



HAL
open science

Culture positive de l'évaluation : un challenge pour le cadre

Stéphanie Lefebvre-Dusaussais

► **To cite this version:**

Stéphanie Lefebvre-Dusaussais. Culture positive de l'évaluation : un challenge pour le cadre. Sciences de l'Homme et Société. 2017. dumas-01707333

HAL Id: dumas-01707333

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01707333>

Submitted on 30 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

IF santé - Institut Catholique de Lille

MÉMOIRE DE RECHERCHE

Pour l'obtention du diplôme de

CADRE DE SANTE Promotion 2016 – 2017

Présenté par

LEFEBVRE-DUSAUSOIS Stéphanie

Le 07 juin 2017

CULTURE POSITIVE DE L'ÉVALUATION

UN CHALLENGE POUR LE CADRE

Mémoire dirigé par **Monsieur ROUTIER Cédric**

JURY

ROUTIER

Cédric

Directeur de recherche

Unité HADéPas

Institut Catholique de LILLE

Directeur de mémoire

CROMBE

Anne-Catherine

Cadre de santé Formateur

Institut de Formation en

Soins Infirmiers

Santélyls à Loos

Maître de stage

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée durant ce mémoire de recherche.

Mes remerciements s'adressent en premier lieu, à Monsieur Cédric ROUTIER, directeur de mémoire, pour l'intérêt qu'il a porté à mon sujet. Sa disponibilité, son écoute et ses nombreux conseils m'ont permis d'aboutir à ce travail.

En second lieu, à Madame Anne-Catherine CROMBE, ma tutrice de mémoire pour ses conseils et ses encouragements précieux tout au long de ce mémoire.

Enfin, à Madame Lise DELOFFRE, ma cadre pédagogique, référente mémoire pour ses chaleureux conseils, pour son suivi et son soutien à chaque moment.

Je remercie également :

- Les différents professionnels interviewés pour leurs disponibilités ;
- Evelyne, Cathie, Julien mon trinôme de mémoire avec qui j'ai beaucoup partagé pour la réalisation du mémoire et pour leur bonne humeur ;
- Mes amis Laetitia, Sonia, Céline et Fabien qui m'ont soutenu et aidé durant cette année ;
- Mon mari Anthony et mes filles Caroline et Lou-Anne pour leurs patiences, leurs encouragements et leurs amours.

Je vous suis extrêmement reconnaissante pour toute la confiance que vous m'avez accordée.

ABSTRACT

Key words : healthcare manager, Evaluation of professional practices, Situational management, continuous improvement dynamic, certification,

Abstract master 2 :

This dissertation examines the way healthcare manager's action favors the agreement of the team on work habits through situational management. Then, I clarify my study observing the dynamics of continuous improvement of work habits a positive evaluation culture.

The main question is to determine how the supports his or her healthcare team, whose objective is to typically ensure the security and the quality of care daily. This dissertation challenges the argument that the healthcare manager uses management in certification periods.

I use two major research strategies : first by examining the theoretical part of our work experiences , and second by studying various existing theories.

Data have been collected from my researches , and a theoretical analysis highlights the links between patient care and professional evaluations . as a permanent improvement approach of quality as well as the link between managers and their teams in time of evaluation.

Through realising semi-directive meetings with healthcare and nurses, results collected care analysed using a research methodology. This study validates the first hypothesis completely and the second one partially.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE CONSTAT ET PROBLEMATIQUE	6
I. CONSTAT DU SUJET DE DEPART	7
II. IDENTIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE	8
III. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE	14
DEUXIEME PARTIE	15
ANALYSE THEORIQUE DU THEME DE RECHERCHE.....	15
IV. ANALYSE CONTEXTUELLE : La certification	16
V. L’EVALUATION	28
VI. LE MANAGEMENT	43
VII. L’ACCOMPAGNEMENT.....	63
VIII.L’EQUIPE.....	77
TROISIEME PARTIE : APPROCHE EMPIRIQUE.....	84
IX. LA METHODOLOGIE.....	84
X. LE CHOIX DE L’OUTIL DE RECHERCHE	85
XI. RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	92
XII. VERIFICATION DES HYPOTHESES.....	117
XIII.REGARD CRITIQUE DU TRAVAIL DE RECHERCHE	122
XIV. PROJECTION PROFESSIONNELLE.....	124
CONCLUSION	127
BIBLIOGRAPHIE	130
TABLE DES MATIERES	135
ANNEXE	138

INTRODUCTION

Dans le cadre de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière initiée dès 2005 et renforcée avec la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009, le paysage des organisations des structures de soins a été profondément modifié.

Les hôpitaux publics se sont restructurés en pôles d'activité, chaque pôle d'activité est ainsi dirigé par un médecin chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif.

L'organisation polaire amène à l'amélioration progressive vers une gestion au plus près des patients, elle conduit à une décentralisation des décisions et fait apparaître un nouvel acteur : le cadre de santé.

Effectivement, sa position stratégique au sein de l'organisation hospitalière lui confère un rôle central dans la gestion des équipes.

Les missions du cadre de santé sont multiples et elles évoluent continuellement face à la transformation du système hospitalier.

La gestion des ressources humaines est une des nombreuses activités du cadre. Néanmoins, la garantie de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients sont des démarches qui incombent au cadre de santé, à travers elle, le cadre réalise des évaluations de pratiques professionnelles afin de favoriser la démarche d'amélioration continue de la qualité et participe à la certification de l'établissement de santé où il exerce.

Aujourd'hui, la recherche de l'efficacité devient considérable et renforce le besoin de développement de la démarche continue de la qualité des professionnels de santé.

Le vocabulaire autour de la notion de la qualité à l'hôpital est fortement calqué sur celui de l'industrie : certification, normes ISO, démarche qualité, cellule qualité, référentiel qualité, contrôle qualité sont autant de termes issus du monde de l'entreprise.

Dans ce contexte, l'évaluation des pratiques professionnelles semblent renforcées.

Toutefois, l'évaluation dans le cadre de la démarche qualité mais notamment en période de certification est parfois contestée par les équipes.

C'est pourquoi, afin de réaliser ce travail de recherche, j'ai opté une démarche hypothético déductive.

A ce titre, en première partie je préciserai le constat et la problématique qui aboutirons à la formulation de deux hypothèses de recherche. En deuxième partie je procéderai à l'analyse théorique des différents concepts, puis en dernière partie j'effectuerai une analyse empirique des résultats des professionnels de santé afin d'enrichir ma réflexion initiale.

Enfin, ce travail de recherche sera clôturé par une auto-évaluation et suivi d'une réflexion professionnelle de future cadre de santé.

PREMIERE PARTIE CONSTAT ET PROBLEMATIQUE

I. CONSTAT DU SUJET DE DEPART

Infirmière diplômée d'état depuis 18 ans, j'ai exercé ma profession dans différents services de soins. Le premier service était le service de réanimation médicale à orientation hépatologie. Dans ce service de haute technicité, j'ai développé une pratique infirmière, assuré des soins spécifiques, techniques et relationnels à la pathologie hépatique (greffe du foie, hémorragie digestive, cirrhoses d'origines diverses et toutes les pathologies auto-immunes, dialyse, ...) j'y ai acquis une grande expérience professionnelle.

Durant ces cinq ans, la diversité des pathologies rencontrées et la pluridisciplinarité des équipes m'ont permis d'évoluer professionnellement mais aussi personnellement. J'ai découvert des organisations de service et de soins rigoureux accompagnés d'un management participatif et situationnel.

J'ai ensuite intégré le Centre Hospitalier Universitaire et Régional de Lille dans l'unité des Urgences, Réanimation et Soins-Intensifs de cardiologie. Ce service de prise en charge des maladies aiguës du cœur m'a permis de développer mes capacités d'adaptation, de réactivité, de réflexivité. Puis, j'ai intégré le Centre Hospitalier de Valenciennes, encore nommé le Centre Hospitalier Jean-Bernard, en unité conventionnelle de cardiologie.

Ces changements d'affectation m'ont permis de développer des capacités d'adaptation, de mobilité et de pratiquer des soins infirmiers spécifiques. Ces deux postes infirmiers m'ont permis d'acquérir une dextérité en soins infirmiers. J'ai également découvert différents types d'organisation, de management, de projet de service et d'établissement (CHU, CH).

II. IDENTIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE

Au Centre Hospitalier Jean Bernard de Valenciennes, j'ai exercé en cardiologie hospitalisation conventionnelle pendant dix ans. Au fil du temps, j'ai commencé à prendre des responsabilités en lien avec mon projet professionnel de cadre de santé. En effet, j'ai réalisé les plannings infirmiers, participé aux groupes de travaux institutionnels, j'ai vécu, observé et participé à une période de certification¹. Cette certification a permis à l'équipe de réactualiser les pratiques professionnelles, de formaliser des protocoles et des pratiques afin de répondre aux critères d'évaluation de la Haute Autorité de Santé².

Lors de cette évaluation, je me suis aperçue que les équipes paramédicales et médicales, c'est-à-dire médecins, infirmières, aides-soignantes, cadre de santé étaient angoissés, stressés. Lors de cette certification, bon nombre de mes collègues constatent que la cadre de santé était moins présente dans l'unité de soins que d'habitude, que nos questions restaient sans réponse. Lorsque la cadre de santé était dans l'unité de soins c'était pour nous rappeler les bonnes procédures et sa communication était très directive, laissant que peu de place à un échange professionnel.

Le constat que je fais est que cette évaluation réalisée, par des experts visiteurs mandatés par la HAS, a été pour l'équipe soignante et pour moi-même une source de stress importante.

L'équipe est stressée par la certification ? Pourquoi ce stress ?

Qu'est qu'une certification ? Pour qui ? Pourquoi ? A quoi sert-elle ?

Enfin, il y a trois ans, encouragée par ma hiérarchie et me sentant prête, je me présente aux épreuves du concours interne de sélection de « faisant fonction cadre de santé » organisé par la direction des soins, la direction des ressources humaines, la directrice de l'institut de soins infirmiers de Valenciennes, le président de la Commission, Médicale, Etablissement, (CME).

¹ Manuel de certification de V2010 revisité en 2011 puis 2014

² Haute Autorité de Santé : HAS

Réussissant l'épreuve, j'ai été nommée infirmière « faisant fonction cadre de santé » en unité de gastro-entérologie. Ce service comprend une unité d'hospitalisation conventionnelle de 24 lits et une unité hospitalisation de jour et de semaine de 8 lits et 4 fauteuils. Les ressources humaines représentent 15 infirmiers, 11 aides-soignants et 3 secrétaires.

Dès ma prise de fonction dans l'unité, j'ai observé et découvert les organisations de soins médicales et paramédicales. J'ai fait connaissance avec les équipes. J'ai appris à me positionner en tant que responsable d'unité, mes capacités d'organisations, relationnelles et d'analyses ainsi que le travail en collaboration ont été mises à l'épreuve.

Dans ce service, après plusieurs projets menés avec l'équipe soignante, nous abordons une période de certification, l'unité de soins dont j'ai la responsabilité sera alors « visitée ».

Dans un premier temps, par une visite des experts dans le cadre de la communication employée au sein de l'unité, le management utilisé et plus largement au sein du pôle d'activité dont je fais partie. Puis dans un second temps, la visite des experts est organisée autour du parcours patient au sein de l'unité de gastro-entérologie. Ce schéma permet d'évaluer la coordination des soins entre le plateau technique d'endoscopie digestive et le secteur d'hospitalisation.

Ces deux visites ont été pour moi génératrice de stress, car je suis cadre de santé apprenant donc en cours de formation. De plus, j'ai peu d'expérience en matière d'accompagnement des équipes dans le cadre d'une certification. J'ai cependant été très bien encadrée par le cadre supérieur, par des collègues cadres expérimentés et par la direction de la qualité de l'institution. Ma mission principale a été de préparer l'équipe soignante aux indicateurs qui allaient être évalués mais aussi de permettre à l'équipe soignante de mettre en valeur leurs bonnes pratiques professionnelles et leurs prises en charge de qualité auprès des patients de gastro-entérologie.

Lors de la période de certification, les équipes, les cadres, les médecins, les cadres supérieurs et la direction travaillent en collaboration afin que chaque acteur soit partie prenante des

décisions et participe à la démarche qualité de l'établissement, l'enjeu majeur étant d'éviter au maximum les écarts et notamment les réserves formulées par les experts.

La priorité est la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients. En effet, ces résultats sont diffusés sur le site de l' HAS et permettent de classer les établissements de santé en fonction de leurs performances et de la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients. La réputation de l'établissement de santé est mise en exergue.

Les récentes réformes hospitalières marquées par la nouvelle gouvernance en 2007 et la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) en 2009 ont fait évoluer les missions du cadre et font cohabiter des logiques différentes : efficience, qualité et budget restreint.

Toutefois, en analysant la situation de certification vécue en gastro-entérologie, je me demande si d'autres facteurs ne seraient pas à analyser :

- D'une part, nous pourrions nous interroger sur le vécu des équipes lors de l'évaluation. Des audits internes et externes sont réalisés très fréquemment en secteur sanitaire et social, les équipes sont donc habituées à cette attention plus particulière sur leurs pratiques et leurs prises en charge du patient. Cependant, en période de certification, le stress est plus important, palpable et pesant. Quelle représentation ont les équipes de cette certification ?

- D'autre part, j'ai constaté qu'en période de certification, j'étais partout et nulle part à la fois. La complexité et les missions du cadre de santé ont évoluées. La gestion de l'absentéisme, des mails, les rendez-vous avec les familles, les visites au chevet du patient, la gestion des formations continues et des projets institutionnels font que le cadre de santé s'organise en conséquence pour mener à bien sa mission d'encadrement. D'ailleurs, Paule BOURRET souligne que :

*« Les cadres sont un peu partout dans le service et précisément nulle part. Ils tiennent une place sans prendre place, touchent à tout et s'occupent de multiples objets indispensables au fonctionnement du service, ce que personne ne remarque tant qu'il n'y a pas de problème ».*³

Je pense qu'il faut bien communiquer auprès des équipes lors de ces moments d'absence du cadre de proximité.

De plus, je constate que la motivation de l'équipe soignante n'est pas constante. En effet, lors de la certification, j'ai observé que l'équipe évoluait dans une ambiance pesante. Cela peut s'expliquer par le fait que la certification a lieu en juin. Période très proche de la période estivale, où d'ailleurs de nombreux professionnels débutent leurs vacances saisonnières. Les professionnels de santé m'exprimaient qu'ils étaient fatigués.

Je m'oriente vers les infirmières. Je constate que les infirmières nouvellement diplômées sont moins stressées que les infirmières plus expérimentées. En effet, en recherchant, je remarque que dans le référentiel infirmier de 2009, les futurs professionnels sont sensibilisés à la démarche qualité. Il s'agit de l'Unité d'enseignement : 4 8 S6 « Qualité des soins, évaluation des pratiques ». Ce qui leurs procurent une certaine connaissance des attentes des certifications et des évaluations des pratiques professionnelles.

En outre, suite aux différentes lectures que j'ai réalisées, je m'aperçois que les diverses formes d'évaluation et moyens utilisés sont anxiogènes. Le principe même de l'évaluation est anxiogène pour tout un chacun.

D'autant plus que les résultats officiels de la certification sont rendus six mois après les visites, autre point qui est mentionné par les équipes. En effet, une évaluation remise à long terme n'a pas les mêmes effets sur une équipe. Dans les unités de soins tout va très vite, les délais de prise en charge, les temps de séjours sont de plus en plus courts. Les professionnels travaillent dans l'instantanéité (action-réaction), d'où l'influence des retours des résultats à courts terme,

³ BOURRET Paule (Février 2007), Cadre de santé, un travail de lien invisible, Soins Cadres, N°65, p.23-p27.

à moyen terme et à long terme. L'évaluation sera un concept étudié dans la partie conceptuelle du mémoire de recherche.

Ensuite, en discutant avec les collègues cadre de santé, je m'aperçois que nous sommes nombreux à dire que « les infirmières et aides-soignantes sont stressées par la certification », Cette remarque est formulée tant par les cadres expérimentés que par les cadres débutants, cela conforte le constat ci-dessus cité.

Nous allons aller plus loin dans notre réflexion. Il est important d'effectuer quelques recherches sur le stress :

Le stress est défini selon trois composantes selon le docteur le D' Herbert Benson, du Mind/Body Médical Institute de l'université Harvard, il y a :

- **l'agent du stress**, ou sa source : un stimulus d'ordre physique, mental, social ou émotionnel survient auquel il faut s'ajuster. Le stimulus peut être mineur ou important, positif ou négatif, exceptionnel ou constant, prévu ou inattendu

- **La réaction de stress** : Lorsque le cerveau sonne l'alerte, des réactions physiologiques immédiates comme l'augmentation du rythme cardiaque, la constriction des vaisseaux sanguins et la montée d'adrénaline, assurent que le corps puisse réagir à la situation. S'ils persistent au-delà du temps nécessaire, ces mécanismes donnent lieu à des malaises physiques et psychologiques : les symptômes de stress.

- **L'attitude** : l'intensité de la réaction de stress dépend du message envoyé par le cerveau aux glandes endocrines, et donc de la *perception* qu'à l'esprit du stimulus en question, le fait de le voir comme plus ou moins dangereux, exigeant ou contraignant. Par exemple : un retard de cinq minutes ne crée généralement pas de stress, sauf si on pense qu'on va rater le train, ou si le cerveau imagine un autre scénario catastrophique, ce qui peut être le cas si notre éducation nous a féroce

dressés à la ponctualité. Une attitude négative ou des attentes irréalistes donnent également lieu à des problèmes de stress.

En somme, le stress est une réaction réflexe, tant psychologique que physiologique, de l'organisme devant une situation difficile qui demande une adaptation. Selon LAZARRUS et BRUCHON SCHWEITZER : « L'adaptation est un *processus par lequel l'individu peut ajuster son comportement. Il sera donc nécessaire pour lui de passer à un état d'inadaptation provisoire, de stress physique et psychologique, et de trouver les ressources nécessaires pour faire face à une situation nouvelle. Ceci Nécessite la mise en place d'efforts cognitifs et comportementaux* ».

En ce qui nous concerne, l'équipe soignante est stressée car elle reçoit des stimuli et pour y répondre, l'équipe fait appel à des capacités d'adaptation. Il serait illusoire de croire que le stress pourrait-être évité, néanmoins, il est important de privilégier le « E-stress » profitable pour tous et qui permet de se surpasser, c'est le stress bénéfique pour chacun.

La question de départ :

Pourquoi l'équipe soignante vit elle la certification comme une épreuve, une contrainte ?

J'ai fait le choix d'étudier ce problème de stress en période de certification car j'ai eu l'occasion de discuter avec beaucoup de collègues infirmiers et nombreux sont ceux qui mentionnent que le stress a été omniprésent en période de certification. De ce fait, que doit mettre en place le cadre de santé pour éviter des situations stressantes ? Ou quels moyens possède-il pour permettre un environnement facilitant en cette période de certification ?

Selon Michel VIAL et Odile THUILIER dans l'ouvrage « l'évaluation des cadres de santé à l'hôpital » la préparation et l'accompagnement de la certification ne soulèvent pas

« d'enthousiasme des acteurs de terrain »⁴ on a alors évoqué la fameuse « résistance » des acteurs de terrain.

Du point de vue des acteurs de terrain, ils précisent qu'ils n'ont pas toujours les éléments nécessaires pour comprendre ce qui leur a été demandé : « le problème alors n'est pas la résistance mais tout simplement la formation des acteurs. L'information ne peut suffire, l'éducation serait utile ». ⁵

De plus, est-ce des comportements cérémoniels qui influent l'adhésion de l'équipe à la démarche ?

La problématique qui en découle :

Comment le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe pour appréhender les évaluations comme démarche d'amélioration continue de la qualité ?

III. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE

Hypothèse 1

Le cadre de santé favorise l'adhésion de l'équipe à l'évaluation des pratiques professionnelles par le management situationnel

Hypothèse 2

La dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles contribue à une culture positive de l'évaluation

⁴ THUILIER, O, VIAL, M, « Evaluation au quotidien des cadres de santé à hôpital » Paris, Edition Lamarre, P 70

⁵ THUILIER, O, VAIL, M, « Evaluation au quotidien des cadres de santé à hôpital » Paris, Edition Lamarre p 70

DEUXIEME PARTIE
ANALYSE THEORIQUE DU THEME
DE RECHERCHE

IV. ANALYSE CONTEXTUELLE : La certification

a) Le cadre législatif de la certification

L'HAS est créée par la loi du 13 août 2004 et remplace l'ANAES. L'article L.161-37 décrit les missions de l'HAS, telles que l'évaluation des services attendus, l'élaboration des guides de bon usage des soins ou encore la mise en œuvre des procédures de certification des établissements de santé.⁶

L'organisation de l'HAS est articulée autour d'un collège garant de la rigueur, de l'impartialité des avis et des recommandations rendues. Sept commissions spécialisées et une mission d'évaluation des pratiques professionnelles ont été mises en place. Parmi les commissions, celle de la « certification des établissements de santé » a pour objectifs d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés, l'organisation interne de l'établissement et la satisfaction des patients⁷.

Les actions de l'HAS sont de divers types. Il s'agit aussi de bien de visites de contrôles des établissements de santé en démarche de certification que d'évaluation de pratiques professionnelles avec la rédaction de guides, synthèses, référentiels, ou encore d'évaluations de médicaments. L'HAS travaille en collaboration avec d'autres structures de santé ou des sociétés expertes reconnues internationalement, comme le COFRAC (Comité Français d'Accréditation) ou encore l'AFNOR (Association Française de Normalisation)

La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique.

⁶ www.has-sante.fr

⁷ www.has-sante.fr

L' HAS certifie des établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

La certification a été introduite au sein des systèmes de santé en France par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière. La certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dispensés.

Elle est aujourd'hui installée dans le paysage sanitaire français et a permis d'impulser et de pérenniser la démarche qualité des établissements de santé au bénéfice des usagers, des personnes malades ou en perte d'autonomie

Le but de la certification est de progresser dans la continuité de cinq idées fortes classées par thématiques :

- Rendre indissociable la certification et la démarche qualité
- Privilégié la démarche d'amélioration continue
- Centrer la démarche sur les réalités du quotidien
- Placer la prise en charge du patient au cœur de l'évaluation
- Valoriser le travail des équipes

Il faut pour cela stabiliser le manuel de certification pour en faciliter l'appropriation et porter l'effort sur d'autres sujets. D'ailleurs, la Haute Autorité de Santé préconise de personnaliser la procédure en fonction des enjeux et des risques propres à chaque établissements de santé, de mettre en place un compte qualité pour rendre continue la certification et éviter l'effet « soufflé ».

La visite de certification a évolué par une évaluation de la réalité des prises en charge et des organisations. Enfin, le patient est au cœur de la démarche d'évaluation en visite de la prise en charge du « patient traceur » tout au long de son parcours.

La certification est le seul dispositif qui offre un cadre global d'analyse et d'évaluation externe de la qualité des soins, des prises en charge, et des voies d'amélioration retenues par un établissement de santé. C'est pourquoi, elle constitue un levier de mobilisation des acteurs hospitaliers et des représentants d'usagers.

Le manuel de certification est établi selon deux chapitres. Le premier concerne le management de l'établissement et le second la prise en charge du patient.

La finalité est d'obtenir une certification au service des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ainsi, les résultats de la certification pourront servir de leviers clés de la qualité et de la sécurité des soins et permettre une régulation efficiente du système de santé.

Les fondements de la démarche qualité s'orientent vers deux axes :

- L'amélioration continue de la qualité
- La gestion des risques⁸

Dans la démarche d'amélioration continue, il est demandé lors de la certification que la démarche soit orientée vers le patient, vers une démarche participative, par un engagement des responsables (cadres, managers), par une représentation de tous les professionnels, par une implication de tous les professionnels, par une démarche pragmatique, par une obligation d'objectivité, par une démarche pérenne et évolutive. Pour ce faire, la structuration de la démarche de certification se fait à partir d'un référentiel spécifique (V2014), d'une procédure

⁸ CARON, D, MASTER 1 qualité à ILIS, 2015/2016

propre (auto-évaluation, visite, remise d'un rapport) ou par l'intervention des pairs (experts visiteurs)

Dans la gestion des risques, les enjeux stratégiques sont : la réputation de l'établissement, la capacité à maintenir et à développer une activité à risques dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins, l'image de marque d'un établissement, les enjeux techniques et organisationnels, économiques et financiers (optimisation des coûts), juridiques (responsabilité civile et pénale en cas de dommage : obligation de résultat, ...) et assuranciers (visite de suivi par les assureurs, cotisation modulable)

Nous verrons succinctement les cinq orientations majeures de la certification de la V2014 :

- Renforcer la capacité de la certification à maîtriser les risques
- Renforcer l'effet de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité
- Rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité des établissements
- Poursuivre le développement des approches centrées sur le patient
- Valoriser les établissements de santé dans le cadre de la certification

L'objectif est de garder une stabilité pour le manuel jusqu'à l'horizon 2018.

Actuellement, l'introduction de compte qualité (outil de suivi), les rendez-vous plus régulier avec l'HAS sont favorisés. L'auto-évaluation n'est plus obligatoire dans les établissements de santé. De plus, nous constatons une évolution sur la place de la visite. En effet, comme le souligne Madame CARON directrice des soins, expert visiteur à l'HAS et enseignante à université de Lille 1 « *la visite n'est plus la place centrale dans le cycle de certification, ce qui permet de limiter le surinvestissement autour de la visite et l'effet soufflé* ». ⁹

⁹ CARON, D, MASTER 1 qualité à ILIS, 2015/2016

Voici un exemple de cycle de certification¹⁰ :



Le maintien du principe de visite de certification a pour objectifs de s'assurer de la mise en œuvre opérationnelle des exigences du manuel de certification et de d'évaluer sur la base d'objectifs au plus proche des professionnels et du patient. Les modalités seront basées sur la personnalisation de la visite et centrées sur les risques.

Voici un exemple d'établissement à risque¹¹ :

¹⁰ CARON, D, MASTER 1 qualité à ILIS, 2015/2016

¹¹ Ibidem,

Thématiques :
Profil, spécialités, équipements

Cartographie :
Localisation des ES

Qualité :
Données qualité et sécurité des soins

Comparaison :
Niveau national ou inter ES

Activités :
Information clés sur l'activité de l'ES

Possibilité de filtrer sur un niveau minimum de qualité pour la Certification et certains indicateurs

Après avoir étudié les auteurs et articles en lien avec l'approche conceptuelle, j'orienterai ma recherche vers l'élaboration des entretiens à destination des professionnels de santé (cadre de santé et infirmiers) afin de confronter les pistes théoriques et les échanges des professionnels de terrain.

b) L'historique de la qualité

Suite à une modification radicale du fonctionnement des entreprises après la révolution industrielle, les démarches « qualité » apparaissent dans le monde. Dès 1920, Walter SHEWHART, un physicien américain, parle de processus et de mesures statistiques pour contrôler les évolutions d'un secteur d'activité. Puis en 1950, William Edwards DEMING, prône le management par la qualité avec l'objectif d' « aller vers l'excellence »¹². En ce qui concerne les soins, l'évaluation, l'amélioration de la qualité et la sécurité ont déjà fait leur apparition en Amérique du Nord en 1915.

Le système hospitalier français connaît plusieurs réformes, il doit faire face à des demandes basées sur la qualité des soins, l'accès aux équipements médicaux de haute technologie et les

¹² https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_management_de_la_qualit%C3%A9
W. Edwards Deming, *Out of the Crisis* MIT CAES (2^e éd.) 1986

besoins sanitaires augmentent. En parallèle, on constate des difficultés financières du système de santé en France, ce qui impose une maîtrise des dépenses et renforce la contrainte économique dans le fonctionnement des établissements de santé.

L'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) est créée en août 1989. En 1995, elle engage un programme pluriannuel pour l'évaluation médicale. Elle se développe ensuite dans les programmes de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (1996) et la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004. Les versions de l'accréditation puis de la certification (2004) des établissements de santé se succèdent entre 1998 (V1), 2010 (V3) et 2014 (V4) « *En 2002, 1/3 des établissements et 60% des lits hospitalisés étaient accrédités* ». ¹³

Dans le monde de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise qu'« *il consiste à mieux concevoir, imaginer ou adapter les moyens thérapeutiques et plus globalement, la pratique professionnelle dans l'intérêt direct ou indirect du patient.* » ¹⁴ L'intérêt indirect du patient est défini comme l'amélioration des conditions de travail du personnel, qui permet d'optimiser la prise en charge des patients. Ainsi, la démarche qualité est l'affaire de tous.

Enfin, la démarche qualité ne peut être ponctuelle, ou spécifique à chaque patient. Elle doit s'inscrire dans une norme ou un référentiel afin que les mesures mise en place aient des conséquences positives, immédiates à chaque patient. Dans les établissements de santé, la démarche qualité est étroitement liée aux démarches de certification qui permettent de confronter l'organisation d'un système à une norme.

La certification des établissements de santé a été créée en 1996, suite à l'ordonnance n°96-344 du 24 avril, ordonnance dite « Juppé » : portant réforme de l'hospitalisation publique et privée,

¹³ LEBOEUF, D. ETIENNE, D. Une dynamique positive intégrant chaque acteur de soins. Soins n°729, Octobre 2008, p 27

¹⁴ Ibidem, P 27

elle conforte l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles et propose aux établissements de soins de s'orienter vers une démarche qualité.

Il y est écrit qu' « *afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation* ». En 2004, avec la création de l'HAS, l'accréditation devient la certification. Les indicateurs font leur entrée à l'hôpital avec le tableau de bord des infections nosocomiales qui instaure la notion d'évaluation et de classement des établissements de santé. Comme le souligne le Docteur Arnaud FOUCHARD, adjoint au chef du service indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'HAS : « *ces indicateurs sont devenus aujourd'hui incontournables, ces premières mesures ont notamment permis un déploiement de la culture d'évaluation et de la sécurité à l'hôpital mais elles ne reflètent pas avec précision le niveau de qualité des pratiques* »¹⁵

Le dernier indicateur en date, e-satis, qui mesure par un questionnaire en ligne la satisfaction des patients hospitalisés : « *c'est une des dimensions incontournables de mesure de la qualité et, après plusieurs années d'expérimentation, il vient compléter les dispositifs de mesure existants* »¹⁶. explique le DR FOUCHARD A.

