



EAFC **TOURNAI**
EUROMÉTROPOLE

Enseignement pour Adultes et Formation Continue

Une performance, un cadre et des outils

En quoi les pratiques de gestion du cadre de proximité peuvent-elles influencer les performances
d'une équipe soignante ?

Présenté par ATLAOUI Tahar

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire 2024-2025



EAFC **TOURNAI**
EUROMÉTROPOLE

Enseignement pour Adultes et Formation Continue

Une performance, un cadre et des outils

En quoi les pratiques de gestion du cadre de proximité peuvent-elles influencer les performances
d'une équipe soignante ?

Présenté par ATLAOUI Tahar

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire 2024-2025

Remerciements

Je souhaite avant toute chose exprimer ma gratitude au corps professoral qui m'a accompagné tout au long de ce parcours académique. Un remerciement particulier est adressé à Monsieur Vantomme pour sa patience inébranlable, sa disponibilité constante et ses conseils parfois énigmatiques, mais tellement précieux, que j'ai progressivement appris à déchiffrer et à intégrer dans mon travail.

Je tiens également à remercier chaleureusement mes camarades de classe pour leur soutien, leur écoute et l'esprit de camaraderie qui nous a unis durant ces années d'étude. Vos encouragements m'ont permis d'avancer et d'atteindre mes objectifs avec confiance.

Mes pensées vont également à mes collègues de travail, qui, par leur soutien quotidien et leurs encouragements bienveillants, ont facilité la réalisation de ce mémoire tout en rendant mon parcours professionnel encore plus enrichissant.

Un remerciement particulier va également à mes parents, pour leur soutien continu, leur confiance inconditionnelle et pour m'avoir transmis les valeurs essentielles qui m'ont permis d'en arriver là.

Enfin, mes remerciements les plus sincères à Vous dont le soutien constant, la compréhension et l'accompagnement, ont été essentiels tout au long de ce parcours. À Toi, petit homme, pour qui chaque effort prend tout son sens. À Toi, ma plus grande motivation, mon inspiration quotidienne et la raison profonde de toutes mes réalisations.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : LA PERFORMANCE	2
1 La performance : un concept complexe aux multiples dimensions	3
2 Performance hospitalière : rechercher l'équilibre entre efficacité et qualité	5
3 Dépasser l'approche financière : vers une performance multidimensionnelle	8
3.1 Une vision élargie de la performance	8
3.2 Concilier performance financière et qualité des soins	9
3.3 L'importance d'une vision globale	10
4 Performance individuelle et collective : une complémentarité sous tension	11
4.1 La performance individuelle : une nécessité, mais une vision incomplète	12
4.2 La performance collective : un levier indispensable	13
4.3 Performance individuelle et collective : une tension permanente	13
4.4 La complémentarité entre l'individu et le collectif : une dynamique sous tension	14
4.5 L'institution : cadre structurant ou frein à la performance ?	15
4.6 Un équilibre entre cadre structurant et flexibilité opérationnelle :	16
5 Évaluer la performance : entre objectivité des chiffres et subjectivité du soin	17
5.1 Pourquoi mesurer la performance ?	18
5.2 Comment mesurer la performance ?	20
5.2.1 Les indicateurs quantitatifs : un cadre structurant, mais limité	21
5.2.2 L'importance des indicateurs qualitatifs et subjectifs	21
5.3 L'objectivité et la subjectivité dans la mesure de la performance :	23
5.3.1 L'intérêt du croisement des approches	24
5.3.2 Les tableaux de bord : un outil clé de suivi de la performance	24
6 Conclusion	25
CHAPITRE 2 : LE CADRE	26

1	Le cadre de proximité : définition, statut et rôle institutionnel.....	27
2	Cadre règlementaire et missions du cadre de proximité.....	27
3	Entre encadrement et management : clarifier la posture du cadre de proximité	29
4	Pouvoir et autorité : une distinction nécessaire dans l'encadrement d'équipe	31
5	Éviter la confusion entre pouvoir et autorité : un enjeu majeur pour le cadre de proximité	33
6	Pouvoir, autorité, leadership : une dynamique complexe dans la gestion des équipes	35
7	Styles de leadership du cadre de proximité et impact sur la performance des équipes	38
8	Les rôles clés du cadre de proximité pour optimiser la performance d'équipe	41
8.1	Garant de la coordination et de l'organisation des soins	42
8.2	Médiateur et facilitateur des relations professionnelles	43
8.3	Accompagnateur et soutien des équipes	43
9	Les compétences essentielles du cadre de proximité.....	44
9.1	Les compétences organisationnelles et stratégiques :.....	45
9.2	Les compétences communicationnelles et relationnelles.....	45
9.3	Les compétences en accompagnement et développement des équipes.....	47
10	Conclusion :	50
	CHAPITRE 3 : UNE BOITE OUTILS	51
1	Outils de communication et d'influence.....	52
1.1	L'écoute active et la reformulation : comprendre avant de répondre	53
1.2	La communication non violente : gérer les tensions avec bienveillance	54
1.3	Le feedback constructif : faire progresser sans démotiver.....	55
1.4	La méthode DESC : un outil structuré pour un feedback efficace.....	56
1.5	Les Effets de la communication bienveillante sur la performance	58
2	Organiser et structurer le travail : les outils du manager	59
2.1	Planification et gestion du temps : optimiser l'organisation quotidienne.....	59
2.1.1	La matrice d'Eisenhower : prioriser pour gagner en efficacité.....	60
2.1.2	Le Time Blocking : structurer le temps pour améliorer la performance.....	62

3	Répartition des tâches et gestion des effectifs : Assurer une organisation équilibrée et performante	64
3.1	La gestion en binôme : un levier de performance pour l'équipe soignante	65
3.2	Effets du binôme sur la performance de l'équipe soignante	66
4	L'évaluation, un levier indispensable pour une gestion performante	67
4.1	Les indicateurs clés de performance : mesurer l'efficacité des pratiques	68
4.1.1	Définition et importance des KPI en milieu hospitalier	68
4.1.2	Quels indicateurs de performance pour un cadre de proximité ?	69
4.1.3	L'analyse des indicateurs : de la mesure à l'action	70
4.2	Les tableaux de bord : un outil de suivi et d'aide à la décision pour le cadre de proximité	71
4.2.1	Définition et rôle des tableaux de bord en milieu hospitalier	71
4.2.2	Construire un tableau de bord adapté à la gestion d'une équipe soignante	71
4.2.3	Utilisation des tableaux de bord dans l'amélioration continue	73
5	L'audit interne comme outil d'amélioration continue	75
5.1	Définition et objectifs de l'audit interne	76
5.2	Méthodologie de mise en œuvre de l'audit interne	76
5.3	Impact de l'audit interne sur la performance des équipes soignantes	77
5.4	Limites et conditions de succès de l'audit interne	78
6	Conclusion	78
	Conclusions et perspectives	80

INTRODUCTION

Dans les établissements de santé, le cadre de proximité occupe une place stratégique en assurant la liaison entre la direction et les équipes soignantes. Il est responsable de l'organisation du travail, de la création et du maintien de la dynamique collective et de la qualité des soins. Pourtant, cette mission est loin d'être évidente, car elle se déploie dans un contexte où la performance hospitalière est de plus en plus scrutée et mesurée à travers des indicateurs quantitatifs. Ces critères d'évaluation reposent souvent sur l'efficacité, la rentabilité et la satisfaction des patients. Mais alors, ces derniers suffisent-ils réellement à rendre compte de la complexité du travail soignant ? La performance ne saurait être réduite à une approche purement gestionnaire. Elle intègre des dimensions humaines, organisationnelles et éthiques qui influencent directement le fonctionnement des équipes. Dès lors, une question centrale se pose, en quoi les pratiques de gestion du cadre de proximité influencent-elles la performance d'une équipe soignante ? Cette problématique s'inscrit dans un cadre bien plus large où les attentes institutionnelles entrent parfois en contradiction avec la réalité du terrain. Comment concilier la nécessité de rentabilité et d'efficacité avec l'impératif d'un management bienveillant ? Une équipe performante est-elle seulement une équipe qui atteint ses objectifs chiffrés, ou doit-elle également évoluer ? Le cadre de proximité est ainsi au cœur de tensions paradoxales. Il doit garantir la productivité tout en veillant au bien-être des soignants, mobiliser son leadership tout en respectant une hiérarchie institutionnelle, et accompagner ses équipes tout en appliquant des règles et protocoles parfois rigides. Ces contradictions posent la question de son véritable rôle et de sa marge de manœuvre. Est-il simplement un exécutant des politiques hospitalières ou peut-il, au contraire, être un acteur clé du changement organisationnel ? Afin de mieux comprendre ces enjeux, ce mémoire s'articule en trois parties. Le premier chapitre clarifie la notion de performance en milieu hospitalier en mettant en évidence ses différentes dimensions et les tensions qui en découlent. Le deuxième chapitre explore le rôle du cadre de proximité et son influence sur la dynamique des équipes. Enfin, le troisième chapitre met en lumière les leviers et stratégies permettant d'optimiser la performance tout en préservant la motivation et l'engagement des soignants. En adoptant une approche critique et nuancée, ce travail vise à questionner les modèles de gestion actuels et à interroger les leviers dont dispose le cadre. Jusqu'où peut-il réellement agir ? Quels outils lui permettent d'influencer la performance collective ? Son rôle est-il celui d'un simple relai institutionnel ou d'un véritable facilitateur de la qualité des soins ?

CHAPITRE 1 : LA PERFORMANCE

La performance d'une équipe soignante est un concept complexe qui ne peut être réduit à une simple évaluation des résultats chiffrés. Elle repose sur une articulation subtile entre compétences individuelles, dynamique collective et organisation du travail. Pourtant, cette quête de performance soulève de nombreuses interrogations, quels critères permettent d'évaluer une équipe soignante comme performante ? La performance doit-elle être envisagée uniquement en termes d'efficacité et de productivité, ou faut-il intégrer des dimensions plus humaines et qualitatives ?

Dans le secteur du soin, la performance ne se limite pas à la rapidité d'exécution des tâches ou à l'atteinte d'objectifs institutionnels. Loin d'être un concept univoque, la performance hospitalière oscille entre objectifs économiques, qualité des soins et conditions de travail des équipes soignantes. Pour certains, elle se mesure à travers des indicateurs financiers et d'efficience, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour, maîtrise des coûts. Pour d'autres, elle repose davantage sur la satisfaction des patients, la prévention des risques médicaux et le bien-être du personnel soignant. Cette divergence de perspectives génère des tensions au sein des établissements de santé, où les exigences institutionnelles peuvent parfois entrer en contradiction avec les valeurs du soin. Elle doit également prendre en compte la qualité de la prise en charge des patients, la coordination entre professionnels et le bien-être des équipes. Ainsi, une équipe soignante performante ne serait pas seulement une équipe qui travaille vite, mais aussi une équipe qui collabore efficacement, qui s'adapte aux imprévus et qui maintient un haut niveau de qualité des soins.

Ce premier chapitre propose d'explorer la complexité du concept de performance. Nous commencerons par définir la notion de performance, en mettant en évidence sa diversité d'interprétations. Nous analyserons ensuite les tensions existantes entre performance individuelle et performance collective, en nous interrogeant sur leur complémentarité. Enfin, nous aborderons les méthodes d'évaluation de la performance.

Cette réflexion permettra d'éclairer le rôle du cadre de proximité, dont les pratiques managériales peuvent être un levier essentiel pour optimiser la performance, sujet qui sera approfondi dans le chapitre suivant.

1 La performance : un concept complexe aux multiples dimensions

La notion de performance, particulièrement dans un environnement hospitalier, nécessite une analyse approfondie et nuancée. En effet, cette thématique revêt une complexité qui dépasse largement les seuls critères économiques ou quantitatifs. Derrière chaque indicateur se trouvent des professionnels investis quotidiennement auprès des patients, confrontés à des réalités humaines souvent exigeantes. Dans ce contexte, une réflexion s'impose, le terme « performance » est-il réellement adapté lorsqu'il s'agit de qualifier l'acte de soigner ?

Cependant, il est impossible d'ignorer la nécessité d'aborder cette notion, car les établissements sanitaires évoluent dans un cadre marqué par des contraintes économiques, organisationnelles et sociétales. Pour autant, réduire la performance à une simple approche basée sur les résultats quantifiables serait réducteur. Ces chiffres, bien qu'indispensables pour structurer et évaluer les activités, ne devraient pas occulter ce qui constitue l'essence même du soin, la dimension humaine. Dès lors, une question centrale émerge, comment concilier les exigences de performance avec le respect des valeurs humaines inhérentes à la pratique soignante ?

Tout d'abord, il est essentiel de rappeler la diversité des interprétations de ce concept. L'étymologie latine de la performance, « *performare* »¹, qui signifie « accomplir entièrement » évoque une idée séduisante, accomplir une tâche pleinement, c'est-à-dire en intégrant à la fois une compétence technique et un engagement humain. Mais cette vision, bien qu'optimale, n'est-elle pas parfois fantasmatique face aux contraintes réelles du terrain ? Sommes-nous toujours capables d'accomplir pleinement nos missions quand les impératifs économiques ou organisationnels pèsent lourdement sur le quotidien des équipes ? Il est nécessaire d'aborder avec prudence cette question, pour ne pas risquer d'imposer un idéal irréaliste qui pourrait paradoxalement démotiver ou frustrer les équipes.

Cette question est d'autant plus pertinente que la définition de la performance varie selon les disciplines. Selon le Larousse, la performance correspond à « *un résultat obtenu dans un domaine précis par quelqu'un, une machine, un véhicule* »². Une telle approche, issue du lexique industriel, nous interpelle, est-il pertinent d'évaluer le travail des soignants avec les mêmes outils que ceux utilisés pour mesurer l'efficacité d'une machine ? Il devient alors primordial pour nous de veiller à ne pas perdre de vue l'essentiel, à savoir que la performance en milieu soignant ne peut pas seulement être mesurée, elle doit avant tout être vécue.

¹ <https://www.cnrtl.fr/etymologie/performance> (consulté le 07/03/25)

² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/performance/59512> (consulté le 28/04/24)

La Haute Autorité de Santé a tenté d'apporter une réponse en développant plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dont le taux de réadmission hospitalière, le taux d'infections nosocomiales ou encore les enquêtes de satisfaction des patients. Ces outils permettent de mesurer certains aspects du soin, mais leur pertinence fait débat. Peuvent-ils réellement refléter la complexité du travail soignant, qui repose autant sur des savoir-faire techniques que sur des interactions humaines ?

