



HAL
open science

L'encadrement de proximité, vecteur du processus d'autonomisation des professionnels paramédicaux

Barbara Anquetil

► **To cite this version:**

Barbara Anquetil. L'encadrement de proximité, vecteur du processus d'autonomisation des professionnels paramédicaux. Santé publique et épidémiologie. 2021. dumas-03473150

HAL Id: dumas-03473150

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03473150>

Submitted on 9 Dec 2021

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.

Année universitaire 2020-2021

Sous le sceau de

Université de Bordeaux

Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Bordeaux

Pour l'obtention du grade de

Master mention Santé Publique Parcours « Cadre de Santé – Manager »

&

Diplôme d'Etat de Cadre de Santé

**L'ENCADREMENT DE PROXIMITÉ, VECTEUR DU PROCESSUS
D'AUTONOMISATION DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX**

Anquetil Barbara

Née le 20/05/1987, à Bordeaux, France

Réalisé sous la direction de

Monsieur Matthieu Sibé, Maître de Conférence en Sciences de Gestion, ISPED - Université
de Bordeaux



Année universitaire 2020-2021

Sous le sceau de

Université de Bordeaux

Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Bordeaux

Pour l'obtention du grade de

Master mention Santé Publique Parcours « Cadre de Santé – Manager »

&

Diplôme d'Etat de Cadre de Santé

**L'ENCADREMENT DE PROXIMITÉ, VECTEUR DU PROCESSUS
D'AUTONOMISATION DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX**

Anquetil Barbara

Née le 20/05/1987, à Bordeaux, France

Réalisé sous la direction de

Monsieur Matthieu Sibé, Maître de Conférence en Sciences de Gestion, ISPED - Université de Bordeaux

L'Université de Bordeaux et l'IFCS du CHU de Bordeaux n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Déclaration sur l'honneur contre le plagiat

Je soussignée Barbara Anquetil,

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée ;

déclare que ce mémoire est un document original, fruit d'un travail personnel ;

atteste que les citations d'auteurs apparaissent entre guillemets dans le corps du mémoire ;

certifie que je n'ai recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine ;

atteste que les sources ayant servi à élaborer mon travail de réflexion et de rédaction sont référencées de manière exhaustive et claire dans la bibliographie ou dans les références bibliographiques figurant à la fin du mémoire.

Fait à Bordeaux, le 04 mai 2021



La connaissance de l'harmonie passe par l'expérience de conflit. Objectivement un conflit n'est ni bon ni mauvais : il est seulement le contraire de l'harmonie, un pont jeté vers la créativité. Nous devons remettre en question nos idées, arrondir les angles de nos tendances négatives afin que l'esprit de lutte devienne un esprit créateur et positif.

Mitsugi SAOTOME, élève direct de Morihei UESHIBA, fondateur de l'Aïkido.

REMERCIEMENTS

Fruit d'un travail de recherche de plusieurs mois, ce mémoire est également l'aboutissement d'un projet professionnel dans lequel je me suis engagée depuis plusieurs années. C'est pourquoi je viens ici adresser mes plus chaleureux remerciements.

Tout d'abord je souhaite sincèrement remercier Monsieur Matthieu SIBÉ, mon directeur de mémoire. Il a su m'apporter une guidance fertile en réflexions, et de précieux conseils.

Je souhaite ensuite remercier l'équipe pédagogique de l'IFCS, les enseignants universitaires de l'ISPED, ainsi que l'ensemble des intervenants rencontrés durant cette année de formation pour la richesse de leurs enseignements et les nombreux échanges constructifs.

Je remercie toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant mon parcours professionnel ou bien personnel, et bien sûr tous les membres de la gaie tribu des 46 à la Crozier Dubar : malgré le distanciel, l'adaptation et la cohésion de notre équipe furent les maîtres mots de cette année de formation.

Je remercie mes parents, ma famille et mes amis, tous mes proches, qui, depuis toutes ces années, me portent (et me supportent), y compris dans mon projet professionnel.

Pour terminer, je remercie du fond du cœur mon conjoint, Fabian. Je lui exprime toute ma reconnaissance et ma gratitude pour son soutien sans faille tout au long de ce parcours.

Table des matières

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	4
I. DE LA NOTION DE PROXIMITE ...	4
A. La proximité comme dimension physique	4
1. Dans l'anthropologie	5
2. Dans la psychosociologie	6
3. Dans les sciences de l'organisation	7
4. Les effets de la proximité physique	8
B. La proximité comme caractéristique de l'encadrement managérial	9
1. Cadre de proximité : une définition claire dans l'entrepreneuriat	9
2. Cadre de proximité : une définition plus floue en santé ?	10
II. ... A L'AUTONOMISATION DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX	13
A. Des contours de l'autonomie ...	13
1. Dans les Sciences Humaines	14
2. Dans les Soins Infirmiers	15
B. ... A un processus d'autonomisation professionnelle	16
1. De l'enfant au professionnel paramédical	17
2. L'« empowerment » comme méthode de l'autonomisation	20
III. LA PROXIMITE DANS L'ENCADREMENT : VECTEUR DE L'EMPOWERMENT DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX ?	23
DEUXIEME PARTIE : CADRE EMPIRIQUE	26
I. L'OBSERVATION COMME ENQUETE	26
A. L'objet de notre enquête	26
1. Quels en sont les destinataires ?	26
2. Quelles en sont les modalités ?	27
B. Méthodologie d'analyse	31
II. RESULTATS DE L'ENQUETE	34
A. Description des enquêtés	34
1. L'échantillon d'enquêtés	34
2. Conditions de réalisation	37
B. Description des données de discours	39
1. L'encadrement de proximité	39
2. Les effets de la proximité physique du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux	48
3. L'autonomie des professionnels paramédicaux	52
4. La gestion par le cadre de santé du lien de proximité auprès de son équipe	55
5. Eléments nouveaux apparus au cours des entretiens	56
III. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	60
A. Interprétation des résultats	61
1. L'encadrement de proximité	61
2. Les effets de la proximité du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux	62
3. L'autonomie des professionnels paramédicaux	63
4. La gestion par le cadre de santé du lien de proximité auprès de son équipe	64

5.	Éléments nouveaux apparus au cours des entretiens	65
B.	Discussion des résultats	66
1.	Rappel des hypothèses	66
2.	Réponses aux hypothèses	66
3.	Limites de travail	67
4.	Perspectives de travail	67
5.	Préconisations managériales	68
CONCLUSION		70
BIBLIOGRAPHIE		71
ANNEXES		75
ANNEXE I – Fiche métier encadrant d’unités de soins		76
ANNEXE II – Guides d’entretien		79
ANNEXE III – Demande d’autorisation d’enquêter		81
ANNEXE IV – Contact cadre de sante en amont des entretiens par mail		82
ANNEXE V – Entretien remarquable		83
ANNEXE VI – Analyse inférentielle des entretiens		109
ANNEXE VII – Circulaire DH/8A/PK/CT N° 00030 (20/02/1990)		1344

INTRODUCTION

L'hôpital fait partie des organisations de taille importante, structurée dans ses modes de fonctionnement, dans ses modalités hiérarchiques. S'il a évolué sous le joug de la religion ou de la laïcité au fil des époques, se voyant être le théâtre de nombreuses réformes du système de la santé, il reste aujourd'hui au cœur des préoccupations de la société.

Dispenser des soins à la population de façon qualitative et sécuritaire tout en répondant à des contraintes budgétaires est une de ces préoccupations qui a conduit à la structuration d'un management hospitalier, notamment de proximité.

Issue du Diplôme d'Etat Infirmier, j'ai pu exercer au sein de la fonction publique hospitalière dans différentes unités de soin et dernièrement en tant que faisant fonction cadre de santé.

Situation de départ

Le point de départ de ce travail de recherche réside dans une situation vécue lors de cette dernière expérience professionnelle.

Faisant Fonction Cadre de Santé dans une unité de médecine gériatrique depuis un an, un matin je viens à m'absenter de l'unité pour participer à une réunion de pôle. L'équipe est prévenue de mon absence et de la possibilité de me joindre par téléphone.

A mon retour dans l'unité, une infirmière m'interpelle au sujet d'une organisation à avoir dans la journée pour le changement de chambre d'un patient. Elle m'explique qu'en équipe, durant la matinée, ils se sont interrogés, ont fait des propositions mais finalement n'ont pas pris de décision. Je lui rappelle qu'elle aurait pu tout à fait me joindre par téléphone pour m'exposer leurs réflexions et confirmer la prise de décisions.

Elle me répond : « On ne voulait pas vous déranger en réunion. Mais si vous aviez été dans votre bureau, bien sûr je serais venue vous voir. »

Cette réflexion de la part de l'infirmière m'interpelle. En effet, je m'aperçois qu'en fonction de ma présence ou de mon absence au sein de l'unité, l'équipe peut s'organiser différemment.

Cela fait écho à des situations similaires, lorsqu'en poste infirmier, mes collègues et moi-même cherchions le cadre de santé à plusieurs reprises dans la même journée. Ou bien, au contraire,

nous étions surpris lorsqu'il se trouvait à nos côtés. Ou encore lorsque nous souhaitions le voir à son bureau mais que, sa porte étant fermée, nous devions patienter pour obtenir une réponse. En poste de Faisant Fonction Cadre de Santé, à plusieurs reprises, j'arrivais plus tôt ou je partais plus tard que mes horaires habituels. Certains membres de l'équipe exprimaient, verbalement ou par leur comportement, leur étonnement de me voir présente dans l'unité.

Questionnement de départ

Ce changement de fonctionnement de la part de l'équipe en regard de la présence physique du cadre de santé m'amène à l'interrogation suivante : quelle influence la présence physique du cadre de santé de proximité a-t-elle sur le fonctionnement de l'équipe soignante ?

Et cela me questionne à plusieurs niveaux. Pour le cadre de santé de proximité d'une part : que signifie véritablement le terme de proximité ? Est-il synonyme de présence ? Pourquoi la présence physique du cadre modifierait-elle l'organisation du travail de l'équipe ?

Pour l'équipe soignante, d'autre part, la notion de proximité du cadre signifie-t-elle une présence physique permanente ? Est-ce que l'équipe soignante a nécessairement besoin d'une permanence physique du cadre ? La présence physique du cadre de santé correspond-elle à un soutien au fonctionnement autonome de l'équipe ? Et de ce fait, qu'en est-il pour les équipes soignantes travaillant la nuit, les week-ends ?

Enfin, au niveau de l'institution, comment maintenir une permanence physique du cadre de santé de proximité en termes de gestion des ressources humaines ?

Ou encore comment l'institution permet à la fois la réalisation d'une proximité dans la relation managériale entre cadre de santé et équipe soignante et l'implication institutionnelle du cadre de santé ?

Question de recherche

Ce questionnement de départ m'a conduit à réaliser une revue de la littérature pour cerner les contours des notions de présence et de proximité physique, pour définir ce qu'est l'encadrement de proximité et la relation managériale qui en découle, et enfin pour comprendre la notion d'autonomie des professionnels paramédicaux.

Ces recherches dans la littérature m'ont permis d'élaborer la question de recherche suivante :
En quoi la proximité physique du cadre de santé influence l'autonomie des professionnels paramédicaux ?

C'est donc dans une première partie théorique que nous allons dresser un cadre conceptuel autour de ces notions qui alimentent notre recherche. Tout d'abord, nous étudierons la notion de proximité dans sa dimension physique, puis dans sa dimension managériale qu'est l'encadrement de proximité. Ensuite, nous nous intéresserons à la notion d'autonomie au sein de l'équipe paramédicale. Nous tenterons de définir ce qu'est l'autonomie du professionnel paramédical (en nous basant sur la profession infirmière), et quels en sont les processus d'acquisition et de maintien.

Enfin, nous établirons notre propre cadre théorique en synthèse de ces deux premiers chapitres.

Dans une seconde partie empirique, nous confronterons ce cadre conceptuel à une enquête de terrain, auprès de professionnels de terrain (cadres de santé de proximité et de professionnels paramédicaux) de façon qualitative, et ce, afin d'établir un modèle comparatif des concepts étudiés dans des configurations d'organisations sanitaires différentes. Enfin, nous réaliserons l'analyse de cette enquête et discuterons les résultats obtenus pour les mettre en perspective d'une part vis-à-vis de la littérature sur le sujet et d'autre part vis-à-vis des préconisations opérationnelles pour la profession de cadre de santé.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

Pour débiter notre travail de recherche, nous avons établi une revue de la littérature autour des notions de la proximité physique, de l'encadrement de proximité, et de l'autonomie des professionnels paramédicaux. Notre travail de recherche consistant à percevoir la corrélation entre ces notions, il devient nécessaire d'établir le cadre théorique permettant de les définir. Ainsi nous débiterons notre cadre théorique par définir la notion de proximité de manière générale, puis plus précisément dans l'encadrement managérial. Dans un deuxième chapitre, nous étudierons ce qu'est l'autonomie dans une perspective globale puis plus précisément dans la sphère professionnelle, en nous intéressant à son mode de développement. Enfin, dans un troisième chapitre nous établirons une synthèse des deux chapitres précédents, et nous élaborerons un modèle d'analyse afin de poursuivre notre travail de recherche.

I. DE LA NOTION DE PROXIMITE ...

A la suite de nos recherches dans la littérature, il apparaît que le terme de proximité recouvre un domaine très étendu. Plutôt qu'un concept unique de « La » proximité, nous avons observé plusieurs notions de proximités tant dans sa dimension physique que comme caractéristique de l'encadrement dans les organisations de travail.

A. La proximité comme dimension physique

En point de départ de notre travail, nous reprenons la définition de la proximité selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (consulté le 27 février 2021). Du latin « *proximitas* » qui signifie étymologiquement « voisinage », la proximité est « *la situation d'une chose qui est à faible distance d'une autre chose ou de quelqu'un, de deux ou plusieurs choses qui sont rapprochées* ». Nous observons d'emblée que la proximité existe par son corollaire : la distance. Et celle-ci est faible : deux ou plusieurs éléments à proximité sont forcément rapprochés, ce qui nous laisse à penser que tacitement la proximité est par définition physique.

Nous avons poursuivi nos recherches dans les différents champs des Sciences Humaines afin de préciser cette définition de la proximité. Or, il nous apparaît que c'est par l'étude de la distance physique qu'un sens peut être donné à la proximité physique.

Nous allons donc reprendre les approches de la proximité physique ou de son corollaire, la distance, selon les champs anthropologique, psychosociologique et dans les sciences des organisations.

1. Dans l'anthropologie

Le concept de « proxémie » défini par E.T. HALL, anthropologue américain, bien que parfois critiqué, est vraisemblablement un point de départ aux différents travaux sur la proximité réalisés par les disciplines des Sciences Humaines. E. T. HALL utilise le terme de « proxémie » (1966), pour analyser l'usage de l'espace, du territoire par l'homme dans la population Nord-Américaine. Ainsi, il y décline le concept de territorialité et la notion d'espacement. Ce concept de territorialité est un « *système de comportement fondamental* » existant chez l'homme, qui se définit par « *la conduite caractéristique adoptée par un organisme pour prendre possession d'un territoire et le défendre contre les membres de sa propre espèce* » (p.22). La notion d'espacement se définit comme une « bulle » autour de l'individu qui va permettre de maintenir une certaine distance avec un autre individu. En fonction de la relation entre les individus, l'espacement va varier. Cependant, cette variabilité de l'espacement entre deux individus peut être perçue de façon différente selon eux, et provoquer des réactions diverses.

De ces observations sur une population d'individus Nord-Américains, E. T. HALL va objectiver quatre types de distance mesurée selon deux modes : un mode proche et un mode lointain. La distance intime (entre 15 et 45cm) implique le physique des deux individus et les échanges sensoriels. La distance personnelle (entre 45 et 135cm) est celle utilisée dans les conversations particulières, personnelles entre deux individus. La distance sociale (entre 1,20m et 3,60m) intervient dans les interactions professionnelles. La distance publique (supérieure à 3,60m) est celle utilisée lorsqu'un individu s'adresse à un groupe.

C'est à la distance dite « sociale » que nous nous intéresserons plus précisément dans le cadre de notre recherche, puisqu'elle concerne la sphère professionnelle. La distance sociale, selon E.T HALL, intervient dans les relations professionnelles de façon proche (de 1,20 mètres à 2,10 mètres) lorsque « *les personnes [...] travaillent ensemble [...]. Celle-ci vaut aussi de façon courante dans les réunions informelles* » (p.153). Ou bien, ces relations professionnelles peuvent exister de façon plus lointaine (de 2,10 mètres à 3,60 mètres) lorsque « *les rapports professionnels ou sociaux [...] prennent un caractère plus formel dans la phase de proximité* » (p.153).

L'étude de la proxémie par E.T HALL nous paraît très intéressante dans le sens qu'elle apporte une dimension mesurable, objectivable à la distance physique. Cela étant, nous observons, bien qu'il existe un métrage détaillé de ces différentes distances, une dimension plus subjective dans la définition de la distance physique et donc de la proximité physique. Au-delà d'une simple situation entre deux individus ou deux éléments, E.T HALL apporte des dimensions relevant des interactions entre les individus, que ce soit dans leurs sphères personnelle ou professionnelle. Ce caractère « social » de la distance vient complexifier notre première définition. C'est pourquoi, par ces notions d'interactions, de caractère social entre les individus, nous nous sommes penchée sur la définition de la proximité dans la psychosociologie.

2. Dans la psychosociologie

Plusieurs types de proximité sont identifiés en psychosociologie, notamment par FESTINGER, SCHACHTER et BACK (E. MICHINOV, 2008). Ils nommeront la proximité « *euclidienne* » qui est mesurable, objectivable entre deux individus. Cette proximité comporte un caractère statique. Ils identifient également une proximité « *fonctionnelle* », qui évolue, qui est plus subjective car elle est « *représentée par les individus et, par conséquent, fluctuante.* » (p.3). Nous retrouvons là encore ce caractère subjectif, social de la proximité. Selon leur type d'interaction, les individus construisent leur proximité à l'autre, ils la structurent et ce, de façon non intentionnelle.

Cependant si cette notion de distance ou de proximité se fait de façon implicite car définie par le type d'interaction que vivent les individus, elle va évoluer en fonction d'une autre caractéristique. IJSSELSTEIN, De RIDDER, FREEMAN et AVONS (E. MICHINOV, 2008) apportent cette nouvelle caractéristique qu'est la notion de présence, qui revêt elle aussi une dimension physique ou sociale.

La présence physique ou « *togetherness* » correspond au « *sentiment d'être ensemble dans un même espace* ». Des individus peuvent partager un même espace réel, voire virtuel, sans pour autant se sentir proches les uns des autres. Par exemple, lors d'une conférence (réelle ou virtuelle), les individus y participant sont physiquement ensemble dans le même espace.

A contrario, la présence « *sociale* » ou « *weness* » correspond au « *sentiment d'appartenir à un même groupe de personnes, [...] d'avoir une conscience mutuelle* ». Les individus éprouvant une présence sociale partagent un même objectif mais n'ont pas besoin d'être physiquement

proches. Par exemple, des salariés travaillant à distance mais pour la même entreprise poursuivent le même objectif et peuvent donc avoir ce sentiment d'appartenance au groupe.

Nous retrouvons donc le caractère objectif, mesurable de la proximité d'une part, et son caractère fluctuant, évolutif d'autre part. A cette proximité, la psychosociologie ajoute la notion de présence qui semble revêtir les mêmes caractéristiques, physique ou sociale. Nous observons alors que proximité et présence vont être comme un maillage des interactions entre les individus. Notre recherche portant sur la sphère professionnelle, nous allons porter notre regard vers les organisations de travail.

3. Dans les sciences de l'organisation

Nos recherches nous ont conduit à observer que la proximité physique fait partie intégrante des études en termes de productivité et d'efficacité des entreprises aujourd'hui.

Élément caractéristique de la communication entre les individus, la proximité physique intervient de ce fait dans la performance des organisations (GOMEZ et al., 2011). Cette proximité peut être inter organisationnelle ou intra organisationnelle.

La proximité inter organisationnelle concerne la façon dont les organisations sont plus ou moins à distance les unes des autres, constituant un environnement économique. Cela veut dire qu'en fonction de la structuration spatiale d'une organisation par rapport à une autre, une proximité physique se crée entre ces organisations.

La proximité intra organisationnelle concerne la façon dont l'organisation elle-même structure les relations de proximité entre ses différents acteurs qui la composent. C'est la façon dont l'organisation est structurée en interne qui permet de créer une proximité physique entre les individus qui y évoluent.

Ainsi, la configuration de l'organisation de travail, en son propre sein, ou dans ses relations avec d'autres organisations de travail va apporter une structuration dans les interactions entre les individus qui la composent, et donc dans leur proximité.

L'étude de la notion de proximité physique dans les champs anthropologique, psychosociologique et dans les sciences de l'organisation nous amène à observer non pas une proximité physique, mais plusieurs distances physiques possibles en fonction des relations entre les individus. Nous observons l'existence d'un caractère social de la proximité entre les

individus, qui fluctue et structure leurs interactions. De plus, dans la sphère professionnelle, l'organisation de travail elle-même influence cette proximité.

Cette observation de lien entre rapport de proximité et construction des interactions entre individus nous amène à nous intéresser aux effets de la proximité physique.

4. Les effets de la proximité physique

Si la proximité implique la distance, elle s'associe, comme nous l'avons vu en psychosociologie, à la présence. Dans le courant anthropologique, E. T. HALL le souligne également par la notion de l'espacement entre les individus. Cette variabilité engendre chez eux des réactions diverses : de l'agressivité lorsqu'ils sont trop proches à une absence d'interaction lorsque la distance est trop importante. C'est le paradoxe de la proximité « *qui veut que trop près, on subit des effets négatifs (entassement spatial, manque de complémentarité de connaissances trop similaires...) et que trop loin on ne peut pas interagir car la distance devient infranchissable* » (TORRE, TALBOT, 2018).

De nombreux travaux ont étudié l'absence et la présence de la proximité physique entre les acteurs d'une organisation (E. MICHINOV, 2008) :

L'absence de proximité physique entre les membres a des effets contrastés selon que l'on s'attache au partage d'informations relatives à la tâche (e.g. coordination et compréhension mutuelle entre les membres) ou aux relations entre les co-équipiers (e.g. cohésion sociale et sentiment d'appartenance groupale) (p.10).

En effet, d'une part les personnes à distance ont tendance à moins communiquer que lorsqu'elles sont proches. D'autre part, un groupe social ne pourrait exister sans l'appropriation d'un territoire.

Nous observons également que lorsque les membres d'une organisation sont à proximité physique, cela favorise la diffusion du savoir avec facilité. La proximité physique entre les individus permet le renforcement des liens sociaux dans le sens de solidarité comme ressource. Nous notons toutefois une limite à cette proximité physique : l'empêchement de la création et de l'étendue des réseaux (GOMEZ et al., 2011).

En résumé, d'une définition paraissant simple de la notion de proximité physique comme la faible distance entre deux individus, nos recherches nous ont permis d'observer que la proximité physique est une notion plus complexe.

Par l'étude anthropologique faite sur la notion de proxémie, nous retenons qu'il existe des distances possiblement mesurables entre les individus mais que celles-ci vont varier en fonction de leurs interactions. Nous relèverons que c'est une distance dite « sociale » qui s'applique dans les relations professionnelles.

L'apport de la psychosociologie notamment concernant la proximité fonctionnelle corrobore la variabilité de l'espace entre deux individus, comme le souligne le concept de proxémie.

De plus, le courant de la psychosociologie intègre à la distance, à la fois objective et fluctuante entre individus selon leurs types d'interaction, la notion de présence. Selon que soit considérée une présence physique ou une présence sociale, le sentiment d'appartenance et de cohésion entre les individus va différer. Aussi, les analyses réalisées en sciences des organisations nous ont révélé l'impact de la notion de proximité physique sur la performance de ces dernières, que ce soit dans la structuration d'un environnement économique entre organisations ou dans la structuration interne de l'organisation elle-même.

Enfin, porter un regard sur les effets de la proximité physique nous amène à voir que celle-ci peut être constructive par l'identification et la cohésion groupale ou encore la transmission d'informations et de savoirs. En revanche, elle peut s'avérer destructive lorsqu'à l'excès elle peut entraîner une agressivité liée au manque d'espace, ou encore dans sa limitation de l'étendue de réseaux sociaux ou organisationnels.

Intéressons-nous maintenant à la notion de proximité dans l'encadrement en milieu professionnel.

B. La proximité comme caractéristique de l'encadrement managérial

1. Cadre de proximité : une définition claire dans l'entrepreneuriat

Le terme de « manager de proximité » ou « cadre de proximité », très présent dans l'univers entrepreneurial, correspond à la fonction d'encadrement qui se situe au plus proche du terrain

de production. Son émergence dans les entreprises fait suite au besoin d'atténuer les problèmes de coordination.

Reprenons la définition d'encadrement de proximité selon A-M. LETONDAL, chargée de missions à L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions De Travail (ANACT) et citée par B. DUARTE (2003) :

Le cadre de proximité constitue le « premier niveau d'encadrement qui anime hiérarchiquement (ou fonctionnellement) des équipes ou des groupes de travail ayant acquis, à des degrés différents, une certaine autonomie dans la réalisation du travail... » De par sa situation, l'encadrement est de proximité dans la mesure où il est proche du lieu de production, il est près des équipes, « là où les problèmes quotidiens se posent, là où les tensions se vivent et, enfin là où il faut trouver des compromis tout en étant capable de prendre de la distance pour traduire, consolider, anticiper et faire évoluer (2003, p.15).

2. Cadre de proximité : une définition plus floue en santé ?

Dans l'univers de la santé, ce n'est que récemment que le terme de « cadre de santé » est apparu. Historiquement, façonnée par le modèle religieux, la fonction de surveillante sera diplômée par un certificat en 1958. C'est en 1975 qu'apparaît le terme de « cadre » en diplômant la fonction d'un certificat de « cadre infirmier ». Ensuite pour faciliter l'émergence d'une nouvelle culture cadre et favoriser le décloisonnement des structures de soins par la transversalité professionnelle, le diplôme de Cadre de santé est créé en 1995.

Le terme de proximité apparaît dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Une des activités de l'encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales est l'encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels (cf. annexe I).

Afin de préciser le rôle du cadre de proximité dans le domaine de la santé, nous nous sommes intéressée à la définition de Walter HESBEEN, infirmier et docteur en santé publique de l'Université Catholique de Louvain (UCL) :

C'est de l'orientation donnée à la pratique quotidienne des différentes formes de soins et, dès lors, de la manière que l'on a de considérer l'humain, tant celui qui reçoit des soins que celui qui a choisi pour métier d'en donner, que découlent la place et le contenu de la fonction de cadre de santé de proximité. (2011, p.9).

Il distingue trois orientations d'encadrement ne s'excluant pas tout à fait : cadre gestionnaire, cadre technique et cadre soignant. Cependant, à sa lecture, nous comprenons qu'il valorise plutôt l'exercice de la fonction de cadre de santé dans sa « *perspective soignante* ». Pour que le cadre de santé soit de proximité selon HESBEEN, il se doit « *de se tenir proche* » (2011, p.93) de son équipe et « *a pour fonction d'organiser et d'accompagner la relation singulière de soin au sein même des pratiques du quotidien.* » (2011, p.95).

Pour compléter cette définition, nous nous sommes tournée vers Paule BOURRET, infirmière, docteur en sociologie. En effet, si les orientations gestionnaire, technique et soignante se rejoignent dans la fonction de cadre de santé de proximité, comment cela se traduit-il ?

Le travail du cadre de santé de proximité est, dans son fondement, « *un travail de mise en cohérence du travail des personnels qu'ils encadrent* » (BOURRET P., 2014). L'observation et l'analyse collectées dans son ouvrage « *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible* » ont permis de détailler le contenu des missions du cadre de santé de proximité. Alors que les professionnels paramédicaux évoluent dans un poste aux missions définies, dans un cadre temporel et géographique délimité, il apparaît que le cadre de santé de proximité évolue tout à fait autrement. Il peut passer d'une activité à une autre instantanément, sans lien entre les deux forcément. Il peut agir de son bureau, ou encore dans un endroit de l'unité de soins, voire du bâtiment. Il fait circuler l'information dans ce mouvement, par son activité d'un lieu à un autre, auprès d'un ou plusieurs interlocuteurs.

Il s'agit alors d'interactions entre le cadre de santé et son interlocuteur « *focalisées* » ou « *non focalisées* » (JOSEPH I. in BOURRET P., 2014). Une interaction focalisée « *suppose de maintenir ensemble un foyer d'attention visuelle et cognitive* » (2014, p.94). Elle peut être par exemple un échange en face à face entre le cadre de santé et un ou plusieurs professionnels, dans un lieu dédié, dans un temps imparti (réunion de service, entretien individuel, etc.). Une interaction non focalisée est le résultat « *de la simple co-présence* » (2014, p.94). Elle correspond par exemple à un échange bref sans espace ni temps dédiés, où les interlocuteurs peuvent être occupés à tout autre chose (nous pensons au cadre de santé échangeant avec un infirmier au coin de son chariot de préparation de médicament par exemple). Le cadre de santé utilise donc des modes plus ou moins formels de communication.

Par ailleurs, il est intéressant d'observer qu'il utilise des lieux de travail divers : bureau, salle de soin, salle de réunion, chambre de patient, etc. Physiquement, le cadre de santé de proximité

ne semble pas avoir de territoire, de lieu propre à son exercice, à la différence par exemple de la salle de soins des infirmières. Même dans son bureau, il ne peut se sentir dans son domaine. Tout le monde peut y entrer, l'interrompre dans son activité. Il n'y a qu'exceptionnellement que le cadre fermera la porte de son bureau, lorsqu'il recevra par exemple un de ses collaborateurs pour un entretien nécessitant de la discrétion, ou encore pour recevoir une famille. A l'inverse, lorsque le cadre de santé remplit ses missions au sein de l'unité de soins, il pénètre dans le domaine du soin. Il entre ainsi dans le territoire du soignant, et doit donc rester vigilant quant à sa façon d'entrer en interaction avec ce dernier. D'autant plus que par sa position, le cadre de santé « *incarne en quelque sorte le point de passage de la règle, l'exigence de respect de la réglementation. Sa seule présence, le fait d'être là, rappelle sans doute à chacun l'obligation de suivre la règle.* » (2014, p.209).

Ainsi, « *être cadre de proximité, c'est tenir une place sans prendre place* » (2014, p.93). Le cadre de santé a une place reconnue, identifiée auprès de l'équipe soignante, elle n'en est pas pour autant physiquement définissable.

En résumé, le terme d'encadrement de proximité est récent dans l'univers de la santé, certainement du fait d'une réingénierie managériale datant de 1995, à la suite de la législation concernant la fonction de cadre de santé de proximité. L'encadrement de proximité se définit par le premier niveau d'encadrement qui se trouve sur le terrain. Il accompagne ses équipes dans leur quotidien, leur permettant de prendre de la distance et de pouvoir anticiper de possibles problèmes.

En Soins Infirmiers, nous retenons l'existence de trois catégories d'encadrement : gestionnaire, technique et soignante. Littéralement, le cadre de santé de proximité doit se tenir proche de son équipe. L'analyse concrète du travail quotidien du cadre de proximité apporte une vision plus globale de la fonction de cadre de proximité en tant que mise en cohérence du travail des professionnels. Cependant, pour exercer sa fonction, le cadre de santé tient une place semble-t-il plutôt symbolique que physique auprès de l'équipe. Il peut effectuer ses missions depuis plusieurs lieux et utiliser plusieurs moyens de communication plus ou moins formels dans ses interactions.

Ainsi, le cadre de santé de proximité ne possède pas de territoire propre. Il doit rester vigilant lorsqu'il réalise ses missions, entrant sur le territoire des soignants. D'autant plus que par ses fonctions, il peut rappeler l'obligation du respect de la règle.

Notion complexe, à la fois physique et sociale, la proximité vient comme un maillage dans l'interaction entre deux individus. Au cœur des organisations de travail, et notamment de santé, le management de proximité vient mettre en cohérence le travail. Ce rôle incombe au cadre de santé de proximité, qui par ses missions technique, gestionnaire et soignante, tend à insuffler du sens dans le quotidien de ses collaborateurs. Cependant, dans la réalité du terrain, la place du cadre de santé de proximité, parfois rappel à la règle, semble voguer entre physique et symbolique. Pour autant, être cadre de proximité, donc de se tenir proche de son équipe, pourrait avoir des effets sur cette dernière, notamment sur son autonomie. Dès lors, il nous apparaît nécessaire d'étudier l'autonomie du professionnel paramédical et son processus d'acquisition.

II. ... A L'AUTONOMISATION DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX

Dans les paragraphes suivants, nous nous attacherons à reprendre une définition de l'autonomie pour cerner ce concept notamment, au sein de la sphère professionnelle en santé. Puis nous nous intéresserons au processus de développement et d'acquisition de cette autonomie pour les professionnels de santé. Nous nous intéressons plus précisément à l'autonomie dans la pratique professionnelle de la population infirmière, d'une part car il s'agit de notre corporation d'origine, d'autre part car préciser cette population nous permet d'amener des éléments de compréhension à notre recherche. Pour autant, nous considérons que tout professionnel paramédical possède une autonomie dans sa pratique professionnelle.

A. Des contours de l'autonomie ...

Le terme d'autonomie est utilisé très couramment dans notre langage. Le concept d'autonomie a été de multiples fois défini ou étudié, et souvent contesté.

Dans ce chapitre, nous avons opté pour reprendre la définition de l'autonomie d'un point de vue général puis selon plusieurs disciplines des Sciences Humaines. Enfin, nous porterons un regard sur l'autonomie dans le domaine de la recherche en soins infirmiers.

Etymologiquement dérivé du grec *autonomos* « qui se régit par ses propres lois, indépendant », le terme « autonomie » est défini par la « *faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement* » selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (consulté le 27 février 2021).

1. Dans les Sciences Humaines

L'autonomie est une notion qui vient de la philosophie. Nous reprenons ici la définition apportée par KANT (bien qu'elle reste controversée par d'autres philosophes car elle n'appartient qu'à une seule tradition philosophique, celle prévalente en France). L'autonomie repose sur le fait que l'individu « *choisit volontairement et librement de se comporter de la façon qu'il juge universellement meilleure* » (LE COADIC, 2006).