Walter HESBEEN parle plutôt d'une pratique soignante de qualité plutôt que de qualité des soins : « *Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-*

¹⁵ FOUCHARD, A, Objectif soins et management, N°255, Avril, 2017, P 36

¹⁶ Ibidem, P 36

*ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés »*¹⁷

c) Les principes de la démarche qualité

Les principes de la démarche qualité reposent sur deux approches :

- L'approche processus
- L'amélioration

1. L'approche processus :

L'approche processus est indispensable dans une démarche qualité.

*L'approche processus est une méthode destinée à maîtriser et améliorer le fonctionnement d'un organisme »*¹⁸. En effet, elle consiste à identifier les processus nécessaires au management de la qualité au sein d'une organisation, mais aussi les processus de réalisation et les processus supports.

Pour chaque processus recensé, les éléments entrants et sortants sont déterminés et les interactions inter processus sont analysées. Les outils nécessaires à la maîtrise de chaque processus sont également à gérer, des actions sont à mettre en place pour atteindre les objectifs et l'amélioration continue et enfin, un contrôle doit être planifié.

Les processus de management ou de direction donnent la ligne directrice de l'ambition du service et déterminent la politique qualité. Chaque année, le chef de

¹⁷ W, HESBEEN, La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante, Masson, Paris, 2002, P 55

¹⁸ <http://www.axess-qualite.fr>

service, le responsable qualité et les pilotes de processus définissent les objectifs à atteindre pour les douze mois à venir et discutent des axes d'amélioration à mettre en œuvre.

2. L'amélioration continue :

De nos jours, la majorité des entreprises assurent que pour rester concurrentielles et remporter des marchés, il est indispensable d'entrer dans un processus d'amélioration continue.

En effet, c'est déjà dans les années 1950, que les Japonais, réceptifs aux conseils d'un américain, William Edwards DEMING, avaient compris ce principe et remporté ainsi une part importante des marchés mondiaux dans la production de biens de consommation¹⁹. E. DEMING, statisticien et conférencier, avait en effet repris le principe du PDCA²⁰ de Walter A. SHEWHART, en l'illustrant par sa fameuse « roue ».

Celle-ci est composée de quatre parties: « to Plan, to Do, to Check, to Act "(PDCA).

Tout d'abord, l'étape « to Plan » est celle de la préparation, de l'état des lieux, de la planification. Elle correspond à la recherche des circonstances et des causes d'une situation donnée. Elle permet de mettre en place un plan d'action, de dire ce que l'on va faire. Le QQQQCP (qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi) ou encore le diagramme d'Ishikawa, outils des démarches qualité peuvent aider à cette étape de réflexion.

La seconde étape est « to Do », c'est la partie de la réalisation, de la mise en pratique du plan d'action précédemment défini. C'est une phase de production.

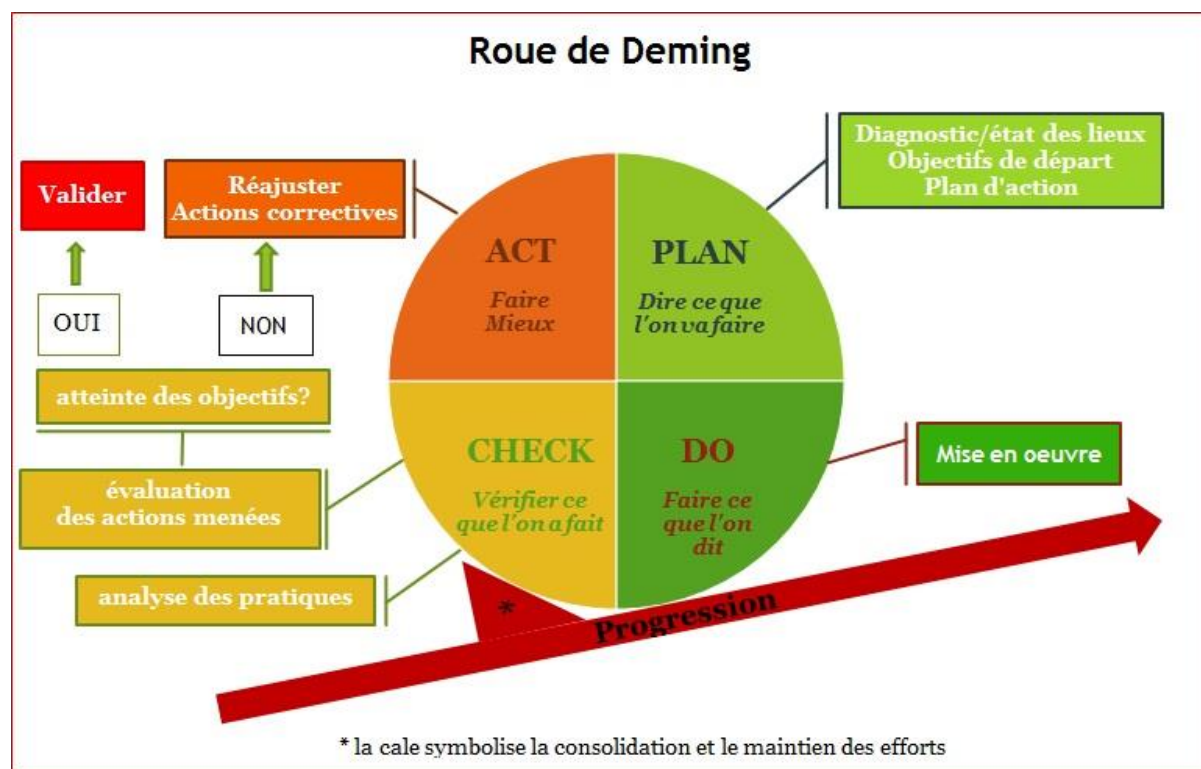
¹⁹ <http://adamanthony.bloguez.com>

²⁰ Plan Do Check Act

La troisième étape, « to Check », signifie « vérifier ». Un contrôle de la réalisation ou de l'amélioration proposée en amont est effectué. Des « indicateurs qualités » sont généralement mis en place pour faire cette vérification.

La dernière partie de la roue de Deming est celle appelée « to Act ». Elle a pour finalité de proposer des axes d'amélioration par rapport aux constats réalisés dans l'étape « to Check ». Elle permet de relancer la roue et de lui faire démarrer un nouveau tour.

Enfin, cette roue est représentée sur une pente, et pour éviter qu'elle ne recule, une cale est placée derrière elle. Cette cale correspond au système de management de la qualité (sur le schéma ci-dessous. Si la « cale » de la roue de Deming tient, cette dernière peut continuer à tourner et à avancer : on est dans l'amélioration continue.



C'est ainsi, qu'une démarche qualité doit être instaurée, de façon continue et avec les acteurs de terrain afin de favoriser la participation de chaque acteur qui gravite autour du patient. Le

management de la qualité peut être un levier au sein des organisations de soins, tant sur la motivation des équipes que sur la conduite de changement.

Dans le cadre des certifications des établissements de santé, l'HAS a rendu obligatoire les évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

Les thématiques évaluées lors d'une certification d'établissement de santé sont l'hospitalisation (motif, durée, logique), les actes à risque, les prescriptions médicamenteuses et les examens de laboratoire ou de radiologie. De nombreuses méthodes existent pour réaliser ces évaluations. Il peut s'agir de revue de pertinence, d'enquête de pratique, d'analyse de processus, de chemin clinique, de méthode de résolution de problème, de mise en place et d'analyse d'indicateurs ou enfin d'audit. Ces deux derniers outils sont souvent utilisés pour évaluer les laboratoires lors de leur démarche d'accréditation.

En secteur hospitalier, l'évaluation des pratiques professionnelles est transposée dans les unités de soins. L'utilisation des évaluations des pratiques professionnelles contribue principalement à l'amélioration de la qualité des soins et, de ce fait, au service médical rendu aux patients. Deux concepts cohabitent dans l'évaluation de ces pratiques et nécessitent d'être précisés :

- L'amélioration des pratiques professionnelles initiée par la certification
- La formation continue des personnels de santé lors des évaluations de pratique de soins (EPP)

En bref, je dirais qu'il est important de ne pas confondre la certification des établissements de santé avec :

- la certification ISO (démarche de reconnaissance externe d'un organisme par rapport à une norme internationale, iso 9001, management par la qualité),
- la certification des établissements de service, elle évalue un service par rapport à un référentiel (marque NF).

- L'accréditation des médecins (procédures par laquelle des équipes pratiquant des activités dites « à risques » déclarent des événements indésirables survenus au cours de leur pratique afin que ces événements soient recensés, analysés et traités, il s'agit d'une démarche volontaire)
- L'accréditation JACIE (accréditation des activités de greffe de moelle osseuse)
- L'inspection (contrôle réglementaire visant à assurer que l'établissement satisfait aux normes de sécurité)

Après cette analyse de certification, il me paraît nécessaire de définir le mot évaluation notamment dans le domaine de la santé.

V. L'ÉVALUATION

a) La définition

Face à la polysémie du mot **évaluation**, les définitions sont nombreuses.

L'évaluation renvoie à l'action d'évaluer.

Selon le Petit Larousse, « *évaluer, c'est juger, estimer, apprécier, porter un jugement sur la valeur de ...* »²¹

L'évaluation est omniprésente, à tous les niveaux, et depuis l'enfance. Aucune pratique sociale et aucun acteur ne semblent pouvoir se soustraire à l'évaluation. Ainsi, nous vivons une période qui connaît un essor et une montée en puissance du phénomène d'évaluation à tous les niveaux de la société (entreprise, enseignement, recherche, santé, action politique..).

²¹ Dictionnaire Petit Larousse

Selon Charles Hadji, l'évaluation est « *l'acte par lequel on formule un jugement de valeur portant sur un objet déterminé (individu, situation, action, projet,..)* Par le moyen d'une confrontation entre deux séries :

- *Des données qui sont de l'ordre du fait et qui concernent l'objet réel à évaluer,*
- *Des données qui sont de l'ordre de l'idéal et qui concernent des attentes, des intentions, ou des projets s'appliquent au même objet »²²*

Ainsi, l'évaluation peut être envisagée comme une comparaison entre ce qui existe, et ce qui est attendu

C'est ce qui nous concerne dans ce mémoire de recherche. Lors de la certification, les processus et les pratiques professionnelles sont évaluées par rapport à un référentiel. En cas d'écart, ils sont alors confrontés. Autrement dit, on compare le travail prescrit et le travail réel et apporter des pistes d'amélioration et de correction.

La certification est un projet de « recherche » de la qualité, dans une dynamique de changement, à côté de la formation et de la recherche : une procédure externe d'évaluation visant à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'HAS a pour mission de : « *favoriser ... le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles* »²³

A l'origine, la certification ne se voulait donc pas un contrôle assorti d'une garantie mais d'une dynamique de changement modifiée par une dynamique d'amélioration permanente. Il s'agissait de mettre en place des démarches locales d'autoévaluation, de potentialiser et de mobiliser les expériences. Le but était de promouvoir le développement de professionnels,

²² Hadji C, 1989, l'évaluation les règles du jeu, des intentions aux outils, Paris, ESF, P 25

²³ www.has-sante.fr

dynamiques, capables de porter des projets. C'est ce vers quoi je souhaite orienter mon mémoire de recherche : favoriser l'autonomie des professionnels de santé.

b) L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'EPP mentionnée à l'article L.4133-1-1 (Loi du 13 août 2004) a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques Décret du 14 avril 2005.

L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration de la qualité des soins, comme étant la garantie que *« chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*.²⁴ Cette définition est complète et correspond pleinement à ce que les patients souhaitent. Au quotidien, cependant, les professionnels de santé réalisent des soins à des rythmes qui complexifient l'organisation des unités de soins. Les mises à jour des connaissances voire le développement d'autres compétences semblent incontournables. Pour ce faire, l'HAS a donné la possibilité, d'utiliser l'évaluation des pratiques de soins ou pratiques professionnelles comme un élément pouvant structurer une démarche qualité.

Le code de santé publique instaure l'évaluation de la qualité des prestations dispensées aux patients, depuis la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 : *« les établissements de santé,*

²⁴ Conseil Canadien d'agrément des services de santé, Normes à l'intention des centres de réadaptation : une approche centrée sur le client, 1997, Ottawa, ont : Le conseil, 1995, 1^{er} vol, P 5

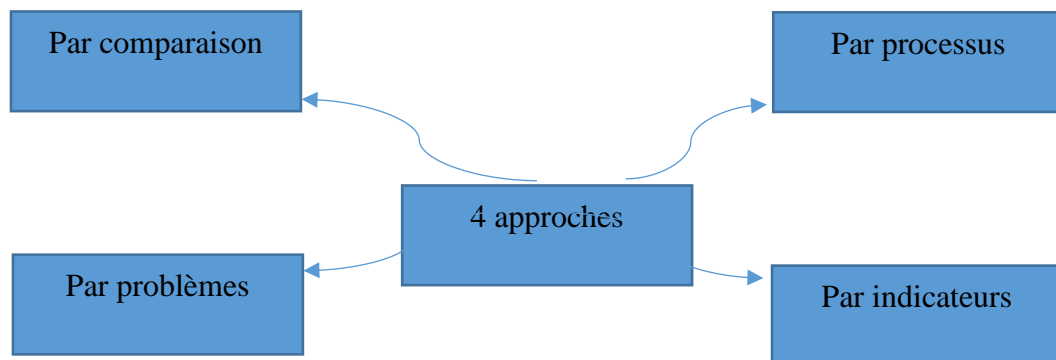
publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficacité »²⁵

Ainsi, l'EPP devient une obligation, une « *contrainte imposée par l'Etat* »²⁶. Cette contrainte se surajoute à une activité déjà bien chargée pour les professionnels de santé, dont l'attention est focalisée sur les préparatifs d'autres impératifs tels que la poursuite du plan « *Hôpital 2007* » et de la tarification à l'activité.

Le législateur oblige les médecins, par le décret N° 2005-346 du 13 avril 2005, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, à formaliser et à s'engager dans cette voie (annexe 1)

En 2005, l' HAS est un véritable chef d'orchestre des démarches qualité dans le secteur de la santé. La mise en place des EPP contribuent fortement à l'amélioration de la qualité des soins et au service médical rendu aux patients.

Les approches et méthodes pour mettre en place une EPP



²⁵ BOIX, AM, « l'accréditation hospitalière. Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ? », Paris, Edition L'harmattan, 2003, P 12

²⁶ Ibidem, P 12

Or deux concepts cohabitent dans l'évaluation de ces pratiques et nécessitent d'être précisés :

Concepts de l'évaluation des pratiques professionnelles²⁷

Certification des établissements de santé	Formation continue des professionnels de santé
Travail et réflexion pluridisciplinaires et pluri professionnels : - Validation pour les médecins : 150 points à acquérir - Enregistrement pour les paramédicaux	Formation continue et validation individuelle pour les médecins : - Validation pour les médecins : 100 points à acquérir - Enregistrement pour les paramédicaux
Total de 250 points à acquérir : barème quinquennal de la formation médicale continue selon l'arrêté du 13 juillet 2006	Idem

Comme défini dans le tableau ci-dessus, les médecins ont l'obligation de valider tous les cinq ans 250 points dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles. Concernant les professionnels paramédicaux, l'HAS a renforcé la coopération entre les professionnels de santé.

Pour tout professionnel de santé, qu'il soit personnel soignant ou d'encadrement, les EPP nécessitent une délicate approche managériale. Cette approche peut être utilisée par les managers afin de mettre en œuvre un management par la qualité.

La quête de la qualité a été transposée dans les années 1980, puis instituée en 1996 par l'accréditation. Vécue comme un choc culturel, la certification impose une réflexion sur l'organisation des soins, « *sur les pratiques a priori déjà là en qualité* »²⁸. La formalisation de la recherche de la qualité via la certification est ressentie comme « *une intrusion dans la sphère*

²⁷ MONCET, MC, « l'évaluation des pratiques professionnelles : la qualité des soins à construire ensemble », Edition Lamarre, P 5

²⁸ THUILLIER, O, VIAL, M, « l'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital » Edition Lamarre, Paris, 2003, P 64

privée, comme un manque de confiance »²⁹ par les professionnels. Cette inquiétude des professionnels peut complexifier la mise en place d'EPP. Dans certains établissements, la mise en place d'EPP se fait par l'utilisation d'audit, ou par la mise en œuvre de chemin clinique.

Cependant, quelle réflexion est mise en place dans le concept de l'évaluation ?

Les inquiétudes des professionnels se portent sur l'activité même de l'évaluation, vécue comme une surcharge de travail. L'enrichissement d'une telle démarche n'est pas immédiatement perçu.

Lors des parcours professionnels, certains soignants se sont posés la question de l'intérêt des évaluations des pratiques professionnelles. Les visions du soignant et du cadre sont différentes mais complémentaires. « *Le développement des compétences des paramédicaux semble représenter l'essentiel bénéfique perceptible* »,³⁰ selon l'ouvrage de MC MONCET.

Les paramédicaux ne sont attentifs qu'à la réalisation exhaustive des soins dispensés au patient. L'EPP ne semble pas correspondre à leur priorité, en effet, les soignants, étant diplômés, considèrent leurs compétences acquises. La culture de l'évaluation des pratiques soignantes est née avec les démarches de certification des établissements de santé. Elles sont diffusées de manières assez disparates, or nous pouvons identifier de nombreuses plus-values issues de la mise en place d'EPP.

L'évaluation des pratiques professionnelles permet aux soignants d'appréhender les prises en charge, tout en se questionnant sur leurs pratiques. Il s'agit de poursuivre un processus de professionnalisation et ce, même après avoir été diplômé.

Pour le personnel d'encadrement, l'EPP fait apparaître plusieurs perspectives complexes et complémentaires. En prenant en premier comme centre d'intérêt les patients, dont nous avons la responsabilité, évaluer les pratiques professionnelles des paramédicaux contribue à améliorer la qualité des soins et, de ce fait, concourt à sécuriser la prise en charge de nos malades. Cela permet de répondre aux exigences de la certification des établissements de santé. Le développement de la professionnalisation est lié à celui des compétences qu'elles soient soignantes ou évaluatives.

²⁹ Ibidem, P 67

³⁰ MONCET, MC, « l'évaluation des pratiques professionnelles : la qualité des soins à construire ensemble », Edition Lamarre, P 9

L'évaluation des pratiques professionnelles est impulsée par la dynamique des directions des soins, le relai et le moteur se trouvent au niveau des cadres de proximité. « *Sans eux, la politique et les projets ne sont que paroles* ». ³¹ Comme le souligne Me PESQUEUX, Directrice des soins au Centre hospitalier d'Avranches Granville.

Concernant les patients dont nous avons la responsabilité, l'EPP contribue à améliorer la qualité des soins et de ce fait, concourt à sécuriser la prise en charge des patients.

Toutefois, l'évaluation peut avoir des logiques et des fonctions différentes. Ces logiques qui semblent parfois antagonistes peuvent se compléter et former un tout qui constitue la démarche d'évaluation. C'est pourquoi l'évaluation est un concept complexe.

Selon Charles HADJI « *l'évaluation ne peut être objective* »³². Il ne s'agit pas d'ailleurs, d'exclure toute subjectivité, mais plutôt de faire avec, d'en avoir conscience et d'éviter l'arbitraire.

Selon J. ARDONIO et G. BERGER, l'évaluation est « *une attitude philosophique posant la question de la valeur, en même temps que les problèmes du sens et des significations d'un acte donné, donc une démarche essentiellement qualitative. Mais, c'est aussi, plus souvent, un dispositif(...) pour rendre compte et rendre des comptes* ». ³³

Ces auteurs insistent sur la différence notable entre l'évaluation et le contrôle : « *évaluer n'est pas contrôler* », ils définissent le contrôle comme une mesure de l'écart et les variations entre un référé et un référant permanent.

A contrario, « l'évaluation », en ce qu'elle pose la question du sens, consiste essentiellement « *à produire, à construire, à créer un référé en même temps qu'elle s'y rapporte* ». ³⁴ Il s'agit de construire et reconstruire constamment des systèmes d'interprétation qui donnent du sens au réel.

Le développement professionnel est lié à celui des compétences qu'elles soient soignantes ou évaluatives.

Je souhaite donc, développer le concept de compétence car il me paraît important que les professionnels de santé développent une compétence en matière d'évaluation, d'autoévaluation

³¹ LESPESQUEUX, MC, Soins Cadres N° 58, mai 2006, P 46

³² HADJI C, 1989, l'évaluation les règles du jeu, des intentions aux outils, Paris, ESF ? p 45

³³ ARDONIO J, BERGER G, 1989, d'une évaluation en miettes, à une évaluation en acte, Paris, Matrice Andsha, P 11

³⁴ HADJI C, 1989, l'évaluation les règles du jeu, des intentions aux outils, Paris, ESF, P 123

mais également concernant le domaine de la qualité. De plus, chaque professionnel compétent ayant bénéficié de formation développe des connaissances et permet d'aboutir à une autonomie professionnelle qui sera développée après le terme de compétence. Chaque professionnel mobilise des compétences professionnelles afin d'exercer sa profession.

c) La compétence

Tout d'abord avant d'aborder le concept de compétence, il est important de définir l'aptitude car toute personne peut avoir une aptitude à la fonction, cependant la compétence peut être différente. L'aptitude est donc définie comme : « *Potentiel déjà démontré de produire un savoir, un savoir-faire, un savoir-être. La capacité est une actualisation de l'aptitude* »³⁵, nous sommes dans une acquisition dite « durable »

Selon Guy Le BOTERF, la définition de la compétence « *Mobilise et organise différents savoirs et gère les émotions révélées au cours de leur acquisition et de leur mobilisation. Analyse le contexte dans lequel il utilisera sa compétence pour rester performant. Régule sa compétence au cours même de sa réalisation et l'analyse à distance tant sur le plan de son processus que de sa performance. Transfère cette compétence dans les différentes familles de situations, tout en gardant un niveau de performance attendu. Sait que toute famille de situations suscitera des conflits de nature éthique questionnant alors la valeur de sa compétence* ». ³⁶

Cette définition nous indique que la compétence s'entretient et s'évalue permettant ainsi, d'être performant. Le contexte, l'analyse, la régulation et les différentes situations remettent en question cette notion de compétence. D'où l'intérêt de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue pour parfaire son identité professionnelle et d'inclure cette dynamique dans les organisations préétablies. De plus, l'évaluation des pratiques professionnelles des soignants leur permet d'appréhender les prises en charge tout en se questionnant sur leurs pratiques.

Pour GUY Le BOTERF, il n'existe pas de définition unique de la compétence, chaque organisation doit créer sa propre définition selon un environnement et les situations de travail rencontrées. Toutefois, pour définir la compétence à prendre en compte dans un contexte de

³⁵ MONCET, MC, « l'évaluation des pratiques professionnelles : la qualité des soins à construire ensemble », Edition Lamarre, P 12, selon KETELE, JM, guide du formateur, Bruxelles-Paris, Edition universitaire De Boeck, 1988, P 216

³⁶ LE BOTERF G, « Développer la compétence des professionnels », Éditions d'Organisation, 2002, 311 pages (4^{ème} édition). P 27

management situationnel, je reprendrai la définition de ZARIFIAN : « *la compétence est une intelligence pratique qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec autant plus de force que la diversité des situations augmente* ». ³⁷

Pour Guy Le BOTERF, être compétent dans une situation professionnelle, résulte de trois facteurs :

- Le savoir agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources appropriées (connaissances, savoir-faire, réseaux,) et de savoir mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes.
- Le vouloir agir qui se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitant dans lequel il intervient.
- Le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation de travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu.

Ainsi, l'enjeu pour le cadre est de créer des conditions optimales afin de permettre à ses collaborateurs de développer leurs compétences et in fine leur autonomie.

d) L'autonomie

Etymologiquement, le terme autonomie est constitué de deux racines :

« Auto » (soi-même) et « monos » (la loi), soit littéralement : « se gouverner selon sa propre loi. » selon le petit Larousse, « l'autonomie est la possibilité de décider, pour un organisme, un individu, sans en référer à un pouvoir central ».

Selon Dominique TISSIER, l'autonomie s'inscrit dans un mouvement d'individualisation « *ce mouvement se caractérise aujourd'hui par un très fort intérêt pour soi-même, couplé à la nécessité, pour les individus, d'effectuer des choix fréquents face à la diversité de la vie sociale* ». ³⁸

L'auteur décrit deux aspects de l'individualisation :

- « *l'individualisme narcissique* »³⁹ : les individus sont solidaires, centrés sur eux-mêmes et manifestent du désengagement au travail.

³⁷ ZARIFIAN, P, « objectifs compétences », Paris, Editions Liaisons, 2001, P 63

³⁸ Dominique TISSIER « le management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation », 2001, Éditeur : INSEP, P 22

³⁹ Ibidem, P 26

- « l'autonomie »⁴⁰: elle est source de développement personnel et permet l'ouverture vers les autres, les personnes autonomes demandent plus de responsabilités et possèdent un sens de l'équipe plus développé.

L'auteur insiste également sur le rôle essentiel de l'entreprise dans le développement de l'autonomie des personnes, aussi la personne pourra tendre vers l'une ou l'autre facette de l'individualisation en fonction du style de management développé par l'encadrement : « *il nous fait donc inventer des modes d'organisation et de management des personnes qui suscitent la recherche active de l'autonomie* »⁴¹.

C'est pourquoi, l'autonomie des collaborateurs passe par la reconnaissance au travail et par la recherche du sens.

Dominique TISSIER, définit l'autonomie professionnelle : « *comme la combinaison de la compétence et la motivation d'une personne ou d'un groupe de personnes dans le cadre d'un objectif, d'une mission, d'un projet, elle est relative à une situation précise, ce qui signifie qu'une personne possède des degrés d'autonomie professionnelle variés selon les situations qu'elle rencontre* ». ⁴²

C'est pourquoi, la place de la compétence dans l'accès à l'autonomie me semble essentielle et le cadre doit favoriser la progression des compétences de ses collaborateurs.

Il n'existe pas qu'un seul style de management mais bien plusieurs, aucune forme de management n'est à priori meilleure qu'une autre, l'enjeu pour le cadre est d'adapter son comportement en fonction des situations rencontrées.

Le rôle du manager, est de créer les conditions favorisant à la fois le développement des personnes qu'il manage et l'atteinte des objectifs de l'organisation.

Aussi, lors de périodes de certifications, le style de management employé sera adopté en fonction de la personne et du contexte. L'objectif du cadre sera de rendre ce management et cet accompagnement bénéfiques et constructifs pour le personnel soignant.

Pour être un cadre « parfait », il faudrait selon MINTZBERG au moins 52 qualités qu'il énumère dans son livre, aussi lors d'une interview accordée en automne 2011, il précise : « *si*

⁴⁰ Ibidem, P 26

⁴¹ Ibidem, P 27

⁴² Ibidem, P 71

*vous disposez de l'ensemble de ces qualités, vous êtes un gestionnaire efficace... mais vous n'êtes pas humain ».*⁴³

Il conclut « *que la gestion efficace consiste à être conscient de ses imperfections et s'assurer qu'elles ne nuiront pas au succès de l'entreprise »*⁴⁴

En ce qui concerne la certification des établissements de santé, Michel Vial et Odile Tuilier précisent que la certification des établissements de santé était un projet de recherche, « *au sens d'une quête de la qualité, dans une dynamique de changement, à côté de la formation et de la recherche : une procédure externe d'évaluation visant à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »*.⁴⁵

Autrement dit, au départ la certification ne se voulait pas un contrôle assorti d'une garantie, mais une dynamique de changement par une dynamique d'amélioration permanente, en mettant en exergue des démarches locales d'auto-évaluation des établissements. Le but recherché est de promouvoir le développement professionnel dynamique capable de porter des projets.

Le rôle du cadre de santé est primordial pour mettre en place une évaluation participative, en quelque sorte une transposition de l'évaluation formative scolaire mais axée sur l'amélioration des pratiques. Le cadre de santé, par la production de protocoles et de guides, favorise l'autocontrôle des professionnels afin de lutter contre la routine.

Le rôle du cadre de santé est de garantir la qualité et la sécurité des soins par un accompagnement réalisé auprès des soignants qu'il manage. Selon M Vial « *toute personne souhaitant accompagner : c'est rencontrer l'autre. Accompagner, c'est être une personne ressource, ici maintenant, et ce « être avec » fera que le chemin se trace, que des buts nouveaux apparaissent, que des effets naissent largement imprévus »*⁴⁶.

Pour le personnel d'encadrement, l'évaluation des pratiques professionnelles a comme intérêt premier le patient ; cela veut dire qu'évaluer les pratiques professionnelles des paramédicaux contribue à améliorer la qualité des soins et, de ce fait, concourt à sécuriser la prise en charge

⁴³ MINTZBERG H, « manager ce que font vraiment les managers ? » Paris, 2011, Edition d'organisation, P 67

⁴⁴ Ibidem, P 67

⁴⁵ THUILLIER, O, VIAL, M, « l'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital » Edition Lamarre, Paris, 2003, P 64

⁴⁶ VIAL, M, MENCACCI, N, « L'accompagnement professionnel », Méthodes à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative. Paris, Edition De Boeck, 2007, P 34

des malades. Cela permet de répondre aux exigences de la certification des établissements de santé.

La qualité renvoie-t-elle alors à une performance de pratiques de qualité ou la qualité est-elle au service de la performance ?

Pour W. HESBEEN ces démarches conduisent sans aucun doute à prodiguer des soins de qualité techniques et scientifiques de plus en plus élevés en termes de pertinence et de sécurité,

« *Cependant, le gain majeur de la qualité reste l'attention particulière portée à la personne* ».

47

Toujours selon W. HESBEEN ce gain majeur de la qualité, ne peut être imposé par les hiérarchies et les responsables. Le soin qui peut imprégner la qualité du soin, le soin relève de « *l'implication du professionnel qui reste le seul à pouvoir consentir, qui est le seul à pouvoir subtilement, délicatement et sincèrement imprégner de la qualité de sa présence les gestes qu'il pose, les soins qu'il donne* ».48

Le cadre de santé n'est pas cantonné à un rôle administratif, il est, au contraire, au carrefour des relations humaines indispensables pour que fonctionne le service.

Les cadres de santé prennent conscience de l'intérêt de la démarche évaluative et de la communication sans pour autant avoir des moyens supplémentaires. Or le problème des moyens pour évaluer est non seulement une question de temps, mais aussi une redéfinition de la pratique de ces acteurs, pour aller vers l'idée que « *l'activité de rendre compte fait partie intégrante de ce qu'ils doivent faire* »49

Rendre compte dans le contrôle mais aussi délibérer, dialoguer et de réorienter dans la logique de l'évaluation.

C HADJI définit le contrôle comme « *une opération de vérification qui atteste de la conformité d'une situation à une norme préexistante* »50.