Cette tension entre performance mesurée et performance vécue illustre un problème fondamental, faut-il privilégier l'atteinte des objectifs chiffrés ou la qualité du processus qui y mène ? C'est dans cette optique que plusieurs chercheurs ont développé différentes approches théoriques de la performance, cherchant à concilier les dimensions économiques, sociales et organisationnelles.

De plus, il semble crucial de considérer que la notion même de performance évolue constamment. Ce qui était performant hier ne l'est peut-être plus aujourd'hui, et inversement. Ainsi, l'approche taylorienne, fondée sur la division des tâches et la spécialisation extrême, trouve aujourd'hui ses limites face à la complexité du travail en équipe et à la nécessité d'une flexibilité accrue dans les soins. Selon Hollnagel³, une nouvelle conception de la performance émerge, « *la résilience organisationnelle* », qui repose sur la capacité des équipes à s'adapter aux imprévus sans compromettre la qualité du soin. Cette approche met en avant l'intelligence collective et la réactivité des équipes plutôt qu'une stricte conformité à des indicateurs figés. Cette évolution doit amener les cadres de proximité à adopter une posture plus réflexive et collaborative. Plutôt que d'imposer une définition unique et rigide de la performance, il devient nécessaire d'engager un dialogue au sein des équipes pour construire une vision partagée et adaptée aux réalités du terrain. L'objectif ne serait plus seulement d'atteindre des standards prédéfinis, mais de créer des conditions favorables à une performance durable, où l'excellence soignante ne se fait pas au détriment du bien-être des professionnels.

³ Hollnagel, E., Journé, B. & Laroche, H. (2009). La fiabilité et la résilience comme dimensions de la performance organisationnelle. *M@n@gement*, 12, 224-229.

En conclusion, comprendre la performance en milieu de soin exige une réflexion en perpétuelle évolution. Le cadre de proximité, en tant que médiateur entre les exigences institutionnelles et la réalité du terrain, doit veiller à trouver un équilibre entre efficacité organisationnelle et respect des valeurs humaines. C'est par une écoute active, une capacité d'adaptation constante et une approche ouverte et participative que la performance pourra être réinventée pour répondre aux enjeux actuels et futurs du secteur hospitalier.

2 Performance hospitalière : rechercher l'équilibre entre efficience et qualité

« *La performance est la motivation essentielle de toute entreprise. Autrefois exprimée uniquement en termes de rentabilité (performance financière), elle se décline aujourd'hui non seulement en fonction du coût, comme à l'époque taylorienne, mais également en fonction d'autres critères comme la qualité, le délai, l'innovation, etc.* »⁴. La performance est un concept central dans toute organisation. Autrefois définie uniquement en termes de rentabilité et de productivité, elle s'est progressivement enrichie pour intégrer des dimensions qualitatives, sociales et organisationnelles. Ainsi, comme le souligne A. Bourguignon, elle correspond à « *la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs* »⁵. Mais peut-on véritablement enfermer la performance dans une définition universelle et immuable ?

Comme nous avons pu le dire, au fil du temps, les critères de performance ont évolué. Les modèles industriels, hérités du taylorisme, ont longtemps influencé les pratiques managériales en insistant sur l'optimisation des ressources et la standardisation des processus. Aujourd'hui, ces approches sont remises en question, notamment dans les secteurs où l'humain occupe une place centrale, comme le milieu hospitalier. Dès lors, il devient essentiel de dépasser la seule mesure des résultats pour comprendre comment la performance peut s'adapter aux réalités du travail collectif.

⁴ A. Schindler, A. Dudézert. Le pilotage de la performance par les valeurs à travers une approche systémique : le cas du centre de recherche intégré., juin 2007, Montréal, Québec, Canada.

⁵ Cauvin, É., Neumann, B. & Roberts, M. (2010). Évaluation de la performance des managers : L'effet de l'ordre de présentation et de l'importance relative des indicateurs financiers et non financiers. *Comptabilité contrôle Audit*, 16, 31-47.

Historiquement, la performance a été abordée sous un prisme économique et rationnel. Inspirée des travaux de Taylor et du « *Balanced Scorecard* »⁶ de Kaplan et Norton, cette vision repose sur l'efficacité, c'est-à-dire la capacité à atteindre un objectif avec un minimum de ressources. Si ces principes ont largement influencé le management hospitalier, ils montrent leurs limites face à la complexité du soin. Peut-on réellement parler de performance lorsque l'optimisation des coûts se fait au détriment du temps accordé aux patients ?

Face à ces limites, plusieurs chercheurs ont élargi la notion de performance à sa dimension sociale et collective. Selon E. Durkheim⁷, la performance repose sur deux formes de solidarité. La solidarité mécanique, où les individus partagent des rôles similaires, et la solidarité organique, où la complémentarité des rôles permet une meilleure coordination. Dans un hôpital, la performance ne peut être individuelle, elle repose sur l'intelligence collective et la coopération des soignants. C'est ici que le concept de « *capital social* »⁸ de P. Bourdieu et R. Putnam intervient, en expliquant que les relations de confiance entre professionnels influencent directement la performance.

Cependant, la performance ne peut être comprise uniquement sous l'angle de la rentabilité ou de la dynamique d'équipe. Et si elle ne pouvait être appréhendée que dans une vision globale ? Après avoir exploré la dimension collective de la performance à travers la solidarité et le capital social, il est essentiel de l'élargir à une vision plus globale. C'est là qu'intervient l'approche systémique, qui postule que la performance ne peut être isolée, mais doit être comprise dans un réseau d'interactions. Nos recherches nous amènent à croire que l'approche systémique postule que les organisations sont des « *entités complexes* »⁹ où chaque élément interagit avec les autres en les influençant, mais en étant tout aussi influencé. Selon cette vision, la performance ne se résume pas à la somme des résultats individuels, mais dépend plutôt de la qualité de ses processus internes, de ses relations avec son environnement et de sa capacité à s'adapter aux changements.

⁶ Tableau de bord prospectif ou équilibré en français. Explication en Annexe 1

⁷ <https://www.socsci.mcmaster.ca/~econ/ugcm/3ll3/durkheim/divtrav.html> (consulté le 08/04/24)

⁸ https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1980_num_31_1_2069 (consulté le 30/12/24)

⁹ <https://journals.openedition.org/interventionseconomiques/23098> (consulté le 30/12/24)

Dans ce sens, les travaux de A. Donabedian¹⁰, également cité pour son modèle « *structure-processus-résultat* »¹¹, révèlent comme ceux de Hollnagel¹², qu'une organisation performante n'est pas celle qui suit des procédures rigides, mais celle qui sait s'adapter aux imprévus tout en maintenant un haut niveau de qualité des soins. Cette résilience organisationnelle repose sur trois piliers : la flexibilité, qui permet d'adapter les pratiques aux besoins réels, l'amélioration continue, qui encourage l'apprentissage et l'optimisation des processus, et l'anticipation, essentielle pour prévenir et gérer les imprévus.

Un exemple concret de vision systémique qui pourrait intéresser les cadres de proximité est la participation aux entretiens d'embauche. Celle-ci devient bien plus qu'une fonction administrative, c'est une opportunité de cocréer un système plus harmonieux et performant. Dans cette optique, le cadre de proximité joue un rôle fondamental, il ne se limite pas à appliquer des directives, mais devient un acteur de l'adaptation et de l'innovation managériale. Son rôle ne consiste plus seulement à mesurer la performance, mais à la rendre possible en instaurant des conditions de travail propices à une véritable intelligence collective.

La performance ne peut donc être réduite à une simple opposition entre efficacité et qualité des soins. Elle doit intégrer une troisième dimension essentielle : la pertinence. Si l'efficacité vise l'atteinte d'un objectif et que l'efficacité cherche à minimiser les ressources utilisées, la pertinence, elle, interroge la finalité. Cet objectif répond-il réellement aux besoins des patients et des soignants ? Pour répondre à ce défi, les cadres de proximité doivent favoriser une culture du dialogue et de la coopération au sein des équipes, repenser les critères d'évaluation de la performance en intégrant des dimensions qualitatives, et encourager une approche plus agile et résiliente face aux défis du secteur. Ainsi, la performance ne peut être envisagée comme un simple indicateur de résultats. Elle doit être repensée comme une dynamique vivante, où la qualité des soins et le bien-être des soignants ne sont pas des contraintes, mais des leviers essentiels à une performance durable et humaine.

¹⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf (consulté le 30/12/24)

¹¹ *Ibid.*

¹² Hollnagel, E., Journé, B. & Laroche, H. Op. Cit., P.4.

3 Dépasser l'approche financière : vers une performance multidimensionnelle

Dans un contexte de pression budgétaire croissante et d'exigences toujours plus élevées en matière de qualité des soins, la notion de performance hospitalière doit être interrogée au-delà de sa seule dimension économique. Traditionnellement mesurée à travers des indicateurs financiers, la performance ne peut se limiter à une logique de rentabilité lorsqu'il s'agit d'assurer une prise en charge optimale des patients et des conditions de travail adéquates pour les soignants. Les établissements de santé doivent concilier efficacité économique et excellence soignante, ce qui soulève pour nous, une question fondamentale, peut-on réellement parler de performance lorsque l'optimisation budgétaire met en péril la qualité des soins et l'engagement des équipes ? Loin d'être un simple exercice comptable, la performance hospitalière repose sur une interaction entre les contraintes matérielles, les attentes sociétales et l'éthique. Ainsi, afin d'évaluer efficacement la performance d'un établissement de santé, il est impératif d'adopter une approche multidimensionnelle, intégrant à la fois des critères financiers, organisationnels, sociaux et qualitatifs.

3.1 Une vision élargie de la performance

Historiquement, la performance a été largement définie selon des critères économiques et financiers, en particulier à travers des indicateurs de rentabilité et de maîtrise des coûts. Inspirée des modèles issus du monde industriel, cette approche repose sur des outils de pilotage tels que le contrôle budgétaire, le calcul des coûts par activité et l'optimisation des flux hospitaliers. Cependant, plusieurs chercheurs ont démontré que cette vision est insuffisante et potentiellement dangereuse lorsqu'elle est appliquée au secteur hospitalier. Kaplan et Norton, à travers leur modèle du *Balanced Scorecard*, insistent sur le fait qu'une organisation performante ne peut pas se limiter à sa dimension financière. Pour eux, la performance repose sur quatre axes fondamentaux, financiers, orientation client, processus internes et apprentissage organisationnel. Ce cadre trouve une résonance particulière dans les établissements de santé, où la nécessité d'équilibrer les ressources économiques et la qualité des soins est essentielle.

Ainsi, à côté des indicateurs financiers, des indicateurs comme le taux de réadmission des patients, les durées moyennes des séjours ou encore la satisfaction des patients constituent des éléments fondamentaux pour appréhender la performance globale. Ces indicateurs non financiers permettent d'aligner les objectifs stratégiques sur les réalités opérationnelles. Ce que nos auteurs appuient en disant « *qu'ils complètent les indicateurs financiers qui focalisent trop l'attention sur le pilotage des actions à court terme* ». ¹³

3.2 Concilier performance financière et qualité des soins

Les établissements hospitaliers doivent sans cesse arbitrer entre efficacité financière et excellence clinique, un équilibre qui n'est pas toujours simple à atteindre. D'un côté, une gestion budgétaire rigoureuse est indispensable pour assurer la viabilité de l'hôpital. De l'autre, des coupes budgétaires excessives peuvent détériorer les conditions de travail des soignants et, *in fine*, la prise en charge des patients. Il est donc crucial de reconnaître que l'investissement dans des infrastructures modernes, la formation du personnel et la recherche innovante contribue directement à l'amélioration des résultats cliniques. A. Donabedian ¹⁴, met en évidence cette tension en montrant que la performance d'un système de soins repose sur trois piliers. Révèlent. Les ressources ¹⁵ disponibles, de leur mise en œuvre ¹⁶, et des conséquences ¹⁷ observables. Toute détérioration des structures ou des processus ¹⁸ entraîne inévitablement une baisse des résultats ¹⁹. Ainsi, une logique budgétaire trop rigide risque d'entrer en contradiction avec les objectifs de qualité des soins. Ce modèle montre que l'évaluation de la performance hospitalière nécessite de combiner des indicateurs tangibles et intangibles pour rendre compte de la réalité composite. En intégrant cette approche, les institutions peuvent mieux identifier les points de faiblesse, valoriser les succès et ajuster leurs stratégies en fonction des attentes croissantes de la société et des autorités de tutelle.

¹³ Poincelot, É., Wegmann, G. (2005). Utilisation des critères non financiers pour évaluer ou piloter la performance : analyse théorique. *Comptabilité contrôle Audit*, 11, 109-125.

¹⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf (consulté le 30/12/24)

¹⁵ La structure dont on apprécie la qualité par exemple par le niveau d'équipement et la qualification du personnel

¹⁶ Les processus ce sont ici les pratiques médicales ou soignantes qui sont évaluées au regard de leur conformité au savoir médical et de la relation avec le patient

¹⁷ Les résultats évalués en termes de conséquences sur l'état de santé d'un individu ou population selon l'objectif visé

¹⁸ Ex. réduction des effectifs, surcharge de travail

¹⁹ Ex. augmentation des erreurs médicales, insatisfaction des patients

3.3 L'importance d'une vision globale

Face aux limites d'une approche strictement financière, de plus en plus d'établissements adoptent une vision plus globale de la performance hospitalière. Celle-ci repose sur une approche systémique, où la performance n'est pas simplement une somme d'indicateurs isolés, mais une interaction constante entre les différents acteurs du système. Ici, entre l'optimisation des coûts et la réponse aux attentes des patients et des soignants. Une telle approche nécessite une gouvernance forte et un pilotage adapté, tel que des outils d'évaluation fiables avec des indicateurs déterminés à l'avance, nous pensons aux tableaux de bord et aux audits internes. De plus, nous croyons qu'une telle vision doit nécessiter l'approbation et l'engagement de toutes les parties prenantes, y compris les patients, les professionnels de santé et les décideurs politiques.

