part liée aux mutations sociétales et institutionnelles qui interviennent dans les structures hospitalières depuis maintenant trois décennies.

Les sources de la légitimité des cadres de santé ont été profondément modifiées et la mise en avant du titre attaché à la fonction n'est plus le seul gage d'une reconnaissance de leur légitimité. De même, la notion d'expertise, plus précisément dans le domaine des soins, ne constitue plus un fondement aussi fort de la légitimité des cadres de santé. Il est désormais nécessaire d'appréhender, de respecter et de valoriser la singularité de chaque professionnel, au regard de ses compétences développées et expériences vécues. La légitimité semble alors dépendre davantage d'une posture managériale qui s'inscrit dans le respect de cette individualité.

En effet, au regard des lectures réalisées, de l'analyse qui a pu en être faite, mais aussi de l'entretien exploratoire, le rôle de leader et d'accompagnateur paraît s'ériger comme posture managériale de référence. En outre, cela est d'autant plus marqué dans le cadre d'un management interfilières qui nécessite, au préalable, une analyse des différentes identités et des cultures professionnelles. Le cadre de santé doit alors faire preuve d'écoute, d'échange, de reconnaissance, mais aussi et surtout d'humilité. Il apparaît alors que le développement d'une intelligence émotionnelle peut s'illustrer comme une compétence nécessaire à maîtriser dans le cadre d'un management interfilières.

Aussi, la poursuite de ce travail de recherche, via des hypothèses et une enquête auprès de cadres de santé en situation de management interfilières, peut être orientée par la question de recherche suivante :

En quoi le développement de l'intelligence émotionnelle dans la posture managériale d'un cadre de santé a-t-elle un impact sur la reconnaissance de sa légitimité par des professionnels issus de filières différentes ?

4 Hypothèses

Ainsi, au travers de la problématique précédemment exposée, de la question de recherche qui en découle et des explorations effectuées, deux hypothèses peuvent être formulées :

- Les situations de management interfilières nécessitent, pour le cadre de santé, d'adopter une posture de « cadre leader » afin que sa légitimité soit pleinement reconnue par les professionnels encadrés.
- S'inscrire dans un management émotionnellement intelligent, dépassant les logiques de profession, constitue un des leviers de la légitimité.

Les hypothèses formulées ci-dessus représentent la direction qui sera prise dans le cadre de la réalisation d'une enquête de terrain auprès d'un corpus de cadres de santé. Il s'agit alors de confronter les recherches théoriques effectuées à la réalité de l'exercice professionnel des cadres de santé, dans un contexte de management interfilières.

5 Méthodologie de l'enquête

La construction d'un cadre de références, alimenté par des apports théoriques, a permis une première approche du lien qu'il peut exister entre la notion de posture managériale et celle de légitimité, dans un contexte de management interfilières. Afin de poursuivre ce travail de recherche, il convient désormais de mettre ces apports en perspective avec une réalité de terrain. Pour ce faire, une enquête a été menée auprès de sept cadres de santé, tous en situation de management interfilières.

Il s'agit dans un premier temps de présenter l'enquête de terrain en exposant sa méthodologie, ses outils et le contexte dans lequel elle a été réalisée. Un second temps permettra, par la suite, de présenter la population ayant participé à cette enquête. Enfin, un troisième temps détaillera les modalités de traitement des données recueillies.

5.1 L'enquête de terrain

Afin de bien appréhender l'analyse qui suivra, il est important de présenter l'intérêt que représente le choix d'une enquête qualitative, menée à l'aide d'entretiens semi-directifs.

5.1.1 Une enquête qualitative par des entretiens semi-directifs

L'objectif de l'enquête de terrain est, avant toutes choses, de tester les hypothèses émises précédemment. Ces dernières ayant été construites à partir des éléments recueillis et analysés dans le cadre de références, la démarche de recherche implique de vérifier ces éléments par une appréhension de la réalité du terrain.

Il s'agit alors de recueillir, mais également de comprendre, le vécu des cadres de santé qui sont amenés à encadrer des professionnels paramédicaux non issus de leur filière d'origine. La méthode de l'enquête qualitative a donc été retenue. En effet, cette dernière « s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes »⁸² (IMBERT, 2010, P.25). L'objectif de cette enquête est alors d'objectiver la manière dont les cadres de santé perçoivent, utilisent et associent les notions de légitimité, de posture managériale ou encore d'intelligence émotionnelle, dans ce contexte de management interfilières.

Aussi, l'unique outil retenu pour mener cette enquête est celui de l'entretien semi-directif. Selon Geneviève IMBERT – docteure en anthropologie sociale et en santé publique - Il se caractérise comme « une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de

⁸² G. IMBERT, « l'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », dans : *Recherche en soins infirmier*, N°102, mars 2010, pp. 23 à 33, 2010

reconnaissance de l'expertise »⁸³ (IMBERT, 2010, P. 25). Cette définition met parfaitement en évidence la dimension d'échange que revêt l'entretien semi-directif, ainsi que toute sa complexité. Par ailleurs, cet outil permet de récolter suffisamment d'information auprès des cadres interrogés, de par son adaptabilité, tout en maintenant des points de repère indispensables, du fait de l'utilisation d'un guide d'entretien.

5.1.2 Construction du guide d'entretien

La construction d'un guide d'entretien est un préalable nécessaire avant d'initier toute démarche d'enquête. De fait, il apporte un cadre aux entretiens et permet, pour le chercheur, de préciser les éléments qu'il souhaite retirer de cette exploration du terrain.

Pour ce faire, une première étape a été d'identifier des thématiques en lien avec le cadre de références et la question de recherche qui en découle. Elles constituent ainsi le fil conducteur des entretiens et doivent amener à la mise en perspective des éléments théoriques face à la réalité de l'exercice professionnel. Les concepts de légitimité, de posture managériale et d'intelligence émotionnelle ont alors été retenus.

Par la suite, en lien avec les hypothèses émises, des questions ont pu être construites pour chacune des trois thématiques. Afin de respecter l'esprit qu'incarne la méthode de l'entretien semi-directif les questions sont volontairement ouvertes. Néanmoins elles précisent toujours que la réponse apportée doit se faire au regard du contexte de management interfilières dans lequel se trouve les cadres de santé interviewés et non d'une situation professionnelle antérieure. Chaque thématique compte ainsi quatre questions principales, soit un total de douze questions, auxquelles s'ajoutent deux à trois questions de relance ou de reformulation si cela s'avère nécessaire.

La population interrogée ayant été uniquement ciblée sur les cadres de santé diplômés, un seul guide d'entretien a été élaboré (annexe III). Ce dernier a été validé par la directrice de mémoire avant d'initier tout entretien. De plus, la construction de ce guide a également impliquée la rédaction d'une consigne inaugurale. Exposée à tous les cadres de santé interrogés avant le début de chaque entretien, elle a permis de clarifier les modalités et le contexte de leur réalisation auprès des participants.

5.1.3 Contexte de réalisation des entretiens

Pour rappel, cette enquête a nécessité la réalisation de sept entretiens, tous en présentiel. De fait, ce sont les cadres de santé sollicités qui ont fixé la date, l'heure et le lieu du rendez-vous. Cela leur a ainsi permis de choisir un moment propice pour la réalisation de l'entretien, conjugué à leur activité professionnelle. En effet, cinq entretiens

⁸³ G. IMBERT, *op. cit.* p. 25

sur sept ont été menés au sein même de l'unité dans laquelle exerce le cadre de santé interviewé.

D'une durée de vingt-sept minutes, pour le plus court, à un peu plus d'une heure, pour le plus long, l'ensemble des entretiens ont tous été enregistrés, avec l'accord préalable des sept cadres de santé. Avant de démarrer chaque entretien, il était précisé que ce dernier était strictement anonyme et que toute mention d'information (lieux, identité d'une personne etc.) serait anonymisée lors de la retranscription.

Enfin, les cadres de santé avaient la possibilité de ne pas répondre à une ou plusieurs questions, de revenir sur un sujet ou une question préalablement posée, ou encore de mettre fin à l'entretien si cela était nécessaire, notamment pour ceux qui étaient interrogés sur leurs lieux de travail.

5.2 Population interrogée

Le choix de la population interrogée constitue également un aspect important pour la bonne compréhension de l'analyse. Dès lors il est nécessaire d'argumenter les critères d'inclusion à cette enquête et de présenter les professionnels qui ont participé, via un talon identitaire.

5.2.1 Choix des critères d'inclusions

Au regard de la thématique de ce travail de recherche deux critères d'inclusion ont été retenus dans le cadre de l'enquête de terrain :

- Les professionnels interrogés doivent être uniquement des cadres de santé diplômés (formation en IFCS)
- Les cadres de santé interrogés doivent être obligatoirement en situation de management interfilières, avec un minimum de trois professionnels issus de filières différentes.

En accord avec ma directrice de mémoire, le choix de la population s'est uniquement porté sur la catégorie des cadres de santé afin de rester en lien avec le sujet de ce travail de recherche qui porte sur le management et les représentations qui en découle.

Quant au choix de privilégier la population cadre de santé en situation de management interfilières, ce dernier permet également de rester en lien avec l'ensemble des questionnements et réflexions menés depuis le début de cette recherche. De plus, ce critère d'inclusion démontre l'existence de ces situations, légitimant ainsi ce travail de recherche. Cependant, il apparaît important de préciser que ces sept entretiens ne peuvent être considérés comme un reflet exact de la réalité de terrain.

Enfin, la provenance des cadres de santé est diversifiée. Trois d'entre eux sont issus de mon réseau personnel, en lien avec mes précédentes expériences professionnelles. Ces entretiens ont donc été menés avec le tutoiement. Les quatre autres cadres de santé sont, quant à eux, issus du réseau professionnel de collègues de promotion et pour lesquels le vouvoiement a été utilisé lors des entretiens.

5.2.2 Talon identitaire des professionnels enquêtés

La présentation d'un talon identitaire (ci-dessous) permet d'exposer les caractéristiques principales des professionnels enquêtés, au regard des critères d'inclusion préalablement définis. Il est à noter que les prénoms qui apparaissent sont fictifs. Ils ont pour objectif de rendre l'analyse moins impersonnelle et d'en faciliter la lecture.

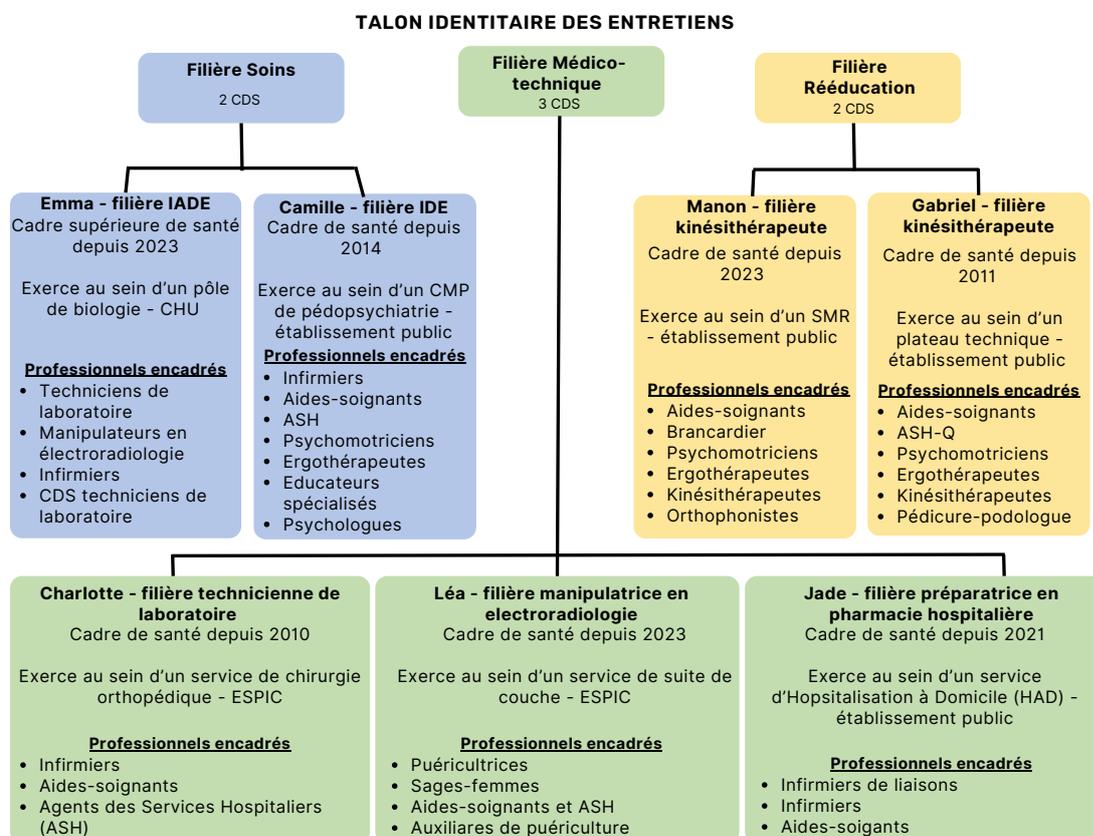


Image II - talon identitaire des cadres de santé enquêtés

Aussi, il apporte des éléments tels que la filière d'origine, l'année de diplôme, le secteur d'activité dans lequel exerce le professionnel et le statut de l'institution, ainsi que les professionnels encadrés. La mise en avant, par un code couleur, de la filière d'origine et la précision des professionnels encadrés permettent de faire écho au sujet principal de ce travail de recherche : le management interfilières.

5.3 Traitement des données recueillies

L'exploitation des entretiens nécessite, pour mener à l'analyse, une étape indispensable : la retranscription. Le choix a ici été fait d'une retranscription intégrale des sept entretiens, à l'aide d'un logiciel.

Cependant, malgré l'aide informatique apportée par le logiciel de retranscription, il a été nécessaire de procéder à l'écoute de chaque entretien. Cela a permis, d'une part, d'effectuer la correction de certains passages qui n'avaient pas été correctement retranscrits puis, d'autre part, d'initier l'analyse en extrayant pour chacune des trois thématiques des verbatims. De fait, dans le cadre de ce travail de recherche il est attendu, en ce qui concerne l'exploitation de l'enquête de terrain, de réaliser une analyse thématique croisée.

Chaque verbatim a alors été classé dans un tableau à double entrée (annexe VII). Une lecture verticale permet ainsi de connaître la teneur et la direction d'un entretien pour un cadre de santé donné. Une lecture horizontale permet, quant à elle, de croiser les différents éléments apportés par chaque professionnel sur une thématique donnée. Cette dernière lecture permet de mettre en avant les éléments communs ou au contraire les éléments qui sont minoritaires. Elle doit également mettre en lumière le vocabulaire qui est le plus souvent employé ainsi que les termes qui sont régulièrement répétés au cours des entretiens.

Cette méthodologie de traitement des données collectées permet ainsi de mettre en perspective la vision de chaque cadre de santé, les uns avec les autres. L'objectif est alors de construire l'analyse la plus représentative de la thématique de ce travail de recherche, dont la présentation est réalisée dans la partie suivante.

6 Analyse des résultats de l'enquête

L'utilisation de verbatims met en évidence la pensée, le vécu et l'expérience des cadres de santé qui se trouvent en situation de management interfilières. Cette matière, issue de l'exercice professionnel, permet ainsi de construire une analyse autour des thématiques de la légitimité, de la posture managériale et de l'intelligence émotionnelle. Cette analyse doit, par la suite, amener à l'affirmation, l'infirmité ou bien la validation partielle des hypothèses émises au décours de ce travail.

La présentation de l'analyse des résultats sera donc effectuée au regard d'un cheminement linéaire. Les thématiques précédemment citées seront abordées dans le même ordre que celui du guide d'entretien. Une synthèse générale de l'analyse sera ainsi proposée à la fin de cette partie, suivie de la présentation des limites de l'enquête.

Pour rappel, les prénoms mentionnés dans cette analyse sont fictifs. Pour des facilités d'écriture mais également pour une aisance de lecture, l'expression « cadre de santé » (CDS) sera, dans cette partie, systématiquement écrite en abréviation.

CDS	Filière initiale / Profession
Emma	Soins / Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État (IADE)
Camille	Soins / Infirmière diplômée d'État (IDE)
Charlotte	Médico-technique / Technicienne de laboratoire
Léa	Médico-technique / Manipulatrice en électroradiologie médicale
Jade	Médico-technique / Préparatrice en pharmacie hospitalière
Manon	Rééducation / kinésithérapeute
Gabriel	Rééducation / Kinésithérapeute

6.1 Légitimité et management interfilières

Le sujet du management interfilières interroge le concept de légitimité. Il apparaît donc nécessaire de l'explorer selon le prisme des CDS en poste, auprès de professionnels issus d'une filière différente de la leur. Il s'agit, dans cette partie de l'analyse, d'appréhender puis de comprendre ce que représente la notion de légitimité chez ces CDS et la manière dont il la construit puis l'instaure durablement auprès de leurs collaborateurs.

6.1.1 La légitimité selon les cadres de santé

La légitimité est un concept qui revêt une certaine complexité. Sa perception et sa signification ne cessent de se modifier au gré des mutations sociétales et plus précisément des évolutions dans le monde du travail. De plus, son caractère protéiforme en fait une notion presque personnelle, propre à chaque individu. C'est ce qui a notamment émergé des différents CDS interrogés, dans le cadre de l'enquête.

À la question « *selon vous qu'est-ce que la légitimité ?* » aucun CDS n'a eu de difficulté à apporter une réponse. Une tendance générale se détache alors : la légitimité serait avant tout une reconnaissance. Manon l'exprime dès le début : « *La légitimité c'est pour moi, déjà, **une reconnaissance*** » (ligne 39), tout comme Emma qui explique que selon elle la légitimité est « *quelque chose qui est **reconnu*** » (ligne 37-38). Charlotte, quant à elle, utilisera le terme « **reconnu** » quatre fois au cours de ses réponses en lien avec la thématique de la légitimité (lignes 22, 26, 41 et 228). Cette notion de la reconnaissance, c'est-à-dire le fait d'être reconnu dans ses fonctions de supérieur hiérarchique, est mise en avant par quatre professionnels, sur les sept interrogés.

Cette reconnaissance de la légitimité s'inscrit, selon le professionnel enquêté, à deux niveaux. Tout d'abord, il apparaît une importance certaine quant à la reconnaissance de la part de la hiérarchie. Camille exprime clairement : « *On est légitime dans nos fonctions parce qu'on est **reconnu institutionnellement*** » (ligne 233), tout comme Charlotte qui aborde : « *j'étais **reconnue** dans cette place par la hiérarchie* » (lignes 26). Cette notion de reconnaissance par la hiérarchie comme un indispensable socle de la légitimité se retrouve également chez Gabriel qui évoque, de manière plus indirecte, « *le **regard de la direction*** » (ligne 84). Dans un second temps, la notion de reconnaissance par les équipes apparaît moins importante et est abordée de manière indirecte. Par exemple, Léa exprime : « *j'ai gagné leur confiance* » (ligne 59), ce qui induit une certaine forme de reconnaissance de la part de ses collaborateurs.

Au-delà de cette notion de reconnaissance, la perception de la légitimité par les CDS interrogés s'oriente également sur le fait d'avoir suivi une formation, menant à un diplôme. Ce paradigme est avancé par deux CDS. Tout d'abord, c'est Léa qui perçoit sa légitimité vis-à-vis de sa formation managériale : « *je suis légitime, **j'ai été à l'école, j'ai passé un an en formation*** » (lignes 37-38), puis Gabriel qui mentionne à cinq reprises le terme « *le **diplôme*** » (lignes 46, 52, 79, 80 et 126) dans le cadre des réponses apportées en lien avec sa représentation de la légitimité.

En complément de cette vision, seule Emma lie la notion de légitimité à celle de l'expérience. Sans en faire un axe principal de ce concept, elle le mentionne malgré tout comme un élément composite en expliquant : « *le diplôme ne fait pas la légitimité ni les compétences.* » (lignes 50-51) avant d'ajouter : « *Pour moi **l'expérience et la manière dont on l'exploite, surtout pas dont on la brandit, mais dont on l'exploite dans son quotidien en tant que manager, oui je pense qu'on peut **renforcer notre légitimité là-dessus.***** » (lignes 86 à 88).

Ainsi, le concept de légitimité convoque de multiples paradigmes. Bien que la notion de reconnaissance, notamment de la part de la hiérarchie, semble en être un composant important, la légitimité reste le fruit d'une certaine subjectivité. Cela corrobore ainsi la définition du sociologue allemand Max WEBER, proposée dans le cadre de références, qui met en avant cette subjectivité liée à des croyances, ainsi que son caractère protéiforme. Dès lors, il apparaît intéressant de comprendre le processus de construction de cette légitimité par les CDS, dans un contexte de management interfilières.

6.1.2 La construction de la légitimité dans le management interfilières

Lorsque l'on interroge les CDS sur la manière dont ils ont construit puis assis leur légitimité dans ce contexte de management interfilières, il est d'ores et déjà possible de percevoir un lien étroit avec la notion de posture. De fait, cinq CDS sur les sept interrogés l'évoquent de manière directe ou indirecte. Seule Camille n'a pas souhaité répondre à cette question, n'ayant pas d'exemple concret à exposer.

Charlotte évoque de manière directe « **le positionnement** » (ligne 33) et l'associe au fait que « *On n'est plus l'expert qui sait* » (ligne 34). À travers ces propos il est possible d'appréhender une forme d'humilité vis-à-vis des collaborateurs encadrés, de reconnaître que bien qu'il y ait un lien d'autorité hiérarchique, la connaissance et l'expertise métier sont détenues par les membres de l'équipe. Emma l'exprime aussi très clairement lorsqu'elle aborde la manière dont elle a assis sa légitimité face à des équipes dont elle ne maîtrisait pas les compétences, ni les connaissances : « *c'est **s'appuyer sur les autres compétences** quand on ne les a pas.* » (lignes 127-128).

De manière plus explicite, les autres CDS évoquent le fait de s'intéresser aux métiers des collaborateurs qu'ils ont en responsabilité. Le terme « **comprendre** » revient de manière régulière au cours de l'entretien de certains CDS, comme Manon (lignes 47 et 76) ou encore Charlotte : « *Ce qui m'intéressait, c'était de **comprendre*** » (lignes 87-88). Cette volonté de comprendre la fonction, les contraintes et les difficultés permet, selon Charlotte, d'ancrer cette légitimité : « *Et du coup, forcément, **quand on s'intéresse aux problématiques des professionnels**, quand on les accompagne, là ça aussi ça fait la légitimité aussi de la posture de cadre.* » (lignes 354 à 356). On retrouve d'ailleurs cette même vision chez Léa qui évoque « **la curiosité professionnelle** » (ligne 78) et chez Jade qui explique « beaucoup **s'intéresser** à leur [...] quotidien » (ligne 38). Par ailleurs, de manière très concrète, Jade explique que sa volonté de comprendre et de s'intéresser à leur fonction est passée par une immersion régulière dans leur quotidien. En tant que CDS d'un service d'Hospitalisation À Domicile (HAD) elle a effectué, lors de sa prise de poste, de nombreuses tournées auprès des

infirmiers et des aides-soignants. Elle exprime par la suite : « *ça les a beaucoup rassurés à chaque fois que j'ai fait des tournées avec eux* » (ligne 126-127), puis d'ajouter : « *ils se sentent valorisés* » (ligne 160).

Cette notion de valorisation se retrouve également dans l'entretien réalisé avec Manon. De fait, au-delà de la notion de positionnement, elle évoque de manière directe que la construction de la légitimité se rattache à « **une posture** » (ligne 49) en précisant : « *Si on estime la personne qui est en face de soi, qu'on lui reconnaît les valeurs, on est légitime* » (ligne 57-58). Il est alors possible de s'interroger sur le fait que les propos de Manon rejoignent, de manière indirecte, ceux des autres CDS. En effet, Emma, Charlotte, Jade, et Léa, par leur volonté de comprendre les fonctions des membres de l'équipe qu'elle manage et leur souhait de s'appuyer sur leurs compétences, peut démontrer une aspiration à s'inscrire dans une posture qui prône la mise en avant des professionnels encadrés. L'adoption d'une telle posture s'inscrirait donc comme un gage de construction de la légitimité auprès d'une équipe, d'autant plus quand ceux qui la composent sont pour la plupart issus d'une autre filière. Seul Gabriel mettra en avant la seule obtention du titre « cadre de santé » comme processus de construction de sa légitimité : « *c'est parce qu'on m'a nommé cadre que je deviens donc légitime à leurs yeux* » (lignes 131-132).

Ainsi, le concept de légitimité était apparu comme complexe lorsqu'il a été abordé dans le cadre de références et s'illustre à nouveau sous cet angle via l'enquête de terrain. La subjectivité de cette notion se démontre au travers de la pluralité des réponses apportées par les CDS, sur la vision qu'ils peuvent en avoir. Néanmoins, le processus de construction et l'ancrage de la légitimité auprès des équipes paramédicales semblent réunir une grande partie des professionnels interrogés autour de la notion de posture. Les concepts de légitimité et de posture managériale seraient, selon certains CDS, étroitement liés : « **ma posture managériale m'a aidé à construire ma légitimité** » (Léa - ligne 160) ; « *c'est vraiment notre rôle, notre positionnement, qui va donner notre légitimité et pas forcément la filière* » (Manon - lignes 135-136). Cette corrélation amène donc à analyser le concept de posture managériale, selon le prisme des CDS interrogés.

6.2 Posture managériale et management interfilières

Le cadre de références a permis de définir la posture managériale comme un concept se rapportant à l'attitude. Ainsi, l'objectif de cette partie est d'appréhender la posture managériale adoptée par les CDS en situation de management interfilières, puis de comprendre les savoir-être qu'ils appliquent au quotidien, dans leurs fonctions d'encadrement.

6.2.1 Prédominance de la posture managériale du « cadre leader »

L'enquête réalisée auprès de CDS en situation de management interfilières fait émerger une posture managériale dominante : celle du « cadre leader ». Pour rappel, cette notion a été définie dans le cadre de références comme étant « un individu capable de guider et d'inspirer un ou plusieurs autres individus »⁸⁴ (VILLEGIER, 2021, P.185). Aussi, lorsqu'il a été demandé aux CDS de décrire leur posture managériale vis-à-vis de leurs collaborateurs, il est possible de faire un parallèle entre leurs réponses et la définition apportée par Amélie VILLEGIER - maitresse de conférences en sciences de gestion.

De fait, Gabriel évoque « *le cadre qui est là pour... **entraîner** vers des projets, des groupes de travail, enfin, **animer** vraiment une équipe* » (lignes 197-198). Cette vision de la posture managériale peut être complétée, d'une manière plus large, par Manon qui exprime que « *manager c'est aussi **faire grandir*** » (ligne 314). Le « cadre leader », avec pour fonction de guider, se retrouve également dans les propos de Charlotte qui explique : « *les équipes sont aussi en attente d'un **guide** dans toutes ces évolutions, de **quelqu'un qui les fera cheminer**.* » (lignes 320 à 322). Elle illustre d'ailleurs ces propos en amont en se définissant comme accompagnatrice de son équipe : « *je vais travailler avec vous sur l'organisation, sur ce qu'on peut optimiser, mais bon, c'est vous qui allez m'aider à ça et je vais vous **accompagner** dans l'amélioration du service* » (lignes 126 à 128).

D'une manière plus indirecte, cette posture du « cadre leader » se retrouve chez les autres CDS interrogés. En effet, Léa met en avant, concernant sa posture, le fait de « ***s'adapter** aux profils* » (ligne 179), tandis que Camille met l'accent sur le fait de « ***reconnaître l'individu** dans ce qu'il est et aussi dans ce qu'il apporte dans ses missions.* » (lignes 256-257). Dans une perspective similaire, Jade et Emma évoquent la nécessité d'adopter une posture managériale qui valorise, axée sur l'humain. Bien que dans les réponses de Léa, Jade et Emma nous ne retrouvions pas un vocabulaire qui a trait véritablement au « cadre leader », il est néanmoins possible de déduire qu'une posture managériale empreinte de reconnaissance de l'individu, qui s'adapte à ce dernier et qui le valorise, permet de guider et d'inspirer l'ensemble d'une équipe.

Il apparaît alors intéressant d'analyser l'influence que pourrait avoir le management interfilières sur l'adoption d'une posture managériale. Il s'avère que pour cinq CDS, adopter une posture de « cadre leader » n'est pas le fait du contexte de management interfilières dans lequel ils se trouvent, mais est intimement lié à leur

⁸⁴ A. VILLEGIER. *op. cit.* p. 185

personnalité. De fait Emma exprime clairement : « *je pense qu'elle ne différerait pas parce que je pense que **c'est ma manière d'être*** » (lignes 176-177), tout comme Jade qui évoque : « il y a quand même **des valeurs qui sont ancrées et innées en moi** » (ligne 312) lorsqu'elle fait référence à sa posture managériale. Il est possible de retrouver des réponses similaires auprès de Charlotte qui argumente : « je manage **selon ma personnalité** » (ligne 308), mais également de Léa : « *au niveau posture, j'aurais la même* » (ligne 199) ou encore Camille qui explique : « *mon positionnement ne change pas dans mon management, mais **s'adapte aux situations*** » (lignes 339-340).

La question de l'influence du management interfilières sur la posture managériale apparaît comme une réalité uniquement pour Gabriel qui exprime : « *sur les agents qui ne sont pas ta filière **tu adoptes une autre posture**, parce que tu sais que tu ne sais pas.* » (lignes 210-211). Il complète son argumentation en expliquant : « **je me suis positionné non plus comme l'expert de terrain, mais comme le cadre** » (lignes 253-254). De manière indirecte, Gabriel fait référence à une expertise d'ordre managérial, apanage des CDS, laissant ainsi l'expertise métier aux équipes opérationnelles. Cela peut notamment démontrer une forme d'attitude tendant vers un savoir-être qui s'apparente à la posture de « cadre leader ».

Il convient donc d'analyser la perception des CDS interrogés, quant au savoir-être qui a trait à cette posture.

6.2.2 Le savoir-être du « cadre leader »

Comme abordé dans le cadre de références, adopter une posture managériale de « cadre leader » suppose de s'inscrire dans un style managérial qui se veut participatif. De fait, cela requiert un savoir-être qui favorise la mise en avant des professionnels, par rapport au manager lui-même.