L'intention de l'évaluateur en adoptant une posture de contrôle est de mesurer le résultat obtenu par rapport à des normes.

47 HESBEEN, W, « *Ambiance professionnelle implication personnelle et qualité du service, Perspective soignante* » n°30, décembre 2007

48 Ibidem,

49 THUILLIER, O VIAL, M, « *évaluation au quotidien des cadres de santé à hôpital* » Paris, Edition Lamarre, P 65

50 HADJI, C, « *l'évaluation les règles du jeu, des intentions aux outils* », Paris, ESF 1989, p 185

Jacques ARDONIO et Guy BERGER distinguent l'évaluation du contrôle, effectivement, pour ces auteurs, le contrôle et l'évaluation sont deux concepts différents.

- Le contrôle « *c'est la mesure des écarts entre des produits, des démarches et une norme extérieure préétablie. Il est régi par des critères de conformité, de logique, de cohérence. Il vérifie pour valider ou rejeter, corriger ou sanctionner. Il vise à normaliser. Il y a extériorisé de l'apprenant qui ne participe pas à l'élaboration des procédures de contrôle* »⁵¹
- L'évaluation « *est pluri référentielle, elle englobe et dépasse le contrôle et dépasse le contrôle. Elle est conçue comme processus intervenant dans un système ouvert(...) elle ne peut être partagée par les acteurs. L'apprenant participe à l'élaboration des procédures d'évaluation* »⁵²

Ainsi, l'évaluation est une démarche qualitative qui s'inscrit dans la temporalité et intègre la participation des professionnels.

Le contrôle a pour objectif de rendre au regard des normes prédéfinies. Les professionnels ne sont pas associés à la démarche de contrôle.

Michel VIAL, s'est particulièrement intéressé aux postures de l'évaluateur, il distingue « *deux grandes logiques* » qui correspondent à « *deux grandes fonctions sociales* » de l'évaluation.

- « *la logique de contrôle* » : l'évaluateur réalise « un arrêt sur une image » afin de juger, de vérifier la conformité avec la volonté de maîtrise.
- « *la logique d'accompagnement* » : l'évaluateur souhaite encourager le changement, les évaluations continues et les capacités de l'autre.

Le concept d'accompagnement fera l'objet d'un développement plus approfondi. En effet, je vois la posture du cadre de santé lors des certifications comme un aidant, afin d'aller de l'avant, aider l'équipe à progresser dans de bonnes conditions, développer l'autonomie de l'équipe et sa responsabilité en lien avec la démarche d'amélioration continue.

⁵¹ ARDONIO, J. BERGER, G, « d'une évaluation en miettes, à une évaluation en acte » Paris, Edition Matrice Andsha 1989

⁵² ARDONIO, J. BERGER, G, « d'une évaluation en miettes, à une évaluation en acte » Paris, Edition Matrice Andsha 1989

Michel VIAL, précise qu'à travers une posture de contrôle « *l'évaluateur applique des normes, prend en compte, il rend des comptes, il fait des bilans, il régularise, il retourne à la règle c'est la posture de l'expert* »⁵³

C'est pourquoi, la posture de l'évaluateur est différente selon l'objectif de l'évaluation.

Cette posture est identifiée chez les experts visiteurs missionnés par l'HAS.

Pour cet auteur, l'évaluateur adoptera une posture de contrôle « *pour obtenir une réponse utilisable, communicable qui permette de faire des remédiations, des corrections, d'améliorer en continu les pratiques évaluées, c'est évaluation-contrôle* ». ⁵⁴

Tout comme le soignant, le cadre de santé est un évaluateur. Le cadre de santé se situe dans l'organisation que Philippe BERNOUX nomme de « *système* », il le définit comme : « *un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que si l'une est modifiée, les autres le sont aussi et que, par conséquent, tout l'ensemble est transformé* »⁵⁵

Le manager responsable d'une unité de soins occupe une place dans le système hospitalier. Le positionnement du cadre de santé dans la structure, lui octroie une place de cadre de santé évaluateur, un rôle déterminant. Cependant dans l'ouvrage de Philippe BERNOUX, il s'interroge sur : « *l'espace autoriser des cadres de santé dans le système concernant l'utilisation des méthodes d'évaluation de pratiques professionnelles* »⁵⁶

Le cadre de santé joue un rôle d'acteur, c'est-à-dire : « *celui qui participe à une action et qui a des intérêts communs pour cette action* »⁵⁷, pour dépasser cette notion d'acteur, il nous semble intéressant de différencier les postures possibles : La posture « *évolue en permanence, décline des variations autour d'une figure possible, par exemple : le vérificateur dans la logique de contrôle ou l'accompagnateur dans la logique de l'évaluation* »⁵⁸

On comprend aisément la nécessité de l'alternance entre les postures et les logiques d'évaluation.

⁵³ VIAL, M, « les enjeux de l'évaluation aujourd'hui » Paris, 2008, Lyon, conférence à la journée de l'Ariaf

⁵⁴ Ibidem, P56

⁵⁵ BERNOUX, P, « la sociologie des organisations », Evreux, Editions du Seuil, 1985, P 141

⁵⁶ Ibidem, P 137

⁵⁷ Ibidem, P 137

⁵⁸ MONCET, MC, « l'évaluation des pratiques professionnelles : la qualité des soins à construire ensemble », Edition Lamarre, P 33

En conséquence, face à ces deux postures, certains évaluateurs peuvent se trouver dans un positionnement schizophrénique des plus inconfortables déchirés entre une posture de contrôle et une posture d'accompagnement ou alors adopter exclusivement et systématiquement soit l'une ou l'autre de ces deux postures.

Ainsi, même si ces deux logiques semblent antagonistes, Michel VIAL conseille d'éviter « le piège du choix entre les deux logiques ». Il n'y pas une logique qui soit meilleure que l'autre, il conviendrait pour l'évaluateur de les articuler : « *les deux logiques de l'évaluation ne sont pas parallèles mais tressées dans le sujet, pour le sujet* »⁵⁹

Ainsi, l'enjeu pour le cadre évaluateur est d'être conscient de sa posture.

Certes, lors des certifications, le cadre de santé n'est pas en position d'évaluateur. Cependant, afin de développer la démarche continue dans l'unité de soins dans laquelle il exerce, l'évaluation des pratiques professionnelles positionne le cadre de santé en tant qu'évaluateur. Il est donc intéressant de prendre conscience de ces deux postures.

« *Etre conscient de l'existence de ces deux postures aide à s'orienter dans l'action.* »⁶⁰

Comme le précise Charles HADJI, « *il est nécessaire de toujours préciser son intention dominante et savoir dans quel cadre de jeu on se situe* »⁶¹.

Enfin, l'évaluation consiste à tenter de comprendre ce qui est fait, Michel VIAL précise qu'il s'agit « *d'impulser vers plus de réflexion, d'autonomie, c'est aider l'évalué à trouver son propre chemin* »⁶².

⁵⁹ VIAL, M, « les enjeux de l'évaluation aujourd'hui » Paris, 2008, Lyon, conférence à la journée de l'Ariaf, P 55

⁶⁰ VIAL, M, « les enjeux de l'évaluation aujourd'hui » Paris, 2008, Lyon, conférence à la journée de l'Ariaf, P 64

⁶¹ HADJI, C, « l'évaluation les règles du jeu, des intentions aux outils », Paris, ESF 1989, p 185

⁶² VIAL, M, MENCACCI, N, « de l'accompagnement considéré comme une pratique d'évaluation » 2005 Edition Lamarre

VI. LE MANAGEMENT

a) Historique du management

Il y a trois écoles de pensée :

- Les écoles classiques : TAYLOR, FAYOL, WEBER⁶³

Ce sont les premiers à développer les théories sur l'organisation du travail.

A l'époque, Taylor, ingénieur américain, a une approche plutôt mécaniste et scientifique du travail. L'analyse scientifique des tâches permet de produire beaucoup. La théorie de Taylor repose sur quatre principes :

- La division horizontale du travail : le travail est parcellisé, les tâches sont décomposées (processus)
- La division verticale du travail : il s'agit de distinguer les domaines de la conception et de l'exécution.
- Un système de salaire au rendement à la tâche
- Un système de contrôle organisé par les contremaitres

Cette organisation scientifique du travail selon TAYLOR entraîne la prise en considération de l'importance des conditions de travail pour l'efficacité au travail et la productivité.

FAYOL, quant à lui a mis en lumière le travail de dirigeant. Prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler ; synonymes très proches de ceux utilisés dans la fonction de cadre de santé.

FAYOL a décrit le processus de direction en management. Il pose une organisation pour responsabiliser les travaux et favoriser l'autonomie, la prise d'initiative dans le travail et dans les unités de commandements.

FAYOL est l'ancêtre des démarches managériales.

WEBER avocat et sociologue allemand, définit le concept de l'organisation bureaucratique.

⁶³ LEGRAND, MO, cours IFCS LOMME, 2017,

Il s'intéresse aux relations entre individus et autorité, il propose une organisation telle que :

- La division du travail
- La hiérarchie
- La sélection du personnel employé
- Les règles et règlements
- L'avancement en tenant compte des compétences et de l'ancienneté
- Le caractère impersonnel des relations

Cette méthode met l'accent sur le caractère rationnel, la déshumanisation du travail, sans tenir compte des relations sociales.

L'école classique montre certaines limites, nous observons de nouvelles théories notamment celle basée sur l'approche des relations humaines.

➤ L'approche des relations humaines ⁶⁴:

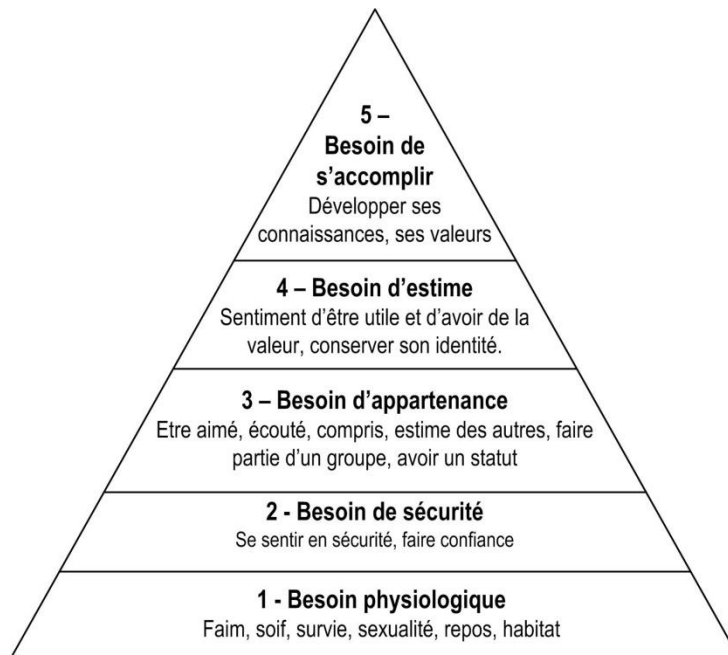
Elle se situe fin du 20^{ème} siècle. Cette approche place l'homme en tant qu'individu qui évolue dans un groupe de personnes.

MAYO, psychologue et sociologue australien, met l'accent sur l'amélioration des conditions de travail (extérieur aux personnes). La logique d'appartenance à un groupe a des influences majeures sur son travail. La relation humaine est alors placée au cœur de l'organisation. La qualité des relations interpersonnelles influencent l'implication des salariés dans la productivité.

MASLOW, quant à lui développe la motivation qui repose sur la hiérarchie des besoins humains. Selon lui, la satisfaction de besoins humains hiérarchisés développerait la motivation. Il hiérarchise ces besoins sous la forme d'une pyramide selon cinq niveaux présentée sur le schéma suivant ⁶⁵:

⁶⁴ LEGRAND, MO, cours IFCS, Lomme, 2017

⁶⁵<http://a407.idata.over-blog.com/5/74/12/00/Schemas/Maslow.jpg>



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

LEWIN, psychologue allemand, étudie l'influence sociale, il définit la dynamique de groupe. Pour lui, il est important que les individus évoluent en groupe.

Après avoir clarifié les grands courants de l'histoire du management, nous allons étudier les différents styles de management en lien avec la recherche qui concerne le management situationnel.

b) Définition du management

La fonction de management est apparue aux Etats Unis dans les années 60. Beaucoup d'auteurs ont travaillé sur ce concept de management. Dans le cadre de mon mémoire de recherche, je m'appuierai sur les travaux d'Henry MINTZBERG et de Dominique TISSIER afin d'approfondir les styles de managements contemporains car ils me correspondent dans ma pratique quotidienne.

Tout d'abord, selon le dictionnaire hachette la définition du mot management signifie : « ensemble des techniques d'organisation et de gestion des entreprises, des sociétés commerciales, ... »⁶⁶

Selon Henry MINTZBERG « le management n'est ni une science ni une profession, c'est une pratique qui se maîtrise principalement par l'expérience et qui est ancrée dans un contexte »⁶⁷

Selon Dominique TISSIER dans son ouvrage « le management situationnel, vers l'autonomie et la responsabilité »⁶⁸ il renvoie le management au management des personnes c'est-à-dire à l'homme. Il précise : « adapter le style de management à l'individualisation »⁶⁹.

c) Les différents styles de management

Nous allons explorer les moyens dont le cadre de santé dispose afin d'accompagner l'équipe soignante dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles certifiantes. En effet, c'est au travers du management et de l'accompagnement que le cadre de santé va gérer son équipe.

Nous allons nous appuyer sur l'ouvrage de Dominique TISSIER⁷⁰, où sont mis en évidence quatre styles de management à utiliser en fonction des situations et des personnes rencontrées.

Le style directif : sert à structurer et à organiser, les décisions sont prises par le manager qui limite les initiatives, contrôle et planifie. Ce style de management procure de la sécurité.

Le style persuasif : sert à mobiliser à faire adhérer. Le manager prend des décisions mais consulte ses collaborateurs. Ce style de management suscite de la confiance.

Le style participatif : sert à associer. Les collaborateurs participent à la prise de décision. Le manager développe la participation active des membres d'une équipe. Ce style de management procure de l'engagement.

⁶⁶ Hachette, collection, Edition 2012.

⁶⁷ MINTZBERG, Henry, Manager, ce que font vraiment les managers, 2011, Edition Paris Vuibert, P 240

⁶⁸ TISSIER, Dominique, management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilité, 2001, Edition INSEP consulting P 18

⁶⁹ Ibidem, P 22

⁷⁰ Dominique TISSIER « le management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation », 2001, Éditeur : INSEP, P 45

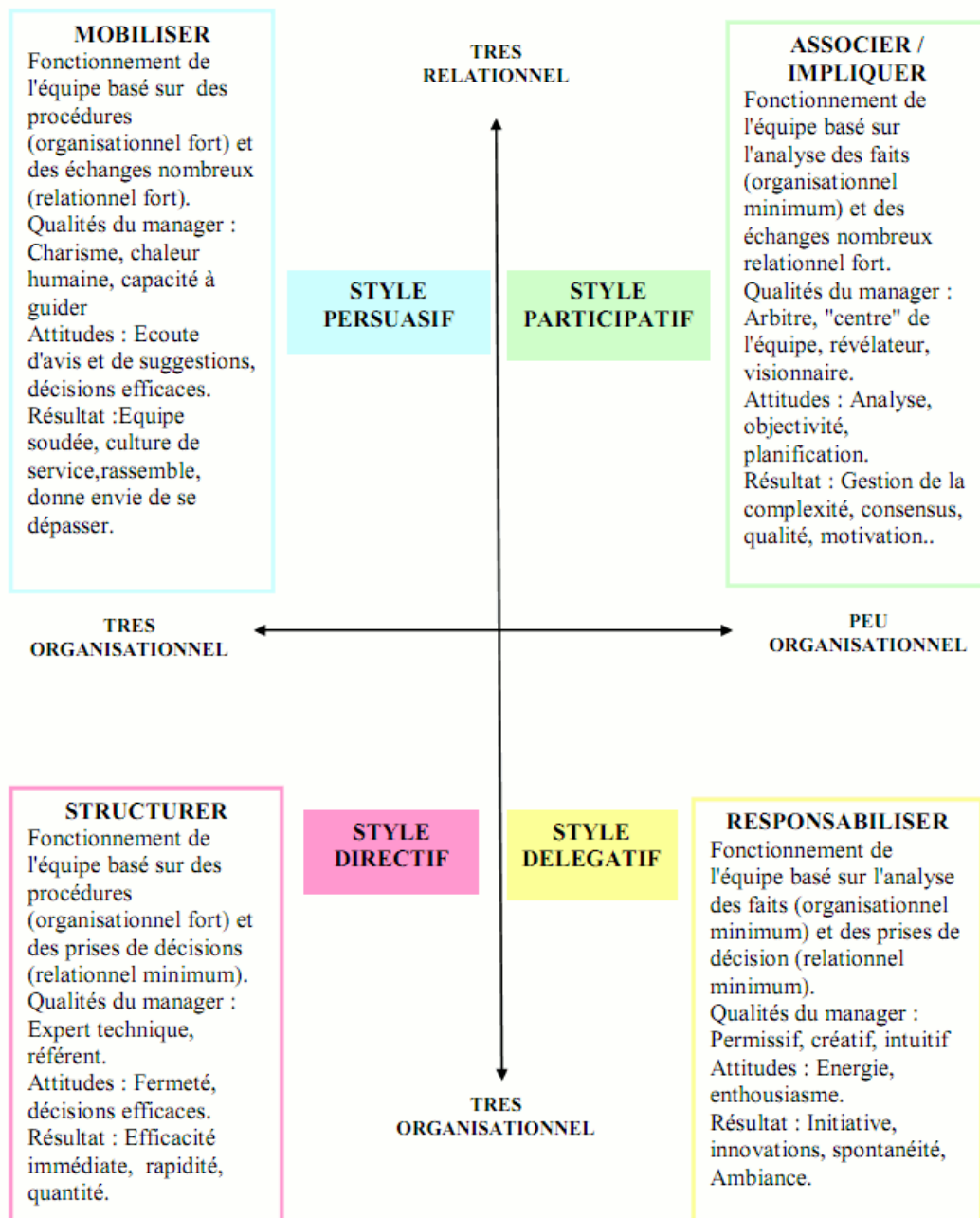
Le délégatif : sert à responsabiliser. Il laisse les collaborateurs mettre en œuvre leurs propres plans d'action et leurs propres méthodes. Ce style de management génère du développement.

Le management se situe par rapport à deux comportements :

- Un axe vertical pour le comportement relationnel
- Un axe horizontal pour le comportement organisationnel.

La carte ⁷¹ représentée ci-dessous, sert au manager comme outil d'analyse des situations rencontrées.

⁷¹ Carte des styles de management situationnel, combinaison de la carte, page 45 et des fiches récapitulatives pages 48, 50, 56, 60.



Le manager recherche et adopte le mode de management le plus approprié en fonction de la situation, du contexte, de l'individu, de sa motivation, de l'histoire de l'entreprise, des valeurs et des objectifs recherchés. Le cadre doit s'adapter en permanence.

Parmi les théories qui ont été développées pour définir les différents styles de management, je retiendrai le modèle de Kenneth BLANCHARD et Paul HERSEY. Ils distinguent quatre niveaux de maturité professionnelle (uniquement relative au travail) chez les collaborateurs.

- **Maturité faible M1** : les collaborateurs n'ont pas les connaissances nécessaires et sont peu motivés.
- **Maturité moyenne-faible M2** : les collaborateurs sont motivés mais ont un manque de connaissances.
- **Maturité moyenne-élevé M3** : les collaborateurs ont des connaissances nécessaires mais sont peu motivés.
- **Maturité élevé M4** : les collaborateurs sont motivés et possèdent les connaissances nécessaires.

Ils définissent le degré de maturité selon :

- **La compétence** : le savoir-faire et le potentiel des collaborateurs
- **L'engagement** : la motivation des collaborateurs

Selon HERSEY et BLANCHARD chaque degré de maturité possède sa correspondance dans la grille de management définie ci-dessous⁷².

Maturité	M1	M2	M3	M4
Management	DIRECTIF	PERSUASIF	PARTICIPATIF	DELEGATIF
Attitude	Diriger	Entraîner	Epauler	Déléguer

Les quatre modes de management que définissent Hersey et Blanchard sont les suivants :

- **Le management directif** : il consiste à mettre l'effort sur la définition et la réalisation des tâches. Le manager organise l'essentiel du travail et prend

⁷² <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/les-styles-de-leadership-selon-hersey-et-blanchard/>

seul la plupart des décisions. Il privilégie une communication hiérarchique. L'objectif est que les collaborateurs soient plus efficaces.

- **Le management persuasif** : il réside à concentrer ses interventions autant sur la relation (soutien et encouragement) que sur la tâche. Le manager prend en considération les suggestions de ses collaborateurs, il les informe et les écoute.
- **Le management participatif** : l'objectif est de mobiliser et d'impliquer les collaborateurs afin qu'ils manifestent de l'engagement. Le manager manifeste de l'intérêt pour les difficultés professionnelles vécues par ses collaborateurs en lien avec leur travail.
- **Le management délégatif** : ce type de management génère le développement des collaborateurs. Le manager fournit un accompagnement limité, il encourage l'autonomie.

La maturité professionnelle du collaborateur évolue dans le temps, c'est pourquoi, le manager doit adapter continuellement son comportement.

Par ailleurs, le manager doit chercher à conduire ses collaborateurs vers des niveaux toujours plus élevés de maturité.

Cependant, l'approche de HERSEY et BLANCHARD comporte quelques intérêts et quelques limites. En effet, l'approche d'Hersey et Blanchard qui suscite un grand intérêt chez les managers Nord-Américains. Elle semble être une approche pragmatique malgré son caractère quelque peu rudimentaire, aussi cette approche préjuge de la capacité des cadres à maîtriser une variété de styles de management.

Aussi, Guy PELLETIER, professeur émérite à l'Université de Montréal, signale que chaque style de management décrit par Hersey et Blanchard possède des « dérives potentielles »⁷³ :

- Un style excessivement directif peut dériver vers de l'autoritarisme, « où les directives deviennent des ordres et la communication est à sens unique »⁷⁴

⁷³ PELLETIER, G, « le leadership suivant la contingence des situations », espaceedoc.net, 2006, P 9

⁷⁴ Ibidem, P 9

- Un style trop persuasif peut se transformer en de la manipulation, « où l'on témoigne une considération exagérée pour le travail réalisé »⁷⁵
- Un style participatif « peut s'avérer être une échappatoire facile pour un dirigeant qui décharge ses responsabilités décisionnelles »⁷⁶
- Un style trop délégatif peut démontrer un certain laxisme chez le manager.

Enfin, PELLETIER souligne que l'approche d'Hersey et Blanchard « tient peu compte de l'environnement, de l'organisation et de la culture sociétale »,⁷⁷ or, au sein d'une organisation très autoritaire, il semble difficile pour le manager d'adopter un management délégatif, inversement, un management directif au sein d'une organisation basée sur la compréhension et la coopération serait mal venu.

Aussi, après avoir défini les différents styles de managements selon le modèle d'HERSEY et BLANCHARD, je vais orienter ma recherche vers le management situationnel selon Dominique TISSIER.

1. Management situationnel :

Le management situationnel « désigne un ensemble d'outils efficaces pour aider le manager à adapter son style de management aux situations qu'il rencontre (...) »⁷⁸.

Selon Dominique TISSIER, le rôle du manager situationnel est de s'adapter en permanence aux situations individuelles et collectives. Il annonce également que l'efficacité passe par le développement de l'autonomie des personnes qu'il faut évaluer.

Le manager doit augmenter la délégation tout en développant les compétences, la motivation des personnes et de l'équipe afin d'avoir une meilleure productivité.

⁷⁵ Ibidem, P 9

⁷⁶ Ibidem, P 9

⁷⁷ Ibidem, P 9

⁷⁸ TISSIER, D, « le management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation », 2001, Éditeur : INSEP, P 29

Dominique TISSIER indique que « *l'efficacité consiste à évaluer en permanence l'autonomie des personnes et des groupes* »⁷⁹. Il s'agit de la somme des motivations et de la compétence.

Enfin, le rôle du manager est « *de créer les conditions propices au développement de cette autonomie dans le cadre des projets et des activités individuelles ou collectives* »⁸⁰

Dans le cadre de notre recherche, le cadre de santé doit développer au sein de l'unité de soins un environnement capacitant afin de développer les conditions d'autonomie et de confiance.

Ce style de management oscille entre le management participatif et délégatif, néanmoins, il ne faut pas exclure la posture d'autorité et de responsable hiérarchique d'unité que représente le manager.

Dominique TISSIER décrira la motivation, selon les critères sur lesquels de nombreux chercheurs sont unanimes :

- La motivation ne se décrète pas : on crée les conditions d'émergence ou entretient un climat favorable à son développement.
- La motivation est au carrefour de trois réalités : la satisfaction (des besoins), la personnalité (l'estime de soi), et enfin le contexte (socio-économique, professionnel, culturel).
- La motivation est un processus complexe : lien interactif et continue entre les dimensions environnementales individuelles et collectives.
- La motivation n'est pas un état permanent : elle est une combinaison muable de facteurs internes et externes. Elle se situe entre l'action et la pensée, l'individu et le milieu.
- La motivation passe par la reconnaissance : la reconnaissance par la considération.
- La motivation et la récompense : « *un sourire, un remerciement sincère et authentique valent quelquefois plus qu'une prime exceptionnelle que l'on découvre en bas d'une feuille de paie ...mais le contraire peut aussi être vrai* ».
- Trouver du sens à son travail : se situer dans l'organisation.
- Réussir ou contribuer à la réussite : éclairer des objectifs atteignables contribue à la satisfaction individuelle et collective.

⁷⁹ TISSIER, D, « le management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation », 2001, Éditeur : INSEP, P 72

⁸⁰ TISSIER, D, « le management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation », 2001, Éditeur : INSEP, P 75

- Partager des décisions.
- Avoir un manager motivé et motivant : l'attitude du leader influence directement la motivation des collaborateurs.

Au travers de ces contours de la motivation, la proximité du cadre de santé semble essentielle pour répondre à certains critères tels la reconnaissance, la considération, la récompense (le sourire, le remerciement sincère...), l'observation de la performance par les compétences en action...

L'attitude du manager (motivé) doit être perçue par l'équipe, ce qui aura pour effet de motiver l'équipe. Le management situationnel, laissant l'autonomie à l'équipe de s'exprimer et d'évoluer, permet au cadre de définir une relation de proximité.

Dans son ouvrage K. BLANCHARD reprend les mêmes styles de management que Dominique TISSIER.

Il précise que « *le style de management à adopter est en fonction de l'équipe ou du collaborateur et que cela dépend du degré de motivation de l'équipe et du degré d'organisation de l'unité.* »⁸¹

L'auteur s'appuie sur trois outils simples :

- objectif minute,
- félicitation minute,
- réprimande minute.

Ce mode de management implique une présence physique du cadre et une proximité relationnelle avec son équipe.

K. BLANCHARD nous propose un management de proximité, nécessitant une présence constante du cadre. Cependant, cette présence physique comporte des limites, les missions du cadre de santé ont évoluées. Le cadre de santé est impliqué en mission transversale, ce qui l'oblige à s'absenter physiquement de l'unité de soins et de l'équipe.

Walter HESBEEN quant à lui exprime que le cadre de proximité a pour fonction « *d'organiser et d'accompagner la relation singulière des soins au même des pratiques quotidiennes* »⁸². Pour lui, les équipes soignantes ont besoin d'être encadrées en vue d'être accompagnées, soutenues

⁸¹ BLANCHARD, K, et JOHNSON, S, « Le management minute », EYROLLES Éditions d'Organisation, 2006 (2ème édition), 116 pages

⁸² HESBEEN, W, « cadre de proximité : un métier au cœur du soin, Edition Elsevier Masson, 2011, P 95

et parfois contenues « *là se situe la fonction d'un cadre entretenant avec les différents professionnels, une relation de proximité* »⁸³.

2. Les différents rôles du manager

Selon Henry MINTZBERG, le manager est une personne détentrice de l'autorité formelle de l'organisation. Il s'inscrit dans une hiérarchie, possède des responsabilités et doit unir ses efforts pour atteindre les objectifs attendus.

J'ai souhaité développer les rôles du cadre selon MINTZBERG selon les trois plans définis dans son ouvrage « *Manager, ce que font vraiment les managers* », car cette analyse me paraît plus appropriée à la fonction des cadres de santé d'aujourd'hui.

Ces trois plans se déclinent de la façon suivante :

- Le plan de l'information : « *le cadre communique et contrôle* »⁸⁴
- Le plan de la personne : « *le cadre est le leader et fait le lien (vers l'extérieur)* »⁸⁵
- Le plan de l'action : « *le cadre agit et négocie* »⁸⁶

Le plan de l'information :

A travers ce plan, MINTZBERG réunit le rôle de la communication et de contrôle du cadre :

➤ **Le rôle de communication :**

Le cadre est au cœur de l'information de par sa fonction, il observe, écoute et négocie.

Ce rôle de communication est notamment très présent lors des certifications, des évaluations de pratiques professionnelles.

Le cadre diffuse également des informations claires et précises, tant sur le plan ascendant que descendant.

➤ **Le rôle de contrôle :**

⁸³ Ibidem, P 3 et P 121

⁸⁴ MINTZBERG, H, *Manager, ce que font vraiment les managers*, 2011, Edition Paris Vuibert, P 65

⁸⁵ Ibidem, P 78

⁸⁶ Ibidem, P 96

Le cadre de santé est garant de la qualité et la sécurité des soins, il a un rôle essentiel en matière de contrôle.

Cette fonction de contrôle se traduit notamment à travers la maîtrise par le cadre de certains outils tels que les audits, les évaluations des pratiques professionnelles, les entretiens annuels du collaborateur, les tableaux de bord et les tableaux d'activité.

Le plan des personnes :

MINTZBERG inclut dans cet item, le leadership du cadre dans son service et le lien à l'extérieur de celui-ci.

➤ Le leadership :

Le cadre motive, implique, accompagne et encourage ses collaborateurs, il favorise l'esprit d'équipe au sein de son unité. Le cadre participe au développement professionnel du personnel soignant.

La différence fondamentale entre le manager et le leader tient à l'origine que le manager est désigné par sa hiérarchie, il possède un statut, alors que le leader est surtout reconnu par son équipe.

« Management is doing things right, leadership is doing right things »

(Le management a pour objectif de bien faire, le leadership fait ce qu'il faut)

Peter F. DRUCKER

➤ La création de lien :

Le cadre entretient des relations tant au sein de son unité qu'en dehors. Il développe des réseaux, ses missions en transversalité sont de plus en plus nombreuses, il crée des liens entre les différents acteurs.