Dans le courant de la sociologie, plusieurs auteurs tels que DURKHEIM, MARX ou WEBER, ont étudié le lien entre l'autonomie de l'individu et les contraintes sociales, selon différents points de vue : la société confère une autonomie à l'individu ou bien c'est l'individu, qui par son autonomie, a la capacité de se détacher de la contrainte de la société. D'autres, plus contemporains, décriront que l'individu doit être autonome car cela fait partie intégrante de sa définition en tant que sujet : « *l'autonomie est implicitement contenue dans la définition du sujet* » (TOURAINÉ A. in LE COADIC, 2006).

Au sens anthropologique, l'autonomie correspond à la responsabilité de l'individu vis-à-vis de lui-même, vis-à-vis d'autrui, et de la communauté. « *Être autonome revient à être en mesure de marquer son identité à travers des rapports de parité et, par ailleurs, de définir sa responsabilité à travers des échanges où l'on s'oblige mutuellement.* » (QUENTEL, 2014).

Enfin, dans les sciences de l'organisation, Gilbert de TERSSAC analysera que l'autonomie des acteurs au sein de ces organisations de travail se loge dans leur capacité à influencer la production en étant capables « *d'inventer de nouveaux modes opératoires sans doute très efficaces pour réaliser la production* » (p.118, 1992).

Ces différentes conceptions de l'autonomie nous amènent à considérer que l'autonomie est une marge de manœuvre pour l'individu qui lui permet de réfléchir, et de choisir librement la façon de se comporter, d'agir.

2. Dans les Soins Infirmiers

Pour poursuivre notre recherche autour de la notion de l'autonomie des professionnels paramédicaux, nous nous sommes orientée vers la Recherche en Soins Infirmiers.

En France, il est intéressant de voir que le terme autonomie est associé au champ infirmier dans le texte de loi n°78-615 du 31 mai 1978. Dans ce texte de loi, le caractère de dépendance au corps médical est souligné, le terme autonomie désigne « *la faculté de l'infirmière à prendre des initiatives et des décisions dans le cadre de la compétence spécifique reconnue par le diplôme requis et les textes officiels régissant la profession* » (PIGUET C., 2010).

Deux principales pratiques infirmières existent, aux orientations nettes, non simultanées mais complémentaires. Nous notons d'une part une pratique infirmière de « santé » qui repose sur un jugement clinique, reposant sur l'approche socio-cognitive d'Albert BANDURA, psychologue américain. L'infirmière implique le patient pour une co-construction de son projet de santé. D'autre part, une pratique infirmière de « soins » qui repose sur le jugement stratégique. Cette pratique fait appel à une résolution de problème en fonction des missions données par l'institution.

Ces deux pratiques sont complémentaires car un professionnel infirmier peut réfléchir sa pratique selon l'une ou l'autre orientation. En revanche, elles sont non simultanées car lorsqu'une orientation est choisie par le professionnel, il utilise la même pratique tout au long de sa démarche auprès du patient (PIGUET C., 2010).

L'autonomie dans la pratique infirmière relève du choix de l'une ou l'autre orientation par l'infirmière. Elle peut se définir ainsi par « *l'exercice de l'agentivité, soit la puissance personnelle d'agir de l'infirmière, selon sa propre orientation : santé ou soins* » (2010, p.7). L'infirmière devient ainsi capable d'influencer son comportement selon ses représentations de la santé.

Nous observons alors qu'il existe une distinction entre l'autonomie clinique et l'autonomie organisationnelle du professionnel infirmier (STORDEUR, 2005). L'autonomie clinique est celle qui correspond à la pratique infirmière décrite ci-dessus. C'est la pratique professionnelle dont est responsable le professionnel infirmier, dans le domaine de la réalisation des soins aux patients. L'autonomie organisationnelle correspond à la participation du professionnel infirmier dans la prise de décision correspondant à l'équipe, à la vie de l'unité, à leurs organisations.

Ainsi, ce pouvoir d'agir du professionnel infirmier repose sur le développement d'une posture réflexive. Celle-ci correspond « *à la manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification* » (PIGUET C., 2010). En adoptant une posture réflexive, le sujet prend ses propres fonctionnements mentaux et sa propre action comme objet d'analyse, comme l'a développé SCHÖN par le modèle du « praticien réflexif ». Le sujet peut, au fur et à mesure de son action, penser consciemment à celle-ci et l'adapter pour faire face à des situations imprévues. En même temps, il peut réfléchir à son action, l'analyser, et en évaluer les effets (BOUISSOU et BRAU-ANTONY, 2005).

En résumé, dans les Sciences Humaines, l'autonomie désigne la possibilité pour l'individu de faire un choix par soi-même, d'avoir une liberté d'agir. L'autonomie devient même une condition pour que l'individu soit sujet, il doit posséder cette marge de manœuvre, cette possibilité de faire des choix, libres et volontaires. L'autonomie revêt également la dimension de responsabilité au sens anthropologique. De plus, dans les organisations de travail, c'est par ce pouvoir d'agir que l'individu peut influencer la production, être créatif.

Dans les Soins Infirmiers, nous constatons que l'autonomie recouvre deux domaines de la pratique professionnelle. L'autonomie clinique, plutôt liée au rôle propre de l'Infirmier, lui est semblé-t-il aussi conférée par un diplôme. En parallèle, le professionnel peut jouir d'une autonomie organisationnelle, par laquelle il peut prendre part aux décisions liées à la vie de l'équipe, de l'unité de soins, et de l'institution. De plus, c'est par sa posture réflexive que le professionnel peut développer son autonomie.

Ainsi, développer son autonomie dans la pratique professionnelle et une posture réflexive renvoient à la possibilité de penser ses propres actions, de pouvoir prendre conscience de ce que l'on fait, d'avoir la capacité d'abstraction dans sa réflexion. Intéressons-nous donc maintenant au processus qui permet au professionnel paramédical ce développement.

B. ... A un processus d'autonomisation professionnelle

Nous l'avons vu précédemment, l'autonomie du professionnel paramédical demande le développement d'une posture qui donne un sens à sa pratique. Or cette posture ne se décrète pas, elle fait appel à une construction sur l'acquisition et le développement de connaissances.

Il nous semble que cette posture fait appel à un processus dans le sens qu'il est « *un enchaînement ordonné de faits ou de phénomènes, répondant à un certain schéma et aboutissant à quelque chose* » (larousse.fr, consulté le 27 février 2021). Ce « *quelque chose* » correspond donc à l'autonomisation, qui se définit par « *le fait de se rendre autonome, de conquérir son autonomie* » (larousse.fr, consulté le 27 février 2021).

L'adoption d'une pensée réflexive renvoie aux travaux piagétiens sur les capacités de l'individu à l'abstraction et à la prise de conscience. C'est pourquoi, nous avons souhaité tout d'abord rappeler les travaux sur le développement de l'intelligence chez l'enfant, selon PIAGET.

Ce développement nous paraît être le fondement du processus d'autonomisation chez l'individu.

Enfin, nous nous intéresserons à ce qui peut permettre, dans la sphère professionnelle en santé, comme méthode, de maintenir l'autonomie et la posture réflexive du professionnel paramédical.

1. De l'enfant au professionnel paramédical

a) L'enfant et l'autonomie

L'enfant autonome semble être une oxymore. Être autonome est possible lorsque, selon RICOEUR, « *l'on peut s'éprouver "soi-même comme un autre"* », c'est-à-dire, lorsque l'individu a la capacité d'être absent à lui-même. Cette capacité d'abstraction permet à l'individu de marquer une « *distance fondatrice vis-à-vis d'autrui et de la relation dans laquelle on entre avec lui* » (QUENTEL, 2014). Or, l'enfant en naissant est dépendant d'autrui, en l'occurrence de sa mère ou son substitut. De plus au sens anthropologique, comme nous l'avons vu précédemment, être autonome c'est être responsable. L'enfant n'ayant pas cette capacité d'absence à lui-même, il ne peut affirmer son positionnement, sa singularité. Il ne peut donc être responsable de lui-même ou vis-à-vis d'autrui. L'enfant ne naît donc pas autonome.

Ainsi, si « *l'autonomie ne se décrète pas* » chez l'enfant, il deviendra autonome par une guidance, une éducation assurée par ses parents. « *Eduquer revient à le [l'enfant] guider, à tracer pour lui le chemin qu'il empruntera et sur lequel, une fois sorti de l'enfance, il pourra revenir avec du recul* » (QUENTEL, 2014). L'interaction avec ses parents est un soutien important pour que l'enfant se développe, comprenne son environnement, découvre et utilise

les outils lui permettant d'y vivre. En sortant de l'enfance, il pourra devenir un individu autonome et responsable.

Cela étant, c'est au cours de son enfance, que l'individu développe ses capacités d'abstraction et de prise de conscience. Reprenons donc les travaux de PIAGET.

b) L'enfant et l'intelligence

Bien que la thèse de PIAGET soit critiquée notamment par le courant moderne de la psychologie de l'enfant, dans le fait qu'elle décrive les stades successifs les uns aux autres, elle n'en reste pas moins un fondement de la compréhension du développement de l'enfant.

Reprenons donc, dans les grandes lignes, la description de ces stades de l'intelligence de l'enfant selon PIAGET.

Le premier stade (de 0 à 2 ans) correspond à l'interprétation du monde par le bébé sur la base de ses sens et de ses actions : c'est le stade sensori-moteur durant lequel le bébé apprend les règles du fonctionnement de son environnement et de sa capacité à agir dessus. Ce sont des « schèmes d'actions » que le bébé acquiert par assimilation/accommodation.

Dans ce stade, le bébé découvre vers l'âge de 8 mois que bien que caché, un objet continue d'exister. C'est le principe fondamental de la construction du réel appelé « permanence de l'objet ». Cette forme d'intelligence sensori-motrice rend le bébé très dépendant de l'instant présent.

Vers l'âge de 2 ans, le bébé devient enfant et vient à changer de stade. L'enfant parvient à intérioriser et mentaliser ses actions. Son intelligence devient « symbolique » ou « représentative ». L'enfant devient capable de se détacher de l'action immédiate. Jusque vers l'âge de 7 ans, il se sert des schèmes d'action acquis au stade sensori-moteur, les intériorise et les combine mentalement pour en faire des opérations mentales.

Ensuite entre 7 et 12 ans, l'enfant met en place des opérations concrètes, ce qui lui permet de construire sa pensée dans son fondement. Enfin, l'enfant entre 12 et 16 ans acquiert la capacité de raisonner sur la base d'idées, d'hypothèses. Il devient alors adolescent. L'adolescent

construira et développera son autonomie en se séparant progressivement de ses figures d'attachement.

En résumé, l'autonomie n'est pas innée. C'est par le développement dès l'enfance de l'intelligence que l'individu a accès à une représentation de lui-même, de son environnement et de son interaction à autrui. En prenant conscience de qui il est et de comment il agit, l'individu accède au symbolique. En accédant au raisonnement, l'individu peut donc s'éprouver lui-même comme un autre. Il devient ainsi autonome et responsable.

Reprendre le développement de l'intelligence et l'accès à l'autonomie chez l'enfant éclaire notre compréhension du processus d'autonomisation professionnelle.

En effet, dans la sphère personnelle, l'enfant accède à l'autonomie et à la responsabilité par l'éducation de ses parents. Il interagit ainsi avec autrui et son environnement. Nous l'avons vu précédemment : « *être autonome revient à être en mesure de marquer son identité à travers des rapports de parité et, par ailleurs, de définir sa responsabilité à travers des échanges où l'on s'oblige mutuellement.* » (QUENTEL, 2014). Dans la sphère professionnelle, le professionnel paramédical interagit avec ses pairs, ses collaborateurs, sa hiérarchie. Responsable des patients qu'il prend en soin, il use d'une autonomie clinique et organisationnelle pour mener à bien ses missions. Cependant, nous nous interrogeons sur ce qui, à l'instar de l'éducation parentale, permet au professionnel paramédical d'entretenir sa posture réflexive ? Quel moyen est à disposition du professionnel pour entretenir dans la sphère professionnelle cette capacité à s'éprouver soi-même, à avoir conscience de son pouvoir d'agir ?

Nos recherches nous ont conduit à la notion d'*empowerment*, terme anglophone qui signifie « prise de pouvoir personnel ». Dans le paragraphe suivant, nous allons nous attacher à reprendre cette notion et mettre en exergue, dans l'univers managérial, ce qui nous semble correspondre à une méthode de processus d'autonomisation.

2. L'« empowerment » comme méthode de l'autonomisation

a) Définition et historique

Le terme « *empowerment* » existe depuis les années 1980 dans la littérature anglo-saxonne. Il apparaît en France dans les années 2000. Dans ce terme, deux dimensions co-existent : le pouvoir (« *power* ») qui en est la racine, et le processus d'apprentissage pour y parvenir. (BACQUE et BIEWENER, 2013). Nous retrouvons le verbe « *To empower* » qui signifie faciliter la prise de pouvoir personnel. Également être « *empowered* » signifie que la personne a effectivement pris son pouvoir personnel. Mais il n'existe pas de traduction équivalente au terme en lui-même. « *Empowerment* » est donc très usité tel quel en français. Ce terme polysémique touche différents champs et registres, de l'éducation et de l'action sociale au registre professionnel, etc. (KLEIN et DUCROUX-BIASS, 2009). Cette notion d'*empowerment* repose au départ sur l'idée du partage du pouvoir apparue au XXe siècle. Elle a traversé plusieurs sciences, telles que religieuse ou sociologique, où pour chacune, une certaine définition lui est attribuée.

Au sein des Sciences Infirmières, la notion d'« *empowerment* » a été largement étudiée, notamment afin de proposer au patient une prise en soin centrée sur sa personne. L'« *empowerment* » est aujourd'hui un concept d'intérêt dans le domaine des soins et de la santé.

Ainsi, si dans la pratique infirmière, les professionnels sont convaincus des « bienfaits » pour leurs patients d'être « *empowered* », qu'en est-il pour eux-mêmes ?

Intéressons-nous donc maintenant à la notion d'« *empowerment* » dans la pratique managériale.

b) L'« empowerment » : une dimension managériale ?

Dans les organisations de travail, l'« *empowerment* », comme processus de transfert du pouvoir aux employés, leur permet une meilleure estime de soi ainsi qu'une reconnaissance de leurs propres apports et de ceux d'autrui. Plus précisément dans le domaine des soins et de la santé, les infirmiers « *empowered* » seront plus impliqués dans leur travail, plus engagés, conduisant vers une performance de l'unité de soins dans laquelle ils exercent, et donc de l'organisation dans sa globalité (CLIQUENNOIS et BORGES DA SILVA, 2018). Quelles en sont donc les raisons ?

L'« *empowerment* » dans les organisations de travail recouvre deux approches : l'une sociologique et l'autre psychologique (SIBE, 2014).

Dans un premier temps, l'approche sociologique est développée par KANTER en 1977. Son modèle théorique décrit que le pouvoir prend sa source dans l'organisation d'une part et dans l'individu d'autre part. La « structure d'*empowerment* » ou approche organisationnelle est le fait que le personnel au sein de l'organisation peut accéder aux ressources (matérielles, financières et humaines), aux informations (données, connaissances techniques, expertise) et au soutien (des pairs, de la hiérarchie). Cela permet de réaliser son travail en répondant aux buts de l'organisation et en lui donnant la possibilité de renforcer son efficacité.

En parallèle, le personnel en ayant accès à ce que lui offre l'organisation comme ressources, informations et soutien, a la possibilité, l'opportunité de pouvoir développer ses propres connaissances et compétences. L'autre source de pouvoir se loge dans le fait que le personnel lui-même a un pouvoir : il nomme cela le « degré de pouvoir de l'individu ». Cette source de pouvoir individuelle peut être d'une part formelle : l'organisation amène des caractéristiques de travail à l'individu. Celui-ci va y répondre et honorer la demande de travail tout en ayant la souplesse d'appliquer sa propre méthode de travail, sa créativité dans la réalisation du travail. Elle peut être d'autre part informelle : elle repose sur les liens sociaux tissés entre les personnels évoluant au sein de l'organisation (intra organisationnels) ou encore entre les personnels de deux organisations de travail (inter organisationnels).

De façon complémentaire, l'approche psycho-sociologique apporte deux modèles de l'« *empowerment* ». Ils possèdent un socle commun qui est de considérer l'« *empowerment* » comme un facteur permettant aux individus de reconnaître leurs forces internes et externes. Dans ce sens, l'individu peut trouver bien être et motivation au travail. L'un des modèles est développé par CONGER et KANUNGO en 1988. Faisant référence au sentiment d'auto-efficacité de BANDURA, ce modèle d'« *empowerment* » repose sur la subjectivité du vécu au travail. En reconnaissant et en modifiant ce qui donne le sentiment d'impuissance, l'individu va croire en ses capacités propres et son pouvoir d'agir. Quelque part, ce n'est plus par la structure managériale que l'individu est « *empowered* » mais par lui-même. Ce qui contribue à alimenter sa motivation individuelle. L'autre modèle développé par THOMAS et VELTHOUSE en 1990, puis SPREITZER en 1997, repose sur un vécu plus cognitif par l'individu de son pouvoir d'agir en situation de travail. Ce vécu cognitif est décrit par quatre dimensions :

- Le sens (meaning) : mes attentes individuelles et ce qu'attend l'organisation au regard de mon travail correspondent. L'individu trouve un sens entre ce qu'il attend de lui-même par ses propres valeurs et croyances, et ce que l'organisation lui demande dans la réalisation de son travail ;
- La compétence (competence) : je crois en ma compétence répondant à la demande de l'organisation. L'individu croit en ses compétences et le fait d'être performant pour l'organisation ;
- L'auto-détermination (self-determination) : l'individu est conscient de son autonomie au travail, il a la capacité de choisir et est libre d'agir ;
- L'impact (impact) : l'individu par ses compétences et son autonomie a une influence sur les résultats de l'organisation.

En résumé, l'« *empowerment* » est une notion polysémique qui vit dans le domaine des soins et de la santé : les professionnels soignants accompagnent les patients à devenir « *empowered* ». Par l'étude des modèles d'« *empowerment* », nous constatons qu'il existe à la fois une approche organisationnelle où la structure de travail met à disposition de l'individu différentes ressources qui lui permettent d'être « *empowered* ». Par ailleurs, l'individu peut être « *empowered* » par lui-même, en prenant conscience notamment de son sentiment d'auto-efficacité, ce qui l'amène à sa propre motivation.

De ces deux modèles, nous retenons que la reconnaissance (dans le sens d'identifier comme sien) du pouvoir d'agir par le professionnel est source de bien-être et d'implication au travail, permettant à l'organisation de tendre vers la performance.

Ainsi, l'organisation managériale en santé met à disposition de ses professionnels paramédicaux les moyens d'un processus d'autonomisation en leur permettant de prendre conscience et de contrôler leur propre pouvoir d'agir. Quel est donc le vecteur qui permet aux professionnels de se saisir de ces moyens ?

III. LA PROXIMITÉ DANS L'ENCADREMENT : VECTEUR DE L'EMPOWERMENT DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX ?

Notre question de départ portait sur la potentielle influence de la présence physique du cadre de santé de proximité sur le fonctionnement de l'équipe paramédicale. Par nos questionnements et nos discussions, nous avons orienté nos lectures autour des notions de proximité, de présence, d'encadrement de proximité et de processus d'autonomisation des professionnels paramédicaux.

Nous retenons de notre revue de la littérature plusieurs éléments.

La proximité, notion complexe, revêt à la fois un caractère physique et social. L'espace entre deux individus varie en fonction du type d'interaction qui se joue entre eux. S'ajoute à cela, la notion de présence, elle aussi à la fois physique et sociale, qui amènera possiblement les individus vers un sentiment d'appartenance ou de cohésion entre eux. La proximité, dans son caractère physique, a des effets. Ceux-ci peuvent être positifs dans les interactions, amenant les individus à accéder à une richesse de ressources par exemple. A l'inverse, des effets négatifs de la proximité existent, tels que l'agressivité entre individus engendrée justement par un manque d'espace.

L'encadrement de proximité, premier niveau d'encadrement dans les organisations de travail, est donc celui qui est proche de ses équipes. Il peut ressentir, observer directement les problématiques rencontrées sur le terrain. Dans le domaine de la santé, nous retenons que le cadre de santé doit plutôt se tenir proche de ses équipes, dans une logique soignante puisque son rôle est d'organiser la relation de soins au quotidien. Il peut répondre à deux autres catégories d'encadrement, que ce soit dans une logique technique, ou une logique gestionnaire. Nous avons observé que sa place n'était pas forcément physiquement identifiable au sein d'une équipe. La place du cadre de santé de proximité semble plutôt être symbolique, notamment par les fonctions qu'il incarne, comme par exemple, l'obligation de respecter la règle. La proximité physique du cadre de santé pourrait-elle avoir une influence sur le terrain, donc sur son équipe ?

Parallèlement, nous retenons que l'autonomie est la possibilité pour l'individu de faire des choix libres et volontaires. L'autonomie n'est pas innée, elle se construit et fait appel à une capacité d'abstraction chez l'individu. Elle l'amène à se détacher de l'instant présent, de l'action

immédiate. De fait, l'individu accède au symbolique, à la mentalisation de ses actions. D'un point de vue professionnel, nous observons que la capacité d'abstraction rejoint le modèle du « praticien réflexif ». Ainsi le professionnel devient autonome et responsable. Nous notons dans la pratique infirmière, que cette autonomie du professionnel relève à la fois du champ clinique et du champ organisationnel.

Aussi, nous avons étudié la notion d'« *empowerment* » et retenons qu'un premier modèle est l'approche organisationnelle. L'organisation de santé semble proposer à ses professionnels paramédicaux l'accès aux ressources (matérielles, financières, humaines) aux informations (données, connaissances techniques, expertises) et au soutien (des pairs, de la hiérarchie). Cela permettra aux professionnels de développer leurs propres compétences.

Également, le professionnel paramédical lui-même peut reconnaître ses propres ressources internes et externes. Le professionnel « *empowered* » par lui-même ou par la structure managériale, prend conscience de son pouvoir d'agir et accède ainsi à une certaine motivation et implication au travail.

La structure d'« *empowerment* » permettrait-elle au professionnel paramédical, dans l'organisation sanitaire, de maintenir sa pratique réflexive ?

Or, il s'avère que dans l'organisation sanitaire, le premier niveau d'encadrement est assuré par le cadre de santé de proximité. Ainsi, dans la structure d'« *empowerment* », serait-ce lui le vecteur qui permettrait au professionnel de maintenir sa pratique réflexive et donc son autonomie ?

De plus, est-ce la caractéristique physique de la proximité qui confère au cadre de santé ce rôle de vecteur ?

Ainsi, pour poursuivre notre travail de recherche reposant sur la question : « en quoi la proximité physique du cadre de santé influence l'autonomie des professionnels paramédicaux ? », nous formulons l'hypothèse théorique générale suivante :

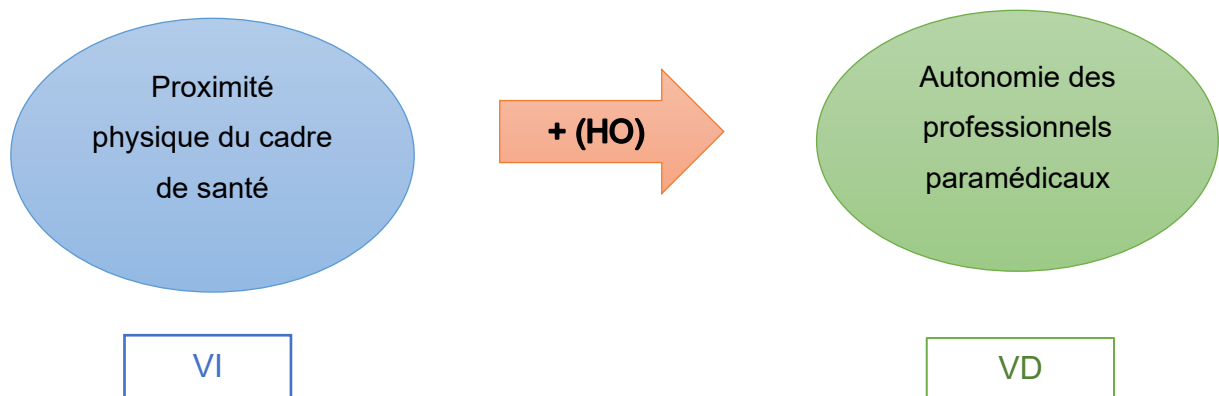
La proximité physique du cadre de santé influence l'autonomie des professionnels paramédicaux par l'identification de leur propre pouvoir d'agir.

De cette hypothèse, nous allons construire un modèle d'analyse, décrit par la suite.

Construction du modèle d'analyse

Notre travail de recherche s'inscrit dans la méthode hypothético-déductive. Nous avons élaboré un cadre théorique à partir de la revue de littérature. De ce cadre théorique, nous avons formulé une hypothèse théorique générale que nous souhaitons tester. De ce fait, nous établissons un modèle d'enquête à partir d'une opérationnalisation de notre hypothèse théorique, ce qui nous l'espérons, permettra d'apporter des éléments de réponses à notre question de recherche.

Reprenons notre hypothèse théorique générale : La proximité physique du cadre de santé influence l'autonomie des professionnels paramédicaux par l'identification de leur propre pouvoir d'agir. De cette hypothèse théorique, nous déterminons une hypothèse opérationnelle afin d'analyser la corrélation entre la proximité physique du cadre de santé et l'autonomie des professionnels paramédicaux. Cette hypothèse opérationnelle est la suivante : La proximité physique du cadre de santé influence positivement le processus d'autonomisation du professionnel paramédical. Dans cette hypothèse opérationnelle (HO) nous définissons une variable indépendante qui est la proximité physique du cadre de santé. Nous définissons une variable dépendante qui correspond à l'autonomie des professionnels paramédicaux. Afin d'illustrer ce modèle d'analyse, nous proposons une schématisation :



Après avoir établi ce modèle d'analyse, nous allons procéder à l'enquête qualitative, qui nous permettra de vérifier ou non notre hypothèse théorique générale.

DEUXIEME PARTIE : CADRE EMPIRIQUE

La formulation d'une hypothèse théorique à l'issue du cadre conceptuel nous amène à vouloir la tester. Pour ce faire nous avons construit un modèle d'analyse. Il s'agit désormais d'établir notre enquête de terrain qui va nous permettre de tester cette hypothèse. Tout d'abord nous allons définir les contours de notre enquête. Ensuite, nous décrirons la méthodologie d'analyse que nous allons utiliser pour interpréter les résultats issus de cette enquête. Après avoir décrit les résultats obtenus, nous les analyserons et les discuterons. Cela nous amènera à définir les limites de notre travail de recherche, proposer de nouvelles perspectives de travail et nous projeter dans un futur managérial.

I. L'OBSERVATION COMME ENQUETE

Dans ce premier chapitre de notre cadre empirique, nous allons effectuer une observation au sens de BACHELARD, c'est-à-dire une enquête (BACHELARD, 1965). Pour ce faire, nous allons en définir son objet, ses destinataires et ses modalités.

A. L'objet de notre enquête

Pour rappel, notre enquête porte sur l'hypothèse théorique générale suivante : la proximité physique du cadre de santé influence l'autonomie des professionnels paramédicaux par l'identification de leur propre pouvoir d'agir. Afin de rendre observable cette hypothèse nous avons établi l'hypothèse opérationnelle suivante : la proximité du cadre de santé influence positivement le processus d'autonomisation du professionnel paramédical. L'objet de notre enquête est donc de confronter le regard porté sur les notions de proximité physique et de l'autonomie des professionnels par les cadres de santé et les professionnels paramédicaux. Ainsi nous allons définir la population des enquêtés.

1. Quels en sont les destinataires ?

Comme nous l'avons vu dans notre objet d'enquête, nous souhaitons confronter le regard de deux catégories professionnelles issues de terrain de santé. Le choix du terrain de santé s'est porté sur un centre hospitalier de proximité d'une capacité d'environ 300 lits. Il s'agit d'un établissement public, auquel est rattaché un autre centre hospitalier du groupe hospitalier de

territoire depuis 2018. Ce groupement hospitalier a fusionné depuis le 1^{er} janvier 2021 avec le centre hospitalier universitaire régional (que nous nommerons CHU de rattachement). Ce choix s'est fait suite à une opportunité de stage.

Nous souhaitons enquêter auprès de 2 catégories de population, à savoir d'une part des cadres de santé, d'autre part des professionnels paramédicaux, et ce en fonction de la structuration de l'établissement de santé choisi. Nous envisageons ainsi d'enquêter auprès de 3 cadres de santé et de 5 professionnels paramédicaux soit un nombre total de huit entretiens selon la configuration suivante :

- A) un cadre de santé et un professionnel paramédical d'une même unité de soins, sur un même site du groupe hospitalier ;
- B) un cadre de santé responsable de deux unités de soins différentes et un professionnel paramédical de chaque unité de soins, sur un même site du groupe hospitalier ;
- C) un cadre de santé responsable de deux unités de soins différentes et un professionnel paramédical de chaque unité de soins, sur deux sites différents du groupe hospitalier.

2. Quelles en sont les modalités ?

a) Le choix du type d'enquête

En tant qu'apprentie chercheuse, nous avons opté pour une enquête qualitative, c'est-à-dire enquêter auprès de professionnels de santé et s'attacher à la singularité de leurs propos afin de répondre à notre hypothèse théorique. Cette enquête est élaborée à partir d'entretiens semi-directifs, c'est-à-dire en proposant à l'enquêté quelques points de repères pour guider sa réponse en lien avec une question large, ouverte portant sur les thèmes de recherche. Bien qu'elle soit réalisée à petite échelle, nous pensons que les réponses obtenues nous apporteront des éclairages pour notre analyse.

b) Le modèle d'enquête

Pour réaliser notre enquête, nous avons donc validé avec notre directeur de mémoire notre modèle d'enquête, selon 3 configurations (A, B et C).

Configuration des entretiens

Voici la description des 3 configurations pour réaliser nos huit entretiens, que nous synthétisons en suivant par un schéma (entre parenthèses, nous précisons le codage servant à la transcription des entretiens) :

A) pour une même unité de soins, sur un même site (S1) du centre hospitalier :

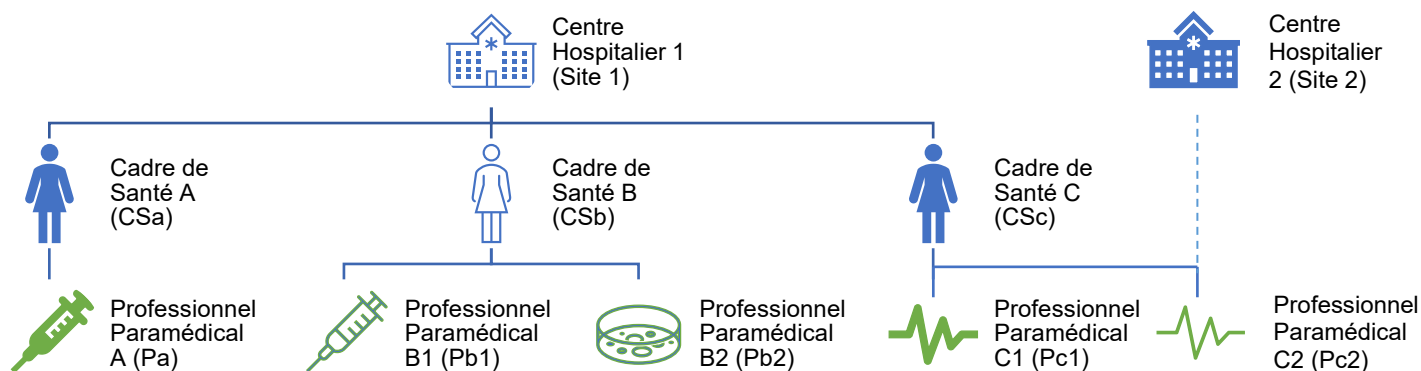
- Auprès du cadre de santé de proximité (CSa)
- Auprès d'un professionnel paramédical (Pa)

B) pour deux unités de soins différentes, sur un même site (S1) du centre hospitalier :

- Auprès du cadre de santé de proximité (CSb)
- Auprès d'un professionnel paramédical exerçant dans chacune des unités de soins, soit deux professionnels (Pb1 et Pb2)

C) pour deux unités de soins différentes, sur deux sites différents (S1 et S2) du centre hospitalier :

- Auprès du cadre de santé de proximité (CSc)
- Auprès d'un professionnel paramédical exerçant dans chacune des unités de soins, soit deux professionnels (Pc1 et Pc2)



Durée de chaque entretien

Pour que cela soit réalisable, nous avons établi avec notre directeur de mémoire une durée d'entretien maximum de **30 minutes**.

Construction de l'entretien

Pour mener à bien nos entretiens, nous avons construit deux guides, un à l'attention des cadres de santé et l'autre à l'attention des professionnels paramédicaux, autour des 3 thèmes suivants :

- La proximité physique du cadre de santé,
- L'autonomie des professionnels paramédicaux,
- L'identification de leur pouvoir d'agir par les professionnels paramédicaux.

Ces guides ont été validés avec notre directeur de mémoire. Nous les présentons ici sous forme synthétique en reprenant les principales questions ouvertes (la version intégrale des guides d'entretien est disponible en annexe II) :

Propos introductifs communs aux deux guides

Présentation personnelle

Présentation du travail de recherche

Présentation du thème, but et durée de l'entretien

Recueil de données de l'enquête : Coordonnées / Sexe / Age / Expérience dans la profession / Ancienneté dans le poste / Périmètre d'encadrement ou d'exercice

CADRES DE SANTE	PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX
Que signifie pour vous être cadre de proximité ?	Pour vous, à quoi correspond la proximité physique du cadre de santé ?
Selon vous, en quoi cette proximité influe sur l'autonomie des professionnels ?	Pensez-vous que la proximité / la présence physique du cadre de santé a des effets sur la qualité de votre pratique professionnelle ? sur votre manière d'exercer ?
Pour vous, à quoi correspond l'autonomie du professionnel paramédical ?	Avez-vous vécu une/des situations où la proximité physique du cadre de santé a influencé votre autonomie professionnelle ?
Selon-vous dans quel registre la proximité influe sur le degré d'autonomie des professionnels ?	Selon vous, comment le cadre de santé gère-t-il sa proximité en lien avec votre autonomie ?
Que faites-vous pour assurer le lien de proximité avec votre/vos équipes lorsque vous êtes absent(e) ?	