Dans un premier temps, les CDS interrogés ont tous fait référence à des attitudes qu'ils adoptent au quotidien. Le terme « *écoute* » est ainsi mentionné par trois d'entre eux : « *Je suis beaucoup dans **l'écoute*** » (Léa – ligne 172) ; « *je suis à **l'écoute*** » (Jade - ligne 257) ou encore « *Je suis quelqu'un qui **écoute** beaucoup* » (Emma – ligne 160). À cela s'ajoutent les attitudes de bienveillance et d'empathie qui reviennent régulièrement lorsqu'il est demandé au CDS de décrire leur posture managériale. De fait, Léa citera à deux reprises la notion « *d'empathie* » (lignes 294 et 313) vis-à-vis des équipes. Il est également possible de relever l'utilisation de la « **transparence** » vis-à-vis des collaborateurs puisque cette attitude est mentionnée par Jade et Léa comme un savoir être important. La notion de « **confiance** » est également apparue à plusieurs reprises,

notamment lors de l'entretien avec Charlotte qui utilise ce terme à cinq reprises dans le cadre de ses réponses apportées en lien avec la thématique de la posture managériale.

Dans un second temps, adopter une posture managériale de « cadre leader » semble supposer de se réinterroger sur la place occupée par un CDS au sein d'une unité et plus précisément sur la notion d'expertise qu'il devrait incarner.

Gabriel l'exprime très clairement : « *Quand on est cadre, **il faut se mettre en retrait**, connaître son rôle de cadre* » (ligne 232), supposant ainsi que le rôle d'un manager n'est pas d'être expert du domaine dans lequel il évolue. Comme évoqué précédemment, le CDS semble désormais répondre à une fonction d'accompagnement, d'animation voire de guide, plutôt que celle d'un expert métier. Les propos de Gabriel peuvent alors être complétés par ceux de Charlotte : « **c'est pas l'expert le leader** » (ligne 233). Elle fait ici référence à sa propre expérience, puisqu'en tant qu'ancienne technicienne de laboratoire la dimension des soins infirmiers lui était pratiquement inconnue. Néanmoins, de par sa posture managériale elle a su accompagner l'ensemble de ses collaborateurs vers de nouvelles pratiques, de nouveaux modes de fonctionnement, assurant ainsi la qualité et la sécurité des soins de l'unité dont elle a la responsabilité.

Ce paradigme se retrouve également chez Léa qui explique : « *tu connais le métier, mais c'est pas pour autant que tu vas savoir manager une équipe.* » (lignes 82-83), réfutant ainsi le besoin d'expertise technique ou clinique pour pouvoir encadrer un service qui serait à l'opposé de sa filière d'origine. En outre, l'ensemble des CDS interrogés expriment cette nécessité de mettre de côté l'expertise métier qu'ils possédaient, au profit du développement d'une expertise managériale qui serait alors le réel attendu vis-à-vis d'un CDS et ce quelle que soit l'équipe encadrée. Cette dimension de l'importance de l'expertise managériale est d'ailleurs clairement mise en avant par Charlotte : « **L'expertise** qu'on doit acquérir en tant que manager, c'est vraiment **le management.** » (ligne 238).

Ainsi, bien que la posture managériale du « cadre leader » apparaisse comme prédominante dans un contexte de management interfilières, il semblerait qu'elle soit essentiellement dépendante de la personnalité des CDS. Au regard des savoir-être décrits par les professionnels interrogés, cette posture semble nécessiter des capacités de reconnaissance et de gestion des émotions. Il est ainsi logique d'aborder la perception et l'utilisation du concept d'intelligence émotionnelle, chez les CDS enquêtés.

6.3 La notion d'intelligence émotionnelle

Le concept d'intelligence émotionnelle est régulièrement apparu au décours des recherches documentaires mais également de l'entretien exploratoire, donnant lieu à l'émergence de la question de recherche. Aussi, cette dernière partie de l'analyse aborde la manière dont les CDS perçoivent et utilisent l'intelligence émotionnelle et si cela peut constituer un levier managérial dans un contexte de management interfilières.

6.3.1 L'intelligence émotionnelle comme outil du management

Tout d'abord, il est possible d'observer que la notion d'intelligence émotionnelle est connue de l'ensemble des CDS interrogés. Certains d'entre eux l'ont étudiée dans le cadre de leur cursus de formation en IFCS, quand d'autres s'y sont intéressés de leur propre chef. Il est notamment possible d'évoquer le cas de Charlotte qui exprime s'être beaucoup documentée sur ce concept. Seul Gabriel exprime qu'il ne possède pas une connaissance approfondie de la notion d'intelligence émotionnelle.

Le qualificatif « outil » pour désigner l'utilisation du concept d'intelligence émotionnelle dans le management est évoqué par Léa : « *l'intelligence émotionnelle, pour moi, c'est même **un outil de management.*** » (ligne 344). Par cette expression et au regard de son entretien elle démontre toute l'importance qu'elle place dans ce concept, qu'elle associe à une notion de transparence et d'honnêteté vis-à-vis de ses collaborateurs : « *quand il y a un truc qui va pas je vais le dire* » (ligne 308). Cette vision est d'ailleurs renforcée par les propos de Camille qui exprime : « *c'est le B.A.BA. de tout **rapport humain.*** » (lignes 601-602). La notion de « rapport humain » est ici intéressante puisqu'elle caractérise le fil conducteur de toute activité managériale, soulignant la place significative qu'occuperait l'intelligence émotionnelle dans le management. En outre, sur un plan plus pratique, Emma décrit cette notion de la manière suivante : « *c'est être capable **d'observer, d'analyser** et d'essayer de comprendre les personnes, leur mode de fonctionnement pour pouvoir répondre au juste aux situations* » (lignes 281 à 283). Cette définition qui se rapproche de celle proposée par John MAYER et Peter SALOVEY – universitaires américains, spécialistes en psychologie et pionniers du concept d'intelligence émotionnelle – peut alors être complétée par la vision apportée par Manon, lorsqu'elle évoque la gestion des émotions dans le management : « *savoir gérer les siennes pour gérer celles des autres, **c'est indispensable.*** » (lignes 397-398).

Aussi, le management semble intégrer pleinement ce concept d'intelligence émotionnelle. De fait, encadrer des individus, c'est également reconnaître, gérer et accompagner leurs émotions. C'est notamment le parti pris de la grande majorité des CDS interrogés qui s'accordent sur le fait que les émotions, que cela soit celle du CDS ou bien des professionnels, sont omniprésentes dans le management. Léa exprime

clairement : « *je pense que l'émotion fait partie du management.* » (ligne 341), là où Camille explique : « *Elle fait partie... des postures managériales* » (lignes 864-865) concernant la notion d'intelligence émotionnelle. Charlotte évoque quant à elle son importance en la liant au fait que la fonction cadre de santé nécessite de bien se connaître : « *je pense que c'est important de se connaître pour arriver à manager du mieux possible parce qu'on est très exposé quand on manage.* » (lignes 628 à 630). Par ailleurs, Jade et Manon évoquent, de manière indirecte, l'importance d'adopter un management émotionnellement intelligent. Il pourrait être rattaché à l'adoption d'une posture de « cadre leader », puisqu'il permet de mieux comprendre, mieux accompagner voire mieux guider les professionnels : « *le manager aussi, a à prendre en compte tout cet aspect-là, la dimension, on va dire, émotionnelle du professionnel, ses contraintes* » (Jade - lignes 237 à 239) ; « *il n'y a rien de pire que de nier ce que ressentent les gens* » (Manon - lignes 478-479).

Gabriel a été le seul CDS interrogé à apporter une vision de l'intelligence émotionnelle qui se veut plus nuancée. En effet, sans en faire un parti pris, il s'interroge malgré tout sur la place des émotions dans le management et plus précisément sur le rôle des managers dans leur gestion : « *méfiance parce qu'on n'est pas là pour être non plus pseudo-psychologues.* » (lignes 375-376). Il ajoute par la suite « *Est-ce qu'un bon manager, c'est celui qui est forcément dans une émotion ?* » (lignes 420-421).

Ainsi, la notion d'intelligence émotionnelle semble être une composante indispensable au management, pour une très grande majorité des CDS interrogés. La reconnaissance, l'expression et la gestion des émotions s'apparentent, dès lors, comme faisant partie de la fonction CDS. Il est alors intéressant d'analyser le rôle de l'intelligence émotionnelle dans un contexte de management interfilières et d'appréhender si elle y constitue réellement un levier managérial.

6.3.2 L'intelligence émotionnelle dans le management interfilières

Au regard des éléments théoriques apportés dans le cadre de références sur l'intelligence émotionnelle, cette enquête avait également pour objectif de comprendre puis d'analyser la place qu'elle occupe dans un contexte de management interfilières.

Ainsi, au décours de la retranscription des entretiens puis de la mise en évidence des verbatims sur la thématique de l'intelligence émotionnelle, il a été possible de constater que le contexte du management interfilières était finalement très peu abordé. De fait, seuls trois CDS ont évoqué la potentielle influence que pourrait avoir l'adoption d'un management émotionnellement intelligent, dans ce contexte managérial. Cela est notamment le cas d'Emma qui explique : « *si on est capable de comprendre les autres,*

c'est intéressant pour manager des filières interprofessionnelles » (lignes 307-308), tout comme Jade qui l'aborde de la manière suivante : « *je pense que ça peut être un des leviers* » (ligne 455). Toutefois il est également important de souligner que Jade et Emma évoquent l'utilisation de l'intelligence émotionnelle, dans ce contexte de management interfilières, au conditionnel. Elles ne font ainsi pas de cette notion un outil indispensable dans l'encadrement des professionnels paramédicaux, issus de filières différentes de la leur.

L'utilisation de l'intelligence émotionnelle dans le management est majoritairement abordée avec une vision générale, qui semble s'inscrire comme une compétence qui doit prendre en compte l'individu et non les filières métiers. Cela peut notamment se mesurer avec les propos d'Emma : « *On est humain, on travaille avec des humains* » (ligne 375), où il n'est ici pas question de filières, mais plutôt d'individus. Charlotte abonde également dans cette direction en expliquant : « *Quelle que soit l'équipe qu'on manage, plus on se connaît, plus on se comprend.* » (lignes 672-673). D'une manière plus indirecte, Léa évoque également cette capacité à développer une intelligence émotionnelle dans le management, quels que soient les professionnels encadrés : « *je pense que les émotions font partie de la vie et on ne doit pas faire comme si ça n'existe pas* » (lignes 378-379). Ce paradigme de l'intelligence émotionnelle se retrouve également dans les propos de Jade, qui se veut très généralistes : « *Je pense que c'est quelque chose qu'il faut mettre dans nos quotidiens, les managers* » (ligne 527).

La perception de l'intelligence émotionnelle comme une véritable aide dans un contexte de management interfilières se perçoit uniquement dans l'entretien réalisé avec Manon, qui explique alors : « *ça a assis ma légitimité au niveau du service global* » (lignes 505-506). Il est ici possible de constater que la tournure de phrase est alors plus affirmative avec une mise en lien des concepts de légitimité et d'intelligence émotionnelle. Néanmoins cette corrélation ne peut être relevée chez les autres CDS interrogés, au cours de cette enquête de terrain.

Ainsi, l'intelligence émotionnelle est abordée par la grande majorité des CDS avec une dimension managériale globale, évinçant toute notion de filière. Il apparaît dès lors qu'un CDS qui assurerait l'encadrement d'une équipe dont il partage la profession initiale serait tout autant invité à adopter un management émotionnellement intelligent. Ce constat s'inscrit partiellement en contradiction avec les apports théoriques analysés dans le cadre de références, ainsi que les éléments apportés par l'entretien exploratoire.

6.4 Synthèse de l'analyse

L'analyse des entretiens a ainsi permis de mettre en évidence une vision qui se veut plus concrète des concepts de légitimité, de posture managériale et d'intelligence émotionnelle, dans un contexte de management interfilières.

Dans un premier temps, il est possible de constater que ces thématiques présentent une certaine part de subjectivité et sont propre à chaque manager. Elles se perçoivent selon la personnalité, le parcours professionnel, ou encore le vécu d'une expérience managériale. La légitimité apparaît comme le concept le plus subjectif. Bien que la notion de reconnaissance de la part de la hiérarchie ait été largement mise en avant, chacun des CDS a eu un apport différent sur ce qu'elle représente selon lui. Cependant, son ancrage semble se focaliser autour de la posture managériale, pour laquelle la très grande majorité des CDS interrogés y associent un lien.

Cette posture managériale comme socle de la construction de la légitimité s'apparente à celle du « cadre leader ». De fait la très grande majorité des CDS décrivent leur management comme participatif avec une volonté de comprendre et d'accompagner les équipes qu'ils encadrent. Leur objectif semble alors d'apporter une expertise managériale et non une expertise métier, qu'ils reconnaissent volontiers comme étant le domaine des équipes opérationnelles. Cependant, il est toutefois important de noter que le contexte de management interfilières ne semble en rien avoir influencé l'adoption d'une telle posture managériale. Elle serait le fait d'une personnalité, de valeurs et d'une capacité à mettre au centre de l'activité l'humain et ses émotions.

Cette dimension émotionnelle dans le management, caractérisée par le concept d'intelligence émotionnelle, s'apparente pour l'ensemble des CDS à prendre en compte les émotions des professionnels. Ainsi cette notion apparaît comme une composante essentielle du management qui doit être, selon cette enquête, utilisée et développée quel que soit le contexte dans lequel se trouve le CDS. Son utilisation comme levier managérial dans un contexte de management interfilières apparaît, dès lors, comme peu significatif. L'intelligence émotionnelle devrait être considérée comme une compétence universelle du management, avec en son centre la prise en compte de l'individu et non de la filière métier.

6.5 Les limites de l'enquête

Suite à l'analyse de cette enquête, il apparaît important d'en relever les limites. Cela permet ainsi de recontextualiser les résultats mais également de les nuancer.

La première limite qui peut être mise en évidence réside dans l'échantillon des CDS interrogés, qui s'avère restreint. Comme cela a déjà été mentionné dans la description de la méthodologie de l'enquête, le recueil de l'expérience de sept CDS ne peut être considéré comme une réalité de terrain, qui permettrait la généralisation des résultats. Cette limite de sept entretiens est notamment due à la temporalité dans laquelle s'inscrit ce travail de recherche.

Il est également possible d'identifier une limite concernant la pluralité des professions interrogées. En effet, l'enquête s'est uniquement concentrée sur la profession cadre de santé. Cependant, pour une analyse holistique, il aurait été intéressant d'interroger des professionnels paramédicaux, issus des trois filières, ainsi que des personnels médicaux, notamment les chefs de service avec qui les CDS travaillent en binôme.

L'enquête n'a également pas été menée auprès de CDS qui se trouvaient dans un contexte de management dit : « de filière à filière ». Cela ne permet donc pas une mise en perspective intéressante pour appréhender l'influence réelle d'un contexte de management interfilières sur la posture managériale et la construction de la légitimité. Par ailleurs, inclure un professionnel faisant fonction de CDS aurait également permis de compléter l'analyse, notamment sur la thématique de la légitimité.

Au décours des entretiens, il a également été possible de constater que la thématique de l'intelligence émotionnelle pouvait mettre en difficulté certains CDS. En effet, très peu ont réussi à exprimer un ou des exemples concrets de son utilisation dans le cadre de leur management auprès d'une équipe paramédicale.

Enfin, une des limites de cette enquête peut résider au sein même de l'outil qui a été utilisé. En effet, la méthode de l'entretien semi-directif implique un « face à face » entre les CDS et l'enquêteur, pouvant induire des biais de réponse. Bien qu'il soit précisé à chaque début d'entretien que celui-ci est anonyme, il peut malgré tout y avoir la persistance d'un sentiment de jugement de la part des CDS interrogés.

Ainsi, la présentation de l'analyse des résultats de l'enquête associée aux limites qu'elle peut présenter, permettent de mettre en discussion les hypothèses émises, suite à la question de recherche.

7 Discussion

Ce travail de recherche a initialement débuté par un questionnaire portant sur la notion de posture managériale comme levier de la légitimité des cadres de santé, en situation de management interfilières.

Cette thématique a ainsi permis de cheminer au travers de concepts faisant émerger, à de nombreuses reprises, la notion d'intelligence émotionnelle. Au regard de cette récurrence et de l'analyse du cadre de références, le questionnaire initialement posé a pu être reformulé par la question de recherche suivante :

En quoi le développement de l'intelligence émotionnelle dans la posture managériale d'un cadre de santé a-t-elle un impact sur la reconnaissance de sa légitimité par des professionnels issus de filières différentes ?

Il en a découlé deux hypothèses, qui ont pu être explorées à travers une enquête de terrain. Cette dernière a ainsi apporté de nouveaux éléments pour vérifier les hypothèses émises, tout en permettant d'initier un nouveau questionnaire.

Hypothèse N°1 : Les situations de management interfilières nécessitent, pour le cadre de santé, d'adopter une posture de « cadre leader » afin que sa légitimité soit pleinement reconnue par les professionnels encadrés.

Cette hypothèse est partie du postulat qu'un contexte de management interfilières pouvait induire une reconnaissance plus complexe de la légitimité du cadre de santé. La notion d'expertise métier, qui peut apparaître comme un socle de légitimité, n'étant pas mobilisable, la posture de « cadre leader » permettrait cette reconnaissance. Au regard des éléments apportés par l'enquête de terrain il est possible de constater que cette première hypothèse est partiellement validée.

Pour rappel, la notion de légitimité avait été analysée, au sein du cadre de références, comme une notion subjective qui reposait sur des croyances et des représentations. Cela a largement été mis en avant lors de l'enquête de terrain où les cadres de santé ont fait montre d'une pluralité de représentation du concept de légitimité : la reconnaissance de la hiérarchie, la réalisation d'une formation diplômante, ou encore l'expérience. Il apparaît donc que les cadres de santé ne perçoivent pas la reconnaissance de leur légitimité uniquement sur le fait de partager la même profession initiale que les professionnels qu'ils encadrent.

En effet, la notion de posture managériale apparaît très clairement comme la principale modalité d'ancrage de la légitimité auprès des professionnels, bien qu'il manque à cette

enquête la vision de ces derniers. La posture de « cadre leader » se distingue alors comme hégémonique chez les cadres de santé interrogés. Il est ici possible de faire un parallèle avec la notion de légitimité charismatique qui correspond à l'un des trois types de légitimité décrit dans les travaux de Max WEBER, développés dans le cadre de références. Il s'agit pour les cadres de santé de s'inscrire dans l'évolution des rapports au travail et à la hiérarchie, supposant un management plus participatif qui accompagne, singularise, valorise et reconnaît. Par ailleurs, cela suppose pour ces managers le développement d'une certaine intelligence émotionnelle dans leur encadrement.

Néanmoins, il est important de souligner que l'adoption d'une posture de « cadre leader » n'est pas uniquement dépendante d'un contexte de management interfilières. Le recueil du vécu et de l'expérience des cadres de santé démontre que la notion de posture managériale s'inscrit dans une dimension qui va bien au-delà des logiques métiers. Les résultats de l'enquête l'ont d'ailleurs mis en exergue avec une large majorité des cadres de santé qui expriment clairement que leur posture est avant tout le fruit de leur personnalité et des valeurs qu'ils attachent à leur fonction.

Aussi, adopter une posture de « cadre leader » amène à favoriser la reconnaissance des cadres de santé dans leurs fonctions par un véritable ancrage de leur légitimité auprès des équipes. Néanmoins, il ressort que le contexte de management interfilières n'influe en rien sur l'adaptation d'une posture managériale. Au vu des éléments apportés par l'enquête, l'hypothèse N°1 pourrait être reformulée de la sorte : il est nécessaire pour un cadre de santé d'adopter une posture de « cadre leader » afin de favoriser la reconnaissance de sa légitimité par les professionnels qu'il manage.

Hypothèse N°2 : S'inscrire dans un management émotionnellement intelligent, dépassant les logiques de profession, constitue un des leviers de la légitimité.

Cette hypothèse a pour parti pris le développement nécessaire, chez les cadres de santé, de la capacité à identifier, gérer puis utiliser à bon escient les émotions des professionnels qu'ils encadrent, mais également les leurs. En outre, le contexte managérial est ici absent, faisant du management émotionnellement intelligent un levier de légitimité pour l'ensemble des cadres de santé. Au regard des éléments apportés par l'enquête de terrain il est possible de constater que cette seconde hypothèse est validée.

Il ressort des résultats de l'enquête que plus de la majorité des cadres de santé interrogés (six sur sept) attachent une grande importance au concept d'intelligence émotionnelle dans le management. La prise en compte des émotions n'est désormais plus une possibilité mais un impératif, afin de permettre aux professionnels paramédicaux de faire face à des environnements émotionnellement complexes. Les

cadres de santé interrogés mettent également en évidence la nécessité de bien connaître leurs propres émotions, gage d'un management émotionnellement intelligent. Ils en tireront ainsi la confiance et la reconnaissance des professionnels, levier de leur légitimité.

Cette importance de la notion d'intelligence émotionnelle dans le management avait été mise en avant au cours de la construction du cadre de références. De nombreux articles et ouvrages, émanant de professionnels du management ou de psychologues, prônaient la capacité à reconnaître et gérer les émotions comme l'une des principales compétences à maîtriser pour les managers d'aujourd'hui et de demain. L'analyse de l'entretien exploratoire, qui avait mis en avant la nécessité de renforcer l'intelligence émotionnelle dans un contexte de management interfilières, semble alors trop restreinte. Au vu des résultats de l'enquête cette compétence doit être universelle, mettant en avant l'humain et non un contexte managérial. Il est également possible de constater le lien qui est fait entre développement de l'intelligence émotionnelle et la posture de « cadre leader ».

Aussi, s'inscrire dans un management émotionnellement intelligent, qui se rapporte à adopter une posture de « cadre leader », est un véritable levier de la légitimité et ce quelle que soit la profession initiale du cadre de santé et la filière des professionnels encadrés.

La discussion autour de ces deux hypothèses met en avant, de manière indirecte, l'importante mutation de la fonction cadre de santé ces dernières décennies. Il est désormais attendu le développement d'une expertise managériale, par rapport à une expertise métier qui doit être laissée aux équipes opérationnelles. Cependant, cette évolution managériale au sein des organisations de santé posent la question des sources d'expertise du raisonnement clinique paramédicale, faisant émerger le questionnement suivant :

En quoi est-il nécessaire, pour maintenir la qualité et la sécurité des soins au sein des organisations hospitalières, de favoriser l'identification de nouvelles sources d'expertise du raisonnement clinique paramédical ?

Face à cette nouvelle interrogation il semble intéressant d'aller explorer la place et le rôle qui sont progressivement donnés aux infirmiers de pratique avancée. La formation d'un binôme avec les cadres de santé pourrait, dès lors, être envisagée : expert du raisonnement clinique et expert du management.

Conclusion

Ce travail a, avant toute chose, été une véritable découverte de la méthodologie de la recherche. Elle m'a ainsi permis d'apprendre à organiser et sélectionner des informations, les mettre en lien les unes avec les autres, tout en développant mes capacités d'analyse mais également de rédaction.

La conduite d'une recherche m'a également permis de prendre conscience de l'importance d'un questionnement régulier vis-à-vis de mes schémas de pensée, au regard d'un sujet ou d'une situation. De fait, elle a mis en évidence que pour une même thématique il existe une pluralité de vision, d'argumentation et d'analyse qui viennent se potentialiser les unes par rapport aux autres. Dès lors il m'apparaît d'autant plus important de prendre en compte le point de vue de l'ensemble des membres d'une organisation, qui sont dépendants d'une position et d'expériences professionnelles.

Ainsi, cette recherche sur la thématique du management interfilières a permis de mettre en évidence que la posture managériale d'un cadre de santé est sa première source de légitimité et son principal outil pour la construire. Il semble que la profession initiale du manager n'ait que peu d'influence, voire qu'elle n'ait aucune importance.

L'évolution de la fonction cadre de santé ces trois dernières décennies démontre l'importance qui est donnée à l'expertise managériale et non à l'expertise métier. Les cadres de santé paraissent, dès lors, inscrits dans un rôle d'accompagnateur, voire de guide en adoptant des modes managériaux plus participatifs et horizontaux. Ce n'est que par l'adoption de cette typologie de posture managériale que leur légitimité sera renforcée, bien au-delà de toutes logiques métiers et de filières professionnelles.

Cette étude a également mis en évidence l'importance, pour les cadres de santé, de prendre en compte la dimension émotionnelle dans le management, qui ne peut être dissociée des individus dont ils assurent l'encadrement. Ils sont ainsi invités à abandonner définitivement et sans aucune hésitation le mantra qui veut que les « émotions restent aux vestiaires », pour mieux appréhender leur identification et leur gestion. Par ailleurs, cette reconnaissance des émotions dans le management doit être utilisée tant à destination des professionnels paramédicaux, que des cadres de santé eux-mêmes.

Aussi, il semble intéressant d'appréhender la place qui pourrait être réservée à l'apprentissage de l'intelligence émotionnelle au sein des formations managériales en santé.

Bibliographie

Articles

BOISSEAU Frédéric, « Être cadre de santé médico-technique dans un service de soins », dans : *Soins Cadres*, Vol 23, N°90, mai 2014, pp. 37 à 39, 2014

BOOTZ Jean-Philippe et LIEVRE Pascal et SCHENK Éric, « L'expert au sein des organisations : définition et cadrage théorique », dans : *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol. 25, N° 63, 2019, pp. 11-25, 2019

CEVAER Didier, « L'encadrement dans les nouvelles stratégies de gouvernance ». Dans : *Soins cadres*, Vol 24, N°93S, février 2015, pp. S16 à S18, 2015

CLOCHET Anne-Cécile, « La proximité à l'épreuve du terrain », dans : *Soins Cadres*, Vol 28, N°111, mai 2029, pp. 33-35, 2019

GUERRA Laurence, « Le cadre de santé au centre de la pluriprofessionnalité », dans : *Soins Cadres*, Vol 29, N° 124, décembre 2020, p. 20-22, 2020

GUILLOU Maëlle, « Autorité du cadre de santé et prise de poste ». Dans : *Soins cadres*, Vol 24, N°93S, février 2015, pp. S19 à S21, 2015

IMBERT, Geneviève, « l'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », dans : *Recherche en soins infirmier*, N°102, mars 2010, pp. 23 à 33, 2010

LAGADEC Anne-Marie et al, « Loyauté et management par la confiance », dans : *Soins Cadres*, Vol 27, N° 108, novembre 2018, pp. 51-54, 2018

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

MANGEONJEAN Francis, « Du leadership managérial au leadership clinique », dans : *Soins Cadres*, Vol 64, N° 135, novembre 2019, pp. 53-55, 2019

NOSENTY Julien, « Le management par la considération », dans : *Objectif soins & management*, N°296, décembre 2023/janvier 2024 pp. 64-66, 2023/2024

PERRASE Martine et GIRAUD-ROCHON François, « Le cadre de santé est-il un leader ? », dans : *Soins Cadres*, Vol 23, N° 90, septembre 2014, pp. 44-48, 2014

PERRASE Martine, « la fonction cadre, entre histoire et formation », dans : *Soins Cadres*, Vol 24, N° 95, septembre 2015, pp. 44-48, 2015

SAVOIA Valérie, « L'autorité « juste » du cadre de santé », dans : *Soins Cadres*, Vol 31, N° 135, mai 2022, pp. 33-37, 2022

Mémoire

NOËL Nathalie. « *Le positionnement du cadre de santé, vecteur de légitimité ?* », mémoire réalisé sous la direction de Mme CULIOLI Dominique, IFCS AP-HM, 2016 /2017

Ouvrages

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

BOURRET Paule. « *Les cadres de santé à l'hôpital – Un travail de lien invisible* ». Paris, Seli Arslan ; 2006

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

HESBEEN Walter. « *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soins* ». Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011

KOTSOU Ilios. « *Intelligence émotionnelle et management 4^e Ed* ». Louvain-La-Neuve, Deboeck supérieur s.a ; 2019

MINTZBERG Henry. « *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre* ». Paris, Les éditions d'organisation, 2006

RAMOND Philippe. « *Le management opérationnel : direction et animation des équipes* ». Paris, Maxima, 2017

VILLEGGER Amélie. « *Les indispensables du management en concepts clés* ». Paris, Ellipses édition, 2021

Textes législatifs / Rapports officiels

BERLAND, Yvon, 2007. *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. Lieu : Haute autorité de santé. Disponible à l'adresse : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf (consulté le 4 février 2024)

CHAPELIER Annie, 2021. *La formation des professions paramédicales* [en ligne]. Paris : assemblée nationale. Série : N°4298. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4298_rapport-information.pdf (consulté le 3 février 2024)

Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e)

Décret n° 66-617 du 10 août 1966, portant création des certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant

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

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

DE SINGLY, Chantal, 2009. Rapport de la mission cadres hospitalier [en ligne]. Paris : ministère de la santé et des sports. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

Direction générale de l'offre de soins, Décembre 2012. Diplôme cadre de santé – Référentiel d'activité et de compétence [en ligne]. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé. Disponible à l'adresse : <https://cfdc.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/233/files/2020/05/IFCS-Refe%CC%81rentiel-de-compe%CC%81tences-et-activites.pdf> (Consulté le 20 octobre 2023)

Webographie

CATANAS, Marc, [en ligne], *Évolution socio historique de la fonction cadre de santé*, URL : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la> (consultée le 20 décembre 2023)

Espaceinfirmier.fr [en ligne], *Effectif infirmier, un décompte revu à la baisse... approximatif !* URL : <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/effectifs-infirmiers-un-decompte-revu-a-la-baisse-approximatif.html> (consulté le 6 octobre 2023)

GOMBERT, Guirec, [en ligne], *Au fait, c'est quoi un cadre*, URL : <https://www.hellowork.com/fr-fr/medias/cest-quoi-un-cadre.html> (consultée le 4 janvier 2024)

MEIER, Olivier [en ligne], *Renaud Sainsaulieu et l'identité au travail*, URL : https://www.rse-magazine.com/Renaud-Sainsaulieu-et-l-identite-au-travail_a3703.html (consulté le 4 février 2024)

Annexes

ANNEXE I - RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE

ANNEXE II - TABLEAU SUR LES ROLES DES CADRES DE SANTE

ANNEXE III - GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE DE TERRAIN

**ANNEXE IV - RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC CHARLOTTE : CDS
FILIERE MEDICO-TECHNIQUE**

**ANNEXE V - RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC EMMA : CDS FILIERE
SOINS**

**ANNEXE VI - RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC MANON : CDS FILIERE
REEDUCATION**

ANNEXE VII - TABLEAU DE SYNTHESE DES VERBATIMS DE L'ENQUETE

Annexe I - retranscription de l'entretien exploratoire

Entretien réalisé le 25/10/2023 auprès d'une infirmière diplômée d'État, faisant fonction de cadre de santé en charge d'une équipe paramédicale et d'une équipe de quatre préparatrices en pharmacie.