Le plan d'action :

Ce troisième sous-ensemble précise le rôle du cadre dans le domaine de l'action, MINTZBERG identifie deux rôles principaux, celui de l'action directe et celui de négociation à l'extérieur.

➤ L'action directe :

L'un des rôles du cadre est de mettre en place des projets, de répartir les tâches en fonction des ressources. Par ailleurs, il gère les impondérables et les dysfonctionnements.

Le rôle d'action directe du cadre engage sa présence au sein de l'unité.

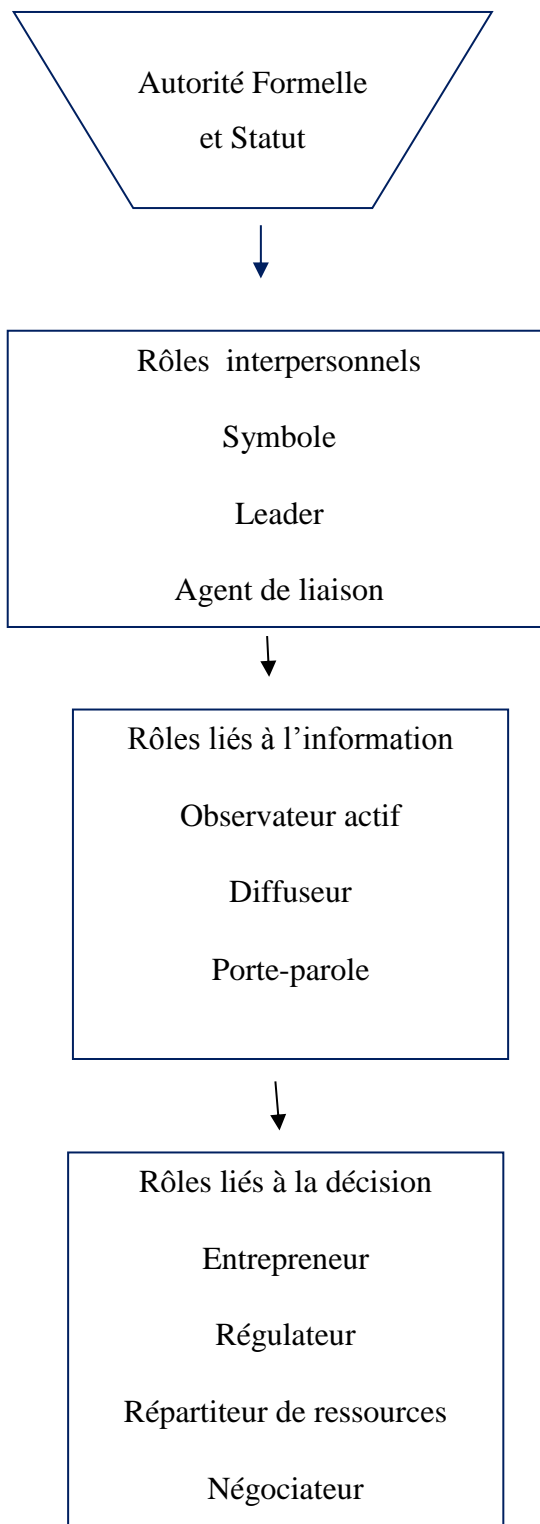
➤ La négociation avec l'extérieur :

La cadre argumente, discute avec les différents partenaires, il crée des coalitions et des réseaux de soutien, il a aussi un rôle de porte-parole.

Ces trois axes ne peuvent être, selon MINTZBERG, dissociés, c'est pourquoi « *le manager doit jouer sur les trois plans afin d'atteindre un équilibre essentiel à l'exercice du management* »⁸⁷

Néanmoins, il me paraît nécessaire de préciser également les dix rôles du cadre que MINTZBERG décrit dans l'ouvrage « le manager au quotidien ». Il classe ces rôles en trois catégories.

⁸⁷ MINTZBERG, H, « Manager, ce que font vraiment les managers », 2011, Edition Paris Vuibert, P 106



Dans le cadre de notre étude, je m'attacherai à développer le rôle lié à la décision et à la régulation. En effet, le manager, dans le cadre de la certification, prend l'initiative et assure la conception de la plupart des changements « contrôlés » affectant l'organisation.

Ainsi, j'utiliserai le terme entrepreneur emprunté aux économistes, je place ici la fonction entrepreneuriale dans un contexte plus étendu que l'activité dans une organisation.

Le rôle d'entrepreneur commence par l'activité d'observation active, c'est-à-dire rassembler des informations sur l'organisation, rechercher des opportunités et des situations. Selon MINTZBERG l'expression « *d'amélioration par projet* »⁸⁸ désigne une séquence d'activité destinée à améliorer une situation, une organisation, à exploiter une opportunité, ou à résoudre un problème. Le cadre choisi de s'impliquer à trois niveaux :

- La délégation :

Pour certains projets d'amélioration et dont ils ont le moins de conséquences.

- L'autorisation :

Certains projets d'amélioration requièrent un contrôle plus étroit car ils comportent des éléments de risque plus important.

- La supervision :

Le cadre peut choisir d'assumer lui-même la responsabilité et la supervision de la phase de conception de certains projets d'amélioration.

De surcroît, le rôle de régulateur du manager est approprié dans le cadre de la certification, il est responsable des actions correctrices qu'il faut prendre lorsque l'organisation fait face à des perturbations importantes ou inattendues. Henry MINTZBERG fait référence « *aux situations involontaires* » c'est-à-dire aux situations imprévues que le cadre doit gérer, les cas auxquels, le cadre va adapter son management aux situations.

Selon F DRUCKER: « *Le management est quelque chose qui se rapporte à des êtres humains. Sa tâche, son devoir, c'est de rendre les hommes capables de produire un résultat commun, de donner de l'efficacité à leurs capacités, et de faire en sorte que leurs points faibles n'aient pas d'importance* »⁸⁹

⁸⁸ MINTZBERG, H, Manager, ce que font vraiment les managers, 2011, Edition Paris Vuiber, P 101

⁸⁹ DRUCKER, P F, « l'avenir du management », 1999, Edition village mondial, Paris,

Peter Ferdinand DRUCKER, traite du management en faisant référence aux réalités socio-économiques et l'impact sur le fonctionnement des entreprises.

Puis, pour J-M. PLANE ⁹⁰, les apports de P. DRUCKER au management peuvent être résumés en cinq idées-forces :

- Il est probablement le premier théoricien du management à avoir, avant tout, insisté sur l'idée que les organisations n'ont pas à se préoccuper *de pouvoir mais de responsabilité*.
- Il s'inscrit dans la lignée des auteurs américains qui ont cherché à sortir des logiques du *one best way* et à faire du client l'élément central du management et de l'organisation de l'entreprise. Il fait également partie des auteurs qui ont montré l'intérêt managérial des approches sociologiques en postulant que l'entreprise n'est pas un ensemble de ressources à optimiser mais un groupe d'acteurs à motiver.
- P. DRUCKER est également un théoricien de la décision puisqu'il a dénoncé, dans les années 60, le caractère irréaliste de la maximisation du profit comme finalité de l'entreprise. Selon lui, celle-ci ne vise qu'à réaliser un profit suffisant compte tenu de ses propres objectifs même s'il pose le principe de la nécessité d'une vision à long terme de l'entreprise et sur les conditions de la cohésion et de la coordination interne principalement.

Il a largement contribué à la promotion du management lui-même en tant qu'activité professionnelle à portée sociétale. Pour ce faire, le management est d'abord l'affaire de la direction générale même si l'activité doit se propager dans toute l'organisation. Le dirigeant de l'entreprise est ainsi approché comme un authentique chef d'orchestre. P. DRUCKER insiste dans ses travaux sur l'importance du rôle des managers pour la réussite de l'entreprise. Il a défini les cinq activités essentielles du dirigeant efficace :

- fixer les objectifs ;
- organiser le travail ;
- motiver et communiquer ;
- établir des normes de performances ;
- former les employés.

P. DRUCKER souligne aussi l'idée suivant laquelle le management doit passer par les objectifs de l'entreprise, ses responsabilités mais aussi par sa capacité d'autocontrôle.

⁹⁰ PLANE J-M. (2003), Management des organisations : Théories, Concepts, Cas, Paris, Dunod.

- Enfin, P. DRUCKER est aussi le premier théoricien des organisations à recommander aux entreprises de se concentrer sur leur savoir-faire et de ne pas diversifier leurs activités. Il pose le principe managérial suivant lequel il est fondamental de s'en tenir à ce que l'on sait faire (principe de *Stick to the Knitting*).

Selon P DRUCKER, Le cœur de la société moderne, n'est pas la technique, ni l'information, ni la productivité. Mais, c'est l'institution et son management, en tant qu'organe social produisant des résultats. Par conséquent, « *le domaine du management, sa responsabilité, c'est tout ce qui affecte la performance de l'entreprise et ses résultats, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur, qu'elle puisse le contrôler ou non* »⁹¹

P DRUCKER précise dans son ouvrage que l'entreprise que nous pouvons identifier à l'institution hospitalière est en continuelle amélioration, **l'amélioration organisée : interne et externe** (ou kaizen)

Tout ce que fait une entreprise, à l'intérieur et à l'extérieur, doit être systématiquement et continuellement amélioré, à tous les niveaux de l'organisation, et selon un rythme annuel fixé à l'avance réaliste et réalisable. Cette phase est toujours orientée vers la création de valeur et la performance. Elle pousse à innover sur le produit ou le service, et elle conduit à de nouveaux procédés, à de nouvelles activités. Finalement, elle induit des changements fondamentaux.

Le manager est au centre des changements induits par l'amélioration des pratiques.

Pour devenir un leader du changement, l'entreprise doit exploiter le succès, c'est-à-dire se focaliser sur les opportunités et doit y affecter des hommes. L'organisation doit donc apprendre à saisir les opportunités de changement qui se présentent à elle. Pour ce faire, elle peut s'inspirer de ses propres succès et les exploiter pour créer des nouveautés. Ainsi, par l'accumulation de petits progrès, l'exploitation du succès peut finalement aboutir à une véritable innovation. Le changement n'apparaît alors pas uniquement comme la réponse à un problème donné, mais comme l'exploitation d'opportunités qui peuvent conduire à un changement majeur, c'est-à-dire à quelque chose de véritablement nouveau et différent.

Finalement, P. DRUCKER souligne que « *l'équilibre changement-continuité doit s'appuyer sur la rémunération, la récompense, la reconnaissance* »⁹², c'est-à-dire que les innovations et

⁹¹ DRUCKER, P., « l'avenir du management », 1999, Edition village mondial, Paris

⁹² ibidem

les améliorations continues doivent être reconnues, récompensées et rémunérées par l'entreprise.

Nous allons développer le management de la qualité.

d) Le management de la qualité

Le management de la qualité est un domaine central pour l'entreprise. Il est donc souvent utile d'imaginer une structure à cette activité qui concerne en fait l'ensemble des services (logistique, informatique décisionnelle, finance, marketing/vente). Cependant, chaque service a, *a priori*, la responsabilité complète de sa qualité. Le management de la qualité est donc une activité support cherchant à donner aux services la capacité de standardisation, de mutualisation, et de réutilisation des ressources nécessaires pour assurer les synergies (ou flexibilité) et efficience afin d'atteindre la stratégie d'entreprise attendue. La mise en œuvre du système de management de la qualité est donc ici le processus support de la qualité de l'entreprise.

Pendant longtemps, pour les infirmiers, la qualité des soins a été considéré dépendante de la bonne formation et de la bonne volonté des professionnels. « *Pour les soignants, l'approche qualité concerne les prestations relatives aux soins mais inclut également le confort, le bien-être et les conditions d'accueil du patient.* »⁹³. Le discours des soignants montre qu'ils sont attachés très fortement à l'activité individuelle du soin (les éléments techniques, la dimension relationnelle de l'activité). C'est pourquoi le concept de qualité véhiculé par la certification provenant du milieu de l'industrie concerne des « produits » très éloignés de l'univers des soins centré sur les individus. L'introduction des démarches qualité a invité les soignants à reconsidérer leurs pratiques professionnelles.

De plus, dans le système français, les médecins sont juges de la qualité des soins qu'ils prodiguent. Les médecins s'engagent dans un système d'auto-évaluation de leurs pratiques mais ne reconnaissent pas de légitimité par l'Etat.

Le management de la qualité s'appuie sur sept principes⁹⁴ (voir norme ISO 9000 version 2015² - Systèmes de management de la qualité / Lignes directrices pour l'amélioration des performances) :

⁹³ MONCET, MC, « l'évaluation des pratiques professionnelles : la qualité des soins à construire ensemble » Edition Lamarre, 2011, P113

⁹⁴ https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_management_qualit%C3%A9

- Orientation client, patient
- Leadership
- Implication du personnel
- Approche processus
- Amélioration continue
- Prise de décision fondée sur des preuves
- Management des relations avec les parties intéressées

Après avoir étudié les rôles du manager selon MINTZBERG et DRUCKER, nous allons nous intéresser au rapport de Chantal de SINGLY, qui en 2009, clarifie les missions du cadre de santé dans le domaine de la qualité.

Roselyne BACHELOT Ministre de la santé et des sports de 2007 à 2010, missionne Chantal de SINGLY, Directrice de l'Institut du Management de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « *une mission sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers* »⁹⁵

Tout d'abord Chantal de SINGLY initie son rapport en soulignant le rôle « *essentiel que jouent les cadres à l'hôpital* » et en définissant ces derniers par les termes suivants : « *maillon central* », « *clef du changement* », « *référence permanente et solide* »⁹⁶

Ensuite, quatre missions principales du cadre hospitalier sont définies :

- Une mission de management d'équipe et d'organisation
- Une mission transversale ou de responsabilité de projet
- Une mission d'expert
- Une mission de formation

Ensuite, Chantal de SINGLY a défini ce qu'est « encadrer » de nos jours à l'hôpital. Par la fonction d'encadrement elle désigne « *l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés* ». Elle précise par la suite que « *ces activités contribuent d'une manière décisive à définir au quotidien les critères du « bon travail »* »⁹⁷.

Enfin, dans le rapport nous allons plus particulièrement nous attacher à la partie intégrante de la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles devenues une obligation pour

⁹⁵ Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 11 Septembre 2009

⁹⁶ Ibidem, page 5

⁹⁷ Ibidem, page 20

les professionnels de santé, médecins et non médecins que la Haute Autorité de Santé (HAS) est chargée d'accompagner. Ainsi que le précise l'HAS « *l'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles* »⁹⁸

D'une part, Le management est en lien avec les démarches qualité des établissements de santé. D'autre part, il est aussi en lien, par le développement de la culture de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). A l'hôpital, ces évaluations portent souvent sur des pratiques d'équipe, et incluent de ce fait, une dimension managériale. Le management est devenu un élément central dans la certification des établissements de santé. Cependant, il ne faut pas réduire le management à une conformité, un référentiel ni à la notion de bonnes pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles est étroitement liée à la formation continue, autour de la notion de développement professionnel continu. L'un et l'autre se complètent. Le développement professionnel continu doit être un processus collectif et partagé au sein de l'établissement de santé. Le rôle du cadre est central. Ainsi que l'expriment les responsables de l'HAS : « *les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives et comportent une dimension organisationnelle. Pour assurer le développement professionnel continu, l'établissement doit mettre en place un système de management et de responsabilisation qui rallie les gestionnaires et les soignants autour d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins et des services et de la sécurité des patients. Il doit favoriser le processus de concertation et de décision, par une responsabilisation partagée des professionnels, acteurs et responsables du changement* ». ⁹⁹

Le développement professionnel, dans le cadre d'amélioration continue s'effectue par un accompagnement du cadre de santé.

Maintenant, nous allons aborder le concept d'accompagnement étudié par différents auteurs. Notamment M. PAUL qui est un auteur dont je partage les points de vue, je me retrouve dans l'exercice quotidien de ma fonction d'encadrement.

VII. L'ACCOMPAGNEMENT

⁹⁸ Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 11 Septembre 2009

⁹⁹ www.has-sante.fr

La notion d'accompagnement sous toutes ses formes, a pris place depuis quelques années au sein de nombreux secteurs professionnels et notamment les secteurs où les relations interpersonnelles sont prépondérantes.

Le mot « accompagnement » est utilisé dans de nombreux contextes et peut prendre des significations multiples, l'accompagnement englobe un certain nombre de pratiques.

Maëla PAUL, évoque « *la nébuleuse de l'accompagnement : counseling, coaching, sponsoring, mentoring, cotoient tutorat, conseil, parrainage ou accompagne* »¹⁰⁰

Schéma de la nébuleuse

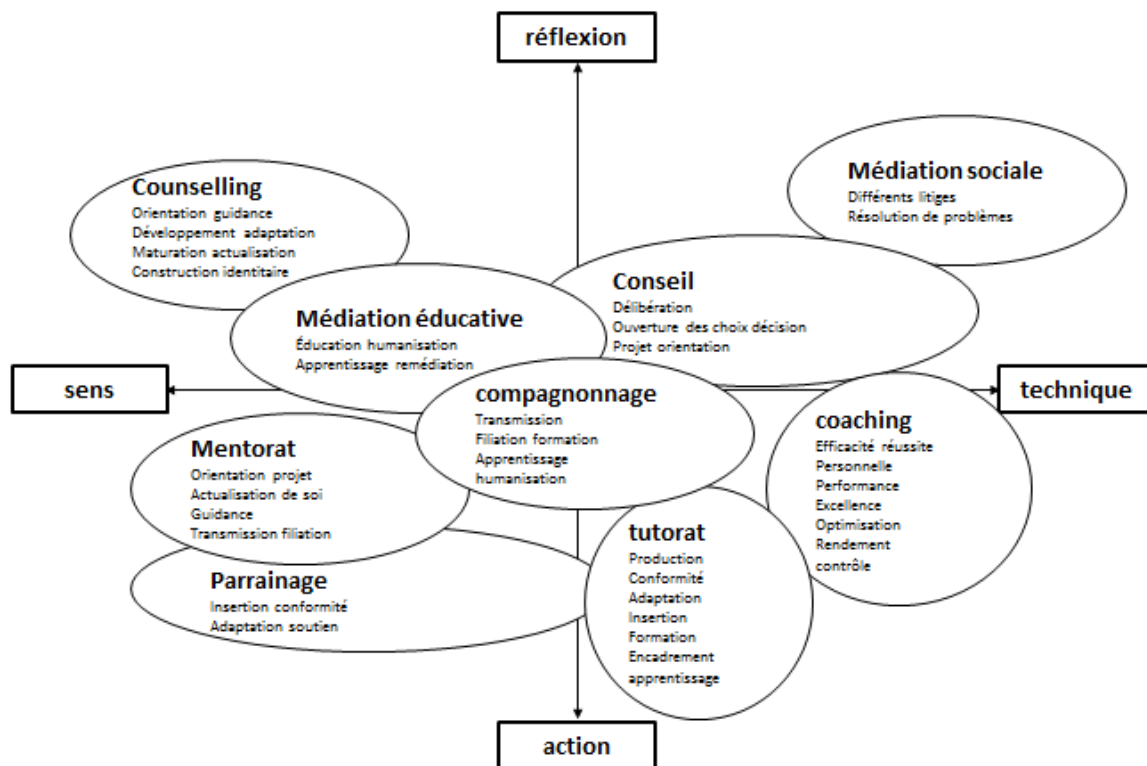


Tableau synthétique des pratiques d'accompagnement (selon Maëla PAUL)

Le counseling :

¹⁰⁰ Paul, M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004, P 77

Il a pour origine le vieux français « conseil » issu du latin *consilium* et contient l'idée de tenir conseil et de conseiller : « délibérer et délibérer au profit de ».

Posture qui demande de l'empathie et une grande compréhension interpersonnelle. L'accompagnant doit être capable de donner la possibilité à l'autre « *d'entrer au contact avec lui-même, avec son monde intérieur* » et cela grâce à son attitude plus qu'à des techniques, ainsi « *la relation est centrée sur la personne (en relation avec elle-même) et sur l'interaction* ¹⁰¹».

Le conseil

L'activité la plus « naturelle » de toutes les pratiques d'accompagnement. Elle intervient dans toute relation humaine à partir du moment où se rencontrent une personne experte dans un domaine et un novice qui souhaite y développer des compétences.

Le tutorat

Le concept de tutorat est utilisé en France depuis le début des années 80. Issu du vocabulaire juridique et familial, il garde encore de son origine latine l'idée de protection et de tutelle.

Le mentorat

Terme qui désigne une personne sage et d'expérience dans un domaine, tel un directeur de conscience, chargé de faire passer un novice dans le domaine à un niveau supérieur de maîtrise, de connaissances. L'action de faire comprendre et transmettre les valeurs du contexte d'accueil (entreprise, institution...) est une part importante des compétences professionnelles à développer. Ce terme est particulièrement peu employé en France mais plutôt dans les pays anglo-saxons.

Le coaching

Très en vogue dans le sport, il a pour fonction de développer des potentialités chez une personne. Le coach est chargé d'opérer un déplacement de la personne, de faire en sorte qu'elle progresse dans sa performance; chargé du développement personnel ou professionnel, le coach est dans une logique de gestion, de production d'efficacité et d'excellence. La personne

¹⁰¹ PAUL M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004, P 32

accompagnée n'est pas prise dans la complétude mais uniquement du point de vue de ce qui chez elle peut se développer.

La médiation

Cette pratique appartient plus particulièrement aux domaines de la vie sociale : Médiateur de la République, médiateurs entre des parents divorcés... Les médiateurs sont chargés d'aider à régler des litiges de tous ordres. Cette pratique rompt avec les autres pratiques d'accompagnement car elle positionne l'accompagnant comme tierce personne en relation avec deux protagonistes en rupture de communication ou en litige alors que dans les autres situations d'accompagnement, l'accompagnant vise un développement de la ou des personnes accompagnées.

Le sponsoring ou parrainage

Ces deux termes ont une origine latine et renvoient à l'idée de « répondant », « caution » d'un néophyte. Ce qui spécifie ce type d'accompagnement est un engagement réciproque et une projection sur l'avenir avec un gage d'appartenance. C'est une possibilité offerte par une personne expérimentée à un jeune sans réseau professionnel d'accéder à ce réseau. L'objectif est l'insertion par un soutien, personnel et professionnel.

Le compagnonnage

Le compagnonnage est une situation de vivre ensemble et de partage entre un ancien et un novice, dans une même communauté de vie. Le novice est « accompagné », techniquement et moralement. M. Paul rappelle que « *la philosophie du compagnonnage réside dans cette veille constante à ne pas dissocier les trois composantes de sa mission : apprendre, pratiquer et transmettre* ». ¹⁰² L'élément fort du compagnonnage est l'exemplarité tant sur le plan moral que technique, laissant le compagnon libre. Cependant l'accès au savoir ne passe que par le processus de transmission, dans une communauté dans laquelle règne une solidarité intergénérationnelle.

¹⁰² PAUL M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004, P 94

M.PAUL qualifie cette nébuleuse de « champ » et propose une organisation de ces pratiques selon deux axes :

- le premier horizontal, entre sens et technique,
- le second vertical entre réflexion et action qui permettent de délimiter quatre secteurs dans lesquels l'auteure positionne les pratiques en fonction des visées et des fins qu'elles poursuivent

Selon le petit Larousse l'accompagnement se définit comme « *action, fait d'accompagner* », accompagner « *c'est aller quelque part avec quelqu'un, conduire, escorter, mettre en place des mesures visant à atténuer les effets négatifs de quelque chose, assister, aider* »¹⁰³.

Guy Le BOUEDEC définit l'accompagnement en trois fonctions : « *accompagner quelqu'un c'est* :

- *d'abord l'accueillir et l'écouter*
- *c'est ensuite participer avec lui au dévoilement du sens de ce qu'il vit et ressent*
- *c'est, enfin, cheminer à ses côtés pour le confirmer dans le nouveau sens où il s'engage* ».¹⁰⁴

M. PAUL attribue trois synonymes au verbe accompagner : « *escorter, guider et conduire* »¹⁰⁵. Elle souligne toutefois certaines différences entre ces verbes et évoque « *le champ sémantique d'accompagner* »¹⁰⁶.

Ces trois verbes manifestent la diversité des pratiques sociales de l'accompagnement :

- **Escorter** : renvoie à la protection, à l'attention, à l'aide portée sur autrui
- **Guider** : consiste à conseiller, à orienter
- **Conduire** : « *registre de la direction avec idée de fermeté, centrée sur l'idée d'une conduite à tenir(...), registre des fonctions éducatives : instruire, former, enseigner, éduquer* »¹⁰⁷.

¹⁰³ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>

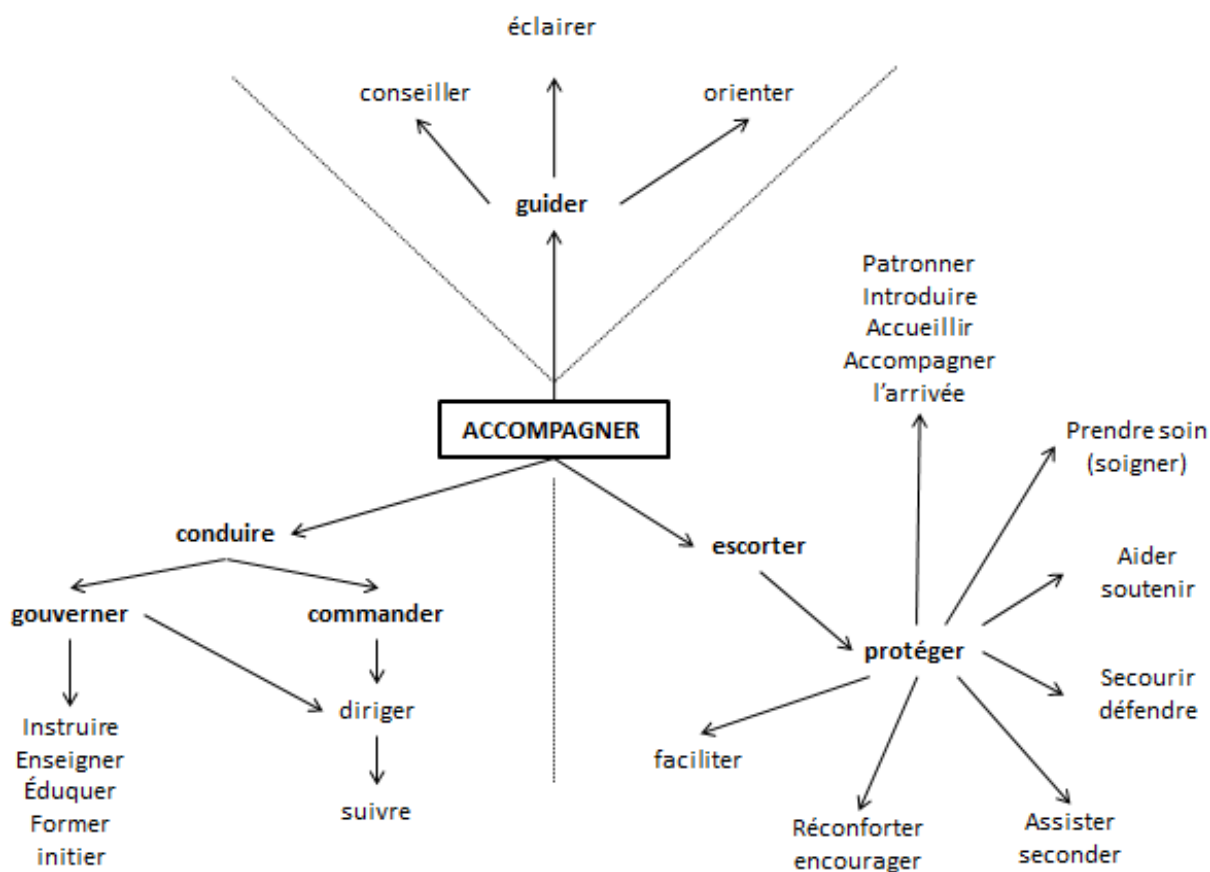
¹⁰⁴ LE BOUEDEC G, Du Crest A, Pasquier L, Stahl R, « l'accompagnement en éducation et formation, un projet impossible », Paris, Edition L'Hartmann, 2001,

¹⁰⁵ PAUL M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004, P 67

¹⁰⁶ Ibidem, P 66

¹⁰⁷ Ibidem, P 71

Le champ sémantique de l'accompagnement selon Maela PAUL¹⁰⁸



Champ sémantique d'accompagner (selon Maela PAUL)

Martine BEAUVAIS définit l'accompagnement comme « *une démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts* »¹⁰⁹

¹⁰⁸ PAUL M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004, P 69

¹⁰⁹ BEAUVAIS M, « vers une éthique de l'accompagnement », arianesud.com

Toujours selon Martine BEAUVAIS, accompagner suppose avoir une certaine conception de l'homme en tant que sujet « *responsable, autonome et projectif* »¹¹⁰

Ainsi, l'objectif de l'accompagnement est de permettre le développement de la responsabilité et de l'autonomisation du sujet (comme personne singulière) pour qu'il élabore son projet professionnel grâce à ses connaissances, ses aptitudes et attitudes professionnelles.

Effectivement accompagnement et projet sont intimement liés :

« *Il n'y a pas d'accompagnement sans projet* »¹¹¹

C'est pourquoi l'accompagnement peut se définir comme une forme d'intervention réunissant un accompagnant et un accompagné dans une relation d'aide, dans le but de favoriser la réalisation d'un projet professionnel, de développer des compétences, ou de surmonter certaines difficultés.

Par ailleurs, selon Martine BEAUVAIS, l'accompagnant « *doit adopter une démarche réflexive, entreprendre l'effort de conscientisation et d'élucidation de son propre « dessein » d'accompagnant, se révéler ses intentions professionnelles et personnelles envers lui-même et envers autrui* ». ¹¹²

Ainsi, dans l'action d'accompagner, l'accompagnant doit prendre en considération les objectifs et le contexte du processus d'accompagnement.

De plus, comme le souligne Guy Le BOUEDEC, « *on n'accompagne jamais en son nom propre, mais au nom d'une institution* ». ¹¹³

L'accompagnement est donc appréhendé selon trois niveaux selon martine BEAUVAIS

- *Le macro-environnement : politique institutionnelle d'accompagnement*
- *Le méso-environnement : organisation, fonction, d'accompagnement*
- *Le micro-environnement : relation accompagnement/accompagné*¹¹⁴

Aussi, lors de la relation d'accompagnement, l'accompagnant agit dans le cadre institutionnel.