Aspects techniques de l'entretien

Le terrain sollicité se situe dans le département de la Vienne, soit à environ 280km de Bordeaux. Le déplacement physique pour la réalisation de chacun des entretiens selon les disponibilités des enquêtés ne s'avère pas possible. De plus, au vu du contexte pandémique dû à la COVID-19, et les mesures sanitaires qui en découlent, il nous est apparu que la réalisation des entretiens grâce aux outils de visio-conférence était la plus appropriée.

Nous avons opté pour l'enregistrement audio et vidéo des entretiens auprès des enquêtés en argumentant la possibilité de transcription ultérieure du contenu de l'entretien, sous couvert d'une anonymisation complète, et d'une destruction des enregistrements à la fin de l'enquête. Nous avons proposé aux enquêtés la possibilité également d'avoir connaissance des transcriptions des entretiens, en gage de transparence.

Cela a également été validé auprès de notre directeur de mémoire.

Nous noterons des effets positifs à la réalisation des entretiens en distanciel, tels qu'une facilité dans la disponibilité des enquêtés, la simplicité de l'outil de visio-conférence ne nécessitant pas de matériel spécifique hormis une caméra et un micro (disponibles sur ordinateur, tablette ou smartphone). Chacun des enquêtés avait au moins un de ces matériels à disposition. De plus, nous avons pu réaliser les entretiens en face à face sans masque, ce qui permettait d'avoir une lecture des comportements non verbaux également.

Cependant, l'utilisation du distanciel a montré quelques travers, comme la qualité de connexion internet, le type de matériel et son utilisation (par exemple, le smartphone est tenu à bout de bras, réduisant le champ visuel au visage, pas de visibilité du buste entier, donc difficulté à percevoir les mouvements des mains).

c) Calendrier de l'enquête

Demande d'autorisation d'enquêter

Sous couvert de validation de notre directeur de mémoire, nous avons sollicité la coordinatrice des soins et le directeur des soins d'un centre hospitalier du Groupe Hospitalier Nord-Vienne (86) dans lequel nous avons réalisé un stage précédemment.

Une demande d'autorisation d'enquêter leur a été envoyée par courrier électronique le 1^{er} mars 2021 (Cf. annexe III). Cette demande exposait l'objet de l'enquête et la configuration recherchée pour les entretiens. Le 3 mars, nous avons reçu une réponse positive, confirmant la disponibilité des cas de figure sur le centre hospitalier, et indiquant les coordonnées des cadres de santé concernés.

Planification des entretiens

Une prise de contact par téléphone auprès des cadres de santé concernés a été réalisée le 5 mars 2021. Un courrier électronique leur a été adressé le même jour pour leur exposer plus précisément l'objet et les modalités de l'enquête. (Cf. annexe IV)

Ce sera donc chaque cadre qui sollicitera un ou deux professionnels paramédicaux sur la base du volontariat afin de répondre à l'enquête.

La planification des entretiens s'est faite entre le 9 et le 24 mars à raison de un à deux entretiens par jour, soit sur une période de trois semaines, afin de correspondre aux disponibilités des différents enquêtés et à leur choix de lieu (lieu de travail ou domicile).

B. Méthodologie d'analyse

Afin d'extraire le plus objectivement possible les données issues des entretiens, nous avons d'abord procédé à une transcription à l'écrit des entretiens enregistrés. A l'aide d'un logiciel informatique, nous avons pu extraire une transcription rédigée des enregistrements vocaux faits lors des visio-conférences. Nous avons repris ensuite chaque entretien filmé en visio-conférence pour vérifier la cohérence de la transcription écrite, et notifier le langage non verbal utilisé dans ces entretiens. Afin de mieux nous repérer dans notre analyse, nous avons numéroté chaque ligne des entretiens permettant un référencement précis des verbatim. Nous avons procédé ensuite à une relecture minutieuse de chaque entretien pour en rédiger une synthèse dans laquelle nous avons tenté de classer le plus fidèlement et objectivement les verbatim selon les thèmes formalisés dans les guides d'entretiens. A la suite de ça, nous avons repris pour la totalité des entretiens dans une logique inférentielle, les verbatim correspondant aux thèmes formalisés. Les tableaux ci-dessous ont servi à l'analyse et synthétisent les thèmes formalisés des guides d'entretien.

Tableau récapitulatif du guide d'entretien à l'attention des cadres de santé

Concepts investigués	Indicateurs	Questions de relance
CADRE DE PROXIMITE <i>Que signifie pour vous être cadre de proximité ?</i>	Mesures de la proximité physique du cadre de santé auprès de son équipe	<i>Dans quelles mesures associez-vous la proximité physique auprès des professionnels ?</i>
	Impact sur la posture managériale	<i>Est-ce important dans votre posture managériale ? pourquoi ?</i>
DEVOIR DE PROXIMITE <i>Pensez-vous en tant que cadre de proximité, que vous devez vous tenir proche en permanence des professionnels ?</i>	Réponse positive ou négative	<i>Pourquoi ?</i>
	Comment cela se traduit	
EFFETS DE LA PROXIMITE DU CADRE SUR AUTONOMIE DES PROFESSIONNELS <i>Selon vous, en quoi cette proximité influe sur l'autonomie des professionnels ?</i>	Effets positifs Effets négatifs	<i>Cela influe-t-il favorablement ou non ?</i>
	Degré de présence physique	<i>Selon vous, existe-t-il un degré minimal de présence physique ?</i>
AUTONOMIE DES PROFESSIONNELS <i>Pour vous, à quoi correspond l'autonomie du professionnel paramédical ?</i>	Définition de l'autonomie du professionnel paramédical	<i>Distinguez-vous des types, des domaines d'autonomie ?</i>
	Types d'autonomie du professionnel paramédical	
REGISTRE DE L'AUTONOMIE DES PROFESSIONNELS INFLUENCE PAR LA PROXIMITE DU CADRE <i>Selon-vous dans quel registre la proximité influe sur le degré d'autonomie des professionnels ?</i>	Types de registres nommés : - organisationnel - émotionnel - identification de l'autonomie	<i>Pensez-vous que le fait d'être proche physiquement du professionnel lui permet de reconnaître son autonomie ? Si oui, pourquoi ? Si oui, comment ?</i>
PERMANENCE DU LIEN DE PROXIMITE L'ENCADREMENT <i>Que faites-vous pour assurer le lien de proximité avec votre/vos équipes lorsque vous êtes absent(e) ?</i>	Moyens, outils mis en œuvre nommés : - téléphone - mail - remplacement - délégation	<i>En cas de congés par exemple ou de repos ? En cas d'absence pour un temps institutionnel (réunion) ? En cas de déplacement sur une autre unité / sur un autre site ?</i>

Tableau récapitulatif du guide d'entretien à l'attention des professionnels paramédicaux

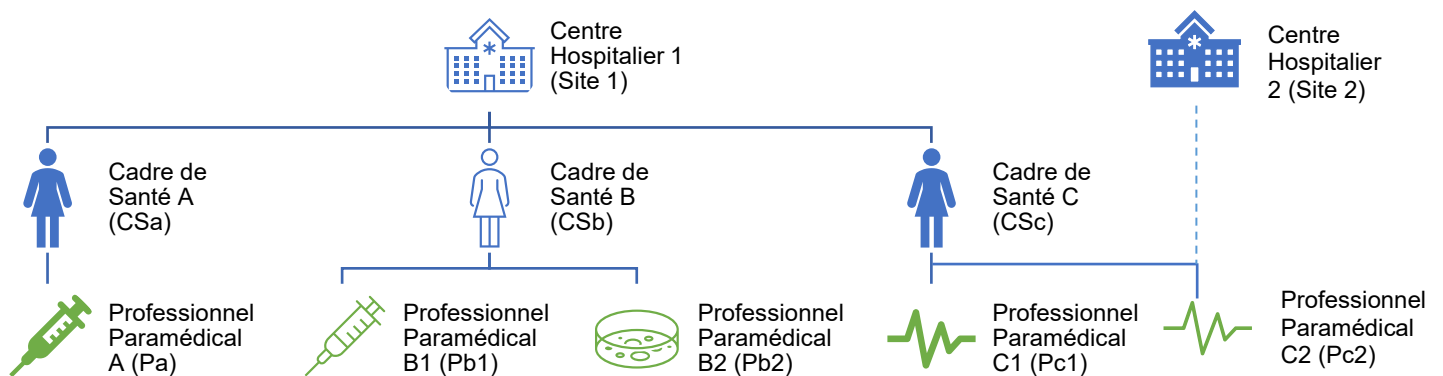
Concepts investigués	Indicateurs	Questions de relance
PROXIMITE PHYSIQUE DU CADRE DE SANTE <i>Pour vous, à quoi correspond la proximité physique du cadre de santé ?</i>	Mesures de la proximité physique du cadre de santé auprès de son équipe	
EFFETS DE LA PROXIMITE PHYSIQUE DU CADRE SUR PRATIQUE PROFESSIONNELLE <i>Pensez-vous que la proximité / la présence physique du cadre de santé a des effets sur la qualité de votre pratique professionnelle ? sur votre manière d'exercer ?</i>	Effets positifs Effets négatifs	<i>Si oui, pourquoi ?</i>
	Typologie d'effets	<i>Quels sont ces effets ?</i>
AUTONOMIE PROFESSIONNELLE ET PROXIMITE DU CADRE <i>Avez-vous vécu une/des situations où la proximité physique du cadre de santé a influencé votre autonomie professionnelle ?</i>	Exemple d'effets de la proximité du cadre sur l'autonomie du professionnel	<i>Racontez-moi</i> <i>Reformulation : avez-vous vécu une situation où le fait que le cadre soit à proximité de vous a influencé votre pratique ?</i>
PERMANENCE DU LIEN DE PROXIMITE DE L'ENCADREMENT <i>Selon vous, comment le cadre de santé gère-t-il sa proximité en lien avec votre autonomie ?</i>	Type de registre dans la pratique professionnelle influencé par la proximité du cadre - organisationnel - émotionnel - autonomie	<i>Lorsqu'il est absent, observez-vous un manque pour votre pratique professionnelle ?</i>
	Moyens, outils mis en œuvre nommés : - téléphone - mail - remplacement - délégation	<i>Lorsqu'il est absent, identifiez-vous les moyens que votre cadre de santé met en place pour que vous soyez autonome ?</i>

II. RESULTATS DE L'ENQUETE

Après avoir décrit l'enquête dans son modèle et sa méthodologie d'analyse, nous allons dans cette partie décrire les résultats obtenus lors de notre enquête. Nous commencerons par donner les résultats issus de l'échantillon d'enquêtés puis nous exposerons les conditions de réalisation des entretiens. Enfin, nous décrirons les données de discours recueillies lors des entretiens est classées en fonction des thèmes formalisés dans les guides d'entretien.

A. Description des enquêtés

Nous avons pu réaliser les 8 entretiens prévus dans notre configuration d'enquête. Pour rappel reprenons le schéma de la configuration des entretiens :



1. L'échantillon d'enquêtés

Concernant l'échantillon de répondants, nous avons réalisé notre enquête auprès de 3 cadres de santé et de 5 professionnels paramédicaux, dont les filières métiers se sont avérées différentes. Dans le recueil de données, nous avons opté pour faire une distinction entre les réponses des cadres de santé et les réponses des professionnels paramédicaux. Dans le chapitre descriptif des données, nous établirons un recueil de données comparatif entre ces réponses apportées par chacune des catégories de répondants.

Les données socio-démographiques sont regroupées dans le tableau ci-dessous. Nous y indiquons également le codage utilisé pour l'analyse des entretiens réalisés.

a) Cadres de santé

CODAGE	CSa	Csb	CSc
Sexe	F	F	F
Age	41 ans	47 ans	35 ans
Périmètre d'encadrement	5 unités de l'EHPAD rattaché au centre hospitalier	Soins de Suite et Réadaptation Laboratoire de biologie médicale	Imagerie médicale
Site d'encadrement	Site 1	Site 1	Sites 1 et 2
Nombre d'équipes paramédicales	1	2	2
Filière métier	IDE	IDE	IDE
Date diplôme	2001	1996	2007
Diplôme cadre de santé	2013	2009	2017
Ancienneté poste	2017 soit 4 ans	2019 soit 2 ans	2017 pour site 1 = 4 ans 2018 pour site 2 = 3 ans

Les 3 cadres de santé répondant aux entretiens sont des femmes, l'âge médian est de 41 ans. Elles sont toutes issues de la filière métier infirmier. Elles ont toujours exercé au centre hospitalier du Site 1. En moyenne, elles ont exercé 11,6 ans (écart-type = 1.25) en tant que professionnelles paramédicales avant d'être diplômées cadre de santé. Cela fait en moyenne 3,16 ans (écart-type = 0.85) qu'elles ont pris le poste de cadre de santé dans le périmètre d'encadrement actuel.

b) Professionnels paramédicaux

CODAGE	Pa	Pb1	Pb2	Pc1	Pc2
Sexe	F	F	F	F	F
Age	48 ans	46 ans	50 ans	38 ans	30 ans
Unité d'exercice	5 unités de vie de l'EHPAD	Soins de Suite et Réadaptation	Laboratoire de biologie médicale	Imagerie médicale	Imagerie médicale
Site d'exercice	Site 1	Site 1	Site 1	Site 1	Site 2
Filière métier	IDE	IDE	TLM	MERM	MERM
Date diplôme	2014	1997	1991	2004	2011
Ancienneté poste	7 ans	14 ans	30 ans	14 ans	2 ans
Autres	Avant 2014 ASH puis AS	1998-2007 : centre de rééducation fonctionnelle Haute Saône (70)	Depuis 1991 Site 1	2004-2007 : CHU de rattachement	Expérience professionnelle dans l'ouest de la France auparavant

Notre modèle d'enquête initialement prévoyait d'interviewer des professionnels paramédicaux de filière métier non prédéterminée. Lorsque nous avons demandé l'autorisation d'enquêter auprès de la coordinatrice des soins du centre hospitalier, c'est elle qui nous a adressé les contacts des cadres de santé dont les périmètres d'encadrement répondaient à la configuration de notre modèle d'enquête. De plus, chaque cadre de santé a proposé aux professionnels paramédicaux exerçant dans ces périmètres d'encadrement de répondre à l'enquête sur la base du volontariat. Nous observons donc les résultats : d'un modèle d'enquête où il n'y avait pas de catégorie professionnelle pré déterminée, nous obtenons une population de répondants aux catégories professionnelles diverses. Nous avons donc pu échanger avec 2 Infirmières (IDE), 1 Technicienne de Laboratoire Médical (TLM) et 2 Manipulatrices en Electro-Radiologie Médicale (MERM).

D'un point de vue général, les professionnels sont exclusivement des femmes, nous parlerons désormais de professionnelles paramédicales. L'âge médian est de 46 ans. En moyenne, cela fait 17,6 ans (écart-type = 8,55) que les professionnelles paramédicales exercent le métier issu

de leur dernier diplôme obtenu. L'ancienneté médiane sur le poste actuel des professionnelles paramédicales est de 14 ans. Deux d'entre elles ont toujours exercé au centre hospitalier du Site 1. Trois d'entre elles ont eu une expérience professionnelle ailleurs qu'au Site 1. Enfin, une des deux IDE a eu un parcours issu de promotion professionnelle.

Après avoir vu les données de l'échantillon enquêté, nous allons établir un descriptif des conditions de réalisation des entretiens.

2. Conditions de réalisation

Dans cette partie, nous décrirons la durée, les aspects techniques des entretiens et la réalisation de l'enquête en termes de calendrier.

a) Durée des entretiens

Nous avons donc réalisé huit entretiens. Pour rappel, la durée prévue des entretiens était d'environ 30 minutes par entretien. La durée réelle moyenne des entretiens est de 33 minutes et 38 secondes (écart-type = 2.46).

b) Aspects techniques des entretiens

Nous noterons des effets positifs à la réalisation des entretiens en distanciel, tels qu'une facilité dans la disponibilité des enquêtés, la simplicité de l'outil de visio-conférence ne nécessitant pas de matériel spécifique hormis une caméra et un micro (disponibles sur ordinateur, tablette ou smartphone). Chacun des enquêtés avait au moins un de ces matériels à disposition. De plus, nous avons pu réaliser les entretiens en face à face sans masque, ce qui permettait d'avoir une lecture des comportements non verbaux également.

Cependant, l'utilisation du distanciel a montré quelques travers, comme la qualité de connexion internet, le type de matériel et son utilisation (par exemple, le smartphone est tenu à bout de bras, réduisant le champ visuel au visage, pas de visibilité du buste entier, donc difficulté à percevoir les mouvements des mains).

c) Réalisation de l'enquête

Les entretiens se sont déroulés entre le 9 et le 24 mars, à raison d'un à deux entretiens par jour. Nous avons récapitulé dans le tableau suivant la réalisation de ces entretiens.

Tableau récapitulatif de la réalisation des entretiens

DATE ENTRETIEN	N° ENTRETIEN	CODAGE INTERVIEWE	QUALITE	PERIMETRE D'ACTIVITE	DUREE ENTRETIEN
09/03/2021	1	CSa	Cadre de santé	1 étage de 5 unités EHPAD – site 1	37' 34''
09/03/2021	2	Pa	IDE	1 étage de 5 unités EHPAD – site 1	36' 19''
11/03/2021	3	CSc	Cadre de santé	Imagerie médicale sites 1 et 2	33' 53''
12/03/2021	4	Pc2	MERM	Imagerie médicale site 2	29' 12''
12/03/2021	5	Pc1	MERM	Imagerie médicale Site 1	31' 17''
19/03/2021	6	CSb	Cadre de santé	SSR / laboratoire Site 1	33' 32''
22/03/2021	7	Pb1	IDE	SSR site 1	33' 12''
24/03/2021	8	Pb2	TLM	Laboratoire médical site 1	34' 06''

Maintenant que nous avons établi une description de l'échantillon auprès duquel s'est réalisée notre enquête, et ses conditions de réalisation, nous allons établir un descriptif des données obtenues lors de ces entretiens.

B. Description des données de discours

Afin d'établir une analyse descriptive des données issues des entretiens, nous avons dans un premier temps effectué une analyse descriptive de chaque entretien (analyse « verticale »). A titre d'exemple, nous plaçons en annexe V une transcription et une analyse descriptive d'un entretien choisi comme remarquable : nous avons rencontré des difficultés à enquêter auprès de la professionnelle qui ne parvenait pas à trouver de réponses (les transcriptions et analyses descriptives des autres entretiens sont disponibles dans le dossier « annexe entretiens »). Puis nous avons réalisé une analyse inférentielle (analyse « horizontale ») de tous les entretiens, établie à partir d'une classification des données de discours par thèmes formalisés dans les guides d'entretiens (à titre d'exemple, le tableau ayant permis l'analyse inférentielle du 1^{er} thème apparaît dans le paragraphe du thème (1). L'intégralité des tableaux permettant l'analyse inférentielle est disponible en annexe VI).

Pour rappel, les thèmes formalisés sont :

- L'encadrement de proximité (1) ;
- Les effets de la proximité physique du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux (2) ;
- L'autonomie des professionnels paramédicaux (3) ;
- La gestion par le cadre de santé du lien de proximité auprès de son équipe (4) ;

Enfin, nous verrons qu'au décours des entretiens, des éléments nouveaux apparaissent (5).

Etant donné que nous avons interviewé deux catégories de professionnels, à savoir les cadres de santé d'un côté, et les professionnels paramédicaux de l'autre, nous faisons apparaître cette distinction dans notre recueil de résultats, pour chaque thème annoncé.

1. L'encadrement de proximité

A titre d'exemple, voici le tableau que nous avons utilisé pour réaliser l'analyse inférentielle des entretiens pour ce thème :

ANALYSE INFERENTIELLE – CADRES DE SANTE

Que signifie pour vous être cadre de proximité ? (1)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<p>Représentations du cadre de proximité par les cadres de santé (CS) (1)</p>	<p>Eléments de sens signifiant</p>	<p>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</p>
<p>« Être proche de ses équipes et disponible [...] autant que faire se peut » (ligne 76, CSb, E6)</p> <p>« D'être à l'écoute » et pouvoir « répondre aux sollicitations » (ligne 81, CSb, E6)</p> <p>« Connaître ses équipes suffisamment bien pour être capable d'agencer les compétences à l'activité » (ligne 67, CSc, E3).</p> <p>« C'est aussi les connaître suffisamment pour porter leur projet individuel » (ligne 71, CSc, E3)</p> <p>« C'est être suffisamment présente, euh, pour pallier les difficultés quotidiennes » (ligne 79, CSc, E3)</p> <p>« Pour pouvoir travailler avec eux » (ligne 84, CSc, E3)</p> <p>« Ça peut permettre à certain moment donné de leur vie et de leur carrière du coup de mettre en place des actions pour que tout se passe bien dans le service » (ligne 192, CSc, E3).</p>	<p>Pour les 3 CS, être cadre de proximité est le fait d'être proche de ses équipes, d'être disponible, d'être à l'écoute.</p> <p>1 des CS ajoute qu'être cadre de proximité c'est connaître son équipe sur le plan collectif, comme sur le plan individuel. C'est également connaître ses collaborateurs pluridisciplinaires, notamment l'équipe médicale</p>	<p>Définition de cadre de proximité</p>

<i>Dans quelles mesures associez-vous la proximité physique auprès des professionnels ? (1)</i>	<i>Éléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« <i>Ma porte de bureau est toujours ouverte, donc elles savent que voilà, elles peuvent passer...</i> » (ligne 90, CSa E1)</p> <p>« <i>La communication, le partage, l'écoute [...] être attentive à leurs besoins</i> » (ligne 95, CSb, E6)</p> <p>« <i>Un petit signe</i> » (ligne 299, CSb, E6)</p> <p>« <i>C'est pas grand-chose, mais aller les voir, leur demander, leur dire bonjour et leur demander si ça va</i> » (ligne 162, CSb E6)</p> <p>« <i>Tout dépend de la dynamique de l'équipe, de ce que l'équipe attend du cadre [...] de l'autonomie laissée à l'équipe et de ce que l'équipe en fait</i> » (ligne 103, CSc E3).</p> <p>« <i>Le fait de ne pas être là physiquement, ça n'empêche pas la communication</i> » (ligne 106, CSc E3)</p> <p>« <i>Ça n'empêche pas d'être, de se tenir présente pour les équipes</i> » (ligne 110 CSc E3).</p>	<p>La CS (responsable d'une équipe sur un site) associe sa proximité physique au fait que sa porte de bureau soit toujours ouverte à l'équipe.</p> <p>Les 3 CS se rejoignent pour dire que la proximité se traduit par la communication, l'écoute, l'attention qu'elles vont porter à leur équipe.</p> <p>La CS responsable de deux équipes sur deux sites différents ajoute qu'elle peut être présente pour l'équipe sans pour autant être physiquement avec elle. Cela n'empêche pas la communication.</p> <p>Elle aborde également le fait que cela dépend aussi de l'équipe.</p>	<p>Mesures de la proximité physique du cadre de santé auprès de son équipe : physique, sociale</p>
<p><i>Est-ce important dans votre posture managériale ? pourquoi ? (1)</i></p>	<p><i>Éléments de sens signifiant</i></p>	<p><i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i></p>
<p>« <i>C'est un mode de management qui est important</i> » (ligne 387 CSa E1)</p> <p>« <i>C'est essentiel</i> » (ligne 188 CSb E6)</p>	<p>Les 3 CS se rejoignent sur le fait que la proximité en tant que cadre est importante voire essentielle.</p>	<p>Impact sur posture managériale</p>

Pensez-vous en tant que cadre de proximité, que vous devez vous tenir proche en permanence des professionnels ? (1)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Sentiment de devoir de proximité de la part du cadre de santé (1)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« <i>Un mode de management qu'on propose</i> » (ligne 118, CSa, E1)</p> <p>« <i>On peut pas tous les jours malheureusement, se détacher et être au quotidien...</i> » (ligne 375, CSa, E1).</p> <p>« <i>C'est une évidence et c'est un devoir</i> » (ligne 204, CSb, E6)</p> <p>« <i>Si vous êtes pas présent, vous voyez pas que les agents vont pas bien</i> » (ligne 192, CSb, E6)</p> <p>« <i>Le cadre est pas indispensable</i> » (ligne 605, CSa, E1)</p> <p>« <i>Le travail, il se fait sans lui et ce qui est plutôt bien et heureusement d'ailleurs</i> » (ligne 624, CSa, E1).</p>	<p>1 CS (responsable d'une équipe sur un site) pense que c'est un mode de management plutôt qu'un devoir. Elle rappelle qu'elle ne peut être quotidiennement auprès de ses équipes.</p> <p>1 CS (responsable de deux équipes sur un site) pense que c'est un devoir, même une évidence. Pour elle c'est le socle de la communication avec les professionnels.</p> <p>Les 3 CS se rejoignent sur le fait que pour une durée certaine, l'équipe peut fonctionner sans le cadre de santé.</p>	<p>Devoir de proximité</p>

ANALYSE INFERENTIELLE – PROFESSIONNELLES PARAMEDICALES

Pour vous, à quoi correspond la proximité physique du cadre de santé ? (1)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Représentations de la proximité physique du cadre de santé chez le professionnel paramédical (1)</i>	<i>Éléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« La proximité physique, pour moi, ça va être déjà son temps en présentiel (hoche la tête) dans le, euh ... au sein du service, de façon à pouvoir échanger tant sur les difficultés que sur les axes d'amélioration, ou euh, ... voilà. Euh... Et puis effectivement, peut être aussi, alors c'est peut-être un peu en parallèle, mais aussi sa capacité d'écoute vis-à-vis de l'équipe, hein » (ligne 33, Pb2, E8)</p>	<p>Les 5 professionnelles se rejoignent sur le fait que la proximité physique du cadre correspond à une écoute. Pour une des professionnelles, elle se définit par le temps en présentiel du cadre de santé dans l'unité.</p>	<p>Définition de la proximité physique du cadre de santé</p>
<p>« Mais voilà, c'est ça, c'est vraiment, se confondre, enfin euh, ... s'intégrer dans l'équipe en fait. Et pas à dire « bah moi, je suis dans mon bureau, je suis cadre ». Voilà. Pour moi, c'est ça être proche. Voilà tout en... Voilà, c'est pas du copinage, enfin c'est pas, euh ... voilà tout en gardant son poste mais vraiment euh, ... Ouais, s'intégrer à l'équipe quoi. Quand on fait un repas de service, on ne l'oublie pas, voilà, par exemple (sourire) ! » (Ligne 451, Pc1, E5)</p>	<p>La proximité physique du cadre de santé se traduit par le fait que le cadre de santé soit intégré au sein de l'équipe. Elle est dépendante en fonction des personnes</p>	
<p>« Je pense que c'est une question de personne aussi. C'est une question de personnes, c'est une question de distance qu'on veut avoir aussi avec ses agents. Alors on peut être proche de ses agents, sans copiner non plus hein, c'est pas question de ça. Je pense que c'est vraiment une question de personne hein... Le fait d'être proche ou pas, ça dépend ce que veut le cadre aussi par rapport à son équipe » (ligne 390, Pc1, E5)</p>		
<p>« On peut être proche des gens, mais, euh, ... garder une barrière, en fait » (ligne 418, Pc1, E5)</p>		

<i>Identification de la proximité physique du cadre de santé auprès des équipes (1)</i>	<i>Éléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« C'est le fait quand elle arrive le matin, qu'elle passe dans les laboratoires voir si tout va bien. » (Ligne 240, Pb2, E8)</p> <p>« Donc ça déjà, c'est un premier lien, je dirais, euh, ... sur le fait que voilà on va pouvoir échanger dès le départ. Bah après quand elle est dans son bureau, qu'on puisse aller la voir et puis euh, ... s'il y a quelque chose voilà, pouvoir échanger avec elle. » (Ligne 251, Pb2, E8)</p>	<p>1 des professionnelles rappelle que le passage quotidien de la CS est un des 1er liens de proximité entre CS et équipe</p>	<p>Mesures de la proximité physique du cadre de santé auprès de l'équipe</p>
<p>« Bah c'est obligatoire ! Ouais, non, c'est obligatoire parce que, quand on les sollicite, c'est qu'on a un souci et en général, c'est pas un petit souci. C'est un souci de personnel, c'est un souci, euh... » (ligne 650, Pb2, E8)</p> <p>« Mais bon voilà il faut que soit finalisé, et puis validé par une cadre pour euh, ... questions d'assurance ou autre » (ligne 659, Pb2, E8)</p>	<p>1 des professionnelles rappelle qu'il est obligatoire de pouvoir se référer au CS, c'est un devoir.</p>	<p>Devoir de proximité du cadre de santé</p>

L'utilisation de ces tableaux d'analyse inférentielle permet de regrouper les verbatim de l'ensemble des entretiens, d'en extraire des éléments de sens signifiant, et d'effectuer une classification au regard des indicateurs que nous avons formulé dans notre méthodologie d'analyse.

a) Définition de l'encadrement de proximité

Concernant la définition de la proximité du cadre de santé, il s'avère que la formulation de la question auprès des cadres de santé est différente de celle formulée auprès des professionnelles paramédicales. Dans ce paragraphe, nous faisons la distinction dans les définitions apportées par les deux catégories de population enquêtée.

Définition de cadre de proximité selon les cadres de santé

Nous demandons aux cadres de santé « que signifie pour vous être cadre de proximité ? ». Pour les 3 cadres de santé, le cadre de proximité est celui qui se tient proche de son équipe, qui est à l'écoute et disponible : « *Être proche de ses équipes et disponible [...] autant que faire se peut* » (ligne 76, CSb, E6). Une des trois cadres apporte une définition plus précise comme quoi être cadre de proximité c'est connaître son équipe sur les plans collectif et individuel, connaître ses collaborateurs pluridisciplinaires, notamment médicaux, « *ça peut permettre à certain moment donné de leur vie et de leur carrière du coup de mettre en place des actions pour que tout se passe bien dans le service* » (ligne 192, CSc, E3).

Définition de la proximité physique du cadre de santé selon les professionnelles paramédicales

Nous demandons aux 5 professionnelles paramédicales ce à quoi correspond, pour elles, la proximité physique du cadre de santé. Elle est une écoute pour les 5 professionnelles, et selon une des professionnelles (TLM), elle est aussi mesurable par le temps passé au sein de l'unité :

La proximité physique, pour moi, ça va être déjà son temps en présentiel [...] au sein du service, de façon à pouvoir échanger tant sur les difficultés que sur les axes d'amélioration, ou euh, ... voilà. Euh... Et puis effectivement, peut être aussi, alors c'est peut-être un peu en parallèle, mais aussi sa capacité d'écoute vis-à-vis de l'équipe, hein (ligne 33, Pb2, E8).

b) Mesures de la proximité physique du cadre de santé auprès de l'équipe

Selon les 3 cadres de santé

La proximité physique du cadre se traduit, par la communication, l'écoute, l'attention qu'elles vont porter à leur équipe. Concrètement, il s'agit de la « *porte de bureau est toujours ouverte, donc elles savent que voilà, elles peuvent passer...* » (ligne 90, CSa E1), ou encore de petits signaux : « *c'est pas grand-chose, mais aller les voir, leur demander, leur dire bonjour et leur demander si ça va* » (ligne 162, CSb E6).

La cadre de santé, responsable de deux équipes sur deux sites distincts, aborde le fait que la proximité du cadre n'est pas uniquement physique : « *le fait de ne pas être là physiquement, ça n'empêche pas la communication* » (ligne 106, CSc, E3), « *ça n'empêche pas d'être, de se tenir présente pour les équipes* » (ligne 110 CSc, E3). Elle précise également que la proximité du cadre dépend d'autres facteurs tels que « *la dynamique de l'équipe, de ce que l'équipe attend du cadre [...] de l'autonomie laissée à l'équipe et de ce que l'équipe en fait* » (ligne 103, CSc E3).

Selon les 5 professionnelles paramédicales

La proximité physique du cadre de santé est dépendante selon les personnes « *Le fait d'être proche ou pas, ça dépend ce que veut le cadre aussi par rapport à son équipe* » (ligne 393, Pc1, E5). Elle se traduit par l'intégration du cadre au sein de l'équipe. Il ne fait pas la distinction entre lui et son équipe : « *bah moi, je suis dans mon bureau, je suis cadre* » (ligne 452, Pc1, E5).

c) Posture managériale

Selon les 3 cadres de santé

La proximité est très importante dans la posture managériale du cadre de santé, elle est même essentielle (ligne 188, CSb, E6).

Selon les professionnelles paramédicales

Bien que la question ne leur ait pas été posée clairement en ce sens, des éléments de réponses des professionnelles nous donnent leurs représentations de la posture managériale attendue. En effet, 4 professionnelles distinguent les « bons » cadres, qui se mettent « *sur le même pied*

d'égalité » que leur équipe, des « mauvais » cadres, qui font la distinction entre eux et leur équipe « *Voilà, je suis cadre, tu es agent* » (Ligne 431, Pc1, E2).

d) Devoir de proximité du cadre de santé

Selon les cadres de santé

Nous observons une divergence d'opinion selon les 3 cadres de santé :

- Pour un cadre de santé (responsable d'une équipe sur un site), ce n'est pas un devoir mais « *un mode de management qu'on propose* » (ligne 118, CSa, E1) en rappelant qu'elle ne peut être quotidiennement auprès des équipes du fait des organisations.
- Pour un autre cadre de santé (responsable de deux équipes sur un même site), « *c'est une évidence et c'est un devoir* » (ligne 204, CSb, E6) en rappelant que c'est le socle de la communication avec les professionnels.