Enfin il est pour nous impératif d'ajouter que la performance ne se limite pas aux frontières de l'établissement. Elle doit intégrer des aspects sociétaux tels que la contribution à la prévention de la santé publique, la gestion des inégalités d'accès aux soins, mais aussi à l'introspection sur l'impact environnemental. Ces différents critères participent à une définition plus globale et plus contemporaine de la performance, dépassant par la même occasion le cadre restreint des indicateurs financiers. Nous ne pouvons penser que l'hôpital, en tant qu'acteur majeur du tissu social, ne peut incarner des valeurs de solidarité et de responsabilité tout en s'efforçant de respecter l'écologie. Cependant, et nous terminerons sur cela, cette démarche de vision générale peut soulever des tensions. Quand les objectifs financiers sous pressions des autorités de tutelle²⁰ risquent de prendre le dessus sur les priorités qualitatives. Nous nous exposons à une spirale négative de baisse de satisfaction et de confiance de la part des collaborateurs et des patients. De possibles erreurs et *in fine*, une atteinte à la réputation de l'institution et de tout le système de santé. En définitive, si la performance commence inexorablement par les chiffres, elle doit se réaliser dans l'humain. Elle doit alors créer un équilibre le plus harmonieux possible entre les résultats financiers, le bien être humain et l'impact sociétal.

²⁰ Le ministère de la Santé ou créanciers

4 Performance individuelle et collective : une complémentarité sous tension

Dans la recherche d'une performance optimale, la question de l'individu face au collectif est essentielle. Faut-il privilégier l'excellence individuelle ou la dynamique de groupe ? Comment évaluer la contribution d'un soignant sans prendre en compte l'environnement dans lequel il évolue ? Et, inversement, une équipe performante est-elle uniquement le fruit de la coopération ou nécessite-t-elle aussi des individualités fortes ?

Dans de nombreux secteurs, la performance est souvent assimilée à des résultats individuels, mesurés à travers des indicateurs de productivité, de rapidité ou de conformité aux normes établies. Cependant, l'hôpital ne fonctionne pas comme une entreprise traditionnelle. Il repose sur une interdépendance entre les professionnels de santé, où la qualité des soins dépend autant des compétences de chacun que de leur capacité à collaborer efficacement. Ainsi, nous l'avons tous vu une fois, un soignant peut être excellent sur le plan technique, mais son impact sera limité si la coordination avec ses collègues est défaillante. Dès lors, il semble essentiel d'abandonner une vision strictement individualiste de la performance et d'adopter une approche plus systémique. La performance individuelle et la performance collective ne doivent pas être considérées comme opposées, mais comme deux dynamiques complémentaires qui doivent être orchestrées avec soin. C'est précisément là que le rôle du cadre de proximité prend tout son sens. En effet, c'est à lui que revient la mission d'assurer l'équilibre entre ces deux dimensions en créant un environnement de travail où les soignants peuvent à la fois exprimer leur potentiel individuel et contribuer à une dynamique collective efficiente.

Dans cette partie, nous explorerons d'abord la notion de performance individuelle et ses limites en milieu hospitalier. Nous analyserons ensuite les spécificités de la performance collective et les défis qu'elle pose. Enfin, nous étudierons les tensions entre ces deux formes de performance avant d'examiner le rôle du cadre de proximité dans leur articulation, en lien avec les contraintes institutionnelles.

4.1 La performance individuelle : une nécessité, mais une vision incomplète

Dans une logique classique d'évaluation du travail, la performance individuelle est souvent considérée comme un indicateur clé. Un soignant performant est-il celui qui exécute ses tâches avec rapidité et précision ? Celui qui respecte scrupuleusement les protocoles ? Celui qui sait gérer la pression et s'adapter aux situations imprévues ?

Les recherches en psychologie du travail distinguent plusieurs dimensions de la performance individuelle. La performance technique, développée par Campbell²¹, repose sur la maîtrise des gestes professionnels, la rigueur et l'application des protocoles ainsi que la capacité à prendre des décisions techniques adaptées à la situation. La performance contextuelle, analysée par C. Borman et J. Motowidlo²², met en avant l'engagement dans le collectif, l'entraide entre collègues ainsi que l'adaptabilité aux imprévus et la gestion de la complexité. Enfin, la performance émotionnelle et éthique, étudiée par Goleman et Danna & Griffin²³, souligne l'importance de la gestion du stress et de la charge émotionnelle, de l'empathie et de la qualité de la relation soignants soignés.

L'approche individualiste de la performance peut être séduisante, notamment parce qu'elle permet une reconnaissance du mérite personnel. Cependant, en milieu hospitalier, elle trouve rapidement ses limites. Une focalisation excessive sur l'individu peut engendrer des risques d'épuisement professionnel, un manque de coordination avec les autres membres de l'équipe et une valorisation excessive des « soignants héros » au détriment de la dynamique collective. Mais cette héroïsation de l'individu a un revers cruel. Lorsque la charge devient insoutenable, lorsque l'individu est écrasé sous l'exigence de perfection, il s'effondre. Ce qui était un moteur devient un fardeau. Le burn-out n'est pas l'échec de l'individu, il devient le symptôme d'un système qui a oublié que la performance ne peut être un poids porté seul.

²¹ Nathalie Bernard. Bien-être au travail et performance de l'entreprise : une analyse par les paradoxes. Gestion et management. Université Grenoble Alpes, 2019. Français.

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

4.2 La performance collective : un levier indispensable

Si la performance individuelle peut être un moteur, elle ne suffit pas pour garantir la qualité des soins. L'efficacité en milieu hospitalier repose largement sur la performance collective. Les recherches sur la performance collective²⁴ montrent qu'un collectif performant ne naît pas spontanément. Il se construit, se développe et s'entretient. Une équipe soignante ne devient pas efficace simplement parce que ses membres sont compétents. Elle le devient lorsque la coopération devient une culture, lorsque la transmission des savoirs et des expériences est valorisée, lorsque l'organisation permet la fluidité des interactions.

Les bénéfices d'une approche collective sont nombreux. Elle améliore la sécurité des soins en limitant les erreurs grâce à des transmissions efficaces, réduit le stress individuel en permettant un meilleur partage de la charge de travail et favorise un climat de travail plus motivant et plus humain. Cependant, le collectif n'est pas toujours une force. Une logique trop collective peut entraîner une dilution des responsabilités, où si tout le monde est responsable, personne ne l'est vraiment. Elle peut aussi engendrer un phénomène de passivité où certains se reposent sur le groupe ou encore des conflits internes pouvant nuire à la dynamique d'équipe. Alors, lorsque l'exigence collective devient une pression, elle ne libère pas : elle enferme.

Il est alors impératif pour nous, cadres, de sortir de cette opposition stérile entre individu et collectif. Il ne s'agit pas de choisir entre la performance individuelle et la performance collective, mais de comprendre leur interdépendance.

4.3 Performance individuelle et collective : une tension permanente

Dans un environnement hospitalier où les interactions sont nombreuses et complexes, la performance ne peut être envisagée uniquement à l'échelle individuelle ou collective. Elle résulte d'un équilibre fragile entre la valorisation des compétences individuelles et la nécessité d'une dynamique collective efficace. Pourtant, cette articulation n'est pas évidente et soulève plusieurs interrogations, une équipe performante repose-t-elle d'abord sur l'excellence de chacun, ou est-elle avant tout le produit d'un travail collectif ?

²⁴ Godé, C., Melkonian, T. et Picq, T. (2016). Performance collective, quels enseignements des contextes extrêmes ? *Revue française de gestion*, N° 257 (4), 73-78.

Historiquement, la performance individuelle a souvent été mise en avant dans l'évaluation des soignants. Dans les représentations sociales des « chefs », un professionnel compétent est celui qui maîtrise les gestes techniques, applique les protocoles avec rigueur et sait faire preuve d'initiative. Cependant, cette vision comporte une limite, un soignant isolé, aussi compétent soit-il, ne peut assurer seul la qualité des soins. La performance hospitalière dépend de la capacité des équipes à fonctionner de manière fluide et coordonnée.

À l'inverse, comme nous avons pu le dire, une équipe soudée et organisée ne suffit pas toujours à garantir un niveau de performance optimal si elle ne s'appuie pas sur des compétences individuelles solides. Dans cette perspective, plusieurs travaux en sociologie des organisations Crozier et Friedberg²⁵, et en psychologie sociale Lewin²⁶ ont démontré que les collectifs de travail efficaces sont ceux qui parviennent à tirer parti des forces de chacun tout en maintenant une cohésion forte. Mais comment articuler ces deux logiques sans qu'elles ne s'opposent ?

4.4 La complémentarité entre l'individu et le collectif : une dynamique sous tension

Dans la réalité du travail hospitalier, performance individuelle et performance collective ne sont pas toujours alignées. Plusieurs facteurs peuvent créer des tensions. Par exemple, l'hypervalorisation de la compétence individuelle. Dans certains services, la reconnaissance est essentiellement centrée sur les performances individuelles, ce qui peut encourager une logique de compétition plutôt que de collaboration. Les soignants peuvent alors être réticents à partager leurs savoirs ou à coopérer pleinement avec leurs collègues, ce qui nuit à la dynamique d'équipe. Ou encore le risque de dilution des responsabilités dans le collectif. À l'inverse, un collectif trop fusionnel peut parfois nuire à la responsabilisation individuelle. Comme nous avons pu le citer plus haut, « *lorsque l'impact social est divisé entre plusieurs cibles, ces dernières ne ressentent pas l'impact total de la tâche et ont tendance à mettre moins d'effort dans la réalisation de la tâche* »²⁷. Ainsi, certains membres peuvent avoir tendance à moins s'impliquer, pensant que l'équipe compensera leurs lacunes. C'est ce que B. Latané appelle par « *effet de paresse sociale* »²⁸.

²⁵ Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, document de cours (U.E. 2, Gestion des ressources humaines du secteur de la santé).

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Tollenaere, B., *Lien entre la motivation, les caractéristiques d'efficacité de l'équipe et la paresse sociale chez les étudiants de Master à l'UCL*. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2017.

²⁸ *Ibid.*

Pourraient-ils, nous pensons que l'impact des contraintes organisationnelles joue un rôle clé dans cette articulation entre individu et collectif. Les objectifs fixés par l'institution, les normes de travail et les ressources disponibles influencent directement la manière dont les équipes fonctionnent. Dès lors, une question essentielle se pose : les structures hospitalières favorisent-elles réellement une articulation efficace entre performance individuelle et collective, ou bien créent-elles des obstacles à cet équilibre ?

4.5 L'institution : cadre structurant ou frein à la performance ?

Dans tout environnement professionnel, l'institution joue un rôle fondamental dans la structuration des pratiques et la régulation des activités. L'hôpital ne fait pas exception, en établissant des protocoles, en allouant des ressources et en fixant des objectifs, il constitue un cadre de référence garantissant la sécurité des soins et la cohérence des pratiques. Cependant, cette structuration, bien qu'essentielle, peut se révéler à double tranchant. Lorsqu'elle est souple et adaptée aux réalités du terrain, elle agit comme un levier de performance, favorisant la cohésion des équipes et la qualité des soins. À l'inverse, une organisation rigide et déconnectée des besoins des soignants peut générer démotivation, tensions et inefficacité, compromettant ainsi la prise en charge des patients. Aujourd'hui, de nombreux établissements hospitaliers sont confrontés à un paradoxe de gestion. D'un côté, une exigence croissante d'efficacité et d'optimisation des ressources impose aux soignants une logique de rentabilité, souvent traduite par une multiplication des indicateurs quantitatifs²⁹. De l'autre, la nature du travail hospitalier repose sur l'humain, l'incertitude et l'adaptabilité, des dimensions difficilement mesurables par des chiffres.

Ce phénomène, décrit par C. Dejours sous le terme de « *souffrance éthique* »³⁰, illustre les tensions vécues par les soignants, tiraillés entre leur engagement professionnel et les injonctions gestionnaires. Comme il le souligne, « *Lorsque le travail réel ne correspond plus au travail prescrit et que le soignant est contraint d'agir contre ses valeurs pour répondre aux exigences institutionnelles, il en résulte un sentiment profond de mal-être* »³¹. Ce malaise n'est pas anodin.

²⁹ Nombre de patients pris en charge, durée moyenne de séjour, taux de rotation des lits, etc.

³⁰ Rolo, D. (2017). Histoire et actualité du concept de souffrance éthique. *Travailler*, n° 37 (1), 253-281.

³¹ *Ibid.*

Il impacte la motivation des équipes, entraîne une perte de sens du travail et peut à terme fragiliser la qualité des soins. En effet, lorsqu'un établissement privilégie exclusivement les logiques de performance économique, les soignants ne sont plus évalués sur leur capacité à offrir des soins de qualité, mais sur leur conformité aux indicateurs fixés. Ce décalage entre le terrain et les attentes institutionnelles crée un climat de frustration, parfois aggravé par une surcharge administrative perçue comme une contrainte inutile. Pour autant, faut-il rejeter toute forme de structure ?

4.6 Un équilibre entre cadre structurant et flexibilité opérationnelle :

Nous ne pensons pas, car nous sommes persuadés que l'institution reste un rempart contre l'arbitraire et l'anarchie. Ce serait tomber dans une moralité contreproductive. Si certaines logiques institutionnelles peuvent apparaître comme des freins, il ne s'agit pas de les rejeter en bloc. L'institution joue un rôle essentiel en fixant des standards de qualité, en garantissant un cadre réglementaire et en structurant les ressources à disposition des équipes. Toutefois, elle doit s'assurer que ces dispositifs restent adaptables aux réalités du terrain et ne deviennent pas un obstacle à la fluidité des soins. Par contre, c'est en tant que cadre de proximité que nous pouvons jouer un rôle pivot de par notre position intermédiaire, entre le marteau et l'enclume. Notre rôle implique une communication efficace entre les différents niveaux de l'organisation. En relayant les préoccupations du personnel soignant aux instances décisionnelles, nous contribuons à ajuster les politiques institutionnelles aux réalités du terrain. Inversement, en expliquant clairement les décisions stratégiques aux équipes, nous favorisons leur compréhension et leur adhésion aux projets institutionnels. Dans cette perspective, il ne s'agit pas d'opposer rigidité institutionnelle et autonomie des soignants, mais bien de trouver un équilibre dynamique. E. Morin souligne d'ailleurs cette nécessité en affirmant qu'« *Entre l'ordre et le désordre, il n'y a pas opposition, mais nécessité et complémentarité* »³². Loin d'être un simple exécutant des directives administratives, le cadre de proximité a donc un rôle d'intermédiaire actif, qui permet de traduire les attentes institutionnelles en actions opérationnelles tout en s'assurant qu'elles restent adaptées aux exigences du terrain. Ce qui nous amènera à en discuter lors du troisième chapitre.

³² D'agenais, B. (2007). Edgar Morin et la pensée complexe. Hermès, La Revue, n° 48 (2), 179-184.