¹¹⁰ ibidem

¹¹¹ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilités », Laboratoire trigone, CUEPP, Lille1

¹¹² ibidem

¹¹³ LE BOUEDEC, Guy « l'accompagnement en éducation et formation, un projet impossible », Paris, Edition L'Harmattan,

¹¹⁴ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilités », Laboratoire trigone, CUEPP, Lille1

Martine BEAUVAIS précise que « *les grands traits du rôle d'accompagnateur se définissent au niveau du méso environnement* », par contre la posture adoptée par l'accompagnateur au niveau micro, « *n'est ni définie, ni prescrite, cette posture émerge de la relation d'accompagnement entre les acteurs* »¹¹⁵.

En outre, Martine BEAUVAIS distingue les termes d'accompagnateur et d'accompagnant : selon elle, « *l'accompagnateur, dans sa fonction d'accompagnement, peut adopter plusieurs postures, celle de l'accompagnant certes, diriger, sans pour cela sortir ni du cadre d'accompagnement ni de son rôle d'accompagnement* ». ¹¹⁶

La posture d'accompagnant « *est une posture singulière qui place l'accompagnant, aux côtés de l'accompagné, voire un peu en retrait. L'accompagnant n'est pas tant celui qui sait ce que l'on doit savoir et comment le savoir, que celui qui sait se retenir, s'abstenir* ». ¹¹⁷

Aussi en période de certification, la posture du cadre serait une posture d'accompagnateur car au cours de cette évaluation, le cadre peut guider, conseiller voire même diriger.

Le rôle du cadre de santé dans ses prérogatives de garant de la qualité et de la sécurité des soins s'affranchit de l'accompagnement à réaliser auprès des soignants qu'il manage. Toute personne souhaitant accompagner doit rencontrer l'autre : « *accompagner c'est être une personne – ressource, ici et maintenant, et ce « être avec » fera que le chemin se trace, que des buts nouveaux apparaissent, que des effets naissent – largement imprévus* »¹¹⁸ selon Michel VIAL.

Comme nous l'avons souligné précédemment, lors de l'évaluation, l'évaluateur adopte deux postures, la posture de contrôle et ce que Michel VIAL appelle « le reste de l'évaluation » dont une posture d'accompagnement.

Rappelons que ces deux logiques font parties de l'évaluation, elles sont complémentaires, nécessaires et nullement contradictoires.

De plus, selon BOUDINET, DENOYEL, PINEAU, ROBIN, la posture première est toujours celle de l'autorité « *c'est au travers et à l'occasion de la posture d'autorité que d'autres*

¹¹⁵ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilités », Laboratoire trigone, CUEPP, Lille1

¹¹⁶ Ibidem,

¹¹⁷ ibidem

¹¹⁸ VIAL, M, MENCACCI, N, « l'accompagnement professionnel », méthodes à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative, Paris, Edition De Boeck, 2007,

*postures peuvent se déployer comme : négocier des règles, susciter des initiatives, aider à discerner etc...*¹¹⁹

Il s'agit surtout pour l'évalué d'être conscient de la posture à adopter, ainsi, comme le soulignait déjà Guy BERGER, il y a une trentaine d'années, « *la détermination de la position de l'évaluateur est essentielle à la détermination du sens de l'évaluation* »¹²⁰

Toutefois, Jacques ARDONIO émet des réserves quant à l'adoption d'une posture exclusivement de contrôle « *à force de vouloir être précis pour être compris, c'est-à-dire pour être obéi, à force de vouloir transformer les consignes en commande à exécuter sans marge d'erreur, notamment d'interprétation, à force d'être obnubilé par la transmission des bonnes informations pour la réussite des produits et pour la rationalisation des démarches, on a oublié que la communication est partage, négativité et altération* »¹²¹

C'est pourquoi, la notion de posture est fondamentale. Michel VIAL souligne que le « *professionnalisme, c'est choisir une posture en fonction de la situation, en fonction de ce qu'on veut y faire. Pouvoir jouer la posture de l'accompagnateur nécessite des compétences, des élaborations de repères pour agir* »¹²².

La posture de l'accompagnateur s'avère un élément essentiel selon Martine BEAUVAIS « *elle place l'accompagnant au côté de l'accompagné, voire un peu en retrait, à distance. Cette posture se fonde (...) sur le principe de retenue qui devient une composante majeure du respect, celui qui permet de devenir auteur de soi* ». ¹²³

Ainsi, l'accompagnant ne doit pas décider pour l'autre.

C'est pourquoi, l'accompagnement se traduit notamment par une attitude d'écoute authentique comme le précise Martine BEAUVAIS « *il lui revient de se montrer dans la relation d'accompagnement en tant qu'être réel, au sens rogérien, c'est-à-dire en tant que personne authentique, congruente et respectueuse* »¹²⁴.

¹¹⁹ BEAUVAIS, M, BOUDINET, JP, DENOYEL, N, PINEAU, G, ROBIN, JY, « penser l'accompagnement adulte, ruptures, transitions, rebonds » Paris, PUF

¹²⁰ BERGER G, « Mais qu'est-ce qui nous prend à évaluer », Revue Pour, N°55, mai-juin, 1977

¹²¹ ARDONIO J, « logique de l'information, stratégies de la communication », Revue Pour, N°114, Pages 59-64

¹²² VIAL, M « l'accompagnement des professionnels », Paris Edition De Boeck, 2005

¹²³ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilité » Laboratoire trigone, CUEPP, Lille 1, 2006, P 184

¹²⁴ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilité » Laboratoire trigone, CUEPP, Lille 1, 2006

Carl ROGERS, psychologue humaniste américain, fondateur de l'Approche centré sur la personne, soutient l'idée que chacun détient en soi une disposition essentielle à réaliser ses potentialités humaines : « *Carl Rogers a mis l'accent sur la conviction anthropologique que tout homme possède les ressources pour se développer* »¹²⁵

La condition primordiale à l'accomplissement de l'autre, selon Carl ROGERS, serait qu'il soit reconnu et accepté par ceux avec lesquels il est en relation.

Aussi, cette attitude spécifique est importante et non négligeable pour l'accompagnement des équipes par le cadre de santé. En effet, favoriser l'amélioration continue de la qualité véhiculée par l'évaluation des pratiques professionnelles nécessite un accompagnement par le cadre de santé, qui s'effectue en adoptant une posture d'empathie, afin de favoriser l'autonomie et la responsabilisation des équipes, la démarche d'accompagnement peut être définie comme un processus.

L'accompagnement est le plus souvent envisagé comme une relation entre deux individus fondée sur la liberté de ces deux personnes.

Maëla PAUL précise la nature spécifique de la relation d'accompagnement, elle est notamment « *asymétrique* » car les deux protagonistes sont « *d'inégales puissances* »¹²⁶ et « *contractualisée* »¹²⁷, car elle nécessite un accord mutuel.

L'acceptation de l'accompagné peut ne pas être exprimé d'emblée, selon Maëla PAUL :

« *Pour qu'il y ait relation d'accompagnement, il faut qu'il y ait un professionnel qui prenne en compte autrui même si la demande n'est pas formulée* »¹²⁸

Cette démarche d'élucidation peut-être réalisée par le cadre lors d'évaluation des pratiques professionnelles ou de certification, l'objectif collectif est de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue et de garantir la qualité des soins. Pour ce faire, les pratiques doivent être évaluées et les professionnels doivent s'engager dans une auto-évaluation visant à favoriser des professionnels autonomes, responsables et réflexifs.

¹²⁵ LE BOUEDEC, Du CREST, STAHL, « l'accompagnement en éducation et formation un projet impossible », Paris Edition L'Harmattan, 2001

¹²⁶ PAUL, M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004, P 105

¹²⁷ Ibidem, P 127

¹²⁸ Ibidem P 127

Par ailleurs, Maëla PAUL, évoque les contradictions de l'accompagnement :
« *l'accompagnement n'est pas épargné par les paradoxes entre laisser libre l'autre et lui imposer quelques contraintes,* »¹²⁹

Martine BEAUVAIS évoque notamment la question de l'accompagnement involontaire

Cette forme d'accompagnement se réalise parfois lors de la certification, l'accompagnement se veut collectif afin de répondre aux critères d'évaluation des experts visiteurs.

L'accompagnement contraint consiste « *en accompagner des personnes dans des projets professionnels dont ils ne sont ni les auteurs, ni même parfois les acteurs* »¹³⁰

Or, lors des certifications ou évaluations des pratiques professionnelles, l'agent ou les agents ne se retrouvent-ils pas en accompagnement contraint ?

Selon Michel VIAL, « *l'accompagnement est emblématique de la logique du reste de l'évaluation, articulée de la logique de contrôle, parler d'accompagner c'est admettre que l'évaluation est conçue comme une volonté de rendre intelligible ce que l'on fait* »¹³¹

Adopter une posture d'accompagnement sous-entend un travail sur soi, une réflexion sur sa relation avec autrui, une attitude réflexive et un questionnement sur sa pratique :

« *Accompagner demande une attention particulière sur sa propre attitude et notamment une mise en garde contre le fantasme de toute puissance* »¹³²

En conséquence, l'accompagnement prend des formes multiples et l'accompagnateur assume plusieurs rôles, selon Maëla PAUL, « *l'accompagnement devient le mot par lequel des modèles, des logiques, des visées et des pratiques jusqu'alors isolées, se retrouvent regroupés et parfois même combinés* »¹³³

Maëla PAUL évoque « *la richesse posturale de l'accompagnement qui doit être approprié non seulement selon les circonstances mais aussi en fonction de ce qui se joue dans l'interaction* »¹³⁴

¹²⁹ Ibidem P 127

¹³⁰ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilité » Laboratoire trigone, CUEPP, Lille 1, 2006

¹³¹ VIAL, M « l'accompagnement des professionnels », Paris Edition De Boeck, 2005

¹³² Le BOUEDEC, Du CREST, STAHL, « l'accompagnement en éducation et formation un projet impossible », Paris Edition L'Harmattan, 2001

¹³³ PAUL, M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004

¹³⁴ ibidem

Toujours selon Maëla PAUL, l'accompagnement est « *protéiforme* » et la posture de l'accompagnement est « *polymorphe* », c'est pourquoi, définir une posture idéale de l'accompagnement semble impossible »¹³⁵

Face à cette complexité, Martine BEAUVAIS, associe le principe dialogique au concept d'accompagnement.

Le principe dialogique forgé se définit comme « *l'association complexe d'instances (complémentaires/antagonistes, concurrentes/coopérantes, différenciation/intégration, ect...)* nécessaires à l'existence, au fonctionnement et au développement d'un phénomène organisé »¹³⁶

Ainsi, l'accompagnement forme une unité complexe composée de plusieurs logiques, différentes voire contradictoires mais complémentaires.

Enfin, le cadre de santé peut adopter des logiques différentes pouvant correspondre à la dimension de l'accompagnement. Effectivement, l'accompagnement couvre une diversité de domaines. L'enjeu pour le cadre de santé est d'adopter la posture appropriée en fonction de la personne et du contexte.

C'est en étant conscient de sa posture et de sa relation à l'autre que le cadre pourra éviter certains écueils, si ce n'est certaines dérives.

L'accompagnement se construit autour des besoins de l'individu, l'accompagnateur facilite la verbalisation de ses besoins.

Aussi, deux conditions doivent être impérativement requises pour parler d'accompagnement : « *la posture du professionnel et la conviction que la personne est capable d'évoluer* »¹³⁷

Avec le centre d'intérêt qui nous anime, à savoir les patients, dont nous avons la responsabilité, évaluer les pratiques professionnelles des paramédicaux contribue à améliorer la qualité des soins et, de ce fait, concourt à sécuriser la prise en charge des patients. Cela permet de répondre aux exigences de la certification des établissements de santé et, à l'instar des obligations pour

¹³⁵ Ibidem P 113

¹³⁶ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilité » Laboratoire trigone, CUEPP, Lille 1, 2006

¹³⁷ PAUL, M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004

¹³⁷ ibidem

le médecin d'être accrédité afin d'exercer ses activités. Le développement des professionnels est lié à celui des compétences qu'elles soient soignantes ou évaluatives.

Avant d'aborder la notion de compétences, il est important de préciser la notion d'aptitude : « *potentialité naturelle ou acquise à faire quelque chose* » et la capacité « *possibilité déjà démontrée de produire un savoir, un savoir-faire, un savoir-être. La capacité est une actualisation de l'aptitude* »¹³⁸ selon KETELE.

Toujours selon KETELE, la compétence est : « *ensemble de capacités et aptitudes reliées entre-elles dans un domaine déterminé* »¹³⁹. Il s'agit de notions complexes nécessitant l'intégration et non la juxtaposition de savoirs et de savoir-faire antérieurs. Nous sommes dans une acquisition dite « durable » dans la mesure d'une réactivation de l'objet en situation. Outre la notion de réactivation, ZARIFIAN¹⁴⁰ introduit celle d'incrémentation, de transformation, et assimile la compétence à l'intelligence pratique qui s'appuie sur des connaissances acquises.

Selon LE BOTERF la personne compétente est définie comme : « *une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant un double équipement de ressources : ressources personnelles (savoirs, savoir-faire, qualité, culture, et ressources émotionnelles, etc...) Et ressources de réseaux (banque de données, réseaux documentaires, réseaux d'expertise, ...)* »¹⁴¹

Ces trois auteurs rappellent la notion d'agir dans un contexte déterminé, mais aussi la mise en œuvre de capacités en situation. Néanmoins, comme le précise Michel VIAL, « *il est important de ne pas réduire la compétence à une action finalisée, opérationnelle, pour fabriquer un produit dans une vision fonctionnelle de l'action.* »¹⁴²

Nous percevons la complexité d'appréhender l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accompagnement approprié du cadre de santé. La formation continue des professionnels actualise l'aptitude en capacité, elle est donc reconnue comme catalyseur des potentiels individuels et de fait collectifs.¹⁴³

¹³⁸ KETELE, JM, « guide du formateur », Bruxelles-Paris, Edition universitaires DE BOECK, 1998

¹³⁹ Ibidem

¹⁴⁰ ZARIFIAN, fonction cadre, « Evaluation des pratiques professionnelles » une qualité des soins à construire ensemble, Paris, Edition Lamarre

¹⁴¹ LE BOTERF G, « ingénierie et évaluation des compétences », Paris, Edition d'Organisation, 1999,

¹⁴² VIAL, M « quelles compétences pour former et évaluer des compétences professionnelles », conférence CEFIEC, 2006,

¹⁴³ Fonction cadre de santé, « Evaluation des pratiques professionnelles » une qualité des soins à construire ensemble, Paris, Edition Lamarre

De fait, une équipe accompagnée vers le développement des compétences favorise, des capacités réflexives et participatives dans leurs champs de compétences.

L'évaluation des pratiques professionnelles favorise la recherche en soins, comme les soins infirmiers ou les soins kinésithérapies, notamment par le biais des questionnements pluri professionnels.

L'harmonisation des soins tant recherchée par l'écriture de protocoles au cours de la première version de la certification ne peut composer la seule évaluation.

Il est crucial d'envisager les évaluations des pratiques professionnelles comme possibilité de permettre à l'équipe paramédicale de se poser et de questionner leurs pratiques.

C'est pourquoi, j'ai retenu la citation extraite de l'ouvrage fonction cadre de santé : « *L'appropriation de la norme couplée aux compétences individuelles ou collectives permet aux métiers de la santé de développer les techniques de leur art* ¹⁴⁴»

Pour les professions paramédicales, nous obtiendrons une véritable plus-value.

De plus, le développement de l'autonomie des soignants s'articule également par le biais des missions confiées au cadre de santé, mais aussi, par l'accompagnement réalisé par ce dernier.

Nous pouvons alors nous questionner sur le type de management à adopter lors des certifications ou démarches d'amélioration continue.

Au regard de ce qui a été développé lors des précédents concepts, il me semble que le management le plus approprié en période de certification soit le management situationnel. C'est pourquoi, j'ai développé de façon plus approfondie ce type de management.

Le management situationnel renvoie à la pluralité des individus qui exige que les managers adoptent des comportements variés.

« *Le management situationnel indique qu'aucun style n'est a priori recommandé mais que l'efficacité consiste à adopter, à un instant donné, le ou les styles que commande la situation* »¹⁴⁵

¹⁴⁴ Fonction cadre de santé, « Evaluation des pratiques professionnelles » une qualité des soins à construire ensemble, Paris, Edition Lamarre

¹⁴⁵ LESIRE, L, « le management situationnel », 2001, Signaux N° 96, P 23-26

Il s'agit pour le manager d'élucider le niveau de développement de ses collaborateurs et y adapter son style de management.

Ce type de management répond à la nécessité d'adopter différents types de leadership, à différents moments et avec des personnes singulières.

Afin de définir au mieux le management situationnel, il me paraît important d'exposer les quatre lois décrites par Dominique TISSIER.

- L'efficacité d'un manager passe par le développement des personnes dont il a la responsabilité, ce développement assure à terme la réussite collective.
- Aucun style de management n'est à priori recommandable mais l'efficacité consiste à adopter, à un instant donné, le ou les styles que recommande la situation.
- L'efficacité consiste à évaluer en permanence l'autonomie des personnes et des groupes.
- Le rôle du manager est de créer les conditions propices aux développements de cette autonomie dans le cadre des projets et des activités individuels ou collectifs.

Le soutien institutionnel peut-être un vecteur de l'appropriation de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. L'inscription de l'évaluation des pratiques professionnelles au projet médical d'établissement ou au projet de soins paramédical contribue à l'adhésion des personnels à ces évaluations.

Dans ce domaine la dynamique de groupe qui va en résulter demande à être bien étudiée car l'inscription à un projet institutionnel peut-être vécue comme une nouvelle injonction.

Le management situationnel pourra permettre le développement des personnes tout en favorisant l'atteinte des objectifs de l'organisation.

Aussi, à travers un management situationnel, l'objectif est de rendre les collaborateurs plus autonomes.

Enfin, l'accompagnement en période de certification et d'évaluation des pratiques professionnelles est sans nul doute une posture managériale, c'est pourquoi, à ce stade de mon travail de recherche, il me paraît nécessaire de développer la notion d'équipe.

VIII. L'EQUIPE

Pour Lewin, l'équipe est « *un groupe est un ensemble d'individus interdépendants et ayant en conséquence une influence les uns sur les autres* »¹⁴⁶. Cette interdépendance et cette influence peuvent s'appuyer sur :

- La communication et l'influence mutuelle qu'exercent les individus les uns sur les autres.
- Le partage d'une même identité sociale : des individus qui se reconnaissent et considèrent les autres comme étant membres d'un groupe, qui utilisent cette appartenance pour définir leurs comportements et identités forment alors un groupe.
- L'existence et le partage d'une même structure : c'est-à-dire d'un ensemble relativement stable et bien défini de rôles, statuts et normes régulant leurs comportements.
- L'équipe constitue un certain type de groupe, l'interdépendance des membres repose alors sur la « *réalisation d'un objectif commun* »¹⁴⁷, qui implique un degré plus ou moins élevé de collaboration.

Roger MUCCHIELLI définit l'équipe comme étant une évolution mature d'un groupe primaire. Ces groupes peuvent être des groupes d'amis, de sportifs, de groupes familiaux mais ne sont pas pour autant une équipe.

Selon Roger MUCCHIELLI il existe quatre étapes du développement des groupes. L'équipe est définie par le développement et l'aboutissement d'un groupe primaire ayant évolué, la notion d'unité apparaît.

« *Dans le domaine des soins, une équipe désigne un ensemble de personnes travaillant ensemble, liées par des interrelations, conscientes d'une appartenance au groupe et poursuivant un but commun* »¹⁴⁸ selon Grégory AIGUIER

Le mot équipe a plusieurs sens.

Gilles DESSERPRIT définit l'équipe dans le paradigme de la santé, il la caractérise comme :

- Un nombre de professionnels de santé supérieur à deux individus

¹⁴⁶ ALLARD-POESI F, « le mangement d'équipe », Edition Dunord, Paris 2003

¹⁴⁷ ALLARD-POESI F, « le mangement d'équipe », Edition Dunord, Paris 2003

¹⁴⁸ AIGUIER G, selon Roger MUCCHIELLI, « le travail d'équipe », « clé pour une meilleure efficacité collective », 2013, Editeur ESF, Collection formation permanente 203 pages

- Des relations ou interactions entre les personnes constituant l'équipe
- Un lieu d'exercice commun, souvent l'unité de soins ou le pôle d'activité
- Une organisation du travail des acteurs de santé
- Une interdépendance de ces professionnels
- Une coordination assurée par un responsable désigné, le cadre de santé.¹⁴⁹

Selon le Dictionnaire la définition du mot équipe est la suivante : « *Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein.*¹⁵⁰ »

Grégory AIGUIER, enseignant chercheur au Centre d'Éthique Médicale de l'Université Catholique de Lille nous livre sa définition de faire équipe : « *Faire équipe signifie dans cette perspective soignante apprendre à développer des connaissances , des capacités et des compétences collectives qui rendront les acteurs capables de faire face aux situations-problèmes qu'ils rencontrent dans leurs pratiques* ». ¹⁵¹

Ces différentes définitions mettent l'accent sur la qualité des relations qui animent le groupe et sur la manière de répartir le travail afin d'améliorer l'efficacité du collectif.

a) La caractéristique d'une équipe

Selon Roger MUCCHIELLI une équipe est caractérisée par :

- La taille de l'équipe : une équipe est au minimum composée de 2 personnes mais elle peut en comporter plus de 50.
- La qualité des relations interpersonnelles : l'échange entre les individus et la connaissance interpersonnelle de chacun conditionne la qualité des relations.

¹⁴⁹ Soins Cadres N°93, Février 2015, dossier sur le travail d'équipe.

¹⁵⁰ Définition selon le petit Larousse illustré

¹⁵¹ Grégory AIGUIER (2014), « Travailler en équipe : position du problème », Partie 8 chapitre 47, p. 679-686, IN : JACQUEMIN Dominique, DE BROUCKER Didier, « Manuel de soins palliatifs, 4^{ème} édition », 2014, Éditions DUNOD.

- L'engagement de chacun : la mise en commun des ressources et des compétences amène à un sentiment de coresponsabilité.

Grégory AIGUIER, nous indiquera que les membres de l'équipe doivent adhérer « *plus fondamentalement au partage... des enjeux et des finalités du soin* ». ¹⁵²

L'unité de l'équipe va permettre de fédérer les membres en son sein et de faire naître le sentiment d'appartenance et l'esprit d'équipe.

Selon Roger MUCCHIELLI : « *L'appartenance de la part des membres, gage de participation et de coopération, est le vécu singulier de ce qui est cohésion au niveau groupal.* ¹⁵³ ».

Cette coopération favorise une meilleure productivité de l'équipe, permet d'atteindre les objectifs communs et l'engagement des collaborateurs dans la démarche de réussite.

Des contraintes et règles à respecter évitent la désorganisation tout en laissant un espace de liberté déterminée au sein de l'équipe.

Roger MUCCHIELLI va définir l'interaction qui s'opère au sein du groupe : « *l'interaction est un phénomène vital pour le groupe* », elle est également « *l'unité de mesure de la participation* » ¹⁵⁴.

Le cadre de santé doit veiller sur cette équipe, sur sa dynamique, sur les intentions qui l'animent. Il parvient à cet objectif grâce à la proximité de son management et de son accompagnement. Il a un rôle majeur sur la manière dont il intervient auprès de cette équipe dont il est l'observateur permanent du maintien de son équilibre.

Sa proximité va permettre de caler l'organisation et de réguler certaines relations interpersonnelles. Toutefois, sa présence devra être distanciée pour permettre à cette équipe de se construire par elle-même et atteindre le stade d'unité.

b) Le travail d'équipe

Roger MUCCHIELLI, dans son ouvrage, définit le travail d'équipe comme : « *L'entité renforcée par le désir de collaborer au travail collectif en s'efforçant d'en assurer le succès* ».

¹⁵² Ibidem, P 687

¹⁵³ Roger MUCCHIELLI, « Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective ». 2013, Éditeur : ESF, Collection Formation permanente, 203 pages

¹⁵⁴ Roger MUCCHIELLI, « *La dynamique des groupes* », ESF Éditeur, 2000, nouvelle édition, 222 pages.

¹⁵⁵ Pour l'équipe de soins, l'objectif commun est la production d'actes de soins que le cadre de santé va organiser au quotidien au travers du travail et de la coordination d'équipe. Il décrit ensuite les conditions du travail en équipe :

- *« Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche ;*
- *L'expression possible des désaccords et des tensions ;*
- *La non mise en question de la participation affective du groupe ;*
- *L'entraide en cas de difficulté d'un des membres ;*
- *La volonté de suppléance d'un membre défaillant ;*
- *La connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun ;*
- *La division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche.¹⁵⁶»*

De plus Roger MUCCHIELLI ajoute des conditions individuelles :

- *« Disposer et avoir une vision claire et précise des objectifs de travail et des résultats à atteindre*
- *Être au fait de la situation du moment et des moyens dont il dispose pour répondre à cette situation*
- *Faire un retour d'information (feed-back) de ses actions et des résultats obtenus et pouvoir exploiter ce retour*
- *Être informé des changements opérés ou survenus et adapter son action à ces changements. »*

Le cadre de santé veille à l'homéostasie de ce collectif en respectant les conditions individuelles.

Le cadre de santé occupe une place prépondérante auprès des équipes qu'il encadre.

c) L'interaction du cadre de santé avec l'équipe

¹⁵⁵ Roger MUCCHIELLI, « Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective ». 2013, Éditeur : ESF, Collection Formation permanente, 203 pages.

¹⁵⁶ Roger MUCCHIELLI, « Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective ». 2013, Éditeur : ESF, Collection Formation permanente, 203 pages.

Grégory AIGUIER reprend Danielle D'AMOUR¹⁵⁷ et sa définition de la collaboration interprofessionnelle : « Ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habilités pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien être des clients. »

Le cadre de santé laisse l'autonomie nécessaire à l'équipe dont elle a besoin, afin de s'approprier la capacité d'agir.

Le cadre va toutefois adapter son management et son accompagnement selon des facteurs contextuels, d'après Grégory AIGUIER, qui régissent la mise en œuvre de la collaboration dans les soins.

Ces facteurs sont au nombre de trois :

- ~ Facteurs micro : ce sont les relations interpersonnelles, l'organisation de l'équipe, sa coordination, l'environnement de travail, la communication interne.
- ~ Facteurs méso : ils sont propres à l'institution, ce sont les pouvoirs médicaux et administratifs, la hiérarchie et la gouvernance.
- ~ Facteurs macro : ils sont en lien avec le système socio culturel et la reconnaissance sociale de la profession.

Cette partie sur l'équipe montre à quel point l'équipe, ensemble de collaborateurs, est une entité complexe et délicate, ressource majeure de la production des soins.

Le cadre, en perpétuelle interaction avec elle, va la guider, la diriger, avec la plus grande justesse, veillant à ce qu'elle puisse s'épanouir.

Le cadre de santé, manager, va s'attacher à prendre soin de cette équipe, recherchant un équilibre entre sa performance et son bien-être. Interface entre la direction et celle-ci, c'est au travers d'une communication de qualité et d'une relation saine qu'il obtiendra cet équilibre. Le cadre ne doit jamais perdre ses valeurs humaines et ses valeurs de soignant, afin que, lui aussi « soigne » ceux qui soignent les autres. Le cadre de santé ne deviendrait-il pas le soignant d'une équipe ? Ces valeurs fortes, il va les insuffler et les entretenir auprès de l'équipe au travers de son management et accompagnement qui sont ses principaux outils de travail.

¹⁵⁷ Danielle D'AMOUR, « structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les secteurs de santé de première ligne au Québec », 1997, Thèse de doctorat de médecine, GRIS, Université de Montréal

Enfin, la globalité de cette analyse théorique nous permet de dire qu'il n'existe pas qu'un seul style de management mais bien plusieurs. Aucune forme de management n'est à priori meilleure qu'une autre, l'enjeu pour le cadre est d'adapter son comportement en fonction des situations qui se présentent.

Le rôle du manager, est de créer les conditions favorisant à la fois le développement des personnes qu'il manage et l'atteinte des objectifs de l'organisation.

Aussi, les évaluations de pratiques professionnelles sont des activités organisées par le manager, toutefois, le style de management à adopter dépend du contexte, de la personne et de la situation rencontrée. L'objectif pour le cadre sera de rendre les évaluations de pratiques professionnelles bénéfiques et constructives pour l'équipe paramédicale.

Enfin, selon MINZTBERG le rôle du manager se situe également : « *le manager doit amener ses collaborateurs, à donner le meilleur d'eux-mêmes, afin qu'ils puissent mieux connaître, mieux décider et mieux agir* »¹⁵⁸

Dès lors nos hypothèses provisoires deviennent des hypothèses définitives :

La première :

« Le cadre de santé favorise l'adhésion de l'équipe à l'évaluation des pratiques professionnelles par le management situationnel »

La deuxième :

« La dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles contribue à une culture positive de l'évaluation »

¹⁵⁸ MINZTBERG, H, « Ce que font vraiment les managers », 2011, Edition Paris Vuiber, P 23

TROISIEME PARTIE : APPROCHE EMPIRIQUE

IX. LA METHODOLOGIE

Après avoir étudié les concepts en lien avec la problématique de départ, cette analyse empirique va nous permettre de valider partiellement ou non nos hypothèses.

De plus, cette analyse va nous permettre de pousser plus loin notre réflexion sur le domaine.

La question de départ porte sur :

« Comment le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe pour appréhender les évaluations comme démarche d'amélioration continue de la qualité ? »

L'approche conceptuelle a mis en lumière deux hypothèses :

La première :

« Le cadre de santé favorise l'adhésion de l'équipe à l'évaluation des pratiques professionnelles par le management situationnel »

La deuxième :

« La dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles contribue à une culture positive de l'évaluation »

X. LE CHOIX DE L'OUTIL DE RECHERCHE

Afin de dégager une analyse qualitative du sujet de recherche, nous nous sommes orientés vers les entretiens. A travers cette analyse nous exploiterons les stratégies mises en œuvre sur le terrain et ainsi nous ferons le lien entre la pratique et la théorie.