Durée de l'entretien : 41 min

Légende :

D.Z = Denis ZEGGANE

FF.CDS = Faisant Fonction de Cadre de santé (professionnel interrogé)

Questions générales ?

- 1- Selon vous, quels sont les rôles et fonctions d'un cadre de santé au sein d'une organisation ? auprès d'une équipe ?

FF.CDS : Au sein de l'organisation, c'est faire le lien entre les supérieurs hiérarchiques, la direction et l'équipe que l'on encadre. Réaliser la communication ascendante, et descendante, et faire remonter à la direction les problématiques au sein de l'équipe, ou s'il y a des choses que l'équipe formule, et après, par exemple, les nouvelles de la direction pour que l'équipe soit au courant, donc faire le lien entre les deux.

Donc après, dans les missions principales, il a bien sûr la qualité des soins, donc à assurer, du coup, la qualité et la sécurité des soins. On a aussi l'animation d'une équipe, la gestion des ressources humaines (RH). Donc ensuite on doit après veiller à ce que l'équipe dispose de moyens suffisants pour pouvoir — cela rejoint un peu la qualité des soins — puisse prendre en charge correctement les patients, qu'on puisse aussi être à l'écoute des soignants, quand il y en a besoin, soit à la demande, mais aussi de reprendre si nécessaire les agents... euh... qu'est-ce que l'on a d'autre ? bah de veiller à ce que l'on respecte bien les droits des patients et de repositionner un cadre et des limites quand il le faut auprès des équipes que l'on encadre... euh ..., on doit aussi assurer – enfin comme on peut – la qualité de vie au travail des soignants, ça, c'est un vrai sujet aussi, donc par les moyens qu'accorde l'établissement.

Après, il y a tellement de travail, en tout cas dans l'expérience que j'ai là, effectivement du travail qui dépasse un peu de ce que l'on devrait faire, on doit gérer des petites choses que les soignants pourraient être à même de faire, mais on prend le relais, car il nous sollicite. Il y a aussi le lien avec les familles, quand il y en a besoin

Après, il y a aussi le côté recrutement, on a tous les entretiens professionnels, on doit aussi pouvoir évaluer les agents, en identifiant leurs compétences... euh... après il y a

le recrutement et le RH qui est vaste, comme pour les plannings qui nécessitent de faire des points avec beaucoup d'interlocuteurs.

D.Z. : En un mot pour résumer les missions énoncées ci-dessus d'un cadre de santé : fédérer

FF.CDS : *On peut amener les équipes vers là où l'on veut aller pour la prise en charge des patients.*

- 2- Pensez-vous que la notion d'expertise soit liée à la notion de légitimité d'un cadre de santé auprès des professionnels de santé ? Pouvez-vous expliciter votre réponse ?

FF.CDS : *Euh... moi, je ne dirai pas forcément. Effectivement l'expertise de toute façon, elle s'acquiert au fur et à mesure de l'expérience professionnelle donc au fil des années, et des différents endroits, ou situations que l'on va rencontrer, et euh... du moment ou normalement la direction nous a faits confiance pour prendre un poste, là dès le début on est censé être légitime auprès d'une équipe soignante, car on a déjà le statut, même en tant que faisant fonction, on a le statut de cadre de santé, il ne s'agit donc pas d'une question d'expérience, même si effectivement, c'est mieux d'avoir une expérience pour pouvoir mieux réagir face à certaines situations, car au début on tâtonne un peu, donc on teste plusieurs choses, et c'est justement avec l'expérience que l'on sait que l'on va réagir de telle et telle manière, en tout cas je ne me suis jamais senti remise en question dans ce que je leur demande parce que je suis toute nouvelle cadre de santé, cela ne m'a jamais posé de problèmes, après c'est sûr que je pense que l'on se sent beaucoup plus confiant quand on a acquis de l'expérience, euh... parce que par exemple, au départ avec la première équipe on découvre des missions sur lesquelles on était pas très au clair, mais avec l'expérience on réagit d'une autre manière, et cela peut être plus aidant au niveau de l'équipe. Après non, effectivement, pour moi, il n'y a pas de lien entre l'expérience professionnelle et la légitimité.*

D.Z. : Pour compléter, parlez-vous de l'expérience managériale, ou bien d'une expérience liée aux soins ?

FF.CDS : *Bah les deux. Car du coup, en étant infirmière, en tout cas, moi, ça m'a beaucoup aidé, notamment par rapport à des situations de prise en charge des patients. Je connais les difficultés du métier des personnes que j'encadre et je connais les limites de leur fonction, ce qui est déjà plus aidant. Je sais si par exemple il y a un défaut de prise en charge, je peux expliquer pourquoi, donc au niveau des équipes – en tout cas pour l'instant, comme elles savent que j'étais infirmière – forcément quand je critique*

quelque chose, une situation, il n'y a jamais eu quelqu'un qui s'est dit non ça n'est pas possible.

Après aussi, l'expérience que j'ai eue en tant qu'infirmière m'a parfois permis de proposer d'autres solutions pour les patients, donc ça, c'est vrai que c'est très aidant. Mais je ne me sens pas en difficulté parce que sur le quotidien et la prise en charge des patients, je me sens à l'aise. D'ailleurs, je me dis qu'effectivement, quand on est d'une autre filière et que l'on ne connaît pas du tout le métier, ça peut être un peu compliqué pour se positionner sur des situations. En effet, quand une infirmière me dit quelque chose, je peux tout de suite réagir, on peut avoir pas mal d'échanges sur la situation, ce qui est très facilitant quand on est cadre.

Question en lien avec le management des PPH :

- 3- Quel style de management pensez-vous adopter auprès de l'équipe des PPH ?
Pouvez-vous apporter des exemples ?

FF.CDS : Alors, donc, ça ne fait pas si longtemps que j'ai repris les Préparatrices en Pharmacie Hospitalière (PPH). Je me suis d'abord dit, oulala, je ne connais pas du tout. Déjà, ça m'a semblé au départ compliqué, car c'est un métier où elles sont toujours au sous-sol, dans la PUI, où on ne les voit pas. Ça n'est pas comme les autres intervenants que l'on peut voir régulièrement dans l'établissement et avoir un œil ou des retours sur leur travail. Là, elles sont isolées, à moins d'y aller, on n'a pas forcément un œil direct.

Je connaissais quelques-unes de leurs missions, mais pas tout non plus, je n'étais pas complètement au clair sur leur fonction, leurs missions dans l'établissement, donc ce que j'ai fait – là je ne me sentais pas vraiment légitime à imposer quoi que ce soit – donc j'ai commencé par une réunion de présentation, où on a fait un peu le point, voir ce qu'elles attendaient de moi, car avant elles étaient encadrées par une cadre issue de la filière des PPH, donc je leur ai demandé comment elles fonctionnaient auparavant, comment elles communiquaient, et euh... je me suis dit que l'on allait partir sur un management plus participatif, car elles connaissent beaucoup mieux que moi leurs missions. Elles sont quand même assez autonomes dans leur fonction, sachant qu'il n'y a jamais eu vraiment de remontées négatives de la part des PPH ou de dysfonctionnements, comme des commandes qui n'ont pas été réalisées ou ce genre de chose.

Là, il s'est posé la question des évaluations professionnelles, euh... donc j'ai pris parti de ne pas les réaliser étant donné que ça ne faisait pas assez de temps que je les connaissais. Donc, ce que l'on a fait, c'est que j'ai quand même fait les entretiens de formations pour qu'elles puissent évoluer l'année prochaine et, du coup, j'ai repris un

peu la grille des critères et je vais, au fur et à mesure de l'année, revoir cela avec elles. J'ai aussi pu m'appuyer un peu sur la gestion documentaire, car il y avait pas mal de support sur leurs missions, du type ce qu'elles doivent réaliser à la PUI, ce qui m'a aidé un peu pour vraiment voir un peu les autres missions dont je n'avais pas connaissance et, du coup, on a décidé de fonctionner comme ça, de communiquer par mail, et après sinon, je me déplace auprès de la PUI, et à chaque fois, on détail leurs missions et le but est de les aider à développer leurs compétences, d'essayer de répondre à leurs besoins.

De plus ce qui va m'aider beaucoup, c'est que l'une des PPH veut devenir faisant fonction de cadre, euh... donc ça va, ce que j'ai décidé avec elle c'est que j'allais l'accompagner dans la découverte du métier, car elle n'en a pas connaissance et je vais donc pouvoir aussi m'appuyer davantage sur elle, donc déjà pour la préparer à cette nouvelle fonction et elle va pouvoir m'aider à évaluer les préparatrices en pharmacie de façon générale, au moins de comprendre vraiment les critères d'évaluation, sur quoi je peux m'appuyer pour les évaluer, mais aussi pour la pose d'objectifs annuels, ou comme je ne suis pas du tout au clair, j'ai dû reprendre ceux de l'année dernière pour l'année suivante.

Donc j'ai essayé de faire ça, car au départ, je me suis dit « oulala » ça va être un peu compliqué, mais finalement, bah non, elles sont quand même autonomes, ça va pas être la même chose que les équipes de soins, et en fait, c'est un accompagnement mutuel, on va s'accompagner mutuellement pour pouvoir faire évoluer les PPH et vraiment comprendre quelles compétences je vais pouvoir les aider à développer, car quand on ne connaît pas le métier, au départ ça n'était pas toujours évident. — silence — Mais c'est sûr que oui et d'ailleurs ça m'a permis en échangeant avec elles, que je vienne des soins fait que cela va être aussi finalement un plus, car elles ont peu de remontés des unités de soins donc en fait, ça va pouvoir améliorer la communication vu que la PUI ne se déplace pas, entre les unités de soins, les choses qui fonctionnent, ou qui ne fonctionnent pas, si elles, elles ont des choses à signaler, ça va permettre d'avoir ce lien qui était très présent avant, mais qui ne l'est plus maintenant.

- 4- Pensez-vous que votre style de management diffère entre celui adopté auprès de l'équipe des PPH, par rapport à l'équipe paramédicale (AS et IDE) ? Pouvez-vous expliciter votre réponse ?

FF.CDS : Ah bah, c'est clair que la réponse est oui ! Je ne manage pas du tout les équipes de la même manière. En sachant que les équipes de soins, on rencontre beaucoup plus de difficultés, ou dans l'ensemble, la plupart des soignants, ne sont pas

du tout autonomes, il y a besoin de surveiller, de contrôler, même si avec les logiciels c'est plus fluide, en fonction des actes, ou c'est fait ou ça n'est pas fait. Donc là, c'est plus du management, on va dire... plus directif, ou l'on contrôle ce qui est fait, pas fait, voilà. On essaye d'encourager les bons éléments, mais à l'heure actuelle, il n'y a pas, c'est pas du tout la même façon de fonctionner. Je ne pourrais pas complètement m'appuyer sur eux [les soignants] et puis tout en sachant qu'en plus, comme moi aussi, je suis au clair, je suis moins dans l'attente en fait qu'ils m'aident, par exemple s'il y a des problématiques de prise en charge en m'appuyant complément sur leur expérience. J'entends ce qu'ils ont à proposer, mais comme j'ai aussi mon expérience, ça me permet aussi de dire oui, je suis d'accord, ou non, je ne suis pas d'accord, donc... euh... c'est sûr que ce n'est pas du tout la même manière de manager, car déjà, je me sens beaucoup plus légitime au niveau des équipes de soins, et qu'en plus de cela, il y a trop de défauts de prise en charge pour avoir un management participatif, il y a encore du contrôle auprès d'eux, de manière régulière. Après avec certains, bien sûr que dans l'équipe j'essaie quand même de différencier un peu les éléments sur lesquels je peux m'appuyer pour des missions particulières, mais après ça n'est pas encore une totale autonomie, certains soignants n'ont pas complètement envie de devenir autonomes.

D.Z. : Si vous étiez face à une équipe soignante autonome, qui maîtrise ses fonctions, ses missions et limites professionnelles, auriez-vous quand même ce type de management, ou seriez-vous plutôt dans un management participatif ?

FF.CDS : Je dirais un peu des deux, les compétences, oui, car là forcément avec les PPH, je ne m'y connais pas du tout, donc je ne me sentirais pas légitime de dire, « non, c'est comme cela et pas autrement », parce que, je ne connais pas encore assez leur manière de fonctionner, ni les limites de leurs missions. Après, si les soignants étaient une équipe autonome, je pense que dans ma manière de fonctionner, dans mon envie de devenir cadre de santé, c'est vraiment pour la prise en charge du patient, avoir un impact là-dessus... euh... et du coup de mon caractère, s'il y a des choses qui peuvent être changés, ou si je ne suis pas totalement satisfaite, avec des situations où les soignants ne se mobilisent pas, malgré ça, je ne vais pas lâcher, car je sais que le patient au bout n'a pas le résultat qu'il devrait avoir, donc de ce côté, même sur des personnes autonomes, je sais que j'aurais toujours un œil sur les prises en charge, à savoir si, parce que des fois les équipes n'ont plus le recul suffisant, donc j'aurais quand même toujours un petit œil, et serais quand même dans le contrôle, peut-être moins que maintenant et prendre plus de temps pour d'autres missions, comme la mise en place de projet.

- 5- Pensez-vous que votre rôle de cadre de santé soit différent auprès d'une équipe soignante par rapport à votre rôle auprès de l'équipe des PPH ?

FF.CDS : Non, pour moi, ils sont similaires. Normalement, les missions du cadre, elles doivent se transposer à tout service, à tout professionnel qu'il encadre. Après, effectivement, il n'y aura peut-être pas la même manière de manager, ça ne sera pas effectivement les mêmes missions, mais par exemple, si on en revient à la sécurité et la qualité des soins, les PPH aussi ont quand même des missions à remplir, donc pas au même niveau, mais nous, pour le cadre, ce sera la même mission.

Mais aussi, même une équipe de PPH, elle a besoin d'être remotivée si besoin, car il peut y avoir des missions répétitives, en plus elles sont quand même donc au sous-sol, donc pour la qualité de vie au travail, ça n'est pas le meilleur des environnements, et aussi, comme elles sont très isolées, il est important que le cadre puisse aussi assurer les liens entre la hiérarchie, les unités de soins et c'est vrai que ça, c'est une des difficultés que les PPH expriment. Donc non, les missions, elles peuvent se transposer aux différents services.

- 6- S'il y en a eu et si vous en avez eu connaissance, pouvez-vous me décrire brièvement la réaction et le ressenti de l'équipe des PPH lors de votre prise de fonctions auprès de cette équipe ?

FF.CDS : Bah, la première réunion que j'ai faite avec elles, elles étaient très contentes. Bon déjà, car elles me connaissent depuis longtemps, donc elles connaissent un peu ma manière d'être, donc elles étaient un peu rassurées. Aussi, ça faisait quelque mois qu'elles n'avaient plus forcément de référent cadre, donc elles étaient contentes que quelqu'un d'autre, enfin qu'un nouveau cadre arrive pour pouvoir échanger, comme par exemple sur leurs souhaits de formation, qui n'avait pas été pris en compte apparemment l'année dernière, ce qui a permis de refaire le point sur leurs attentes, sur pas mal de chose, d'échanger avec elle, par exemple sur les formations, c'était bien que je sois dans les soins, car il y avait peut-être des formations, certains thèmes de formation auxquels elles auraient voulu participer, mais qu'on ne leur a jamais proposé, en pensant que les PPH ça ne les intéresserait pas, alors qu'au contraire, elles m'ont dit qu'elles aimeraient bien que je leur communique d'autre chose sur les soins, pour qu'elles puissent me dire si elles sont intéressées.

Donc, pour l'instant ça se passe bien et puis justement le fait que j'ai pu discuter avec une des PPH qui a son projet de CDS, donc là, elle s'est dit que ça pouvait être enfin accompagné, que ça pouvait être mis en place dans son souhait d'évolution ... mais... pour l'instant, ça se passe plutôt bien. Après bon, au final, c'est une équipe qui est plutôt

facile et facilitante aussi, donc au niveau de la communication ça se passe plutôt bien, et elles sont contentes d'avoir un nouveau référent.

Après, il y a peut-être eu des réactions en « off », mais que je n'ai pas eu de retour. De toute façon, j'ai été totalement transparente avec elles, ça m'a semblé important, en disant que là, je prenais leur équipe, mais que je ne connaissais pas toutes leurs missions et qu'en plus comme elles sont isolées, il est difficile de se rencontrer, donc ça me demande aussi une organisation pour toujours aller vers elle, et elle aller vers moi, donc de ce côté-là, j'ai préféré dire qu'on allait avancer au fur et à mesure, que j'allais m'appropriier un peu plus leurs missions, et que je restais à l'écoute tout en leur demandant de m'aider pour mieux découvrir leur métier. Donc après aussi, j'ai été transparente en expliquant que je ne les évaluerais pas cette année en exprimant que je ne m'en sentais pas capable, et que ce n'était pas le but premier, et qu'elles aient l'année prochaine une évaluation vraiment cohérente avec ce qu'elles font.

Autres remarques :

FF.CDS : Je n'ai vraiment pas eu de difficulté quand j'ai pris mon poste de faisant fonction de cadre auprès d'une équipe soignante, car je connaissais bien les équipes et le fonctionnement du service. Mais en prenant l'équipe des PPH, je me suis retrouvé en difficulté. J'ai voulu vite faire une réunion avec elles afin de se présenter, même si elles me connaissaient déjà. Mais c'était important. Au départ j'étais en difficulté ne sachant pas trop ce que je peux proposer et en faisant un peu de recherche, on va essayer de prendre le problème à l'envers, par exemple quelques thématiques lors d'une réunion de service, qui par rapport aux soins me semble parfaitement logique, mais là, ça a été plus difficile au départ : « quel sujet vais-je pouvoir aborder et qui va les intéresser ? », « quel sujet elles ont besoin que j'aborde ? », et après je me suis dit, bah c'est des personnes autonomes donc, fonctionnons autrement, avec plus de participatif, ou de toute façon tu fais confiance et ou mutuellement on va s'accompagner dans la prise de poste, donc on va fonctionner autrement. Donc, je ne sais pas si ça fonctionnera, mais j'espère, car c'est quand même du personnel qui est investi, avec qui il est facile de communiquer et dont le but est quand même de pouvoir évoluer, donc que je puisse bien évaluer leurs compétences.

Annexe II - tableau sur les rôles des cadres de santé

Catégories des rôles	Rôles selon MINTZBERG	Activités et missions des cadres de santé	Exemples opérationnels
Rôles interpersonnels	De symbole	Management, encadrement et animation des équipes professionnelles	Le cadre peut incarner la stabilité du service ou une personne ressources. Il est le symbole de son unité et de l'institution
	D'agent de liaison	Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités	Le cadre constitue un interlocuteur positionné entre la gouvernance et les équipes opérationnelles.
	De leader	Gestion et développement des compétences en lien avec les besoins du service	Le cadre assure les entretiens de formation, en lien avec le projet professionnel des collaborateurs.
Rôles liés à l'information	D'observateur actif	Animation de la démarche qualité et gestion des risques Veille professionnelle, oriente les travaux et le développement des pratiques innovantes	Le cadre identifie puis analyse avec ses collaborateurs les risques liés à son secteur d'activité (administration de médicaments, chute, fugue etc.).
	De diffusion de l'information	Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités	Le cadre assure l'information sur le fonctionnement de l'institution /de son équipe.
	De porte-parole		
Rôles décisionnels	D'entrepreneur	Mise en place et animation de projets	Le cadre participe et anime des projets au sein de son unité.
	De régulateur	Conception et coordination des soins et des prestations associées	Gestion de conflits entre collaborateurs
	De négociateur		Élaboration des plannings.
	De répartiteur des ressources		Répartition de la charge en soins.

Concordance des rôles du cadre selon MINTZBERG et les activités/missions des cadres de santé

Annexe III - guide d'entretien de l'enquête de terrain

Guide d'entretien

Consigne inaugurale :

Je suis Denis ZEGGANE, étudiant cadre de santé au sein de l'IFCS de l'école supérieure Montsouris.

Dans le cadre de cette formation, en lien avec mon mémoire de fin d'études, je réalise un travail de recherche portant sur la place de la posture managériale dans un contexte de management de professionnels issus d'une filière différente de celle du cadre de santé.

Aussi, je souhaite réaliser avec vous un entretien, strictement anonyme, comportant une douzaine de questions et d'une durée de 45 minutes à une heure. Afin de faciliter l'analyse qui en suivra, ce dernier sera, avec votre accord, enregistré puis retranscrit par écrit. Après la réalisation de l'analyse, cet enregistrement sera effacé.

Critères d'inclusion de la population enquêtée

En lien avec la thématique précédemment exposée, plusieurs critères d'inclusions ont été retenus pour la sélection des professionnels interrogés :

- Les professionnels interrogés sont uniquement des cadres de santé (diplôme cadre de santé obligatoire).
- Ils doivent être en situation de management interfilières : encadrement d'une ou plusieurs équipes qui compte au minimum 3 professionnels issus d'une autre profession que celle du cadre de santé interrogé.
- Les cadres de santé interrogés peuvent être issus d'établissement publique de santé ou bien d'établissement de santé d'intérêt collectif (ESPIC)

Guide d'entretien

Afin d'apporter des pistes de réflexion et d'analyse à la question de recherche posée, les entretiens réalisés auprès des cadres de santé porteront sur 3 thématiques : légitimité, posture managériale et intelligence émotionnelle.

Légitimité

Q1. Selon vous qu'est-ce que la légitimité ?

- Est-ce selon vous une notion qui a trait à la légalité ?
- Est-ce selon vous une notion qui a trait à la sociologie ?
- A quoi pensez-vous quand on aborde la notion de légitimité ?

Q2. Pouvez-vous m'expliquer qu'elles peuvent être les sources de la légitimité pour un cadre de santé ?

- Dans notre société contemporaine, comment percevez-vous l'acquisition de la légitimité chez les cadres de santé ?
- Pensez-vous que les sources de légitimité soient modifiées depuis quelques années ? Si oui, quelle ont été, selon vous leurs évolutions ?
- En tant que cadre de santé, comment asseoir sa légitimité face à des professionnels dont on connaît peu leur profession ?

Q3. Dans votre situation de management interfilières, par quel processus pensez-vous avoir construit votre légitimité auprès des professionnels issus d'une autre profession ?

- En quoi vous sentez-vous légitime à manager des professionnels issus d'une filière différente de la vôtre ?
- Existe-t-il des situations où vous ne vous sentez pas légitime à encadrer des professionnels de filières différentes de la vôtre ?

Q4. Quels liens pouvez-vous faire entre la notion de posture managériale et celle de légitimité dans un contexte de management interfilières ?

- En quoi la posture managériale que vous avez adopté face à des professionnels d'une autre filière a pu impacter votre légitimité ?
- Pouvez-vous donner des exemples de situations où votre posture managériale a été un facteur de reconnaissance de votre légitimité ?
- Y a-t-il un lien entre la notion de légitimité et celle de posture managériale ? Pouvez-vous expliciter votre réponse ?

Posture managériale

Q5. Pouvez-vous me décrire la posture managériale que vous avez adopté face à des professionnels issus d'une autre profession que la vôtre ?

- Comment décririez-vous votre style managérial face à ces professionnels ?
- Quelles attitudes pensez-vous adopter dans le cadre de votre management interfilières ?

Q6. Pensez-vous que votre posture managériale diffère selon que vous encadriez des professionnels issus de votre profession, ou bien d'une autre filière que la vôtre ? Pouvez-vous expliciter votre réponse par des exemples ?

- Feriez-vous évoluer votre savoir-être selon la profession de vos collaborateurs ? pouvez-vous expliciter votre réponse avec des exemples si cela est possible ?
- Le choix de votre style managérial est-il fonction des professionnels avec qui vous collaborez ? Si oui, pouvez-vous donner des exemples ? Si non, pouvez-vous expliciter votre réponse ?

Q7. Selon vous, le respect de la singularité des professionnels constitue-t-il un élément de la posture managériale dans le cadre d'un management inter filière ? pouvez-vous expliciter votre réponse ?

- Respecter la singularité d'un professionnel constitue-t-il un composant majeur de la posture managériale d'un cadre de santé dans un management inter filière ?
- Le respect de la singularité des professionnels est-il un levier facilitant du management inter filière

Q8. Dans le cadre de votre management interfilières, quels liens pouvez-vous faire entre posture managériale et reconnaissance des émotions et leurs gestions ?

- Identifiez-vous la reconnaissance des émotions comme faisant partie de la posture managériale ? pouvez-vous expliciter votre réponse ?
- Pensez-vous que cela puisse être un facteur de reconnaissance de la légitimité des cadres de santé, plus précisément dans un contexte de management inter filière ?

Intelligence émotionnelle

Q9. Connaissez-vous la notion d'intelligence émotionnelle ?

- Si oui, que pouvez-vous en dire ? pensez-vous l'avoir utilisé face aux professionnels issus d'une autre filière que la vôtre ?
- Si non, qu'est-ce que cette notion pourrait vous évoquer ?
- Quelles attitudes se rapportent à la notion d'intelligence émotionnelle ?

Q10. Selon vos réponses à la question précédente, pensez-vous que l'intelligence émotionnelle soit un levier de la légitimité des cadres de santé ?

- Savoir reconnaître ses émotions, celles de ses collaborateurs et apprendre à les utiliser à bon escient est-il gage de la légitimité d'un cadre de santé ? pouvez-vous expliciter votre réponse ?
- Pensez-vous que l'utilisation de l'intelligence émotionnelle peut voir un impact sur la capacité, pour un cadre de santé, à inspirer confiance et donc plus légitime ?

Q11. Pouvez-vous me donner des exemples de situation ou vous avez fait preuve d'intelligence émotionnelle ?

- Qu'avez-vous, retiré de cette situation ?
- Qu'est-ce que cette situation vous a apporté en terme managérial ?
- Vous a-t-il semblé que cette situation à impacté votre manière d'encadrer et de manager ?

Q12. Pensez-vous que la notion d'intelligence d'émotionnelle soit, à l'avenir, une nouvelle compétence à maîtriser pour exercer la fonction cadre de santé ? Pouvez-vous expliciter votre réponse ?

- La reconnaissance et la gestion des émotions devraient-elles faire partie des compétences recensées dans le référentiel métier des cadres de santé ?
- Face à des professionnels de santé dont on connaît peu le champ d'exercice, la reconnaissance et la gestion des émotions peuvent-elles être des leviers facilitant le management ?

Annexe IV - retranscription de l'entretien avec Charlotte : CDS filière médico-technique

1 **Moi :**

2 Eh bien, c'est quand vous voulez.

3 **CHARLOTTE :**

4 Donc voilà, moi, je suis cadre de santé depuis 2010. Je suis issue de la filière
5 technicienne de laboratoire. Donc à la base, je suis technicienne de laboratoire, euh, et
6 j'encadre aujourd'hui une équipe de chirurgie orthopédique et j'encadre des IDE, des
7 AS et des ASH. Il y a une quinzaine de personnes dans l'équipe.

8 **Moi :**

9 Très bien. Je vous propose qu'on commence avec des questions qui portent plus sur
10 votre perception de la légitimité dans ce contexte de management inter filière. Et par la
11 première question, qui est très générale, **selon vous, qu'est-ce que la légitimité ?**

12 **CHARLOTTE :**

13 Au départ, je me suis aussi posé cette question de légitimité quand j'ai évolué dans
14 mon parcours, puisqu'il s'agit d'encadrer des techniciens de laboratoire et ensuite des
15 infirmiers, infirmières. Effectivement, si on parle de légitimité, quand j'encadre des
16 techniciens de labo, je me dis que je connais leur métier, je deviens manager, mais
17 effectivement, pour moi, ce n'était pas non plus évident que l'on me reconnaisse
18 comme manager. Donc, il y avait une formation à faire, ou un travail à faire pour savoir
19 ce qu'était manager une équipe.

20 Donc je me suis posé la question pour manager des gens de ma filière et je me suis
21 aussi posé, après, la question pour manager des gens qui n'étaient pas de ma filière.

22 En fait, la légitimité, c'est aussi le positionnement et comment on est reconnu dans ces
23 fonctions-là, c'est-à-dire que au début de, j'ai fait fonction au début, pendant deux ans,
24 avant d'être diplômée et j'ai remarqué que c'était en fait la direction de l'hôpital et aussi
25 les médecins qui travaillaient avec moi qui m'accordait aussi cette place, donc à partir
26 du moment où j'étais reconnue dans cette place par la hiérarchie aussi au-dessus de
27 l'hôpital, c'était pour moi plus facile d'avoir une légitimité pour être responsable de ce
28 qui se passe dans le service et de l'équipe.

29 **Moi :**

30 Vous avez déjà un peu, je pense, abordé la question. Mais **selon vous, quelles sont**
31 **les sources de la légitimité pour les cadres de santé ?**

32 **CHARLOTTE :**

33 Oui, j'avais déjà un peu abordé. C'est... Dans le positionnement, on fait un tout autre
34 métier. Donc... On n'est plus l'expert qui sait, qui connaît son travail et qui l'a fait
35 depuis des années, parce que moi j'avais déjà un parcours de technicienne

36 polyvalente qui était quand même assez important, donc en fait..., mais comme les
37 choses évoluent tellement vite dans les professions il fallait accepter de perdre cette
38 expertise et pour gagner en expertise de management et donc d'apprendre ce métier
39 de management.
40 Et aussi, il y a aussi peut-être ce que m'a renvoyé la première équipe que j'ai managé,
41 c'est-à-dire, on m'a reconnue tout de suite comme le cadre.
42 J'ai senti que mon positionnement se prenait facilement. Or, c'était une équipe que
43 j'avais connue avant, mais avec qui je n'avais plus de lien et je n'avais plus travaillé et
44 J'arrivais dans le cadre de la fusion de deux établissements et dans mon histoire...
45 mon parcours de technicienne, j'avais travaillé en tant que technicienne dans le
46 laboratoire d'un hôpital et dans le laboratoire de l'autre. Et en fait, quand ils ont
47 fusionné, moi, je n'avais plus du tout de nouvelles d'eux, et on m'a invité à un pot, et ça
48 faisait très longtemps que je ne les avais pas vus, et il y avait un..., ils recherchaient un
49 cadre et moi, j'étais en train de préparer le concours de l'école des cadres et du coup,
50 on m'a demandé si je voulais prendre ce poste et je trouvais que c'était un beau défi
51 d'essayer de faire fonction avant de faire mon concours et en même temps, j'avais
52 peur parce que je les connaissais, mais j'avais gardé des distances et ce qui
53 m'intéressait, c'était... Alors là, j'étais vraiment intéressée par faire travailler ces gens
54 ensemble dans deux établissements qui étaient complètement différents et qui allaient
55 devoir travailler dans le même laboratoire. Et en fait, c'est ce challenge-là qui m'a plu.
56 Et je me suis dit, ben, je suis plus la technicienne qui appartient à une équipe ou à une
57 autre, mais je comprends ce qui a pu se jouer dans leur fusion et j'ai envie de les aider
58 là-dedans.
59 Et en fait, je me suis positionnée comme ça, voilà, au-delà de... de l'expertise et ça a
60 été un terrain pour moi qui m'a permis de trouver ma place facilement.