En définitive, l'analyse de la performance dans le milieu hospitalier met en évidence des tensions constantes entre les niveaux individuels, collectif et institutionnel. Si la performance d'un soignant dépend de ses compétences techniques et relationnelles, elle ne peut s'exprimer pleinement sans une dynamique d'équipe cohérente. De même, un collectif efficace ne peut atteindre l'excellence sans la reconnaissance et la valorisation de ses individualités. Toutefois, cette complémentarité ne va pas de soi et se heurte souvent aux exigences institutionnelles, qui imposent des objectifs, des normes et des contraintes parfois éloignées des réalités du terrain.

Dès lors, une question demeure centrale : comment mesurer cette performance dans un cadre aussi complexe ? Peut-on réellement évaluer la qualité du travail soignant à travers des indicateurs quantitatifs, ou faut-il repenser les outils de mesure pour intégrer des dimensions plus qualitatives, telles que l'expérience patient, la collaboration au sein des équipes ou encore la capacité d'adaptation des soignants ?

C'est à ces interrogations que nous nous attacherons à répondre dans le chapitre suivant, en explorant les différentes méthodes d'évaluation de la performance hospitalière et leurs implications pour les cadres de proximité.

5 Évaluer la performance : entre objectivité des chiffres et subjectivité du soin

L'essor de la notion de performance dans les établissements de santé a conduit à la mise en place d'outils d'évaluation permettant d'en mesurer l'impact. Pourtant, au-delà d'une approche purement quantitative, la performance hospitalière doit être envisagée comme un processus dynamique et évolutif. Pour le cadre de santé, cette évaluation dépasse la simple collecte d'indicateurs, elle constitue un outil de pilotage et de réflexion stratégique. Il s'agit ainsi d'analyser l'adéquation entre les ressources mobilisées, les objectifs poursuivis et les résultats obtenus, tout en intégrant les dimensions humaines et organisationnelles inhérentes aux pratiques soignantes.

L'évaluation de la performance des soins hospitaliers constitue une pierre angulaire dans le domaine de la santé, et notre rôle prend une signification particulière au sein du système. Comme le souligne Deming dans son approche de la gestion de la qualité³³, cet exercice doit permettre d'orienter, voire de réorienter nos actions de manière continue. En effet, un établissement de santé ne peut se contenter de mesurer sa performance à l'aune d'indicateurs financiers ou administratifs, il doit également s'intéresser aux impacts de ses pratiques sur le bien-être des soignants et la satisfaction des patients.

La performance hospitalière étant multifactorielle, elle doit être évaluée sous différents angles. Selon Kaplan et Norton³⁴, une approche pertinente repose sur une évaluation multidimensionnelle, intégrant plusieurs perspectives. La performance financière³⁵. La satisfaction des patients³⁶. Les processus internes³⁷. L'apprentissage organisationnel³⁸.

Dans ce chapitre, nous aborderons d'abord les raisons fondamentales qui poussent à mesurer la performance, puis nous examinerons les approches et les outils permettant de rendre cette mesure tangible et constructive. Enfin, nous conclurons sur la tension essentielle entre l'objectivité nécessaire et le risque d'oubli de la dimension humaine.

5.1 Pourquoi mesurer la performance ?

À première vue, la quête de performance peut sembler motivée par une logique de productivité. Pendant de nombreuses décennies, dans un contexte de relative abondance, peu de voix s'élevaient pour justifier la nécessité de mesures approfondies. Tant que l'équilibre financier semblait préservé et que les résultats quantitatifs étaient satisfaisants, la gestion se poursuivait sans remise en question. Les notions de gaspillage, de défauts ou de pertes de temps passaient souvent inaperçues.

³³ <https://www.fr-deming.org/HorsdelaCrise> (consulté le 10/03/2025)

³⁴ https://www.res-homini.com/file/si1691004/download/principe_du_balanced_scorecard_de_r-fi25858652.pdf (consulté le 10/03/2025)

³⁵ Maîtrise des coûts, optimisation budgétaire

³⁶ Taux de satisfaction, qualité perçue des soins

³⁷ Taux d'erreurs médicales, durée moyenne de séjour.

³⁸ Formation continue des soignants, climat de travail.

Cependant, les crises économiques successives et la mise en concurrence de nombreuses institutions hospitalières ont fait émerger de nouvelles préoccupations. L'absentéisme, le coût des assurances, les erreurs médicales ou encore la qualité des parcours de soins sont devenus des indicateurs incontournables de l'efficacité d'une équipe. Les marges de manœuvre étant de plus en plus réduites, la mesure de la performance apparaît comme une réponse indispensable pour faire face à ces enjeux.

Pour le cadre de santé, cet effort d'évaluation est avant tout une démarche de lucidité : où en sommes-nous aujourd'hui et où souhaitons-nous aller ? Concrètement, mesurer la performance revient à collecter des informations précises et fiables afin de prendre des décisions éclairées. Cet acte de mesure impose d'identifier les domaines à améliorer et d'accepter la critique, voire la contradiction. C'est une manière de confronter la réalité aux aspirations, dans le but de dégager de nouvelles perspectives d'amélioration. De plus, cela permet de vérifier si notre pratique de gestion est à la hauteur de l'objectif que nous nous sommes fixé, prendre soin de la personne dans sa globalité et assurer la qualité des soins.

Dans un secteur en constante tension, marqué par l'augmentation des besoins médicaux, la mesure de la performance devient un puissant levier de pilotage stratégique, tant pour les cadres que pour l'institution. Pour le cadre de proximité, c'est l'occasion de comprendre, d'analyser et d'améliorer chaque processus. Cependant, il est essentiel de souligner que l'indicateur seul ne suffit pas, la qualité et l'implication des acteurs sont tout aussi déterminantes. Ainsi, l'évaluation de la performance fournit une base solide pour identifier les points forts et les domaines à améliorer, favorisant ainsi l'amélioration continue. De plus, elle offre la possibilité de définir des objectifs clairs et mesurables, alignant ainsi les efforts de l'organisation vers des résultats spécifiques. La transparence et la responsabilité sont également renforcées par la mesure de la performance, car elle permet de rendre compte aux parties prenantes des progrès réalisés.

Comme le souligne l'OMS³⁹, la mesure de la performance doit être utilisée comme un outil de management, reposant sur une relation positive entre les pratiques de gestion et les indicateurs de performance intermédiaires, avec l'hypothèse implicite que la performance intermédiaire est gage de la performance finale.

³⁹ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/fe9.pdf (consulté le 10/03/2025)

Cependant, il est important de noter que la mesure de la performance présente également des inconvénients potentiels. Tout d'abord, le choix des indicateurs de performance peut être complexe, et des mesures inappropriées peuvent conduire à des évaluations biaisées. L'élaboration d'indicateurs se fait rarement sans tensions. Comme le rapportent certains chercheurs francophones⁴⁰, les contradictions internes entre logique économique et éthique soignante se cristallisent dans les instruments de mesure. Par exemple, comment concilier la nécessité de maîtriser le coût des séjours hospitaliers ou la durée moyenne de séjour avec celle d'assurer un accompagnement qualitatif à des patients en fin de vie ? Cette contradiction invite les cadres à se réinventer en permanence. De plus, une focalisation excessive sur les résultats mesurables peut négliger des aspects importants difficilement quantifiables, tels que la créativité, l'innovation et la satisfaction des collaborateurs. Parfois, l'accent mis sur les indicateurs de performance peut également conduire à des comportements de manipulation pour atteindre des objectifs spécifiques, ce qui peut compromettre l'intégrité et l'éthique.

En somme, mesurer la performance offre un cadre précieux pour évaluer, améliorer et prendre des décisions éclairées dans divers domaines. Cependant, il est crucial de trouver un équilibre entre la quête d'objectivité et la reconnaissance des nuances et des réalités qualitatives.

5.2 Comment mesurer la performance ?

La mesure de la performance en milieu hospitalier repose sur une pluralité d'indicateurs visant à évaluer aussi bien l'efficacité des processus que la qualité des soins. Toutefois, il est essentiel de rappeler que les outils de mesure ne sont pas neutres. Comme le souligne C. Gauzente dans son étude sur la performance en l'absence d'indicateurs objectifs, « *mesurer la performance, c'est adopter une certaine vision de l'organisation et des critères qui en définissent l'efficacité* »⁴¹. Ainsi, la manière dont nous définissons et utilisons ces indicateurs reflète une conception particulière du soin et de la gestion hospitalière.

⁴⁰ Yvon Pesqueux. Définition de la notion de qualité, chronologie et fondements de la gestion de la qualité. Master. France. 2020.

⁴¹ Gauzente C., « Mesurer la performance des entreprises en l'absence d'indicateurs objectifs : quelle validité ? Finance Contrôle Stratégie »

5.2.1 Les indicateurs quantitatifs : un cadre structurant, mais limité

Les indicateurs quantitatifs constituent la base des systèmes de suivi de la performance. Dans le domaine hospitalier, ces outils de mesure sont principalement axés sur, l'efficacité financière qui concerne la maîtrise des coûts, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour. La qualité et la sécurité des soins avec les taux de réadmission, taux d'infections nosocomiales, nombre d'erreurs médicamenteuses signalées. Ou encore la satisfaction des patients et des professionnels comme les scores de satisfaction, taux d'absentéisme et turnover du personnel. Ces indicateurs permettent de comparer les performances entre établissements, de rationaliser l'utilisation des ressources et de guider les décisions stratégiques. Toutefois, comme le souligne J. Fayolle, une focalisation excessive sur les données chiffrées peut entraîner des comportements de « *gouvernance par le nombre* »⁴² où la priorité est donnée aux objectifs chiffrés au détriment de la réalité du terrain.

5.2.2 L'importance des indicateurs qualitatifs et subjectifs

C. Gauzente insiste sur la nécessité d'intégrer des indicateurs subjectifs afin de compléter les mesures quantitatives. Selon son étude, il est possible d'évaluer la performance en s'appuyant sur des perceptions et des jugements des acteurs concernés, qu'il s'agisse des soignants, des patients ou des cadres de santé. Par exemple, dans un service hospitalier, la notion de « climat organisationnel » peut être déterminante pour comprendre les dynamiques internes qui influencent la performance. Un personnel engagé et motivé, bénéficiant d'un bon environnement de travail, sera plus enclin à fournir des soins de qualité. De même, l'expérience patient, mesurée à travers des enquêtes et des entretiens, offre une vision complémentaire aux données chiffrées sur la qualité des soins.

Des chercheurs comme Crozier et Friedberg⁴³ ont montré que la performance organisationnelle dépend aussi de la capacité des acteurs à s'adapter aux contraintes et à développer des marges de manœuvre. Dans un contexte hospitalier, cela signifie que la performance ne peut être uniquement évaluée par des standards fixes, mais doit aussi prendre en compte la flexibilité et la capacité d'innovation des équipes.

⁴² Fayolle, J. (2018). À propos de la gouvernance par les nombres, pour une articulation de la raison juridique et de la raison statistique. *Droit et société*, N° 98 (1), 203-226.

⁴³ https://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/crozier_friedhtml_1263304018392.html (consulté le 10/03/2025)

Si les indicateurs sont essentiels pour piloter l'amélioration continue, ils ne sont pas exempts de biais et de limites. Il nous semble important de relever quelques biais. Par exemple, le risque de détournement des indicateurs, car certains établissements peuvent être tentés d'optimiser leurs résultats sur certains indicateurs au détriment d'autres afin de générer des profits si ces indicateurs sont liés à des subsides. De plus, la collecte et l'analyse des indicateurs demandent du temps et des ressources, ce qui peut accroître la charge administrative des soignants et détourner leur attention du patient. Ou encore, l'absence d'une vision globale, dans d'autres termes, un indicateur isolé ne permet pas toujours de comprendre la complexité d'une situation. Il est donc nécessaire d'utiliser une combinaison de mesures et d'analyser les interactions entre différents facteurs. C'est dans cette optique, l'approche structure-processus-résultat développée précédemment et préconisée par A. Donabedian reste pertinente. En prenant en compte ces trois dimensions, elle offre une vision plus globale de la performance

Comme nous avons pu le dire, la mesure de la performance ne doit pas se limiter à un exercice comptable, mais s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue. Un équilibre doit être trouvé entre l'objectivité des données chiffrées et la subjectivité des ressentis des professionnels et des patients. En intégrant ces différentes dimensions, les cadres de santé peuvent jouer un rôle clé dans l'optimisation des pratiques tout en maintenant une approche humaine du soin. Ainsi, la performance hospitalière ne se résume pas à une addition de chiffres, mais repose sur une vision intégrée où les dimensions organisationnelles, humaines et institutionnelles se rencontrent. C'est pourquoi il est essentiel de continuer à enrichir les outils de mesure en intégrant des approches qualitatives et participatives, afin de mieux refléter la complexité du monde hospitalier.

Dans d'autres termes, définir la nature du résultat recherché revient à préciser quelle vision de l'hôpital nous défendons. Certains mettent en avant l'efficacité financière, d'autres la sécurité des patients, quand d'autres encore insistent sur le bien-être des professionnels soignants. D'une manière simple, nous pouvons dire que les indicateurs de performance peuvent être considérés comme toute donnée chiffrée, financière ou non, quantitative ou qualitative, qui permet de mesurer et de suivre des résultats et/ou des objectifs préétablis⁴⁴.

⁴⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-en-sante (consulté le 12/1/24)

Nous allons même à dire aussi que les indicateurs de performances peuvent concerner autant les institutions que les individus. Comprenons par là, le fait que les collaborateurs peuvent aussi être évalués sur leur performance. Ainsi, les indicateurs de performance sont des outils de contrôle et de pilotage, leur rôle est d'influencer le comportement des parties prenantes pour maintenir, améliorer, corriger ou anticiper la performance. Par conséquent « *les indicateurs de performance servent à remplir quatre fonctions essentielles : faciliter l'exercice d'un contrôle, permettre aux instances règlementaires d'observer de façon continue les systèmes et services de santé, influencer sur le comportement des professionnels et des organismes au niveau tant macroéconomique (population) que microéconomique (patients) et définir l'action à mener* »⁴⁵. Parmi ces outils d'évaluation, les indicateurs clés de performance⁴⁶ ou « *Key Performance Indicators* »⁴⁷ en anglais, constituent des référents essentiels pour mesurer les progrès d'une institution. Ces indicateurs offrent une lecture précise de l'écart entre les objectifs fixés et les résultats obtenus, facilitant ainsi l'évaluation des stratégies mises en place. L'évaluation des performances s'inscrit dans une logique d'optimisation de transparence institutionnelle. Pour être véritablement efficaces, ces indicateurs doivent répondre à des critères bien définis. Ils doivent être spécifiques, mesurables, atteignables, orientés vers un résultat et évaluables dans le temps. Ainsi, un indicateur bien conçu devient un outil d'aide à la décision, capable d'être intégré dans un tableau de bord facilitant le pilotage des activités.