Selon les professionnelles paramédicales

Une des professionnelles (TLM) rappelle qu'il est obligatoire de pouvoir se référer à un cadre de santé en permanence : « *c'est obligatoire parce que, quand on les sollicite, c'est qu'on a un souci et en général, c'est pas un petit souci. C'est un souci de personnel, c'est un souci, euh...* » (ligne 651, Pb2, E8).

e) Degré minimum de présence/proximité physique

Selon les cadres de santé

Les 3 cadres s'accordent sur le fait qu'il existe véritablement un minimum de présence, avec quelques distinctions :

- Pour les deux cadres responsables d'équipe sur le même site, la proximité physique se mesure par « *un passage quotidien dans les unités* » (ligne 80, CSa, E1) ;
- Pour le cadre responsable de deux équipes sur deux sites distincts, ce minimum peut être « *fluctuant dans le temps* », en fonction des besoins de l'équipe (ligne 214, CSc, E3).

Selon les professionnelles paramédicales

Pour une des professionnelles (TLM), la proximité physique du cadre de santé c'est un passage dans les unités pour rencontrer les équipes de façon régulière voire quotidienne (ligne 241, Pb2, E8).

2. Les effets de la proximité physique du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux

Dans ce paragraphe, nous exposons tout d'abord les effets perçus de la proximité du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux, rapportés communément par les cadres de santé et les professionnelles paramédicales. Ensuite, nous exposerons les effets perçus par les cadres de santé uniquement. Enfin, nous exposerons les effets perçus par les professionnelles paramédicales uniquement.

Nous rappelons en introduction que lorsque nous demandons aux professionnelles paramédicales si la proximité physique du cadre de santé peut avoir des effets sur la qualité de leur pratique professionnelle, toutes répondent par la négative : « *Pour ma qualité de travail, moi, ça change rien, si elle est présente ou absente.* » (ligne 94, Pb2, E8). Il n'y a pas, pour elles, d'influence directe de la proximité physique du cadre sur leur pratique professionnelle. Chaque professionnelle paramédicale évoque des effets indirects de la proximité physique du cadre sur leur pratique. « *En premier lieu, je pense pas que ça agisse, euh..., directement. Mais indirectement peut être, euh, du fait que je sais où la trouver rapidement si besoin* » (ligne 116, Pb1, E7).

Les cadres de santé, quant à elles, ne font pas part d'une différence d'influence (directe ou indirecte) de leur proximité physique sur la pratique des professionnelles.

a) Effets perçus communément

Concernant les effets perçus communément de la proximité du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux nous relevons des effets positifs et négatifs.

(a) Effets positifs

(i) Effet rassurant

Pour les 3 cadres de santé, la proximité du cadre a un effet rassurant, apaisant sur l'équipe dans le sens qu'« *être au quotidien et voir ce qui va, ce qui ne va pas sur le terrain rapidement, ça permet tout de suite de désamorcer, de trouver des solutions avec les équipes* » (ligne 146, CSa, E1). Elle permet également de créer un lien et une relation de confiance entre le cadre de santé et son équipe.

Les 5 professionnelles sont d'accord sur le fait que la proximité physique du cadre est rassurante dans leur pratique quotidienne. « *Disons que c'est confortable quand elles sont là. Euh, ... on sait qu'elles sont là, au cas où.* » (Ligne 443, Pb1, E7). Cet effet rassurant s'observe lorsqu'il y a des tensions dans l'équipe, des tensions entre l'équipe et les patients et/ou leur famille, ou encore lorsqu'elles rencontrent des problèmes d'ordres divers qu'elles n'arrivent pas à résoudre seules.

Cette « *épaule sur qui on peut s'appuyer* » (ligne 282, Pa, E2) est aussi confortable dans le sens que le cadre a un effet de baisser la pression. Les professionnelles ont comme un filet de secours dans leur pratique, elles peuvent solliciter leur cadre facilement. « *On va peut-être plus se relâcher, euh ... (rire) ! Ohh, c'est pas qu'on se met la pression, mais on sait qu'elles sont là. Donc voilà, on les appellera peut-être plus pour des bêtises (rire) !* » (Ligne 602, Pb1, E7).

(ii) Effet de rappel à l'ordre, à la règle

Les 3 cadres de santé perçoivent que le cadre de santé doit se montrer à l'équipe, montrer qu'il est bien présent, notamment pour éviter les dérives : « *c'est important quand même de montrer qu'on s'investit dans le service et puis qu'on est là quand même* » (ligne 182, CSc, E3).

Les 5 professionnelles évoquent que lorsque le cadre de santé est présent physiquement, une rigueur est perçue au sein de l'équipe, au niveau des horaires de travail, des pratiques professionnelles, etc. :

Dès qu'il y a un cadre sur place ils sont quand même ... (hésitation) plus professionnels, ils arrivent à l'heure. Et ils travaillent ! (Rire) Alors que c'est vrai que quand y'a pas le cadre sur place qui fait un petit peu régisseur de loi en fait, finalement, donc il y a des petites dérives qui s'organisent et qui persistent (ligne 88, Pc2, E4).

Une des professionnelles décrit que ces rappels se font de façon bienveillante de la part de leur cadre : « *elles savent nous en donner [un coup de pression] un petit peu au cas où, s'il y a besoin (rire) !* » (Ligne 495, Pb1, E7).

(b) Effet négatif

Un effet empêchant de la proximité physique du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux est relevé par les 2 catégories de population enquêtée. Pour deux cadres de santé, une proximité excessive du cadre auprès de son équipe peut l'empêcher d'être autonome, d'une part car le cadre de santé peut avoir tendance à faire à leur place (ligne 270, CSa, E1), d'autre part car l'équipe peut être tentée de prendre moins d'initiatives. « *Elles*

prennent moins d'initiatives parce qu'il y a toujours un cadre de présent » (ligne 237, CSb, E6).

Une des professionnelles (IDE EHPAD) évoque, par son vécu antérieur, qu'un cadre trop présent auprès de son équipe parce qu'il contrôle tout en permanence, entraîne une perte de confiance des professionnels en eux : *« enfin d'être constamment tout le temps derrière nous, euh ... du coup on a cette perte de confiance. Et quand on a cette perte de confiance, forcément on peut rien faire. On fera rien du tout hein. Tout ce qu'on fera ce sera minable. »* (Ligne 537, Pa, E2).

b) Effets perçus par les cadres de santé

Nous relevons un effet perçu de la proximité physique du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux, rapportés par les cadres de santé uniquement, que nous nommons « la solitude de l'équipe ».

Deux cadres de santé (responsable d'une équipe sur un site et responsable de deux équipes sur deux sites distincts) relèvent qu'une absence trop longue du cadre de santé peut amener l'équipe à vivre cela comme de l'abandon, de la solitude. Cet effet peut conduire l'équipe vers des dérives dans son fonctionnement. Une distinction est apportée à ce propos : *« il faut pas confondre l'autonomie et la solitude »* (ligne 172, CSc, E3).

c) Effets perçus par les professionnelles paramédicales

Nous relevons quatre effets perçus de la proximité physique du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux, rapportés uniquement par les professionnelles paramédicales.

(a) Effet de soutien

Le cadre de santé qui est proche physiquement de ses équipes leur amène le sentiment d'être soutenues par lui dans leur projet individuel, dans leur pratique au quotidien dans un sens de cohésion d'équipe, mais également de façon à s'affirmer auprès des pairs et pouvoir prendre des décisions. En effet, une professionnelle (IDE EHPAD) souligne ce soutien dans le sens d'un appui dans les décisions auprès de ses collaborateurs :

C'est vrai que quand le cadre est là, on a l'impression quand même qu'on est un peu plus entendu, euh, y'a plus d'écoute. Y'a plus d'écoute quand même, parce que euh... Parce que

le cadre est là (se redresse) et voilà, y'a la hiérarchie donc du coup bah tout le monde est (se redresse imitant un « garde à vous ») enfin je dis pas que le cadre fait peur mais euh... Mais y'a cette hiérarchie quoi. Donc le fait que oui, qu'elle soit là, il y aura moins de brouhaha, euh... Ce sera plus clair. Enfin, c'est plus clair. (Ligne 452, Pa, E2).

(b) Effet de relation de confiance, esprit d'équipe

En étant proche physiquement des professionnels, le cadre de santé connaît ses équipes et les professionnelles connaissent leur cadre de santé. Cette réciprocité dans la relation humaine de connaître ses collaborateurs amène une relation de confiance entre eux :

Je pense que c'est une question de confiance aussi du coup. (Marque un temps) Et je sais pas si quelqu'un qui est complètement détaché d'un service, euh... C'est pas qu'il y a pas une relation de confiance, mais je suis pas sûre qu'elle soit aussi profonde finalement. Voilà. (Marque un temps) Et c'est vice versa aussi hein ! (Sourire) Le fait de mieux la connaître, on est pas à dire « Bah ça se trouve là-bas, elle va dire quelque chose. Et puis ici, il a dit autre chose quoi ». Voilà. (Ligne 566, Pc1, E5).

(c) Effet facilitateur

Selon les 5 professionnelles, le fait que le cadre de santé soit physiquement présent dans l'unité est facilitateur pour l'équipe, d'une part parce qu'« on va avoir une interlocutrice à qui on va pouvoir confier certaines tâches et nous délester dans notre travail » (ligne 100, Pb2, E8), d'autre part parce que « le contact est moins facile quand on est au téléphone que de visu » (ligne 149, Pb1, E7).

(d) Effet organisateur

Une des professionnelles (TLM) évoque le fait que la présence physique du cadre de santé permet de mettre en place des organisations pérennes, car la cadre de santé interagit avec son équipe, observe les problèmes organisationnels et propose de construire des solutions avec son équipe :

Oui, voilà, exactement, c'est à dire que là, on a instauré avec [CSb] des commandes. [...] Mais voilà, on a instauré un cadencement des abonnements, donc on sait un peu plus vers où on va concernant les commandes, enfin, nos stocks et nos commandes, pour essayer d'éviter d'être au maximum en rupture. Enfin oui, ne pas tomber en rupture de stock, quoi (ligne 175, Pb2, E8).

3. L'autonomie des professionnels paramédicaux

Les cadres de santé et les professionnelles paramédicales donnent une définition de l'autonomie du professionnel, en distinguant des types et identifient des registres où l'autonomie du professionnel est influencée par la proximité du cadre de santé.

a) Définition de l'autonomie des professionnels paramédicaux

Une définition commune de l'autonomie du professionnel paramédical est donnée par les 2 catégories de population enquêtées. Un professionnel autonome est capable de gérer seul des problèmes du quotidien dans sa pratique professionnelle, « *elles sont capables de faire face à [...] un petit grain de sable et du coup, elles arriveront à faire seules* » (ligne 317, CSb, E6). De plus, une des professionnelles précise que son autonomie en tant que professionnelle est une responsabilité envers elle-même, envers ses pairs, envers les patients ((ligne 109, Pa, E2).

b) Les types d'autonomie des professionnels paramédicaux

3 types d'autonomie sont relevés :

(a) Autonomie cœur de métier

C'est l'autonomie qui correspond à la formation initiale : « *Elles connaissent leur boulot par cœur, elles le font très très bien* » (ligne 499, CSa, E1). En fonction de la formation initiale des professionnels paramédicaux une différence d'autonomie existe :

- En EHPAD, certains professionnels sont formés sur le terrain, ils n'ont pas de formation professionnalisante à proprement parler. Il est nécessaire que le cadre de santé et ou les infirmiers les accompagnent dans leur pratique (Ligne 393, CSa, E1).
- Les infirmières possèdent une autonomie de cœur de métier, elles « *connaissent le secteur par cœur, donc elles sont ressources complètement du service* » (ligne 621, CSa, E1).
- Les MERM sont autonomes dans la gestion des vacations d'examens d'imagerie médicale et la prise en charge des patients : « *enfin qu'il soit là ou pas là finalement nous, notre pratique est forcément la même vu que l'on s'occupe d'un patient* » (ligne 112, Pc2, E4).
- Enfin les TLM sont autonomes dans la réalisation des analyses biologiques :

On fonctionne 24h sur 24, [...] maintenant on était au moins 2/3 du temps seuls au laboratoire. Donc si on est seul au laboratoire, c'est qu'on doit être capable, euh, ... voilà

de pouvoir être sérieuse et travailler de façon, euh, ... de la même qualité tout le temps quoi (ligne 229, Pb2, E8).

(b) Autonomie dans la gestion du matériel et de l'organisation de l'unité

Les professionnelles paramédicales et les cadres de santé s'accordent sur le fait que les professionnels paramédicaux sont autonomes dans :

- La réalisation des commandes (matériels, pharmacie) : « *Alors des commandes : on fait nos inventaires, on fait nos stocks etc.* » (ligne 148, Pb2, E8) ;
- La gestion des pannes de machines ou de matériel :
C'est nous qui téléphonons, envoyons les mails. Enfin, qui essayons de mettre même des fois les mains dans les machines (sourire). Donc c'est vrai que par rapport à ça, ici on est vachement indépendants. [...] On est plus ou moins responsables de toutes ces petites pannes à gérer au quotidien (ligne 382, Pc2, E4) ;
- La prise d'initiatives pour l'organisation du flux des patients : « *Bah on prend des initiatives et bah, [...] Après, on avait pu gérer avec le médecin.* » (Ligne 392, Pb1, E7).

(c) Autonomie dans la gestion des ressources humaines sous couvert de validation de l'encadrement

Les professionnelles paramédicales et les cadres de santé s'accordent sur le fait que les professionnels paramédicaux sont autonomes devant un absentéisme en anticipant une stratégie de remplacement avant l'arrivée du cadre : « *Les 3/4 du temps, on a déjà anticipé sur qui va remplacer l'absente* » (ligne 658, Pb2, E8) ; « *Elles attendent pas d'appeler le cadre d'astreinte. Elles anticipent les choses et elles préviennent après en disant « on a mis ça en place, on a fait ça » »* (ligne 579, CSa, E1).

c) Registres d'influence de l'autonomie du professionnel par la proximité du cadre de santé

Nous recueillons 3 registres dans lesquels l'autonomie du professionnel est influencée par la proximité physique du cadre de santé :

(a) Le registre organisationnel

Les cadres de santé identifient que leur proximité physique permet à l'équipe de s'impliquer dans l'organisation de l'unité, notamment en les faisant participer aux prises de décisions : « *Sur*

l'organisation également parce qu'elles ont leur mot à dire » (ligne 166, CSa, E1). A l'inverse, lorsque le cadre de santé est absent, une des professionnelles identifie une impression de perte de temps dans son organisation. L'absence du cadre de santé au sein de l'unité entraîne un délai de réponse plus long : *« Bah on reporte, c'est pas grave, mais c'est quelque part, c'est une petite perte de temps quoi »* (Ligne 217, Pb1, E7).

(b) Le registre émotionnel

Pour les cadres de santé, leur présence au sein de l'équipe permet aux professionnelles de travailler dans une ambiance rassurante. L'équipe sait vers qui se tourner lorsqu'elle en a besoin : *« Je pense que c'est rassurant d'avoir une présence »* (ligne 327, CSc, E3). En l'absence du cadre de santé, les professionnelles perçoivent un manque de soutien et relatent que des tensions se créent au sein des équipes générant de l'inconfort au travail :

Oui, oui, oui c'est assez stressant. Non, parce que du coup, bon, on avance quand même. On essaie toujours de trouver des solutions en disant bon bah tiens on va faire comme ça, ou euh, ... Enfin, on va travailler différemment mais on voit quand même que l'équipe, ben elle est tendue parce que bah, elle va fournir beaucoup plus de travail ...(ligne 269, Pa, E2).

(c) Le registre de l'identification du pouvoir d'agir

Pour les cadres de santé, leur proximité permet un accompagnement des professionnels dans l'identification de leur pouvoir d'agir : *« Le fait de guider [...], de guider à faire seul et bah elles finissent par prendre leur autonomie »* (ligne 352, CSb, E6).

Le travail des professionnelles est estimé, valorisé. Les cadres de santé montrent à l'équipe qu'elles ont conscience de leur charge de travail, ce qui est *« un début de reconnaissance [pour que] les filles se sentent soutenues, valorisées et reconnues par leur hiérarchie »* (ligne 164, CSb, E6). Les professionnelles sont sollicitées dans les prises de décisions parce qu'ils ont une expertise de terrain : *« Leur laisser le droit de parole parce que c'est elles qui sont sur le terrain »* (ligne 176, CSa, E1). Elles perçoivent dans la réactivité du cadre de santé qui poursuit les démarches entamées, à la suite de leurs prises d'initiatives, une valorisation de leur travail, de leur autonomie professionnelle :

Ben, comme je disais tout à l'heure, elle est très disponible et très réactive, donc quand je la vois qui, qui fait tout de suite les démarches pour régler le soucis, c'est un petit peu valorisant parce qu'elle euh, ... enfin on voit qu'elle s'occupe de nous, qu'on l'a aidé aussi

dans cette démarche où le service fonctionne. Donc moi je trouve ça valorisant (ligne 525, Pc2, E4).

4. La gestion par le cadre de santé du lien de proximité auprès de son équipe

Les cadres de santé et les professionnelles paramédicales apportent une réponse commune concernant les moyens mis en œuvre par le cadre de santé pour assurer son lien de proximité lorsqu'il est absent des unités pour des temps institutionnels, ou lorsqu'il est en repos ou encore en congés. Les 3 cadres de santé se rejoignent par ailleurs sur le fait que pour une durée certaine, l'équipe peut fonctionner sans le cadre de santé : « *le cadre est pas indispensable* » (ligne 605, CSa, E1), « *le travail, il se fait sans lui et ce qui est plutôt bien et heureusement d'ailleurs* » (ligne 624, CSa, E1).

a) Une communication écrite ou orale

Nous relevons différents modes de communication identifiés communément par les cadres et les professionnelles :

- lors d'une absence des unités pour un temps institutionnel ou pour les autres périmètres d'encadrement : téléphone, réseaux sociaux, courrier électronique ;
- lors d'une absence pour congés : les équipes sont prévenues oralement et par un « *[affichage] soit sur ma porte de bureau, soit je leur fais un message avec le logiciel* » (ligne 402, CSb, E6)

b) Une permanence de l'encadrement

Les cadres et les professionnelles évoquent la prise de relais par un autre cadre de santé :

- Pour les soirs et les week-ends : il s'agit d'un cadre d'astreinte « *Le week-end [...] c'est le cadre d'astreinte qui prend le relais* » (ligne 407, CSa, E1)
- Pour les congés : c'est un remplacement par le binôme cadre « *c'est ma binôme qui me remplace. Donc ils savent que c'est elle qu'il faut appeler* » (ligne 406, CSc, E3).

Souvent cette permanence dans l'encadrement s'organise par pôles de spécialités, il y a une rotation des binômes de cadres, ce qui permet aux équipes de connaître les différents cadres de santé remplaçants.

c) L'existence de procédures

Les 3 cadres de santé relèvent l'existence de procédures concernant les organisations à suivre :

- lors de l'absence du cadre de santé pour le fonctionnement du service, le flux des patients : « *sur l'organisation, elles ont pas besoin, elles ont des feuilles de route et elles gèrent* » (ligne 575, CSa, E1)
- ou encore pour une gestion ponctuelle d'un absentéisme : « *Tout ce qui est gestion d'absentéisme, il y a une feuille de route, elles savent s'organiser à moins un entre guillemets* » (ligne 577, CSa, E1).

Dans la gestion de l'absentéisme, les 3 cadres de santé expriment le fait que les professionnelles en réfèrent toujours au cadre d'astreinte ou de remplacement.

5. Éléments nouveaux apparus au cours des entretiens

a) Le bureau du cadre de santé : un lieu stratégique

2 cadres de santé évoquent qu'en fonction de la configuration de leur bureau par rapport aux unités, il peut y avoir une différence d'interaction avec les équipes :

- d'une part parce qu'en étant présentes dans leur bureau, elles sont vues par les équipes : « *Au laboratoire, je pense que ... elles sont forcément obligées de me voir* » (ligne 487, CSb, E6) alors que « *Le SSR pas forcément en fait. Parce qu'on est pas dans l'unité* » (ligne 493, CSb, E6).
- d'autre part, elles peuvent observer, entendre leurs équipes depuis leur bureau : « *Souvent dans les services de soins du bureau du cadre et dans le service, donc il entend, il voit.* » (Ligne 306, CSa, E1)

De plus, 3 professionnelles font état qu'il est un endroit important pour le fonctionnement de l'équipe car les professionnelles peuvent voir si la cadre de santé est bien présente physiquement ou non, si elle est disponible ou non. C'est également un lieu où elles peuvent avoir une réponse : « *Oui, oui, parce que justement, si on a besoin enfin, ... du coup, on va profiter de sa présence pour aller la voir. [...] Faire en sorte d'échanger quoi.* » (Ligne 288, Pb2, E8). Elles relatent également un véritable code de la porte du bureau :

- si la porte est ouverte, le cadre de santé est disponible : « *enfin dès que la porte est ouverte, on sait qu'on peut aller les voir sans problème* » (ligne 123, Pb1, E7)

- si la porte est fermée : soit le cadre n'est pas disponible, « *dès que le bureau est fermé, c'est qu'il y a ... soit elles sont avec quelqu'un d'autre, soit elles sont au téléphone. Enfin, on a plus tendance à reporter un peu notre demande.* » (Ligne 189, Pb1, E7), soit il est absent, « *voilà. Après soit elles sont absentes du service.* » (Ligne 196, Pb1, E7).

b) Le rôle et les missions du cadre de santé

2 cadres de santé rappellent au cours des entretiens que le cadre « *a quand même une mission de contrôle et [il] engage [sa] responsabilité, [il] est vraiment garant de la sécurité et de la qualité des soins* » (ligne 169, CSc, E3). De plus, une des cadres qualifie des missions de l'ordre de « *l'aigu* » qui ne peuvent être déléguées aux équipes : « *pour la validation du planning, [...] la gestion des lits et cetera* » (ligne 315, CSb, E6).

Dans leur discours, les 5 professionnelles donnent une définition du rôle du cadre de santé par le fait d'« *accompagner l'équipe* », de « *gérer toute l'intendance d'une équipe d'être à l'écoute des personnes* », de « *régler ... enfin, pas les problèmes, mais euh... voilà, tout ce qu'il peut y avoir dans une équipe, hein. [...] ça fait partie aussi de la cohésion d'équipe hein voilà* » et de « *soutenir les projets d'un service, autant d'une personne que d'un service entier* » (ligne 53, Pc1, E5).

c) La sollicitation du cadre de santé différente

En fonction de son statut de cadre référent ou de cadre remplaçant, les cadres de santé et les professionnelles relatent une différence de sollicitation. 2 cadres de santé évoquent le fait que lorsqu'elles sont cadre remplaçant de leur binôme (parti en congés par exemple), elles observent que les équipes de l'unité de remplacement les sollicitent moins que les équipes de leur propre périmètre d'encadrement en temps normal : « *On est rarement dérangé par les équipes comme cadre euh... quand le cadre référent n'est pas là* » (ligne 448, CSa, E1).

2 professionnelles observent que les équipes ne vont pas fonctionner de la même façon quand elles sont en présence de leur cadre de référence ou d'un cadre remplaçant. Lorsqu'il s'agit d'un cadre remplaçant, les professionnelles ne souhaitent pas lui alourdir sa charge de travail, elles vont donc la solliciter pour des problèmes qualifiés d'importants ou d'urgents :

Là on se prend peut-être plus en charge, en main, je sais pas (sourire) on sait que c'est pas elles, donc bah on essaye de gérer encore plus que ce qu'on fait d'habitude, pour éviter de

redonner encore du taff à la cadre qui a déjà ses services à gérer. C'est un peu différent (rire) ! On l'appellera pas pour rien, enfin ... (ligne 537, Pb1, E7).

De plus, une professionnelle observe que sa cadre à temps plein, lorsqu'elle est présente dans l'unité, est plus sollicitée que sa binôme à mi-temps : « *Le fait qu'on en ait un, qu'on en ait une à 100% dans le service, c'est un petit peu, euh [...] On aura tendance à aller vers celle qui est à 100%, en fait.* » (Ligne 242, Pb1, E7)

d) Les attentes de l'équipe par rapport à la présence du cadre de santé

2 cadres de santé évoquent le fait que les équipes verbalisent le besoin d'avoir la présence du cadre de santé auprès d'elles : « *c'était le chef de service qui nous avait fait la remarque que euh, ... [...] "ah bah vous passez pas tous les jours" euh... [...] du coup euh, ... on a bien compris qu'il fallait quand même passer, passer ou appeler en fait au moins une fois par jour.* » (Ligne 282, CSb E6). De plus, une cadre remarque que cette demande peut varier en fonction de l'ancienneté de l'équipe : « *Une ancienne équipe qui verbalise, elle, le besoin. Qui aimerait avoir une cadre, en fait tous les jours sur place* » (ligne 141, CSc, E3).

Selon les professionnelles, le fait que la cadre de santé soit présente au sein de l'unité permet à l'équipe d'avoir une visibilité sur le travail de la cadre de santé.

Pour deux professionnelles, la visibilité du cadre de santé est importante dans le sens qu'elles peuvent s'assurer de la disponibilité du cadre et ne pas l'interrompre dans son travail :

Oui c'est important de la voir. Oui, tout à fait. Parce que j'estime que si elle est présente physiquement, je vais peut-être moins la déranger ou en tout cas je vais voir si sa porte de bureau est ouverte, donc je sais, je vais pouvoir aller la voir. Alors que l'appeler par téléphone, on sait pas comment on tombe, si on va la déranger si euh, ... voilà donc non non, moi je préfère que physiquement elle soit, de temps en temps, présente au laboratoire (ligne 312, Pb2, E8).

Pour deux professionnelles, la visibilité du cadre de santé est une façon de rendre visible aux yeux de l'équipe le travail qu'elle réalise, par exemple sur une organisation de service, sur la réalisation de projets, etc. : « *elle nous a aussi montré ce qu'elle faisait. On voyait qu'elle faisait quelque chose aussi, parce que bon, il y a des personnes pour qui c'était indispensable de voir qu'elle était quand même en train de faire quelque chose* » (ligne 569, Pb2, E8).

e) Le vécu du retour du cadre de santé après une absence

Une cadre de santé évoque que son retour dans l'unité, après une période d'absence, a eu une influence de l'ordre de l'émotionnel auprès de l'équipe : « *Elles se sentaient rassurées, effectivement, quand je suis revenue, et elles me l'ont dit* » (ligne 521, Csa, E1). Cela est confirmé par 3 professionnelles qui relatent un sentiment de soulagement perçu au sein de l'équipe : « *Tous les mécontentements qui ... (imite quelqu'un) " ouai, elle est encore pas là, pff ... Ouais et puis ça, c'est pas fait, puis euh... !" du coup, bah ça se calme, ça va mieux (rire) !* » (Ligne 353, Pc1, E5).

f) Vécu dans l'encadrement de deux périmètres distincts

Les cadres de santé et les professionnelles expriment des éléments de vécu en fonction du périmètre d'encadrement de leur cadre de santé. Pour deux cadres de santé, cet encadrement à distance peut s'avérer compliqué :

- Dans la qualité du management, en diminuant les moments informels avec les équipes : « *Ça réduit les moments informels qui sont très importants. [...] Et ça, c'est ... à mon sens, vraiment une perte de qualité dans le management* » (ligne 109, CSc, E3)
- Dans la gestion de l'unité, il y a un sentiment d'interruption de tâches, une crainte d'oublier de réaliser certaines missions : « *On a l'impression d'être partout et nulle part, de commencer et de rien finir* » (ligne 551, CSb, E6),
- Pour les cadres elles-mêmes, car cela peut augmenter leur charge mentale : « *C'est beaucoup plus dur aujourd'hui de décrocher de mon travail* » (ligne 355, CSc, E3).

Pour une professionnelle, le fait que sa cadre (à mi-temps) s'absente pour gérer son autre périmètre d'encadrement, nécessite de la contacter par téléphone, et entraîne un délai d'attente pour avoir une réponse etc. : « *Celle qui est à mi-temps sera moins, euh ... Je veux pas dire qu'elle sera moins accessible, mais elle sera accessible différemment. [...] On est obligées de l'appeler, euh ... de l'appeler. Les échanges se font par téléphone.* » (Ligne 139, Pb1, E7).

g) Autres observations

(a) Par les cadres de santé

La différence de relation à la hiérarchie en fonction du secteur paramédical

Une des cadres de santé responsable du laboratoire d'analyse médicale observe que, dans l'équipe des TLM, le rapport à la hiérarchie paramédicale est différent que dans les secteurs

infirmiers par exemple, parce que la collaboration avec le biologiste est très prégnante : « *Le biologiste a une part très importante [...] dans la gestion du quotidien* » (ligne 406, CSb, E6).

L'autonomie des professionnelles peut être vécue comme une reconnaissance de la fonction du cadre de santé

Une cadre de santé évoque que le fait de voir son équipe autonome, qui peut fonctionner sans avoir besoin d'elle en permanence, peut être vécu comme une reconnaissance de sa fonction de cadre de santé :

Je pense que c'est important, oui, d'avoir une équipe autonome, et le jour où on n'est pas là, se dire, mais ça fonctionne, qu'on n'est pas indispensable et ça va pas être la cata et voilà, elles savent ce qu'il faut faire, elles ont les ressources, euh, s'il y a un souci, elles savent qui appeler, donc non, c'est important (ligne 618, Csa, E1).

(b) Par les professionnelles

Vécu de la gestion d'une unité « avec/sans cadre »

Une des professionnelles, ayant un vécu professionnel au sein de son unité avec et sans encadrement paramédical, observe que la présence du cadre de santé amène une meilleure transmissions des informations et de ce fait une intégration de l'unité dans le fonctionnement de l'établissement : « *Alors effectivement, peut être un lien avec toutes les réunions auxquelles la cadre participe au sein de l'établissement et pouvoir nous relayer des informations qu'on avait peut-être pas jusqu'alors* » (ligne 140, Pb2, E8).

Les données de discours recueillis et décrites précédemment nous apportent des éléments de réponse aux thèmes investigués par les guides d'entretien. Elles nous amènent également vers de nouveaux thèmes que nous n'avions pas envisagé lors de la modélisation de notre enquête. Dans la partie suivante, nous allons procéder à une interprétation et à une discussion de ces résultats.

III. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous allons procéder tout d'abord à une interprétation des résultats issus de l'enquête en les reliant à la littérature mobilisée dans notre cadre conceptuel ou bien nouvelle. Ensuite, nous discuterons ces résultats au regard de nos hypothèses de recherche. Nous verrons si nous pouvons confirmer ou non ces hypothèses. Enfin, nous proposerons les limites de notre

travail de recherche ainsi que des préconisations professionnelles en tant que future cadre de santé.

A. Interprétation des résultats

Nous commençons par reprendre les 4 thèmes investigués par nos guides d'entretiens, puis nous irons vers les thèmes nouveaux apportés lors des entretiens.

1. L'encadrement de proximité

Les résultats obtenus nous indiquent que le cadre de proximité est celui qui se tient proche de son équipe, qui connaît ses collaborateurs. Si la proximité n'est pas un devoir pour tous, elle n'en est pas moins essentielle dans la posture managériale, que ce soit du point de vue des cadres de santé que des professionnelles paramédicales interviewées. Elle peut être mesurée par un temps en présentiel dans les unités, et répondre au degré minimum d'un passage quotidien des cadres de santé auprès des équipes. Cette définition du cadre de proximité fait bien écho à la notion d'encadrement de proximité retenue dans la littérature : le premier niveau d'encadrement des équipes qui peut ressentir et observer directement les problématiques rencontrées sur le terrain. De plus, en lien avec la définition de HESBEEN, la proximité est essentielle dans le domaine de la santé pour que le cadre puisse organiser la relation de soins au quotidien.

Cependant, la proximité dans l'encadrement ne peut se résumer à une dimension physique dans le sens d'une distance mesurée entre deux individus. Elle se traduit tant pour les cadres de santé que pour les professionnelles paramédicales par une attitude d'écoute et de disponibilité. Pour une même équipe, au sein d'une même unité, cadre de santé et équipe sont physiquement à proximité, et nous observons entre eux la dimension de proximité sociale, au sens anthropologique. Dans un périmètre d'encadrement comprenant deux unités distinctes voire deux sites distincts, la dimension physique seule de la proximité est de fait plus complexe entre le cadre et son ou ses équipes. Également, la proximité va dépendre à la fois de la dynamique de l'équipe, de la dynamique du cadre, de ce que l'équipe attend du cadre, du positionnement du cadre par rapport à son équipe. Ainsi tous ces éléments viennent compléter les contours de la proximité dans l'encadrement par une présence sociale telle que décrite en psychosociologie.

2. Les effets de la proximité du cadre de santé sur l'autonomie des professionnels paramédicaux

Les résultats obtenus confirment bien l'existence d'effets de la proximité physique entre les individus, notamment dans leur dimension favorable ou défavorable. Ramenés à notre contexte de recherche, il apparaît que ces effets entre la proximité du cadre de santé et l'autonomie des professionnels sont plutôt de l'ordre indirect.

Dans un premier temps, il semble que ces résultats nous conduisent vers une dimension symbolique de la proximité physique du cadre. Cela crée une atmosphère rassurante dans la pratique professionnelle, et en même temps la proximité physique du cadre rappelle à l'ordre et permet une relation de confiance. Un autre élément qui s'est révélé à nous au cours des entretiens, et qui vient compléter cette dimension symbolique, est la représentation du bureau du cadre de santé. C'est un endroit stratégique où la porte ouverte ou fermée relève d'un code entre le cadre et son équipe. C'est un territoire utilisé par le cadre, dans lequel il peut à la fois voir et être vu, mais qui ne lui appartient pas totalement puisque l'équipe peut y pénétrer à tout moment. Cela nous évoque les travaux de P. BOURRET dans le fait que le cadre de proximité tient une place sans prendre place.

Dans un second temps, nous observons des effets de soutien et d'organisation relevés, permis par la dimension sociale de la proximité, par les cadres et les professionnelles. En effet, le cadre est perçu comme un soutien pour les équipes à la fois dans un sens organisationnel, car ressource pour l'équipe. Il va l'aider à construire une organisation pérenne, sensée au sein des lieux d'exercice. Par ailleurs, le cadre est soutien envers les professionnels dans le sens qu'il connaît son équipe et peut la porter de façon individuelle ou collective dans leur projet. Nous y voyons là l'approche organisationnelle de l'« *empowerment* » dans laquelle l'organisation de travail propose à ses professionnels l'accès aux ressources, aux informations et au soutien.