61 **Moi :**

62 D'accord. Et vous l'avez dit, les choses évoluent, **est-ce que vous trouvez que ces**
63 **sources de la légitimité, elles sont changées ces derniers temps, notamment**
64 **avec la crise Covid que l'hôpital a subie et donc avec les changements que ça**
65 **influe dans la société, dans le rapport au travail ? Voilà, des professionnels dans**
66 **leur rapport au travail, dans leur rapport à la hiérarchie, ou est-ce que selon vous**
67 **les sources restent les mêmes ?**

68 **CHARLOTTE :**

69 Non, ça a évolué, je pense qu'en tant que cadre, effectivement, il y a tout ce qui va être
70 le travail quotidien, l'organisation du travail, qui est quand même quelque chose qui
71 évolue beaucoup, qui change vite, donc qu'on suit et... et qu'on accompagne parce

72 que tous ces changements-là, ils doivent être accompagnés. Donc, il y a tout ce côté-
73 là.

74 Et puis, il ya le côté aussi aujourd'hui où les gens ne recherchent pas la même chose
75 dans le travail. Et on doit prendre ça aussi en compte. Et c'est peut-être tout ça qui
76 nous amène très vite à avoir... à prendre son positionnement et avoir vraiment un
77 regard plus... plus large pour accompagner les équipes aujourd'hui.

78 **Moi :**

79 Et si on se recentre vraiment sur l'équipe que vous managez actuellement, quand
80 vous les avez pris en responsabilité, **selon vous, par quel processus vous avez**
81 **assis votre légitimité et construit votre légitimité auprès de cette équipe ?**

82 **CHARLOTTE :**

83 Alors peut-être que ce qui est important de savoir pour arriver à ça, c'est aussi mon
84 parcours, comment j'ai évolué pour passer cadre Médicotech à cadre d'un service de
85 soins.

86 Tout d'abord, j'ai toujours fait des gardes de week-end dans l'établissement. Donc, en
87 fait, je n'ai jamais voulu rester enfermée dans un laboratoire. Ce qui m'intéressait,
88 c'était de comprendre ce qui se passait dans l'établissement, les interactions avec les
89 services de soins. Donc, je côtoyais les soignants régulièrement parce que j'ai fait
90 énormément de gardes de week-end.

91 Et puis, ça c'était le côté qui m'a ouvert des portes, un lien. Ensuite, quand j'ai fait
92 l'école des cadres, je l'ai fait avec des personnes de diverses professions. Donc ça
93 aussi, ça m'a encore confortée dans l'idée d'ouverture. Et puis, quand j'ai mis en place
94 l'accréditation du labo, qui était quand même un gros projet dans le labo, j'ai mis en
95 place plein de choses. J'ai été une dizaine d'années au labo, je me suis dit, bon, j'ai fait
96 le tour, j'ai envie d'autre chose, et j'ai dit à la direction des soins, j'ai envie d'autre
97 chose. Et évidemment, je trouvais des postes en labo quand j'envoyais des CV, mais
98 j'avais vraiment envie d'autre chose. Et elle m'a dit non, non, mais je pense qu'on aura
99 un jour un poste qui pourra t'intéresser, etc. Ne pars pas, voilà.

100 Et on m'a proposé l'unité de chirurgie ambulatoire. Et donc là, je me suis dit, c'est la
101 seule équipe que je ne connais pas le week-end. C'est le seul service qui est fermé le
102 week-end. Est-ce que je vais y arriver ? Je ne connais pas la chirurgie ambulatoire.

103 Mais bon, c'était mon projet, je me suis dit bah j'y vais puis je vais voir. Et en fait,
104 finalement, j'ai su que les gens s'étaient interrogés : « mais elle sort du labo », « elle a
105 été des années au labo », « comment ça va se passer ? », etc. et en fait, j'ai rencontré
106 en premier, donc la direction des soins était confiante de par mon parcours et ce que
107 j'avais mis en place au labo, donc, elle s'appuyait là-dessus, de par le fait que je faisais
108 des gardes aussi, que je connaissais bien l'établissement.

109 Ensuite, j'ai rencontré le chirurgien coordonnateur de l'ambulatorio, qui était un
110 orthopédiste. Donc, j'avais préparé mon entretien en lui expliquant pourquoi je voulais
111 changer, j'aimais changer, etc. et donc, lui, il a axé sur trois ou quatre choses qu'il
112 voulait mettre en place dans la chirurgie ambulatoire. Et voilà, il m'a dit, moi, je veux
113 mettre ça en place, ça en place, ça en place. Voilà, il n'a pas eu d'idées reçues sur le
114 fait que je sois technicienne de labo, enfin, issue de la filière technique de labo et
115 aussi, le fait d'être dans l'établissement, évidemment, il avait entendu parler de moi
116 aussi donc voilà, il me connaît un peu. Voilà. Donc, on sait tout dans les
117 établissements. Donc voilà.

118 Donc, je pense qu'il m'a laissé aussi cette chance-là de prendre ce poste. Donc, en
119 fait, Ce qui m'a intéressée en premier lieu, c'est de m'intéresser aux différentes
120 professions que je managerais et de savoir en quoi consistait leur travail, etc. Donc ça,
121 voilà, moi j'étais la naïve et on m'apprenait tout, et comment marcherait l'organisation,
122 etc. Donc voilà.

123 Après, je leur ai dit, moi, je ne sais pas tout, je ne suis pas une experte infirmière, ce
124 n'est pas moi qui vais faire des pansements, ce n'est pas moi qui vais vous conseiller
125 sur telle chose, mais moi je vais m'appuyer sur des experts parce que vous êtes une
126 équipe où il y a des experts, où il y a des gens qui savent. Moi, je vais travailler avec
127 vous sur l'organisation, sur ce qu'on peut optimiser, mais bon, c'est vous qui allez
128 m'aider à ça et je vais vous accompagner dans l'amélioration du service et dans ce
129 qu'on attend de nous. Et du coup, ça s'est fait vraiment très facilement, je n'ai pas eu
130 de problème vraiment. Alors, on n'est pas dans des soins complexes, encore une fois
131 c'était de l'ambulatorio, c'était plutôt du circuit patient à travailler, mais effectivement, il
132 y a des questions d'infirmières et des questions de patients. Donc, moi, je me
133 rapprochais aussi des patients et ça m'intéresse aussi, et donc, je dirais que je pense
134 que les gens ont oublié ma filière d'origine très rapidement et moi aussi, et sur un
135 cheminé sans y penser, et jamais une personne ne m'a dit « mais tu ne connais pas
136 mon travail », ça ne m'est jamais arrivé, parce que c'est plutôt moi qui dis ça, je ne
137 connais pas, tu peux m'expliquer qu'est-ce qu'on fait ? comment on fait ça ? pourquoi
138 tu fais ça ? qu'est-ce qu'il y a à faire ? etc.

139 Donc à partir du moment où je savais, après, je savais de quoi je parlais. Donc je me
140 suis vraiment appuyée sur des gens experts.

141 **Moi :**

142 Est-ce que, je vais chercher un peu, est-ce que malgré tout, il y a eu des situations où
143 vous, même si on ne vous l'a pas fait ressentir, où vous vous ne ressentez pas légitime
144 à encadrer ? **Est-ce qu'il y a des situations qui vous mettraient en difficulté,**
145 **justement, dans ce cadre de management interfilières ?**

146 **CHARLOTTE :**

147 Non, je ne me suis jamais sentie pas légitime parce que je ne suis pas toute seule.
148 D'abord, je travaille avec d'autres cadres. Voilà. Et je pense que... Je travaille aussi
149 avec des médecins.
150 Donc, je pense que les choses, quand elles me sont expliquées, je les comprends et je
151 peux aussi recadrer les comportements qui ne sont pas bons. Je m'appuie aussi sur
152 des procédures, sur des choses qui sont établies dans l'établissement, donc, c'est
153 aussi important, et après je sais que je peux m'appuyer sur différents experts dans
154 l'établissement et voilà et aussi, comme ça évolue, mon souci c'est de former les
155 professionnels et moi aussi d'assister aux formations pour essayer de progresser moi
156 aussi dans mes connaissances, maintenant, je sais que je n'aurai jamais à le faire,
157 mais c'est bien de savoir de quoi je parle. Donc c'est un peu comme ça. Mais j'ai
158 jamais... C'est vrai que je me suis jamais posé la question parce que ça se fait
159 naturellement, en fin de compte.

160 **Moi :**

161 Très bien.

162 **CHARLOTTE :**

163 Et alors, en fait, donc ça, c'était l'étape ambulatoire, et j'ai travaillé 4 ans en ambu., et
164 un jour, le chirurgien d'ambu me dit... mais la cadre va... enfin la cadre va s'en aller,
165 est-ce que vous voudriez pas faire de l'orthopédie ?

166 Et là j'ai dit « j'ai jamais pensé à ça moi », puis la cadre, elle s'en va pas.

167 Si, si, il m'a dit, elle va s'en aller et tout, elle va partir à la retraite et tout.

168 Bon, je lui ai dit, oui, pourquoi pas ? Moi, j'aime bien changer, je m'intéresse et j'y
169 voyais une cohérence avec l'UCA, la chirurgie orthopédique, enfin, voilà, ça me parlait
170 bien et ça me plaît, donc je lui ai dit pourquoi pas ?

171 Et puis, ça s'est concrétisé, en fait, plus vite que je ne l'avais pensé. En fait, il m'a
172 redemandé. Donc, j'ai dit, oui, je suis sûr. Et là, j'ai pris un poste dans des
173 circonstances un peu particulière, parce que la cadre n'était pas vraiment prête à partir
174 et qu'elle a appuyé justement sur le fait que je n'étais pas de la filière, en disant des
175 choses comme je n'y connaissais rien, que voilà..., et donc là, je me suis trouvée
176 confrontée à ça.

177 Et c'est pas moi qui avais demandé, donc je me suis dit, bon, si c'était moi qui avais
178 demandé, je pense que les médecins auraient eu plus de mal à me faire confiance, là,
179 c'est le contraire, c'était eux qui étaient demandeurs. Donc je pense que ce qui a fait
180 aussi la force, c'est que j'avais fait mes preuves en tant que cadre auprès des équipes
181 et puis des médecins. Donc pour eux, il n'y avait pas de doute.

182 Mais quand même, ça a mis un peu de doute dans la tête du chef de service, et ça ne

183 m'a pas facilité ma prise de poste. Donc j'ai pris mon poste avec des préjugés, alors
184 l'équipe, je pense qu'elle est restée assez neutre, voilà, parce que bon, je me suis dit si
185 l'équipe est pareille, ça ne va pas le faire, mais de toute façon, voilà, moi, j'étais prête,
186 donc je dis si c'est OK, moi, j'y vais. Quand j'ai pris le poste, je me suis rendu compte
187 que l'équipe n'avait pas du tout cet avis-là, que l'équipe elle a plutôt été parler à
188 d'autres infirmières et d'autres personnes soignantes qui me connaissaient en tant que
189 cadre, et qui, voilà, ont cherché un peu comment je fonctionnais avec les équipes, etc.
190 Et donc, très vite, j'ai pu prendre mon poste. L'avantage, c'est que j'avais un peu de
191 parcours, donc confiance en moi. En début de parcours, je ne sais pas si j'aurais pu
192 fonctionner, parce que franchement c'était très déstabilisant de prendre ce poste
193 comme ça. Mais voilà, aujourd'hui, on a fait plein de choses puisque j'ai mis en place
194 depuis un an et demi plein d'évolutions dans le service : les J0, l'accompagnement,
195 mise en place d'une IDEC coordinatrice, enfin voilà, donc on a cheminé, mise en place
196 de la traumato qui ne démarrait pas, etc.
197 Donc on a changé plein de choses au niveau organisationnel et j'ai su les
198 accompagner dans ces progressions-là. Et finalement, moi, je retrouve des choses que
199 j'ai faites en ambulatoire, que j'ai travaillées en ambulatoire avec les équipes, que je
200 peux aussi travailler avec les soignants ici.
201 Donc, moi, il y a de la cohérence dans mon parcours. Donc, du coup, les soignants,
202 c'est cohérent, ils sont plus de facilité, parce que je leur dis, voilà, nous on travaille un
203 peu comme ça en ambu, je vois des choses, des similitudes, comment on peut faire
204 pour améliorer ça ? ou travailler ça ? donc voilà.
205 Et par ailleurs, j'entends quand ils me disent mais on passe moins de temps auprès du
206 patient, etc. pour nous, c'est un problème, et je l'entends, et finalement, je remarque
207 que comme en ambu, le peu de temps qui est passé auprès du patient c'est des temps
208 très forts et ils le font très bien et ils savent rassurer le patient, enfin vraiment, ils axent
209 sur des points fondamentaux pour une chirurgie, pour mettre en confiance le patient,
210 pour voilà. Donc effectivement, il y a de l'orthopédie propre et ça c'est des choses
211 assez simples, programmes, etc. maintenant, il y a de la traumato avec d'autres profil
212 de patient, donc moi, mon souci, c'est de faire remonter tout ce dont les soignants ont
213 besoin, tout ce dont l'équipe a besoin pour travailler au mieux auprès du patient. Parce
214 qu'il y a des choses qu'on ne sait pas et c'est vraiment de rapprocher chirurgien et
215 équipe, pour qu'on puisse avoir des formations, des informations de la part des
216 chirurgiens, etc. Donc, là, je travaille plutôt là-dessus.
217 Et moi, je participe aussi. Donc, moi, je me forme aussi à l'accueil.
218 **Moi :**
219 Du coup, je comprends bien comment vous avez un peu assisté votre légitimité, quels

220 contacts vous avez pu avoir avec cette équipe, qui n'est pas du coup issu de votre
221 filière, donc, toutes les questions que ça aurait pu engendrer. **Est-ce que vous**
222 **pourriez me décrire quel lien vous faites entre la légitimité mais aussi la posture**
223 **managériale que vous avez adoptée ?**

224 **CHARLOTTE :**

225 La légitimité pour moi c'est... c'est prendre ses responsabilités, sa place de
226 responsable. En fait, comme je le disais un peu tout à l'heure, c'est vrai que d'avoir un
227 diplôme, ça acte ça, mais j'ai observé qu'avant le diplôme, on peut avoir cette
228 légitimité-là, c'est-à-dire qu'on est nommé, déjà, donc il y a une reconnaissance de la
229 direction, on est nommé cadre, et après, on prend cette position-là, cette posture
230 managériale, finalement, en fait, c'est presque... enfin, la posture de leader, elle se fait
231 presque naturellement. Enfin, chez moi, elle se fait presque naturellement.

232 Mais pour moi, le leader, encore une fois, c'est pas le super technicien, c'est pas la
233 super infirmière, c'est pas l'expert, c'est pas l'expert le leader. Le leader c'est celui qui
234 va savoir sur qui s'appuyer, qui va déterminer les besoins pour faire fonctionner son
235 service, qui va faire en sorte que la qualité soit toujours là et de maintenir les niveaux
236 au niveau des professionnels, comme le manager doit se maintenir également au
237 niveau des évolutions du management. C'est pareil pour moi, je fais le parallèle.

238 L'expertise qu'on doit acquérir en tant que manager, c'est vraiment le management,
239 c'est vraiment ça.

240 Mais pour moi, ça se fait avec l'ouverture d'esprit, en lisant. La formation cadre, voilà,
241 c'est bien, c'est les bases, mais après, pendant toute notre vie professionnelle c'est
242 vraiment d'apprendre à se connaître, de lire beaucoup de choses, de s'intéresser à
243 beaucoup de choses. C'est ça qui fait qu'on progresse aussi.

244 **Moi :**

245 Du coup, j'allais vous poser la question, est-ce que **vous pouvez me décrire la**
246 **posture managériale que vous adoptez face à ces équipes dont vous n'êtes pas**
247 **issues de la même filière à l'origine ?** Mais si je comprends bien, c'est vraiment cette
248 posture de leader que vous décrivez, c'est-à-dire que vous avez su vous appuyer sur
249 des compétences, des expertises, parfois même autre que le soin, mais sur des
250 thématiques hygiène, sécurité, qualité, **est-ce que vous avez des éléments concrets**
251 **à me rapporter ?**

252 **CHARLOTTE :**

253 En fait, il y a un mot qui me vient là quand vous dites ça : c'est confiance.

254 Donc moi, je fonctionne beaucoup sur la confiance, c'est-à-dire que, il y a aussi si on
255 me fait confiance, déjà moi je vais être en mesure de déployer un maximum de choses
256 parce que, voilà, j'aime bien avoir un champ d'action, une autonomie dans mon travail

257 etc. donc moi je fonctionne beaucoup sur la confiance et je fonctionne aussi
258 comme ça avec les équipes je fais confiance, je considère que voilà je leur fais
259 confiance et aussi... mon travail, c'est... parce que finalement, ils sont parasités au
260 quotidien, comme nous on peut l'être en tant que cadre, parasités au quotidien par
261 plein de choses et mon rôle aussi, c'est de travailler avec eux sur les
262 dysfonctionnements, sur ce qui dysfonctionne, et OK ça va pas, mais qu'est-ce qu'on
263 peut faire ? et qu'est-ce qu'on peut apporter pour que ça change ?
264 Et souvent, les problèmes, c'est pas dans leurs gestes techniques au quotidien, voilà,
265 ça ils font depuis des années pour beaucoup, parce que j'ai une équipe avec beaucoup
266 de professionnels experts, ils savent former aussi, parce qu'il y a aussi savoir former
267 des nouveaux arrivants, savoir former des étudiants, donc il y a aussi ce côté-là.
268 Mais en fait..., ce qui m'intéresse moi, c'est plus de vraiment les remettre dans leur
269 cœur de métier. Et ça, c'est quelque chose sur lequel je travaille au quotidien dans
270 l'organisation du service. Plus que...
271 Après, dans les choses... je pense que s'ils ont besoin ou s'ils se sentent pas à l'aise
272 dans certains gestes ou dans certaines choses qu'ils ont à faire au quotidien, gestes
273 techniques, voilà, je pense que moi, après, je serai capable de leur apporter une
274 formation adaptée à leurs besoins. Donc ça, je saurais faire. Donc ça aussi, je peux
275 m'appuyer aussi sur mes collègues, les formations qu'on propose aussi au sein de
276 l'hôpital, à différents soignants. Par exemple, là ils ont des plaies cicatrisation, ça les
277 intéresse, Je sais qu'on a une formation très bien, et donc, même le bouche à oreille
278 entre eux, ils en parlent quand ils reviennent de formation. Ils ont tous envie de la faire
279 et j'ai tous envie qu'ils le fassent.
280 Voilà, je les pousse en ce sens parce que voilà, parce que c'est un enrichissement
281 pour eux, et que même moi, si je n'ai pas cet enrichissement-là, ce n'est pas grave, ce
282 n'est pas moi qu'en a besoin au quotidien, c'est eux qu'on a besoin au quotidien.

283 **Moi :**

284 Donc vous tirer de l'enrichissement, finalement vous, de les avoir accompagnés,
285 comme vous disiez dans leur cœur de métier.

286 **CHARLOTTE :**

287 Exactement.

288 Exactement. Et valoriser ce qu'ils font, parce que souvent aussi, il y a une image d'un
289 service, c'est-à-dire, oui l'orthopédie c'est simple, ils ne font pas grand-chose, etc. c'est
290 un peu le cliché. Je peux vous dire qu'il y a du travail de fait tous les jours et quand on
291 fait 80 prothèses par semaine, il ne faut pas avoir les deux pieds dans les mêmes
292 sabots, plus de la traumatologie et il y a aussi ce côté mettre en lumière ce que les gens
293 font, parce qu'ils ne se rendent même pas compte de ce qu'ils font au quotidien. Et

294 aussi casser tous ces clichés, casser tous ces clichés, c'est très
295 important.

296 **Moi :**

297 C'est très intéressant, du coup ça me permet de faire le lien avec ma question
298 suivante.

299 Vous l'avez dit dans votre présentation, vous avez été d'abord faisant fonction puis
300 cadre au sein d'un labo, enfin au sein d'un laboratoire et puis après dans des services
301 auprès du coup d'infirmiers, d'aides-soignants, d'ASH, donc d'autres filière.

302 **Est-ce que du coup vous avez l'impression que votre manière de manager et tout**
303 **ce que vous m'avez dit là, a différé entre une équipe alors que vous ne**
304 **connaissiez pas nécessairement les individus, mais vous connaissiez la**
305 **profession, et une équipe où la profession n'était pas quelque chose d'acquis et**
306 **de connu pour vous ?**

307 **CHARLOTTE :**

308 Non, parce que pour moi, je manage selon ma personnalité aussi, mon management,
309 alors je l'adapte en fonction des situations, mais dans mes conduites de changement,
310 si je conduis un changement, il sera conduit de la même manière..., que je sois dans
311 un labo ou dans un service de soins.

312 Et en fait, je suis quelqu'un... par exemple, c'est intéressant cet échange parce que ça
313 me fait penser dans les conduites de projet au niveau de l'établissement, par moment,
314 j'ai l'impression que les chefs de projet, ils sont loin des réalités.

315 Et en fait..., et en fait, je peux me surprendre à me dire, mais ils y connaissant quoi ?

316 Et en fait, je ne sais pas, après ça serait intéressant d'interviewer des infirmiers, des
317 infirmières que j'ai managées pour savoir, « elle y connaît quoi ? », c'est une réflexion
318 que j'ai jamais entendue personnellement et je pense pas. Mais en fait, ce qui me...

319 je suis cadre de proximité avant tout, donc je suis sur le terrain, donc je suis... au
320 quotidien, je peux vous dire ce qui se passe dans mon service. Et je pense que les
321 équipes sont aussi en attente d'un guide dans toutes ces évolutions, de quelqu'un qui
322 les fera cheminer. Parce que de toute façon, même si ça leur plaît pas, les J0 c'est pas
323 bien, etc., bon, j'ai entendu plein de choses là-dessus, mais je lui ai dit, vous pouvez
324 dire ce que vous voulez, c'est ça aujourd'hui, c'est comme ça que ça fonctionne, la
325 chirurgie.

326 Donc ouais, effectivement, je comprends, j'entends, mais c'est vers ça qu'on doit aller
327 et comment on y va, en fait, c'est ça, la question : comment on y va au mieux ? Donc
328 voilà. J'entends bien que c'était différent avant. Et puis, maintenant, j'entends... Ah
329 ben, finalement, c'est bien, oui, pourquoi on n'a pas fait ça plus tôt ?

330 Parce qu'en fait, finalement, j'entends aussi... J'ai pris un service qui avait beaucoup de

331 retard sur l'informatique, sur des choses, alors pas le dossier patient, mais... C'était
332 encore très archaïque, les placements des patients, etc. Donc, il a dû amener un petit
333 peu de modernisme là-dedans et ils n'étaient pas prêts et il ne fallait pas se planter.
334 Donc, j'y suis allée par étapes, par paliers et maintenant, ils se disent, pourquoi on n'a
335 pas fait ça plus tôt ?
336 Mais en fait, dans ma conduite de changement, j'ai été vigilante aux médecins, à tous
337 les professionnels paramédicaux parce qu'il ne s'agissait pas d'emmener tout le monde
338 dans le mur et que c'était un changement important.
339 Donc voilà, mais ça a pris du temps et j'ai fait des étapes, et en fait, maintenant ils se
340 disent, alors il y a eu un petit peu... ça a un peu grincé les dents de trois jours, puis
341 après, c'est parti. Et aujourd'hui, ils ne se rappellent même plus comment on
342 fonctionnait et nous non plus.
343 Et en fait, c'est ça ! Et quand je leur dis, regardez, vous voyez, Félicitez-vous, parce
344 que tout ça, c'est vous. Après, évidemment c'est accompagné et que d'abord,
345 effectivement, le leader il adhère au changement, il en est convaincu et c'est ce
346 changement-là qui doit être fait et après, on l'accompagne.
347 Et finalement, je pense que ce qui fait la différence entre, quelquefois, où je me dis que
348 les gens qui conduisent des projets ne voient pas le terrain, ne le connaissent pas,
349 peut-être que c'est plutôt le sentiment qu'ils ne s'y intéressent pas suffisamment et qu'ils
350 apportent... c'est comme si j'apportais des choses toutes faites, moi, dans
351 l'organisation. Là, je pense qu'on me dirait « mais t'es pas infirmière ! ». Là, peut-être
352 qu'on me le dirait : « mais t'es pas infirmière, tu te rends pas compte ! ». Que là, c'est...
353 je suis au cœur de ce qui se passe dans le service, et voilà, et je vois bien comment ça
354 s'articule. Et du coup, forcément, quand on s'intéresse aux problématiques des
355 professionnels, quand on les accompagne, là ça aussi ça fait la légitimité aussi de la
356 posture de cadre.

357 **Moi :**

358 Et toujours dans cette notion de posture, donc là j'entends bien tout ce que vous avez
359 expliqué par exemple sur la conduite du changement et le fait que finalement vous
360 n'avez pas de différence entre une équipe de techniciens de laboratoire et une équipe
361 de soins. **Est-ce que maintenant la notion de singularité, celle des soignants, est
362 quelque chose qui selon vous constitue un élément important dans votre
363 posture managériale ?**

364 **CHARLOTTE :**

365 Alors, moi, ce qui est important, mais je... ce qui est important pour moi, je vois que le
366 métier d'infirmière, infirmier, aides-soignantes, ASH, c'est des professions très
367 difficiles, et... je suis... je trouve qu'il manque de reconnaissance.

368 Mais après, moi, j'apporte de la reconnaissance parce que ça me paraît important et je
369 le dis sincèrement, je ne dis pas pour leur faire plaisir sinon je dis rien, ou je dis quand
370 c'est pas bien, mais quand vraiment je pense que le travail accompli est bien et qu'ils
371 peuvent en être fiers je leur dis. Je pense que d'un point de vue médical c'est peut-être
372 moins perçu, voilà, moins perçu parce que finalement, quand on a des bons
373 professionnels, ça roule et on ne se tracasse pas et puis leur dire, super ce que vous
374 avez fait, même-moi si je vais dire aux médecins, c'est super quand même, voilà.
375 Ce n'est pas toujours redit et effectivement ils attendent aussi de la reconnaissance je
376 pense aussi, des chirurgiens. Et ça, ce n'est pas trop dans la culture, donc ça manque
377 un peu parce que ça aiderait aussi à renforcer ça, donc ça je pense que la
378 reconnaissance au travail, elle est importante. Et je pense aussi que si je fais le
379 parallèle de toutes les professions, ils connaissent le tempo qui s'accélère, que ce soit
380 en labo, que ce... que c'est logique, on est lié et voilà, des techniques qui sont de plus
381 en plus moins invasives, les anesthésies qui sont moins lourdes, etc. et les
382 conséquences de ça, c'est que ça va beaucoup plus vite dans les services. Et qu'en
383 fait, quand on est technicien on doit aller de plus en plus vite avec des machines de
384 plus en plus performantes, quand on est dans un service de soins, on doit aller de plus
385 en plus vite parce que la DMS, elle est vraiment raccourcie et on doit mettre en place
386 quand même des liens avec le patient et de pouvoir répondre à ses questions, etc. il y
387 a tout ce qu'on doit mettre en place pour que le patient ne se sente pas abandonné, se
388 sente d'abord attendue dans le service. Donc, il y a un appel avant qu'il vienne, etc.
389 donc, ça fait un premier lien, mais pareil, quand il sort on doit vraiment bien lui
390 expliquer des choses, lui dire qu'il peut toujours nous contacter, etc. Donc ça, c'est
391 vraiment des choses très fortes que les soignants portent là. Et donc, ils peuvent être
392 frustrés à certains moments d'avoir moins de temps auprès du patient. Et ça, dans un
393 service comme la chirurgie orthopédique, effectivement, ça peut être le côté frustrant.
394 Mais par ailleurs, c'est mettre en lumière les autres choses qu'ils apportent aux
395 patients, parce qu'ils apportent plein de choses aux patients. Et en fait, le peu de
396 temps où ils sont avec le patient ils donnent beaucoup d'informations, ils rassurent
397 beaucoup, etc. et ça, c'est leur force. Mais ils doivent le faire de plus en plus vite et
398 c'est peut-être ça qu'il faut aider, accompagner aujourd'hui par rapport à l'accélération
399 dans les hôpitaux.