5.3 L'objectivité et la subjectivité dans la mesure de la performance :

La performance est évaluée à travers une combinaison d'indicateurs objectifs et subjectifs, chacun apportant un éclairage spécifique sur la qualité des soins, l'efficacité des ressources et la satisfaction des parties prenantes. La distinction entre ces deux types d'indicateurs est pour nous essentielle pour comprendre les défis et les limites de l'évaluation. D'une part, les indicateurs objectifs sont fondés sur des données quantifiables et mesurables. Ils permettent d'évaluer des éléments concrets comme la sécurité des patients, la qualité des soins et la gestion des ressources hospitalières. Par exemple, le taux d'infections nosocomiales, le taux d'erreurs médicamenteuses, la durée moyenne de séjour, ou encore le taux d'occupation des lits sont autant d'indicateurs utilisés par les établissements de santé et les autorités de tutelle pour surveiller la performance hospitalière.

⁴⁵ Le Pogam, M., Luangsay-Catelin, C. & Notebaert, J. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25, p.116-134.

⁴⁶ ICP

⁴⁷ KPI

Ces indicateurs sont souvent privilégiés, car ils permettent une comparaison standardisée entre les établissements et facilitent le suivi des évolutions dans le temps. D'autre part, les indicateurs subjectifs reposent sur des perceptions, des expériences et des évaluations humaines. Ils concernent des aspects plus qualitatifs de la performance, tels que la satisfaction des patients, la motivation du personnel soignant, ou encore la qualité des interactions entre professionnels de santé. Parmi ces indicateurs, on retrouve les enquêtes de satisfaction des patients, les retours d'expérience des soignants et les observations des accompagnants. Ces indicateurs sont particulièrement pertinents pour appréhender des dimensions qui ne peuvent être capturées uniquement par des chiffres, comme l'expérience du patient ou la qualité perçue des soins. Cependant, cette approche subjective présente des limites. En effet, les enquêtes de satisfaction peuvent être biaisées par des facteurs extérieurs, comme l'état émotionnel des patients au moment de l'évaluation, leur degré de compréhension des soins reçus ou encore leur propre référentiel d'attentes. De même, les retours des soignants peuvent être influencés par des contraintes organisationnelles ou des perceptions individuelles divergentes.

5.3.1 L'intérêt du croisement des approches

Face à ces limites, il est impératif d'adopter une approche combinée, où les indicateurs objectifs et subjectifs se complètent. Par exemple, le taux de réadmission peut être interprété différemment s'il est analysé à la lumière de la satisfaction des patients et du ressenti des équipes soignantes. De même, une forte rotation du personnel soignant peut être mieux comprise si elle est mise en parallèle avec des indicateurs de bien-être au travail et des entretiens de retour d'expérience.

5.3.2 Les tableaux de bord : un outil clé de suivi de la performance

Dans cette logique d'évaluation croisée, l'utilisation de tableaux de bord s'avère essentielle. À l'image des instruments de contrôle d'un véhicule, ces outils permettent aux gestionnaires hospitaliers de suivre, en temps réel, les principaux indicateurs de performance. Un tableau de bord bien conçu doit contenir à la fois des données et des retours qualitatifs afin d'offrir une vision équilibrée de la situation. Ainsi, loin d'être un simple instrument, le tableau de bord devient un outil de pilotage dynamique, permettant aux cadres de proximité⁴⁸ d'ajuster leurs actions en fonction des évolutions du terrain. Par ailleurs, ces dispositifs doivent être conçus de manière à favoriser une lecture accessible et rapide des informations, pour éviter la surcharge cognitive des équipes et faciliter la prise de décision.

⁴⁸ Mais pas que..

6 Conclusion

L'analyse de la performance en milieu hospitalier met en évidence un concept pluriel et en tension permanente entre exigences institutionnelles et réalité du terrain. Si la performance est souvent évaluée à travers des indicateurs quantitatifs, elle ne peut être pleinement comprise sans intégrer ses dimensions humaines, organisationnelles et éthiques. Loin d'une opposition simpliste entre efficacité et qualité des soins, la performance doit être envisagée comme une dynamique évolutive, influencée par des enjeux collectifs et individuels. Cette diversité d'approches soulève un questionnement central, comment le cadre de proximité peut-il articuler ces différentes dimensions pour créer un environnement propice à la performance sans céder aux injonctions contradictoires du management ? Garant de la coordination et du bon fonctionnement des équipes, il doit trouver un équilibre entre l'optimisation des ressources et le maintien d'un climat de travail favorable à l'engagement et à la qualité des soins.

Dès lors, comprendre le rôle du cadre de proximité devient essentiel. Comment se positionne-t-il face aux attentes institutionnelles et aux besoins des soignants ? Quel est son véritable pouvoir d'action ? Entre autorité, leadership et encadrement, quels leviers peut-il mobiliser pour accompagner efficacement son équipe ?

C'est à ces questions que répondra le prochain chapitre en explorant la fonction du cadre sous ses multiples dimensions : son rôle institutionnel, sa posture managériale et son influence sur les équipes soignantes.

CHAPITRE 2 : LE CADRE

Dans toute organisation, la performance ne repose pas uniquement sur des ressources matérielles ou des protocoles bien établis. Elle est avant tout le fruit d'une dynamique humaine, portée par ceux qui encadrent, orientent et fédèrent les équipes. Au sein des structures de soins, le cadre de proximité incarne cette interface essentielle entre la direction et les professionnels de terrain. Pivot organisationnel et humain, il est celui qui impulse une dynamique collective, façonnant ainsi le climat de travail et influençant directement la qualité des soins prodigués. Mais qu'est-ce qu'être cadre de proximité ? La notion même de « cadre » revêt une pluralité de significations, oscillant entre un statut juridique défini par des textes réglementaires et une fonction managériale façonnée par des interactions humaines. Il est à la fois garant du respect des orientations stratégiques de l'institution et animateur du quotidien des équipes. Comprendre cette ambivalence est crucial pour saisir l'ampleur de son importance dans la dynamique soignante. Dès lors, il convient d'examiner cette notion sous plusieurs angles.

Dans un premier temps, nous nous attarderons sur la définition du cadre de proximité en mettant en lumière ses différentes acceptions et son cadre légal, notamment à travers l'Arrêté royal du 13 juillet 2006, qui précise ses responsabilités et son rôle hiérarchique. Cette analyse permettra d'appréhender les contours institutionnels et réglementaires qui encadrent son action.

Nous explorerons ensuite le triptyque du pouvoir, de l'autorité et du leadership, en mettant en évidence la manière dont ces notions interagissent dans l'exercice de ses fonctions. De plus, le cadre de proximité ne peut se limiter à un rôle d'exécutant. Il doit conjuguer ces trois leviers pour influencer positivement et garantir une performance durable. Une attention particulière sera portée aux styles de leadership, qui façonnent son mode de gestion et conditionnent l'implication des équipes.

Enfin, nous analyserons ses compétences clés. À la croisée de la gestion organisationnelle, de la communication et de l'accompagnement. Ainsi, en déconstruisant ces dimensions et en les articulant autour des réalités du terrain, nous verrons en quoi le cadre de proximité est un véritable levier de performance. Ce chapitre établira les fondations théoriques indispensables pour, dans la suite de notre réflexion, proposer des outils concrets et opérationnels permettant d'optimiser son action.

1 Le cadre de proximité : définition, statut et rôle institutionnel

Le concept de cadre renvoie à une pluralité de significations qui s'articulent autour de l'idée de structure et de délimitation. L'étymologie du concept de cadre remonte au latin *quadrus*⁴⁹, qui signifie carré ou rectangulaire. Le mot latin *quadrus* a évolué en *quadratus* et a été emprunté par les langues européennes, dont le français. Le terme-cadre désignait initialement une structure rectangulaire ou carrée, souvent utilisée comme support pour encadrer une image, une œuvre d'art ou un miroir. Au fil du temps, le sens du mot-cadre s'est élargi pour inclure des significations plus abstraites. Il a commencé à être utilisé pour décrire une structure, un contour ou une limite dans divers contextes. En parlant d'organisations, de structures sociales et d'environnements, le terme-cadre renvoie à la structure générale dans laquelle les activités se déroulent. Dans le contexte hospitalier, le cadre de proximité est une figure centrale dans le fonctionnement des institutions. Son rôle dépasse largement la simple gestion administrative et opérationnelle. Il est à la croisée des enjeux institutionnels et des réalités du terrain, garant de la qualité des soins et du bon fonctionnement des équipes. Loin d'être un simple exécutant des directives hiérarchiques, il est un acteur qui influence directement la dynamique de travail, la motivation des équipes et *in fine*, la performance. Le cadre n'est pas seulement une figure hiérarchique, mais aussi un repère qui structure l'activité quotidienne des équipes.

2 Cadre règlementaire et missions du cadre de proximité

L'action du cadre de proximité s'inscrit dans un cadre règlementaire strict, garantissant la cohérence entre les exigences institutionnelles et les pratiques soignantes. L'Arrêté royal du 13 juillet 2006⁵⁰, qui précise les missions et responsabilités de l'infirmier en chef, met en lumière la structuration hiérarchique au sein des établissements de soins. Cet arrêté stipule que le cadre de proximité agit au sein d'un système organisationnel précis, dépendant de l'infirmier-chef de service ou du chef du département infirmier, et qu'il doit aligner ses actions avec la stratégie institutionnelle.

D'un point de vue pratique, le cadre de proximité joue un rôle d'interface entre la direction et l'équipe soignante, garantissant une communication bidirectionnelle fluide et efficace. Il est ainsi responsable de la mise en œuvre de la politique infirmière, assurant que les activités de soins s'intègrent dans la vision et les objectifs institutionnels.

⁴⁹ <https://www.cnrtl.fr/etymologie/cadre> (consulté le 20/08/23)

⁵⁰ https://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html (consulté le 20/08/2023)

Cette mission implique des compétences variées telles que la planification, la gestion d'équipe, l'évaluation et l'accompagnement des professionnels de santé. Outre ces savoir-faire techniques, le cadre de proximité doit posséder un savoir-être fondé sur la collaboration, la communication et le soutien des équipes. La qualité de l'encadrement influe directement sur la cohésion et l'efficacité de l'équipe, un facteur déterminant dans la performance.

Un élément central de l'Arrêté Royal est la responsabilité de l'infirmier en chef dans la création d'une « *ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective* »⁵¹. Il est reconnu que la qualité de l'ambiance au sein d'une équipe influe directement sur la motivation, la satisfaction au travail et *in fine*, la performance des soins prodigués aux patients. Cette responsabilité s'inscrit dans une logique de management bien que le terme de « manager » ne soit pas explicitement mentionné dans les textes légaux. Néanmoins, une confusion sémantique récurrente subsiste entre les notions de cadre de proximité, manager, chef ou leader. Or, chaque concept renvoie à une réalité distincte. Comme nous avons pu le voir, le cadre de proximité opère dans un cadre hiérarchique défini, tandis que le manager est souvent associé à la gestion des ressources et à l'optimisation de la performance. Le leader, quant à lui, se distingue par sa capacité à inspirer, mobiliser et impulser une dynamique de changement au sein de l'organisation. L'enjeu pour nous, cadre de proximité, est donc de conjuguer ces différents rôles afin de maximiser l'efficacité de son équipe.

Avant d'examiner plus en profondeur ces notions, il est essentiel de définir certains concepts clés qui influencent directement l'exercice de ces fonctions : pouvoir, autorité et leadership. En effet, comprendre ces leviers permet d'affiner l'analyse des pratiques de gestion du cadre de proximité et de mesurer leur impact sur la performance des équipes soignantes.

⁵¹ https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-13-juillet-2006_n2006022730.html (consulté le 07/03/2025)

3 Entre encadrement et management : clarifier la posture du cadre de proximité

Dans la continuité de notre réflexion sur la confusion entre cadre, manager, leader, nous constatons que ces notions influencent directement la manière dont est perçue et exercée la fonction d'encadrement. En effet, si la gestion hospitalière repose sur une hiérarchie nécessaire pour assurer la coordination des soins et la prise de décisions, la reconnaissance de l'autorité du cadre de proximité ne peut se limiter à son pouvoir formel. Il doit bâtir une légitimité fondée sur la compétence, la confiance et la posture éthique, évitant ainsi de tomber dans une relation de contrôle excessif ou de distance managériale.

La terminologie utilisée pour décrire la fonction d'encadrement dans les institutions de soins suscite fréquemment la confusion et l'ambiguïté. Aujourd'hui, nous observons une évolution du vocabulaire, la figure classique du « chef » laisse place progressivement à celle du manager d'équipe de soins. Toutefois, cette évolution sémantique reflète-t-elle une simple tendance à l'internationalisation du vocabulaire managérial ou bien marque-t-elle une véritable mutation des pratiques attendues des cadres de santé ?

Le dictionnaire Larousse définit le management comme « *l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion* »⁵². Cette définition situe d'emblée le management dans une approche centrée sur les processus organisationnels et la gestion rationnelle des ressources disponibles. Toutefois, l'origine historique du terme révèle une dimension plus nuancée, le mot « management » proviendrait initialement du latin *manus*⁵³, évoluant par la suite vers le terme italien *maneggiare* signifiant « manier ou entraîner un cheval ». Cette étymologie traduit une idée d'accompagnement et de maîtrise dans la conduite des équipes ou des ressources. Cette approche, presque paradoxale, soulève une interrogation centrale pour le cadre de proximité. Est-il réellement possible de gérer efficacement tout en prenant soin de ses équipes ?

En parallèle, la notion d'encadrement, si elle partage avec le management l'idée de direction, diffère néanmoins dans la posture adoptée. En effet, le cadre de proximité, traditionnellement, accompagne, guide et soutien.

⁵² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022> (consulté le 07/03/25)

⁵³ Main

Cette nuance, implique une posture relationnelle différente, centrée davantage sur l'humain que sur la performance a proprement parlé. Le management, dans sa dimension classique héritée des théories fondatrices d'H. Fayol, accorde historiquement une priorité à l'efficacité opérationnelle, laissant peu de place aux préoccupations humaines.