A plus petite échelle, quelques effets négatifs sur l'autonomie des professionnels ont été rapportés lorsque la proximité physique est excessive. Il peut y avoir un effet d'empêchement qui peut être dû au fait que le cadre est sollicité de façon importante, et que l'équipe ne prend pas ou peu d'initiative. Cela peut s'expliquer aussi par le fait que le cadre est tenté de faire « à la place de ». Étonnement, cela nous renvoie à l'attachement de l'enfant au présent dans ce que PIAGET appelle « la permanence de l'objet ».

Enfin lorsque le cadre de santé est dans un hyper contrôle, il ne laisserait pas la latitude nécessaire à son équipe pour qu'elle se réalise. Nous n'avons pas envisagé cet effet dans notre cadre conceptuel, pour autant cela nous évoque le modèle de tension au travail de R. KARASEK : plus la demande de l'organisation est forte et moins le professionnel possède de latitude décisionnelle, plus la tension au travail est élevée (NIEDHAMMER, CHASTANG, LEVY et al., 2007).

3. L'autonomie des professionnels paramédicaux

a) Définition

Tant les cadres de santé que les professionnelles paramédicales nous apportent une définition de l'autonomie du professionnel paramédical : un professionnel autonome est capable de gérer seul les problèmes du quotidien dans sa pratique professionnelle. Cette définition se rapproche plutôt selon nous de la vision des sciences de l'organisation apportée par DE TERSSAC : les acteurs au sein des organisations de travail ont la capacité d'influencer la production en inventant de nouveaux modes opératoires. Nous relevons aussi dans un entretien, le discours d'une professionnelle (infirmière de métier) qui décrit sa responsabilité de professionnelle, envers elle-même, envers ses pairs et envers les patients, ce qui nous évoque la notion de l'autonomie au sens anthropologique.

Nous notons par ailleurs que la sollicitation des équipes envers les cadres peut être considérée comme un indicateur de l'autonomie des professionnels. Et lorsque cet indicateur est faible (peu de sollicitation), il peut être vécu comme une valorisation, une reconnaissance de la fonction du cadre de santé.

b) Types d'autonomie

Ensuite, les résultats obtenus nous amènent à distinguer 3 types d'autonomie : cœur de métier, organisationnelle dans la gestion de l'unité et du matériel, organisationnelle dans la gestion des ressources humaines, sous couvert d'une validation de l'encadrement. Cela se rapproche tout à fait des champs cliniques et organisationnels de l'autonomie des professionnels, champs développés dans les Soins Infirmiers.

Nous notons également qu'en fonction de la formation initiale, une différence de capacité à gérer seul est observée par les cadres et par les professionnelles. Nous observons que dans le

secteur médico-technique (électroradiologie médicale et laboratoire de biologie médicale), il est très fréquent d'avoir recours à des référents dans tous les domaines liés à l'organisation de l'unité. De plus, une des cadres relève le fait que l'encadrement à distance génère chez l'équipe un développement de l'autonomie. Ainsi, cela nous interroge sur le fait qu'un management délégué au sein d'une organisation serait pourvoyeur d'autonomie des professionnels ?

c) Registres d'influence

Les résultats obtenus amènent à discerner 3 registres d'influence de la proximité physique du cadre sur l'autonomie des professionnels paramédicaux.

Tout d'abord, un registre organisationnel dans lequel la proximité du cadre, en donnant accès aux ressources et étant elle-même ressource, permet aux professionnels de s'impliquer dans la vie de l'unité et facilite son organisation. Cela renvoie à l'approche organisationnelle de l'« *empowerment* ».

Ensuite, un registre que nous qualifions d'émotionnel par le fait que la proximité du cadre a un effet rassurant sur l'équipe. La sollicitation immédiate du cadre lorsque les professionnelles rencontrent un problème, ou encore l'impression de perte de temps lors de son absence, nous évoque la notion de « permanence de l'objet » selon PIAGET, tout comme l'empêchement que peut provoquer la présence trop importante du cadre auprès de son équipe. Ainsi, le registre émotionnel influencé par la proximité du cadre toucherait à la pratique réflexive du professionnel, à sa capacité d'abstraction et de détachement de l'instant présent.

Enfin, nous distinguons le registre de l'identification du pouvoir d'agir des professionnels par les cadres de santé (sollicitation dans les prises de décisions ; conscience de la charge de travail demandée à l'équipe) et par les professionnels eux-mêmes (en les guidant pour qu'ils deviennent autonomes). Ce registre fait écho à l'approche du professionnel « *empowered* » par lui-même et par son encadrement managérial.

4. La gestion par le cadre de santé du lien de proximité auprès de son équipe

Les résultats obtenus nous font observer que lorsque le cadre de santé est absent ponctuellement de son périmètre d'encadrement (participation à un temps institutionnel ; présence sur une autre unité), il reste joignable par téléphone (professionnel voire personnel du fait de la non-disponibilité d'outil fourni par le centre hospitalier dans l'encadrement à distance). Il peut

utiliser également une messagerie électronique, ou encore un réseau social. De fait, l'équipe a très bien identifié ces outils. Les professionnelles enquêtées, bien que rappelant que le contact soit moins facile par téléphone que de visu, attestent que leurs cadres sont toujours disponibles et joignables.

Lors d'absence prolongée (week-ends ou congés) un relais est pris par les cadres d'astreinte ou les binômes cadres, organisés par pôle de gouvernance. Nous observons également l'existence de procédures qui permettent de guider les équipes et les cadres d'astreinte dans des gestions d'organisations d'unité ou encore des gestions d'absentéismes. Cette permanence de l'encadrement renvoie à sa responsabilité auprès de l'équipe et des patients en tant que garant de la qualité et de la sécurité des soins (Circulaire DH/8A/PK/CT N° 00030 du 20 Février 1990, annexe VII). Les professionnels paramédicaux doivent pouvoir avoir accès à une validation de leur prise d'initiative, ou encore dans la résolution de problème lié aux ressources humaines. C'est donc la définition du rôle de cadre de santé qui survient dans la nécessité d'une permanence de l'encadrement, définition qui sera d'ailleurs rappelée par une des cadres lors des entretiens.

5. Éléments nouveaux apparus au cours des entretiens

Pour terminer l'interprétation des résultats obtenus, nous observons de nouveaux éléments intéressants pour notre travail de recherche.

Les cadres de santé enquêtées sont elles aussi des cadres remplaçants dans d'autres unités. Dans ces fonctions, une différence de sollicitation par les équipes est rapportée. En effet, une équipe solliciterait moins le cadre remplaçant que le cadre référent. Nous pensons que cela fait appel aux effets relevés plus haut, tels que l'effet apaisant, et au registre émotionnel. Ce qui se confirme par le fait que les équipes verbalisent un besoin de présence du cadre de santé dans les unités, notamment les équipes les plus anciennes.

Par ailleurs, les professionnelles expriment que de voir leur cadre physiquement dans l'unité leur permet d'une part de s'assurer de sa disponibilité, et d'autre part de s'assurer qu'elle travaille pour l'équipe. Cela nous renvoie à la notion de travail invisible du cadre de santé selon P. BOURRET.

Nous relevons également le vécu des cadres et des professionnelles lorsque l'encadrement se fait sur deux périmètres distincts. Pour les professionnelles, la notion d'attente et de perte de temps est assez prégnante. Pour les cadres, cela tient à l'insatisfaction du travail réalisé, une

crainte d'oublier des tâches et un envahissement de la sphère personnelle qui nous conduisent à penser à la qualité de vie au travail.

B. Discussion des résultats

Tout d'abord, rappelons nos hypothèses de recherche.

1. Rappel des hypothèses

Nous avons formulé l'hypothèse théorique générale suivante : La proximité physique du cadre de santé influence l'autonomie des professionnels paramédicaux par l'identification de leur propre pouvoir d'agir. De cette hypothèse théorique, nous avons construit un modèle d'analyse dans lequel nous avons déterminé une hypothèse plus opérationnelle afin d'étudier la corrélation entre proximité physique du cadre de santé et autonomie des professionnels. Cette hypothèse opérationnelle est : la proximité physique du cadre de santé influence positivement le processus d'autonomisation des professionnels paramédicaux.

2. Réponses aux hypothèses

Au regard des résultats obtenus et de notre interprétation, nous pouvons confirmer nos deux hypothèses, mais nous devons y apporter quelques nuances.

Concernant l'influence de la proximité physique sur le processus d'autonomisation, nous avons vu qu'il s'agit majoritairement d'une influence indirecte. De plus, ce n'est pas uniquement la proximité physique du cadre de santé qui influence l'autonomie des professionnels paramédicaux, mais la proximité du cadre dans une dimension plus globale, à la fois physique et sociale. Aussi, les résultats nous révèlent que la proximité physique du cadre de santé peut, à l'excès, avoir des effets négatifs sur le processus d'autonomisation des professionnels paramédicaux. Enfin, l'autonomie des professionnels est, nous l'avons observé, une variable qui ne dépend pas seulement de la proximité physique du cadre, mais d'autres paramètres que nous n'avons pas envisagés.

Notre enquête de terrain nous a permis de répondre à notre hypothèse théorique formulée à l'issue de notre cadre conceptuel. Nous relevons dans notre travail de recherche des limites dans sa réalisation, mais également des perspectives nouvelles de travail et des préconisations managériales pour notre futur professionnel en tant que cadre de santé. C'est ce que nous allons voir dans la partie suivante.

3. Limites de travail

La jeunesse de notre expérience dans le domaine de la recherche nous a amenés à quelques faux pas dans la réalisation des entretiens ou dans la modélisation et la méthodologie de notre analyse. Nous observons une limite dans la technique de réalisation des entretiens par l'outil de visioconférence. Nous avons subi quelques coupures de réseau internet pouvant parfois biaiser la guidance des entretiens. Le champ visuel de la vidéo empêchait parfois l'observation du non-verbal.

Nous identifions une autre limite dans la formulation des questions ouvertes des guides d'entretien. D'une part, cette formulation n'était pas identique d'une catégorie de population enquêtée à l'autre, pouvant mener à une interprétation de la part des enquêtés, voire à leur incompréhension, nécessitant de la reformulation. Nous pensons parfois avoir été à la limite de l'interrogatoire. La formulation des questions a entraîné d'autre part une difficulté à rester objective dans la formalisation des thèmes, et ainsi des difficultés dans l'analyse et le classement des propos recueillis au regard des thèmes formalisés dans les guides d'entretien.

Enfin, nous relevons dans notre posture d'apprentie chercheuse que, lors des entretiens, nous pouvions dévier de notre objet de recherche car nous questionnions les enquêtés sur d'autres thèmes. En parallèle, l'enquêté pouvait avoir un discours à distance de notre sujet, il nous était alors compliqué de le remettre dans le chemin de notre objet de recherche.

4. Perspectives de travail

Notre questionnement de départ était centré sur la notion de proximité physique du cadre de santé auprès d'une équipe paramédicale au sein d'une même unité de soins. L'élaboration de notre modèle d'enquête nous a conduit à interviewer des professionnels de terrain selon des configurations différentes, au sein d'une même unité de soins et également au sein d'unités de soins distinctes et au sein de site d'exercices distincts. Nous y voyons là une perspective de travail dans le sens où nous nous interrogeons sur le fait que l'encadrement à distance influence le mode de management.

Aussi, notre modèle d'enquête n'envisageait pas de différencier des catégories professionnelles. Or, nous avons eu l'opportunité d'interviewer des professionnels issus de différentes filières métiers. De ces entretiens, nous avons observé qu'il existait une différence d'autonomie de cœur de métier en fonction de la formation initiale. Ainsi une seconde perspective de travail nous

paraît très intéressante : en fonction de la formation initiale, le professionnel paramédical développe un certain niveau d'autonomie.

Lier ces deux perspectives de travail pourrait nous amener vers une nouvelle recherche de corrélation entre le niveau d'autonomie des professionnels paramédicaux en fonction de leur formation initiale et le mode de management à distance. Nous envisagerions alors de combiner, dans une méthode hypothético-déductive à la fois une enquête qualitative préalable pour déterminer des pistes d'exploration puis une enquête quantitative afin de mesurer de façon statistique et donc plus objective, la corrélation entre ces deux phénomènes.

5. Préconisations managériales

Ce travail de recherche nous amène vers des préconisations en tant que future cadre de santé. Explorer la notion de proximité physique du cadre de santé en lien avec l'autonomie des professionnels paramédicaux nous conforte dans l'idée qu'être cadre de proximité est une véritable posture managériale. Pourquoi ? Nous avons vu qu'être cadre de proximité relève d'une présence à la fois physique auprès des équipes mais également symbolique. Cela a des enjeux tant pour le cadre de santé, que pour l'équipe qu'il va accompagner et ce, dans l'idée de toujours tendre vers une prise en soin de qualité et de sécurité des patients puisque notre finalité d'exercice se situe là.

Des enjeux pour l'équipe paramédicale : collaborer avec un cadre de proximité, c'est pouvoir évoluer au sein d'un périmètre encadré, délimité qui permet de s'autoriser une créativité, une réflexion sur sa pratique professionnelle. Cela permet aussi de se confronter aux limites de sa pratique professionnelle pour pouvoir exercer sereinement auprès du patient. Cela permet aux professionnels de se rappeler en quoi leur autonomie est une responsabilité pour eux, pour l'équipe, pour les patients ; responsabilité qui englobe à la fois des droits et des devoirs.

Des enjeux pour le cadre de santé : être proche de ses équipes sous-entend de rendre visible la fonction de cadre. Être cadre de proximité, c'est montrer à l'équipe qu'elle peut s'appuyer sur nous, cadre de santé, en tant que ressource, dans une relation de confiance. Mais c'est aussi montrer qu'il y a des règles du jeu à respecter. C'est, finalement, incarner ce périmètre délimité dans lequel l'équipe peut s'autoriser à exercer en usant de sa créativité. Être cadre de proximité, c'est aussi, paradoxalement, rester vigilant dans la distance que l'on met avec son équipe. Cela veut dire qu'il est important que le cadre de proximité rende visible cet encadrement de façon symbolique, le fasse vivre pour que l'équipe ne s'attache pas au cadre de santé en tant

qu'individu mais se repose sur ce cadre visible d'exercice. Nous entendons par là qu'être cadre de proximité, c'est donner à l'équipe les moyens d'exercer tout en ayant toujours en conscience les limites dans lesquelles elle peut exercer. C'est pourquoi, nous l'avons vu, identifier des moyens qui permettent ce lien de proximité est important. Ce n'est pas de rendre permanent le lien au cadre de proximité en tant qu'individu qui est important mais de rendre permanent le lien à l'encadrement de proximité en tant que périmètre d'activité.

Le cadre de proximité doit rester vigilant dans son investissement en tant qu'individu physique auprès des équipes. Il nous paraît dangereux tant pour les équipes que pour le cadre de santé que l'individu cadre de santé devienne indispensable à l'équipe. D'une part pour l'équipe car cela pourrait dire qu'elle n'est pas capable de faire seule. Or, nous l'avons vu, l'autonomisation du professionnel, c'est le guider à faire seul. D'autre part, pour le cadre de santé en tant qu'individu, être indispensable pour son équipe peut avoir des répercussions sur sa qualité de vie au travail, voire sa qualité de vie personnelle. Enfin, être cadre de proximité c'est garder à l'esprit que cette proximité peut, à l'excès, devenir délétère dans la relation cadre-équipe. Nous l'avons vu, être cadre de proximité c'est un défi dans la posture managériale, puisqu'elle fait appel au facteur humain. Elle dépend de la personne qui incarne la fonction de cadre, elle dépend de l'équipe, elle dépend des attentes du cadre envers l'équipe et réciproquement.

Pour conclure ce chapitre sur les préconisations managériales, en tant que futur cadre de santé nous projetons le fait d'être cadre de proximité par l'établissement d'une relation de confiance qui laisse la place à l'autonomie des professionnels, qui nous en sommes convaincue, sont force de créativité et de responsabilité dans la prise en soins des patients. Nous y voyons là le fondement d'un management participatif. Cette relation de confiance, nous l'avons vu dans notre travail de recherche, est complémentaire d'une relation de contrôle. Nous pensons que c'est par celle-ci que va vivre l'encadrement en tant que règle, en tant que limite pour l'exercice des professionnels. Relations de confiance et de contrôle nous amènent vers la piste d'un management déléгатif: faire confiance à l'équipe permet de redistribuer les cartes de la responsabilité de chacun. Il donne au cadre de proximité l'atout du contrôle dans le sens de l'évaluation, de la valorisation du travail qui est effectué, et non dans le sens de la sanction envers les professionnels.

CONCLUSION

Nous arrivons au terme de notre premier travail de recherche. Cela nous a permis de construire notre réflexion, de confronter notre pensée à celles d'autres auteurs et de transformer notre intuition en connaissances.

Notre questionnement de départ portait sur la potentielle influence de la présence physique du cadre de santé de proximité sur le fonctionnement de l'équipe soignante. La revue de la littérature nous a permis de construire notre réflexion autour des notions de proximité dans l'encadrement et de l'autonomie des professionnels paramédicaux, nous amenant à la question de recherche : en quoi la proximité physique du cadre de santé influence l'autonomie des professionnels paramédicaux ? La construction d'un modèle d'enquête, sur un mode qualitatif, a permis de tester notre hypothèse de travail auprès de cadres de santé et de professionnels paramédicaux. Les principaux résultats que nous obtenons confirment notre hypothèse théorique qui est : la proximité physique du cadre de santé influence l'autonomie des professionnels paramédicaux par l'identification de leur propre pouvoir d'agir. Tout d'abord, l'encadrement de proximité se définit comme le premier niveau d'encadrement d'une équipe, celui qui se tient proche et connaît ses collaborateurs. La nuance se trouve dans la définition de proximité qui est certes physique, mais recouvre une dimension sociale notamment par l'écoute et la disponibilité du cadre envers son équipe. Ensuite, les professionnels paramédicaux sont autonomes dans le sens qu'ils gèrent leur secteur d'activité et sont doués de créativité pour faire face à des problèmes rencontrés. Ils identifient que leur pratique professionnelle relève de plusieurs champs de l'autonomie. Enfin, nous observons qu'entre l'encadrement de proximité et l'autonomie des professionnels, un lien d'influence se situe à trois niveaux : par le processus d'« *empowerment* » organisationnel car le cadre de santé permet à l'équipe un accès aux ressources, aux informations et au soutien présents dans l'organisation de travail ; par l'identification du pouvoir d'agir des professionnels par eux-mêmes et par le cadre de santé dans l'approche psycho-sociologique de l'« *empowerment* » ; enfin par un registre émotionnel qui donne à la proximité du cadre une dimension rassurante.

Ainsi, le cadre de santé de proximité se trouve à la fois ressource et vecteur d'« *empowerment* » dans le processus d'autonomisation des professionnels paramédicaux. Future cadre de santé, nous devons toutefois rester vigilante aux effets de la proximité et veiller à conserver une juste distance, un espace propice à la pratique réflexive tant pour nous que pour l'équipe.

BIBLIOGRAPHIE

BACHELARD, Gaston. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Vrin, 1965, 304p.

BACQUE Marie-Hélène, BIEWENER Carole. *L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Idées économiques et sociales* [en ligne], N° 173, Mars 2013 [consulté le 16/02/2021], p. 25-32. Disponible sur le Web <<https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013-3-page-25.htm>>. ISSN 2257-5111

BOUISSOU Christine, BRAU-ANTONY Stéphane. Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques. *Carrefours de l'éducation* [en ligne], n° 20, Février 2005 [consulté le 16/02/2021], p. 113-122. Disponible sur le Web <https://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2005-2-page-113.htm>. ISSN 1262-3490

BOURRET, Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*. 5° édition. Paris : S. Arslan, 2014, 284p. ISBN : 978-2-84276-126-4.

CLIQUENNOIS, Nicolas, et BORGES DA SILVA, Roxane. Améliorer La Performance Des Services Infirmiers à Travers l'Engagement Des Infirmières Dans Les Pays Occidentaux : Une Revue Narrative De Littérature. *Revue Francophone Internationale De Recherche Infirmière*. Elsevier-Masson [en ligne], vol. 4, no. 2, 2018 [consulté le 04/03/2021], pp.88–97. Disponible sur le Web <<https://www.em-consulte.com/article/1214717/ameliorer-la-performance-des-services-infirmiers-a>>. ISSN 2352-8028

DUARTE, Bernadette. Cadre conceptuel : délégation, concertation, autonomie, négociation. *Revue Objectif Soins*. N° 113, Février 2013, p.15-16. ISSN 1163-4634

DUMAS Marc, DOUGUET Florence, FAHMI Youssef. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise* [en ligne], Janvier 2016, [consulté le 26/10/20], n° 20, vol. 5, p. 45-67. Disponible sur le Web <<https://www.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45.htm>>. ISSN 2259-2490

GOMEZ, Pierre-Yves, ROUSSEAU Anne, et VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle. Distance et proximité. Esquisse d'une problématique pour les organisations, *Revue française de gestion* [en ligne], Avril 2011 [consulté le 21/02/2021], n° 213, p. 13-23. Disponible sur

le Web <<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2011-4-page-13.htm>>. ISSN 0338-4551.

HALL Edward T. *La dimension cachée*, Paris : Editions du Seuil, 1971, 258 p. ISBN : 978-2-02-004776-0

HESBEEN, Walter. *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin, penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2011, 155p. ISBN 978-2-294-71419-1

HOUDE, Olivier. *La psychologie de l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France, 2017, 128p. ISBN 978-2-7154-0489-2

KLEIN, Grace Harlow (Chickadonz), et DUCROUX-BIASS Françoise. « L'empowerment » et Carl Rogers. Réflexions sur le concept d'empowerment et l'Approche centrée sur la personne en soins infirmiers. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche* [en ligne], vol. 10, no. 2 Février 2009 [consulté le 16/02/2021] pp. 52-67. Disponible sur le Web <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2009-2-page-52.htm>. ISSN 1774-5314

LAVOIR, Claire. Manager à distance, un équilibre entre confiance et vigilance. *Revue Soins Cadres*. Supp. n° 86. Mai 2013. ISSN 0183-2980

Le COADIC, Ronan. L'autonomie, illusion ou projet de société ? *Cahiers internationaux de sociologie* [en ligne], Février 2006 [consulté le 21/02/2021], vol. 121, no. 2, pp. 317-340. Disponible sur le Web <<https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2006-2-page-317.htm>>. ISSN 0008-0276

MARTIN, Loïc. La présence du cadre de proximité dans les unités de soins. *Revue Soins Cadres*. Supp. n° 86, Mai 2013, ISSN 0183-2980

MICHINOV, Estelle. La distance physique et ses effets dans les équipes de travail distribuées : une analyse psychosociale. *Le travail humain* [en ligne], Janvier 2008 [consulté le 27/10/2020], Vol. 71, p. 1-21. Disponible sur le Web <<https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2008-1-page-1.htm>>. ISSN 0338-4551

NIEDHAMMER Isabelle, CHASTANG Jean-François, LEVY David et al. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler* [en ligne], Janvier 2007 [consulté le 05/05/2021], n° 17, p. 47-70. Disponible sur le Web <<https://www.cairn.info/revue-travailler-2007-1-page-47.htm>>. ISSN 1620-5340.

PIGUET, Catherine. Autonomie dans les pratiques infirmières. *Savoirs et soins infirmiers* [en ligne]. Paris : Elsevier Masson,60-010-R-10, 2010 [consulté le 16/02/2021]. Disponible sur le Web <<https://www.em-consulte.com/article/253469/autonomie-dans-les-pratiques-infirmieres>>.

QUENTEL, Jean-Claude. L'autonomie de l'enfant en question. *Recherches en éducation* [en ligne], Université de Nantes, 2014 [consulté le 13/01/2021]. Disponible sur le Web <<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01973420/document>>.

REVILLOT, Jean-Marie. La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail ? *Revue Soins Cadres*. Supp. n°86, Mai 2013. ISSN 0183-2980

SIBE, Matthieu. *L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail*. Thèse. Université de Rennes 1, 21/11/2014

STORDEUR, Sabine. Attractivité, « rétention », implications des infirmières et qualité des soins. *Revue Soins Cadres*. Mai 2005, n°54, p.36-41

TERSSAC, Gilbert de. *L'autonomie dans le travail*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992, 279p. ISBN : 978-2-13-044116-8

TISSOT, Malika. Le cadre de santé dans son management : proximité ou juste distance ? *La Revue Hospitalière de France*. N°551, Mars-Avril 2013, p.26. ISSN 0397-4626

TORRE, André, et TALBOT Damien. Proximités : retour sur 25 années d'analyse. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* [en ligne], Décembre 2018, [consulté le 20/02/2021] p. 917-936. Disponible sur le Web <<https://www.cairn.info/revue-d-economie-regionale-et-urbaine-2018-5-page-917.htm>>. ISSN 0338-4551

SITOGRAPHIE

<https://www.cnrtl.fr/>

<https://www.larousse.fr/>

<https://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Missions-et-fonctions-principales>

ANNEXES

ANNEXE I – Fiche métier encadrant d'unités de soins et activités paramédicales

ANNEXE II – Guides d'entretien

ANNEXE III – Demande d'autorisation d'enquêter

ANNEXE IV – Contact cadre de sante en amont des entretiens par mail

ANNEXE V – Entretien remarquable

ANNEXE VI – Analyse inférentielle des entretiens

ANNEXE VII – Circulaire DH/8A/PK/CT N° 00030 (20/02/1990)

ANNEXE I – Fiche métier encadrant d'unités de soins



Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales

Famille : SOINS
Sous-famille : Management des organisations des soins
Code métier : 05U20

Information générale

Définition :

Organiser l'activité de soins et des prestations associées,
Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotextuels ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.
Développer la culture du signalement et gérer les risques
Développer les compétences individuelles et collectives.
Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

Autres appellations :

Cadre de santé

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme de cadre de santé

Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau



► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Animation d'équipe	Connaissances approfondies
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Droit des usagers du système de santé	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Évaluation de la charge de travail	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Management	Connaissances opérationnelles
Méthodes de recherche en soins	Connaissances opérationnelles
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies
Organisation du travail	Connaissances opérationnelles
Santé publique	Connaissances opérationnelles
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances opérationnelles

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
 médecins pour la gestion journalière de l'unité
 autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
 partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
 fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
 service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
 instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
 responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé
 Diplôme de cadre de santé



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIERS**
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



Correspondances statutaires éventuelles :

Cadre de santé paramédicale

Passerelles :

Cadre soignant de pôle

Formateur des professionnels de santé

GUIDE D'ENTRETIEN – CADRE DE SANTE

Durée : 30 minutes

Présentation personnelle, du travail de recherche, du thème et but de l'entretien

Recueil de données : Coordonnées / Sexe / Age / Expérience dans la profession / Ancienneté dans le poste / Périmètre d'encadrement

Liste de questions :

Que signifie pour vous être cadre de proximité ?

Dans quelles mesures associez-vous la proximité physique auprès des professionnels ?

Est-ce important dans votre posture managériale ? pourquoi ?

Pensez-vous en tant que cadre de proximité, que vous devez vous tenir proche en permanence des professionnels ?

Pourquoi ?

Selon vous, en quoi cette proximité influe sur l'autonomie des professionnels ?

Cela influe-t-il favorablement ou non ?

Selon vous, existe-t-il un degré minimal de présence physique ?

Pour vous, à quoi correspond l'autonomie de professionnel paramédical ?

Distinguez-vous des types, des domaines d'autonomie ?

Selon-vous dans quel registre la proximité influe sur le degré d'autonomie des professionnels ?

Pensez-vous que le fait d'être proche physiquement du professionnel lui permet de reconnaître son autonomie ?

Si oui, pourquoi ?

Si oui, comment ?

Que faites-vous pour assurer le lien de proximité avec votre/vos équipes lorsque vous êtes absents ? (À adapter selon configuration du périmètre d'encadrement)

En cas de congés par exemple ou de repos ?

En cas d'absence pour un temps institutionnel (réunion) ?

En cas de déplacement sur une autre unité / sur un autre site ?

GUIDE D'ENTRETIEN – PROFESSIONNEL PARAMEDICAL

Durée : 30 minutes

Présentation personnelle, du travail de recherche, du thème et but de l'entretien

Recueil de données : Coordonnées / Sexe / Age / Expérience dans la profession / Ancienneté dans le poste

Liste de questions :

Pour vous, à quoi correspond la proximité physique du cadre de santé ?

Pensez-vous que la proximité / la présence physique du cadre de santé a des effets sur la qualité de votre pratique professionnelle ? sur votre manière d'exercer ?

Si oui, pourquoi ?

Quels sont ces effets ?

Avez-vous vécu une/des situations où la proximité physique du cadre de santé a influencé votre autonomie professionnelle ?

Racontez-moi

Reformulation : Reformulation : avez-vous vécu une situation où le fait que le cadre soit à proximité de vous a influencé votre pratique ?

Selon vous, comment le CS gère-t-il sa proximité en lien avec votre autonomie ?

Lorsqu'il est absent, observez-vous un manque pour votre pratique professionnelle ?

Lorsqu'il est absent, identifiez-vous les moyens que votre cadre de santé met en place pour que vous soyez autonome ?

ANNEXE III – Demande d'autorisation d'enquêter

Courrier électronique envoyé le 01/03/2021

Madame la coordinatrice des soins,

Je me permets de vous contacter concernant la réalisation de l'enquête pour la construction de mon mémoire (dont les thèmes sont la proximité physique du cadre de santé, l'autonomie des professionnels paramédicaux, l'identification du pouvoir d'agir).

Je souhaiterais réaliser des entretiens auprès de la population suivante :

- un cadre de santé ayant la responsabilité d'une unité de soins, sur un même site + un professionnel paramédical de cette unité ;
- un cadre de santé ayant la responsabilité de deux unités de soins ou plus, sur un même site + un professionnel paramédical de chaque unité ;
- un cadre de santé ayant la responsabilité de deux unités de soins ou plus, sur des sites différents + un professionnel paramédical de chaque unité.

Pensez-vous que cela soit possible au sein du centre hospitalier [nom du site 1] ?

Je vous remercie par avance pour votre retour,

Bien cordialement,

Barbara Anquetil

Etudiante IFCS Bordeaux

ANNEXE IV – Contact cadre de sante en amont des entretiens par mail

Courrier électronique envoyé le 05/03/2021,

Bonjour [nom Cadre de santé],

Comme convenu par téléphone, je reviens vers vous pour la réalisation des entretiens dans le cadre de mon travail de recherche (dont les thèmes sont la proximité physique du cadre de santé, l'autonomie des professionnels paramédicaux, l'identification du pouvoir d'agir).

Je souhaiterais réaliser si possible, de façon individuelle :

- un entretien avec [cadre de santé]
- un entretien avec [professionnel(s) paramédical(aux)]

Ces entretiens se déroulent en distanciel (via l'application ZOOM), ce qui nous permettra d'échanger en face en face (et sans masque !), sur une durée d'une demi-heure.

Avec votre accord, ils seront enregistrés afin que je puisse retranscrire leur contenu.

Je vous garantis qu'ils seront bien sûr détruits après la retranscription, et le contenu anonymisé.

Pour l'utilisation de ZOOM, c'est très simple : il suffit d'une connexion internet et d'un micro et caméra (soit par smartphone soit par ordinateur).

Vous n'avez pas besoin de télécharger l'application.

Je vous envoie un lien de connexion, un simple clic suffit pour rejoindre la visioconférence.

Je vous demanderai de m'envoyer en amont l'adresse mail qui servira pour votre entretien et celui de votre/vos collaborateur(s).

Pouvez-vous m'indiquer vos disponibilités et celles des professionnels paramédicaux afin de réaliser ces entretiens svp ?

Restant disponible, je vous remercie pour votre aide dans la réalisation de cette enquête,

Bien cordialement,

Barbara Anquetil

ANNEXE V – Entretien remarquable

ENTRETIEN n°7 du 22 mars 2021 – Pb1

Durée : 33 minutes et 9 secondes

Entretien réalisé par ZOOM

B : étudiante IFCS (seule, dans un bureau)

Pb1 : Infirmière en Soins de Suite et Réadaptation – Site 1 (seule, située à son domicile. A l'écran, le champ visuel permet de voir le buste

- 1 *Pour débiter l'entretien, je me présente et remercie la professionnelle paramédicale*
2 *interviewée d'avoir accepté cet entretien.*
3 *Je lui rappelle les thèmes abordés et les modalités de l'entretien (enregistrement de l'entretien,*
4 *anonymat de la transcription, durée de l'entretien).*
5
6 B
7 Je vous propose qu'on fasse un entretien d'environ une demi-heure. Euh, ... voilà, et les thèmes
8 en fait, c'est autour de la proximité du cadre de santé et de l'autonomie des professionnels.
9 D'accord ?
10
11 Pb1
12 D'accord, OK.
13
14 B
15 Donc, euh, ... je vais vous proposer quelques questions qui sont ouvertes au niveau des
16 réponses, donc vos propos sont libres, voilà comme je vous disais, ça va être anonymisé. Donc
17 vous êtes libre de vos réponses. Est-ce que vous souhaitez commencer par vous présenter un
18 petit peu ou on commence par les questions ?
19
20 Pb1
21 Ah bah, je suis infirmière depuis, euh, ... (sourire) bah 97 [1997] euh, ... sur l'hôpital de [site
22 1], depuis 13 ans, 13 ans et demi même. Euh, ... voilà, je travaille en SSR, avant j'ai travaillé
23 10 ans en centre de rééducation fonctionnelle. Donc là, maintenant, je suis en SSR sur [site 1].