Suite aux interventions de Cédric ROUTIER¹⁵⁹ sur la méthodologie de recherche, je me suis appuyée sur ses cours ainsi que l'ouvrage de Luc VAN CAMPENHOUT et Raymond QUIVY¹⁶⁰. Ces auteurs nous spécifient qu'il existe trois grands types d'entretien :

- L'entretien non directif : au cours duquel, seul le thème de recherche est donné à la personne interviewée. Dans ce cadre, le chercheur n'intervient aucunement, si ce n'est pour pratiquer des relances grâce à des questions sans orienter ni aborder de nouvelles informations.
- L'entretien semi-directif : au cours duquel, le chercheur va initier un questionnement général de départ et laisser la personne interrogée évoquer son point de vue librement. Ensuite, l'enquêteur viendra enrichir l'échange avec les questions du guide d'entretien, utilisant si besoin des questions de relance. Ces questions permettent d'investiguer des thématiques non spontanément abordées par les personnes questionnées.
- L'entretien directif : au cours duquel, l'enquêteur se reporte à un guide qui relève davantage du questionnaire et de sa méthode. La personne interrogée dispose à la fois du fond et de la forme pour répondre aux questions. L'enquêteur, quant à lui, observera les différentes réactions du sujet.

Selon Luc VAN CAMPENHOUT et Raymond QUIVY, les méthodes d'entretiens se distinguent par la mise en œuvre de « *processus fondamentaux de communication et d'interactions humaines* »¹⁶¹. Ces méthodes se distinguent par le contact direct entre le chercheur et les personnes interviewées.

a) La population ciblée et les sites de recherche

Au regard de notre recherche, la population choisie est composée de 5 cadres de santé et 5 infirmiers. Les infirmiers étant sous la responsabilité de chaque cadre interviewé.

¹⁵⁹ Cédric ROUTIER est docteur en psychologie, enseignant-chercheur et psychologue, des cours sur la méthodologie de recherche à l'IFCS auprès des étudiants Cadre de Santé 2016/2017

¹⁶⁰ QUIVY, R, VAN CAMPENHOUT, L, « manuel de recherche en sciences sociales », 2006, Parid, Dumond

¹⁶¹ Ibidem, P 170

Nous réaliserons notre recherche sur trois sites différents. Ce sont des établissements publics et privés.

- 1 cadre de santé et 1 infirmière en secteur de médecine oncologie en structure A
- 1 cadre de santé et 1 infirmière en secteur de court séjour gériatrique en structure A
- 1 cadre de santé et 1 infirmière en secteur de médecine polyvalente en structure B
- 1 cadre de santé et 1 infirmière en secteur de psychiatrie en structure B
- 1 cadre de santé et 1 infirmière en secteur de chirurgie en structure C

J'ai fait le choix de diversifier au maximum les sites et les secteurs d'activité. La certification est de nos jours réalisées dans tous les secteurs de soins, tant dans les établissements publics que privés.

b) Le guide d'entretien

Nous allons procéder à l'argumentation du choix des questions qui ont constitués le guide d'entretien à destination des cadres de santé et des infirmiers. Les thèmes portent sur la certification, le management, l'accompagnement et l'équipe. Les guides d'entretien sont disponibles en annexe du travail de recherche.

Dans un premier temps, je me présente et je justifie le thème du mémoire de recherche. J'évoque : *« je souhaite vous rencontrer dans le cadre de mon mémoire de recherche dont le thème est : l'accompagnement des équipes paramédicales lors des certifications »*. Je débute ensuite l'entretien en précisant que l'anonymat des réponses sera garanti. De plus, je précise que les entretiens seront transcrits, ils seront effacés peu de temps après la soutenance de mémoire prévue en juin 2017.

Après avoir réalisé une première grille d'entretien, je l'ai testé auprès d'un cadre de santé et d'un infirmier. Le test auprès des deux professionnels n'a pas engendré de modifications.

c) Grille d'entretien auprès des cadres de santé

La première question posée est la suivante :

1 « Qu'est que la démarche qualité dans le domaine de la santé ? »

Cette question ouverte amène le cadre de santé à se situer dans le domaine de la qualité. Question qui amène libre choix de réponse de la part du cadre de santé. Cette question est intéressante car en fonction des lectures sur le domaine de la qualité, je me suis aperçue que nous ne définissons pas la démarche qualité de la même façon ? Est-ce source de difficultés ou d'avantages ? Nous le verrons en analysant les réponses.

2 « Quel sens donnez-vous à l'évaluation des pratiques professionnelles ? »

Cette question nous permet d'aller au cœur du sujet de l'évaluation des pratiques professionnelles, outil parfois utilisé par les cadres de santé.

3 « Comment appréhendez-vous l'évaluation comme démarche d'amélioration continue ? »

Cette question permet d'avoir le point de vue du cadre de santé sur les évaluations corrélées à la démarche d'amélioration continue. En effet, certains cadres de santé peuvent ne pas utiliser cet outil comme démarche d'amélioration continue, si c'est le cas, je formulerai une relance afin d'approfondir la question.

4 « Lors des certifications, quel style de management utilisez-vous ? »

Cette question aborde la période de certification et plus précisément le style managérial utilisé. Question ouverte sur le management afin de ne pas orienter le cadre de santé sur un management en particulier.

5 « Quel accompagnement privilégiez-vous afin d'améliorer les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et des certifications ? »

Cette question oriente le cadre de santé vers l'existence d'un accompagnement et s'il existe quel est-il ? Et plus précisément en EPP et en certification. En somme, le cadre de santé nous expliquera en pratique, comment il manage et accompagne l'équipe paramédicale en ces circonstances.

d) Grille d'entretien auprès des infirmiers

1 « qu'est que la démarche qualité dans le domaine de la santé » ?

Cette question ouverte amène l'infirmier à se situer dans le domaine de la qualité. Question qui amène libre choix de réponse. Cette question proposée également aux cadres de santé, permettra de confronter les réponses. Du point de vue du cadre de santé et du point de vue de l'infirmier. Question intéressante car aux détours des lectures sur le domaine de la qualité, je me suis aperçue que nous ne définissons pas la démarche qualité de la même façon ? Est-ce source de difficulté ou davantage ? Nous le verrons en analysant les réponses.

2 « Selon vous qu'est que la démarche d'amélioration continue ? Quelle est son but ? »

Cette question a pour but d'identifier le niveau de compréhension de la démarche qualité par les professionnels de santé qui sont dans notre cas les infirmiers. Ces derniers comprennent-ils le but de la démarche d'amélioration continue ?

3 « Avez-vous participé à la démarche de certification ? Comment cela s'est organisé ? »

La question permet de connaître si l'infirmier a participé à une démarche de certification. Cette question est importante car le ressenti du professionnel est un peu différent si il a été présent au moment « T » de la certification ou non. La question sur l'organisation permet de recueillir le ressenti du professionnel, la manière dont elle a été organisée que ce soit au niveau institutionnel que dans l'unité de soins.

3 « Quel sens donnez-vous à une certification ? »

Je pose la question pour connaître l'orientation que donnent les infirmiers à la démarche de certification. La compréhension de cette démarche est-elle claire et comprise de tous ?

4 « Selon vous qu'apporte l'accompagnement du cadre en période de certification ? »

Cette question ouverte permet au professionnel de s'exprimer sur le type d'accompagnement qui est réalisé ? S'il existe ? Je précise en période de certification car je souhaite analyser cette période précise dans la démarche d'amélioration continue.

5 « Que doit mettre en place le cadre pour favoriser les EPP et la démarche continue comme amélioration des pratiques ? »

Je pose cette question pour connaître le point de vue des professionnels, quelles sont leurs attentes sur le terrain ? Qu'attendent-ils du cadre de santé dans le domaine des EPP ? Cette question était parfois difficilement compréhensible pour certains infirmiers, je reformulais en expliquant que la démarche continue a pour but d'améliorer les pratiques professionnelles, et nous utilisons des outils tels que : EPP, des audits, ...la certification a pour but de favoriser les EPP dans les unités de soins.

e) L'analyse de contenu :

Pour analyser le contenu des entretiens, nous nous baserons sur l'ouvrage de Roger MUCCIELLI intitulé *L'analyse de contenu*¹⁶².

L'auteur nous explique qu'analyser le contenu d'un document c'est « *rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler, classer tout ce que « contient » ce document* »¹⁶³.

Roger MUCCHIELLI recense trois types d'analyse de contenu que nous allons détailler ci-dessous :

- ✓ « *Les méthodes d'analyse logique et esthétique* »¹⁶⁴ : cette méthode consiste à étudier la structure du discours en relation avec ses effets de sens. Cette analyse porte sur la forme de la communication, qui donne des informations sur l'état d'esprit de la personne interviewée (vocabulaire, longueur des phrases, ordre des mots, figures de style, hésitations...). C'est le cas de l'analyse stylistique du discours.
- ✓ « *Les méthodes d'analyse sémantique* »¹⁶⁵ : tendent quant à elles à définir le champ des significations d'un objet dans un ensemble cohérent donné. Avec cette méthode, l'analyse n'est pas axée sur le vocabulaire, le lexique ou

¹⁶² MUCCHIELLI Roger, *L'analyse du contenu des documents et des communications*, 2006, Edition Paris ESF, 9^{ème} Edition.

¹⁶³ Ibidem, P 24

¹⁶⁴ Ibidem, P 35

¹⁶⁵ Ibidem, P 35

la thématique mais sur les principes d'organisation sous-jacents, les règles d'enchaînement, d'association, d'exclusion, c'est-à-dire toutes les relations qui structurent les éléments de manière invariante ou indépendante de ces éléments.

- ✓ « *Les méthodes d'analyse à la fois logiques et sémantiques* »¹⁶⁶ : Cette méthode consiste à s'en tenir au contenu manifeste en ne considérant que ce qui est signifié dans l'immédiat, accessible.

Ce travail se compose de trois étapes :

- ✓ En premier lieu, une analyse thématique va permettre de déterminer les thèmes développés dans le discours. L'objectif de cette analyse est de repérer les unités sémantiques du discours qui constituent l'univers de celui-ci. Il s'agit tout d'abord de déterminer des unités significatives puis d'effectuer leur catégorisation.
- ✓ Ensuite, une analyse du positionnement va permettre de mesurer la distance idéologique du locuteur par rapport à ce qu'il dit. Cette analyse porte sur les jugements formulés par la personne interviewée. La fréquence de ces jugements mais aussi leur direction (jugement positif, négatif ou neutre) peut être calculée.
- ✓ Enfin, une analyse fréquentielle va permettre de comparer la fréquence des thèmes. L'hypothèse est que plus la fréquence d'une idée est élevée, plus cette idée est importante pour la personne interviewée.

Afin d'analyser les entretiens effectués, nous choisissons d'utiliser la méthode logico-sémantique. Au regard de ses caractéristiques, celle-ci va nous permettre de répertorier les données recueillies dans un tableau. Ce tableau sera constitué de thèmes, de catégories et de sous-catégories.

La première étape a été de définir les thèmes au regard du cadre conceptuel de notre travail de recherche. La lecture approfondie des entretiens a permis par la suite de repérer des mots clés. Ceux-ci définissent des sous thèmes. Pour plus de précision, des catégories ont été ajoutées.

¹⁶⁶ Ibidem, P 36

Le but de cette analyse thématique des entretiens est de retrouver les éléments des hypothèses posées.

Pour respecter l'anonymat des cadres de santé et infirmiers, nous avons codifiés de la façon suivante :

Tableau 1 : codification des cadres de santé interviewés

ENCODAGE	SERVICE DE SOINS	STRUCTURE
CDS 1	ONCOLOGIE	STRUCURE A
CDS 2	COURT SEJOUR GERIATRIQUE	STRUCTURE A
CDS 3	PSYCHIATRIE	STRUCTURE B
CDS 4	MEDECINE	STRUCTURE B
CDS 5	REANIMATION	STRUCTURE C

Tableau 2 : Codification des infirmiers (ères) interviewés

ENCODAGE	SERVICE DE SOINS	STRUCTURE
IDE 1	ONCOLOGIE	STRUTURE A
IDE 2	COURT SEJOUR GERIATRIQUE	STRUCTURE A
IDE 3	PSYCHIATRIE	STRUCTURE B
IDE 4	MEDECINE	STRUCTURE B
IDE 5	CHIRURGIE	STRUCTURE C

XI. RESULTATS DE LA RECHERCHE

L'analyse des entretiens a mis en exergue quatre thèmes eux-mêmes composés de sous-thèmes.

Ces thèmes ont été travaillés dans la partie conceptuelle. Les entretiens nous ont permis d'explorer d'autres pistes, elles feront l'objet d'un cinquième thèmes.

THEMES	SOUS THEMES
LA DEMARCHE QUALITE	La démarche d'amélioration continue
	La certification
	La qualité et sécurité des soins
	Les bonnes pratiques
L'EVALUATION	Les objectifs de l'évaluation
	Les évaluations des pratiques professionnelles
	Le contrôle
LE CADRE DE SANTE	Le rôle et les missions du cadre de santé
	Le management situationnel
	Le management de la qualité
	La proximité du cadre de santé
L'EQUIPE et LES PATIENTS	L'accompagnement des professionnels
AUTRES PISTES	La communication, l'écoute

Tableau 3 : mise en évidence des thèmes et sous-thèmes

a) Analyse du thème « la qualité »

Lors des entretiens, la première question avait pour objectif d'interroger les cadres de santé et les infirmiers sur le domaine de la qualité dans le secteur de la santé.

La question était :

« *Qu'est que la démarche qualité dans le domaine de la santé ?* »

Nous allons débiter par une analyse fréquentielle. Elle consiste à identifier la fréquence à laquelle les sous-thèmes sont évoqués par les professionnels interviewés. De plus, je choisis de traiter la question 2 en même temps :

« *Selon vous qu'est que la démarche d'amélioration continue ? Quel est son but ?* »

Cette question à destination des infirmiers va me permettre de mettre en parallèle ces deux résultats sur la notion de démarche d'amélioration continue. D'ailleurs, cette notion est identifiée en sous-thème. La fréquence des mots « amélioration continue » est de 4 sur 5 auprès des infirmiers, nous retrouvons le même résultat auprès des cadres de santé.

- **Analyse fréquentielle :**

LA DEMARCHE QUALITE	C	C	C	C	C	I	I	I	I	I	Totaux
	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
	S	S	S	S	S	E	E	E	E	E	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
La démarche d'amélioration continue	x		x	x	x	x	x	x	x		8
La certification	x	x			x	x		x			5
La qualité et la sécurité des soins		x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Les bonnes pratiques		x	x		x		x		x	x	6

Tableau 4 : Analyse fréquentielle des sous-thèmes relatifs à l'évolution du thème qualité

Nous allons poursuivre l'analyse par une analyse qualitative. Nous effectuerons cette analyse sous-thèmes par sous-thèmes. Cette analyse consiste à restituer les propos des professionnels de santé. Ces propos seront retranscrits à l'identique.

- **Analyse qualitative :**

- 1. La démarche d'amélioration continue de la qualité**

Elle est évoquée huit fois sur dix par l'ensemble des professionnels de santé.

La CDS 2 nous décrit la démarche d'amélioration continue dans le domaine de la santé

« À réaliser des soins, une prise en charge de qualité du patient, c'est centré sur le patient (...) en qualité de cadre, je suis sensée être garant de la qualité des soins et de ce fait, cela implique d'évaluer, de contrôler à travers des audits, des évaluations de pratiques professionnelles. Recueillir la satisfaction du patient aussi. S'assurer des bonnes pratiques des soignants en fonction des exigences des instances, de la haute autorité de santé ».

La CDS 5 nous précise qu'il s'agit *« d'assurer des soins de qualité auprès du patient, respect des procédures, des protocoles et donc une visée de la performance dans les soins ».*

Cette professionnelle de santé met l'accent sur la notion de performance des soins dispensés au patient. La démarche qualité permettrait d'assurer des soins de qualité mais également de développer de la performance dans le domaine du soin. Selon le dictionnaire Hachette la définition de la performance est d' *« avoir des résultats chiffrés remarquables »*¹⁶⁷. En effet, lors de la certification, les résultats sont chiffrés et les données sont classées par établissements, la performance et la compétitivité sont mis en relation au niveau nationale.

De plus, la CDS 1 nous dit que la démarche qualité est en *« lien avec la Haute Autorité de la Santé et le ministère »* il s'agit de commandes nationales afin que la démarche soit uniformisée sur le territoire Français.

Puis les CDS 1, 2, 4 mettent l'accent sur les évaluations des pratiques professionnelles, ce sous thème sera étudié ultérieurement.

Cette question était commune aux CDS et aux IDES. Nous allons confronter les données.

L'IDE 1, souligne que la démarche qualité a pour but *« d'améliorer les pratiques professionnelles »*, *« de se remettre en question tous les jours »* donc une visée positive de la démarche.

De plus, l'IDE 2 précise qu' *« apporter au patient, au sein du service, une qualité de soin ;*

¹⁶⁷ Hachette dictionnaire, Edition 2012

que les choses soient faites correctement dans les bonnes règles, les bonnes manières et les bonnes conduites pour assurer une prise en charge au patient de qualité »

Par ailleurs, l'IDE 3 mentionne « *que la démarche qualité est une évaluation des pratiques professionnelles (...) sur la prise en charge globale du patient (...) comment il a ressenti sa prise en charge* » cette professionnelle insiste sur le ressenti et l'avis du patient lors de la démarche qualité, que le patient soit acteur impliqué dans la démarche. En effet, cela est en adéquation avec la version V 2014 de l'HAS sur la mise en place du patient traceur qui permet d'inclure le patient dans la démarche. Cette pratique permet de travailler en collaboration avec le patient bénéficiaire des soins. D'ailleurs pour W. HESBEEN ces démarches conduisent sans aucun doute à prodiguer des soins de qualité techniques et scientifiques de plus en plus élevés en termes de pertinence et de sécurité « *Cependant le gain majeur de la qualité reste l'attention particulière portée à la personne* ». ¹⁶⁸

Enfin, les IDES 1, 2, 4 insistent sur le fait que la démarche d'amélioration continue passe par la formation des professionnels de santé. En effet, l'IDE 1 dit « *tout ce qui est lié à la formation continue, les DPC... Continuer à se former continuellement au cours de la carrière (...), donc le but est d'acquérir des connaissances tout au long de sa carrière professionnelle?* »

L'IDE 2 dit parle d' « *améliorer au quotidien notre pratique professionnelle, on met en place auprès de notre service des évaluations de pratiques professionnelles avec des audits cliniques également afin que l'on puisse voir les axes d'amélioration quant à nos pratiques effectuées au sein du service* ».

Les analyses des entretiens infirmiers mettent en exergue que les infirmiers ont le souci d'assurer une prise en charge de qualité et de s'améliorer dans leur pratique en passant par la formation continue.

Au final, on s'aperçoit que les CDS et les IDES définissent la démarche qualité comme démarche d'amélioration continue des professionnels de santé ayant pour bénéficiaire le patient avec une visée de prodiguer des soins de qualité et de veiller à améliorer sa pratique au quotidien.

2. La certification

Je choisis de traiter en même temps les résultats de la question 4, qui a été posée aux infirmiers « *quel sens donnez-vous à une certification ?* » et la question 3 « *avez-vous participé à la*

¹⁶⁸ W. HESBEEN, Ambiance professionnelle implication personnelle et qualité du service, Perspective soignante n°30, décembre 2007

démarche de certification ? Comment cela s'est organisé ? » Afin de confronter mes résultats dans ce sous-thème.

La certification est mentionnée par les CDS 1, 2, 4, comme élément ou outil référent qui a pour mission de veiller à la démarche qualité dans tous les établissements médico-sociaux et sanitaires via l' HAS.

En effet, « *L' HAS certifie des établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville. La certification a été introduite au sein des systèmes de santé en France par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière. La certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dispensés.* »

La CDS 3 mentionne la certification comme un projet à mener « *c'est comme un projet qu'on mène. On se met des objectifs mais il faut les mettre de façon réalisable* ».

La CDS 4 verbalise également « *un projet, une action qu'on met en place* ».

Conformément aux propos de Michel Vial et Odile Tuilier qui précisent que la certification des établissements de santé était un projet de recherche, « *au sens d'une quête de la qualité, dans une dynamique de changement, à côté de la formation et de la recherche : une procédure externe d'évaluation visant à amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* ». ¹⁶⁹

Pour les IDES 1, 3 la certification est nommée accréditation ancien nom de la démarche institutionnelle, mais les 3 autres infirmiers ne mentionnent pas la Haute Autorité de la Santé comme institution menant cette démarche.

L'IDE 3 porte un regard très critique sur le principe de certification, « *Je préfère démarrer par ça parce que c'est vraiment ce qui me dérange pour la certification(...) On est prévenu d'une certification (...) en fait je trouve que ce n'est pas une évaluation naturelle du travail (...) quel qu'il soit. Donc moi c'est quelque chose qui me dérange, c'est préparé en amont (...) je trouve que ça ne devrait pas l'être parce que du coup ce n'est pas la vision réelle de ce qui se passe en réalité dans les services habituellement* ». Elle verbalise son mécontentement, pour elle l'évaluation est biaisée. Le sens de la démarche de certification n'est pas naturel pour cet

¹⁶⁹ THUILLIER, O, VIAL, M, « l'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital » Edition Lamarre, Paris, 2003, P 64

infirmier. Cette remarque me confirme l'importance d'associer les professionnels à la démarche, que la reconnaissance du professionnel peut passer par cette étape, qu'il faut communiquer et manager de façon à donner du sens aux démarches d'amélioration continue. Ce qui m'étonne dans cet entretien, c'est que l'infirmier n'avait pas eu connaissance des résultats de la certification elle dit : « *je pense que ça s'est bien passé* ».

Cependant, pour les IDES 2, 3, 4, 5 la certification fait écho à de la conduite de changement, ils expriment que cette période fait référence à de nombreux changements organisationnels, administratifs. De plus, la certification favorise pour l'IDE 2 une remise en question, elle dit « *Oui une remise en question (...) donc on va dire qu'une fois la certification passée, on appréhende le résultat de la certification. Mais aussi voir si on a bien fait ou pas, la satisfaction d'avoir réussi, avoir su faire les choses comme cela était demandé. Cela permet de nous évaluer, nous, de savoir si nos pratiques sont correctes. Et cela permet aussi de savoir où nous en sommes au niveau du service pour la qualité des soins.* »

Il semblerait que la certification permette une remise en question des professionnels, que cette étape favorise l'auto-évaluation, démarche qui n'est pas si évidente à réaliser sur le terrain. Ces propos sont en lien avec les auteurs étudiés dans la partie conceptuelle. L'IDE 2 mentionne l'attente de résultats qui est un élément non négligeable dans toutes formes d'évaluation. Or, comme cité dans le constat de la recherche, les résultats officiels de la certification sont parus environ six mois après le passage des experts visiteurs. Cette période est longue pour les professionnels qui sont habitués à voir apparaître des résultats rapides dans leur prise en charge quotidienne. C'est là que l'accompagnement du cadre a tout son sens également.

3. La qualité et la sécurité des soins

Dans un premier temps, la CDS 2 nous parle de prise en charge de qualité du patient « *réaliser des soins, une prise en charge de qualité du patient, c'est centré sur le patient* » de plus, elle nous précise son rôle de cadre de santé « *être garant de la qualité des soins et de ce fait, cela implique d'évaluer, de contrôler à travers des audits, des évaluations de pratiques professionnelles. Recueillir la satisfaction du patient aussi. S'assurer des bonnes pratiques des soignants en fonction des exigences des instances, de la haute autorité de santé* » elle met en lien ses responsabilités et ses missions de cadre de santé.

Ces propos nous renvoient aux rôles du cadre selon MINTZBERG selon les trois plans définit dans son ouvrage « *Manager, ce que font vraiment les managers* ».

« **Le rôle de contrôle** : *Le cadre de santé est garant de la qualité et la sécurité des soins, il a un rôle essentiel en matière de contrôle* ». Qui affirme que le cadre de santé est garant de la qualité et la sécurité des soins dispensés dans l'unité dont il a la responsabilité.

La CDS 3, quant à elle, nous explique que la démarche qualité ce n'est pas seulement que les soins c'est aussi la vie au quotidien « *les conditions de travail, l'environnement, le matériel, les moyens mis à disposition* » elle met l'accent sur le contexte, l'environnement des professionnels et des patients.

Dans un second temps, la CDS 4 nous oriente plus vers la notion de projet, MINTZBERG identifie deux rôles principaux du manager, celui de l'action directe et celui de négociation à l'extérieur.

L'action directe :

L'un des rôles du cadre est de mettre en place des projets, de répartir les tâches en fonction des ressources. Par ailleurs, il gère les impondérables et les dysfonctionnements.

Le rôle d'action directe du cadre engage sa présence au sein de l'unité.

Ces propos sont en adéquation avec les propos recueillis par la CDS 4 car elle précise que sa disponibilité et sa présence sont essentielles au bon déroulement des projets afin d'assurer une bonne qualité et sécurité des soins.

Les CDS 1 et 5 et les IDES 2, 3, 4, 5 nous déclarent que la qualité et la sécurité des soins sont réalisées en respectant des protocoles et des procédures, la CDS 5 dit « *respect des protocoles et procédures (...)* ». L'IDE 2 : « *les choses soient faites correctement dans les bonnes règles, les bonnes manières et les bonnes conduites pour assurer une prise en charge au patient de qualité.* »

L'IDE 4 : « *Et puis au niveau des soins plus euh... comment on réalise, si tout est bien réalisé selon les protocoles, selon tout ce qui est mis en place sur euh...l'hôpital.* »

L'IDE 5 : « *c'est ce que l'on a en tant que protocole* ».

Les protocoles et procédures sont très présents en milieu hospitalier afin de répondre rapidement aux problématiques des patients en absence du médecin. En période de certification, ces procédures sont également évaluées, car on s'aperçoit que beaucoup de procédures sont obsolètes. Elles ne sont pas réévaluées ni réadaptées. Je pose alors la question : sont-elles alors adaptées ? Ce qui peut expliquer que les professionnels les mentionnent.

4. Les bonnes pratiques

Pour les CDS 2, 3, et les IDES 2, 4, 5 mentionnent le respect des bonnes pratiques des soins. La CDS 2 nous confie : « *qu'il faut s'assurer des bonnes pratiques des soignants en fonction des exigences des instances et de l'HAS* ».

La CDS 3 précise « *qu'il faut faire le point sur nos pratiques* ».

L'IDE 2 dit : « *qu'il faut voir si les choses sont faites correctement dans les bonnes règles, les bonnes manières et les bonnes conduites pour assurer une prise en charge au patient de qualité* ».

L'IDE 4 mentionne : « *(...) et puis au niveau des soins, on voit si tout est bien réalisé selon les protocoles* ».

Ces propos relatés précisent que les professionnels réalisent des soins selon un référentiel d'activité en lien avec leurs professions. Les écarts qui peuvent être mesurés entre le travail réel et le travail prescrit doivent être corrigés rapidement afin de réaliser des soins selon les bonnes pratiques enseignées.

Certains professionnels de santé ont mentionné que la certification permet d'évaluer les professionnels sur les pratiques mais également favoriser une dynamique d'amélioration continue. Nous allons ainsi poursuivre notre analyse sur le thème de l'évaluation.

b) L'évaluation

Cette thématique est abordée uniquement au près des cadres de santé, de la manière suivante :

« *Quel sens donnez-vous à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ?* » et ensuite la question est « *comment appréhendez-vous l'évaluation comme démarche d'amélioration continue ?* » j'ai choisi de traiter ces deux questions ensemble car la notion principale est l'évaluation. L'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence trois sous-thèmes :

- Les objectifs de l'évaluation
- Les évaluations des pratiques professionnelles
- Le contrôle

Nous débuterons par une analyse fréquentielle puis par une analyse qualitative.

Analyse fréquentielle :

L'EVALUATION	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	Totaux
Les objectifs de l'évaluation	x	x	x	x	x	5
Les évaluations des pratiques professionnelles	x	x	x	x	x	5
Le contrôle		x				1

Tableau 5 : Analyse fréquentielle des sous-thèmes relatifs à l'évaluation

Analyse qualitative :

1. Les objectifs de l'évaluation et des évaluations des pratiques professionnelles

J'ai fait le choix de traiter l'analyse qualitative des objectifs de l'évaluation en incluant les évaluations des pratiques professionnelles. En effet, lors de l'analyse, je me suis aperçue que les données se regroupent et le fait de les analyser ensemble apporte du sens à l'analyse.

Tout d'abord, nous retrouvons, à travers les propos des cadres de santé que la certification est une forme d'évaluation.

En effet, la CDS 1 précise que « *L'évaluation des pratiques professionnelles se fait à tout moment de la carrière professionnelle ne serait-ce que lorsqu'on est étudiant idé, on évalue ses pratiques et même lorsque l'on est professionnel, on peut être amené à changer de poste, d'établissement ou d'orientation professionnelle.* »

Les CDS 2 et 3 parlent de plus-value des évaluations des pratiques professionnelles, pour la CDS 3, l'évaluation est « *complexe* », « *cela reste de l'échange (...), l'évaluation individuelle ou l'évaluation collective ?* », « *dans le domaine pluridisciplinaire ou multidisciplinarité ?* ». On s'aperçoit bien que le mot évaluation ne renvoie pas à la même chose en fonction des uns et des

autres. De plus, elle précise que « *derrière les évaluations des pratiques professionnelles, on en fait, mais après qu'est qu'on va retirer de cette évaluation ?, c'est là où on donne du sens ou pas* ».

Ensuite, la CDS 4, exprime que les EPP permettent de s'interroger sur les pratiques afin de s'améliorer. D'ailleurs, elle précise que toute forme d'évaluation ou action menée est : « *une action qu'on met en place, un fonctionnement qu'on met en place n'est pas statique, il est toujours en mouvement et il sera toujours évalué parce qu'il y d'autres choses qui vont se mettre... l'environnement, euh... tant euh... en ressources humaines, qu'en matériel, qu'en environnement institutionnel ça bouge aussi. Donc c'est important de réévaluer, tout le temps réévaluer.* » Cela est en lien avec la roue de DEMING qui est en perpétuel mouvement. La démarche qualité doit être instaurée, de façon continue et avec les acteurs de terrain afin de favoriser la participation de chaque acteur qui gravite autour du patient.

Quant à la CDS 5, elle affirme que les EPP ont pour but d'évaluer les protocoles, procédures. S'ils sont respectés et adaptés aux organisations, aux matériels utilisés. De ce fait, mettre en évidence la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Enfin l'HAS déclare que « *l'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles* »¹⁷⁰

D'ailleurs, l'évaluation des pratiques professionnelles est un des objectifs du développement professionnel continu (DPC). Tous les professionnels ont l'obligation de s'inscrire dans un programme DPC en lien avec la loi HPST 2009 ainsi que le perfectionnement des connaissances. Il s'agira pour le cadre de santé de mettre en œuvre des actions d'amélioration des pratiques professionnelles, dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective (programme action souvent pluridisciplinaire) utilisant des outils et méthodes variés.