Ainsi, la littérature managériale contemporaine, dont R. H. Cohen⁵⁴, met progressivement en évidence que la distinction fondamentale entre management et encadrement réside dans la posture adoptée face aux équipes. Alors que le manager est souvent perçu comme une fonction qui « *consiste précisément à optimiser l'utilisation des ressources* »⁵⁵ ayant pour objectif principal la performance économique ou organisationnelle, le cadre de proximité, lui, est perçu comme « *une fonction de lien social, son rôle ne consiste pas seulement à relayer l'information, mais à relier des hommes, des mondes sociaux de plus en plus éclatés* »⁵⁶. Un facilitateur du dialogue et du bien-être professionnel, garant des conditions de travail respectueuses des valeurs humaines. Toutefois, cette distinction reste complexe et soumise à débats. R. H. Cohen souligne ainsi que beaucoup de cadres managers perdent le sens de leur rôle humain au profit d'une logique purement gestionnaire. Cette observation critique est particulièrement pertinente dans le contexte actuel des soins infirmiers, marqué par des contraintes croissantes en termes d'effectifs réduits, d'épuisement professionnel et de risques sécuritaires pour les patients, mais aussi les soignants. Il est donc essentiel que le cadre de proximité maîtrise les méthodes de management non pas pour devenir un simple gestionnaire, mais afin de mieux remplir sa fonction première d'encadrement. En d'autres termes, il s'agit pour le cadre de proximité d'utiliser les outils managériaux au bénéfice d'une approche humaine et responsable, conciliant impératifs et éthique. Ainsi, le véritable enjeu pour le cadre de proximité pourrait se situer précisément dans la façon dont les outils sont mobilisés au quotidien. Cela nécessite non seulement une maîtrise technique du management, mais également une remise en question permanente de ses pratiques. Interrogeant par la même occasion, leur impact sur les équipes. La fonction de cadre de proximité devient dès lors un art du management par l'encadrement, une démarche qui pourrait combiner efficacité opérationnelle et respect de l'humain.

⁵⁴ Cohen, R. (2013). Plaidoyer pour un leadership bienveillant. L'Expansion Management Review, N° 148 (1), 90-99.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Dumas, M., Douguet, F. et Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, n° 20, vol. 5 (1), 45-67.

En conclusion, bien que la distinction entre encadrement et management puisse sembler mince, elle révèle pourtant un enjeu important dans l'exercice de la fonction de cadre de proximité, trouver un équilibre délicat entre exigences et valeurs humaines.

4 Pouvoir et autorité : une distinction nécessaire dans l'encadrement d'équipe

Le terme « pouvoir » trouve ses origines dans le latin *potere*⁵⁷, qui signifie « pouvoir » ou « être capable de ». Il est lié au verbe *posse*, qui exprime la capacité ou la possibilité d'agir. Cette étymologie souligne ainsi le lien entre le pouvoir et la faculté d'exercer une influence, de contrôler ou de prendre des décisions. L'idée de pouvoir a joué un rôle central dans l'histoire humaine depuis les civilisations antiques jusqu'aux sociétés modernes, étant historiquement associée aux figures monarchiques ou religieuses. Sous l'impulsion de penseurs comme Machiavel, Hobbes ou Rousseau, les fondements politiques et sociaux du pouvoir ont été questionnés, offrant des perspectives nouvelles sur sa nature et ses implications.

Aujourd'hui, ces réflexions trouvent une résonance particulière dans le domaine de la gestion hospitalière, où, nous, cadre de proximité, incarnons une forme de « autorité opérationnelle », conjuguant pouvoir formel⁵⁸ et informel⁵⁹ pour orienter nos pratiques professionnelles.

Dans les sociétés modernes, le pouvoir ne se limite plus aux sphères politiques et militaires. Il s'étend à l'économie, aux médias et aux organisations sociales. M. Foucault⁶⁰ définit le pouvoir comme une relation qui s'exerce à travers des mécanismes subtils d'harmonisation et de discipline. Crozier et Friedberg, eux, développent l'idée que dans toute organisation, les individus sont des « acteurs stratégiques »⁶¹ cherchant à accroître leur marge de liberté. Le pouvoir est vu comme « une relation, et non un attribut des acteurs »⁶² qui se manifeste par des échanges et jeux d'influence. Ils introduisent le concept de « zones d'incertitude », celui qui contrôle une ressource clé ou une information rare détient un pouvoir d'influence disproportionné. Le pouvoir peut ainsi se manifester de diverses manières : par la contrainte, l'autorité, la persuasion, la manipulation ou l'influence.

⁵⁷ <https://www.cnrtl.fr/etymologie/pouvoir> (consulté le 20/08/2023)

⁵⁸ Lié à sa position hiérarchique

⁵⁹ Fondé sur sa légitimité perçue

⁶⁰ Merlin, M. (2009). Foucault, le pouvoir et le problème du corps social. *Idées économiques et sociales*, N° 155 (1), 51-59.

⁶¹ <https://www.enssib.fr/bibliotheque-numerique/documents/1642-le-concept-de-pouvoir-dans-les-organisations.pdf> (consulté le 24/02/25)

⁶² *Ibid.*

Il peut être formel, lorsqu'il repose sur des structures hiérarchiques et des règles, ou informel, lorsqu'il découle de la reconnaissance et de la légitimité accordées par les membres d'une organisation. Dans le milieu hospitalier, en tant que cadre de proximité, exerçons un pouvoir qui ne se résume pas à notre statut hiérarchique, il repose aussi sur notre capacité à influencer les pratiques et les comportements des soignants.

L'autorité, quant à elle, trouve son origine dans le latin *auctoritas*⁶³, issu du mot *auctor* signifiant auteur ou créateur. Dans ce contexte, *auctoritas* implique le pouvoir ou la légitimité qui découle de l'origine ou de la création. Contrairement au pouvoir, qui peut s'imposer par la force, l'autorité est reconnue et acceptée par ceux qui s'y soumettent. M. Weber⁶⁴ distingue trois types d'autorité : « *traditionnelle* », « *charismatique* » et « *légale-rationnelle* ». L'autorité traditionnelle repose sur des coutumes ancrées dans le temps, l'autorité charismatique sur la personnalité exceptionnelle d'un individu et l'autorité légale rationnelle sur des règles et des normes préétablies. Dans le milieu hospitalier, nous dirions que notre autorité s'apparente principalement à l'autorité légale rationnelle, fondée sur des structures hiérarchiques et des règles établies. Toutefois, nous croyons que cette autorité ne suffit pas à assurer une gestion efficace des équipes soignantes. Elle doit être complétée par une reconnaissance informelle, un leadership affirmé et une relation de confiance avec les soignants. Si nous ne parvenons pas à incarner une autorité perçue comme légitime, notre pouvoir formel risque d'être contesté, voire neutralisé par des dynamiques de groupe plus influentes⁶⁵.

⁶³ Bilheran, A. (2016). Chapitre 1. Histoire et étymologie de l'autorité. Dans : A. Bilheran, *l'autorité : Psychologie et psychopathologie* (pp. 23-60). Paris : Armand Colin.

⁶⁴ Kauffmann, É. (2014). « Les trois types purs de la domination légitime » de Max Weber : les paradoxes de la domination et de la liberté. *Sociologie*, Vol. 5 (3), 307-317.

⁶⁵ Leadeur informel

5 Éviter la confusion entre pouvoir et autorité : un enjeu majeur pour le cadre de proximité

Souvent confondus dans le discours courant comme dans les pratiques de gestion actuelle, l'autorité et le pouvoir ont de lourdes conséquences, aussi bien dans la sphère politique qu'au sein des milieux des organisations de travail. Pourtant, comme le souligne P. Arrel⁶⁶, le pouvoir et l'autorité s'inscrivent dans des registres profondément différents. L'un relève de la capacité à agir, l'autre du fait d'être écouté sur un fondement symbolique. Dans notre contexte hospitalier, nous pouvons nous retrouver pris dans l'ambiguïté entre imposer une force hiérarchique⁶⁷ et incarner un leadership moral⁶⁸. C'est ce paradoxe qui nous questionne. D'après nos recherches et selon la tradition philosophique et sociologique, le pouvoir s'apparente à la capacité de mettre en œuvre des décisions, de mobiliser des ressources et d'influer concrètement sur une situation. L'autorité, quant à elle, comme nous avons pu le voir précédemment, tire sa légitimité d'une reconnaissance symbolique, d'un statut moral.

Notre auteur rappelle que l'autorité « vient de "auteur" »⁶⁹ et renvoie à la faculté de « faire grandir »⁷⁰ ou d'inspirer l'obéissance par une légitimité qui dépasse la simple force. Or, dans la quête actuelle d'égalité, nous venons parfois à nier les différences constitutives aux organisations et à rejeter toute forme de hiérarchie⁷¹. Nous essayons alors de combler l'écart entre ceux qui détiennent le pouvoir formel et ceux qui se trouvent sous cette responsabilité. Pourtant, comme l'indique P. Arel, l'égalité pure et parfaite demeure une illusion qui ignore les différences de places et de fonctions. En d'autres mots, l'erreur consisterait à croire qu'une équipe peut se passer de toute hiérarchie. Nous avons, par expérience⁷², observé une tentative de gestion « horizontale » qui comme elle était dépourvue d'une véritable autorité reconnue, s'est muée en cacophonie.

⁶⁶ Arel, P. (2007). Pouvoir et autorité. La revue lacanienne, n° 3 (3), 62-67.

⁶⁷ Pouvoir

⁶⁸ Autorité

⁶⁹ P. Arel., *op. Cit.*, P. 27.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Un rêve de gestion horizontale

⁷² Lorsque nous étions infirmiers

De plus, nous pensons que la légitimité d'un cadre de proximité ne saurait se réduire à la détention d'un pouvoir. Nous croyons que la posture d'autorité suppose que l'équipe reconnaisse en nous la valeur et la compétence d'un cadre, bien au-delà des promotions institutionnelles. C'est là que pour nous, en tant que cadre, nous devenons écoutées non pas parce que nous sommes imposées par la hiérarchie, mais surtout, car nous sommes estimés. Cependant, la frontière entre pouvoir et autorité demeure fragile. Trop souvent, les soignants se plaignent qu'un encadrement privilégie la directive plutôt que la conviction. Le risque est alors de faire primer une logique de contrôle continu et de résultats chiffrés, au détriment de la mobilisation sincère. Le risque est alors de faire régner une logique de contrôle et de résultats chiffrés, au détriment d'une adhésion sincère. Comme le souligne C. Melman, cité par P. Arel ⁷³, « *Chacun sait d'expérience que le papa n'a de représentativité dans son propre foyer que si l'autorité maternelle la lui accorde, et que, si elle fait défaut, son occasionnelle rébellion passera pour une intolérable brutalité. Il aura alors le choix entre rester châtré, ou bien filé, laissant la trace d'un obscène salaud* »⁷⁴. Dès lors, si l'autorité peut être associée au symbolique et le pouvoir à la capacité d'exécution, chacun peut s'y perdre sitôt qu'il cherche à accaparer l'autre dimension. Ainsi, si nous ne disposons que de cette force hiérarchique, sans inspirer la confiance, nous serons alors fragilisés et la performance de l'équipe s'en trouverait diminuée. De même, nous nous exposons à l'échec si nous nous octroyons le droit de dicter chaque aspect du travail infirmier, sans laisser d'espace d'autonomie ni reconnaître l'expertise des soignants. En définitive, la confusion entre le pouvoir et l'autorité est le fruit d'un équilibre. D'une part, nous ne saurions abandonner toute forme de hiérarchie, car la coordination et la décision exigent un cadre organisé. D'autre part, réduire la relation de management à un rapport de force conduit bien souvent à démobiliser les équipes. Comme le note P. Arel, c'est l'acceptation intelligente de la « *dissymétrie des places* »⁷⁵, là où chacun occupe une place spécifique, qui permet d'éviter l'anarchie. Ainsi, pour le cadre de proximité, la clé réside dans la capacité à assumer son pouvoir tout en bâtissant une autorité fondée sur la compétence, la confiance et la bienveillance.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ P. Arel., *op. Cit.*, P. 27

À la lumière de ces réflexions, il s'impose à nous l'idée que le pouvoir et l'autorité, tout en étant distincts, s'entrecroisent dans nos pratiques. Mais il est un troisième terme, souvent invoqué pour combler la distance entre la force hiérarchique et la reconnaissance légitime, le leadership. De plus en plus convoqué dans la littérature francophone, le leadership se dessine comme l'art d'influencer positivement autrui, d'accompagner les équipes à se mobiliser dans un projet commun, tout en prévenant les dérives de la manipulation.

6 Pouvoir, autorité, leadership : une dynamique complexe dans la gestion des équipes

Dans le secteur hospitalier, le cadre de proximité se trouve souvent à la jonction de plusieurs tensions, les contraintes légales et institutionnelles, la nécessaire cohésion d'équipe et le souci constant de la qualité. Cet équilibre est largement influencé par les formes de pouvoir, l'exercice de l'autorité et la manière dont s'exprime le leadership. Le Cours de Psychosociologie appliquée aux relations de travail⁷⁶ souligne d'ailleurs l'idée selon laquelle « *toute relation est empreinte de pouvoir* », insistant sur la nature profondément humaine de l'autorité et du leadership. Dès lors, prendre la mesure de cette dynamique d'influence s'impose pour comprendre en quoi les pratiques de gestion d'un cadre de proximité peuvent modeler, parfois de façon déterminante, la performance.

La gestion des équipes repose sur une interaction complexe entre autorité, pouvoir et leadership. Ces trois notions, bien que souvent confondues, structurent les relations professionnelles et peuvent influencer la cohésion et la performance d'une équipe soignante. Dans un contexte hospitalier, cette forme de pouvoir est souvent associée à un statut hiérarchique ou à la détention de ressources clés. Cependant, la structure formelle d'un hôpital, marquée par de multiples règles de droit, limite en partie les abus de pouvoir, sans pour autant neutraliser les jeux d'influence informels.

⁷⁶ *Op. Cit.* P. Vantomme. P.14

Contrairement au pouvoir, qui s’ancre avant tout dans la contrainte hiérarchique, le leadership repose sur l’influence et l’adhésion. Comme le souligne P. Hersey, il s’agit de « *toute tentative visant à influencer le comportement d’autrui ou d’un groupe* »⁷⁷. Cette vision est confirmée par B. Bass, pour qui le leadership constitue un « *processus par lequel un individu exerce une influence sur un autre individu afin d’atteindre un objectif commun* »⁷⁸. Selon cette perspective, et comme le rappelle le cours de psychosociologie⁷⁹, le leadership n’exige pas nécessairement un titre officiel, il naît plutôt de la capacité d’une personne à mobiliser, inspirer et guider une équipe. Le sociologue français M. Crozier va dans ce sens en affirmant que « *le pouvoir d’influencer ses partenaires de travail ne découle pas uniquement de la position dans la hiérarchie* »⁸⁰ de l’entreprise, mais tient largement aux ressources relationnelles et organisationnelles mises en œuvre par un individu. À ce titre, le leadership se différencie donc d’un simple pouvoir hiérarchique, dans la mesure où il s’appuie sur la confiance et l’adhésion des « suiveurs », plutôt que sur la contrainte formelle. Toutefois, il serait réducteur de considérer le leadership uniquement sous un angle positif. En effet, cette influence intentionnelle peut basculer vers des pratiques manipulatoires, particulièrement nuisibles à la cohésion et à la performance collective. Ce glissement potentiel incite le cadre de proximité à développer une conscience éthique aigüe, lui permettant d’éviter toute dérive susceptible d’affecter négativement les équipes et, par ricochet, la qualité des soins prodigués.