24
25 B
26 D'accord.
27
28 Pb1
29 Voilà ! (Rire)
30
31 B
32 C'est une unité qui fait combien de lits le SSR ?
33
34 Pb1
35 55
36
37 B
38 55 lits d'accord
39
40 Pb1
41 Ouais, 55 lits, euh ... divisés en 4 secteurs, enfin 4 ailes.
42
43 B
44 4 ailes, Ok. Et le bureau de votre cadre, il est situé où par rapport aux unités ?
45
46 Pb1
47 Euh, alors au milieu, en fait. En fait, nous on a 2 cadres.
48
49 B
50 Hum, hum.
51
52 Pb1
53 On a Mme [CSb] qui est à mi-temps chez nous et à mi-temps au labo, on a une autre cadre qui
54 est à 100 % chez nous.
55

56 B
57 D'accord
58
59 Pb1
60 Voilà. Ça va peut-être orienter un peu les questions aussi (rire).
61
62 B
63 (Sourire), bon on va voir ça !
64
65 Pb1
66 Voilà !
67
68 B
69 Est-ce que vous avez d'autres choses à me transmettre sur votre parcours ?
70
71 Pb1
72 Ohh bah non, écoutez ... sauf si vous avez d'autres questions (sourire) ?
73
74 B
75 Euh, pour le moment, c'est bon, sur le parcours, c'est bien (sourire). Euh, ... pour vous, ça
76 correspond à quoi la proximité physique du cadre ?
77
78 Pb1
79 Bah c'est important.
80
81 B
82 Oui
83
84 Pb1
85 C'est important qu'elle soit au sein de l'équipe, en fait, euh... c'est un peu notre euh ..., le cadre,
86 c'est un peu notre référent, notre euh ..., le pilier de l'équipe. Ça sert de référent en fait. Voilà.
87

88 B
89 D'accord
90
91 Pb1
92 Le fait qu'il soit au centre, c'est bien.
93
94 B
95 Alors, c'est quoi que vous entendez par « être au centre » ? C'est au niveau de la localisation,
96 c'est quoi ?
97
98 Pb1
99 La localisation, oui. Les bureaux sont bien situés au sein de notre service en tout cas. (Silence).
100
101 B
102 Hum hum (marque un temps). D'accord. Est-ce que vous pensez que cette proximité de vos
103 cadres, ça a des effets sur votre pratique professionnelle ?
104
105 Pb1
106 Euh, pff (souffle en levant les yeux au ciel) Sur ma pratique professionnelle, euh, je ne pense
107 pas. Euh ... (marque un temps) disons que ça les ... (marque un temps, réfléchit) oh, pff ...
108 (rire) c'est une question piège ça ! (Rire)
109
110 B
111 Oh non, il n'y a pas de question piège ! (Sourire) Ce qui vous passe par la tête, prenez votre
112 temps (sourire).
113
114 Pb1
115 En premier lieu, je pense pas que ça agisse, euh..., directement. Mais indirectement peut être,
116 euh, du fait que je sais où la trouver rapidement si besoin.
117
118 B
119 D'accord

120

121 Pb1

122 Et de discuter de visu avec elle. Si y'a des problèmes, si euh ... voir directement si elles sont ...

123 parce que souvent leurs bureaux sont ouverts en plus, enfin dès que la porte est ouverte, on sait

124 qu'on peut aller les voir sans problème.

125

126 B

127 Hum hum, et ça, c'est le cas pour les 2 cadres, du coup, celle qui est 100% et celle qui à mi-

128 temps ? Ou vous voyez une différence entre les 2 ?

129

130 Pb1

131 Alors, (rire) on en a discuter un petit peu avec les collègues, sachant que j'allais vous avoir après

132 et, euh, ... on a plus enfin, en général, on a plus tendance à aller vers celle qui est, euh... qui

133 est là à 100% (sourire).

134

135 B

136 Ah oui ?

137

138 Pb1

139 Ouais. Euh, parce que, en fait, euh... celle qui est à mi-temps sera moins, euh ... Je veux pas

140 dire qu'elle sera moins accessible, mais elle sera accessible différemment. C'est à dire que, enfin

141 quand elle est là, elle est accessible, y'a pas de souci. Mais quand elle n'est pas là et quand l'autre

142 est absente, euh ... On est obligées de l'appeler, euh ... de l'appeler. Les échanges se font par

143 téléphone.

144

145 B

146 Ouais.

147

148 Pb1

149 Donc moins directement (rire) C'est moins ... le contact est moins facile quand on est au

150 téléphone que de visu. Voilà, c'est moins, euh, ... on disait que c'était moins, euh... Que la

151 gestion était moins facile.

152
153 B
154 D'accord
155
156 Pb1
157 Les petits problèmes de... Au quotidien. Rien de grave, mais en sachant qu'elle est joignable à
158 tout moment. Mais le fait que ça soit par téléphone, lorsqu'elle est absente du service, hein, je
159 parle, euh, c'est moins facile.
160
161 B
162 Oui
163
164 Pb1
165 Pour nous en général. On a échangé par rapport à ça et effectivement, le fait d'appeler, euh ...
166 c'est moins ... on sera moins, ... ça sera moins rapide, c'est-à-dire euh, ... même si on l'a tout
167 de suite, le fait qu'elle soit absente, euh ... physiquement, euh ... on aura pas notre réponse dans
168 l'immédiat, en fait.
169
170 B
171 D'accord
172
173 Pb1
174 Voyez ce que je veux dire ? Ou pas (rire) ? Je sais pas si je suis tout à fait claire !
175
176 B
177 Oui, oui, euh... ce que je comprends, c'est que, quand du coup, le fait de devoir l'appeler, il y a
178 comme une perte de temps dans la réponse qu'elle va pouvoir vous apporter ?
179
180 Pb1
181 Voilà une perte de temps ou soit elle va pas répondre parce qu'elle est déjà occupée ailleurs ou,
182 euh ... tandis que là, si on sait que leur bureau est fermé, enfin si la porte est fermée, on sait
183 que euh ..., on évite de déranger.

184
185 B
186 Hum hum
187
188 Pb1
189 Dès que le bureau est fermé, c'est qu'il y a ... soit elles sont avec quelqu'un d'autre, soit elles
190 sont au téléphone. Enfin, on a plus tendance à reporter un peu notre demande.
191
192 B
193 Ouais.
194
195 Pb1
196 Voilà. Après soit elles sont absentes du service. (Marque un temps) Voilà.
197
198 B
199 Oui, le fait que physiquement, quand votre cadre est présente dans le service, si elle signale par
200 la porte du bureau, par exemple, qu'elle est pas là, c'est qu'elle est pas là, ou qu'elle n'est pas
201 disponible ?
202
203 Pb1
204 Voilà, c'est ça. Voilà tout à fait. Sauf si c'est vraiment une grosse urgence, euh ...
205
206 B
207 Oui. Alors que quand elle est absente, vous savez pas trop ... ?
208
209 Pb1
210 Bah on appelle, alors euh... soit elle nous répond, bah tant mieux (rire), soit elle nous répond
211 pas bon, on reporte l'appel à un autre moment (sourire). Voilà.
212
213 B
214 Oui. Et ça vous fait quoi comme euh, ... sentiment ça ?
215

216 Pb1
217 Ohh bah, ça dépend du souci, en fait, mais euh, ... Bah on reporte, c'est pas grave, mais c'est
218 quelque part, c'est une petite perte de temps quoi, enfin ... Mais bon, c'est pas... (hausse les
219 épaules) On rappelle plus tard (rire), ou on attend qu'elle revienne dans le service ou elle nous
220 dit « écoutez, on verra ça quand je reviendrai dans le service », quand elle sera plus disponible,
221 en fait.
222
223 B
224 D'accord. Et sur votre façon de travailler, euh, ça a des répercussions ?
225
226 Pb1
227 Non, pas forcément, parce que généralement c'est pas des gros soucis non plus. On apprend à
228 gérer aussi, euh ... sans elles, hein (rire) donc euh, ... c'est des interrogations soit ... sauf si
229 c'est des problèmes de planning où là c'est un peu gênant.
230
231 B
232 oui
233
234 Pb1
235 Mais bon non, autrement on se débrouille, on se débrouille hein.
236
237 B
238 Oui. Sur la pratique au quotidien c'est pas très dérangeant au final ?
239
240 Pb1
241 Pff ... (souffle) non, non, non. Alors nous, c'est un peu biais.. C'est un peu ... enfin, comment
242 dire (cherche ses mots) Euh, ... notre cadre à mi-temps, euh, ... le fait qu'on en est un, qu'on en
243 ait une à 100% dans le service, c'est un petit peu, euh ... Comment dire ... Ah mince, j'arrive
244 pas à trouver mon mot ... Euh, ça... On aura tendance à aller vers celle qui est à 100%, en fait.
245 Le fait, voilà, ... si elle était qu'à mi-temps chez nous, je pense qu'il y aurait plus de
246 répercussions qu'actuellement. Voilà. (Marque un temps)
247

248 B
249 Hum hum
250
251 Pb1
252 Autrement, sur notre pratique, ben ... on apprend, on est relativement autonomes aussi, donc
253 euh, ... Voilà.
254
255 B
256 Est-ce que vous avez un exemple d'une situation vécue, par exemple, où le fait que la cadre était
257 physiquement proche de vous, ça a pu influencer votre pratique professionnelle, votre
258 autonomie ?
259
260 Pb1
261 (Silence) J'en ai pas qui vient en tête là. (silence) Là, je suis désolée, j'en ai pas qui viennent
262 en tête (rire) (silence) Ah, c'est plus quand y'a des absences.
263
264 B
265 Ouais (marque un temps) De vos collègues ?
266
267 Pb1
268 Oui, voilà, hum. Voilà, on va tout de suite aller, euh, ... le signaler à la cadre qui va être
269 présente.
270
271 B
272 Hum hum
273
274 Pb1
275 Tandis que si elle n'est... si elle est absente, si elle est dans l'autre service, euh ... On est amené
276 à prendre le téléphone, voilà. Tandis que celle qui est présente agit tout de suite.
277
278 B
279 Oui

280
281 Pb1
282 Enfin on a l'impression qu'elle agit plus rapidement. Tandis que l'autre est obligée de revenir
283 dans le service pour voir le planning, pour voir ce qui se passe (marque un temps). Tandis que
284 ... On va directement avec notre planning vers la cadre qui est là et on lui dit le problème quoi,
285 et elle agit tout de suite.
286
287 B
288 Hum hum
289
290 Pb1
291 Euh, ... voilà, après, j'en vois pas... pff y'en a pas qui viennent trop en tête (silence). Ouais, je
292 suis désolée, ça vient pas (rire).
293
294 B
295 Non mais y a pas de souci (sourire)
296
297 Pb1
298 (Silence, se frotte le menton) oui, non, je ... Je suis désolée !
299
300 B
301 Non, ne soyez pas désolée. Ça viendra peut être après (sourire), euh, ... et puis si ça vient pas,
302 c'est pas grave. Euh, du coup, là, donc vous m'expliquez qu'effectivement, vous avez ce cadre
303 qui est là à 100%, et ce cadre qui est là à mi-temps. Euh, ... quand l'une et l'autre s'absentent
304 par exemple, soit parce qu'il y a un temps de réunion au niveau de l'hôpital ou si c'est leur temps
305 de congés par exemple, est ce que vous identifiez, vous, un manque dans votre pratique, en fait,
306 au quotidien ? Est-ce que ça peut être un manque ?
307
308 Pb1
309 (Marque un temps) euh ... alors euh ... Oui, je pense, euh, ... alors elles sont jamais absentes
310 en même temps, on a toujours une cadre de référence, euh ...
311

312 B
313 D'accord
314
315 Pb1
316 Enfin, si elles sont absentes en même temps, il y a toujours une autre cadre qui prend le relais,
317 euh ..., qui s'occupe de nous.
318
319 B
320 D'accord
321
322 Pb1
323 Donc là aussi ça va se faire, ça va être par téléphone ou euh, ... Après, quand elles sont en
324 réunion, pfff... (souffle) Bah c'est tout le temps gênant quand on a un couac hein, euh... c'est
325 clair (sourire) ! Donc alors on les appelle, euh... Et puis si c'est vraiment urgent, on les appelle
326 et elles essaient de résoudre le problème tout de suite. Ou euh, ... si c'est pas urgent, bah on
327 attend qu'elles reviennent. Voilà, tout dépend de la situation de notre demande, en fait.
328
329 B
330 Hum hum. Vous auriez un exemple de situation, par exemple, qui vous vient là à l'esprit ?
331
332 Pb1
333 (Souffle) (silence) Alors, euh, généralement quand on euh, ... Ça serait plus les absences. Donc
334 là, euh, ..., d'une collègue ou, euh... généralement, elles sont là, elles sont rarement en réunions
335 quand on prend nos postes et tout ça.
336
337 B
338 Oui
339
340 Pb1
341 Après euh, ... pfff (cherche ses mots)
342
343 B

344 Est-ce que ça pourrait être sur l'accueil des patients ? Est-ce que ça pourrait être plus dans les
345 réassorts de matériel ? Ou est-ce que c'est vraiment juste au niveau des ressources humaines,
346 du côté des remplacements de vos collègues absents ? Est-ce que vous verriez des situations
347 par exemple comme ça ?

348

349 Pb1

350 Alors, le matériel, non, euh ... absence, oui, euh ... Quelqu'un arrive (dit tout bas, se remémore,
351 les yeux regardent sur le côté). Bah généralement elles sont joignables par téléphone et elles
352 nous donnent l'information par téléphone. Euh... Ouais, ça se fait par téléphone. Pff (souffle)
353 Admettons, quelqu'un qui devait venir chez nous et qu'il n'a pas eu son test covid. Donc savoir
354 comment on devait procéder quoi, si euh, ... donc là, elles nous donnent l'information par
355 téléphone et elles se remettent en contact avec leurs collègues des autres services par téléphone.
356 Donc voilà, tout se fait par téléphone. Mais j'ai pas une grosse situation où il a nécessité qu'elles
357 reviennent d'une réunion ou euh, ... C'était juste en fait pour les informer et savoir ce qu'on
358 faisait, quoi, euh ... La personne était déjà arrivée, donc euh, ... (hoche la tête) Voilà, c'était
359 vite mais euh, ... Et voilà, elles se sont mises en contact entre les 2 cadres et euh, ... mais
360 autrement, euh ... Non, matériel ... (souffle) Non, généralement, on se débrouille toutes seules
361 ou euh, ... ou on a ce qu'il faut pour l'instant (sourire).

362

363 B

364 Vous avez une autonomie dans les commandes, tout ça peut être qui font que ça manque pas ?

365

366 Pb1

367 Voilà, oui tout à fait

368

369 B

370 D'accord

371

372 Pb1

373 Oui, deux fois par semaine, euh ... enfin des médicaments, ou euh, ... enfin voilà, on a des
374 commandes hors dotation qui se font clairement sur la journée et du matériel, on a les ... on

375 contacte directement les magasins, si on a un souci ou pendant les heures ouvrables, donc euh,
376 ... on est relativement autonomes par rapport à ça, oui.

377

378 B

379 Ah oui, d'accord, OK.

380

381 Pb1

382 Voilà

383

384 B

385 Okay. Et alors, à l'inverse, quand vous parliez du patient qui a un test covid, euh ... Vous me
386 disiez que, euh ... si vous aviez une question vous attendiez que le cadre revienne pour avoir la
387 réponse. Est-ce que ça peut être bloquant parfois ? D'attendre le, euh ... Ou est-ce que vous
388 attendez la validation du cadre ? Ou est-ce que vous prenez des initiatives et puis après vous lui
389 faites la transmission ?

390

391 Pb1

392 Bah on prend des initiatives et bah, ... là c'était fait par téléphone donc elle avait vu avec la
393 cadre du service où était la personne précédente pour pas que ça se reproduise. Après, on avait
394 pu gérer avec le médecin.

395

396 B

397 Hum hum

398

399 Pb1

400 Donc on gère et après on informe si besoin. Voilà.

401

402 B

403 D'accord.

404

405 Pb1

406 Il y a beaucoup de ... il y a pas mal de situations où ça se passe comme ça, où on n'a pas besoin
407 qu'elles interviennent, mais où on les prévient, euh ... si on a une situation avec, euh ... un petit
408 peu embarrassante avec une famille ou il y a eu un petit couac avec une famille. On essaye de
409 gérer et après on les informe au cas où si la famille prend contact avec elles ou euh, ... Des fois,
410 on demande aux ... on dit aux familles d'appeler les cadres quand ils sont mécontents de la prise
411 en charge ou on essaie de l'expliquer, et que s'ils sont dans toujours mécontents, si on voit que
412 la pression redescend pas forcément beaucoup, on leur demande de prendre contact avec notre
413 cadre et euh, ... Et là, on les informe que cette famille risque de les contacter pour euh... par
414 rapport à telle situation. Voilà, ou si elles sont présentes, euh... Ben on va voir directement avec,
415 euh... avec elles, quoi.

416

417 B

418 Ouais (marque un temps)

419

420 Pb1

421 Voilà.

422

423 B

424 Et ça, ça vous fait quoi, le fait du coup, de pouvoir prendre ces initiatives là et après d'avoir à
425 en référer à votre cadre, mais plus dans la transmission ? ça vous fait quoi, vous, en tant que
426 professionnelle ?

427

428 Pb1

429 Ça fait partie de notre travail (rire). Après euh, ... ouais, c'est ... c'est normal, quelque part,
430 c'est normal aussi, enfin, euh ... (silence) ouais je trouve ça normal aussi (rire) Enfin, c'est, euh
431 ... Quand elles sont là, c'est quand même mieux parce que, euh ... pour désamorcer des fois
432 une situation où, euh ... on dit aux familles directement d'aller voir la cadre, ou on va voir
433 ensemble la cadre, euh ... si elle est disponible et ... voilà comme ça, euh ... le fait de voir
434 quelqu'un de supérieur entre guillemets, euh, ... peut désamorcer des situations.

435

436 B

437 Oui

438

439 Pb1

440 Voilà. Donc après, euh... pff (souffle) ce que ça me fait... Bah ça fait partie de notre travail
441 aussi, hein, euh... (marque un temps) on n'est pas là que pour les soins non plus (rire) Donc,
442 euh... ouai, je sais pas ... (marque un temps) Disons que c'est confortable quand elles sont là.
443 Euh, ... on sait qu'elles sont là, au cas où.

444

445 B

446 Ouais.

447

448 Pb1

449 Ça peut, euh ... voilà, euh ... autrement ... Ouais, voilà quoi, ça fait partie de notre travail et
450 euh, ... (marque un temps) c'est un peu valorisant parce qu'on sait faire une situation aussi
451 sans... on gère des situations sans elles, enfin (rire) !

452

453 B

454 Bien sûr, bien sûr (sourire) !

455

456 Pb1

457 Mais bon, euh, ... Ouais, ouais, c'est... Bah je trouve que, euh ... enfin je mets la cadre dans
458 l'équipe donc c'est vrai que ça... on forme une équipe, donc on est là pour s'entraider et, euh ...
459 et voilà, quoi (rire) ! Après tout ce qui est administratif, euh ... Euh, c'est confortable qu'elle
460 soit là, ça décharge, ça nous décharge, en fait. Euh, ... vous vouliez un exemple, il y en a un
461 qui me vient en tête. C'est à dire qu'il y avait un monsieur, ça faisait, euh ... La famille devait
462 faire des démarches pour un placement en EHPAD, et euh, ... on arrivait à 6 mois
463 d'hospitalisation et la famille ne bougeait pas, ou très peu. Et euh, ... bah là, la cadre est
464 intervenue, ça nous a déchargé un peu, euh... comment dire, euh ... de ce suivi, d'être obligé de
465 contacter la famille en disant « écoutez, à telle date, votre parent est sortant, si vous faites rien,
466 euh ... » Alors la famille, euh, ... reculait, trouvait des excuses, enfin, euh ... C'était vraiment
467 très ... ça, c'est vraiment très lourd et heureusement qu'elles étaient là pour nous décharger de
468 cette tâche, parce que si elles avaient pas été là, on aurait été obligés de le faire, donc euh ...
469 malgré les appels des médecins, ça suffisait pas ...Ouais, c'est par rapport à tout ce qui est

470 administratif et euh, ... Par rapport aux sorties, quoi. Quand ça se passe pas très bien ou quand
471 faut donner un petit coup de pression. Euh, ... bah elles arrivent à le donner (sourire) ! Non, là
472 par contre, c'est bien, ça nous décharge.

473

474 B

475 D'accord

476

477 Pb1

478 De tout ce qui est administratif et sortie qui se passe pas forcément trop bien.

479

480 B

481 Ouais.

482

483 Pb1

484 Les temps où on voit que les familles, pour les demandes d'EHPAD, traînent un petit peu, quoi.

485 Nous on est sympa (rire) sur [site 1], on est sympa, les temps d'hospitalisation sont assez longs

486 quand même, donc euh ... (rire) on met pas trop la pression aux familles, mais on voit qu'ils

487 abusent de la gentillesse, et ... Bah voilà quoi, on leur laisse le temps de faire les démarches.

488 On les prévient assez à l'avance. Et là on voit que, euh ... Donc quand elles sont là pour donner

489 un petit coup de pression, c'est bien (rire) voilà !

490

491 B

492 A la famille, pas à vous (rire) ?

493

494 Pb1

495 Ah non (rire) ! Elles savent nous en donner un petit peu au cas où, s'il y a besoin (rire) !

496

497 B

498 Alors, euh ... (sourire) Vous avez des exemples de quand elle vous mettent un petit coup de

499 pression ? Ce serait quoi ?

500

501 Pb1

502 Oh bah euh, ... (souffle en souriant) Non, c'est des... C'est toujours gentil, toujours des rappels
503 en fait, euh, ... Non, non, ils nous mettent pas forcément, euh ... Y a un très bon contact avec
504 nos cadres, donc, euh ...Le coup de pression, ça va être gentil et par des rappels. Après des
505 exemples précis, euh ... non mais y'a toujours des petits euh ... Elles ont trouvé un système
506 d'info semaine, en fait.

507

508 B

509 D'accord

510

511 Pb1

512 Pour faire passer des informations, donc tous les vendredis où ... enfin elles essayent, euh, ...
513 tous les vendredis, on a une feuille qui récapitule un petit peu ce qui s'est passé dans la semaine.
514 Si elles ont eu des notes de service, euh ... parce que nous, on n'a pas de messagerie, euh ...
515 Elles font passer les informations par ça. Et si y a des rappels à faire, euh ... Je sais pas pour
516 les stup [stupéfiants] euh, ... faire attention, euh ... Les erreurs, voilà, elles en profitent pour
517 faire des rappels à ce niveau-là, donc... C'est pas des coups de pression (rire), non ça va ! Ça se
518 fait toujours dans l'échange, voilà, surtout, c'est important et euh, ... dans l'ambiance, on sait
519 qu'elles ont aussi de l'autre côté, euh ... une certaine pression de l'administration, de la
520 direction. Enfin bon, ... elles répercutent quoi, donc voilà !

521

522 B

523 Okay ! Et quand elles sont absentes, euh ...Qu'est-ce qui est mis en place par elles pour que
524 vous puissiez continuer, vous, à être autonomes, à travailler ?

525

526 Pb1

527 Bah, les plannings sont faits à l'avance, donc, euh, ... avant de partir elles vérifient bien, et euh,
528 ... on a toujours une cadre référente en fait. On a toujours un numéro de téléphone à appeler.
529 Bon, on est une petite structure donc on connaît les cadres, et souvent c'est le même, donc c'est
530 souvent la cadre du court séjour gériatrique qui nous prend en charge quand nos cadres sont
531 absentes. Donc voilà.

532

533 B

534 Ok
535
536 Pb1
537 Si euh, ... on sait que euh, ... (rire) là on se prend peut-être plus en charge, en main, je sais pas
538 (sourire) on sait que c'est pas elles, donc bah on essaye de gérer encore plus que ce qu'on fait
539 d'habitude, pour éviter de redonner encore du taff à la cadre qui a déjà ses services à gérer. C'est
540 un peu différent (rire) ! On l'appellera pas pour rien, enfin ...
541
542 B
543 (Rire)
544
545 Pb1
546 On appelle pas les cadres (rire) pour rien, euh ... mais voilà, pour des broutilles qui peuvent
547 attendre, on la laissera tranquille.
548
549 B
550 Qu'est-ce que vous faites ? Peut-être, vous mettez d'autres stratégies en place ? Peut-être de
551 regrouper les demandes ou comment ça se passe, par exemple, quand c'est un cadre, euh, ... de
552 remplacement ?
553
554 Pb1
555 Ouais, on l'appelle vraiment, euh ... regrouper les demandes, euh ... (souffle) non, enfin...
556 Non, on l'appellera que pour des absences, ou euh, ... là j'ai pas d'exemple à vous fournir. Quand
557 une de nos cadres, ... Enfin, quand les 2 cadres sont absentes, c'est souvent l'été donc, euh...
558 Ça va être que pour les arrêts, surtout, qu'on va la contacter. Jusqu'à présent, on n'a pas eu
559 d'autres soucis, euh ... je touche du bois (rire) qui a demandé que on la contacte, mais euh, ...
560 on sait qu'elle est aussi disponible, donc euh, ... Mais c'est plus gênant, enfin, plus gênant ...
561 Euh, ouais, c'est plus embêtant de la contacter en sachant qu'elle a son service aussi à gérer, et
562 d'autres choses à côté, quoi.
563
564 B
565 Hum hum

566

567 Pb1

568 On sait pas trop mais on s'imagine (sourire) !

569

570 B

571 Oui, donc si je comprends bien, c'est vraiment au niveau de la gestion de l'équipe en termes

572 d'absence ? Parce qu'au final, vous, sur l'organisation du service vous êtes autonomes, vous

573 faites vos commandes, vous faites, euh ... votre matériel et tout ça. Vous arrivez à tout anticiper

574 pour être tranquille, quoi ?

575

576 Pb1

577 Voilà, Oui, oui, oui. Sauf bah, tout ce qui est commande, euh ... grosse commande de matériel.

578 Mais bon là c'est les cadres qui nous font passer, euh ... enfin on fait des listes et puis elles

579 s'occupent des grosses commandes, mais autrement... Non, non.

580

581 B

582 Ouais (marque un temps) donc ça, c'est des choses qui sont anticipées, quoi ?

583

584 Pb1

585 Oui, tout à fait.

586

587 B

588 D'accord. Et quand vos cadres reviennent, alors c'est quoi le sentiment quand elles reviennent

589 de vacances (sourire) ?

590

591 Pb1

592 Ah, c'est bien (rire) ! On est contentes de les revoir ! Elles sont reposées en plus, donc c'est

593 nickel ! Non, non, c'est appréciable ! Ouais, parce qu'elles font partie de l'équipe donc bah...

594 comme on est contentes de revoir les collègues revenir ou euh, ... Donc voilà. Ouais, ouais,

595 non, ... c'est ... puis on sait que c'est plus confortable pour nous parce qu'on sait qu'elles sont

596 là (a un regard en coin en souriant)

597

598 B
599 D'accord
600
601 Pb1
602 On va peut-être plus se relâcher, euh ... (rire) ! Ohh, c'est pas qu'on se met la pression, mais on
603 sait qu'elles sont là. Donc voilà, on les appellera peut-être plus pour des bêtises (rire) !
604
605 B
606 (Rire)
607
608 Pb1
609 Donc voilà ! Non, non. Bah... c'est bien ! contente de les revoir (rire) !
610
611 B
612 Tant mieux, c'est bien (rire) !
613
614 Pb1
615 Ouais, comme je vous dis, elles font partie de l'équipe !
616
617 B
618 C'est bien ça, c'est chouette (sourire) !
619
620 Pb1
621 C'est bien. Comme ce matin, euh, ... j'avais un autre exemple, mais là c'était dans *** [mot non
622 compris], on a eu des changements de protocoles parce qu'on a fusionné avec [CHU de
623 rattachement] donc elles nous avaient informés qu'il y avait des changements de protocole et
624 j'arrivais pas à accéder à, ... Où je pouvais trouver ces nouveaux protocoles, donc j'en ai référé
625 à ma cadre. Elle m'a dit « bah attends, je vais voir, on a reçu un mail avec tout » euh, ... Elle est
626 revenue avec le sourire jusqu'aux oreilles. Je me suis dit « qu'est-ce qu'il y a ? » (Rire) Elle m'a
627 sorti un pavé de feuilles (montre avec ses mains un gros paquet de feuilles et imite sa cadre)
628 « et voilà, ils ont tout changé, en fait ! ils ont changé beaucoup de choses ! » (Rire) Ah
629 d'accord ! J'en demandais pas tant que ça, mais ... (rire) !

630

631 B

632 (Rire)

633

634 Pb1

635 Donc voilà, par rapport à ça aussi, euh... Des informations qu'on n'arrive pas à trouver ou, euh
636 ... pour les transports ou, euh... Maintenant, on doit faire, euh ... alors je sais pas sur Bordeaux,
637 comment ça se passe mais nous avant on faisait pas les bulletins de situations. Et depuis la
638 fusion, on doit les faire. Donc euh, ... alors déjà elles ont été là pour nous montrer comment
639 fallait faire, enfin la procédure et puis, euh... Donc là, j'ai été amenée à l'appeler ma cadre,
640 parce que euh... voilà une ambulancière me demandait un bulletin de situation, je fais « bah on
641 ne les fait pas » et euh... elle me fait « si, si, maintenant vous les faites », alors euh ... « Allô
642 comment on fait ? » (Imite un appel au téléphone en riant). Voilà donc, elle a pu répercuter tout
643 de suite, euh ... elle était sur l'étage, elle m'a dit « bon ben, j'arrive. Je vais vous montrer. »
644 Voilà, c'était pas encore tout à fait officiel. Pour les ambulanciers c'était officiel, mais pour nous
645 ce n'était pas encore, donc euh, ... voilà, il y avait des choses comme ça, qu'on nous demande
646 de faire, mais on sait pas faire donc euh, ... (rire) Donc voilà, ... C'est des petites choses, mais
647 qui sont embêtantes parce que si elle avait pas été là, euh, ... Et ben, on savait pas faire (sourire).
648 Donc, bon... on aurait peut-être appelé quelqu'un, euh ... mais toute l'équipe ne savait pas faire,
649 donc là, euh ... on ne sait pas comment on aurait fait, mais on aurait peut-être appelé des
650 collègues d'autres services qui le faisaient peut-être avant nous. C'est des petites choses comme
651 ça, mais qui peuvent être embêtantes.

652

653 B

654 Ouais.

655

656 Pb1

657 Donc, le fait qu'elle ait répondu tout de suite, c'est bien. Après, elle aurait été en réunion, euh
658 ... (grimace) Je ne sais pas comment on aurait fait (sourire) on se serait débrouillés sûrement.

659

660 B

661 Oui

662

663 Pb1

664 Elle nous aurait dit par téléphone ou nous aurait rappelé, je ne sais pas. Le fait qu'elle soit sur
665 l'étage, ça nous a... ça a été bien ... ça a été super (rire) bien profitable, voilà.

666

667 B

668 D'accord. Bon, eh bien, écoutez, pour moi c'est bon pour les questions. On arrive à la demi-
669 heure d'entretien. Si vous avez autre chose à me partager, je suis preneuse

670

671 Pb1

672 Bah écoutez non. Après si vous avez d'autres questions, vous n'hésitez pas à me recontacter soit
673 par SMS, soit par mail, et puis voilà.

674

675 B

676 C'est très gentil à vous. Du coup on va conclure l'entretien. Je vous remercie beaucoup.

677

678 Pb1

679 Bon courage à vous. Merci, au revoir.

680

681 B

682 Merci. Au revoir

683

ANALYSE VERTICALE ENTRETIEN n°7 du 22 mars 2021 – Pb1

Ce septième entretien est réalisé auprès d'une infirmière (Pb1) du centre hospitalier du site 1. Il se déroule en visio-conférence, le champ visuel permet de voir les visages et les bustes, y compris les mouvements des mains. Pb1 est située à son domicile, seule. Nous sommes située dans un bureau, seule. Il n'y aura pas d'interruption durant cet entretien qui dure 33 minutes et 9 secondes. Le ressenti que nous avons à l'issue de cet entretien est que Pb1 a eu quelques difficultés à répondre aux questions que nous lui posons. Nous ne connaissons pas les raisons de ces difficultés mais observons qu'après quelques minutes, elle a réussi à s'exprimer avec plus d'aisance, de facilités.

Nous débutons l'échange par nous présenter et remercier la professionnelle d'avoir accepté d'être interviewée. Nous rappelons les modalités de l'entretien (enregistrement, anonymat, durée) ainsi que son objet (thèmes et but de la démarche). Nous proposons à Pb1 de nous présenter son parcours pour commencer ou bien d'entamer avec des questions ouvertes sur les thèmes de recherche.

Pb1 fait le choix de présenter son parcours. Elle a 46 ans, est diplômée infirmière depuis 1997. Elle travaille sur le site 1, au service Soins de Suite et Réadaptation (SSR) depuis 2007. Le SSR a une capacité de 55 lits, divisés en 4 ailes. Nous lui demandons où est situé le bureau du cadre, Pb1 explique qu'il est au milieu des 4 ailes, et que son équipe a deux cadres : CSb à mi-temps et une autre cadre de santé à 100%. Elle exprime que peut être cela orientera ses réponses.

Nous poursuivons l'échange autour de la signification pour elle de ce qu'est la proximité physique du cadre. Pb1 exprime que « *c'est important qu'elle soit au sein de l'équipe* » (ligne 85). Elle attribue au cadre un rôle de « *réfèrent [...] de pilier de l'équipe* » (ligne 86). Elle affirme alors que la localisation du bureau des cadres au centre des 4 ailes du SSR est une bonne chose.

Concernant les effets que peuvent avoir la proximité physique du cadre sur sa pratique professionnelle, Pb1 explique que « *indirectement peut être* » il peut y avoir un effet, « *du fait que je sais où la trouver rapidement si besoin* » (ligne 116). Elle décrit que lorsque la porte du bureau de la cadre est ouverte, elle sait qu'elle « *peut aller les voir sans problème* » (ligne 124), et le fait de « *discuter de visu* » (ligne 122) avec sa cadre rend les choses plus faciles.

Elle observe une différence de sollicitation envers l'une et l'autre cadres : « *on a plus tendance à aller vers celle qui est [...] là à 100%* » (ligne 132).