400 Et après, il y a aussi le relationnel avec les patients qu'on voit peut-être moins en labo,
401 sauf si on fait des prélèvements, mais que je vois plus là, au quotidien, c'est l'exigence
402 des patients. Il y a, d'une part, beaucoup de reconnaissance parce que les patients...
403 je leur dis, moi, toujours, écoutez ce qu'ils vous disent, quand ils disent merci, merci,
404 c'est propre ici, « ah qu' est-ce que vous êtes gentil », etc. « j'ai bien pris en charge »,

405 je dis écoutez tout ça, entendez bien, mais effectivement, il y a aussi..., on est
406 confronté aussi à des gens très exigeants Et c'est compliqué, et je...
407 à certains moments, ça peut être aussi démotivant de faire ce travail qui est quand
408 même dur, qui est quand même des relations humaines très fortes quand même, enfin,
409 il y a de l'humain au cœur de ça et le patient se comporte parfois un peu comme un
410 client. Et donc, voilà. Et en fait, c'est une prestation qu'on lui fait et voilà, etc.
411 Et donc, il a des exigences et ça, je trouve ça très dur. Et c'est dur pour les soignants.
412 Et je sais pas, en fait, j'essaie aussi de comprendre pourquoi les gens ne veulent plus
413 faire ce métier. Parce qu'en fait, en France, il y a beaucoup d'infirmiers et d'infirmières.
414 C'est pas des infirmiers et infirmières dont on manque, c'est des gens qui sont
415 diplômés et qui ont plus envie de faire ce travail. Et pourquoi ? Pourquoi ? Et ça,
416 vraiment, aussi, ça me plaît d'être à leur côté pour essayer de comprendre tout ça.
417 Comprendre et... et en fait, je me questionne beaucoup, par exemple, sur les
418 générations, on dit oui les générations maintenant veulent plus s'engager, etc. alors, il
419 y a peut-être beaucoup de gens qui veulent moins s'engager ou qui veulent plus de
420 liberté, mais moi, j'étais la première à vouloir de la liberté quand j'ai commencé à
421 travailler donc ça, je ne pense pas que ce soit une question de génération, parce qu'en
422 fait, moi, je rencontre des gens de toute génération qui font très bien leur travail
423 d'infirmière, qu'ils soient jeunes ou pas jeunes, qui ont envie de s'engager, des jeunes
424 qui ont envie de continuer dans un service, faire leur expérience, voilà, j'apprends mon
425 métier, je vais rester dans le service pour apprendre mon métier. Ce n'est pas
426 nécessairement quelqu'un qui va avoir envie de papillonner de service en service en
427 démarrant, je rencontre aussi ça.
428 Je rencontre aussi des gens qui ont un long parcours et qui ne sont pas trop investis
429 dans leur travail. Ça, je le vois aussi. J'arrive pas à me dire, à généraliser, maintenant
430 c'est comme ça, les jeunes ils ont plus envie de ci, ils ont plus envie de ça. Il y en a de
431 plus en plus qui ont envie de liberté et de gagner plus d'argent, etc. donc ils vont aller
432 plus à l'intérim ou à la vacation parce que plus de liberté, ils vont choisir leur planning,
433 etc. donc peut-être c'est ça.
434 Mais après, moi, je vois des gens consciencieux dans les gens jeunes et des gens qui
435 ont envie de rester dans un service et qui disent... qu'ont l'humilité de dire, mon métier,
436 je suis en train de l'apprendre, Je suis diplômé, mais j'apprends, J'apprends mon
437 métier. Et là, je me dis, voilà, l'avenir est ouvert.
438 Et en fait, après, qu'est-ce qui va faire que les gens sont... ou écoeurés, ou qui au bout
439 de tant d'années, en ont marre. Moi, j'observe les autres services aussi. Je me dis que,
440 par exemple, un service comme les urgences, ça use, c'est épuisant. Et je me dis,
441 comme aussi les cadres, quand on est épuisé dans son service, peut-être qu'il faut

442 s'en rendre compte et se dire, attention, je ne vais pas aller plus que je ne peux.
443 Mais je me dis, c'est peut-être aussi ça, chez certaines personnes, vraiment, qui vont
444 au bout du bout. Mais bon, je me questionne aussi par rapport à ces différentes
445 professions, comme je me suis questionné sur l'avenir des techniciens de labo avec
446 l'automatisation de plus en plus. Et effectivement, un technicien de laboratoire, il y a 20
447 ans ou 30 ans, il faisait beaucoup de choses manuelles, il se questionnait, etc.
448 Maintenant, il met plus dans la machine et tout, ça n'empêche pas de se questionner,
449 mais il a moins le temps parce qu'il est plus dans le rendement et il a moins le temps.
450 Donc c'est aussi donner du sens. Qu'est-ce qui donne du sens aujourd'hui à la
451 profession d'infirmière ? Aujourd'hui, moi, je suis axé là-dessus puisque je m'adresse
452 aux infirmières, c'est qu'est-ce qui donne du sens à la profession d'aide-soignante,
453 d'infirmière, d'ASH ?
454 Et puis après, ce qui est commun, c'est plutôt le collectif des équipes. C'est s'entraider,
455 c'est comment travailler collectivement. Pour moi, la force c'est le collectif. Pour moi, la
456 force c'est le collectif, même si on peut après s'interroger par profession où sont les
457 problèmes et qu'est ce qui fait que les gens veulent de moins en moins exercer ce
458 métier, mais ce qui est important en tant que cadre, je crois que c'est maintenir le
459 collectif et créer le collectif, savoir le créer et le maintenir. Et ça, on marche sur un fil
460 parce qu'on a souvent des départs. Des fois, des personnes partent dans des équipes,
461 on se dit que c'est un bien pour l'équipe, on voit tout de suite que c'est un bien parce
462 que la personne n'en pouvait plus ou ça ne lui correspondait plus et ça se met dans
463 l'équipe un trouble. Donc, effectivement, à chaque fois, c'est reconstruire, ça prend du
464 temps, etc. Et quand on a une équipe qui fonctionne, ça y est, ça marche, paf, il y en a
465 quelqu'un d'autre qui part. Moi, j'ai quelqu'un qui est arrivé il y a deux ans. Elle a un
466 projet de partir en Nouvelle-Calédonie, elle vient de l'annoncer. Bon, c'est dur.
467 C'est dur pour l'équipe, c'est dur pour le cadre aussi, mais en même temps, c'est
468 important que les gens soient bien où ils sont, qu'ils soient cadres, infirmiers, aides-
469 soignants, ASH, on s'en fiche, mais qu'ils soient bien à l'endroit où ils sont. Et ça, c'est
470 primordial pour moi.

471 **Moi :**

472 Et du coup, tout ce que vous me dites ça fait un peu ressortir, que ce soit dans le
473 collectif ou dans les départs et les arrivées, des émotions, je suppose, au sein des
474 équipes. Et du coup, vous, **en tant que cadre, dans votre management interfilières,**
475 **quels liens vous pouvez faire entre cette reconnaissance et la gestion des**
476 **émotions, à la fois de vos propres émotions, mais aussi la gestion et la**
477 **reconnaissance des émotions de l'équipe, quel lien vous fait ?**

478 **CHARLOTTE :**

479 Alors, au niveau de ça, par exemple, quand une personne de l'équipe nous annonce
480 qu'elle quitte l'équipe, qu'elle démissionne, déjà, je crois que pour le cadre, c'est
481 important de savoir si c'est un projet personnel ou si c'est vraiment un problème de
482 service ou des choses auxquelles on n'a pas pu répondre et voilà et donc ça, c'est
483 important. Et après, effectivement, je peux dire ma déception, je peux dire que je le
484 regrette et tout, mais je comprends tellement les projets de vie que les gens, on sait
485 qu'ils ne sont pas là..., avant ça se voyait, les gens restaient 30 ans dans une maison.,
486 il y en a encore dans cette maison donc c'est plutôt aussi bon signe, ça veut dire qu'ils
487 s'y plaisent. Mais peut-être qu'aujourd'hui, les gens ont davantage envie de changer
488 parce qu'il y a plus d'ouvertures possibles et il y a plein d'offres et qu'ils ont envie
489 d'expérimenter des choses. Et quand ils sont jeunes, ça se comprend aussi. Donc je le
490 comprends. Alors voilà, je vais le dire.

491 Après, donc, cette personne elle l'annonce à ses collègues, il y a aussi l'émotion que
492 ça va susciter chez les collègues. Et par exemple, j'ai senti de la déception et de la
493 tristesse chez une collègue ce matin. Elle m'a dit « oui, elle s'en va », et je lui ai dit, oui,
494 oui, je comprends. Et après, on en a discuté tous ensemble. Et du coup, elle dit, « oui,
495 je la comprends, mais je suis triste ». Oui, on est triste parce que déjà, on s'entendait
496 bien, ça correspondait bien dans le travail, une bonne professionnelle et en plus, on
497 s'entend bien dans l'équipe, donc effectivement, on s'inquiète toujours, qui va la
498 remplacer, comment ça va se passer, etc. Puis, il va falloir aussi réintégrer une
499 personne, parce que ce qui est dur pour les professionnels qui restent c'est qu'à
500 chaque fois, on réintègre. Donc, c'est normal que ça suscite des émotions et ça
501 bouscule et on est toujours en questionnement, et moi, je suis assez vigilante par
502 rapport à ça.

503 Mais moi, je suis très... Pour moi, c'est important, quand je rentre dans le service le
504 matin, je sens ce qui s'y passe. Sans avoir parlé à qui que ce soit, je vois tout de suite
505 comment sont les gens, dans quels... et ça m'intéresse aussi de débriefer avec eux.
506 Et j'avais fait un travail avec l'équipe d'UCA pour essayer de... j'avais acheté des
507 petits smileys, et puis le matin, les gens mettaient... des petits smileys sur les
508 humeurs. Et du coup, c'était intéressant parce que j'avais remarqué que des gens
509 hyper stressés le reconnaissaient le matin et puis ils étaient capables de se dire dans
510 la journée, oui, je suis passé de ça à ça. Et donc, après, je les voyais et ils me
511 décrivaient leur journée de quelles émotions les avaient traversées pendant toute la
512 journée. Et j'avais trouvé que c'était intéressant surtout pour des gens qui disaient « oh
513 là là ça va pas aller du tout », « on va pas s'en sortir », « ça va pas du tout ce matin »
514 et puis en fait qui l'après-midi disait « ah bah finalement on s'en est très bien sorti »
515 voilà et donc en fait ça aussi je trouvais que c'était bien parce que ça aidait les gens et

516 d'ailleurs je suis en train de me dire que je devrais bien mettre ça en place là aussi
517 bien pour le positif que..., il n'y a pas d'émotion positive ou négative, mais il y a des
518 émotions qui sont plus difficiles à vivre. Il y a des gens stressés, il y a des gens
519 angoissés, il y a des gens qui arrivent... voilà, chacun arrive avec ses problématiques
520 aussi.
521 Donc voilà, il faut déposer tout ça et passer à autre chose. Et en fait, je trouvais que
522 pour les gens, c'était intéressant parce qu'ils se questionnaient aussi sur eux. Et je
523 trouvais que c'était intéressant sur ce qu'ils pouvaient renvoyer dans le service et
524 autour et ce que ça pouvait créer dans le service, dans l'ambiance.
525 Parce qu'en fait, moi, j'ai eu des gens à des entretiens annuels qui me disaient qu'il y
526 avait une mauvaise ambiance, ou des médecins qui m'avaient dit un jour au labo, « il y
527 a une mauvaise ambiance ». Mais je dis l'ambiance, je n'arrive pas avec une ambiance
528 moi le matin, c'est tout le monde qui la met l'ambiance, donc en fait, c'est chacun qui
529 apporte quelque chose le matin. Effectivement, des fois on est plus ou moins... ça va
530 plus ou moins bien, etc. Mais en fait, l'équipe, c'est ce que je leur explique là, pour moi,
531 c'est ce qui fait aussi grandir les équipes, c'est qu'on n'a pas toujours la forme, il y a
532 des jours, c'est ma collègue qui n'est pas en forme ce jour-là, je comprends, OK
533 d'accord, bon, voilà. Puis le lendemain, ça va être l'inverse. C'est comme ça qu'on
534 avance tous ensemble, parce qu'on s'entraide, on se comprend et on avance comme
535 ça. On ne stigmatise pas, voilà.
536 Après, c'est autre chose, s'il y a des gens qui ne font pas leur travail, etc., ça, c'est
537 autre chose. Ça, c'est un autre sujet. Et ça, c'est le travail du cadre. Mais c'est aussi le
538 travail du cadre de renvoyer chacun dans... l'équipe. Moi, si vous avez décidé de vous
539 plomber encore plus la journée qu'elle n'est plombée, vous pouvez y aller, on peut,
540 mais bon, je ne pense pas que ce soit très bon. Et OK, j'entends, il y a des problèmes,
541 OK ça ne va pas, OK voilà on est énervé par des trucs, il y a un truc qui ne marche pas
542 et machin, OK on en parle et on voit ce qu'on peut faire. Mais on ne reste pas là-
543 dessus et on avance.
544 Et bon, faire grandir les équipes c'est aussi ça pour moi. Et donc, il y a beaucoup où
545 chacun regarde un petit peu ce qui l'amène et je trouve que c'est important. Mais moi,
546 je suis très sensible aux émotions.

547 **Moi :**

548 Et vous **pensez-vous que cette capacité à comprendre, à reconnaître les**
549 **émotions, les vôtres, mais aussi celles des équipes et aussi du coup à les**
550 **amener à s'exprimer sur ce qu'ils ressentent, ce qui permet, je pense, de**
551 **dénouer parfois certaines situations, ça a été quelque chose de facilitant dans le**

552 **cadre de votre management interfilières ? Est-ce que vous l'avez beaucoup**
553 **utilisé ?**

554 **CHARLOTTE :**

555 Oui, je l'ai beaucoup utilisé par rapport aux personnalités que j'ai dans le service et par
556 rapport à moi-même aussi, parce que je peux aussi leur dire, J'ai oublié de faire telle
557 chose parce que, vraiment, je suis fatiguée et ils me comprennent. Je suis fatiguée,
558 oui, je me suis trompée.

559 Je suis fatiguée. Excusez-moi, voilà, donc, on peut me dire la même chose. Je peux
560 l'entendre. Ça, je peux l'entendre. Donc, c'est aussi une... la aussi, c'est de la
561 confiance. Là aussi, c'est de la confiance et en fait il y a quelque chose que je trouve
562 très beau ici et dans cette liberté de gestion que j'ai et par rapport à l'établissement
563 donc je souhaite qu'on puisse garder ça parce que pour moi c'est précieux et bien par
564 exemple on a une infirmière qui a rencontré des soucis personnels graves et pendant
565 cette période, elle a souhaité aménager son temps de travail. Donc, évidemment, via le
566 médecin du travail, via son médecin, etc. elle a dû se mettre à mi-temps, etc. donc,
567 OK, on a organisé les plannings en fonction de ça. Je n'ai pas forcément remplacé,
568 renforcé, on s'est dit que c'était un passage et que voilà, on l'accompagnait là-dedans
569 et c'était « on » l'accompagner là-dedans, il y avait vraiment cet esprit solide d'équipe
570 qui accompagne. Et puis à un moment donné, ça a commencé à coincer parce que le
571 travail, c'était plus compatible et qu'elle soit comme ça, etc. Donc, je lui ai dit que
572 bientôt on pourrait plus s'arranger comme ça et où est-ce qu'elle en était
573 personnellement ? Parce qu'à ce moment-là, j'ai commencé à sentir que l'équipe ne
574 pourrait plus compenser, ni porter cet arrangement de planning et qu'il fallait que je
575 passe à autre chose dans le planning et qu'il fallait qu'elle revienne en 12 heures alors
576 qu'elle travaillait en 7 heures. Ou sinon, il fallait qu'elle change de service, mais ça ne
577 pouvait pas continuer. Donc, je lui ai dit, effectivement, que là, on arrivait au bout et
578 elle l'avait vue, elle-même, donc, elle a trouvé une solution. Et quand elle a trouvé la
579 solution, elle l'a trouvée un mois ou deux mois après, on remet les choses en place,
580 pour moi, c'est ça, pour moi c'est ça aussi qui donne du sens au travail, à l'entreprise, à
581 l'endroit où on appartient, enfin se sentir appartenir à une équipe, c'est aussi ça pour
582 moi, le collectif de travail il est là et j'ai trouvé ça très fort.

583 Mais effectivement, en tant que manager, je l'ai fait parce que je savais que cette
584 personne n'abuserait pas et en contrepartie elle me l'a rendu au centuple et elle l'a
585 rendu au centuple à ses collègues.

586 Mais bon, après, il faut savoir mettre un stop à ces choses-là, etc. Effectivement, on ne
587 peut pas le faire avec tous nos collaborateurs, parce qu'il y a des gens qui peuvent
588 abuser de ces situations-là. Et donc, si je l'ai fait, c'est parce que si je savais que c'était

589 quelqu'un qui n'abuserait pas. J'aurais pu me tromper. Elle aurait pu abuser de la
590 situation, auquel cas... je ne pense pas que je me serais dit plus jamais, parce que
591 non, parce que chacun est différent, etc. mais c'est ça aussi, le management, c'est de
592 pouvoir sentir ça et qu'on nous fasse confiance dans ce qu'on ressent. Parce que je
593 n'ai pas tout dit à la direction. Je me suis arrangée. La direction n'est pas perdante, elle
594 était gagnante. Après, ça, on sait en tant que cadre où est-ce qu'on a gagné, parce
595 que le jour où vous êtes dans la difficulté, cette personne-là va vous aider.
596 Après, voilà, pour moi c'est ça qui a du sens en tant que cadre, c'est ça qui a du sens,
597 c'est savoir distinguer quand on peut faire des choses comme ça, quand on ne peut
598 pas les faire, parce qu'on ne peut pas tout le temps le faire, mais en même temps, c'est
599 ça. Mais moi, je le fais aussi parce que, effectivement je m'intéresse aux gens, je ne
600 suis pas du tout amie avec les gens, pas du tout, il y a ce lien-là hiérarchique qui est là,
601 mais ça ne m'empêche pas de comprendre les difficultés des gens et je ne suis pas
602 fermé à ça. Et je pense qu'on ne peut pas cloisonner. On doit effectivement, enfin on
603 doit..., c'est bien de laisser un maximum de choses derrière soi, entre le perso et le
604 professionnel, de faire la distinction, maintenant on est des humains, c'est pas
605 cloisonné comme ça. Donc moi, pour garder une bonne infirmière, je suis prête à tout,
606 presque, mais en tout cas, voilà, en ce qui est raisonnable de faire.

607 **Moi :**

608 Est-ce que, là je passe un peu sur une autre thématique, **est-ce que vous connaissez**
609 **la notion d'intelligence émotionnelle ?**

610 **CHARLOTTE :**

611 Oui.

612 **Moi :**

613 **Qu'est-ce que vous y mettez derrière ? Quelles attitudes adoptez-vous ?**

614 **CHARLOTTE :**

615 Mais en fait, j'ai lu Goldman Daniel, qui a fait des livres sur l'intelligence émotionnelle.
616 Je les ai tous lus. Derrière ça, c'est intéressant parce que moi, je trouve que les
617 émotions, il y a aussi les émotions des patients, les émotions de tout le monde, enfin
618 de tous les gens qui travaillent au cœur d'un service. Travailler sur les émotions, moi,
619 c'est un travail que j'ai fait aussi, donc c'est quelque chose qui m'intéresse.

620 Après, comment... effectivement... est-ce que...

621 **Moi :**

622 **Comment ou quelles attitudes vous mettez derrière cette notion ?**

623 **CHARLOTTE :**

624 En fait, oui, en fait, finalement, moi je me suis servie de tout un tas de choses pour...
625 pour faire travailler les équipes et pour pour... pour accompagner les équipes donc,

626 mais en fait c'est pas forcément des choses que je dis ou des mots que j'emploie parce
627 que je sais qu'ils ne sont pas forcément bien reçus mais c'est des choses que je peux
628 utiliser... effectivement parce que je pense que... je pense que c'est important de se
629 connaître pour arriver à manager du mieux possible parce qu'on est très exposé quand
630 on manage. On est au cœur de la tourmente et c'est bien de se connaître pour aussi
631 peut-être mieux connaître, comprendre aussi les réactions ou les comportements de
632 nos collaborateurs. C'est important de pouvoir aussi mettre de la distance par rapport à
633 ça, de ne pas prendre toute l'info.

634 Oui, je pense que se connaître c'est une clé pour moi et connaître aussi toutes ces
635 réactions qu'on peut avoir. Ou alors essayer de comprendre pourquoi on a telle
636 réaction dans telles circonstances, voilà... peut-être sur des choses où on va répondre
637 à chaud, il aurait peut-être fallu prendre de la distance, mais ça, on l'expérimente
638 quand on le vit, en fait.

639 Donc... Je pense qu'on peut pas être coupé de ses émotions quand manage. Après...
640 voilà, on peut aussi mieux comprendre les gens quand on comprend ses colères ou
641 ses... mais en fait on peut partager des choses dans une équipe, que ce soit des
642 déceptions, des colères, des joies, enfin on partage quand même beaucoup de choses
643 donc... voilà on partage. On peut partager la tristesse de quelqu'un qui va nous quitter,
644 on peut partager... c'est important, ce qui se passe professionnellement. C'est
645 important pour moi.

646 **Moi :**

647 Du coup, **vous pensez que c'est un nouveau levier de la légitimité des cas de**
648 **santé ?**

649 **CHARLOTTE :**

650 Bah moi, je pense que c'est... après, les gens ne sont pas forcément tous prêts à...
651 enfin... et encore peut-être... le management du passé quoi, où c'est la chef et elle sait
652 et machin, et on écoute la chef.

653 **Moi :**

654 Et peut-être encore aussi ce mantra dans le monde du travail où « on laisse nos
655 émotions vestiaires »

656 **CHARLOTTE :**

657 Oui, oui, oui, tout à fait, tout à fait, mais elles sont là. Elles ne sont jamais aux
658 vestiaires, elles sont là.

659 Et après, c'est trouver la façon de les exprimer. Et moi, j'ai fait des formations de
660 psycho, ça m'intéresse beaucoup, c'est vraiment des sujets qui m'intéressent. Oui,
661 effectivement, les émotions, elles sont là, on les exprime, la manière de les exprimer,
662 Je pense qu'aussi, on peut... dans la communication, moi j'ai fait aussi de la

663 communication non violente, donc c'est aussi quelque chose qui me parle, j'ai fait des
664 formations. En fait, dans mon parcours de manager, je me suis toujours appuyée de
665 formations, un peu que j'ai fait moi-même, que j'ai pas demandé à l'institution.

666 **Moi :**

667 **Ces formations que vous avez faites par vous-même, vous les avez faites parce**
668 **que vous saviez que vous étiez dans un contexte de management interfilières ?**

669 **CHARLOTTE :**

670 Non, voilà, manager. Non, pour le management, pour moi et pour manager. Pour le
671 management, ouais, pour manager. Ouais, ouais, pour manager.

672 Je pense qu'on a besoin de ça, ça permet de mieux se connaître. Quelle que soit
673 l'équipe qu'on manage, plus on se connaît, plus on se comprend. Donc après, voilà, de
674 toute façon, on fera toujours des erreurs et c'est ce qui nous fait progresser. Donc ça,
675 ce n'est pas un problème. C'est juste de les reconnaître, de savoir reconnaître qu'on
676 s'est trompé et de se dire que de toute façon on peut toujours revenir et refaire
677 différemment les choses et rien n'est définitif. Donc ça, c'est important.

678 C'est important. Et puis aussi, on a un rôle aussi au niveau des directions, voilà, de
679 valoriser nos équipes, de valoriser le travail qu'on fait, et voilà, et donc, effectivement,
680 c'est pas bien vu d'être dans l'affect et effectivement, on ne manage pas que dans
681 l'affect mais il y a de l'affect.

682 Mais il n'y a pas que ça, bien sûr, j'entends. Mais en fait, c'est comme dans beaucoup
683 de choses, c'est-à-dire que c'est passé du tout au tout, en fait, on a différents outils
684 pour manager et en fait, on se sert de différentes choses et plus on a une ouverture
685 d'esprit, plus on a une ouverture sur des connaissances en management, etc. et plus
686 ça nous aide, parce qu'on se sent moins démuné. Parce qu'effectivement, si je suis
687 juste le chef qui dit c'est bien, c'est mal, là je pense que je serais pas légitime. Parce
688 que là, peut-être, on me renverrait des choses et on pourrait me renvoyer la même
689 chose en tant que technicien de labo : « qu'est-ce que tu connais, toi, il y a 10 ans ? Tu
690 la connais, la machine, là ? Non !

691 **Moi :**

692 Et du coup, ce sera ma dernière question, **est-ce que vous pensez qu'il est**
693 **nécessaire de développer cette compétence de l'intelligence émotionnelle chez**
694 **les cadres de santé ?**

695 **CHARLOTTE :**

696 Oui, bien sûr ! En fait, il y a de l'intelligence émotionnelle, de l'intelligence collective,
697 enfin il y a des tas de choses, moi, qui m'intéressent à travailler, à développer ça.

698 Parce que voilà, on voit bien quand on se met tous autour d'une table et qu'on travaille
699 sur un sujet qui nous intéresse et qu'on veut faire progresser, on voit bien la richesse

700 de ce qui ressort. Et ça aussi, pour moi, l'intelligence émotionnelle, l'intelligence
701 collective, il y a plein de choses qui peuvent nous servir au quotidien.
702 Et oui, bien sûr, je trouve que c'est important. Et de ne pas justement dire... Oui, on
703 parle émotions, alors tout de suite, c'est des psys, c'est machin, oh là là, c'est pas ça,
704 on s'en fiche et tout. Non, non, c'est pas ça. C'est vraiment...
705 Enfin, pour moi, c'est indispensable pour un manager. Mais ça fait longtemps que j'ai lu
706 des choses sur l'intelligence émotionnelle, donc si je me reprotongeais dans les
707 bouquins, mais je sais que quand j'ai lu tous ces livres, effectivement, il y a des choses
708 qui me servent au quotidien. Après, on ne sait pas où ça nous sert et quand ça nous
709 sert, mais en fait, quand on a des notions, voilà, on les utilise, donc, ça, c'est hyper,
710 hyper bien, enfin hyper intéressant.
711 Et même, j'ai fait avec l'équipe d'ambulatoire, on a été travailler avec les chevaux. Et
712 effectivement, pour travailler le travail d'équipe, le collectif, comment on travaille
713 ensemble, etc. et donc on a passé une journée avec des chevaux et à travailler, à faire
714 travailler les chevaux, etc. et c'est vraiment intéressant de travailler dans un autre
715 contexte avec des gens et là aussi, par rapport aux émotions ça a fait ressortir
716 beaucoup d'émotions avec les chevaux. On a fait tout ce travail et j'étais ravie, voilà,
717 c'est de proposer des choses un peu... moi ce qui m'a toujours plu, c'est de proposer
718 des choses un peu... originales entre guillemets.
719 De proposer des choses originales qui sortent un peu des sentiers battus et qui
720 apportent... voilà, qui sont ludiques, mais on apprend beaucoup aussi en s'amusant.
721 **Moi :**
722 Je vous remercie, **souhaitez-vous ajouter des éléments ?**
723 **CHARLOTTE :**
724 Non, je vous remercie.

Annexe V - retranscription de l'entretien avec Emma : CDS filière soins

1 **Moi :**

2 Dans un premier temps, je vais vous demander de me préciser votre filière d'origine,
3 les équipes que vous managez en ce moment et le nombre de personnes que vous
4 avez sous votre responsabilité ?

5

6 **EMMA :**

7 Alors moi, aujourd'hui, je suis cadre supérieure de santé sur un pôle, un pôle d'un peu
8 plus de 400 PNM et sur la filière des laboratoires. Donc il y a majoritairement des
9 techniciens de labos, mais aussi des ingénieurs. J'exerce dans un CHU, donc avec
10 des labos très spécialisés, comme par exemple la biologie de la reproduction, on a
11 aussi la catégorie des ingénieurs, des conseillères en génétique, une demi-douzaine
12 d'ingénieurs aussi qualité. Les laboratoires sont soumis à de grandes exigences de
13 qualité avec les visites de Cofrac et on est donc dans une forme de
14 pluriprofessionnalité aussi.

15 Voilà, même si la majorité des professionnels sont techniciens de labo, mais j'ai aussi
16 une vingtaine d'infirmières sur le pôle, qui sont dans les unités de prélèvement. Et dans
17 l'équipe de cadres, qui est de 10, j'ai des IDE, une majorité tech de labo, et
18 auparavant, jusqu'à peu de temps, j'avais aussi un cadre de la filière Manip radio.
19 Donc, vous voyez, même au sein de l'équipe d'encadrement, on avait déjà cette
20 interprofessionnalité, la direction des soins partant du principe que le management se
21 faisait maintenant interfilières.

22

23 **Moi :**

24 Et vous, votre filière d'origine ?

25

26 **EMMA :**

27 Et moi, ma filière d'origine, c'est infirmière. Et après, je me suis spécialisée comme
28 infirmière anesthésiste.

29

30 **Moi :**

31 Je vous remercie. Les premières questions vont porter sur les notions de légitimité et
32 notamment la première qui est très générale, **selon-vous, qu'est-ce que la**
33 **légitimité ?**

34

35

36 **EMMA :**

37 La légitimité, si on fait un peu de sémantique, c'est quand même **quelque chose qui**
38 **est reconnu, qui a sa place**, qui s'inscrit dans les normes un petit peu, si on rappelle
39 les enfants légitimes, les enfants illégitimes à l'époque, qui sortent pas des schémas.
40 Si on le ramène à nos activités, je pense qu'on est plus au niveau de la
41 **reconnaissance**. Ce n'est pas qu'occuper une place.

42

43 **Moi :**

44 **Et selon vous, quelles peuvent être les sources de la légitimité actuellement pour**
45 **les cadres de santé ? D'où est-ce qu'ils tirent cette légitimité auprès des équipes,**
46 **quelles qu'elles soient ?**

47

48 **EMMA :**

49 Alors ça dépend des personnes, moi je pense qu'il y en a qui vont la tirer sur tout ce
50 qui est académique, **le diplôme**, mais moi je pense que le diplôme ne fait pas la
51 légitimité ni les compétences. La formation y participe, mais moi je suis aujourd'hui très
52 convaincue qu'on est plus dans **l'identité et la personnalité, qui fait la légitimité**. La
53 légitimité, en fait, elle se reconnaît quand finalement ça marche, ça tourne, qu'on n'a
54 pas de problématiques.

55 Vous avez des équipes qui vous sont fidèles, qui restent..., c'est souvent quand on
56 part qu'on se rend compte..., quand on a les retours. Même si on n'attend pas
57 nécessairement quelque chose, quand l'équipe avance, quand elle est dans les
58 projets, elle vient vers vous, quand elle vous sollicite pour de l'accompagnement, pour
59 de l'aide, pour des demandes.

60 Après, vous la voyez aussi, très simplement, quand vous passez, vous dites bonjour, la
61 manière dont on vous répond, comment on vous aborde.

62 C'est là qu'on voit si... on a acquis notre place.

63

64 **Moi :**

65 **Et pensez-vous que ces sources de légitimité ont évolué ces dernières années,**
66 **notamment avec la crise Covid et les bouleversements dans la société, le monde**
67 **du travail, le rapport au travail, le rapport à la hiérarchie que cela a entraîné par**
68 **la suite ?**

69

70 **EMMA :**

71 Moi, je pense qu'aujourd'hui, elle évolue, elle évolue parce que les personnes ont

72 changé. Je ne suis pas sûr que ce soit lié qu'à la pandémie et à la crise sanitaire. Ça
73 se serait quand même inscrit de toute façon dans les formes de changement
74 aujourd'hui, les générations de professionnel et je pense que c'est tout à fait
75 understandable et c'était souhaité, ont d'autres appétences, ont d'autres envies, et on n'est
76 plus dans des régimes de dictateurs, voilà.