⁷⁷ Venter, Ian, et Martina Kotzé. « Les différences au niveau de l’intelligence émotionnelle entre les dirigeants efficaces et les moins efficaces dans le secteur public : étude empirique », in *Revue internationale des Sciences administratives*, vol. 77, n°. 2, 2011, p. 405-439.

⁷⁸ Ben Zarb, K., de La Robertie, C. & Karoui Zouaoui, S. (2019). Leadership ambidextre : résultats d’une étude qualitative exploratoire. @GRH, 30, 105-136.

⁷⁹ *Op. Cit.* P. Vantomme. P.14.

⁸⁰ <https://www.enssib.fr/bibliotheque-numerique/documents/1642-le-concept-de-pouvoir-dans-les-organisations.pdf> (consulté le 24/02/25)

Entre le pouvoir et le leadership, l'autorité apparaît alors comme l'élément charnière permettant de légitimer l'usage du pouvoir et de rendre le leadership plus durable. Dans l'univers soignant, où la cohésion d'équipe est déterminante pour la qualité des soins, une autorité clairement reconnue permet de consolider la mobilisation autour d'objectifs communs. Par analogie, l'autorité peut être perçue comme une base de confiance, elle rend possible une gestion efficace en évitant, d'un côté, le chaos d'une absence de direction et de l'autre, les travers d'une domination autoritaire. Le Cours de Psychosociologie appliquée aux relations de travail insiste sur l'importance, pour le cadre de proximité, d'allier la dimension technique⁸¹ à une capacité relationnelle⁸² qui se fonde sur la légitimité.

Toutefois, cette tripartition⁸³ n'est pas exempte de risques. Un leadership axé sur l'adhésion peut virer à l'influence abusive⁸⁴, tandis qu'un pouvoir excessif ou mal régulé peut cristalliser des tensions ou de la méfiance au sein de l'équipe. Or, dans un hôpital, la démobilisation des soignants impacte directement la performance collective. Par ailleurs, le cadre de proximité, de par sa position intermédiaire entre la direction et le terrain, a tout intérêt à se montrer particulièrement vigilant. En d'autres termes, il s'agirait d'équilibrer ses leviers d'autorité, de pouvoir et de leadership, afin de parvenir à instaurer un climat de confiance propice à la performance.

Dans cette optique, le management situationnel permet d'illustrer combien la posture d'un cadre peut varier. Le leader peut tour à tour être directif, persuasif, participatif ou délégitif, en fonction des besoins ou de la maturité de l'équipe. Il est alors pour nous pertinent de se demander, comment soutenir sans imposer ? Comment diriger sans infantiliser ? Comment inspirer sans manipuler ?

Pour conclure, au-delà du concept, l'exercice concret de l'autorité, du pouvoir et du leadership peut donc être perçu comme un jeu d'équilibriste. L'hôpital, où les enjeux humains et la qualité des soins sont intimement liés, la manière dont un cadre de proximité module ces trois dimensions est cruciale pour la performance. L'autorité, en légitimant l'usage du pouvoir, offre un cadre sécurisant, le leadership, basé sur l'adhésion, dynamise et mobilise les acteurs, et le pouvoir, encadré par des règles, reste un levier managérial à manier avec précaution.

⁸¹ Management

⁸² Leadership

⁸³ Pouvoir, leadership et autorité

⁸⁴ Ne pourrions-nous pas dire manipulation ?

Pour prolonger la réflexion sur cette dynamique d'influence qu'est le leadership, il importe désormais de s'interroger sur les formes concrètes qu'elle peut revêtir au sein d'une équipe. En effet, la simple reconnaissance d'une capacité à influencer ne suffit pas. L'art de diriger doit reposer sur des styles de leadership différents. Chaque situation étant différente de l'autre, nous ne pouvons imaginer gérer toutes les situations de la même façon. Comme cité plus haut, les travaux de M. Crozier⁸⁵ l'ont déjà souligné, l'efficacité d'un leader n'est pas dictée uniquement par la hiérarchie formelle, mais par sa capacité à mobiliser des ressources relationnelles et organisationnelles. On comprend alors que le leadership peut se décliner en plusieurs modalités, dont certaines privilégient un dialogue ouvert avec les membres de l'équipe, tandis que d'autres recourent davantage à l'autorité. Alors, l'enjeu pour nous consiste à choisir un style qui favorise la cohésion et la performance sans tomber dans la manipulation. Dès lors, analyser les différents styles de leadership permet non seulement de mieux comprendre les ressorts de l'influence, mais aussi de prévenir les dérives liées à un usage abusif du pouvoir.

7 Styles de leadership du cadre de proximité et impact sur la performance des équipes

Comme nous avons pu le voir, en tant que cadre de proximité, nous nous situons à l'embranchement entre la direction et les équipes soignantes. Jonglant entre des fonctions de coordination, de mobilisation et de régulation, il nous semble opportun d'analyser les styles de leadership qui influencent directement la qualité de travail de nos équipes et *in fine* les soins prodigués à nos patients. Dès lors, il apparaît crucial d'interroger les différentes formes de leadership qu'un cadre de proximité peut adopter pour mieux comprendre comment, par ses pratiques managériales, peut-il optimiser le fonctionnement de son équipe.

⁸⁵ <https://www.enssib.fr/bibliotheque-numerique/documents/1642-le-concept-de-pouvoir-dans-les-organisations.pdf> (consulté le 24/02/25)

Le leadership transactionnel repose sur une approche basée sur l'échange entre le leader et ses subordonnés. Il se caractérise par une gestion rigoureuse des tâches, un contrôle des performances et l'application de récompenses ou de sanctions selon les résultats obtenus⁸⁶. Cette approche est particulièrement adaptée aux environnements nécessitant une exécution stricte des protocoles, comme c'est le cas en milieu hospitalier. Un cadre de proximité adoptant ce style veille ainsi à ce que les soins soient dispensés conformément aux directives et aux standards de qualité exigés.

Notons tout de même que ce style de leadership atteint ses limites « *car il ne parvient pas à motiver les subordonnés au-delà des exigences contractuelles de l'échange* »⁸⁷, ce qui peut engendrer une réduction de la prise d'initiative individuelle et une démobilisation progressive face à un cadre de travail trop rigide et peu valorisant.

À l'opposé, le leadership transformationnel s'appuie sur une dynamique plus engageante et inspirante. Introduit par Bass et Avolio, ce modèle de leadership vise à ce que « *une personne s'engage avec les autres et crée un lien qui augmente le niveau de motivation et de moralité à la fois chez le leader et les collaborateurs* »⁸⁸. Ce qui amène à transcender les attentes purement opérationnelles pour mobiliser autour d'une vision commune. Un leader transformationnel se distingue par son charisme, sa capacité à motiver et à stimuler intellectuellement son équipe, ainsi que par l'attention particulière qu'il accorde au développement de chaque collaborateur.

Nous pensons que dans une unité d'hospitalisation, ce type de leadership peut avoir des effets positifs considérables, il pourrait renforcer la satisfaction professionnelle, favoriser une culture du dépassement et améliorer la qualité de la relation soignant-patient. L'instauration d'un climat de confiance et d'autonomie permet alors de mieux gérer les situations complexes. En revanche, ce style exige un engagement fort de la part du cadre de proximité, qui doit savoir mobiliser des leviers relationnels et émotionnels pour fédérer son équipe. Une mauvaise communication de la vision peut entraîner une perte de repères et une difficulté à assurer la cohérence des pratiques.

⁸⁶ Adnane Chader. Le leadership émotionnel : les compétences émotionnelles au service du leadership. Gestion et management. Université Paul Valéry — Montpellier III, 2019.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Saint-Michel, S. et Wielhorski, N. (2011). *Style de leadership, LMX et engagement organisationnel des salariés : le genre du leader a-t-il un impact ?* @GRH, n° 1 (1), 13-38.

Entre ces deux approches, le leadership démocratique propose une voie intermédiaire qui favorise l'intelligence collective et la participation des soignants aux décisions organisationnelles. Ce modèle repose sur un dialogue ouvert, une écoute active et un partage des responsabilités. Dans un contexte hospitalier, il permet d'accroître l'autonomie des professionnels et d'encourager une prise de décision plus concertée, ce qui peut être bénéfique pour l'amélioration continue des pratiques de soins. En impliquant les équipes dans la gestion du service, nous pouvons instaurer un climat de travail plus coopératif et ainsi stimuler la motivation intrinsèque de nos équipes.

Toutefois, ce style peut présenter certaines limites, notamment dans les situations d'urgence, un cadre trop axé sur la concertation risque de compromettre l'efficacité des interventions.

Dans certaines circonstances, notamment en situation de crise, le leadership directif⁸⁹ s'avère indispensable. Ce style de management repose sur une autorité forte et une communication descendante, permettant d'apporter des directives claires et immédiates. Dans un hôpital, où certaines décisions doivent être prises sans délai, le cadre de proximité doit parfois imposer des consignes strictes pour garantir la sécurité des patients et la coordination des soins. Si cette approche est efficace pour gérer les situations critiques, elle peut toutefois générer du stress et un sentiment de contrôle excessif. C'est pour cela que nous estimons que ce style doit être utilisé avec discernement lors des contextes⁹⁰ nécessitant une réactivité et une discipline absolues.

Nous avons pu aussi découvrir à travers nos recherches, une approche complémentaire à ces styles « traditionnels ». La théorie du Leader-Member Exchange⁹¹ qui met en avant la relation spécifique entre le cadre de proximité et chaque membre de son équipe. Selon cette approche, la qualité de la relation interpersonnelle entre le leader et ses subordonnés influence directement leur engagement. Ainsi, un cadre de proximité qui développe une relation individualisée avec ses soignants, en reconnaissant leurs compétences et en valorisant leurs contributions, peut ainsi renforcer leur implication et leur sentiment d'appartenance.

⁸⁹ A. Chader., *Op. Cit.*, P. 32.

⁹⁰ Arrêt cardiorespiratoire par exemple

⁹¹ S. Saint-Michel., *op. Cit.*, P. 32.

En revanche, si cette relation est inégalitaire et perçue comme injuste par certains membres de l'équipe, elle peut engendrer des tensions. « *En ce sens, il exhorte les leaders à être justes envers tous leurs collaborateurs et à permettre à chacun d'eux de s'impliquer autant qu'ils le souhaitent dans le travail du groupe* »⁹². L'application de cette approche nécessite donc une gestion équilibrée des relations au sein du collectif, afin d'éviter la formation de divisions entre les soignants bénéficiant d'une relation privilégiée avec leur cadre et ceux se sentant marginalisés.

L'impact des styles de leadership sur la performance des équipes soignantes est donc multiple et complexe. Le leadership transformationnel et démocratique favorise l'engagement et l'épanouissement des soignants, tout en stimulant l'innovation dans les pratiques de soins. En revanche, un excès de leadership transactionnel ou directif peut générer un climat de travail pesant, marqué par une pression excessive et une faible reconnaissance des initiatives individuelles. L'adaptabilité du cadre de proximité apparaît ainsi comme un facteur clé de succès. Il ne s'agit pas d'adopter un seul style de leadership, mais de jongler avec en fonction des situations.

8 Les rôles clés du cadre de proximité pour optimiser la performance d'équipe

Dans la partie précédente, nous avons mis en évidence la distinction essentielle entre pouvoir, autorité et leadership, et nous avons démontré en quoi le cadre de proximité doit conjuguer ces dimensions pour influencer positivement la performance de son équipe. Toutefois, pour comprendre comment ces leviers managériaux se traduisent concrètement, il est fondamental d'analyser le rôle précis du cadre de proximité et la manière dont ses pratiques quotidiennes façonnent le fonctionnement collectif.

En effet, si le cadre de proximité dispose d'une autorité légale inscrite dans un cadre réglementaire, cette autorité ne saurait suffire à garantir une performance. Il lui revient d'incarner un rôle structurant, à la fois organisateur, médiateur et accompagnateur, afin d'assurer la cohérence entre les exigences institutionnelles et les réalités du terrain. À travers cette attitude, le cadre influence directement la motivation, la qualité des soins et la dynamique d'équipe.

⁹² *Ibid.*

8.1 Garant de la coordination et de l'organisation des soins

Le cadre de proximité est responsable de l'organisation efficace des services en veillant à une répartition optimale des ressources⁹³. Cette gestion ne se limite pas à l'établissement des horaires, elle implique également une capacité d'anticipation, d'ajustement des moyens en fonction des urgences et de maintien de la qualité des soins en toute circonstance. Un article de Relyens⁹⁴ met en avant le fait que la gestion des effectifs ne doit pas être simplement réactive, mais doit intégrer une logique d'optimisation et de sécurisation des soins, notamment en garantissant un nombre suffisant de soignants qualifiés par rapport à la charge de travail.

Selon l'Arrêté Royal du 13 juillet 2006, l'infirmier en chef est responsable de la coordination et de l'organisation des activités de soins, assurant ainsi une prise en charge efficiente des patients. Cette fonction implique une multitude de responsabilités, notamment, la gestion des ressources humaines comme le recrutement, l'intégration, l'évaluation et le développement des compétences du personnel soignant. La planification et l'organisation des soins à travers la gestion des flux de patients et la coordination interservices. Tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins par la mise en place de protocoles, la supervision des pratiques et la promotion de l'amélioration continue.

Cependant, la réalité du terrain révèle la complexité de ce rôle. Comme nous avons pu le voir dans le chapitre un, le cadre de proximité doit naviguer entre des attentes institutionnelles élevées et les réalités quotidiennes des unités, souvent marquées par des contraintes de ressources ou d'imprévus.