La CDS 3 précise que « *la certification disons que c'est un grand mot, ça fait peur. Ça fait peur pour tous je pense parce que de toute façon l'évaluation, pour tout un chacun lorsqu'on est évalué soi, c'est ... ça nous remet en question. Ça nous permet de nous remettre en question* ».

D'autre part la CDS 5 mentionne une notion essentielle « *la démarche qualité (...), elle est connotée pour certains professionnels d'une dimension négative(...), aussi avec des représentations du mot « évaluation » qui a quand même une connotation négative auprès des*

¹⁷⁰ Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 11 Septembre 2009

professionnels. Donc c'est à nous, en tant que cadre de santé, (...) Et bien justement de mettre en place un accompagnement pour montrer que l'évaluation(...) elle est positive pour améliorer les pratiques, pour la qualité du soin auprès du patient, pour garantir vraiment la qualité à tout prix. Voilà, qualité optimale. »

Nous observons que les objectifs et la réalisation des pratiques professionnelles sont étroitement liés. Tous les cadres de santé s'accordent à dire que les EPP sont réalisées dans les unités de soins, certains sont plus à l'aise que d'autres avec les termes évaluation. Néanmoins, la CDS 2 nous alerte sur le fait que « *trop d'EPP tue l'EPP* », il est évident que l'EPP à elle seule ne suffit pas auprès des équipes et dans les unités de soins à améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés au patient. D'autres outils qualité peuvent intervenir dans la démarche d'amélioration continue.

2. Le contrôle

Seule un CDS nous a mentionné le mot contrôle dans les entretiens. Or, nous avons étudié dans la partie conceptuelle que le mot évaluation et contrôle sont très proches mais ils n'ont pas la même signification.

Pour cette CDS 2 : « *évaluer c'est contrôler à travers des audits, des évaluations des pratiques professionnelles* ».

J. ARDOINO et G. BERGER, insistent sur la différence notable entre l'évaluation et le contrôle : « *évaluer n'est pas contrôler* », ils définissent le contrôle comme une mesure de l'écart et les variations entre un référé et un référant permanent. A contrario, HADJI évoque que « l'évaluation », en ce qu'elle pose la question du sens, consiste essentiellement « *à produire, à construire, à créer un référent en même temps qu'elle s'y rapporte* ». ¹⁷¹ Il s'agit de construire et reconstruire constamment des systèmes d'interprétation qui donne du sens au réel.

Michel VIAL, précise qu'à travers une posture de contrôle « *l'évaluateur applique des normes, prend en compte, il rend des comptes, il fait des bilans, il régularise, il retourne à la règle c'est la posture de l'expert* » ¹⁷². On comprend aisément la nécessité de l'alternance entre les postures et les logiques d'évaluation. Je pense qu'en période de certification nous nous trouvons dans une situation de contrôle et d'évaluation. En effet, les experts visiteurs sont à la fois en posture de contrôleur face à des référentiels et le cadre de santé face à une posture d'évaluateur afin de

¹⁷¹ HADJI C, 1989, l'évaluation les règles du jeu, des intentions aux outils, Paris, ESF, P 123

¹⁷² VIAL, M, « les enjeux de l'évaluation aujourd'hui » Paris, 2008, Lyon, conférence à la journée de l'Ariaf

répondre aux critères d'évaluation et éviter les écarts, il est en conformité avec les propos de Michel VIAL ci-dessous cités.

De plus, la CDS 2 nous raconte qu'elle appréhende l'évaluation comme : « *démarche d'amélioration continue, alors, j'ai envie de dire que l'évaluation se fait en 2 temps :*

- le premier étant du contrôle, on regarde ce qui va et on relève ce qui ne va pas

- et dans le deuxième temps, on est plutôt dans une démarche pédagogique d'éducation et de formation, d'accompagnement d'agents. »

Au final, on peut dire que la majorité des professionnels ne font pas de différence sémantique entre l'évaluation et le contrôle. Les deux mots sont peut-être utilisés comme des synonymes pour les professionnels, il aurait été intéressant de pousser davantage la recherche sur le terrain.

c) Le cadre de santé

Nous analyserons dans cette partie, les entretiens réalisés auprès des cadres de santé par la question « *lors de la certification quel style de management utilisez-vous ?* »

L'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence trois sous-thèmes :

- Les rôles et missions du cadre de santé
- Les liens entre autonomie et les compétences
- Le management situationnel
- Le management de la qualité
- La proximité du cadre de santé

Nous débuterons par une analyse fréquentielle puis par une analyse qualitative.

• Analyse fréquentielle :

Cadre de santé	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	Totaux
Les rôles et missions	x	x	x	x	x	5
Le management situationnel	x	x	x	x	x	5
Le management de la qualité		x	x			2
La proximité du cadre	x		x	x	x	4

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

Tableau 6 : Analyse fréquentielle des sous-thèmes relatifs au thème de cadre de santé

- **Analyse quantitative :**

- 1. Les rôles et missions du cadre de santé**

Avant tout, les missions et le rôle du cadre de santé sont repris par 5 cadres sur 5. Ce qui montre une valeur importante pour tous les cadres l'intérêt de remplir leur mission correctement. En effet, le CDS 2, explique que le management du cadre de santé en période de certification fait partie intégrante des missions et du rôle du cadre. En effet, le management est une mission principale du cadre.

Le management est devenu un élément central dans la certification des établissements de santé. Cependant, il ne faut pas réduire le management à une conformité, un référentiel ni à la notion de bonnes pratiques.

La CDS 3 nous stipule « *ça fait partie de mon travail (...), on est là pour vérifier que c'est mis en place* ».

La CDS 1 verbalise « *Et nous en tant que cadre, c'est une de nos missions* »

Ce qui est important de souligner à mon sens dans le management, ceux sont les outils utilisés pour gérer une équipe, mais il ne faut pas occulter le leadership du manager.

- 2. Le management situationnel**

Tout d'abord, en règle générale, tous les cadres de santé disent utiliser un management participatif pour accompagner leurs équipes soignantes, mais plus particulièrement en période de certification.

D'ailleurs, les CDS 1, 2, 3, 4 et 5 nous précisent utiliser un management participatif et un peu de management directif en cette période afin de faire adhérer l'équipe aux projets d'amélioration continue. En effet, la CDS 1 mentionne « *le management participatif, il est important de faire adhérer l'équipe (...), Il faut leur expliquer, donner du sens à leur pratique, pourquoi on fait ça. Pour moi, c'est indispensable, alors, le management participatif, on en discute après, si l'équipe n'est pas d'accord mais on a l'obligation de faire appliquer une*

procédure, c'est au cadre à trouver le moyen auprès de son équipe. Trouver l'intérêt que cela a, car il y en a toujours, un au final, et voilà c'est comme ça que l'on avance. C'est en faisant adhérer l'équipe et pas en leur imposant ».

La CDS 2 nous explique « *j'utilise un management « situationnel », c'est à dire en fonction de l'agent que j'ai en face de moi, je vais adapter mon management. Il y a des agents qui nécessitent plutôt un management participatif, qui sont un peu plus autonomes, qui ont des connaissances. Et il y en a d'autres qui nécessitent un management plus poussé ou un management plutôt directif pour le coup ».* Il apparaît dans cet entretien que le management s'adapte en fonction des compétences de la personne et donc de l'autonomie qu'on lui accorde. Cette nouvelle notion est en lien avec le concept de compétences étudié par LE BOTERF. Il définit la personne compétence comme : « *une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant un double équipement de ressources : ressources personnelles (savoirs, savoir-faire, qualité, culture, et ressources émotionnelles, etc, ..) Et ressources de réseaux (banque de données, réseaux documentaires, réseaux d'expertise, ...)* »¹⁷³

En effet, le professionnel compétent aura la capacité de mobiliser ses connaissances afin d'être performant en toutes situations. De ce fait, le cadre adaptera son management en fonction de ces compétences. Il permettra l'autonomie professionnelle partielle ou totale.

Selon DOMINIQUE TISSIER, le rôle du manager est de créer les conditions propices au développement de cette autonomie dans le cadre d'activités et de projet. Il apparaît donc indispensable que le cadre de santé permette ce développement de l'autonomie pour s'assurer d'un développement des compétences.

Il s'agit pour la CDS 2 d'utiliser le management participatif pour les personnes autonomes. Cependant, lorsqu'un professionnel est autonome et a les connaissances, le manager peut utiliser le management délégitif. Mais ce type de management n'a pas été évoqué dans les 5 entretiens des cadres de santé.

Pour la CDS 1, le management de l'équipe doit être basé sur une relation de confiance « *La relation individuelle est primordiale dans une équipe le cadre de santé doit connaître chaque membre de son équipe. Etablir une relation de confiance avec chaque membre de l'équipe, afin d'arriver à lui donner une autonomie individuelle et autonomie de l'équipe. Car quand le cadre de santé n'est pas là il faut que le service « tourne » et que le l'équipe sache se débrouiller, il*

¹⁷³ LE BOTERF G, « ingénierie et évaluation des compétences », Paris, Edition d'Organisation, 1999,

faut avoir une relation de confiance pour arriver à cette autonomie. Donc cette autonomie est en totale adéquation avec la démarche qualité si l'équipe n'adhère pas, on aura des difficultés pour répondre aux critères qualités mais aussi de garantir une qualité et sécurité des soins. »

En ce qui concerne le management directif les 5 CDS le mobilise lorsqu'ils doivent faire face à des exigences, à des impondérables et afin d'être rapide pour la mise en place de directives institutionnelles. D'ailleurs la CDS 5 verbalise « *un peu de directif parce que de toute façon (...) la certification on y échappe pas (...) il faut suivre ce qui est demandé, appliquer les procédures (...)*»

Ensuite les cadres de santé mettent en exergue le management persuasif, il est mis en évidence par les propos de la CDS 1 « *Il faut leur expliquer, leur donner du sens* », de surcroît la CDS 3 dit « *informer, expliquer (...) ensuite voilà, le chemin de route (...) Le plan de route qui va être mis en place.* ».

Ces cadres de santé mettent l'accent sur l'explication, l'information. Le sens a donné aux projets et aux actes. Cette explication va permettre aux professionnels de comprendre les attentes et les directions à mener, mais également favoriser l'adhésion de l'équipe et lutter contre les résistances éventuelles liées au changement. Le management qui me paraît le plus utilisé par les cadres de santé en période de certification est un management situationnel favorisant une autonomie managériale.

3. Le management par la qualité

Le management par la qualité n'est pas abordé explicitement par les cadres de santé mais ils l'évoquent par les termes tels que : l'amélioration continue des pratiques, bonnes pratiques, les audits, les évaluations des pratiques professionnelles.....

La CDS 1 dit « *l'approche qualité* » et « *le travail avec les qualitatifs qui est assez étroit quand même* ».

D'ailleurs, Chantal de SINGLY, Directrice de l'Institut du Management de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, nous précise que chaque service a, *a priori*, la responsabilité complète de sa qualité. Le management de la qualité est donc une activité support cherchant à donner aux services la capacité de standardisation, mutualisation, et réutilisation des ressources nécessaires pour assurer les synergies (ou flexibilité) et efficacité pour atteindre la stratégie d'entreprise attendue. La mise en œuvre du système de management de la qualité est donc ici le processus support de la qualité de l'entreprise. Lorsque Chantal de SINGLY dit que chaque

service a à priori la responsabilité de la qualité dans son service, elle parle du cadre de santé responsable de l'unité de soins où il exerce.

Quant à la CDS 3 elle exprime « *qui dit qualité (...) quand on prend une démarche qualité justement on fait un (...) une analyse des moyens qu'ils soient autant financiers, techniques (...) matériels, informatiques mais humains aussi parce qu'on a quand même un métier d'humains* ». La notion d'humain apparaît dans cet entretien, le CDS émet une réserve sur la qualité à outrance. En effet, il ne faut pas omettre l'aspect humain que ce soit pour les professionnels de santé que pour les patients et leur entourage. D'ailleurs dans la nouvelle version de certification V 2014 de l'HAS les cadres de santé sont eux aussi évalués sur le management qu'ils utilisent sur le terrain. En outre Walter HESBEEN évoque que « *Ces démarches conduisent sans aucun doute à prodiguer des soins de qualité techniques et scientifiques de plus en plus élevés en termes de pertinence et de sécurité, cependant le gain majeur de la qualité reste l'attention particulière portée à la personne* ». ¹⁷⁴

Au final, nous pouvons dire que d'après les propos recueillis chez les cadres de santé et en lien avec la littérature, le management par la qualité est un management qui n'est pas exclusif. Néanmoins, il est mis en place en collaboration avec la cellule qualité institutionnelle afin d'être le plus performant possible.

4. La proximité du cadre de santé

Tout d'abord nous retrouvons auprès de quatre cadres sur cinq la notion de proximité. En effet, la CDS 1 nous parle de : « *Je suis un cadre de santé de terrain (...), proche des professionnels* »

Le CDS 3 nous dit « *il doit être sur le terrain, il doit être en effet au plus près et aussi un moment donné servir de repère et aussi (...) Et aussi laisser de la distance* »

Ensuite, Le CDS 4 verbalise « *Et bien en étant présent sur le terrain* ».

Enfin, La CDS 5 exprime « *(...) de proximité (...) c'est-à-dire être auprès des équipes pour expliquer l'objectif de la démarche (...)* »

Ces propos sont en adéquation avec la littérature de Walter HESBEEN qui exprime que le cadre de proximité a pour fonction « *d'organiser et d'accompagner la relation singulière des*

¹⁷⁴ W. HESBEEN, Ambiance professionnelle implication personnelle et qualité du service, Perspective soignante n°30, décembre 2007

soins au même des pratiques quotidiennes »¹⁷⁵. Pour lui, les équipes soignantes ont besoin d'être encadrées en vue d'être accompagnées, soutenues et parfois contenues « *là se situe la fonction d'un cadre entretenant avec les différents professionnels, une relation de proximité* »¹⁷⁶.

Kenneth BLANCHARD nous propose une vision d'un management de proximité qui impose une présence quasi permanente du cadre de santé avec l'équipe, le cadre vit l'instant présent. Cette approche, bien que très intéressante, semble toutefois comporter des limites, notamment avec une présence physique constante, contraignant le cadre à être détaché de ses autres missions pour être en permanence aux côtés de l'équipe.

Pour toutes ces raisons, je rejoins les propos de ces deux auteurs. Le cadre de santé a pour mission d'accompagner les équipes qu'il a sous sa responsabilité. Cependant, il est important pour le cadre de santé de trouver la juste distance sans pour autant être présent en permanence ce qui ferait défaut à l'autonomie visée par tout manager.

d) L'équipe et les patients

Nous analyserons dans cette partie, les entretiens réalisés auprès des cadres de santé par la question 5 « *Quel accompagnement privilégiez-vous afin d'améliorer les évaluations de pratiques professionnelles et les certifications ?* » de plus, j'effectuerai une analyse croisée des entretiens auprès des infirmiers par la question 5 « *selon vous qu'apporte l'accompagnement du cadre de santé en période de certification* ».

L'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence un sous-thème :

- L'accompagnement des professionnels de santé

Nous débuterons par une analyse fréquentielle puis par une analyse qualitative.

¹⁷⁵ Walter HESBEEN « cadre de proximité : un métier au cœur du soin, Edition Elsevier Masson, 2011, P 95

¹⁷⁶ Ibidem, P 3 et P 121

- **Analyse fréquentielle :**

L'équipe et les patients	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	Totaux
L'accompagnement des professionnels de santé	X	X	X	X	X	5

L'équipe et les patients	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	Totaux
L'accompagnement des professionnels de santé	X	X	X	X	X	5

Tableau 7: Analyse fréquentielle du sous-thème relatif au thème d'équipe

- **Analyse quantitative :**

L'accompagnement des professionnels de santé en période de certification est évoqué par tous les cadres de santé et tous les infirmiers.

En effet, la CDS 1 évoque qu'elle utilise un accompagnement plutôt de type individuel « *c'est indispensable de faire un accompagnement individuel, pour pouvoir arriver à un objectif collectif commun.*

L'objectif collectif va être par exemple : d'arriver à l'objectif de la démarche qualité, d'arriver à la validation de l'indicateur, d'arriver à la conformité du critère d'évaluation, de la démarche qualité. Pour arriver à ça il faut faire un accompagnement individuel mais aussi un accompagnement d'équipe. Sans dynamique d'équipe on n'y arrive pas. »

De plus, la CDS 1 dit « *il faut faire un accompagnement individuel mais aussi un accompagnement d'équipe. Sans dynamique d'équipe on n'y arrive pas. Pour moi c'est*

indispensable de créer une dynamique d'équipe, l'équipe est composée d'individus aux compétences différentes, aux personnalités différentes. Et c'est cette association de différences qui fait une cohésion d'équipe. La cohésion d'équipe indispensable, si on a une équipe en cohésion on arrivera à travailler efficacement et s'améliorer, et arriver à former des projets pour évoluer les pratiques ».

La CDS 2 déclare : *« c'est un accompagnement individuel avec une visée collective pour améliorer les pratiques professionnelles et la qualité des soins. »*

Quant à la CDS 3, elle verbalise la notion de distance avec l'équipe *« L'accompagnement, il peut être (...) d'appui, de support forcément. Et on peut être aussi un accompagnement, je dirai à distance aussi parce que c'est important que les personnes s'approprient les outils. »*

De surcroît, la CDS 3 évoque la notion de pluridisciplinarité et de multidisciplinarité *« Un groupe pluridisciplinarité ou multidisciplinarité comme on parle maintenant ».* Enfin la CDS 3 nous parle de contexte *« Cet accompagnement, cette mise en place (...) c'est très contextuel aussi forcément. »*

Tandis que le CDS 4 exprime la verbalisation, l'information, la relation *« en dédramatisant aussi cette certification (...), Que j'avais confiance en eux (...), je les ai rassuré parce que et bien l'équipe a besoin aussi de réassurance (...) Réassurance dans leurs connaissances, dans leurs compétences »*

Enfin la CDS 5 dit *« Je dirai un accompagnement (...), de proximité si je puis dire, c'est-à-dire être auprès des équipes pour expliquer l'objectif de la démarche (...), qu'ils y trouvent du sens pour pouvoir les impliquer (...), de mettre en place un accompagnement pour montrer que l'évaluation (...), elle est positive pour améliorer les pratiques, pour la qualité du soin auprès du patient, pour garantir vraiment la qualité à tout prix. Voilà, qualité optimale. »*

On s'aperçoit dans cette analyse que tous les cadres de santé accompagnent leur équipe. Cependant chacun a une vision spécifique de son accompagnement. Il peut être à la fois relationnel, physiquement présent, d'ordre organisationnel Le but de cet accompagnement étant le garantir une qualité et une sécurité des soins au patient.

La notion d'équipe évoquée par les cadres de santé est en lien avec la définition de Grégory AIGUIER *« Dans le domaine des soins, une équipe désigne un ensemble de personnes*

travaillant ensemble, liées par des interrelations, conscientes d'une appartenance au groupe et poursuivant un but commun »¹⁷⁷

De ce fait, cela explique que certains cadres utilisent un accompagnement dit « individuel » avec une visée « collective ».

Au final, le cadre de santé, manager, va s'attacher à prendre soin de cette équipe, recherchant un équilibre entre sa performance et son bien-être. Interface entre la direction et celle-ci, c'est au travers d'une communication de qualité et d'une relation saine qu'il obtiendra cet équilibre. Le cadre ne doit jamais perdre ses valeurs humaines et ses valeurs de soignants pour que lui aussi « soigne » ceux qui soignent les autres.

En ce qui concerne les infirmiers, l'IDE 1 affirme que l'accompagnement « *Le cadre, c'est aussi le référent de proximité qui peut nous aider à avoir les informations, (...), il peut nous aiguiller(...) un échange permanent avec le cadre de proximité.* ».

L'IDE 2 évoque « *la cadre permet de nous mettre en confiance en nous expliquant bien qu'il s'agit de notre pratique de tous les jours et qu'on est juste observé mais le travail reste le même. Elle nous guide, elle est très présente et disponible* ». Nous constatons bien que la notion de proximité, de disponibilité est clairement évoquée par l'infirmier. De plus, elle nous dit « *elle est très présente avec nous pour répondre à nos questions, (...), on a un peu peur, on se pose beaucoup de questions. Donc elle nous accompagne* ». Ces dires rejoignent des faits notés en constat du travail de recherche en mentionnant que les équipes sont stressées lors des certifications. Ils sont renforcés par les propos de l'IDE 5 qui parle de stress.

M. PAUL attribue trois synonymes au verbe « accompagner » : « *escorter, guider et conduire* »¹⁷⁸.

L'IDE 3 dit « *C'est un référent (...), d'avoir un cadre sur lequel on sait qu'on peut s'appuyer et qu'il va prendre notre demande en considération et qui va aller jusqu'au bout de ce qu'il pourra faire. Je pense que pour une équipe c'est une richesse extraordinaire. Le sentiment d'un accompagnement et pas d'un jugement, on est dans l'empathie* ». Les notions de confiance et de référence sont expliquées, elles renvoient aux propos de Carl ROGERS « *il lui revient de se*

¹⁷⁷ AIGUIER G, selon Roger MUCCHIELLI, « le travail d'équipe », « clé pour une meilleure efficacité collective », 2013, Editeur ESF, Collection formation permanente 203 pages

¹⁷⁸ Paul, M, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004, P 67

montrer dans la relation d'accompagnement en tant qu'être réel, au sens rogérien, c'est-à-dire en tant que personne authentique, congruente et respectueuse »¹⁷⁹.

A travers les propos de l'IDE 3, la notion de référence est en adéquation avec les propos de Walter HESBEEN dans l'accompagnement de l'équipe. En effet, selon lui le cadre de proximité a pour fonction « *d'organiser et d'accompagner la relation singulière du soins au sein même des pratiques du quotidien* »¹⁸⁰

De surcroît, l'IDE 2 nous parle de rôle de conseil du cadre « *Quand on a un conseil à demander et bien on s'adresse au cadre* ».

L'IDE 4 stipule que le cadre a un rôle d'accompagnateur rassurant et de communiquant « *nous a bien rassuré et ça nous a guidé sur les choses à mettre en place (...), de communication* ».

Enfin l'IDE 5 assure que le cadre accompagne pour « *diminuer le stress car je pense que l'équipe est stressée ; les infirmières et les aides-soignantes sont très prises à la gorge* ».

Nous pouvons en conclure qu'il n'y a pas d'accompagnement « type » des équipes, du reste M. PAUL nous évoque « *la richesse posturale de l'accompagnement qui doit être approprié non seulement selon les circonstances mais aussi en fonction de ce qui se joue dans l'interaction* »¹⁸¹, de surcroît, toujours selon Martine BEAUVAIS, accompagner suppose avoir une certaine conception de l'homme en tant que sujet « *responsable, autonome et projectif* »¹⁸²
« *Il n'y a pas d'accompagnement sans projet* »¹⁸³

Par ailleurs, M. PAUL, évoque les contradictions de l'accompagnement : « *l'accompagnement n'est pas épargné par les paradoxes entre laisser libre l'autre et lui imposer quelques contraintes,* »¹⁸⁴

En conséquence, M. PAUL, évoque que le rôle du cadre de santé dans ses prérogatives de garant de la qualité et de la sécurité des soins s'affranchissent de l'accompagnement à réaliser auprès des soignants qu'il manage. Toute personne souhaitant accompagner doit rencontrer l'autre : « *accompagner c'est être une personne –ressource, ici et maintenant, et ce « être avec » fera*

¹⁷⁹ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilité » Laboratoire trigone, CUEPP, Lille 1, 2006

¹⁸⁰ Walter HESBEEN « cadre de proximité : un métier au cœur du soin, Edition Elsevier Masson, 2011, P 95

¹⁸¹ ibidem

¹⁸² ibidem

¹⁸³ BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilités », Laboratoire trigone, CUEPP, Lille1

¹⁸⁴ ibidem

que le chemin se trace, que des buts nouveaux apparaissent, que des effets naissent – largement imprévus »¹⁸⁵ selon Michel VIAL.

Je pense qu'accompagner s'est avant tout communiquer, lier une relation, favoriser l'autonomie, laisser du temps. M.PAUL explique clairement le fait de ne pas s'enfermer dans une relation de proximité qui serait liée à un registre particulier de l'accompagnement.

Pour toutes ces raisons je rejoins le point de vue de Dominique TISSIER qui invite lui aussi à ne pas se focaliser sur un mode de management.

e) Autre piste

L'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence un dernier thème intitulé : Autres pistes et un sous-thème : la communication et l'écoute. Ce thème est présent chez les cadres de santé ainsi que chez les infirmiers.

- **Analyse fréquentielle :**

Autre piste	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	Totaux
Communication et écoute	X		X	X		3

Autres pistes	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	Totaux
Communication et écoute		X	X	X	X	4

Tableau 8: Analyse fréquentielle des sous-thèmes relatifs au thème Autres pistes

- **Analyse quantitative :**

¹⁸⁵ VIAL, M, MENCACCI, N, « l'accompagnement professionnel », méthodes à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative, Paris, Edition De Boeck, 2007,

1. La communication et l'écoute :

Trois cadres de santé sur cinq nous évoquent au cours des entretiens le mot communication, écoute ou tout autre synonyme s'y rapprochant. La communication occupe une place prépondérante dans la relation du cadre avec l'équipe de soins. En effet, nous retrouvons la notion d'échanges verbaux dans la quasi-totalité des entretiens.

Tout d'abord le CDS 1 dit « *La relation individuelle est primordiale dans une équipe le cadre de santé doit connaître chaque membre de son équipe. Etablir une relation de confiance avec chaque membre de l'équipe* »

Ensuite le CDS 3 évoque que « *reste... de l'échange* », on est l'intermédiaire, on peut être le traducteur, pour les équipes en terme de certification » « *Donc ça fait appel à de la communication, de la régulation... de la collaboration... de la traduction, parce que ce n'est pas toujours évident non plus...selon les termes employés, utilisés.* »

Enfin le CDS 4 « *C'est en leur posant des questions par rapport à leurs questionnements (...), je les ai informé (...), les explications* », *des réunions toutes les semaines*

D'ailleurs l'IDE 2 mentionne « *Si elle voit que quelque chose nous tracasse ou que quelque chose ne va pas, tout de suite, elle vient vers nous et nous demande à clarifier les choses* »

Puis, IDE 3 dit : « *on débrieife en équipe donc j'ai l'impression que ça euh. C'est des choses qui se font bien... qui se font régulièrement dans le service, on arrive à se parler. Je pense que ça, on n'est pas trop en difficulté à ce niveau-là, après c'est plus sur de la technicité que... on va être gêné par ça mais c'est peut-être aussi parce qu'on axe beaucoup sur le relationnel...*

De plus, l'IDE 4 raconte : « *Qu'on puisse prendre le temps d'en discuter en équipe et avec la cadre.* », « *plus de réunions d'équipe, à formaliser, régulièrement pour pouvoir échanger, pour pouvoir mener des pistes d'amélioration, pour pouvoir discuter de ce qui est à améliorer ou ce qui va bien* »

Enfin l'IDE 5 verbalise « *je pense que le cadre doit mettre en place une écoute active de ses professionnels,* »

Carl Rogers affirme que pour établir une communication adéquate avec l'équipe soignante, il faut que le cadre développe des compétences communicationnelles indispensables afin de favoriser le libre-échange.

Pour terminer l'analyse, nous aborderons la dernière question seule chez les infirmiers, je n'ai pas croisé cette donnée car je ne pouvais faire de parallèle avec aucune autre question du guide : La question 6 « *que doit mettre en place le cadre de santé pour favoriser les EPP et la démarche continue comme amélioration des pratiques professionnelles* ».

- **Analyse fréquentielle :**

Favoriser EPP par amélioration des pratiques	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	Totaux
Audit	x	x				2
Formation professionnelle	x	x				2
Réunion d'équipe		x		x	x	3

Tableau 9: Analyse fréquentielle des sous-thèmes relatifs au thème Evaluation des pratiques professionnelles

- **Analyse quantitative :**

Tout d'abord, on s'aperçoit que deux infirmiers sur cinq évoque le sous thème audit et formation professionnelle et que trois infirmiers sur cinq mentionnent le sous-thème réunion d'équipe. Selon l'IDE 1 « *Il peut faire des petits audits(...), La formation continue* »

Pour l'IDE 2 spécifie : « *En pratique, par l'évaluation des pratiques professionnelles en continu tout au long de l'année au sein du service, par les audits cliniques, par les formations professionnelles que nous avons tout au long de l'année avec nos groupes institutionnels. Au sein aussi des réunions de service où on nous explique les choses, où on restitue les travaux de certains groupes à d'autres groupes.* »

L'IDE 4 émet : « *pour en discuter en équipe, pour pouvoir (...) et bien réfléchir à ce que l'on peut mettre en place tous ensemble pour dire qu'on soit tous sur la même (...) longueur d'onde, pour qu'on soit tous sur les même choses, sur ce qu'on vise en équipe, (...), Donc qu'on puisse prendre le temps d'en discuter en équipe, (...), plus de réunions d'équipe, à formaliser,*

régulièrement pour pouvoir échanger, pour pouvoir mener des pistes d'amélioration, pour pouvoir discuter de ce qui est à améliorer »

l' IDE 5 explique : « mettre en place des petits groupes de travail, des binômes, sur certaines thématiques pour être moteur dans le service et améliorer les pratiques. Donc mobiliser l'équipe de façon pratique au pratique dans le but de l'amélioration. »

L'analyse des résultats à cette question nous offre un éventail d'outil et de moyen, que le cadre de santé peut mettre en place au sein d'unités de soins. En effet, les professionnels de santé nous évoquent leurs besoins en terme d'outil et de formation professionnelle. Deux professionnels de santé sur cinq sont en demande de formation afin de progresser dans leurs pratiques et dans leurs connaissances. Le cadre de santé a la possibilité de varier les outils et les modes de communication afin de favoriser la mise en place d'évaluations de pratiques professionnelles et la démarche continue pour entrainer une amélioration des pratiques professionnelles. Les réunions d'équipes sont proposées par trois infirmiers comme étant un moyen favorisant à la mise en place d'EPP. De plus, les groupes de travail sont évoqués afin de faciliter la communication et l'implication de tous.

XII. VERIFICATION DES HYPOTHESES

Cette étape du travail de recherche doit permettre de valider partiellement, complètement ou invalider les hypothèses de travail.

Nous allons donc reprendre chaque hypothèse et vérifier la validation ou non.

Hypothèse 1 :

Le cadre de santé favorise l'adhésion de l'équipe à l'évaluation des pratiques professionnelles par le management situationnel.