77

78 **Moi :**

79 **Par rapport au modèle des surveillantes qu'on a pu connaître où la légitimité se**
80 **tirait souvent par une expérience, vous pensez que l'on est plus du tout dans ce**
81 **mantra-là ?**

82

83 **EMMA :**

84 pas trop par rapport à ça, parce que moi j'ai connu l'époque des surveillantes, je
85 pense..., moi je me dissocie quand même l'expérience, que je pense être quand même
86 un fond sur lequel on s'appuie. Pour moi l'expérience, et la manière dont on l'exploite
87 surtout, pas dont on la brandit, mais dont on l'exploite dans son quotidien en tant que
88 manager, **oui je pense qu'on peut renforcer notre légitimité là-dessus**. Mais il faut
89 s'en servir comme argument, comme justification. Mais pas forcément que comme
90 manager, vous êtes un professionnel expérimenté, vous accueillez des jeunes
91 professionnels ou des tutorés ou des étudiants, vous leur expliquez pourquoi il vaut
92 mieux faire comme ça que comme autre, parce que vous vous appuyez aussi sur
93 l'expérience acquise. L'expérience, elle n'est pas forcément une source... on peut la
94 voir comme quelque chose qu'on brandit. Il faut la mobiliser, être capable de la revoir
95 aussi, de l'analyser et d'en faire la bonne analyse et de savoir comment on l'a réinvesti.
96 Mais ce n'est pas une légitimité en disant « moi je sais ».

97

98 **Moi :**

99 **Et vous, du coup, dans votre situation de management interfilières, comment**
100 **pensez-vous que vous avez mis en place ce processus pour asseoir cette**
101 **légitimité ? Sur quoi repose, pour vous, votre légitimité ?**

102

103 **EMMA :**

104 Alors aujourd'hui, je ne sais pas si j'ai encore la légitimité acquise dans mon nouveau
105 poste, ça ne fait que 6 mois que j'y suis. Moi je l'appuie effectivement plus sur **les**
106 **acquis de l'expérience de manager**. À mon niveau, de toute façon, je suis plus dans
107 la gestion des ressources humaines, des projets, des appels à projets et j'ai une
108 adjointe qui est issue de la filière tech de labo, donc on est complémentaire en fait. Et

109 puis quand on arrive et qu'on ne connaît pas l'environnement, **on apprend, on**
110 **apprend beaucoup**. Il faut apprendre à connaître, là je pense que je l'avais déjà
111 abordé, je pense qu'il faut **être capable d'humilité**, il faut aller vers l'autre et là aussi,
112 c'est intéressant.

113

114 **Moi :**

115 **Et est-ce que, malgré tout, il y a des situations dans votre exercice quotidien qui**
116 **font que vous ne vous sentez pas légitime dans votre poste, face à des équipes**
117 **issues d'une autre filière que la vôtre ?**

118

119 **EMMA :**

120 Face aux équipes, non. Dans le poste que j'occupe, peut-être oui, parce que quand je
121 dois... quand on est dans le renouvellement des équipements, je ne les connais pas,
122 les appareils.

123 Je serai sur un pôle au niveau des blocs opératoires, je connais un peu mieux les
124 respirateurs et tout le matériel, les pousses-seringues, etc. Après, je ne suis pas seule.

125 Dans mes fonctions on est sur un quatuor..., mon avis compte plus sur l'urgence,
126 l'équilibre des comptes et là je m'appuie sur les autres sources. C'est ça le travail en
127 interdisciplinarité, **c'est s'appuyer sur les autres compétences quand on ne les a**
128 **pas.**

129

130 **Moi :**

131 **Et du coup, dans ce contexte de management interfilières, quels liens vous**
132 **pouvez faire entre la notion de légitimité, qu'on vient d'aborder, et celle de**
133 **posture managériale ?**

134 **EMMA :**

135 Sur l'interfilières ...

136 **Moi :**

137 Si je devais reformuler la question, **est-ce que vous pensez que l'adoption d'une**
138 **certaine posture managériale plutôt qu'une autre vous a permis d'asseoir une**
139 **certaine légitimité face à des équipes issues d'une autre profession que la vôtre**
140 **?**

141

142 **EMMA :**

143 Je pense qu'aujourd'hui, les équipes ne s'attachent plus trop à ça, moi, c'est
144 l'impression que j'ai.

145 Ils sont plus sur la personne et sa relation qu'elle a avec les équipes. Puisque je vois
146 les cadres qui ne sont pas issus de la filière telle de labo, ils n'ont pas eu du tout de
147 mal à s'installer dans leur mission, dans leur poste, dans la mesure où ils cherchent à
148 apprendre et à connaître... je pense que c'est ça le nœud, ou en tout cas qui le
149 dénoue.

150 Après, on peut toujours se dire qu'il y a **la légitimité de la fonction**, de la fiche de
151 poste, quand on a des gens un peu rebelles... moi je vois que nous, on a des corps de
152 métier un peu rebelles, mais... oui, il faut argumenter.

153

154 **Moi :**

155 **Si je vous demandais de me décrire votre posture managériale, elle serait plutôt**
156 **dans cet axe de communication et d'écoute ?**

157

158 **EMMA :**

159 Oui !

160 Je suis quelqu'un qui **écoute** beaucoup, qui cherche beaucoup à **comprendre**, je lis
161 aussi pas mal. Donc, quand je connais pas un sujet, je vais pas me lancer, aller dans
162 l'arène, voilà, j'essaie de le travailler, de le préparer avant.

163

164 **Moi :**

165 **C'est un principe de prudence ?**

166

167 **EMMA :**

168 Oui, je suis assez aristotélicienne pour ça.

169

170 **Moi :**

171 **Et vous pensez que cette manière de faire, elle différencierait si vous aviez à**
172 **manager, que ce soit des cadres ou des soignants, desparamédicaux de votre**
173 **filière ? Est-ce que vous feriez différemment dans votre posture managériale ?**

174

175 **EMMA :**

176 Non, je pense qu'elle ne différencierait pas parce que je pense que **c'est ma manière**
177 **d'être** et de faire.

178 ...Après, c'est vrai que c'est beaucoup plus facile d'argumenter quand on connaît bien
179 les choses. Mais quand j'étais en psychiatrie, j'étais quand même dans la filière du soin
180 et même si c'était une spécialité que je ne connaissais pas, j'étais dans le soin et j'ai
181 agi de la même manière. Et je pense qu'au stade où étaient mes missions, le fait que
182 je ne connaisse pas spécialement l'environnement n'était pas gênant et j'ai appris à le
183 connaître, parce que les gens, quand ils travaillent avec vous, ils vous expliquent, ils
184 vous exposent aussi l'historique et les impératifs, donc, il faut savoir s'appuyer là-
185 dessus.

186 **La prise de connaissance de l'environnement, des modes de fonctionnement et à**
187 **la base...** initialement, je pense que c'est le plus important.

188 Si on ne comprend pas les organisations, c'est compliqué de travailler avec elle.

189

190 **Moi :**

191 Finalement, même au-delà d'un management interfilières, chaque organisation étant
192 différente, **vous estimez que cette capacité d'analyse de l'environnement est peut-**
193 **être la clé du management ?**

194

195 **EMMA :**

196 Moi, je pense. La clé..., la seule, peut-être pas, mais... mais une des clés, c'est certain.
197 Quand on dit qu'il faut s'accorder toujours une certaine période d'observation, j'en suis
198 convaincue... j'en suis convaincue.

199 Et puis on voit pas tout de suite et puis si on détecte... des problèmes, il ne suffit pas
200 que de les détecter, en même temps il faut réfléchir à comment peut éventuellement le
201 résoudre, vous voyez il y a tout ça enclenché.

202

203 **Moi :**

204 **Et est-ce qu'en plus de cette capacité d'analyse de l'environnement, le respect de**
205 **la singularité des professionnels constitue, pour vous, un élément clé, clés de la**
206 **posture managériale, notamment dans un management interfilières ?**

207

208 **EMMA :**

209 La singularité, oui.

210 Après, il faut pas forcément en faire un cas, faire des cas à part. Quand on travaille
211 dans un environnement qui a vocation quand même à être pluriprofessionnel, il faut
212 qu'ils adhèrent à ça et que chacun apprend à admettre de travailler ensemble et ça,
213 finalement, c'est à nous de l'inscrire, c'est à nous de le porter et de le mettre en avant.

214 voire d'exiger.

215

216 **Moi :**

217 Mais à quel niveau le mettez-vous par rapport à l'essentiel respect de l'équité et ce
218 respect de l'individualité, de la singularité, que ce soit dans les compétences
219 professionnelles voire, parfois, extra-professionnelles, qui peuvent aussi être intégrés
220 dans le milieu professionnel ?

221 **Est-ce que vous mettez les deux notions à part égale, ou est-ce qu'il y a une**
222 **notion qui, selon vous, prend une importance plus qu'une autre ?**

223 **EMMA :**

224 Il faut en tenir compte, mais ça ne doit pas être le fil conducteur, dans un
225 environnement où on travaille en équipe pluriprofessionnelle, on ne peut pas pour un
226 élément mettre à mal la balance de l'ensemble. Bien évidemment, c'est là justement où
227 l'équité ne serait plus là. Il faut avoir à peu près le même type de conduite, mais dans
228 la philosophie. Après, on l'adapte. Il y a des individus, il faut être plus ferme parce qu'ils
229 ont besoin de ça, puis ils vous en remercieront après et puis, parfois, c'est nécessaire
230 parce que si on redresse pas les gens, on recadre pas un peu les personnes
231 déviantes, ça met à mal ceux qui ne le sont pas. Donc vous voyez, c'est tout un...
232 comme de la cuisine. C'est à mesurer à chaque fois.

233 Et c'est là où je pense aussi que... c'est quand même toujours un peu dans
234 l'observation, la réflexion, avant l'action, c'est hyper important.

235

236 **Moi :**

237 Et donc toujours sur cette thématique de la posture managériale, le management, qu'il
238 soit de même filière ou interfilières fait intervenir des émotions, **quels liens pouvez-**
239 **vous faire entre la posture managériale et la capacité des cadres de santé à**
240 **reconnaître et gérer les émotions, que ce soit les leurs ou que ce soit celle des**
241 **équipes ?**

242

243 **EMMA :**

244 Les cadres, je pense que certains ne sont pas conscients de leur niveau d'émotion, ils
245 ont parfois du mal à les gérer.

246

247 **Moi :**

248 Comment vous l'expliquez ?

249 **EMMA :**

250 Parce que je pense que c'est un métier difficile. Parce que certains n'arrivent pas à
251 faire ce cheminement encore... la prise de recul par rapport au travail est parfois
252 difficile, la frontière, la déconnexion, c'est compliqué. Je pense que c'est vraiment
253 personne dépendante.
254 Et les émotions des équipes... oui c'est parfois, c'est **dur à absorber**, surtout qu'on a
255 quand même tendance, les cadres de santé..., c'est un peu les tampons et les
256 éponges, parce qu'il n'y a pas que les équipes, il y a les émotions aussi, les autres
257 corps de métier avec lesquels on travaille en particulier, tout ce qui est médical ou
258 autre en fonction de l'endroit où on exerce. Donc oui, on est dans une profession où on
259 est à l'interface de beaucoup de choses, donc ce n'est pas toujours simple.

260 **Moi :**

261 **Pensez-vous que la capacité à gérer les émotions doit faire partie de la posture**
262 **managériale des cadres, notamment dans un contexte d'interfilières ?**

263 **EMMA :**

264 La capacité de gérer ses émotions, oui.

265 Je pense que c'est quelque chose qui devrait même être un peu plus accentué dans la
266 formation, peut-être via des exercices de simulation, des mises en situation un petit
267 peu complexes, sur lesquels on peut rebondir, apprendre, faire de l'analyse de
268 pratique. Je pense que c'est hyper important.

269

270 **Moi :**

271 **Connaissez-vous la notion d'intelligence émotionnelle ?**

272

273 **EMMA :**

274 Oui, alors après je pourrais peut-être pas vous la définir comme ça, j'ai dû...

275

276 **Moi :**

277 Alors, sans la définir, **qu'est-ce que vous mettez derrière cette notion ? Qu'est-ce**
278 **que vous y mettez au travers de vos expériences et notamment les attitudes qui**
279 **peuvent s'y rapporter ?**

280 **EMMA :**

281 Pour moi l'intelligence émotionnelle c'est un petit peu tout ce que j'ai décrit, c'est être
282 **capable d'observer, d'analyser et d'essayer de comprendre** les personnes, leur
283 mode de fonctionnement pour pouvoir répondre au juste aux situations, même si
284 parfois certaines ne sont pas forcément acceptables ou justes. Mais oui, c'est peut-être

285 décrypter un peu.

286

287 **Moi :**

288 Et est-ce que vous pensez que cette notion peut être un levier de la légitimité des
289 cadres de santé ?

290

291 **EMMA :**

292 En tout cas, **je pense que c'est une qualité...**, d'avoir ça dans son registre et cette
293 aisance, cette capacité à pouvoir l'exploiter. Mais je ne suis pas sûr que tout le monde
294 la possède spontanément, naturellement. Et est-ce que c'est quelque chose qui
295 s'acquiert aussi avec les années d'exercice ? Ça pourrait s'apprendre peut-être dans
296 les livres.

297 On peut le lire, mais réussir à le pratiquer de manière fluide et aisée, moi je pense, je
298 reste convaincu qu'aujourd'hui, être manager, ce n'est pas donné à tout le monde et
299 que ça ne s'apprend pas dans les écoles... pas que ... pas que.

300

301 **Moi :**

302 Et pour revenir sur le contexte du management interfilières, **est-ce que vous pensez**
303 **que l'intelligence émotionnelle est quelque chose d'indispensable pour pouvoir**
304 **manager des professionnels dont, parfois, on connaît très peu le champ**
305 **d'action ?**

306 **EMMA :**

307 C'est sûr que c'est un élément, c'est un plus. Déjà, **si on est capable de comprendre**
308 **les autres, c'est intéressant pour manager des filières interprofessionnelles...** je
309 ne suis pas sûr que ce soit le seul élément. C'est ce que je vous disais, c'est la
310 connaissance des missions, des fonctions de chacun, comment ils les mettent en
311 œuvre.

312 Si on part de votre expérience sur la filière de rééducation, effectivement, c'est des
313 métiers qui sont très autonomes, qui le revendiquent, qui aiment ce travail en
314 autonomie, parfois ils se sentent un petit peu artistes aussi. Si on pense aux ergots,
315 psychomots, c'est pas du tout inintéressant, au contraire et eux-mêmes travaillent
316 beaucoup avec ce type d'émotions dans leur métier.

317 Dans le terme rééducation, il y a déjà un peu l'éducation et puis la compréhension, la
318 remise en route de quelque chose, donc si eux ne la mobilisent pas, cette qualité, c'est
319 difficile de faire avancer, faire progresser leur passion.

320

321 **Moi :**

322 Dans votre mangement, **avez-vous des exemples d'utilisation de l'intelligence**
323 **émotionnelle qui vous ont permis d'avancer et de dénouer quelque chose avec**
324 **une équipe qui n'est pas issue de votre filière ?**

325 **EMMA :**

326 J'en ai sûrement... Comme ça, je ne...

327 *Silence... Emma réfléchit longuement*

328 Je ne vois pas d'exemple spécifique...

329 Mais que ce soit dans mon exercice en réa, en psychiatrie, à chaque fois j'ai vraiment
330 tout le temps été beaucoup plus dans l'analyse de pratique. Quand il y avait des
331 situations tendues, en réa, moi, j'avais aussi souvent... j'hésitais pas à faire appel à la
332 psychologue.

333 Moi-même à faire appel à l'interprofessionnalité.

334

335 **Moi :**

336 Dernière question, vous l'avez déjà abordée, voire même répondue au cours de
337 l'entretien mais selon vous, **est-ce que l'intelligence émotionnelle doit être la**
338 **nouvelle compétence que devront maîtriser les cadres de santé ?**

339

340 **EMMA :**

341 La nouvelle compétence ?

342

343 **Moi :**

344 La nouvelle compétence ou une compétence qui sera à maîtriser.

345

346 **EMMA :**

347 Qu'on a maintenant peut-être plus identifiée, qu'on a nommé.

348 Oui, moi, je pense, oui, oui, je pense, c'est sûr. Qui fait d'autres compétences, ce serait
349 aussi dans l'innovation.

350 Dans d'autres formes..., d'autres formes d'acceptation du management, du
351 management à distance, par exemple. Surtout si on est sur plusieurs sites, si on n'est
352 pas toujours présent. Je pense que ça fait aussi partie des compétences nouvelles sur
353 lesquelles les cadres vont devoir s'appuyer : l'intelligence émotionnelle, ouais...

354 Moi, je pense qu'aujourd'hui, c'est un concept qu'on a peut-être plus identifié, plus

355 nommé, mais est-ce qu'il n'était déjà pas présent auparavant dans la façon d'être et de

356 faire ?

357

358 **Moi :**

359 En fait, cette question, elle vient parce qu'il peut y avoir la persistance d'un certain
360 mantra dans le monde de la santé, notamment pour les cadres, qui veut que le cadre
361 soit la personne solide, qui laisse ses émotions au vestiaire, qui n'exprime pas ces
362 incompréhensions, ou alors qu'il ne se sente pas autorisé à les exprimer, finalement
363 peut-être que maintenant on revient sur cette symbolique-là, en tout cas cette manière
364 de faire, où on a le droit de dire... « Je ne sais pas », « je ne comprends pas », « je ne
365 suis pas en accord. ».

366

367 **EMMA :**

368 J'ai toujours fonctionné comme ça.

369

370 **Moi :**

371 **Pour vous, ça fait partie de votre management ?**

372

373 **EMMA :**

374 Pour moi, ça fait partie, voilà. Parce que de toute façon, déjà, au départ, on n'est
375 qu'humain. Voilà. **On est humain, on travaille avec des humains**, on travaille avec
376 des personnes vulnérables, et je défie quiconque de dire qu'il n'a jamais été en
377 situation de vulnérabilité. C'est pour ça aussi que je disais, je pense que la
378 personnalité, l'identité, c'est une des bases.

379

380 **Moi :**

381 En plus, si j'allais plus loin, **est-ce que si on était amené à faire de la réingénierie de**
382 **la formation cadre, ça devrait être inscrit, cette compétence de gestion des**
383 **émotion , dans les référentiels d'activités cadre de santé ?**

384

385 **EMMA :**

386 Je pense que c'est très intéressant, comme je vous le disais, il faut qu'on fasse
387 beaucoup plus de choses moins académiques et beaucoup plus d'exercices de
388 situation, beaucoup plus de mise en situation, de travail de groupe peut-être , pas que
389 ça, mais on travaille peut-être plus sur des exercices de situation, comment ils ont été
390 menés, gérés, faire une analyse a posteriori, un petit peu comme en gestion des
391 risques.

392

393 **Moi :**

394 Je vous remercie, je suis arrivé au bout de mes questions. Souhaitez-vous ajoutez
395 quelque chose de votre expérience, de vos connaissances que je n'aurais pas abordé
396 dans l'entretien sur le management interfilières, la légitimité, la posture, l'intelligence
397 émotionnelle ou un autre sujet.

398

399 **EMMA :**

400 Non, ce que je pourrais rajouter, c'est que sur l'interprofessionnalité, l'inter-filiariétés,
401 **connaître la filière c'est aidant, de mon recul, mais c'est pas indispensable.** C'est
402 pas indispensable si on a la capacité de chercher, d'aller comprendre ce que font les
403 autres.

404 Après, être issue de l'environnement, ça peut être plus confortable, mais ça peut peut-
405 être aussi être un biais qui fait qu'on n'a pas cette ouverture d'esprit et qu'on s'assied
406 sur ces soi-disant acquis qui n'en sont pas... Voilà.

407 **Moi :**

408 Je vous remercie.

Annexe VI - retranscription de l'entretien avec Manon : CDS filière rééducation

1 **Moi :**

2 Je vais vous demander de présenter votre filière d'origine, depuis combien de temps
3 vous êtes cadre de santé et surtout le nombre de professionnels que vous avez en
4 responsabilité et leurs filières.

5

6 **MANON :**

7 Donc moi je suis cadre kinésithérapeute de formation, j'ai pratiqué pendant 20 ans. Je
8 suis jeune diplômé de l'IFCS parce que j'ai eu mon diplôme en juin 2023. Comme je
9 vous dis, je suis actuellement en cours de finalisation de master 2, organisation et
10 conduite du changement et je n'ai jamais fait faisant en fonction, donc c'est mon
11 premier poste, jeune diplômé, jeune arrivée dans l'établissement au mois d'août 2023,
12 donc ça fait 8 mois que je suis en poste.

13 J'ai 65 agents sous ma responsabilité directe, transversale, donc moi je suis sur le pôle
14 adulte mais je gère aussi des agents qui sont sur le pôle gériatrie et j'ai un agent qui
15 est à cheval sur le pôle gériatrie et dialyse, donc en fait beaucoup d'interfaces,
16 beaucoup d'interactions, sachant que sur le pôle adulte on a trois services, la neuro, la
17 rhumato donc c'est certes 65 agents mais c'est aussi beaucoup d'interfaces avec des
18 médecins, des staffs différents, voilà. Donc très transversal, les 65 agents, donc
19 essentiellement des rééducateurs, donc les psychomotriciens, ergothérapeutes,
20 orthophonistes, les kinésithérapeutes, évidemment, des APA, et je suis aussi
21 responsable de l'équipe de brancardier et de la balnéothérapie où il y a un
22 kinésithérapeute et trois aides-soignantes. Par contre, je ne m'occupe pas du tout du
23 sang.

24

25 **Moi :**

26 Mais du coup, finalement, une grande majorité de professionnels dont vous n'êtes pas
27 issus de la filière, il n'y a pas que des kinésithérapeutes ?

28

29 **MANON :**

30 Les kinésithérapeutes, c'est notre plus gros pôle, sur les 65, ils doivent être, je crois,
31 27, donc, c'est quand même la majorité de ce que je peux avoir mais effectivement, le
32 reste, c'est des gens qui ne sont pas issus de ma filière.

33 Ou je ne suis pas issue de leur filière.

34

35 **Moi :**

36 Les premières questions vont porter sur la notion de légitimité et la première question
37 de manière très générale **selon vous qu'est-ce que la légitimité ?**

38 **MANON :**

39 La légitimité c'est pour moi déjà **une reconnaissance**, le fait de sentir que les équipes
40 nous prennent au sérieux dans notre position en fait et ça, ça passe à mon sens par
41 plusieurs choses. Déjà, c'est un axe managérial quand même pour moi, donc certes, le
42 fait d'être de leur filière, comme je vous l'ai dit c'est mon premier poste, je me suis
43 sentie plus à l'aise, n'ayant jamais fait faisant en fonction, d'aller sur un domaine qui
44 était plutôt dans mon périmètre, donc la rééducation. Ce qui ne veut pas dire que je ne
45 serais pas amenée à faire autre chose pour l'instant, mais effectivement j'avais
46 l'impression quand même de **parler le même langage**.

47 Donc pour moi, la légitimité c'est aussi **être claire, se faire comprendre**, être
48 comprise, comprendre les autres, voilà, il y a beaucoup de la compréhension et après
49 c'est une posture. Donc pour moi ça passe quand même beaucoup par du
50 management. De là à dire que les choses sont différentes, ce sera peut-être dans vos
51 questions après, mais clairement les kinés m'ont reconnu tout de suite en tant que
52 cadre, et je pensais qu'étant filière de rééducation, ça serait la même avec les autres
53 rééducateurs, et en vrai, c'est pas complètement le cas.

54 Voilà. Donc ça, il y a... Peut-être que je suis en train d'anticiper un peu vos questions,
55 mais... Et donc la légitimité, c'est... Ouais, moi, j'associe ça beaucoup à de l'**estime**, en
56 fait.

57 Si on estime la personne qui est en face de soi, qu'on lui reconnaît les valeurs, on est
58 légitime, voilà.

59

60 **Moi :**

61 Très bien, si je rebondis sur le fait que les autres rééducateurs, donc en dehors des
62 kinés, n'ont pas forcément...

63 *Le téléphone de Manon sonne (enregistrement mis en pause)*

64 Oui, donc je sais que par rapport à ces filières qui n'ont pas tout de suite reconnu votre
65 légitimité, finalement, **comment vous avez fait pour qu'ils la reconnaissent, quelles**
66 **ont été les sources de la légitimité pour vous, ou de manière générale pour un**
67 **cadre de santé, selon vous ?**

68

69 **MANON :**

70 Alors, l'idée pour moi, comme je vous le disais, c'est d'abord une posture managériale.

71 Au fond, c'est montrer qu'on est là, après, on a différents types de management, je ne
72 peux pas vous dire que j'ai un management spécifique, je sais ce que je veux faire,
73 mais il y a des gens avec qui il faut agir d'une façon et d'autre d'une autre, donc voilà,
74 plutôt un management adaptatif.

75 Dans l'idée, moi, ce que j'ai fait déjà quand je suis arrivée, c'est essayer de
76 **comprendre** ce qui se passait, d'aller interroger les gens, d'aller trouver ma position.
77 Je peux vous donner un exemple bien précis. Pour moi, au final, la catégorie
78 professionnelle avec laquelle j'ai le plus de difficultés à ce niveau-là, mais c'est pas
79 forcément parce que c'est cette catégorie là, mais c'est le contexte professionnel qui va
80 avec, ce sont les ergothérapeutes. Parce que la cadre supérieure est ergothérapeute
81 de formation. Donc il y a un positionnement différent de la cadre supérieure par rapport
82 à ces équipes-là et elles ont eu un fonctionnement différent. Donc moi, en fait, il y a eu
83 une situation en particulier, une réunion, où la cadre supérieure a pris le dessus, elle a
84 annoncé quelque chose devant les équipes ergothérapeutes sans que je sois au
85 courant. Quelque chose de structurant, un changement de poste, enfin un truc... et en
86 fait, j'ai été lui parler, en lui disant que pour moi c'était pas possible, que je pouvais pas
87 me positionner par rapport à mes équipes.

88 Donc, vous voyez la légitimité au fond... et derrière, il a fallu que je retravaille pour lui
89 montrer qu'en fait, c'était moi qui les gérais en direct, que les décisions stratégiques se
90 prenaient au niveau supérieur, mais que l'organisation, c'était moi. Donc ça, c'était un
91 moment un peu crucial pour moi, qui s'est passé peut-être deux mois après que je sois
92 arrivée et la cadre supérieure l'a très bien compris et au final, elle a suivi. Donc quand
93 je vous dis que c'est une posture, la légitimité, c'est soi-même, comment on se
94 positionne soi, mais comment aussi autour on nous envisage et **notamment la**
95 **hiérarchie**.

96 Et comme ensuite, maintenant, elle m'a complètement laissé faire, et là justement, la
97 restructuration de poste c'est moi qui la gère, c'est moi qui gère les équipes, elle a
98 complètement lâché, et bien la légitimité j'ai fini par l'acquérir. Donc au fond, plus une
99 légitimité managériale qu'une légitimité de profession, parce que là, pour le coup, là, je
100 leur laisse carte blanche, j'interviens jamais, jamais, jamais dans leurs pratiques, y
101 compris les kinés, même si ça me parle plus que d'autres professions. Donc moi, je
102 cherche **une légitimité managériale** et pas une légitimité de profession.
103 Donc pour moi, ça passe par ça, quoi, la posture.

104

105 **Moi :**

106 Alors du coup vous avez presque répondu à la question suivante qui était finalement :

107 **quel processus vous avez mis en place pour asseoir votre légitimité ?** donc si je
108 comprends bien **c'est reconnaître les professionnels avec qui vous êtes, les**
109 **comprendre mais aussi communiquer et réaffirmer votre positionnement en tant**
110 **que cadre et pas en tant qu'ancienne kinésithérapeute, qui a une expertise dans**
111 **ce métier ?**

112

113 **MANON :**

114 Exactement !

115 Après ça donne quand même un cadre quand on parle d'handicap, on se comprend
116 assez rapidement. Maintenant c'est vrai que... Je leur laisse quand même, et c'est en
117 ça aussi où c'est la position managériale, leur spécificité et le droit à l'autonomie de
118 leur pratique, de tout ce qu'ils vont pouvoir faire. Là, par exemple, quand je vous parle
119 de restructuration de poste, je leur ai donné plusieurs options, J'ai eu des discussions
120 avec elles, parce qu'il n'y a que des femmes chez nous en ergothérapie et au fond, on
121 a exposé les différents arguments et j'ai tranché. Donc, on est parti du terrain, on est
122 parti de leur réalité, donc, j'ai eu un management participatif à ce moment-là, mais
123 participatif à une limite aussi et au final, j'ai tranché, j'ai fait valider par la direction et
124 c'est très bien passé comme ça. Donc, aujourd'hui, le changement, il est très bien
125 accepté aussi pour ça, donc voilà.

126

127 **Moi :**

128 **Est-ce que, malgré tout, il y a encore des situations, quelles qu'elles soient, où**
129 **vous ne vous sentez pas légitime à manager ces professionnels ?**

130

131 **MANON :**

132 Non, mais encore une fois pas en tant que professionnel de la filière mais plus en
133 positionnement. Vous voyez, par exemple, la personne qui vient de m'appeler elle est
134 AS, elle a confiance en moi parce qu'elle sait que quand il y a une problématique avec
135 une patiente, c'est déjà arrivé, elle sait que je suis là. Pour moi, c'est vraiment notre
136 rôle, **notre positionnement**, qui va donner notre légitimité et pas forcément la filière
137 dont on est issu. Je mettrais juste un bémol, c'est que par rapport aux équipes, ça, ça
138 marche très bien, par rapport au cadre, ça c'est très différent donc je sais pas si c'est
139 une de vos questions après, mais moi je peux vous assurer que ici je suis la seule cas
140 de rééducation sur le pôle adulte j'entends très régulièrement : « tes rééducateurs, tes
141 équipes » et donc j'ai un positionnement à part et on me fait comprendre que
142 potentiellement les soignants c'est différent et je l'entends. C'est vrai que les

143 rééducateurs sont très autonomes, franchement moi j'ai pas de gestion de planning,
144 par contre énormément de gestion de projet, des choses de fond, enfin, donc c'est
145 hyper valorisant, hyper intéressant. Certainement plus que de faire du planning toute la
146 journée ou chercher des remplacements ou des choses comme ça. Et auprès de
147 certains cadres, ça c'est un petit peu difficile.