CSb qui est à mi-temps n'est pas moins accessible que sa binôme à temps plein, mais lorsqu'elle est sur l'autre service, elle doit être contactée par téléphone « *on est obligées de l'appeler* » (ligne 142) et ce contact par téléphone est « *moins facile [...] que de visu* » (ligne 150). Elle décrit que cela semble, par téléphone, moins direct, « *moins rapide [...] même si on l'a tout de suite, le fait qu'elle soit absente [...] physiquement, euh ... on aura pas notre réponse dans l'immédiat, en fait* » (ligne 167). Ainsi, Pb1 vit cela comme « *une perte de temps* » (ligne 181), alors que quand la porte du bureau est fermée, elle sait que la cadre n'est pas disponible « *si la porte est fermée, on sait que [...] on évite de déranger* » (ligne 182), « *soit elles sont avec quelqu'un d'autre, soit elles sont au téléphone. Enfin, on a plus tendance à reporter un peu notre demande* » (ligne 189), « *soit elles sont absentes du service* » (ligne 196).

Alors que quand les cadres sont absentes du service, mais que Pb1 ne sait pas où elles se trouvent, elle va les appeler, « *soit elle nous répond, bah tant mieux, soit elle nous répond pas bon, on reporte l'appel à un autre moment* » (ligne 209).

Nous lui demandons alors quel sentiment cela génère chez elle. Pb1 exprime que cela dépend du problème rencontré, mais trouve que c'est « *une petite perte de temps* » (ligne 218) « *on rappelle plus tard, ou on attend qu'elle revienne dans le service ou [...] quand elle sera plus disponible en fait* » (ligne 220).

Nous abordons le fait que cette attente puisse avoir ou non des effets sur sa pratique professionnelle. Pb1 exprime que non, que « *on apprend à gérer aussi [...] sans elles* » (ligne 228) sauf si cela touche à « *des problèmes de planning où là c'est un peu gênant* » (ligne 229).

Concernant son autonomie professionnelle, Pb1 emploie plusieurs fois les termes « *on se débrouille* » (ligne 235). Elle affirme que « *sur [sa] pratique, [elle] apprend, [elle] est relativement autonome* » (ligne 252). Elle identifie des domaines d'autonomie dans la gestion des commandes de médicaments ou de petit matériel (ligne 343). Dans la prise en soin des patients, ou l'accueil de nouveaux patients, elle identifie la prise d'initiatives possible (ligne 392), ou encore faire appel au médecin pour gérer certaines situations (ligne 394). « *On gère et après on informe [le cadre] si besoin* » (ligne 400). Cette prise d'initiative « *fait partie de leur travail* » (ligne 440), « *on n'est pas là que pour faire les soins non plus* » (ligne 441).

Pb1 exprime que « *c'est un peu valorisant parce qu'on [...] gère des situations sans elles* » (ligne 450).

Elle explique que l'influence de la proximité du cadre sur l'autonomie professionnelle a lieu plutôt quand il s'agit d'absence de collègues. « *On va tout de suite aller, euh, ... le signaler à*

la cadre qui va être présente » (ligne 269). Elle décrit alors qu'il y a une impression que la cadre présente « *agit plus rapidement* » (ligne 282), parce que l'équipe va la voir « *directement avec le planning [...] et lui dit le problème* » (ligne 284). Alors que la cadre qui est absente parce que dans un autre service, il va falloir d'abord l'appeler pour lui expliquer l'absence du collègue concerné. Ensuite, elle est obligée de revenir dans le service pour voir le planning, pour voir ce qui se passe, etc.

Pc1 identifie qu'elle va faire appel au cadre quand il y a une situation conflictuelle avec une famille par exemple « *on essaye de gérer et après on informe [les cadres] au cas où si la famille prend contact avec elles* » (ligne 409) ou encore « *si elles sont présentes [...] on va voir directement [...] avec elles* » (ligne 414). « *Le fait de voir quelqu'un de supérieur entre guillemets, euh ... peut désamorcer des situations* » (ligne 434).

C'est dans le domaine administratif que le cadre de santé apporte une aide : « *tout ce qui est administratif et sortie qui se passe pas forcément trop bien* » (ligne 478), quand la cadre s'en occupe « *ça nous décharge* » (ligne 472).

Concernant les effets de la proximité du cadre sur la pratique professionnelle, « *disons que c'est confortable quand elles sont là [...] on sait qu'elles sont là, au cas où* » (ligne 443). Parfois, cela peut être de l'ordre du rappel concernant la survenue d'erreurs, de la transmission d'informations venant de la direction, etc. « *elles savent nous donner [un petit coup de pression] un petit peu au cas où, s'il y a besoin* » (ligne 495) mais cela se fait « *toujours dans l'échange* » (ligne 518).

Concernant le manque possiblement vécu lors de l'absence du cadre de santé, Pb1 explique qu'il y a « *toujours une cadre de référence* » (ligne 310) qui « *s'occupe de nous* » (ligne 317). Là encore, Pb1 explique que ces cadres remplaçants sont joignables par téléphone et plutôt disponibles. Dans son expression, Pb1 souffle beaucoup quand elle évoque ces situations-là, cela semble pesant pour elle, inconfortable « *quand elles sont en réunion pfff, bah c'est tout le temps gênant quand on a un couac* » (ligne 324).

En l'absence du cadre de l'unité et donc le relai par un cadre de remplacement, Pb1 évoque que l'équipe « *essaye de gérer encore plus que ce qu'on fait d'habitude, pour éviter de redonner du taff à la cadre qui a déjà ses services à gérer* » (ligne 539), voire même « *on l'appellera pas pour rien* » (ligne 540).

Cela amène à révéler que lorsque leurs cadres de référence reviennent de congés par exemple, l'équipe est « *contente de les revoir ! elles sont reposées en plus, donc c'est nickel !* » (Ligne

592). Pb1 explique que leurs cadres font partie de l'équipe et donc au même titre que leurs collègues, cela fait plaisir de les retrouver, et affirme quand même que « *c'est plus confortable pour nous parce qu'on sait qu'elles sont là* » (ligne 595). Pb1 exprime que l'équipe va « *peut-être plus se relâcher* », et « *peut être plus appeler [les cadres] pour des bêtises* » (ligne 602).

Concernant les moyens mis en place par la cadre durant son absence, il s'agit :

- du relais par des cadres de remplacement
- une disponibilité téléphonique lors des temps institutionnels
- l'anticipation des plannings
- l'anticipation des commandes de matériel.

Concernant la place du cadre, Pb1 apporte des éléments comme quoi elle met la cadre dans l'équipe « *on forme une équipe, donc on est là pour s'entraider* » (ligne 458).

ANNEXE VI – Analyse inférentielle des entretiens

ANALYSE INFÉRENTIELLE – CADRES DE SANTÉ (CS)		
Selon vous, en quoi cette proximité influe sur l'autonomie des professionnels ? (2) <i>Cela influe-t-il favorablement ou non ? (2)</i>	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Effets perçus de la proximité du cadre sur l'autonomie des professionnels (2)</i>	<i>Éléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« Ça les rassure » (ligne 275, CSb, E6)</p> <p>« Discuter et de créer du lien » (ligne 385, CSa, E1)</p> <p>« De créer aussi une relation de confiance avec les équipes » (ligne 388, CSa, E1)</p> <p>« Être au quotidien et voir ce qui va, ce qui ne va pas sur le terrain rapidement, ça permet tout de suite de désamorcer, de trouver des solutions avec les équipes » (ligne 145, CSa, E1)</p> <p>« Ça permet, je pense, effectivement un bon état d'esprit et de savoir que les équipes sont écoutées aussi et peuvent proposer des choses. » (Ligne 149, CSa, E1)</p>	<p>Les 3 CS se rejoignent sur le fait que leur proximité auprès des équipes a un effet rassurant.</p> <p>Elle permet un lien et une relation de confiance entre CS et équipe.</p> <p>Elle a une fonction apaisante, permettant de désamorcer des situations problèmes.</p> <p>1 CS ajoute que la proximité permet à l'équipe d'avoir un bon état d'esprit.</p>	<p>Effets positifs de la proximité</p>

<i>Effets perçus de la proximité du cadre sur l'autonomie des professionnels (2) (suite)</i>	<i>Éléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« Si on est systématiquement avec elles, tout le temps et qu'ont fait la petit main entre guillemets, de choses qu'elles ne savent pas faire, elles seront pas autonomes » (ligne 270, CSa, E1)</p> <p>« [l'équipe des] soins de suites, elles prennent moins d'initiatives parce qu'il y a toujours un cadre de présent » (ligne 237, CSb, E6).</p>	<p>2 CS relèvent le fait que d'être trop à proximité de son équipe peut l'empêcher d'être autonome, car le CS fait à leur place, ou encore l'équipe prend moins d'initiatives.</p>	<p>Effets négatifs de la proximité</p>
<p>« Il y avait un mi-temps cadre qui a été longtemps absent, donc elles étaient un peu, beaucoup en autonomie, mais un peu à l'abandon on va dire » (ligne 266, CSa, E1)</p> <p>« Il faut pas confondre l'autonomie et la solitude » (ligne 172, CSc, E3)</p>	<p>2 CS évoquent le fait que lorsque le cadre est absent trop longtemps, l'équipe peut vivre cela comme de l'abandon, de la solitude. L'équipe peut fonctionner mais avec certaines dérives.</p>	<p>Effets liés à l'absence du CS</p>
<p>« Sans être sur place [...] on peut vite assister à des dérives » (ligne 170, CSc, E3)</p> <p>« C'est important quand même de montrer qu'on s'investit dans le service et puis qu'on est là quand même » (ligne 182, CSc, E3)</p>	<p>Les 3CS se rejoignent sur le fait que le CS doit se montrer à l'équipe, faire un petit signe qu'il est bien présent.</p>	<p>Effets liés au fait de voir le CS</p>
<p>« En étant moins présente [...] on est forcé de développer une certaine autonomie chez les agents. Ils sont forcés eux-mêmes » (ligne 269, CSc, E3)</p>	<p>1CS (responsable de deux équipes sur 2 sites différents) explique que l'encadrement à distance génère le développement d'autonomie chez l'équipe.</p>	<p>Effets liés à l'encadrement à distance</p>

Selon vous, existe-t-il un degré minimal de présence physique ?	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Evaluation du degré de présence physique (2)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« Un passage quotidien dans les unités » (ligne 80, CSa, E1)</p> <p>« Il y a un minimum » (ligne 212, CSc, E3)</p> <p>« ça peut être fluctuant dans le temps » (ligne 214, CSc, E3).</p>	<p>Les 3CS s'accordent sur le fait qu'il y a un minimum de présence à avoir auprès des équipes.</p> <p>2 CS (responsables d'équipes sur le même site) mesurent ce niveau à un passage quotidien minimum auprès des équipes</p> <p>Le CS (responsable de deux équipes sur deux sites différents) met une nuance dans ce niveau, il peut être fluctuant selon les besoins de l'équipe.</p>	Degré de présence physique

Pour vous, à quoi correspond l'autonomie de professionnel paramédical ? (3)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Définition de l'autonomie du professionnel paramédical par le cadre de santé (3)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« C'est pouvoir répondre à des problématiques sans forcément demander au cadre » (ligne 185, CSa, E1).</p> <p>« Travailler sans nécessairement le cadre, pendant 1 à 2 semaines » (ligne 307, CSb, E6).</p> <p>« Elles sont capables de faire face à [...] un petit grain de sable et du coup, elles arriveront à faire seules » (ligne 317, CSb, E6)</p>	<p>Les 3CS se rejoignent pour définir l'autonomie des professionnels par le fait qu'ils ont la capacité de travailler pendant une certaine durée sans faire appel à leur cadre. Les professionnels sont autonomes car ils sont capables de gérer seuls.</p>	Définition de l'autonomie des professionnels paramédicaux

Définition de l'autonomie du professionnel paramédical par le cadre de santé (3) (suite)	Eléments de sens significatif	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Elles connaissent leur boulot par cœur, elles le font très très bien » (ligne 499, CSa, E1).</p> <p>« Du matériel qui tombe en panne, ou un problème informatique ou un manque de matériel [...] pour la cuisine » (ligne 185, CSa, E1).</p> <p>« Sur l'organisation, elles ont pas besoin, elles ont des feuilles de route et elles gèrent, elles gèrent très bien. Voilà, enfin, sauf cas exceptionnel mais elles gèrent très bien. Après pour tout ce qui est gestion d'absentéisme, il y a une feuille de route, elles savent s'organiser à moins un entre guillemets, ici voilà, y'a pas de solution ça, elles savent, elles le font très bien, elles anticipent le week-end si effectivement, ... Elles attendent pas d'appeler le cadre d'astreinte. Elles anticipent les choses et elles préviennent après en disant « on a mis ça en place, on a fait ça » » (ligne 575, CSa, E1)</p>	<p>Les 3 CS distinguent plusieurs domaines d'autonomie chez les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le cœur de métier - la gestion du matériel et de l'organisation de l'unité - la gestion de l'absentéisme, sous couvert de la validation du cadre de santé 	<p>Types d'autonomie professionnelle</p>
<p>« On peut avoir des gens qui n'ont jamais, enfin, qui n'ont pas eu de formation encore. Donc effectivement qui se sont formés sur le terrain. C'est important de les accompagner. » (Ligne 393, CSa, E1)</p> <p>« On a des infirmières qui sont autonomes et qui connaissent le secteur par cœur, donc elles sont ressources complètement du service » (ligne 621, CSa, E1).</p> <p>« Le médico-technique, c'est un petit peu des secteurs à part » (ligne 405, CSb, E6)</p> <p>« On a des référents pour tout. On a des référents commande, on a les référents logistique, on a les référents informatique, on a ... Donc c'est hyper hyper cadré » (ligne 430, CSb, E6).</p>	<p>Les 3 CS évoquent qu'en fonction de la formation initiale des professionnels, l'autonomie professionnelle est différente.</p> <p>En EHPAD, certains professionnels se sont formés sur le terrain, ils ont besoin d'être accompagnés par les IDE ou le CS.</p> <p>Les IDE possèdent une autonomie par leur cœur de métier. Mais du fait de la présence du CS, elles peuvent avoir tendance à moins prendre d'initiatives.</p> <p>Dans le secteur médico-technique, les professionnels TLM ont une autonomie dans leur cœur de métier et dans l'organisation de l'unité par la nomination notamment de référents.</p>	<p>Autonomie selon la formation initiale</p>

Définition de l'autonomie du professionnel paramédical par le cadre de santé (3) (suite)	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
« Après c'est pas la même population non plus à [nom d'une unité], j'ai des gens qui sont, des résidents qui sont quasiment autonomes donc forcément bah il y a moins de problématique on va dire » (ligne 362, CSa, E1)	1 CS (responsable EHPAD) évoque qu'il y a une différences d'autonomie des professionnels, selon l'autonomie des résidents. En effet, auprès de résidents autonomes, les équipes rencontrent moins de problèmes, sollicitent moins le cadre de santé.	Autonomie professionnelle selon typologie des patients

Selon-vous dans quel registre la proximité influe sur le degré d'autonomie des professionnels ? (3)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Registre identifié où l'autonomie des professionnels est influencée par la proximité du cadre (3)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
« Ça a été fait vraiment de façon collégiale avec les équipes. Ça n'a pas été imposé » (ligne 168, CSa, E1) « Sur l'organisation également parce qu'elles ont leur mot à dire » (ligne 166, CSa, E1)	Les CS observent que leur proximité permet à l'équipe de s'impliquer dans l'organisation de l'unité, notamment en les faisant participer aux prises de décisions	Registre organisationnel
« Je pense que c'est rassurant d'avoir une présence » (ligne 327, CSc, E3) « C'est aussi un soulagement pour eux [l'équipe] de pouvoir confier le [un problème technique] à quelqu'un d'autre » (ligne 329, CSc, E3)	Les 3 CS déclarent que leur présence au sein de l'équipe permet aux professionnels de travailler dans une ambiance rassurante. L'équipe sait vers qui se tourner.	Registre émotionnel

Registre identifié où l'autonomie des professionnels est influencée par la proximité du cadre (3) (suite)	Eléments de sens significatif	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Leur laisser le droit de parole parce que c'est elles qui sont sur le terrain » (ligne 176, CSa, E1)</p> <p>« D'être consciente de ce qu'on leur demande » (ligne 109, CSa, E1)</p> <p>« un début de reconnaissance [pour que] les filles se sentent soutenues, valorisées et reconnues par leur hiérarchie » (ligne 164, CSb, E6)</p> <p>« Moins elles ont besoin de nous, plus ça veut dire qu'elles sont autonomes et qu'elles savent gérer » (ligne 268, CSa, E1)</p>	<p>Les 3 CS par leur proximité observent qu'il y a une influence sur l'autonomie des professionnels dans la reconnaissance de leur travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les professionnels sont sollicités dans les prises de décisions parce qu'ils ont une expertise de terrain - le travail des professionnels est estimé, les CS montrent à l'équipe qu'elles ont conscience de leur charge de travail, ce qui amène de la valorisation et de la reconnaissance à l'équipe. <p>La sollicitation des CS par l'équipe est un indicateur d'autonomie des professionnels.</p>	<p>Registre reconnaissance du travail</p>
<p>« Le fait de guider [...], de guider à faire seul et bah elles finissent par prendre leur autonomie » (ligne 352, CSb, E6)</p> <p>« Je suis arrivée sur une spécialité que je ne connaissais pas, j'ai vraiment dû m'appuyer sur leurs compétences. [...] J'ai vraiment eu besoin d'eux que ce soit sur les compétences techniques ou sur les compétences organisationnelles » (ligne 289, CSc, E3)</p> <p>« C'est vraiment un travail d'équipe » (ligne 335, CSc E3)</p>	<p>Les 3 CS sont d'accord sur le fait que la proximité du CS permet un accompagnement des professionnels dans leur reconnaissance de l'autonomie, de leur pouvoir d'agir.</p> <p>1 CS (de filière IDE, responsable des MERM) ajoute que ne connaissant pas l'unité, elle s'appuie sur les compétences des professionnels à sa prise de poste. C'est là une façon de reconnaître l'autonomie des professionnels, parce qu'il y a un travail d'équipe entre le CS et les professionnels.</p>	<p>Registre identification de l'autonomie, du pouvoir d'agir</p>

Que faites-vous pour assurer le lien de proximité avec votre/vos équipes lorsque vous êtes absent(e)? (4)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Moyens mis en place par le cadre de santé pour assurer un lien de proximité dans l'encadrement</i>	<i>Éléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« <i>mot au tableau</i> » (ligne 438, CSc, E3)</p> <p>« <i>[affichage] soit sur ma porte de bureau, soit je leur fais un message avec le logiciel</i> » (ligne 402, CSb, E6)</p> <p>« <i>joignable sur mon portable</i> » (ligne 443, CSc, E3)</p>	<p>Les 3 CS décrivent différents modes de communication utilisés avec leurs équipes, lorsqu'elles sont absentes des unités pour des temps institutionnels, ou sur les autres périmètres d'encadrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - téléphone, - courrier électronique, - réseaux sociaux <p>Elles préviennent également leurs équipes de leur départ en congés par un affichage</p>	<p>Communication écrite ou orale (absence ponctuelle ou congés)</p>
<p>« <i>Sur l'organisation, elles ont pas besoin, elles ont des feuilles de route et elles gèrent</i> » (ligne 575, CSa, E1)</p> <p>« <i>Tout ce qui est gestion d'absentéisme, il y a une feuille de route, elles savent s'organiser à moins un entre guillemets</i> » (ligne 577, CSa, E1)</p> <p>« <i>on laisse une feuille de route à nos collègues en disant voilà « s'il y a un arrêt, il y a la possibilité de faire ça, ça... »</i> » (ligne 582, CSa, E1)</p>	<p>Les 3 CS relèvent l'existence de procédures concernant les organisations à prendre lors de l'absence du CS, ou encore pour une gestion ponctuelle d'un absentéisme. Les 3 CS expriment le fait que concernant la gestion de l'absentéisme, l'équipe en réfère toujours au cadre d'astreinte.</p>	<p>Procédures</p>
<p>« <i>Le week-end [...] c'est le cadre d'astreinte qui prend le relais</i> » (ligne 407, CSa, E1)</p> <p>« <i>c'est ma binôme qui me remplace. Donc ils savent que c'est elle qu'il faut appeler</i> » (ligne 406, CSc, E3)</p>	<p>Lors des absences de week-ends ou prolongées (pour congés par exemple), les 3 CS évoquent le relais dans la permanence de l'encadrement par d'autres cadres de santé du centre hospitalier. Souvent l'organisation se fait en binôme, par pôle de spécialités.</p>	<p>Permanence de l'encadrement</p>

Autres éléments issus des entretiens (5)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
	Éléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« On est rarement dérangé par les équipes comme cadre euh... quand le cadre référent n'est pas là » (ligne 448, CSa, E1)</p>	<p>2 CS/3 évoquent que lorsqu'ils remplacent leur binôme, les équipes les sollicitent moins que lorsqu'ils sont en poste dans leur périmètre d'encadrement</p>	<p>Sollicitation moins forte du cadre de remplacement par les équipes</p>
<p>« En fait, les unités sont en U et nous, on est au milieu des U. Donc en fait, le bureau est de proximité, en fait, on est directement dans le service quoi. Un tout petit peu plus retiré que le labo, parce que le labo, je suis dans le milieu du laboratoire, euh ... en SSR, on est vraiment euh ... donc du coup les filles, enfin voilà, c'est facile de venir nous voir en fait. C'est très, très facile de venir nous voir » (ligne 471, CSb, E6)</p> <p>« Au laboratoire, je pense que ... elles sont forcément obligées de me voir » (ligne 487, CSb, E6)</p> <p>« Le SSR pas forcément en fait. Parce qu'on est pas dans l'unité » (ligne 493, CSb, E6).</p> <p>« On est vraiment pas dans un service de soins où on est voilà, souvent dans les services de soins du bureau du cadre et dans le service, donc il entend, il voit. Là c'est pas du tout le cas. Donc c'est vrai que je suis dans un couloir un peu isolé donc si je ne vais pas voir dans les unités, je n'entends pas ce qui se passe. » (Ligne 306, CSa, E1)</p> <p>« Physiquement voilà, je suis plus physiquement avec une équipe, effectivement, plutôt qu'avec l'autre » (ligne 339, CSa, E1)</p>	<p>2 CS /3 évoquent qu'en fonction de la configuration de leur bureau par rapport aux unités, il peut y avoir une différence d'interaction avec les équipes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elles peuvent être vues par l'équipe ; - Elles peuvent observer, entendre leurs équipes 	<p>La localisation du bureau peut favoriser la proximité</p>

Autres éléments issus des entretiens (5) (suite)	Éléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« L'équipe de [site 1] qui a perdu du coup du temps cadre et ils verbalisent régulièrement « bah on te voit plus » » (ligne 134, CSc, E3)</p> <p>« Je sais qu'on avait eu des remarques sur la pharmacie [...] où c'était le chef de service qui nous avait fait la remarque que euh, ... [...] « ah bah vous passez pas tous les jours » euh... et du coup, nous [CSc et CSb lors des remplacements de leurs binômes] c'était plus « bah s'il y a un problème, ils vont nous appeler ». Mais du coup euh, ... on a bien compris qu'il fallait quand même passer, passer ou appeler en fait au moins une fois par jour. » (Ligne 282, CSb E6)</p>	<p>2 CS / 3 évoquent le fait que les équipes verbalisent le besoin d'avoir la présence du cadre de santé auprès d'elles.</p>	<p>Attentes de l'équipe par rapport à la présence du CS</p>
<p>« Une ancienne équipe qui verbalise, elle, le besoin. Qui aimerait avoir une cadre, en fait tous les jours sur place » (ligne 141, CSc, E3)</p> <p>« Les plus anciens de l'équipe, ce qu'ils attendaient de moi, c'était d'avoir un petit peu la police » (ligne 234, CSc, E3)</p> <p>« Avec des nouvelles, euh ... qui s'adaptent très bien au fait que j'y sois pas régulièrement » (ligne 139, CSc, E3).</p>	<p>1CS remarque que dans une de ses équipes paramédicales, il y a une différence d'âge. En fonction de celle-ci, l'équipe va solliciter la présence du cadre de santé plus souvent. Elle a des attentes de la part du CS dans le rappel à la règle.</p>	<p>Attentes de l'équipe en fonction de leur ancienneté</p>
<p>« Elles se sentaient rassurées, effectivement, quand je suis revenue, et elles me l'ont dit » (ligne 521, Csa, E1)</p>	<p>1CS évoque le fait qu'à son retour de congés, l'équipe lui a exprimé son contentement vis-à-vis de son retour, son soulagement même.</p>	<p>Le retour du CS après une absence a une influence de l'ordre de l'émotionnel sur l'équipe</p>

Autres éléments issus des entretiens (5) (suite)	Éléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Je pense que c'est important, oui, d'avoir une équipe autonome, et le jour où on n'est pas là, se dire, mais ça fonctionne, qu'on n'est pas indispensable et ça va pas être la cata et voilà, elles savent ce qu'il faut faire, elles ont les ressources, euh, s'il y a un souci, elles savent qui appeler, donc non, c'est important » (ligne 618, Csa, E1)</p>	<p>1 CS évoque le fait que de voir son équipe autonome qui peut fonctionner sans avoir besoin d'elle en permanence, c'est une reconnaissance quelque part de sa fonction de CS.</p>	<p>L'autonomie des professionnels peut être vécue comme une reconnaissance de la fonction du cadre de santé</p>
<p>« Pour l'aigu [...] pour la validation du planning, [...] la gestion des lits et cetera » (ligne 315, CSb, E6)</p> <p>« On a une responsabilité dans le fonctionnement du service et son organisation. Pour moi, le cadre de proximité, il doit connaître tout ça pour suffisamment agencer l'organisation du service » (ligne 91, CSc, E3).</p> <p>« Le cadre il a quand même une mission de contrôle et on engage notre responsabilité, on est vraiment garant de la sécurité et de la qualité des soins » (ligne 169, CSc, E3).</p>	<p>2 CS rappellent la définition du rôle de CS et ses missions : garant de la sécurité et de la qualité des soins avec des missions de contrôle et un engagement de sa responsabilité dans le fonctionnement et l'organisation de l'unité, qu'une des CS nomme « l'aigu ».</p> <p>Cet aigu ne peut être délégué aux équipes, c'est le rôle propre vraiment du CS</p>	<p>Missions et rôles du CS</p>

Autres éléments issus des entretiens (5) (suite)	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« En temps partagé, c'est un peu compliqué » (ligne 105, CSb, E6)</p> <p>« C'est décousu et pas satisfaisant en qualité » (ligne 145, CSb, E6)</p> <p>« La crainte d'oublier des choses, des transmissions » (ligne 150, CSb, E6).</p> <p>« On a l'impression d'être partout et nulle part, de commencer et de rien finir » (ligne 551, CSb, E6),</p> <p>« C'est désagréable » (ligne 553, CSb, E6).</p> <p>« Ça réduit les moments informels qui sont très importants. [...] Et ça, c'est ... à mon sens, vraiment une perte de qualité dans le management » (ligne 109, CSc, E3)</p> <p>« Le temps passé sur la route [...] c'est du temps en moins auprès des équipes, c'est du temps en moins dans notre bureau » (ligne 451, CSc, E3).</p> <p>« C'est beaucoup plus dur aujourd'hui de décrocher de mon travail » (ligne 355, CSc, E3).</p> <p>« Je pense qu'il faut être méfiant sur les réseaux, les réseaux sociaux, parce que ça peut vraiment vite entraver la vie personnelle à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit » (ligne 420, CSc, E3)</p>	<p>2 CS / 3 (responsables de deux équipes sur deux unités à distance) expriment que cet encadrement à distance peut être compliqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans la qualité du management, par diminution des moments informels, - dans la gestion même de l'unité, parce que les tâches sont décousues, il y a une crainte d'oublier des éléments - pour les CS elles-mêmes, en augmentant leur charge mentale 	<p>Allier la proximité et la gestion de deux unités distinctes</p>
<p>« Le lien technicien-biologiste, c'est vraiment, c'est très très à part » (ligne 455, CSb, E6).</p> <p>« Le biologiste a une part très importante [...] dans la gestion du quotidien » (ligne 406, CSb, E6)</p>	<p>1 CS évoque le fait que dans le secteur médico-technique des TLM, le rapport à la hiérarchie est différent que dans le secteur infirmier par exemple : la collaboration avec le biologiste est très prégnante</p>	<p>Différence de relation à la hiérarchie selon les secteurs paramédicaux</p>

ANALYSE INFERENTIELLE – PROFESSIONNELLES PARAMÉDICALES

Pensez-vous que la proximité / la présence physique du cadre de santé a des effets sur la qualité de votre pratique professionnelle ? sur votre manière d'exercer ? (2)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Effets perçus de la proximité du cadre sur la pratique professionnelle (2)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« En premier lieu, je pense pas que ça agisse, euh..., directement. Mais indirectement peut être, euh, du fait que je sais où la trouver rapidement si besoin » (ligne 115, Pb1, E7).</p> <p>« Pour ma qualité de travail, moi, ça change rien, si elle est présente ou absente. » (ligne 93, Pb2, E8)</p>	<p>Les 5 professionnelles pensent qu'il n'y a pas d'influence directe de la proximité physique du cadre sur leur pratique professionnelle. Elles pensent que c'est une influence indirecte.</p>	<p>Influence de la proximité physique du CS sur la pratique professionnelle</p>
Effets positifs		
<p>« Oui, c'est physique, parce que c'est rassurant quand même de savoir qu'on a un cadre dans le service » (ligne 472, Pa, E2)</p> <p>« Disons que c'est confortable quand elles sont là. Euh, ... on sait qu'elles sont là, au cas où. » (Ligne 442, Pb1, E7)</p> <p>« Oui, par exemple que pour les conflits entre équipes aussi, ça peut, euh ... Enfin chez nous, ça ne nous est jamais arrivé, mais ça peut arriver aussi. Euh, quand des fois, des équipes qui peuvent être tendues entre elles, ou, euh... enfin voilà, elle est là aussi pour cadrer les choses, pour essayer de calmer un peu. Entre les familles aussi, euh ... entre les résidents aussi résidents soignants, il y a des fois ça passe pas, hein, euh ... » (ligne 297, Pa, E2)</p> <p>« Ça peut être aussi trouver des solutions quand il y a un problème, mais ça peut être aussi, euh, nos émotions aussi qu'on a envie aussi de partager » (ligne 133, Pa, E2).</p> <p>« On va peut-être plus se relâcher, euh ... (rire) ! Ohh, c'est pas qu'on se met la pression, mais on sait qu'elles sont là. Donc voilà, on les appellera peut-être plus pour des bêtises (rire) ! » (Ligne 602, Pb1, E7)</p>	<p>Les 5 professionnelles relèvent plusieurs effets indirects de la proximité physique du CS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un effet rassurant, confortable - un effet de soutien - un effet de rappel à l'ordre, à la règle - un effet de relation de confiance, de cohésion d'équipe - un effet facilitateur, de médiation 	<p>Effet rassurant, confortable</p>

Effets perçus de la proximité du cadre sur la pratique professionnelle (2) – effets positifs (suite)	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« C'est une épaule sur qui on peut s'appuyer » (ligne 282, Pa, E2)</p> <p>« C'est des petits trucs, mais ça prouve que, bah voilà enfin ... euh, bah voilà qu'on peut compter sur elle » (ligne 343, Pc1, E5)</p> <p>« Oui, parce qu'on se sent soutenu, on se sent, euh ... C'est important aussi de se dire que bah notre cadre elle est là et que, euh ... Bah qu'elle est là et qu'on est soutenus, et que même s'il nous arrive quelque chose, elle sera là pour nous défendre, qu'elle soit là, euh... Parce qu'elle se sent investie, elle se sent intégrée à l'équipe en se disant bah si je les défends pas quelque part, euh ... voilà elle aussi, elle va être pénalisée ou euh ... c'est pas des décisions qui sont prises comme ça parce que il faut les prendre quoi. Voilà » (ligne 522, Pc1, E5)</p> <p>« C'est vrai que quand le cadre est là, on a l'impression quand même qu'on est un peu plus entendu, euh, y'a plus d'écoute. Y'a plus d'écoute quand même, parce que euh... Parce que le cadre est là (se redresse) et voilà, y'a la hiérarchie donc du coup bah tout le monde est (se redresse imitant un « garde à vous ») enfin je dis pas que le cadre fait peur mais euh... Mais y'a cette hiérarchie quoi. Donc le fait que oui, qu'elle soit là, il y aura moins de brouhaha, euh... Ce sera plus clair. Enfin, c'est plus clair. » (ligne 452, Pa, E2)</p>		<p>Effet de soutien</p>
<p>« De cadrer, de mettre des règles » (ligne 343, Pa, E2)</p> <p>« Dès qu'il y a un cadre sur place ils sont quand même ... (hésitation) plus professionnels, ils arrivent à l'heure. Et ils travaillent ! (rire) Alors que c'est vrai que quand y'a pas le cadre sur place qui fait un petit peu régisseur de loi en fait, finalement, donc il y a des petites dérives qui s'organisent et qui persistent » (ligne 87, Pc2, E4)</p> <p>« Voilà le shérif du service » (ligne 97, Pc2, E4)</p> <p>« Y'a plus de relâchement quand le cadre n'est pas là. Oui, on sent quand même qu'il y a une différence » (ligne 352, Pa, E2)</p> <p>« Elles savent nous en donner [un coup de pression] un petit peu au cas où, s'il y a besoin (rire) ! » (Ligne 495, Pb1, E7)</p> <p>« C'est toujours gentil, toujours des rappels en fait, euh, ... Non, non, ils nous mettent pas forcément, euh ... Y a un très bon contact avec nos cadres, donc, euh ...Le coup de pression, ça va être gentil et par des rappels. » (Ligne 502, Pb1, E7)</p>		<p>Effet de rappel à l'ordre, à la règle</p>