Tout d'abord, les propos recueillis lors des entretiens auprès des cadres confirment que le management situationnel est le management utilisé en majorité, en fonction du contexte, des individus et des besoins.

Le cadre de santé va ajuster son management en fonction de l'équipe afin de proposer des outils tels que les évaluations de pratiques professionnelles, dont le but est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux personnes soignées. Comme le disait D'ailleurs, W. HESBEEN ces démarches conduisent sans aucun doute à prodiguer des soins de qualité techniques et scientifiques de plus en plus élevés en termes de pertinence et de sécurité « *Cependant le gain majeur de la qualité reste l'attention particulière portée à la personne* ». ¹⁸⁶

En effet, ne perdons pas de vue que la qualité n'a d'intérêt que si le patient est au cœur de toutes les préoccupations.

Suite à l'analyse des propos recueillis lors des entretiens des cadres de santé et des infirmiers, nous constatons que le management situationnel favorise l'adhésion de l'équipe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le cadre de santé propose un accompagnement auprès des équipes afin de favoriser l'adhésion de l'équipe à l'évaluation des pratiques professionnelles. Il n'y a pas d'accompagnement « type », il se construit auprès des équipes en fonction des contextes et circonstances. Pour ce faire le cadre de santé doit trouver sa juste place afin d'accompagner professionnellement son équipe dans ce qu'elle vit, de la soutenir mais aussi de savoir se positionner et prendre les décisions adaptées aux situations. Du reste M. PAUL nous évoque « *la richesse posturale de l'accompagnement qui doit être approprié non seulement selon les circonstances mais aussi en fonction de ce qui se joue dans l'interaction* » ¹⁸⁷

Ensuite, l'analyse des entretiens s'est montrée en adéquation avec les propos recueillis auprès des infirmiers interviewés et des propos des auteurs tels que Dominique TISSIER et Walter HESBEEN.

En effet, selon ces deux auteurs la relation du cadre de santé avec son équipe ne doit pas avoir pour effet de négliger l'autonomie des professionnels.

De plus, le cadre de santé permet à l'équipe d'adhérer aux évaluations pratiques professionnelles en créant un environnement capacitant.

Le cadre de santé a pour mission de fédérer l'équipe aux projets, nous constatons que le management situationnel et la communication employés par le cadre de santé en période de

¹⁸⁶ W. HESBEEN, *Ambiance professionnelle implication personnelle et qualité du service, Perspective soignante* n°30, décembre 2007

¹⁸⁷ ibidem

certification est alors primordiale dont le but est permettre à l'équipe de vivre l'évaluation comme démarche d'amélioration continue de la qualité.

Dans l'analyse des entretiens des infirmiers, le rôle des managers est figure de personne ressource, de guide, de référent, de support, de confiance, de réassurance,... Toutes ces valeurs énoncées par les collaborateurs témoignent de l'importance de la relation entre cadre et professionnels dans la démarche d'amélioration continue mais également dans le management situationnel du quotidien.

La prise en compte du nombre de personnes interviewées, de la diversité des structures et des propos recueillis dans notre travail de recherche semble dire que le cadre de santé favorise l'adhésion de l'équipe à évaluation des pratiques professionnelles par le management situationnel combiné à un management communicatif.

La première hypothèse est donc validée du moins dans les limites du travail réalisé.

Hypothèse 2 :

La dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles contribue à une culture positive de l'évaluation

Suite à l'analyse des propos recueillis dans les entretiens des cadres de santé et des infirmiers. Nous constatons que l'évaluation a une connotation négative dans la pratique quotidienne des professionnels. Cependant, le travail quotidien les cadres de santé est d'instaurer une dynamique d'amélioration continue favorisant une culture positive de l'évaluation. Cette dernière est omniprésente, à tous les niveaux, et depuis l'enfance. Aucune pratique sociale et aucun acteur ne semblent pouvoir se soustraire à l'évaluation. Ainsi, nous vivons une période qui connaît un essor et une montée en puissance du phénomène d'évaluation à tous les niveaux de la société (entreprise, enseignement, recherche, santé, action politique..).

Selon Charles Hadji, l'évaluation est « *l'acte par lequel on formule un jugement de valeur portant sur un objet déterminé (individu, situation, action, projet* ».

Michel Vial et Odile Tuilier précise que la certification des établissements de santé était un projet de recherche, « *au sens d'une quête de la qualité, dans une dynamique de changement, à côté de la formation et de la recherche : une procédure externe d'évaluation visant à amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* ». ¹⁸⁸

La certification est un projet de « recherche » de la qualité, dans une dynamique de changement, à côté de la formation et de la recherche : une procédure externe d'évaluation visant à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'HAS a pour mission : « *favoriser ... le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles* » ¹⁸⁹

Il s'agissait de mettre en place des démarches locales d'autoévaluation, de potentialiser et de mobiliser les expériences. Le but était de promouvoir le développement de professionnels, dynamiques capables de porter des projets.

Les cadres de santé prennent conscience de l'intérêt de la démarche évaluative et de la communication. Or le problème des moyens pour évaluer est non seulement une question de temps, mais aussi une redéfinition de la pratique de ces acteurs, pour aller vers l'idée que « *l'activité de rendre compte fait partie intégrante de ce qu'ils doivent faire* » ¹⁹⁰

Rendre compte dans le contrôle mais aussi délibérer, dialoguer et de réorienter dans la logique de l'évaluation.

C Hadji définit le contrôle comme « *une opération de vérification qui atteste de la conformité d'une situation à une norme préexistante* » ¹⁹¹.

L'intention de l'évaluateur en adoptant une posture de contrôle est de mesurer le résultat obtenu par rapport à des normes.

¹⁸⁸ THUILLIER, O, VIAL, M, « l'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital » Edition Lamarre, Paris, 2003, P 64

¹⁸⁹ www.has-sante.fr

¹⁹⁰ Thuilier, O Vial, M, « évaluation au quotidien des cadres de santé à hôpital » Paris, Edition Lamarre, P 65

¹⁹¹ Hadji C, « l'évaluation les règles du jeu, des intentions aux outils », Paris, ESF 1989, p 185

Jacques ARDONIO et Guy BERGER distinguent l'évaluation du contrôle, effectivement, pour ces auteurs, le contrôle et l'évaluation sont deux concepts différents.

Ensuite, l'analyse des entretiens nous montre que pour favoriser une dynamique positive de l'évaluation, l'accompagnement du cadre de santé est de proximité, à l'écoute et en passant par un management situationnel. En effet, le cadre de santé comme nous le montre le témoignage d'une CDS « les *représentations du mot « évaluation » qui a quand même une connotation négative auprès des professionnels. Donc c'est à nous, en tant que cadre de santé, (...) Et bien justement de mettre en place un accompagnement pour montrer que l'évaluation(...) elle est positive pour améliorer les pratiques, pour la qualité du soin auprès du patient, pour garantir vraiment la qualité* ».

De ce fait, il est apparu nécessaire que les cadres de santé proposent un accompagnement de proximité avec des outils diversifiés pour favoriser la dynamique positive de l'évaluation. La posture du cadre de santé doit être identifiée dès le début de la démarche évaluative, elle permettra ainsi, aux professionnels de donner du sens à l'évaluation. De plus, le rôle de communication du cadre de santé est primordial afin de dédramatiser et explique la signification du terme évaluation comme la compréhension du terme et les attentes sont importants. En effet, comme le souligne MINTZBERG sur le plan de l'information : « *le cadre communique et contrôle* »¹⁹² et sur le rôle de communication : le cadre est au cœur de l'information de par sa fonction, il observe, écoute et négocie...

Au regard des entretiens réalisés à travers ce travail de recherche, il apparaît que la dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles ne contribue pas à elle seule une culture positive de l'évaluation. En effet, un accompagnement et une communication du cadre de santé sont nécessaires.

La seconde hypothèse de recherche est donc partiellement validée, dans les limites du travail réalisé.

¹⁹² MINTZBERG, Henry, *Manager, ce que font vraiment les managers*, 2011, Edition Paris Vuibert, P 65

XIII. REGARD CRITIQUE DU TRAVAIL DE RECHERCHE

Avant tout, la méthodologie hypothético-déductive utilisée pour ce travail de recherche m'a permis de réaliser un travail sérieux de recherche basé sur le rôle du cadre de santé dans l'amélioration continue des pratiques professionnelles. J'ai appris à chercher, vérifier, confronter des informations. Choses que je n'avais pas encore eu l'occasion de faire dans mon quotidien de soignante.

J'ai pu élargir mes connaissances et mieux comprendre le rôle du cadre de santé dans le secteur de l'amélioration continue des professionnels qu'il a sous sa responsabilité. En effet, les échanges avec les différents professionnels de santé ont été riches d'intérêt.

Ce travail de recherche m'a permis de prendre du recul par rapport à ma problématique de départ. J'ai cheminé tout au long de ce travail en me remettant en question, en cherchant, en écoutant. Aussi, les échanges avec le directeur de mémoire, la tutrice de mémoire, la cadre pédagogique et mes collègues ont été source de réflexion, de partage, d'enrichissement et de motivation.

J'ai traversé des moments de doute, cependant ils ont été essentiels, renforcés par les échanges avec les professionnels. Le cheminement s'est réalisé au fur et à mesure.

Aujourd'hui, j'ai pris conscience de l'intérêt de la démarche continue dans les secteurs de soins, mais également de l'intérêt d'un accompagnement de proximité du cadre de santé.

Ensuite, je souhaite être une cadre présente et à l'écoute de son équipe. De plus, je souhaite favoriser les démarches d'amélioration continue par la mise en place d'évaluation de pratiques professionnelles au sein de l'unité où j'exercerais afin d'offrir et de garantir des soins de qualité aux personnes soignées. En effet, j'ai pleinement conscience des responsabilités qui m'incombent et de ce fait, je souhaite manager une équipe soignante qui développe ses connaissances et ses compétences au profit du patient.

Cette riche expérience va me permettre d'évoluer et de continuer mon questionnement professionnel.

Néanmoins, je réalise que le l'échantillonnage que j'ai retenu, n'est pas suffisamment conséquent pour en tirer des certitudes lors de l'analyse que j'ai réalisé. Cependant les dix entretiens ont été très riches et légitimes dans leurs données ce qui m'a permis de réaliser un travail sérieux et rigoureux.

Enfin, j'ai réalisé un guide d'entretien que j'ai testé auprès d'une infirmière et d'un cadre de santé. Je n'ai pas modifié les questions. Néanmoins, après la réalisation de tous les entretiens je me suis aperçue que j'aurai dû inverser la question 5 avec la question 6 du guide infirmier. C'est-à-dire demander en premier lieu « *que doit mettre en place la cadre pour favoriser les EPP et la démarche continue comme amélioration des pratiques ?* » puis en second lieu demander par la question 6 « *selon vous qu'apporte l'accompagnement du cadre en période de certification ?* ». Dans l'analyse, je me suis aperçue que la première question influence la réponse des infirmiers. En effet, je sous-entends que le cadre de santé met en place quelque chose.

De plus, il aurait été judicieux d'interviewer une qualitiennne ou ingénieur qualité dans les structures de santé où j'ai réalisé les entretiens. Il aurait été intéressant de confronter le regard du qualiticien aux résultats des soignants.

Pour terminer ce regard critique sur le travail de recherche, j'ai pris plaisir à trier, classer, noter, prioriser, m'organiser, entreprendre plusieurs choses en même temps. Cependant, j'ai également appris à gérer ma frustration car en fonction des lectures et des auteurs, j'ai dû laisser

sur la route certains éléments, car en fonction du temps imparti, je ne pouvais pas tout traiter. De surcroît, je me suis rendue compte que ce travail de recherche nécessite de réelles compétences afin de proposer une analyse correcte et objective.

Pour tendre vers cette objectivité, je me suis appuyée en particulier sur les auteurs : Walter HESBEEN, M. PAUL, MINTZBERG, VIAL, LE BOTERF, CHANTAL DE SINGLY, PAULE BOURRET,et encore bien d'autres.

Je terminerai en citant **Honoré de BALZAC** :

« J'ai accompli de délicieux voyages embarqué sur un mot »

XIV. PROJECTION PROFESSIONNELLE

Tout d'abord, ma projection professionnelle s'est développée tout au long de cette année mais aussi à travers mon parcours professionnel, la diversité de mon exercice professionnel d'infirmière en réanimation, en soins intensifs, en service d'hospitalisation continue et surtout à l'occasion de mon expérience d'infirmière faisant fonction cadre de santé.

Ces différentes expériences m'ont permis de développer des capacités d'adaptation nécessaires à la fonction de cadre de santé.

Infirmière diplômée depuis 18 ans, ma priorité à toujours était la prise en charge efficiente du patient.

En effet, je suis soucieuse de la qualité et de la sécurité des soins au quotidien, qui pour moi représente l'une des missions essentielles du cadre de santé.

C'est pourquoi, j'ai souhaité réaliser le mémoire de recherche sur la thématique du rôle du cadre de santé dans l'amélioration continue des pratiques professionnelles. En effet, par mon expérience de faisant fonction cadre de santé j'ai participé activement à la certification de l'établissement où j'exerce. La qualité est plus précisément l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que la démarche d'amélioration continue sont des éléments forts dans

ma pratique quotidienne. Aujourd'hui la démarche qualité prend de plus en plus de place et nous sommes dans une époque où l'évaluation est omniprésente. De ce fait, le rôle du cadre de santé a toute sa place dans les unités de soins afin d'accompagner l'équipe soignante pour répondre aux critères d'évaluation mais essentiellement, pour assurer des soins de qualité et de sécurité. Le patient est au cœur de toutes nos attentions.

De plus, le travail en équipe est une valeur très importante. En effet, ce travail permet d'augmenter le potentiel professionnel de chacun, de s'appuyer sur les compétences et capacités spécifiques de chaque membre de l'équipe au profit du patient. D'ailleurs, la coopération au travail est basée sur un effort partagé qui nécessite des solutions gagnantes/gagnantes pour tous.

Concrètement, comme étudié dans le cadre conceptuel du travail de recherche, le management situationnel fédère l'équipe autour des projets, facilite l'appropriation de l'équipe et génère une motivation bénéfique pour tous.

A travers le partage des informations, la démarche qualité et le processus d'évaluation, je souhaite développer une collaboration étroite avec l'équipe médicale, paramédicale et d'encadrement supérieur.

L'animation et la communication au sein d'une équipe sont capitales.

Ces deux qualités sont très importantes. J'ai constaté lors des entretiens auprès des professionnels que ces deux notions sont sollicitées en permanence. Les informations que nous véhiculons sont centrées sur la relation. Je m'aperçois que la notion des facteurs relationnels et la possibilité de créer une véritable interaction entre les participants sont des valeurs essentielles. Toute situation de communication n'a de sens qu'à partir du moment où s'engage un processus d'influence réciproque concrétisé par la possibilité d'un feed-back. L'information et le contenu se complètent.

Ensuite, concernant le parcours de formation en partenariat avec l'université catholique et institut de formation des cadres de santé, m'a permis d'accroître mes savoirs théoriques et expérientiels. La formation universitaire m'a apporté une riche expérience humaine et professionnelle.

J'ai eu la chance de faire des rencontres exceptionnelles qui auront forcément un retentissement sur ma pratique managériale. Les enseignements lors des stages et ce travail de recherche m'ont permis de prendre du recul sur ma future fonction. De plus, les échanges constructifs au sein de la promotion et avec les cadres pédagogiques m'ont permis de me construire une identité professionnelle en respect avec mes valeurs humaines.

Cette année a permis une prise de recul conséquente qui sera d'autant plus bénéfique pour mes années d'exercice à venir.

Du reste, j'ai pu mener une réflexion sur mon exercice antérieur de la profession de cadre de santé. De surcroît, cette prise de recul physique mais aussi intellectuelle est profitable pour une remise en question passant par de l'introspection.

Ce travail de recherche m'a permis de pousser ma réflexion et de développer les capacités cognitives et réflexives.

Enfin, cette année de formation a été très bien organisée.

Je sais que je réintégrerai le service d'hospitalisation continue de gastro-entérologie. Lors de ma prise de fonction, je prendrai le temps de connaître les organisations et le fonctionnement du service qui ont évolué depuis un an.

Je continuerai à développer l'aspect relationnel avec l'équipe à travers l'échange, l'écoute et la communication. Aussi, je pense que le meilleur levier de motivation et d'implication au travail reste la reconnaissance et le sens donné aux activités. La disponibilité du manager reste essentielle, afin de renforcer l'esprit d'équipe et de permettre un échange constructif et authentique.

Pour ce faire, les capacités pédagogiques et d'accompagnement au quotidien sont primordiales. Cela s'applique aux professionnels, à travers le développement continu des compétences, aux étudiants à travers l'acquisition des fondamentaux de la profession.

Au même titre « **du prendre soin du patient** », je suis persuadée que le manager qui « **prend soin de son équipe** », construit une équipe qui « **soigne mieux** ».

C'est pourquoi, l'un de mes rôles sera de favoriser les conditions optimales au développement de la qualité et la sécurité des soins prodigués au patient.

Toutefois, je dois rester lucide et pragmatique et ne pas tomber dans l'angélisme de la fonction managériale : la gestion des plannings, l'absentéisme, les occupations de routines feront partie de mon quotidien, j'en ai tout à fait conscience.

Ainsi, il n'y a pas de définition d'un bon manager, l'enjeu pour le cadre s'est d'adopter la posture que la situation impose et d'être conscient de cette posture.

Par ailleurs, j'espère continuer à m'investir dans des missions transversales, car le cadre, au-delà, des missions managériales, au sein de son équipe, doit avoir une vision institutionnelle et assumer des responsabilités en ce sens.

Quitter mon activité professionnelle pendant une année m'a permis de prendre de la distance, j'ai hâte d'assumer mes nouvelles responsabilités, de retrouver une unité à gérer, une équipe à accompagner et des patients à prendre en charge.

Je terminerai ma projection professionnelle par cette phrase d'Antonio Machado :

« Marcheur, il n'y a pas de chemin, le chemin se fait en marchant »

CONCLUSION

La certification et les démarches d'amélioration continue de la qualité font désormais partie du paysage hospitalier français. Elles sont renforcées par la réforme du système de santé et les injonctions ministérielles.

Désormais, le patient n'est plus seulement au centre du soin en tant qu'acteur mais également en tant que consommateur, ce qui place les établissements de santé dans une démarche nécessaire de qualité et de recherche de la satisfaction du patient. D'autant que le scandale du sang contaminé au début des années 1990 a posé les premiers jalons de la sécurité lié aux soins et aux produits de santé.

Afin d'étoffer mon questionnement, je me suis immergée dans les écrits des auteurs, cette période de lecture a été pour moi à la fois un réel moment de plaisir car je me suis inspirée des recherches et des travaux d'auteurs émérites ; mais aussi, parfois, j'ai éprouvé des sentiments de doute avec une certaine anxiété de ne pas suffisamment aller au bout des choses ou inversement aller trop loin dans la réflexion au risque de m'égarer. J'ai ainsi développé le

contexte de la certification, son historique et ses objectifs. J'ai également développé le concept d'évaluation, en centrant ma recherche sur le type d'évaluation à adopter lors des démarches d'amélioration continue. Mais aussi, pour que les évaluations de pratiques professionnelles aient du sens, elles nécessitent d'être resituées dans le contexte. Il m'a paru opportun d'intégrer la notion de compétence et d'autonomie, en m'inspirant des écrits des auteurs.

Le management est un concept qui est développé, j'ai ainsi, établi que le management situationnel est un des management le plus privilégié afin de favoriser la démarche d'amélioration continue. Le rôle du cadre, étant surtout de créer les conditions favorisant la progression des compétences de ses collaborateurs ainsi que leur autonomie.

J'ai ensuite orienté ma recherche vers le concept d'accompagnement, qui est une des postures de la logique « du reste de l'évaluation ».

Pour terminer j'ai étudié le concept d'équipe, notion importante dans les établissements de santé.

J'ai cherché à travers cette étude à identifier les processus induits de la démarche qualité dans trois établissements de santé, régis par des cultures institutionnelles différentes. De plus, des entretiens et une prise de contact avec des professionnels ont été d'une grande aide et les résultats des entretiens digne d'intérêt.

Au fil de mes rencontres avec les professionnels de santé, je me suis aperçue que la place et le rôle du cadre de santé à toute sa légitimité dans la mise en place des démarches d'amélioration continue des évaluations de pratiques professionnelles. Comme le souligne la CDS 1 « *l'évaluation permet aussi de valoriser l'équipe, et dire ce que vous faites c'est bien* ».

En effet, l'évaluation peut être appréhendée comme positive afin de mettre en valeur les prises en charges et les procédures bénéfiques, efficaces et bienfaitantes pour le patient et son entourage.

Je valide partiellement les deux hypothèses de recherche :

L'hypothèse 1 :

Le cadre de santé favorise l'adhésion de l'équipe à l'évaluation des pratiques professionnelles par le management situationnel

Hypothèse 2

La dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles contribue à une culture positive de l'évaluation

J'observe que la démarche de certification induit un certain nombre de changements auprès des équipes. Le management du cadre sera alors adapté en fonction de la situation rencontrée. Les changements susceptibles d'advenir ne sont possibles qu'à partir du moment où les équipes sont parties prenantes et impliquées dans ces modifications.

Le management situationnel est à priori le management le plus approprié.

De plus, l'encadrement intermédiaire est un coordonnateur dans le pilotage de la qualité, entre le service qualité et les acteurs de terrain. Le cadre de santé est alors, un acteur-clé entre l'instance opérationnelle des unités de soins et l'instance décisionnelle du sommet hiérarchique.

Ce travail de recherche s'ouvre sur une réflexion relative à la place de la formation dans les hôpitaux en lien avec la démarche qualité. De surcroît, la nouvelle donne générationnelle modifierait-elle la perception des professionnels de santé face aux modalités d'évaluation et d'auto-évaluation observées lors de démarche d'amélioration continue ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- AIGUIER G, selon Roger MUCCHIELLI, « le travail d'équipe », « clé pour une meilleure efficacité collective », 2013, Editeur ESF, Collection formation permanente 203 pages
- ALLARD-POESI F, « le management d'équipe », Edition Dunord, Paris 2003,
- BEAUVAIS M, « des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : projet, autonomie et responsabilités », Laboratoire trigone, CUEPP, Lille1
- BEAUVAIS, M, BOUDINET, JP, DENOYEL, N, PINEAU, G, ROBIN, JY, « penser l'accompagnement adulte, ruptures, transitions, rebonds »Paris, PUF
- BERNOUX, P, « la sociologie des organisations », Evreux, Editions du Seuil, 1985, 466 pages
- BLANCHARD Kenneth et Spencer JOHNSON, « Le management minute », EYROLLES Éditions d'Organisation, 2006 (2ème édition), 116 pages

- BOIX, AM, « l'accréditation hospitalière. Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ? », Paris, Edition L'harmattan, 2003, 198 pages
- BOURRET Paule, *Les cadres de santé à l'hôpital*, 2006, Edition Séli Arslan, 284 pages.
- DRUCKER Peter Ferdinand, 'l'avenir du mangement », 1999, Edition village mondial, Paris, 224 pages
- HESBEEN Walter « cadre de proximité : un métier au cœur du soin, Edition Elsevier Masson, 2011, 155 pages
- LE BOTERF GUY, « Développer la compétence des professionnels », Éditions d'Organisation, 2002, 311 pages (4^{ème} édition).
- LE BOUEDEC G, « l'accompagnement en éducation et formation, un projet impossible ? » Paris, Edition L'Harmattan, 2001, 209 pages
- MINTZBERG Henry, « Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre », 1973, Edition d'Organisation, 212 pages.
- MINTZBERG, Henry, *Manager, ce que font vraiment les managers*, 2011, Edition Paris Vuibert, 350 pages.
- MUCCHIELLI Roger, « *La dynamique des groupes* », ESF Éditeur, 2000, nouvelle édition, 222 pages.
- MUCCHIELLI Roger, *Le travail en équipe*, 2014, Edition ESF-Entreprise, 15^{ème} édition, 203 pages.
- MUCCHIELLI Roger, *L'analyse du contenu des documents et des communications*, 2006, Edition Paris ESF, 9^{ème} Edition.
- MONCET, MC, « l'évaluation des pratiques professionnelles : la qualité des soins à construire ensemble », Edition Lamarre, 181 pages
- PAUL Maëla, « l'accompagnement, une posture professionnelle spécifique », Paris, Edition L'harmattan, 2004, 347 pages

- TISSIER Dominique, Management Situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation, 2001, Edition INSEP consulting Paris, 150 pages.
- THUILLIER Odile et VIAL Michel, l'Evaluation au quotidien des cadres de santé, Gestion des ressources humaines, Edition Lamarre, 208 pages.
- VIAL, M « l'accompagnement des professionnels », Paris Edition De Boeck, 336 pages
- VAN CAMPENHOUDT Luc, et QUIVY Raymond, Manuel de recherche en sciences Sociales, 2011, édition DUNOD, 4ème édition, Paris, 262 pages.
- ZARFIAN, P, « objectifs compétences », Paris, Editions Liaisons, 2001, 229 pages

Articles

- ARDONIO J, « logique de l'information, stratégies de la communication », Revue Pour, N°114, Pages 59-64
- BERGER G, « Mais qu'est-ce qui nous prend à évaluer », Revue Pour, N°55, mai-juin, 1977
- BOURRET Paule (Février 2007), Cadre de santé, un travail de lien invisible, Soins Cadres, N°65, p.23-p27.
- D'AMOUR Danielle, « structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les secteurs de santé de première ligne au Québec », 1997, Thèse de doctorat de médecine, GRIS, Université de Montréal
- De SINGLY Chantal Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, 11 Septembre 2009
- FAVIER Anne-Lise, objectif soins et management, « qualité et gestion des risques », N°255, avril 2017, P 35-36-37
- FONCTION CADRE : L'évaluation des pratiques professionnelles : qualité des soins à construire ensemble, 2011
- LEPESQUEUX Maryvonne, Directrice des soins, coordinatrice, CH Avranches Granvilles, Soins cadre, n°58, mai 2006,
- LEPESQUEUX, MC, Soins Cadres N° 58, mai 2006, P 46

- LESIRE, L, « le management situationnel », 2001, Signaux N° 96, P 23-26

Webographie :

- <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/les-styles-de-leadership-selon-hersey-et-blanchard-Desjardins-Entreprises>, Automne, 2011, Par Hélène COSSETTE
- BEAUVAIS M, « vers une éthique de l'accompagnement », arianesud.com
- http://www.decision-sante.com/web-tv/video/debats-professionnels/2016/09/21/les-rencontres-du-changement-lhopital-lhopital-peut-il-se-transformer-rapidement-et-durablement-_24406
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014
- <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/levaluation-des-pratiques-professionnelles-epp-vers-une-amelioration-de-la-prise-en-charge-des-patients.html>
- <http://www.infirmier.com/Cadre-de-sante-Referentiels-d.html>
- Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 11 Septembre 2009
- PELLETIER, G, « le leadership suivant la contingence des situations », espaceedoc.net, 2006
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_management_de_la_qualit%C3%A9
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Ikujiro_Nonaka

Dictionnaires :

- Le petit Larousse illustré, 2013, Editions Larousse, 1934 pages.
- Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la profession d'infirmière 2005,

Cours :

- Mr AIGUIER, IFCS IF santé, 2016/2017
- CARON, D, MASTER 1 Qualité à ILIS, 2015/2016
- Me LEGRAND MO, IFCS IF santé 2016/2017
- Mr ROUTIER, IFCS IF santé, 2016/2017

Bibliographie annexe :

- GOLAY A. LAGGER G. GIODAN A., comment motiver le patient à changer, Education du patient, Edition Maloine, 247 pages.

- MUCCHIELLI Alex, les motivations, que sais-je, 1986, PUF Collection, 124 pages.
- <http://dcg.jesf.fr/management/2014/01/10/la-spirale-des-connaissances-ikujiro-nonaka-hirotaka-takeuchi/>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

ABSTRACT

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE CONSTAT ET PROBLEMATIQUE.....	6
I. CONSTAT DU SUJET DE DEPART	7
II. IDENTIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE	8
III. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE	14
DEUXIEME PARTIE	15
ANALYSE THEORIQUE DU THEME DE RECHERCHE.....	15
IV. ANALYSE CONTEXTUELLE : La certification	16
a) Le cadre législatif de la certification	16
b) L'historique de la qualité.....	21
c) Les principes de la démarche qualité.....	24
1. L'approche processus :	24
2. L'amélioration continue :.....	25
V. L'EVALUATION	28
a) La définition	28
b) L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	30
c) La compétence.....	35
d) L'autonomie.....	36
VI. LE MANAGEMENT	43
a) Historique du management.....	43
b) Définition du management	45
c) Les différents styles de management.....	46
1. Management situationnel :	51

2.	Les différents rôles du manager	54
d)	Le management de la qualité	61
VII.	L'ACCOMPAGNEMENT	63
VIII.	L'EQUIPE	77
a)	La caractéristique d'une équipe	79
b)	Le travail d'équipe	80
c)	L'interaction du cadre de santé avec l'équipe	81
TROISIEME PARTIE :	APPROCHE EMPIRIQUE	84
IX.	LA METHODOLOGIE	84
X.	LE CHOIX DE L'OUTIL DE RECHERCHE	85
a)	La population ciblée et les sites de recherche	86
b)	Le guide d'entretien	87
c)	Grille d'entretien auprès des cadres de santé	87
d)	Grille d'entretien auprès des infirmiers	88
e)	L'analyse de contenu :	90
XI.	RESULTATS DE LA RECHERCHE	92
a)	Analyse du thème « la qualité »	93
1.	La démarche d'amélioration continue de la qualité	95
2.	La certification	96
3.	La qualité et la sécurité des soins	98
4.	Les bonnes pratiques	100
b)	L'évaluation	100
1.	Les objectifs de l'évaluation et des évaluations des pratiques professionnelles ..	101
2.	Le contrôle	103
c)	Le cadre de santé	104
1.	Les rôles et missions du cadre de santé	105
2.	Le management situationnel	105

3.	Le management par la qualité	107
4.	La proximité du cadre de santé	108
d)	L'équipe et les patients	109
e)	Autre piste.....	114
XII.	VERIFICATION DES HYPOTHESES	117
XIII.	REGARD CRITIQUE DU TRAVAIL DE RECHERCHE	122
XIV.	PROJECTION PROFESSIONNELLE.....	124
	CONCLUSION	127
	BIBLIOGRAPHIE	130
	TABLE DES MATIERES	135
	ANNEXE	138

ANNEXE