148 Donc on me dit souvent tu n'es pas cadre de santé, tu es cadre de rééducation. Donc
149 quand je vous dis que c'est pas si simple et qu'on est transversaux, oui auprès des
150 équipes ça passe très bien, et d'ailleurs il y a même des soignants quand les collègues
151 sont absents qui viennent me voir, il n'y a aucun problème. Quand c'est l'inverse, on
152 me dit : « oui j'ai vu un de tes rééducateurs » et ça, pour le coup, chez les soignants ça
153 passe un peu moins bien mais certainement à cause de l'activité qu'on fait et il y a
154 peut-être parfois, mais peut-être que je me trompe, il faudrait demander aux soignants,
155 un sentiment d'injustice sur l'intérêt du travail qu'on pourrait avoir.

156

157 **MANON :**

158 Mais vous qui avez fait les deux, vous avez peut-être vu la différence ?

159

160 **Moi :**

161 Les choses sont effectivement très différentes. Je ne gérais pas les soignants, pour
162 l'équipe soignant, j'étais beaucoup sur... le planning, etc. Parce que le contexte actuel
163 fait que le planning est notre principal outil en ce moment pour faire en sorte que les
164 services tournent, alors que les rééducateurs faisaient un peu leur planning, ils
165 savaient quand ils posaient un RTT, un CA, ils se remplaçaient entre eux, ils me
166 donnaient juste la solution et donc... c'est vrai que je les ai plus accompagnés sur du
167 projet ou la certification, etc. Après, ça ne m'a pas empêché de faire beaucoup de
168 projets, notamment qualité avec les soignants, ce qui a permis de diversifier...

169

170 **MANON :**

171 Oui, donc clairement quand je fais des gardes ou des choses comme ça, je dois me
172 remettre dans le *Octime*, comment ça fonctionne, et puis les agences d'intérim et
173 tout..., moi, je ne le ressens pas et je fais pareil pour tout le monde et si je dois aider
174 les soignants, j'aide les soignants. L'inverse, c'est moins spontané. Voilà.

175 En tout cas, de ce que moi je ressens dans mon expérience ici.

176 ...

177 En tout cas, dans cet établissement, je dis pas que c'est pareil partout, mais comme on
178 a un établissement de rééducation et puis c'est aussi ça qui est un peu frustrant
179 parfois, je pense, pour les collègues, c'est que les gens viennent pour la rééducation.

180 Donc forcément, les professionnels de rééducation sont valorisés et je pense
181 qu'effectivement, c'est une culture différente, c'est des gens qui sont pas si compliqués
182 que ça à manager et c'est vrai que du coup, la 65, c'est beaucoup.

183 Mais je peux le faire parce qu'ils sont autonomes et que je leur fais **confiance**, donc
184 voilà.

185

186 **Moi :**

187 Ok. Ma dernière question en lien sur la légitimité pour faire le lien avec la posture
188 managériale, c'était justement, **vous dans votre management interfilières quels**
189 **liens vous faites entre la posture managériale et celle de légitimité ?** Vous l'avez
190 abordé finalement dès le début, donc on voit bien que ça a été un de vos outils
191 principaux d'adapter..., d'avoir cette posture adaptée à chaque professionnel, de
192 respecter leurs spécificités qui a fait que vous vous êtes ancré comme une cadre de
193 santé, pas comme une collègue un peu plus experte que les autres, si j'ai bien
194 compris ?

195

196 **MANON :**

197 Oui, c'est exactement ça.

198 Après, la spécificité un peu de mon poste, c'est que c'est un **management de**
199 **proximité** mais j'en ai tellement que c'est pas de la proximité pure. Moi, je suis partie
200 du principe qu'il y a des choses sur lesquelles je les embêterais pas tant que le travail
201 a été fait. Donc les horaires pile-poil, les machins, c'est de toute façon techniquement
202 impossible pour moi d'aller les vérifier, vu qu'ils sont partout sur plein de plateaux
203 technique... mais par contre, il faut qu'ils s'assurent et ça, je crois qu'ils commencent à
204 le comprendre.

205 Si j'ai pas de retour négatif de patients, si le boulot est fait, si les médecins ne disent
206 rien, j'irai jamais voir ce qu'ils font. Là j'ai eu un cas justement avec une AS de Balnéo
207 qui a commencé à me parler d'horaire et tout machin, j'ai dit ok, ça m'éclate pas mais
208 tous les matins à 8h30 je serai là pour voir si t'es à l'heure vu que tu veux compter des
209 heures sup mais je pense que tu fais pas tes heures, donc ça c'est exactement ce que
210 j'ai pas du tout envie de faire dans le management et c'est exactement ce que j'ai pas
211 fait jusqu'à maintenant. Mais ponctuellement quand il faut le faire, juste montrer que le
212 cadre on est là pour le faire aussi quoi. Ils ont besoin de ça, je suis arrivée, ils étaient
213 laissés à l'abandon. Sincèrement, ils étaient en souffrance, tous. Un des trucs les plus
214 positifs qu'on m'ait dit, c'est quand je suis allée faire ma visite à la médecine du travail,
215 on m'a dit : « mais vous vous occupez de la traumato ? » et oui, « on voit plus

216 personne. On avait les gens toutes les semaines, et là, on voit plus personne. »
217 Je me suis dit, OK, voilà, donc **l'équité, la neutralité, et être présent** mais pas trop
218 haut, **la bonne distance managériale**, ça, c'est un vrai sujet, je pense. Et voilà. Donc
219 vous parliez d'intelligence émotionnelle, je pense que de toute façon, il faut avoir la
220 perception des autres et savoir comment on se positionne par rapport aux autres. Il
221 faut aussi **bien se connaître soi-même**, ses leviers, de quoi on est capable, et par
222 contre, je pense qu'il faut, ça je le dis souvent, être très **stable émotionnellement**
223 quand on est cadre. Parce que les gens, ils vont vous pousser, c'est sûr ! Ils vont y
224 aller, donc il faut être clair sur ses appuis. Moi j'aime bien m'appuyer sur la règle parce
225 qu'au moins c'est la règle, c'est notre équitable, ce qui veut pas dire qu'on l'adapte
226 jamais mais au moins on a une cohérence dans ce qu'on fait, j'ai pas une mémoire de
227 folie donc j'essaie d'être cohérente, c'est déjà pas mal.
228 Donc voilà, donc en termes de posture et l'intelligence émotionnelle, voilà, stable soi-
229 même émotionnellement, **être à l'écoute** des autres, savoir mettre les limites, et quand
230 on les explique, en vrai ça passe très bien. Là moi j'ai vu des trucs sur les congés d'été
231 en disant écoutez : « la règle c'est un tiers », donc soit vous vous arrangez, soit je
232 tranche. Et ben ils se sont arrangés !
233 Et au final c'est beaucoup plus confort parce qu'on n'a pas à trancher un truc
234 désagréable parce qu'ils comprennent et voilà. Alors des fois on fait des tableaux où
235 on compte le nombre de fériés pour chaque personne, ça non plus c'est pas très
236 intéressant mais voilà, on le fait.

237

238 **Moi :**

239 Ok, donc si je comprends bien, vous avez un style de management plutôt participatif.
240 **Est-ce que vous pensez que votre manière de manager, que ce soit dans le style**
241 **managérial ou dans la posture, il diffère en fonction des professionnels que vous**
242 **avez ?** C'est-à-dire que vous l'avez plutôt adapté face à des professionnels dont vous
243 ne connaissiez pas le champ d'action, notamment au tout début de votre prise de
244 postes ?

245

246 **MANON :**

247 Pas du tout, pas du tout, pareil pour tout le monde et c'est ce qui fait que ça fonctionne
248 En fait c'est que justement ils sentent **pas de différence** que ce soit au sein d'une
249 même équipe ou en transversal et j'essaie justement de... là, par exemple, on va
250 repasser la certification, j'ai fait un point certification avec tous mes agents. Je les ai
251 tous regroupés, déjà c'était chouette de les voir, tout le monde n'était pas là mais au
252 moins 55, enfin... déjà qu'ils se rendent compte du nombre de personnes et pour eux,

253 de se dire qu'ils font aussi partie de cette équipe-là. Je pense que je suis reconnue
254 pour **être juste** dans ce que je fais...
255 J'essaye de l'être, parfois on peut passer à côté mais il faut accepter ça aussi, de
256 passer à côté des choses ou de se tromper, ou de... mais non, je pense pas avoir... Je
257 suis pas différente du tout avec les gens.
258 Après, si je gérais des soignants en service, peut-être que ce serait différent, parce
259 que... mais je vous dis, par rapport aux équipes, je sais pas, je l'ai pas fait. Peut-être
260 que les autres que vous interrogez, ils auront cette expérience-là mais... mais par
261 rapport au cadre où il sera un peu, par rapport aux équipes, je pense que ça va. Après,
262 je vous dis, moi, j'ai aussi quelque chose... je suis pas issue de l'hôpital, donc pour
263 moi, tout est nouveau ici. Je viens de la fonction publique territoriale, enfin, on se tutoie
264 tous là-bas et ici c'est très hiérarchique et... ouais, c'est ça. Et donc, moi, mes équipes,
265 la plupart, on se tutoie et après c'est peut-être aussi le côté rééducateur où on est
266 comme ça, bah j'ai pas moins de respect, j'ai pas plus de difficultés que mes collègues,
267 j'ai pas moins de légitimité justement. Et voilà...

268 Peut-être la seule différence et là je pourrais pas vous l'expliquer complètement, c'est
269 que mes agents brancardiers ou aides-soignants je les vouvoie et ils me vouvoient.
270 Mais parce que je sens qu'ils ont du mal à passer de la barrière et je veux pas, moi,
271 avoir une familiarité avec eux, que eux n'ont pas. Donc on se vouvoie, voilà.
272 Et donc c'est un peu inconscient. Après, il y a 2-3 rééducateurs qui ont préféré me
273 vouvoyer, du coup je les ai vouvoyés, je m'adapte mais là, tout le monde me tutoie,
274 sinon quoi... mais les aides-soignants, les brancardiers... Ouais, peut-être pour leur
275 montrer vraiment du respect, mais pour...voilà, y a pas de familiarité, quoi, alors que
276 tous les autres je les tutoie, donc dans l'idée je pourrais les tutoyer. Donc là c'est peut-
277 être un truc qu'il faudrait que je travaille, moi, pour comprendre.

278

279 **Moi :**

280 Finalement, plus qu'un management interfilières, vous vous confrontez à une
281 différence de culture professionnelle ?

282

283 **MANON :**

284 Ça doit jouer, vous avez sûrement raison, ça doit jouer. Il faudrait faire une étude un
285 peu sociologique, anthropologique, mais là je vous laisse, vous n'aurez peut-être pas
286 le temps, mais voilà c'est ça. Mais oui, il y a de toute façon une culture différente.
287 Maintenant, je vous dis, moi **j'essaie d'être neutre** et je ne sais pas si un jour je
288 m'occuperai d'une équipe de soins ou quoi. En tout cas, là je suis contente de faire

289 mes armes sur au moins un domaine que je maîtrise un peu parce que je me suis
290 quand même..., je suis sortie de ma zone de confort, clairement.
291 Je suis allée à l'hôpital, j'étais en autofinancement, j'y suis allée. Donc là, d'être au
292 moins sur... puis 65 agents.... ce n'est pas simple non plus, je me suis dit qu'on ne
293 peut pas prendre toutes les difficultés d'un coup mais peut-être, on verra ce qui se
294 propose, je ne suis pas fermée à l'idée. Il faudrait que je maîtrise plus les cycles, mais
295 tout s'apprend.

296

297 **Moi :**

298 Et du coup en lien, on a un peu dévié sur la culture professionnelle mais ça fait le lien
299 avec ma question suivante, **est-ce que selon vous le respect de la singularité et de**
300 **l'individualité des professionnels est une composante indispensable de votre**
301 **posture managériale ?**

302

303 **MANON :**

304 Quand vous dites singularité, c'est par rapport à leur profession ou l'individu ?

305

306 **Moi :**

307 C'est à la fois par rapport à la profession, mais aussi par rapport aux individus qui
308 peuvent avoir des formations complémentaires, des compétences complémentaires,
309 voire des compétences extra-professionnelles qui peuvent être intégrées dans le
310 professionnel. **Est-ce que, notamment dans le cadre d'un management**
311 **interfilières, cela peut être un levier facilitant le management ?**

312

313 **MANON :**

314 Pour moi, **manager c'est aussi faire grandir**. Moi, je n'ai pas d'ego, je n'ai pas besoin
315 de me sentir supérieure, je ne le suis pas, je ne le ressens pas et au contraire, **je**
316 **valorise** tous mes agents.

317 L'idée, c'est de se dire que une carrière c'est long, ils ne vont pas faire tout leur temps
318 ici et les compétences elles évoluent et le monde il évolue, sinon on ne bouge pas, ça
319 ne marchera pas. Donc si les gens sont plus diplômés que moi ou meilleurs que moi,
320 j'ai aucun problème là-dessus. Après, le fait est que je suis le manager. Donc sur ça,
321 j'ai jamais de doute, en fait.

322 Mais comme c'est plutôt des formations, en plus, là pour le coup, vraiment spécifiques
323 de leur métier ou de leur filière... au contraire, puis ça valorise l'établissement. Moi, je
324 suis très pour toutes les formations, je les valide toutes, je les soutiens. Là, par

325 exemple, il y a deux demandes de DU je les ai aidées à écrire leurs lettres. On est
326 aussi là pour ça, pour faire grandir les gens.
327 Donc non, je ne sais pas si c'est un levier, en tout cas, moi, c'est quelque chose que je
328 pousse, parce que plus les équipes seront bien, mieux ils soigneront les gens. Donc
329 s'ils s'épanouissent..., parce que **l'épanouissement intellectuel**, il est important aussi.
330 On rentre vite dans nos pratiques, dans nos habitudes, voilà. Donc il faut développer
331 autre chose. Et donc moi, j'incite à ça.
332 Donc moi, je n'ai pas de... comme je vous dis, je ne me sens pas menacée. C'est pour
333 ça que je vous parlais aussi de stabilité émotionnelle, je ne suis pas en compétition
334 avec eux, ils ne sont pas en compétition avec moi, mais comme avec ma hiérarchie,
335 chacun à son niveau on fait ce qu'on doit faire. Moi, je suis du management de
336 proximité opérationnelle, il faut que ça tourne et après je décline tout ce que je dois
337 décliner pour que ça tourne. Et s'il y a quelqu'un qui est très bon et qui est au
338 contraire..., vas-y.
339 Là, moi ce que je voudrais mettre en place, c'est sur le même principe que les IDEC,
340 c'est des rééducateurs, pas forcément de coordination, faudrait trouver quelque chose,
341 mais... Il n'y en a pas qui se forment. Il y a deux postes au Pôle Enfant de cadres
342 rééducateurs, parce que nous il les différencie ici, moi, j'aimerais bien qu'on crée des
343 vocations ici, donc au contraire, j'ai déjà identifié deux personnes, je leur ai dit que :
344 « j'aimerais bien qu'on travaille pour que tu aies plus de responsabilités », si je n'avais
345 pas confiance en moi et si je pensais qu'on pouvait prendre ma place ou que je me
346 sentais en danger, jamais je ne demanderais aux gens... au contraire, moi, j'avais
347 besoin de **développer les talents**.
348 On est aussi là pour ça.

349 ...

350 **Un levier de management par contre, la valorisation professionnelle, ça oui.**

351

352 **Moi :**

353 **Et encore plus dans le management interfilières ou au même niveau ?**

354

355 **MANON :**

356 Là, pour le coup, pour moi, c'est partout

357

358 **Moi :**

359 Et vous parliez, alors du coup, vous avez abordé très tôt l'intelligence émotionnelle,
360 dans le cadre de votre management interfilières, **quel lien vous pouvez faire entre**

361 **votre posture managériale et le fait que vous ayez une capacité à reconnaître et à**
362 **gérer les émotions ?**

363

364 **MANON :**

365 Alors là pour le coup, moi je verrais ça plutôt en inter-individuel parce que les émotions
366 c'est vraiment personnel et je dirais que je peux reconnaître certaines caractéristiques
367 un peu communes à certaines professions, entre elles, mais dans l'absolu, on va être
368 clair, il y a toujours 10% qui pose problème, c'est statistique, c'est comme ça, pour le
369 coup, il y en a partout.

370 *Le téléphone de Manon sonne (enregistrement mis en pause)*

371 Donc oui, après c'est peut-être dû à une catégorie plutôt... peut-être parce qu'il y a une
372 réalité aussi de catégorie un peu sociale en fonction des métiers et donc... il y a
373 effectivement une approche peut-être un peu différente, comme vous parlez avec les
374 bancardiers ou les aides-soignantes qui sont un peu moins diplômés au final qui ont
375 peut-être des approches parfois un peu plus... je sais pas comment dire...

376 pragmatiques ou je sais pas, mais voilà. En tout cas, donc... mais en même temps,
377 même dans ces catégories-là, il y a des gens différents, en fait. Donc l'émotion, oui, on
378 sait à qui on parle et c'est pour ça que je vous dis déjà, il faut **comprendre**, en fait.

379 Et il y a un truc qu'il faut avoir en tête, c'est que toute personne, quand elle fait une
380 chose, c'est qu'elle a une très bonne raison de le faire. C'est justifié ou c'est pas justifié
381 mais pour elle, elle a une très bonne raison de le faire. Donc c'est... ou alors un levier
382 ou alors quelque chose, donc moi je suis jamais dans le jugement mais je suis toujours
383 en train de me dire voilà là par contre j'ai mes limites à moi aussi quoi.

384 Donc et c'est ce que je dis à tout le monde, on peut toujours tous se dire, je différencie
385 beaucoup le fond et la forme. Sur le fond on peut tous dire, sur la forme et ça c'est mon
386 levier à moi, si on parle mal là je peux pas. Donc c'est vraiment ma limite.

387 Après le reste et du coup les gens..., ma porte elle est toujours ouverte, ils viennent,
388 voilà. Donc je suis, je pense, disponible pour les agents, mais je le verrais plus comme
389 des liens individuels par rapport aux émotions que vraiment par rapport à un groupe en
390 particulier.

391

392 **Moi :**

393 Et malgré tout, **pensez- vous que cette capacité à pouvoir reconnaître et gérer les**
394 **émotions, alors à la fois les siennes, vous en parlez, mais aussi celles de vos**
395 **collaborateurs, ça doit faire partie d'une posture managériale ?**

396 **MANON :**

397 Alors, les reconnaître, non, ça doit en faire partie. Par contre, **savoir gérer les**
398 **siennes pour gérer celles des autres, c'est indispensable.** C'est pour ça que je
399 vous parlais de stabilité émotionnelle.

400

401 **Moi :**

402 Je me pose la question, est-ce qu'on peut parfois rester encore sur ce fameux mantra
403 qui infuse encore dans toutes les catégories professionnelles soignants, la fameuse
404 phrase « on laisse ses émotions vestiaires » pour les soignants ou encore le cadre qui
405 doit être le pilier, la force, qui doit jamais dire quand il ne va pas bien.

406

407 **MANON :**

408 Ah non, moi je me l'accorde ça !

409 Typiquement, la semaine dernière, je suis sur un projet, ça n'avance pas parce que
410 voilà, problème de sponsoring en haut, machin, tout ça... j'ai dit aux équipes : « je suis
411 blasée » en fait, parce que ça n'avance pas, et ils apprécient ça. En fait..., si... un
412 levier que j'ai beaucoup, **il faut faire avec ce qu'on est**. On dit les choses, on dit pourquoi on
413 fait les choses et quand on n'y arrive pas, on dit pourquoi on n'y arrive pas.

414 Ça veut pas dire qu'on balance toutes les vérités stratégiques, mais on explique
415 pourquoi les choses. Et très honnêtement, ça marche très bien. Donc est-ce que
416 c'est... Je pense que de toute façon, **il faut faire avec ce qu'on est**, donc si on est un
417 manager qui a besoin de s'exprimer, qui a besoin de machin, bon, très bien, mais on
418 pourra pas faire autrement parce que de toute façon, pour soi, c'est notre façon de
419 fonctionner.

420 Mais par rapport aux équipes, c'est ce qui ressort de la personne qui était là avant, en
421 fait, moi c'est la fusion de deux postes, on me disait : « de toute façon on ne pouvait
422 pas lui parler, elle criait tout le temps » et la deuxième, c'était : « de toute façon on
423 faisait une réunion, elle ne parlait que d'elle, elle ne demandait jamais », donc voilà,
424 chacun fait comme il peut. Moi c'est sûr que j'arrive, j'écoute, je prends le temps,
425 j'explique les choses et pourquoi on fait et là pourquoi ça marche. Oui pour eux ça a
426 été un peu un changement, enfin clairement..., positif. Donc j'ai des retours positifs des
427 équipes. Donc voilà, maintenant, je peux pas donner la leçon sur ce qu'il faut faire, pas
428 faire, garder ses émotions passées en fonction de ce qu'on arrive à faire ou pas. En
429 tout cas, j'ai jamais crié depuis que je suis là, je me suis jamais énervée, j'ai été ferme
430 parfois, j'ai recadré souvent, mais parce qu'on apprend tous à travailler ensemble.
431 Je suis là depuis 8 mois, on apprend. J'apprends, ils apprennent, et on apprend à

432 fonctionner tous ensemble. Faut être lucide et faut être... Il faut aussi se donner le droit
433 à l'erreur. **Les émotions, elles sont là.**

434 Mais moi, ce que je dis souvent, c'est que du travail. Il se passe plein de choses
435 graves aussi en dehors, donc quand il y a une situation, on la gère et on essaye de
436 faire avancer, par contre, on la gère, on ne la laisse pas pourrir, voilà.

437

438 **Moi :**

439 Du coup, toujours sur ce volet de la gestion des émotions qui va être l'objet des
440 dernières questions, j'ai bien compris que vous connaissiez cette notion d'intelligence
441 émotionnelle, **quelles attitudes, vous, vous mettez derrière cette notion ?**

442

443 **MANON :**

444 ... La..., C'est propre à chacun, j'ai envie de dire. Moi, je vous dis, c'est comme je vous
445 disais, **la transparence**, de pouvoir dire aussi quand ça va et quand ça va pas mais
446 aussi positiver quand ça va, **d'être...fiable...** ouais **être fiable**, en fait c'est ça. Je
447 pense qu'il faut être **fiable**.

448 Parce qu'au fond, un jour, on peut dérapier, on peut quelque chose.

449 Là, le premier truc que j'ai fait ici, c'est de leur passer toutes leurs commandes, de
450 mettre en place un dossier pour leur congé, enfin, tout ce qu'ils n'avaient pas, en fait.

451 Tout ce qui était oublié depuis des années, on pose un... Maslow, je vous donne de
452 quoi travailler (*rire*)

453

454 **Moi :**

455 **Vous les mettez en sécurité ?**

456

457 **MANON :**

458 Complètement. Et ils le sont et on me dit souvent : « ils sont apaisés, ils sont » ... Voilà.

459 Et ils savent que si je dis que je vais faire quelque chose, je le fais, voilà. Donc c'est
460 ça, c'est donner **confiance**. Leur donner de la confiance et soi-même être fiable. Donc
461 moi, j'essaie d'être fiable. C'est important pour moi.

462

463 **Moi :**

464 **Pensez-vous que ces attitudes, cette utilisation de l'intelligence émotionnelle, ça**
465 **a été un levier de votre légitimité auprès des professionnels qui ne sont pas**
466 **issus de votre filière ?** Ça me permet de revenir sur ce que vous disiez tout au début,
467 ça a été plus difficile, est-ce que vous avez l'impression qu'avec les psychomotriciens,

468 les ergothérapeutes, les orthophonistes, le fait d'être transparent, de valoriser, d'être
469 fiable, de sécuriser, de montrer vous qui vous êtes et de comprendre aussi qui ils sont
470 et quelles sont leurs émotions, **est-ce que ça a permis d'ancrer votre légitimité là, 8**
471 **mois après votre prise de poste ?**

472

473 **MANON :**

474 Franchement, je pense que oui. D'autant plus comme je vous dis, tout changement,
475 toute chose, **je m'appuie sur eux en fait.** Je leur dis, votre quotidien, votre réalité,
476 c'est quoi ? et donc je tiens compte de ça et je dis voilà, d'un point de vue
477 organisationnel, moi je peux proposer ça, ça, ça : « ça colle avec votre truc ou pas ? »
478 Et on avance comme ça en fait. Mais je trouve qu'il n'y a rien de pire que de nier ce
479 que ressentent les gens et quand je suis arrivée, ils étaient pour beaucoup en
480 souffrance.

481

482 **Moi :**

483 **Est-ce que vous auriez un exemple très concret avec certains de vos agents.**
484 **Encore une fois j'exclu les kinésithérapeutes, mais avec les psychomotriciens**
485 **par exemple, les ergothérapeutes, où vous avez fait preuve d'intelligence**
486 **émotionnelle et où ça vous a sorti d'une situation, alors pas forcément**
487 **conflictuelle, mais où ça a dénoué une situation de manière plus facile, avec un**
488 **impact sur la relation que vous avez vécue avec eux ?**

489

490 **MANON :**

491 Oui, mais je peux vous citer l'exemple d'une ergo en HDJ neuro où il y a eu un
492 accrochage avec un médecin et les médecins, au début ils ont pensé, comme il y avait
493 des tensions un peu partout, ils ont pensé que j'étais leur maman à tous et que j'allais
494 régler tous les conflits individuellement, un par un. Et donc ça, j'ai quand même réussi
495 à leur dire qu'eux-mêmes avaient ce pouvoir-là, enfin, c'était aussi à eux de gérer la
496 situation.

497 Mais du coup, je suis allée la voir et là, j'ai utilisé un levier d'**assertivité**, pour le coup,
498 en lui disant, voilà : « vous ressentez ça, je peux l'entendre, mais il y a une façon de le
499 dire, peut-être qu'il faudrait vous exprimer que vous, vous êtes en difficulté quand il y a
500 ce genre de choses etc. », j'ai essayé de lui donner un peu des leviers d'**assertivité**.

501 Ça a fonctionné un petit peu avec elle au début, mais bon, après elle est tellement en
502 conflit qu'au final elle part, donc... et ça, c'était déjà ancré bien avant que j'arrive mais
503 bizarrement, ça a amélioré les choses pas tant par rapport à elle que par rapport à tout
504 le reste de l'équipe. Donc, où il y a des APA, des kinés, ergos et orthophonistes, qui se

505 sont dit, ah oui, quand il y a un truc, elle vient le gérer, en fait. Donc **ça a assis ma**
506 **légitimité au niveau du service global**, donc, j'ai vis-à-vis d'elle qui n'était pas de ma
507 filière.

508 C'est pour ça que, je vous dis que pour moi tout est plus un peu individuel. Mais dans
509 la posture, il voit bien qu'il y a un truc, je ne me défile pas. Et là, il fallait gérer cette
510 situation entre un médecin et une ergo et puis moi, j'aime pas gérer les trucs où j'étais
511 pas là, donc voilà, on m'a remonté telle situation, j'étais pas là, il y a du faux, il y a du
512 vrai mais vous, peut-être, dans votre façon de vous exprimer, il faudrait le gérer plutôt
513 comme si, comme si, comme ça. Enfin, pas comme ça... ,vous devriez le faire comme
514 ça, mais dans **l'assertivité**, c'est bien de plutôt dire ce que vous ressentez plutôt que
515 d'accuser, de... et ça assis ma légitimité auprès d'elle dans un premier temps mais bon
516 après je vous dis c'est parti... les 10% voilà, puis il y a des gens avec qui on colle pas,
517 on a beau avoir de l'intelligence émotionnelle bon bah ça passe pas, ça passe pas,
518 bon elle ça passe avec personne donc voilà. C'est ça aussi, faut pas prendre les
519 choses individuellement ça c'est très important je trouve dans le management c'est on
520 représente quelque chose c'est pas...

521

522 **Moi :**

523 Du coup, vous disiez que le fait que vous interveniez, que vous alliez sur le terrain pour
524 gérer les conflits, les problématiques, que les autres professionnels avaient pu le voir,
525 **avez-vous senti une différence, par la suite, dans votre management ?**

526

527 **MANON :**

528 Oui, assez rapide. Pas forcément dans le management, mais comme je suis arrivée, je
529 leur ai passé toutes leurs commandes, ils étaient en attente de tout, Ils ont eu
530 **confiance** assez vite. Donc aujourd'hui, quand je leur dis quelque chose, ils savent
531 que c'est ce qui va se passer ou ne pas se passer si ça ne se passera pas et que si ça
532 ne se passe pas, c'est que ce n'était pas à mon niveau.

533 Et on en revient à la légitimité. Ça s'acquiert.

534 Et pas forcément... Pour le coup, j'y connais rien en orthophonie, par exemple, mais
535 elles savent que s'il y a vraiment un truc, je vais le faire.

536 On est là pour ça, quoi.

537

538 **Moi :**

539 Et du coup, ce sera l'objet de ma dernière question. **Après avoir beaucoup abordé**
540 **ensemble cette notion d'intelligence émotionnelle, pensez-vous que c'est, à**

541 **l'avenir, une compétence qui devra être maîtrisée par les cadres de santé ?**

542

543 **MANON :**

544 Oui, elle est difficilement quantifiable mais je pense que de toute façon, les jeunes
545 générations ont tellement en tête leur bien-être et de prioriser leur vie, ce qui ne veut
546 pas dire que le travail n'existe pas mais l'équilibre est assez fort, je pense que de toute
547 façon, si on n'a pas ça en tête..., oui.

548 Et après, là, moi, de façon professionnelle, je sens ces différences de culture ici et
549 parfois ça me pèse parce que j'ai un management qui convient très bien à mes
550 équipes et que j'aimerais qu'on l'ai avec moi, c'est pas forcément ça, le manque de
551 transparence me pèse beaucoup. Donc on est entre le marteau et l'enclume, on l'a
552 toujours dit, c'est pas tant la position que la façon dont on nous fait les choses en fait.
553 Donc oui, **c'est une compétence essentielle comme tout un tas de soft skills**, mais
554 je pense aussi que tout ce qui est à la mode se démode. On parle beaucoup de soft
555 skills maintenant, puis après on parle des mad skills, enfin de tout ce qu'on veut. Tout
556 ça, ça passera. Et je pense que si on est à l'écoute..., c'est comme une kiné, si on
557 connaît son anatomie, si on connaît la patho et la physio, peu importe les nouvelles
558 pathos qui arriveront, on s'en sortira en fait.