Effets perçus de la proximité du cadre sur la pratique professionnelle (2) – effets positifs (suite)	Éléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Je pense que c'est une question de confiance aussi du coup. (Marque un temps) Et je sais pas si quelqu'un qui est complètement détaché d'un service, euh... C'est pas qu'il y a pas une relation de confiance, mais je suis pas sûre qu'elle soit aussi profonde finalement. Voilà. (Marque un temps) Et c'est vice versa aussi hein ! (Sourire) Le fait de mieux la connaître, on est pas à dire « Bah ça se trouve là-bas, elle va dire quelque chose. Et puis ici, il a dit autre chose quoi ». Voilà. » (Ligne 566, Pc1, E5)</p>		<p>Effet de relation de confiance – esprit d'équipe</p>
<p>« ... le contact est moins facile quand on est au téléphone que de visu » (ligne 149, Pb1, E7)</p> <p>« Par contre évidemment, ça va être plus facile si on a une rupture de stock sur un produit, si on a un problème de planning parce que y'a un arrêt maladie, si... Voilà on sent que, on va pouvoir rebondir plus facilement ou en tout cas on va avoir une interlocutrice à qui on va pouvoir confier certaines tâches et nous délester dans notre travail qui au final (hausse les sourcils) est plus chargé en technique, et on a moins le temps de s'occuper de ce qui gravite autour, voilà » (ligne 100, Pb2, E8)</p>		<p>Effet facilitateur</p>
<p>« Selon ce qui va être mis en place, oui, ça peut avoir un retentissement sur notre pratique quotidienne. Maintenant, ça permet surtout de se dire qu'on reste informé parce que voilà, quand elle est au laboratoire, elle va nous donner les infos qu'elle a pu récupérer. Euh... elle vient nous poser des questions sur euh, justement ce qu'elle pourrait avoir à traiter comme sujet ou si elle a une difficulté sur un produit ou euh, ... Donc oui, moi je trouve que ce temps en présentiel, il est important. » (ligne 585, Pb2, E8)</p> <p>« Oui, voilà, exactement, c'est à dire que là, on a instauré avec [CSb] des commandes. [...] Mais voilà, on a instauré un cadencement des abonnements, donc on sait un peu plus vers où on va concernant les commandes, enfin, nos stocks et nos commandes, pour essayer d'éviter d'être au maximum en rupture. Enfin oui, ne pas tomber en rupture de stock, quoi » (ligne 175, Pb2, E8)</p>	<p>1 des professionnelles évoque le fait que la présence du CS permet de mettre en place une organisation dans l'unité</p>	<p>Effet organisateur</p>

<i>Effets perçus de la proximité du cadre sur la pratique professionnelle (2) - suite</i>	<i>Éléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
Effets négatifs		
<p>« Et des cadres, hein, j'en ai connu qui ont, ouais, qui ont pas été très cool, hein (fronce les sourcils) Et du coup, ça se passe pas trop bien parce que du coup, on sent que il y a, euh...Il y a du, euh... comment on appelle ça, euh... enfin d'être constamment tout le temps derrière nous, euh du coup on a cette perte de confiance. Et quand on a cette perte de confiance, forcément on peut rien faire. On fera rien du tout hein. Tout ce qu'on fera ce sera minable. » (ligne 537, Pa, E2)</p> <p>« Si l'équipe est bien, c'est que le cadre est bien. (Rire) Si le cadre est trop autoritaire, forcément l'équipe, elle sera ... il y aura un mal-être » (ligne 547, Pa, E2)</p>		Perte de confiance

Avez-vous vécu une/des situations où la proximité physique du cadre a influencé votre autonomie professionnelle ? (3)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Eléments de définition de l'autonomie (3)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« On a toute la responsabilité de l'équipe Aide-soignante, de l'équipe ASH, enfin de l'équipe pluridisciplinaire. On a aussi toute la responsabilité des patients ! Et euh, alors que ce soit enfin... Je dis pas parce que c'est une grande unité, hein. Je pense que même quand on est dans un service court séjour, il y a cette responsabilité là aussi, hein, elle y est partout cette responsabilité, c'est de ... (fait les gros yeux) On n'a pas le droit à l'erreur. On n'a pas droit à l'erreur ! Attention quoi ! On va regarder 3-4 fois parce qu'il y a cette peur quoi ! Maintenant ça va, on prend de l'assurance avec le temps (se recule sur sa chaise, montre avec ses mains) mais au tout départ, oui c'est compliqué » (ligne 109, Pa, E2).</p>	<p>1 professionnelle met en exergue la notion de responsabilité qu'elle a acquise du fait d'une formation diplômante Responsabilité qu'elle a envers elle, envers ses collaborateurs, envers les patients</p>	<p>L'autonomie comme responsabilité</p>
<i>Eléments d'identification des domaines d'autonomie (3)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« C'est pas que la présence du cadre... enfin qu'il soit là ou pas là finalement nous, notre pratique est forcément la même vu que l'on s'occupe d'un patient. On s'occupe pas d'un cadre finalement (sourire), on s'occupe de notre patient de A à Z donc je pense pas » (ligne 112, Pc2, E4).</p> <p>« Alors on est quand même relativement très autonomes comme service » (ligne 183, Pc1, E5)</p> <p>« Non, autrement on se débrouille, on se débrouille hein » (ligne 235, Pb1, E7)</p> <p>« Autrement, sur notre pratique, ben ... on apprend, on est relativement autonomes aussi » (ligne 252, Pb1, E7)</p> <p>« On fonctionne 24h sur 24, et là il y a pas très longtemps en réunion, j'ai souligné qu'effectivement maintenant on était au moins 2/3 du temps seuls au laboratoire. Donc si on est seul au laboratoire, c'est qu'on doit être capable, euh, ... voilà de pouvoir être sérieuse et travailler de façon, euh, ... de la même qualité tout le temps quoi » (ligne 229, Pb2, E8).</p>	<p>Les 5 professionnelles connaissent leur autonomie professionnelle. Elles la distinguent dans 3 différents domaines : autonomie cœur de métier, autonomie organisationnelle dans la gestion du matériel et dans le fonctionnement du service</p>	<p>Autonomie cœur de métier : autonomie dans la prise en soin des patients ou des actes qui y sont liés ;</p>

Eléments d'identification des domaines d'autonomie (3) - suite	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Oui, deux fois par semaine, euh ... enfin des médicaments, ou euh, ... enfin voilà, on a des commandes hors dotation qui se font clairement sur la journée et du matériel, on a les ... on contacte directement les magasins, si on a un souci ou pendant les heures ouvrables, donc euh, ... on est relativement autonomes par rapport à ça, oui. » (Ligne 373, Pb1, E7)</p> <p>« Alors des commandes : on fait nos inventaires, on fait nos stocks etc. » (ligne 148, Pb2, E8)</p>	<p>Fonctionnement du service, réalisation des commandes de matériel</p>	<p>Autonomie organisationnelle</p>
<p>« C'est nous qui téléphonons, envoyons les mails. Enfin, qui essayons de mettre même des fois les mains dans les machines (sourire). Donc c'est vrai que par rapport à ça, ici on est vachement indépendants. Alors que dans mes anciens hôpitaux, bon bah, on prévenait le cadre, le cadre prévenait les informaticiens, tout ça. Enfin, nous, on gérait rien finalement. Alors que sur [site 2], oui, c'est ... on est plus dedans. On est plus ou moins responsables de toutes ces petites pannes à gérer au quotidien » (ligne 382, Pc2, E4)</p> <p>« Bah on prend des initiatives et bah, [...] Après, on avait pu gérer avec le médecin. » (Ligne 392, Pb1, E7)</p> <p>« Donc on gère et après on informe si besoin. Voilà. » (Ligne 400, Pb1, E7)</p> <p>« Bah ça fait partie de notre travail aussi, hein, euh... (marque un temps) on n'est pas là que pour les soins non plus (rire) » (ligne 440, Pb1, E7)</p>	<p>Gestion des pannes de machines, de matériel</p>	
<p>« Quand on est aide-soignante, on s'appuie sur l'infirmière. Et quand on passe de l'autre côté de la barrière, bah, on a personne sur qui s'appuyer à part notre cadre (rire) Mais voilà, c'est la seule personne sur laquelle on peut s'appuyer » (ligne 98, Pa, E2)</p>	<p>1 professionnelle, du fait de son parcours, explique qu'en fonction de son niveau de formation, un professionnel peut s'appuyer ou non sur ses collaborateurs, et en l'occurrence au niveau du diplôme infirmier, la seule personne sur qui s'appuyer c'est le CS.</p>	<p>Différence d'autonomie selon le niveau de formation</p>

<p><i>Eléments d'identification des registres d'influence d'autonomie (3)</i></p>	<p><i>Eléments de sens signifiant</i></p>	<p><i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i></p>
<p>« Bah un petit peu tout finalement parce que c'est notre supérieur hiérarchique. Donc que ce soit un litige entre collègues, en émotions ou, enfin du harcèlement ou quelque chose. Ou l'organisation du planning où il y a un litige sur un planning, c'est toujours le cadre qui est notre supérieur » (Ligne 162, Pc2, E4)</p>	<p>Une des professionnelles exprime que la proximité physique du cadre de santé influence un peu tous les domaines d'autonomie</p>	<p>Registre influencé autonomie</p>
<p><i>Eléments d'identification de l'autonomie comme valorisation (3)</i></p>	<p><i>Eléments de sens signifiant</i></p>	<p><i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i></p>
<p>« Ouais, voilà quoi, ça fait partie de notre travail et euh, ... (marque un temps) c'est un peu valorisant parce qu'on sait faire une situation aussi sans... on gère des situations sans elles, enfin (rire) ! » (Ligne 449, Pb1, E7)</p> <p>« Parce que concrètement, dès qu'il y a un souci ou quoi que ce soit, on sait tout de suite sur quoi s'orienter. [...] donc pour moi, c'est ... ça change rien dans mon travail de manipulateur radio avec mon patient, mais plus pour ma ..., euh comment dire, pour mon intérêt personnel. Enfin c'est ... je trouve ça intéressant » (ligne 511, Pc2, E4)</p>	<p>Les 5 professionnelles savent reconnaître leur autonomie et ses domaines « d'application ». Elles en tirent en sentiment valorisant pour elles-mêmes</p>	<p>Identification du pouvoir d'agir par les professionnels</p>
<p>« Ben, comme je disais tout à l'heure, elle est très disponible et très réactive, donc quand je la vois qui, qui fait tout de suite les démarches pour régler le soucis, c'est un petit peu valorisant parce qu'elle euh, ... enfin on voit qu'elle s'occupe de nous, qu'on l'a aidé aussi dans cette démarche où le service fonctionne. Donc moi je trouve ça valorisant » (ligne 525, Pc2, E4)</p>	<p>Les 5 professionnelles perçoivent également dans la réactivité du CS dans la poursuite des démarches, à la suite de leurs prises d'initiative, une reconnaissance de l'autonomie des professionnelles par le CS</p>	<p>Identification du pouvoir d'agir par le Cadre de Santé</p>

Selon vous, comment le CS gère-t-il sa proximité en lien avec votre autonomie ? (4)	Description synthétique du contenu	Qualification du contenu
<i>Eléments décrits relatifs à la traduction de la proximité physique auprès des professionnels paramédicaux (4)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« C'est le fait quand elle arrive le matin, qu'elle passe dans les laboratoires voir si tout va bien. » (Ligne 240, Pb2, E8)</p> <p>« Donc ça déjà, c'est un premier lien, je dirais, euh, ... sur le fait que voilà on va pouvoir échanger dès le départ. Bah après quand elle est dans son bureau, qu'on puisse aller la voir et puis euh, ... s'il y a quelque chose voilà, pouvoir échanger avec elle. » (Ligne 251, Pb2, E8)</p>	1 des professionnelles rappelle que le passage quotidien de la CS est un des 1 ^{er} liens de proximité entre CS et équipe	Mesures de la proximité du CS associée à l'équipe
<i>Identification des manques dans la pratique liés à l'absence du cadre de santé (4)</i>	<i>Eléments de sens signifiant</i>	<i>Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique</i>
<p>« Oui, oui, oui c'est assez stressant. Non, parce que du coup, bon, on avance quand même. On essaie toujours de trouver des solutions en disant bon bah tiens on va faire comme ça, ou euh, ... Enfin, on va travailler différemment mais on voit quand même que l'équipe, ben elle est tendue parce que bah, elle va fournir beaucoup plus de travail, ils sont perdus parce que bah (fait les gros yeux) ils vont travailler différemment, euh ... » (ligne 269, Pa, E2)</p> <p>« Alors quand elle est pas là, qu'elle a ses 3 semaines de congés, plus quand des fois, ça fait un mois qu'elle est pas là, (grimace et fronce les sourcils) effectivement ça peut euh... Oui, oui ça crée des tensions déjà, et d'une parce que euh ... pas forcément envers elle mais bon euh ... allez les plannings sont toujours pas faits, enfin bon... après on est voilà, pfff ... C'est vrai que ça peut créer des tensions c'est sûr, c'est sûr. Puis le fait qu'elle soit multi sites, c'est pas euh ... nous encore, on a de la chance, on l'a majoritairement, mais à [site 2], ils la voient qu'une fois par semaine, quand elle y va. Donc je pense que ça doit être difficile hein... eux, ils doivent se sentir abandonnés par contre. Parce que malgré tout, un service peut pas fonctionner sans cadre, c'est pas possible. » (Ligne 231, Pc1, E5)</p>	Les 5 professionnelles s'accordent sur le fait qu'en l'absence du CS il y a un certain inconfort de travail qui génère des tensions au sein de l'équipe.	Inconfort de travail, stress, tension

Identification des manques dans la pratique liés à l'absence du cadre de santé (4) - suite	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Bah déjà pour gérer les plannings (rire) nous, on peut pas tout faire, c'est pas possible ! C'est surtout pour ça quoi. C'est quand voilà quand c'est pour les vacances, quand il y a un souci de planning. Bah c'est ça qui va être le plus compliqué à gérer quoi. Et nous euh, ... ça fait pas partie de nos compétences. » (Ligne 258, Pa, E2)</p>	<p>4 professionnelles identifient un manque lors de l'absence du CS au niveau de la gestion des ressources humaines</p>	<p>Domaine des ressources humaines incombe au CS</p>
<p>« Je pense que si on aurait continué une fois par semaine à faire cette réunion, je pense que ça aurait été génial » (ligne 283, Pc2, E4)</p> <p>« Je suis pas sûre qu'un temps à 100% du cadre sur place aurait changé quelque chose. Une fois par semaine, je pense que ça aurait été suffisant » (ligne 287, Pc2, E4)</p>	<p>1 professionnelle rappelle que la présence du CS permet des temps d'échanges en équipe</p>	<p>Temps d'échange en équipe</p>
<p>« Et quand elle est là la semaine, bah des fois elle est aussi sur [site 2], donc c'est vrai que, bah on la voit pas tant que ça ... Et quand même ça manque, euh... Voilà on ... c'est vrai que dans notre pratique elle est pas là. Mais c'est vrai que ça reste une personne sur qui on peut s'appuyer et qui gère les ... enfin les soucis, parce que nous bon quand tout va bien y'a pas grand chose à gérer (rire), mais euh, ... ça manque quand elle est pas là, ça manque cruellement quand même (hoche la tête) et quand elle est là, elle a du boulot du coup ! (Rire) » (ligne 115, Pc1, E5)</p>	<p>4 professionnelles relatent qu'en l'absence du CS, un manque de soutien est perçu</p>	<p>Manque de soutien</p>
<p>« Bah on reporte, c'est pas grave, mais c'est quelque part, c'est une petite perte de temps quoi, enfin ... Mais bon, c'est pas... (hausse les épaules) On rappelle plus tard (rire), ou on attend qu'elle revienne dans le service ou elle nous dit « écoutez, on verra ça quand je reviendrai dans le service », quand elle sera plus disponible, en fait. » (Ligne 217, Pb1, E7)</p>	<p>1 professionnelle exprime l'impression de perdre du temps lorsque son CS est absent de l'unité</p>	<p>Perte de temps</p>

Identification des moyens mis en place par le cadre de santé pour assurer le lien de proximité avec le professionnel (4)	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« On arrive toujours à contacter un cadre, donc même si notre cadre n'est pas là, il y a un autre cadre en fait qui est là et donc après ils se transmettent en fait » (ligne 243, Pa, E2)</p> <p>« On a un groupe sur WhatsApp® » (ligne 253, Pc2, E4)</p> <p>« Il y a 2 autres cadres qui prennent le relais quand elle est pas là en fait. » (Ligne 193, Pc1, E5)</p> <p>« Alors quand elle est sur [site 2], elle est toujours très disponible, hein euh ... puisque pendant le covid, on a mis un groupe WhatsApp® pour tout ce qui était informations et tout ça, donc c'est vrai qu'elle reste toujours très disponible. » (Ligne 188, Pc1, E5)</p> <p>« Si elles sont absentes en même temps, il y a toujours une autre cadre qui prend le relai, euh ..., qui s'occupe de nous. » (Ligne 316, Pb1, E7)</p>	<p>Les 5 professionnelles ont identifié comme moyens mis en place par le cadre pour assurer le lien de proximité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la communication orale - la permanence d'encadrement (astreinte ou remplacement par binôme) <p>4 professionnelles ont identifié :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les réseaux sociaux - La messagerie électronique 	<p>Moyens identifiés pour assurer le lien de proximité en l'absence du Cadre de Santé</p>

Autres éléments issus des entretiens (5)	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Pour moi, un cadre c'est, euh... ça doit être quelqu'un qui doit être là pour accompagner l'équipe hein. Donc pour... y'a pas qu'une histoire de planning, hein, bien sûr elle est là aussi pour gérer toute l'intendance d'une équipe, (sourire) mais aussi bah d'être à l'écoute des personnes et puis, euh, voilà... Régler ... enfin, pas les problèmes, mais euh... voilà, tout ce qu'il peut y avoir dans une équipe, hein. Elle est aussi là pour euh... enfin je dis elle parce que notre cadre est une femme (rire), mais, euh ... une cadre aussi, c'est aussi là... ça fait partie aussi de la cohésion d'équipe hein voilà. Et puis, euh... Et puis je pense qu'une cadre, elle est là aussi pour soutenir les projets d'un service, autant d'une personne que d'un service entier. Voilà, c'est déjà pas mal, hein ? (Rire) » (ligne 53, Pc1, E5).</p>	<p>Les 5 professionnelles dans leur discours donnent une définition du rôle du CS.</p>	<p>Rôle du cadre de santé</p>

Autres éléments issus des entretiens (5) - suite	Éléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Oui, je pense qu'il y a des cadres qui sont froids, qui eux ils sont cadres (fait le geste avec ses mains de porter un masque, un vêtement) « Voilà, je suis cadre, tu es agent », même si ils accompagnent les gens tandis que là elle se met sur la même égalité que nous, en fait sur le même pied d'égalité en fait. Elle a pas de « je suis cadre, tu es agent » et c'est vrai que du coup, ça donne envie de se, euh ... voilà aussi de se soucier de ce qu'elle fait, elle... C'est pas « c'est la cadre, elle se débrouille quoi ! » Voilà, elle fait partie de l'équipe ça... Voilà, c'est pas « le cadre et l'équipe », c'est vraiment, voilà c'est ça, c'est vraiment de se dire, elle s'est vraiment intégrée à l'équipe tout en gardant sa hiérarchie puis son ... voilà. C'est pas ... elle fait pas de différence en fait. Voilà elle est là, elle fait partie de l'équipe. C'est pas le cadre et l'équipe (fait le geste avec ces mains de deux entités séparées). » (Ligne 431, Pc1, E2)</p> <p>« Enfin je mets la cadre dans l'équipe donc c'est vrai que ça... on forme une équipe, donc on est là pour s'entraider » (ligne 457, Pb1, E7)</p>	<p>4 professionnelles sur 5 s'expriment à propos de la posture du cadre. Elles distinguent les bons des mauvais cadres. Les mauvais cadres seraient ceux qui affichent, qui portent un costume montrant qu'ils sont cadres, et que les professionnels sont des agents. Les bons cadres seraient ceux qui se mettent sur un même pied d'égalité que les professionnels, qui s'intègrent à l'équipe.</p>	<p>La posture du Cadre de Santé vue par les professionnels</p>
<p>« Oui c'est important de la voir. Oui, tout à fait. Parce que j'estime que si elle est présente physiquement, je vais peut-être moins la déranger ou en tout cas je vais voir si sa porte de bureau est ouverte, donc je sais, je vais pouvoir aller la voir. Alors que l'appeler par téléphone, on sait pas comment on tombe, si on va la déranger si euh, ... voilà donc non non, moi je préfère que physiquement elle soit, de temps en temps, présente au laboratoire » (ligne 312, Pb2, E8).</p>	<p>Pour 2 des professionnelles, elles évoquent l'importance de voir leur CS afin d'éviter de la déranger dans son travail</p>	<p>Voir le Cadre de santé permet de s'assurer de sa disponibilité</p>
<p>« Elle nous a aussi posé quelques questions. Enfin, voilà, on a échangé quand même par rapport à ça, par rapport à cette mise en place. Elle nous a aussi montré ce qu'elle faisait. On voyait qu'elle faisait quelque chose aussi, parce que bon, il y a des personnes pour qui c'était indispensable de voir qu'elle était quand même en train de faire quelque chose, et qu'elle était pas que en train de dire « Oui, les plannings vont arriver. Enfin, le roulement va arriver », mais on sait pas quand ... » (ligne 568, Pb2, E8)</p>	<p>2 professionnelles expriment le fait que lorsque la CS est présente dans l'unité, et qu'elle sollicite l'équipe pour lui montrer les avancées de son travail sur des projets par exemple, cela permet que l'équipe se rende compte du travail du CS.</p>	<p>Visibilité du travail du cadre</p>

Autres éléments issus des entretiens (5) - suite	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Mais bon, ça reste différent. C'est pas les cadres du service » (ligne 200, Pc1, E5)</p> <p>« Si euh, ... on sait que euh, ... (rire) là on se prend peut-être plus en charge, en main, je sais pas (sourire) on sait que c'est pas elles, donc bah on essaye de gérer encore plus que ce qu'on fait d'habitude, pour éviter de redonner encore du taff à la cadre qui a déjà ses services à gérer. C'est un peu différent (rire) ! On l'appellera pas pour rien, enfin ... » (ligne 537, Pb1, E7)</p> <p>« On sait qu'elle [cadre remplaçante] est aussi disponible, donc euh, ... Mais c'est plus gênant, enfin, plus gênant ... Euh, ouais, c'est plus embêtant de la contacter en sachant qu'elle a son service aussi à gérer, et d'autres choses à côté, quoi » (ligne 561, Pb1, E7).</p>	<p>2 professionnelles sur 5 observent qu'elles ne vont pas fonctionner de la même façon quand elles sont en présence de leur cadre de référence ou du cadre remplaçant. Elles remarquent une différence quand il s'agit des cadres remplaçants : les professionnelles se retiennent de trop les solliciter, ou en tout cas pour des problèmes considérés comme importants ou graves (absentéisme, problème important avec une famille).</p>	<p>Vécu des professionnels lorsque cadre remplaçant</p>
<p>« Tous les mécontentements qui ... (imite quelqu'un) « ouai, elle est encore pas là, pff ... Ouais et puis ça, c'est pas fait, puis euh... ! » du coup, bah ça se calme, ça va mieux (rire) ! Alors après, c'est pas pour ça qu'on la voit plus, parce que du coup, elle fait tout ce qu'elle a pu faire (rire). » (Ligne 353, Pc1, E5)</p> <p>« Ah, c'est bien (rire) ! On est contentes de les revoir ! Elles sont reposées en plus, donc c'est nickel ! Non, non, c'est appréciable ! Ouais, parce qu'elles font partie de l'équipe donc bah... comme on est contentes de revoir les collègues revenir ou euh, ... Donc voilà. Ouais, ouais, non, ... c'est ... puis on sait que c'est plus confortable pour nous parce qu'on sait qu'elles sont là (a un regard en coin en souriant) » (ligne 592, Pb1, E7)</p>	<p>3 professionnelles sur 5 évoquent le fait que lorsque le CS de référence est de retour de congés, il y a un sentiment de soulagement dans l'équipe, un retour au calme et à l'apaisement.</p>	<p>Vécu au retour du cadre référent après une absence</p>
<p>« Alors effectivement, peut être un lien avec toutes les réunions auxquelles la cadre participe au sein de l'établissement et pouvoir nous relayer des informations qu'on avait peut-être pas jusqu'alors » (ligne 140, Pb2, E8)</p>	<p>1 professionnelle a vécu une période sans encadrement dans son unité, et une période avec encadrement. Elle observe que, depuis la présence d'un CS dans son unité, il y a une meilleure transmission d'informations.</p>	<p>Vécu de la gestion d'une unité « avec/sans » cadre</p>

Autres éléments issus des entretiens (5) - suite	Éléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Celle qui est à mi-temps sera moins, euh ... Je veux pas dire qu'elle sera moins accessible, mais elle sera accessible différemment. C'est à dire que, enfin quand elle est là, elle est accessible, y'a pas de souci. Mais quand elle n'est pas là et quand l'autre est absente, euh ... On est obligées de l'appeler, euh ... de l'appeler. Les échanges se font par téléphone. » (Ligne 139, Pb1, E7)</p> <p>« Les petits problèmes de... Au quotidien. Rien de grave, mais en sachant qu'elle est joignable à tout moment. Mais le fait que ça soit par téléphone, lorsqu'elle est absente du service, hein, je parle, euh, c'est moins facile. » (Ligne 157, Pb1, E7)</p> <p>« Ça sera moins rapide, c'est-à-dire euh, ... même si on l'a tout de suite, le fait qu'elle soit absente, euh ... physiquement, euh ... on aura pas notre réponse dans l'immédiat, en fait. » (ligne 166, Pb1, E7)</p> <p>« Bah on appelle, alors euh... soit elle nous répond, bah tant mieux (rire), soit elle nous répond pas bon, on reporte l'appel à un autre moment » (ligne 210, Pb1, E7)</p> <p>« Le fait qu'on en est un, qu'on en ait une à 100% dans le service, c'est un petit peu, euh ... [...] On aura tendance à aller vers celle qui est à 100%, en fait. » (ligne 242, Pb1, E7)</p>	<p>1 professionnelle, du fait de la structuration de son encadrement de proximité, explique que</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une part, sa CS, étant à mi-temps sur son unité et à mi-temps sur une unité distincte, elle s'absente régulièrement, ce qui nécessite de la contacter par téléphone. Cela engendre de l'attente pour la professionnelle, elle ne peut avoir de réponse immédiate - d'autre part, l'autre CS sur son unité étant à temps plein, elle observe qu'elle a tendance à plus solliciter la CS à temps plein que celle à mi-temps. 	<p>Véçu lorsque cadre est à mi-temps</p>

Autres éléments issus des entretiens (5) - suite	Eléments de sens signifiant	Classification au regard des indicateurs et du cadre théorique
<p>« Le fait qu'il [le bureau du cadre] soit au centre, c'est bien » (ligne 92, Pb1, E7)</p>	<p>1 professionnelle s'exprime sur le fait que la localisation de façon centrale du bureau du cadre est une bonne chose.</p>	<p>Localisation du bureau du CS</p>
<p>« Si y'a des problèmes, si euh ... voir directement si elles sont ... parce que souvent leurs bureaux sont ouverts en plus, enfin dès que la porte est ouverte, on sait qu'on peut aller les voir sans problème » (ligne 122, Pb1, E7)</p> <p>« Si on sait que leur bureau est fermé, enfin si la porte est fermée, on sait que euh ..., on évite de déranger. » (Ligne 182, Pb1, E7)</p> <p>« Dès que le bureau est fermé, c'est qu'il y a ... soit elles sont avec quelqu'un d'autre, soit elles sont au téléphone. Enfin, on a plus tendance à reporter un peu notre demande. » (Ligne 189, Pb1, E7)</p> <p>« Voilà. Après soit elles sont absentes du service. » (Ligne 196, Pb1, E7)</p> <p>« Oui, oui, parce que justement, si on a besoin enfin, ... du coup, on va profiter de sa présence pour aller la voir. Parce que ben on a une question sur le planning, on veut faire un changement, on veut euh, ... On a un problème de stock, on a voilà euh, ... oui c'est à ce moment-là qu'on va se, euh ... Faire en sorte d'échanger quoi. » (Ligne 288, Pb2, E8)</p> <p>« Alors que si elle avait pas du tout de euh, ... si elle était pas du tout présente sur site, moi là pour le coup, ça me perturberait. » (Ligne 297, Pb2, E8)</p> <p>« Euh, d'ailleurs j'étais bien contente, qu'elle ait 2 bureaux à la fois, euh ... le bureau au laboratoire et le bureau dans son service de soins de suite. Oui, oui, oui, je suis peut-être trop euh, ... dans l'affect, mais euh... » (ligne 304, Pb2, E8)</p>	<p>3 professionnelles font état que le bureau de leur CS est un endroit important pour le fonctionnement de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - elles peuvent voir si la CS est bien présente physiquement ou non - elles peuvent voir si la CS est disponible ou non - c'est un lieu d'échange autour des problèmes ou des changements en cours, etc. - c'est un lieu où elles peuvent avoir une réponse. <p>Elles relatent également un véritable code de la porte du bureau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - porte ouverte : possibilité d'entrer, CS disponible - porte fermée : CS indisponible ou absente 	<p>Bureau du CS : un lieu stratégique</p>

ANNEXE VII – Circulaire DH/8A/PK/CT N° 00030 (20/02/1990)



MISSIONS ET FONCTIONS PRINCIPALES DES SURVEILLANTS

Annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990

jeudi 21 novembre 2002, par Stéphane Carré

Ci-après, extraits de l'annexe à la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990, non parue au Journal Officiel, ni au Bulletin Officiel. C'est pourtant l'un des rares textes qui évoque de façon détaillée les rôles et missions du cadre de santé exerçant en secteur hospitalier.

DESCRIPTION PROFESSIONNELLE

Famille professionnelle Soignants
Sous-famille Toute sous-famille à l'exception des écoles
Emploi-type Surveillant

MISSIONS - FONCTIONS PRINCIPALES

Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité.

Dans ce cadre, il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé.

Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité.

Il est une référence pour le soin spécifique.

Il a un rôle de formation, de coordination et de recherche.

Il est responsable :

- ▶ du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction,
- ▶ de l'organisation de l'application de la prescription médicale,
- ▶ de la gestion administrative de l'unité.

N.B. Il est obligatoirement titulaire de la qualification professionnelle de base spécifique de l'unité ou du service dont il est responsable.

DESCRIPTIONS DES ACTIVITÉS

Selon quatre axes :

- ▶ technicité
- ▶ information
- ▶ relation / communication
- ▶ contribution économique.

I - TECHNICITE

LE SOIN

▶ Il élabore en équipe un projet de soins et définit des objectifs de service cohérents avec les orientations médicales, définies dans le cadre du projet d'établissement.

▶ Il définit la démarche de soins et les outils de travail correspondants (dossiers de soins, protocole de soins...)

▶ Il aide les différents acteurs de l'équipe soignante à déterminer les besoins des malades, à les analyser, à rechercher les moyens et les réponses adaptées, à évaluer les actions déterminées ou réalisées, à prévoir les réajustements éventuels. Il propose une organisation évolutive de soins.

▶ Il participe à travers la formation permanente à l'évolution de l'unité et des techniques.

Il s'assure de la bonne compréhension et de l'application de la prescription médicale.

Il s'assure d'une répartition judicieuse des tâches en fonction des compétences et de la charge de travail de chacun.

▶ Il est responsable de la qualité du soin, de l'hygiène générale de l'unité et du confort des malades en s'assurant notamment de la qualité

- ▶ Il entretient une relation suivie avec les malades et leur famille tout au long de leur séjour dans l'unité.

IV - CONTRIBUTION ECONOMIQUE

- ▶ Il est garant de la qualité du soin et de son organisation.
- ▶ Il est responsable de l'utilisation optimale des ressources affectées à l'unité et de la gestion des produits et des matériels.

Tableaux de bord : des indicateurs doivent être dégagés au niveau de chaque unité, par exemple rupture et excès des stocks, nombre de demandes de remplacement, questionnaires de sortie, durée moyenne d'hospitalisation, nombre de pannes...

aux changements.

- ▶ Il met en place et anime des réunions pour initier et maintenir une dynamique d'équipe au sein du service.
- ▶ Il sensibilise les agents aux risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'hygiène et à la sécurité.
- ▶ Il prévoit et commande les matériels et produits nécessaires à court et moyen ou long terme.

Il participe aux choix de nouveaux matériels et produits.

- ▶ Il organise la maintenance habituelle du matériel et des locaux.
- ▶ Il conçoit et propose des améliorations au niveau du fonctionnement du service et des conditions de travail des personnels.

LA FORMATION DES STAGIAIRES

- ▶ Outre son rôle de formation lié à la gestion de l'équipe, il travaille en collaboration avec les écoles et participe à la sélection et à la formation des élèves.
- ▶ Dans l'unité, il accueille les stagiaires, les soutient dans la réalisation de leurs objectifs, contrôle leur apprentissage et participe à leur évaluation.
- ▶ Il participe à des formations à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

LA RECHERCHE

Le surveillant repère les axes de recherche nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des personnes soignées et coordonne leur réalisation. Par ailleurs il peut participer aux actions de recherche impulsées par l'équipe médicale.

II - INFORMATION

- ▶ Il élabore, reçoit et transmet des informations destinées à la Direction, au Corps Médical, à la médecine préventive, à tous services de l'établissement, aux Ecoles et à d'autres établissements.
- ▶ Il facilite et suscite des rencontres entre la personne soignée et les personnes susceptibles de lui apporter une aide (service social, bureau des entrées, ministre du culte, vaguemestre)
- ▶ Il met en place des moyens d'informations de l'équipe.

III - RELATION/ COMMUNICATION

- ▶ Il établit des relations de travail avec les chefs de service, les membres de l'équipe et tous les professionnels de santé intervenant dans l'unité ainsi qu'avec les personnes ou groupes de personnes suivants :
 - ▶ L'équipe de direction et notamment l'infirmière générale
 - ▶ Les responsables des autres services de soins
 - ▶ Les responsables des services administratifs, médico-techniques et généraux
 - ▶ Le médecin de médecine préventive
 - ▶ La responsable de formation.
- ▶ Il participe ou suscite des réunions de travail, rencontres ou échanges susceptibles d'apporter des améliorations à différents niveaux (qualité des soins, de la formation, des prestations hôtelières, administratives).

N.B. : cette circulaire est utilisée comme texte de référence, mais n'est jamais parue au J