559 Donc en management, je pense que c'est pareil, il faut avoir des bases, **comprendre**
560 les leviers de chacun, essayer de se positionner, être fidèle à soi-même. Si vous êtes
561 en décalage avec ce que vous êtes, c'est pour ça qu'on parle du contrôle des
562 émotions, pour moi, ça passe pareil. Parce qu'on ne tient pas longtemps, c'est pas
563 possible.

564 Moi, je crois à la façon dont je fais les choses et je pense que c'est aussi pour ça que
565 ça marche. Je pourrais avoir un autre type de management, sauf les trucs
566 complètement illogiques..., tant qu'on est en accord avec soi-même, les gens y
567 comprennent, ils y vont. Il faut donner du sens.

568 **Moi :**

569 Je vous remercie, c'était ma dernière question, **voulez-vous ajouter quelque chose ?**

570 **MANON :**

571 Je pense que j'ai beaucoup parlé, je voulais être plus synthétique donc désolé.
572 Pas particulièrement, juste vous, il faut le faire comme vous le sentez. Et vous verrez
573 bien si ça marche. Si ça ne marche pas, il faut se remettre en question. Je n'ai jamais
574 pensé que c'était acquis, mais comme dans n'importe quel professionnel. On a juste
575 changé de point de vue.

576 Le fait d'avoir cette base de soignants, et là je ne différencie pas, de thérapeutes en
577 fait, je ne différencie pas les infirmiers, les rééducateurs, **d'avoir cette base de**
578 **soignants, ça nous permet quand même là pour le coup de comprendre un**
579 **environnement** et ça je pense que issu d'un autre fonctionnement et on le voit par
580 exemple avec les directeurs d'hôpitaux qui ont fait scienPo ou juste des écoles de
581 commerce ou des MBA ou je ne sais quoi, c'est une culture différente le soin. Donc
582 d'avoir déjà cette fibre-là, d'être là pour les gens, parce que c'est ça aussi la thérapie,
583 c'est d'être là pour les gens, je pense que ça nous aide dans le management, mais...
584 ce n'est que mon point de vue.

585

586 **Moi :**

587 Merci beaucoup.

588

589 **MANON :**

590 Merci à vous.

Annexe VII - tableau de synthèse des verbatims de l'enquête

CDS Thèmes	Filière de soins		Filière médico-technique			Filières de rééducation	
	CSS – IDE/IADE (Emma)	CDS – IDE (Camille)	CDS – technicienne de laboratoire (Charlotte)	CDS – manipulatrice en électroradiologie médicale (Léa)	CDS – préparatrice en pharmacie hospitalière (Jade)	CDS – masseur- kinésithérapeute N°1 (Manon)	CDS – masseur- kinésithérapeut e N°2 (Gabriel)
Légitimité	<p>« quelque chose qui est reconnu, qui a sa place, qui s'inscrit dans les normes » - ligne 37-38</p> <p>« reconnaissance. » - ligne 41</p> <p>« je pense que le diplôme ne fait pas la légitimité ni les compétences. » - ligne 50-51</p> <p>« l'identité et la personnalité, qui fait la légitimité » - ligne 52</p> <p>« Pour moi l'expérience, et la manière dont on l'exploite surtout, pas</p>	<p>« Il y a une notion de droit. De devoir et d'expertise. » - ligne 59-60</p> <p>« Elle est avant tout institutionnelle » - ligne 101</p> <p>Terme « Institutionnelle » X2 (ligne 101 et 102)</p> <p>« on répond au même principe » - ligne 119 → notion de légitimité par des règles communes.</p> <p>« On est légitime dans nos fonctions parce qu'on est reconnus</p>	<p>« La légitimité pour moi c'est... c'est prendre ses responsabilités, sa place de responsable. » - ligne 225-226</p> <p>« je me dis que je connais leur métier » - Ligne 16</p> <p>« c'est aussi le positionnement et comment on est reconnu dans ces fonctions-là » - ligne 22-23</p> <p>« j'étais reconnu dans cette place par la hiérarchie aussi au-dessus de l'hôpital, c'était pour moi</p>	<p>« je suis à ma place, j'ai le droit et je suis cadre » - ligne 36-37</p> <p>« je suis légitime, j'ai été à l'école, j'ai passé un an en formation » - ligne 37-38 → forme de reconnaissance par le suivis d'une formation (IFCS)</p> <p>« je suis légitime parce qu'en fait, on est manager en santé » - ligne 46</p>	<p>« être juste avec ce que l'on pense » - ligne 17</p> <p>« beaucoup s'intéresser à leur [...] quotidien » - ligne 38</p> <p>« vraiment s'intéresser à eux » - ligne 41 → notion de comprendre les fonctions des agents</p> <p>« s'intéresser un peu à leurs</p>	<p>« La légitimité c'est pour moi déjà une reconnaissance, » - ligne 39</p> <p>« parler le même langage. » - ligne 46</p> <p>« pour moi, la légitimité c'est aussi être claire, se faire comprendre » - ligne 47</p> <p>« c'est une posture » - ligne 49</p> <p>« j'associe ça beaucoup à de l'estime » - ligne 55</p>	<p>« le diplôme » - ligne 52, 79, 80 126 et 146</p> <p>« être de la filière, c'est un plus. » - ligne 55-54</p> <p>« je me sens, moi, légitime parce que je connais le domaine » - ligne 59-60</p> <p>« C'est l'action qui nous rend légitime et aussi le regard de la direction » - ligne 83-84</p> <p>« c'est parce qu'on m'a nommé cadre</p>

	<p>dont on la brandit, mais dont on l'exploite dans son quotidien en tant que manager, oui je pense qu'on peut renforcer notre légitimité là-dessus. » - ligne 86 à 88 → Emma est la seule CDS à évoquer la notion de l'expérience dans la construction de la légitimité.</p> <p>« les acquis de l'expérience de manager » - ligne 106 → Emma évoque son expérience managériale dans le cadre des interfilières « on apprend, on apprend beaucoup. » - ligne 109-110</p> <p>« c'est s'appuyer sur les autres compétences</p>	<p>institutionnellement. » - ligne 233</p>	<p>plus facile d'avoir une légitimité » - ligne 26-27</p> <p>« c'est-à-dire qu'on est nommé, déjà, donc il y a une reconnaissance de la direction, » - ligne 228-229</p> <p>Reconnu X 3 (ligne 22, 26, 41, 228)</p> <p>Positionnement X4 (ligne 22 33, 42, 76)</p> <p>« le positionnement » « On est plus l'expert qui sait » ligne 33-34</p> <p>« on m'a reconnue tout de suite comme le cadre. » - ligne 41</p> <p>« Ce qui m'intéressait, c'était de comprendre » - ligne 87-88</p>	<p>« S'intéresser à la discipline » - ligne 48</p> <p>« j'ai gagné leur confiance »</p> <p>« je comprenais mon rôle de ma fonction, je savais quels étaient mes objectifs, je savais où on m'attendait, » - ligne 73-74</p> <p>« la curiosité professionnelle » ligne 78</p> <p>« tu connais le métier, mais c'est pas pour autant que tu vas savoir manager une équipe. » - ligne 82-83</p> <p>« j'ai su mettre mes compétences</p>	<p>contraintes » - ligne 57</p> <p>« ça les a beaucoup rassurés à chaque fois que j'ai fait des tournées avec eux » - ligne 126-127 → dans le cadre de sa fonction de CDS en HAD, Jade effectue des tournées avec ses équipes afin de mieux comprendre leurs activités et leurs contraintes au quotidien.</p> <p>« je me rapproche des</p>	<p>« Si on estime la personne qui est en face de soi, qu'on lui reconnaît les valeurs, on est légitime » - ligne 57-58</p> <p>Terme « comprendre » X 2 (ligne 47, 76)</p> <p>« c'est soi-même, comment on se positionne soi, mais comment aussi autour on nous envisage et notamment la hiérarchie. » - ligne 93 à 95</p> <p>« je cherche une légitimité managériale et pas une légitimité de profession. » - ligne 102</p> <p>« le droit à l'autonomie de leur pratique » - ligne 117-118 →</p>	<p>que je deviens donc légitime à leurs yeux » - ligne 131-132</p> <p>« la légitimité va se gagner dans le temps » - ligne 132</p>
--	--	---	---	---	--	---	--

	<p>quand on ne les a pas. » - ligne 127-128</p> <p>« la légitimité de la fonction » - ligne 150</p>		<p>« l'idée d'ouverture » - ligne 93</p> <p>« c'est de m'intéresser aux différentes professions que je managerais et de savoir en quoi consistait leur travail, » - ligne 119-120</p> <p>« Et du coup, forcément, quand on s'intéresse aux problématiques des professionnels, quand on les accompagne, là ça aussi ça fait la légitimité aussi de la posture de cadre. » - ligne 354 à 356</p> <p>« les gens ont oublié ma filière d'origine très rapidement et moi aussi » - ligne 134</p>	<p>d'imagerie, de manip, à leur service » - ligne 93</p> <p>« Et il faut avoir confiance en soi. » - ligne 107</p> <p>« le staff médical le matin, pour moi je n'y trouve pas ma place » - ligne 118</p> <p>« Et je retrouve ma légitimité au staff quand tu vois que c'est des problèmes de logistique » - ligne 136-137</p> <p>« ma posture managériale m'a aidée à construire ma légitimité » - ligne 160</p> <p>« Je pense que j'aurais moins ce</p>	<p>infirmières de liaison parce qu'elles ont comme expérience une énorme expertise IDE en HAD » - ligne 150-151</p> <p>« qu'ils se sentent valorisés » - ligne 160</p> <p>« créer peut-être un lien de confiance » - ligne 165</p>	<p>la légitimité par e respect des spécificité des professions.</p> <p>« c'est vraiment notre rôle, notre positionnement, qui va donner notre légitimité et pas forcément la filière » - ligne 135-136</p>	
--	---	--	---	---	--	---	--

			<p>« je ne me suis jamais sentie pas légitime parce que je ne suis pas toute seule » - ligne 147</p> <p>« Je m'appuie aussi sur des procédures, sur des choses qui sont établies dans l'établissement. » - ligne</p> <p>« j'avais fait mes preuves en tant que cadre auprès des équipes et puis des médecins. » - ligne 180-181</p> <p>« L'avantage, c'est que j'avais un peu de parcours, donc confiance en moi. » - ligne 190-191</p>	<p>questionnement de la légitimité, » - ligne 195 → légitimité plus facile à asseoir quand il y a une notion de ressemblance, de même filière métier.</p> <p>« même niveau d'expertise métier. » - ligne 197-198</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--

<p>Posture managériale</p>	<p>« être capable d'humilité » - ligne 111</p> <p>« Ils sont plus sur la personne et sa relation qu'elle a avec les équipes. » - ligne 145 → Emma évoque la relation des équipes avec les CDS</p> <p>« écoute » - ligne - 160</p> <p>« comprendre » - ligne 160</p> <p>« je pense qu'elle ne différencierait pas parce que je pense que c'est ma manière d'être » - ligne 176-177 → Emma évoque sa posture managériale en fonction de l'équipe qu'elle encadre (même filière ou non)</p> <p>« La prise de connaissance de</p>	<p>« Vous avez des connaissances, des aptitudes, des connaissances qui vous permettent de vous positionner de telle ou telle façon » - ligne 234 à 236</p> <p>« prise de connaissance » - ligne 242</p> <p>« Reconnaissance » - ligne 249</p> <p>« reconnaître l'individu dans ce qu'il est et aussi dans ce qu'il apporte dans ses missions. » - ligne 256-257</p> <p>« mon positionnement ne change pas dans mon management, mais s'adapte aux situations » - ligne 339 -340</p> <p>« Je m'adapte aux personnes pour effectivement</p>	<p>« accepter de perdre cette expertise et pour gagner en expertise de management » ligne 37-38</p> <p>« Je suis plus la technicienne qui appartient à une équipe ou à une autre, » - ligne 56-57</p> <p>« je me suis positionnée comme ça, voilà, au-delà de... de l'expertise » - ligne 59</p> <p>« les gens ne recherchent pas la même chose dans le travail. Et on doit prendre ça aussi en compte » - ligne 74-75</p>	<p>« d'être en transparence avec les équipes » - ligne 53</p> <p>« Comprendre » - ligne 55</p> <p>« je vous demanderai de m'expliquer » - ligne 56</p> <p>« l'empathie, la bienveillance, l'écoute, la proximité » - ligne 84</p> <p>« ma posture elle m'a aidée. » - ligne 154</p> <p>« Je suis beaucoup dans l'écoute. Je suis énormément dans l'écoute, dans l'écoute bienveillante. » - ligne 172-173</p>	<p>« la posture managériale, c'est-à-dire notre façon tout simplement de parler ou autre, peut, du coup, peut créer[...], une certaine légitimité avec une équipe. » - ligne 19 à 21</p> <p>« je suis à l'écoute » - ligne 257</p> <p>« bienveillant » - ligne 258</p> <p>« justesse » et « équité » ligne 264 et 265</p> <p>« dire les choses » - ligne 271 →</p>	<p>« management de proximité » - ligne 198-199</p> <p>« l'équité, la neutralité, et être présent mais pas trop haut, la bonne distance managériale » - ligne 217-218</p> <p>« stable émotionnellement » - ligne 222</p> <p>« être à l'écoute des autres, savoir mettre les limites » - ligne 229</p> <p>« confiance, » ligne 183</p> <p>« être juste » - ligne 254</p> <p>« si je gérais des soignants en service, peut-être que ce serait différent » - ligne 258</p>	<p>« t'es le cadre qui est là pour... entraîner vers des projets, des groupes de travail, enfin, animer vraiment une équipe, là auquel cas, ta posture fait que tu en deviens légitime » - ligne 197 à 199</p> <p>« sur les agents qui ne sont pas ta filière, tu adoptes une autre posture parce que tu sais que tu ne sais pas. » - ligne 210-211</p> <p>« le cadre, c'est plus il y a comme 25 ans où le cadre était un expert métier, » - ligne 215-216</p>
-----------------------------------	---	--	--	---	--	--	---

	<p>l'environnement, des modes de fonctionnement et à la base » - ligne 186-187</p>	<p>intervenir mais le soin doit rester de la même qualité. » - ligne 365-366 → Camille évoque le fait de changer de posture managériale en fonction des filières qui sont encadrées.</p> <p>« C'est la base de respecter chaque individu et de le reconnaître. » - ligne 395</p> <p>« Je pense qu'un cadre, effectivement, il faut qu'il ait l'intelligence de se renseigner sur les fiches métiers et les missions de ses agents. » - ligne 681-682</p>	<p>« moi j'étais la naïve et on m'apprenait tout » - ligne 121</p> <p>« je vais m'appuyer sur des experts » - ligne 125</p> <p>« je vais travailler avec vous sur l'organisation, sur ce qu'on peut optimiser, mais bon, c'est vous qui allez m'aider à ça et je vais vous accompagner dans l'amélioration du service » - 126 à 128</p> <p>« je serai capable de leur apporter une formation adaptée à leurs besoins. » ligne - 273-274</p>	<p>« s'adapter au profil aussi. » - ligne 179</p> <p>« je suis beaucoup sur le terrain » - ligne 183 → notion de proximité avec l'équipe.</p> <p>« bienveillante, communicative » - ligne 199</p> <p>« Je pense qu'il faut se mélanger, il faut mélanger parce que chacun a à apporter une richesse » - ligne 284-285</p> <p>Terme « empathie » X 2 (ligne 294, 313)</p>	<p>notion de transparence vis-à-vis des équipes.</p> <p>« il y a quand même des valeurs qui me sont très chères » - ligne 309-310</p> <p>« des valeurs qui sont ancrées et innées en moi » - ligne 312</p> <p>« peu importe l'équipe que je peux chapeauter, si bien évidemment je reviens avec plaisir dans ma filière métier, je pense</p>	<p>« j'essaie d'être neutre » - ligne 287</p> <p>« manager c'est aussi faire grandir » - ligne 314 → notion de « cadre leader »</p> <p>« faire grandir les gens. » - ligne 325</p> <p>« je valorise » - ligne 316</p> <p>« plus les équipes seront bien, mieux ils soigneront les gens » - ligne 328 → valeur commune du soins / « cadre leader »</p> <p>« l'épanouissement intellectuel » - ligne 329</p> <p>« développer les talents » - ligne</p>	<p>« apprendre à le connaître. » - ligne 230</p> <p>« Quand on est cadre, il faut se mettre en retrait, connaître son rôle de cadre » - ligne 232</p> <p>« je me suis positionné plus non plus comme l'expert de terrain, mais comme le cadre, » - ligne 253 – 254 → notion d'expertise managériale chez le CDS</p> <p>« Tu manages des compétences, tu manages des gens avec des problématiques, des situations familiales, on</p>
--	---	--	---	--	---	--	---

			<p>« c'est pas l'expert le leader » - ligne 233</p> <p>« L'expertise qu'on doit acquérir en tant que manager, c'est vraiment le management. » - ligne 238-239</p> <p>« ouverture d'esprit » - ligne 240</p> <p>CONFIANCE X 5</p> <p>« c'est confiance » - ligne 253</p> <p>« je fais confiance je considère que voilà je leur fais confiance » - ligne 258-259</p> <p>« valoriser ce qu'ils font » - ligne 288</p>		<p>qu'il y a certaines choses qui ne bougeront pas d'une manière générale » - ligne 313 à 315 → la posture managériale de JADE, ne diffère pas selon l'équipe : interfilières ou non. Notion de valeurs managériales.</p> <p>« je suis plus sur l'humain » - ligne 357</p> <p>« s'intéresser à eux, s'intéresser d'abord à leur profession,</p>	<p>348</p> <p>« Un levier de management par contre, la valorisation professionnelle, ça oui. » - ligne 350 → quel que soit le contexte managérial</p> <p>Terme « comprendre » - ligne 378, 559</p> <p>« disponible pour les agents » - ligne 388</p> <p>« j'écoute, je prends le temps, j'explique les choses et pourquoi on fait et là pourquoi ça marche. » - ligne 424-425</p> <p>« il faut faire avec ce qu'on est » - ligne 416</p>	<p>manage au-delà de la simple tâche de boulot. » - ligne 290-291</p> <p>« avoir un management de façon participative. » - ligne 315-316</p> <p>« notre métier, il est de s'adapter aussi à nos collaborateurs » - ligne 340</p> <p>« si tu t'en fous des agents, que tu envoies bouler, que tu as une vision très quantitative, indicateur, tout le temps, et il y a une incompatibilité là-dessus, ils vont quand même te sentir légitime, mais est-ce qu'ils</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

			<p>« il y a aussi ce côté mettre en lumière ce que les gens font » - ligne 292-293</p> <p>« j'apporte de la reconnaissance » - ligne 368</p> <p>« je pense que la reconnaissance au travail, elle est importante. » - ligne 378</p> <p>« je manage selon ma personnalité » - ligne 308</p> <p>« je suis cadre de proximité avant tout, donc je suis sur le terrain » - ligne 319</p> <p>« les équipes sont aussi en attente d'un</p>		<p>» - ligne 357-358</p> <p>« j'hésite pas à leur poser des questions » - ligne 361-362</p> <p>« une petite touche d'humour » - ligne 362-363 → Jade l'utilise dans sa posture managériale.</p>	<p>« je m'appuie sur eux en fait. » - ligne 475</p> <p>« avoir cette base de soignants, ça nous permet quand même là pour le coup de comprendre un environnement » - ligne 577 à 579 → valeur commune du soin</p> <p>« être fidèle à soi-même » - ligne 560</p>	<p>vont te reconnaître comme leur cadre ou faire confiance ? » - ligne 351 à 355</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

			<p>guide dans toutes ces évolutions, de quelqu'un qui les fera cheminer. » - ligne 321</p> <p>Terme « comprendre » - ligne 417</p> <p>« Donc c'est aussi donner du sens » - ligne 450</p> <p>« si je suis juste le chef qui dit c'est bien, c'est mal, là je pense que je serais pas légitime. » ligne 687</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Intelligence émotionnelle</p>	<p><i>Emma connaît la notion d'intelligence émotionnelle</i></p> <p>« dur à absorber, surtout qu'on a quand même tendance, les cadres de santé..., c'est un peu les tampons et les éponges, » - ligne 254 à 256 → Emma évoque, ici, la gestion des émotions.</p> <p>« que c'est quelque chose qui devrait même être un peu plus accentué dans la formation » - ligne 265-266 → le développement de l'intelligence émotionnelle au sein des IFCS</p> <p>« simulation, des mises en situation » - ligne 266</p> <p>« c'est être capable d'observer,</p>	<p><i>Camille connaît la notion d'intelligence émotionnelle</i></p> <p>« c'est le B.A.BA. de tout rapport humain. » - Ligne 601-602</p> <p>« Le respect et la reconnaissance de l'autre dans sa personne. et dans ses fonctions. » - ligne 642-643 → attitude qui se rapporte à l'intelligence émotionnelle selon Camille.</p> <p>« partager les difficultés de chaque corps de métier » - ligne 683-684 → nécessite des temps d'échange qui construisent l'intelligence émotionnelle.</p>	<p><i>Charlotte connaît la notion d'intelligence émotionnelle.</i></p> <p>« pendant toute notre vie professionnelle c'est vraiment d'apprendre à se connaître » - ligne 241-242</p> <p>« j'avais acheté des petits smileys, et puis le matin, les gens mettaient... des petits smileys sur les humeurs » - ligne 506 à 508 → démarche d'instauration de l'intelligence émotionnelle dans la culture du service.</p> <p>« je suis très sensible aux</p>	<p><i>Léa connaît la notion d'intelligence émotionnelle.</i></p> <p>« quand il y a un truc qui va pas je vais le dire » - ligne 308</p> <p>« Mais moi, je pense qu'on a besoin de dire les émotions parce qu'on n'est pas des mûrs, en fait. » - ligne 316 à 318</p> <p>« on est des êtres humains comme tout le monde et on a le droit d'avoir nos émotions. » - ligne 327-328</p> <p>« je pense que l'émotion fait partie du management. » - ligne 341</p>	<p><i>Jade connaît la notion d'intelligence émotionnelle</i></p> <p>« le manager aussi, a à prendre en compte tout cet aspect-là, la dimension, on va dire, émotionnel du professionnelle, ses contraintes » - ligne 237 à 239</p> <p>« pour moi je ne pense pas que ce soit en lien avec la filière métier » - ligne 414-415</p>	<p><i>Manon connaît la notion d'intelligence émotionnelle.</i></p> <p>« Il faut aussi bien se connaître soi-même, ses leviers, de quoi on est capable. » - ligne 221</p> <p>« savoir gérer les siennes pour gérer celles des autres, c'est indispensable. » - ligne 397-398 → la CDS parle des émotions</p> <p>« Ah non, moi je me l'accorde ça ! » - ligne 408 → La CDS évoque le fait de pouvoir exprimer ces émotions.</p> <p>« c'est la transparence. On dit les choses, on</p>	<p><i>Gabriel comprend la notion d'intelligence émotionnelle, sans en avoir une connaissance approfondie</i></p> <p>« méfiance parce qu'on n'est pas là pour être non plus pseudo-psychologues. » - ligne 375-376</p> <p>« avoir une intelligence émotionnelle collective, c'est-à-dire qu'en réunion, tu détectes l'ambiance, est-ce que les gens ont envie d'aller dans le changement, » - ligne 401 à 402</p>
---	---	--	--	---	--	--	--

	<p>d'analyser et de essayer de comprendre les personnes, leur mode de fonctionnement pour pouvoir répondre au juste aux situations » - ligne 281 à 283 → définition de l'intelligence émotionnelle selon Emma.</p> <p>« je pense que c'est une qualité » - ligne 292 → pour les managers « je ne suis pas sûr que tout le monde la possède spontanément, naturellement. » - ligne 293 – 294</p> <p>« si on est capable de comprendre les autres, c'est intéressant pour manager des filières interprofessionnelles » - ligne 307-308</p>	<p>« Elle fait partie... des postures managériales, » - ligne 864-865 → Camille évoque la notion de l'intelligence émotionnelle</p>	<p>émotions. » - ligne 546</p> <p>« c'est de la confiance » ligne – 560-561</p> <p>« il y a quelque chose que je trouve très beau » - ligne 561-562</p> <p>« Il y a ce lien-là hiérarchique qui est là, mais ça ne m'empêche pas de comprendre les difficultés des gens et je ne suis pas fermé à ça. » - ligne 600 à 602</p> <p>« je pense que c'est important de se connaître pour arriver à manager du mieux possible parce qu'on est très exposé quand on</p>	<p>« l'intelligence émotionnelle, pour moi, c'est même un outil de management. » - ligne 344</p> <p>« je joue beaucoup avec les émotions. » - ligne 350</p> <p>« quand t'arrive à ça, t'as gagné la confiance de tes équipes parce qu'en fait t'es manager mais t'es aussi un être humain » ligne 366-367</p> <p>« il faut l'avoir cette capacité. » ligne 368</p> <p>« je pense que les émotions</p>	<p>« c'est savoir repérer » - ligne 416</p> <p>« self-control, » - ligne 419 → pour le CDS</p> <p>« arriver à canaliser et absorber pour rassurer » - ligne 420</p> <p>Terme « absorber » X 2 (ligne 420 et 431)</p> <p>« je pense que ça peut être un des leviers » - ligne 455 → Jade évoque l'intelligence émotionnelle comme levier de la légitimité</p>	<p>dit pourquoi on fait les choses et quand on n'y arrive pas, on dit pourquoi on n'y arrive pas. » - 412-413</p> <p>« Les émotions, elles sont là. » - ligne 433</p> <p>« Transparence » - ligne 445</p> <p>« être fiable » X3 (ligne 446, 447)</p> <p>« Confiance » - ligne 460, 530 → terme qui revient dans les notions de posture managériale et d'intelligence émotionnelle.</p> <p>« il n'y a rien de pire que de nier ce que ressentent les gens » - ligne 478-479</p>	<p>« Est-ce qu'un bon manager, c'est celui qui est forcément dans une émotion » - ligne 420 à 421 → vision négative de la notion d'intelligence émotionnelle.</p> <p>« Donc être tout le temps dans une écoute qui sert à rien, c'est pas bon non plus en fait. » - ligne 424-425</p> <p>« On s'adresse à des soignants, donc de fait, pour moi, elle est développée. » - ligne 435 → notion d'intelligence émotionnelle maîtrisée « naturellement » grâce à la</p>
--	---	---	--	---	---	--	--

	<p>« c'est un concept qu'on a peut-être plus identifié, plus nommé, » - ligne 354-355</p> <p>« On est humain, on travaille avec des humains » - ligne 375 → nécessité pour Emma de faire preuve d'intelligence émotionnelle.</p>		<p>manage. » ligne 628 à 630</p> <p>« je pense que se connaître c'est une clé pour moi » ligne 634</p> <p>« Je pense qu'on peut pas être coupé de ses émotions quand manage » ligne 639</p> <p>« Quelle que soit l'équipe qu'on manage, plus on se connaît, plus on se comprend. » ligne 672-673</p> <p>« pour moi, c'est indispensable pour un manager » ligne 705</p>	<p>font partie de la vie et on ne doit pas faire comme si ça n'existe pas » - ligne 378-379</p> <p>« ça doit faire partie des compétences d'un cadre. » ligne 381</p> <p>« un cadre est un psychologue. » ligne 389</p> <p>« d'être à l'écoute de quelqu'un et que la personne se sente en confiance » - ligne 390-391</p>	<p>dans une managem nt interfilières. « apaisés » - ligne 497</p> <p>« on ne peut pas non plus se substituer à un service de santé au travail » - ligne 522-523</p> <p>« Je pense que c'est quelque chose qu'il faut mettre dans nos quotidiens les managers » - ligne 527</p>	<p>Terme « assertivité » X3 (ligne 497, 500, 514)</p> <p>« ça a assis ma légitimité au niveau du service global » - ligne 505-506</p> <p>« c'est une compétence essentielle comme tout un tas de soft skills » - ligne 553</p>	<p>fonction soignante. « elle est importante, très importante » - ligne 442 → notion d'intelligence émotionnelle.</p>
--	--	--	---	--	--	---	---

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@23-24

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Management inter-filières : légitimité, où te caches-tu ?

AUTEUR : Denis ZEGGANE

MOTS CLÉS

Cadre de santé, management, filières professionnelles, posture managériale, intelligence émotionnelle, professions paramédicales

KEY WORDS

Health executive, management, professional sector, managerial posture, emotional intelligence, paramedical profession

RÉSUMÉ

Ce travail est effectué dans le cadre d'un cursus d'études au sein d'un institut de formation des cadres de santé. Il a pour objet de recherche le management inter-filières et plus précisément la manière dont les cadres de santé assoient leur légitimité dans ce contexte managérial. Il s'agit de comprendre ce que représente la notion de légitimité et si l'adoption d'une posture managériale influence sa construction, face à des professionnels dont on ne connaît que peu la fonction. Cette recherche nous mènera alors à explorer la notion d'intelligence émotionnelle dans le management, qui s'apparente désormais comme un outil indispensable à destination des cadres de santé. Il sera ainsi possible d'appréhender que le contexte managérial, quel qu'il soit, semble n'avoir que peu d'influence sur l'adoption d'une posture managériale qui est dépendante d'autres facteurs. Ainsi, cette étude offre un aperçu de l'évolution de la fonction cadre de santé depuis trois décennies, de la manière dont ils appréhendent leur légitimité et de la manière dont ils perçoivent leurs rôles auprès d'une équipe soignante, quel que soit le métier des professionnels qu'ils encadrent.

ABSTRACT

This paper is part of a study program for a training institute for health executive. This research paper focus on inter-sector management and more precisely the way health executives establish their legitimacy in this managerial context. We need to understand what represents the notion of legitimacy and how it's affected by a managerial posture when facing paramedical profession we only little know. With this research paper, we'll explore the notion of emotional intelligence into management, known for being an important tool for health executive. It will thus be possible to understand that the managerial context, whatever it is, seems to have little influence on the adoption of a managerial posture that is dependent on other factors. Thus, this paper offers an overview of evolution of the role of health executive for three decades, how they feel their legitimacy and how they claim their roles with a health paramedics team, whatever profession there are coming from.