⁹³ Humaines et matérielles

⁹⁴ <https://www.relyens.eu/fr/newsroom/blog/cadre-de-proximite> (consulté le 25/02/25)

8.2 Médiateur et facilitateur des relations professionnelles

Le cadre de proximité joue un rôle important dans la gestion des relations interpersonnelles au sein des équipes. En tant que médiateur, il prévient et résout les conflits, favorise une communication ouverte et instaure un climat de confiance propice à la collaboration. Cette fonction de liaison est essentielle pour maintenir une dynamique d'équipe positive et efficace. D'ailleurs, l'Article 8 de l'Arrêté royal de 2006 met en avant le rôle du cadre de proximité dans la création d'une ambiance de travail favorable, qui incite à la collaboration entre les professionnels de santé. Dans ce cadre, il doit, favoriser la communication interprofessionnelle entre infirmiers, médecins et aides-soignants. Anticiper et gérer les conflits d'équipe, en instaurant des espaces de dialogue. Et valoriser le travail des soignants et encourager une culture de reconnaissance. Effectivement, un climat de travail détérioré a des conséquences directes sur la motivation des équipes⁹⁵, la qualité des soins et l'implication des professionnels.

8.3 Accompagnateur et soutien des équipes

Au-delà de la gestion quotidienne, le cadre de proximité doit jouer un rôle d'accompagnement en soutenant les équipes dans leur développement professionnel et en valorisant leurs compétences. Il est un acteur du changement et un facilitateur de l'amélioration continue. Par ailleurs, l'Article 9 de l'Arrêté Royal insiste sur la mission d'accompagnement du cadre de proximité. Ainsi, il doit assurer l'intégration des nouveaux soignants, en organisant des périodes de tutorat et de formation. La montée en compétences des équipes, en facilitant l'accès aux formations continues. Et l'encouragement des initiatives d'amélioration des pratiques.

C'est en ce sens qu'un mémoire de l'EHESP⁹⁶ met en avant la nécessité pour les cadres de proximité de développer une posture d'accompagnement, « *la performance managériale des cadres de proximité se concrétise dans l'accompagnement des équipes, dans l'écoute, dans la prévention des risques psychosociaux, dans la détection de nouveaux potentiels, dans la juste adaptation des moyens* »⁹⁷. En valorisant la formation et le développement des compétences, le cadre contribue directement à la performance des équipes et à la qualité des soins.

⁹⁵ Venir au travail avec des pieds de plomb est un signe

⁹⁶ École des Hautes Études en Santé publique

⁹⁷ <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/ds/kaelbel.pdf> (consulté le 25/02/25)

Finalement, le cadre de proximité occupe une position centrale dans l'optimisation des performances des équipes soignantes. Son rôle ne se limite pas à la supervision des soins. Il est avant tout un pilier qui assure la coordination et l'organisation du travail. Son action ne se borne pas à l'application de directives, mais repose sur une capacité d'anticipation et d'adaptation face aux contraintes du terrain. En veillant à une répartition optimale des ressources humaines et matérielles, il favorise la fluidité des soins et contribue à leur sécurisation. Mais le cadre de proximité est aussi un médiateur essentiel des dynamiques relationnelles au sein des équipes. Il facilite la communication interprofessionnelle, gère les tensions et prévient les conflits, instaurant ainsi un climat de travail propice à la collaboration. Son rôle de facilitateur des relations professionnelles est déterminant pour maintenir l'engagement des soignants et éviter l'installation d'un sentiment d'injustice.

Enfin, au-delà de la gestion et de la médiation, le cadre de proximité joue un rôle d'accompagnateur et de soutien. Il est garant du développement des compétences, de l'intégration des nouveaux arrivants et de la valorisation des initiatives d'amélioration des pratiques. Son action en faveur de la formation continue et du bien-être des équipes impacte directement la qualité des soins et la fidélisation des soignants.

Toutefois, l'efficacité de ce rôle repose sur un socle de compétences spécifiques, allant bien au-delà des seules connaissances techniques ou administratives. Le cadre de proximité doit conjuguer des aptitudes organisationnelles, communicationnelles et stratégiques pour mener à bien ses missions. Dès lors, il devient impératif d'analyser ces compétences et leur impact sur la performance collective, ce que nous développerons dans la prochaine partie.

9 Les compétences essentielles du cadre de proximité

Si le cadre de proximité doit assumer ces différents rôles, il ne peut y parvenir sans un socle de compétences solides, lui permettant de conjuguer leadership, organisation et relations humaines. Ces compétences sont autant techniques que comportementales, et leur maîtrise conditionne directement la performance collective.

9.1 Les compétences organisationnelles et stratégiques :

Le cadre de proximité doit maîtriser les outils de gestion et d'organisation du travail pour assurer une prise en charge efficiente des patients et optimiser les ressources disponibles. Ces compétences incluent, la gestion des ressources humaines. Recrutement, intégration, évaluation et développement des compétences des soignants. Une étude de T. Andry⁹⁸ souligne que le cadre de proximité est un acteur clé de la motivation et de l'implication organisationnelle, notamment en structurant une communication interne efficace et en valorisant les contributions de chacun. Par exemple, dans notre unité, où la charge de travail est particulièrement élevée, nous avons essayé d'être efficaces en veillant à répartir équitablement les tâches en fonction des compétences et des contraintes de chaque professionnel, assurant ainsi une meilleure organisation et une réduction des tensions internes. Ce qui nous a menés à travailler en binôme, infirmière aide-soignante. Mettant en valeur les compétences de chaque professionnel avec les contraintes de la législation.

La planification et l'adaptabilité sont également des compétences clés pour le cadre de proximité, lui permettant de gérer les flux de patients et d'anticiper les urgences tout en maintenant un équilibre dans la charge de travail des équipes. Une planification rigoureuse doit être mise en place, intégrant la gestion des effectifs et des ressources matérielles en fonction des besoins du service. Un cadre qui sait s'adapter aux situations est un facteur de stabilité et de pour son équipe.

9.2 Les compétences communicationnelles et relationnelles

Le cadre de proximité, « *Chef d'équipe, il est un maillon de la communication interne qui doit réussir à motiver ses équipes, tout en étant un subordonné que l'entreprise doit réussir à impliquer* »⁹⁹. Ce dernier est un vecteur central de la communication dans l'équipe soignante. Il doit développer des compétences lui permettant d'assurer une communication fluide, motivante et constructive. « *La communication interne est aussi devenue une discipline managériale, au même titre que la gestion des ressources humaines (...) Elle se doit de motiver les hommes, de reconnaître leurs réalisations et leur contribution, de favoriser leur collaboration et leur compréhension mutuelle, d'améliorer le climat social* »¹⁰⁰.

⁹⁸ <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/5418> (consulté le 25/05/25)

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/5418>.

Par ailleurs, l'écoute active et l'empathie sont des éléments fondamentaux permettant de mieux comprendre les attentes et les préoccupations des soignants. Par exemple, lorsqu'un infirmier exprime une surcharge de travail et une perte de motivation, un cadre de proximité efficace ne se contente pas d'imposer une solution. Il prend le temps d'organiser un entretien individuel, reformule les propos de son interlocuteur pour montrer qu'il a bien saisi la problématique et l'encourage à proposer des ajustements qui pourraient alléger sa charge mentale. Cette approche instaure un climat de confiance et permet d'éviter un sentiment de frustration au sein de l'équipe.

La médiation et la gestion des conflits sont également des compétences essentielles pour garantir une bonne dynamique collective. Il est fréquent que des tensions surgissent entre collègues, notamment sur la répartition des tâches. Lorsqu'une infirmière estime prendre en charge un plus grand nombre de patients que ses collègues, le cadre de proximité ne doit ni minimiser le problème ni prendre parti trop rapidement. En organisant une réunion de médiation, il donne à chaque partie l'opportunité de s'exprimer et propose une réorganisation plus équitable des tâches. Cette posture facilite la collaboration et prévient l'installation d'un climat délétère.

De plus, nous souhaitons parler de l'utilisation de l'humour dans la communication, car il constitue également un levier puissant. « *Se demander si humour et management font bon ménage, c'est un peu comme si on s'interrogeait sur la compatibilité de la parole avec le management* »¹⁰¹. Prenons l'exemple lorsqu'un nouvel outil informatique est mis en place pour la gestion des soins, il peut susciter des résistances au sein des équipes.

Plutôt que d'imposer son usage de manière directive, le cadre de proximité peut introduire une touche d'humour pour détendre l'atmosphère : « On va tous galérer un peu au début, mais promis, personne ne sera licencié pour avoir cliqué sur le mauvais bouton ! ». Ce type d'intervention permet de réduire la pression et de favoriser une meilleure acceptation du changement. « *Aussi, l'humour est un facilitateur des relations sociales* »¹⁰². De plus, l'emploi de l'humour par le manager va renvoyer aux collaborateurs une image de « *leader plus efficace, plus aimable, plus accessible, ce qui va augmenter sa proportion à être suivi et écouté par ses collaborateurs* »¹⁰³.

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/5418>.

¹⁰³ *Ibid.*

Aussi, il va rendre une représentation plus agréable de la réalité professionnelle, certes bien que celle-ci ne soit pas différente, la manière de l'appréhender le sera, car l'humour met l'accent sur les aspects cocasses de la situation. Cela contribuera à créer une atmosphère plus plaisante, améliorera le climat social facilitant ainsi l'instauration d'un changement.

Enfin, la transparence et la reconnaissance du travail des équipes sont des éléments clés pour renforcer la motivation des soignants. Lorsque des changements organisationnels sont imposés par la direction, il est essentiel que le cadre de proximité prenne le temps d'expliquer les nouvelles directives en apportant un maximum de clarté. En instaurant un dialogue ouvert avec les soignants, il permet à chacun de poser ses questions et de proposer des ajustements pour mieux intégrer ces évolutions dans leur pratique quotidienne. De plus, reconnaître et valoriser le travail des équipes contribue fortement à leur engagement. À la suite d'une période de forte charge de travail, prendre le temps d'adresser un mot de remerciement personnalisé ou d'organiser un rituel de mise en valeur d'un soignant chaque mois permet d'améliorer la cohésion et la motivation collective.

Ainsi, le cadre de proximité, en développant des compétences communicationnelles adaptées, devient un véritable levier de performance collective. Sa capacité à écouter, apaiser les tensions, motiver ses équipes et valoriser leurs efforts renforce non seulement la qualité des soins, mais aussi le bien-être des soignants, garantissant ainsi un environnement de travail plus serein et efficace.

9.3 Les compétences en accompagnement et développement des équipes

Le cadre de proximité ne se limite pas à organiser et coordonner les soins, il joue également un rôle fondamental dans l'accompagnement et le développement des équipes. Cette mission implique une attention particulière à l'intégration des nouveaux arrivants, à l'évolution des compétences et au soutien émotionnel des membres de l'équipe. L'intégration des nouveaux soignants est un moment clé qui conditionne leur engagement futur. Un cadre de proximité attentif met en place un tutorat structuré, où un soignant expérimenté accompagne le nouvel arrivant durant ses premières semaines. Par exemple, dans un service de réanimation où la technicité des soins est élevée, un plan de formation spécifique peut être élaboré, combinant des sessions théoriques et des mises en situation supervisées. Cela permet d'assurer une montée en compétences progressive et sécurisée.

L'accompagnement ne se limite pas à l'aspect technique du métier, il concerne aussi la gestion des émotions et la prévention des risques psychosociaux. Comme nous le savons tous, le travail en milieu hospitalier expose les soignants à des situations stressantes, parfois traumatisantes. Un cadre de proximité attentif prend en compte ces difficultés et met en place des espaces de parole où les soignants peuvent partager leurs expériences et évacuer leur stress. Dans certains EHPAD, l'application du modèle SLAC¹⁰⁴ a permis d'améliorer significativement la qualité de vie au travail des soignants. Ce modèle¹⁰⁵ repose sur la reconnaissance du travail accompli, la création de liens sociaux solides au sein des équipes et une organisation qui favorise l'équilibre entre les exigences professionnelles et les ressources disponibles. Par exemple, une structure ayant mis en place ce modèle a constaté une baisse de l'absentéisme et une amélioration du climat de travail, notamment grâce à des réunions d'analyse des pratiques où chacun pouvait exprimer ses difficultés et proposer des solutions collectives.

L'intelligence émotionnelle est une autre compétence essentielle du cadre de proximité. Sa capacité à réguler ses propres émotions et à comprendre celles des membres de son équipe influence directement l'ambiance en son sein. Un cadre capable de gérer son stress et de transmettre un leadership positif favorise l'implication des soignants.

Prenons l'exemple d'un service d'urgence où la pression est constante, un cadre qui sait désamorcer les tensions en valorisant les efforts des soignants et en maintenant une communication bienveillante permet de réduire le stress et d'éviter les conflits. De même, et nous l'avons vu précédemment, l'humour, lorsqu'il est utilisé avec justesse, peut être un outil puissant pour détendre l'atmosphère et renforcer la cohésion d'équipe.

¹⁰⁴ Sens, Lien, Activité, Confort

¹⁰⁵ Routelous, C., Ruiller, C. et Lux, G. (2021). La pénibilité au travail dans les EHPAD... Et si le management « salutogénique » était une solution ? *Gestion et management public*, Volume 9/n° 1 (1), 9-35.

Enfin, le développement des compétences des équipes passe par une politique de formation continue adaptée aux besoins du terrain. Un cadre proactif identifie les besoins en formation et facilite l'accès aux dispositifs existants. Par exemple, face à l'émergence de nouvelles pratiques, un cadre peut organiser des formations spécifiques en partenariat avec des experts du domaine. Ainsi, le cadre de proximité, en soutenant ses équipes à travers un accompagnement humain et professionnel, devient un véritable pilier de la performance collective. Son action ne se limite pas à la gestion quotidienne, elle façonne un environnement où les soignants se sentent écoutés, reconnus et encouragés à progresser. C'est en valorisant les compétences et en favorisant le bien-être des équipes que le cadre contribue à une amélioration durable de la qualité des soins.

Ainsi, le cadre de proximité se positionne comme un acteur clé de la performance collective, en mobilisant un ensemble de compétences organisationnelles, communicationnelles et relationnelles essentielles. La gestion stratégique des ressources humaines, la planification rigoureuse et la capacité d'adaptation permettent une organisation efficace du travail, garantissant une répartition équitable des tâches et une meilleure prise en charge des patients. La communication, quant à elle, est un levier fondamental pour instaurer un climat de confiance et de motivation au sein des équipes. L'écoute active, la gestion des conflits et même l'humour contribuent à renforcer la cohésion et à faciliter l'acceptation des changements organisationnels. Enfin, le cadre de proximité joue un rôle crucial dans l'accompagnement et le développement des compétences des soignants, à travers l'intégration des nouveaux arrivants, la prévention des risques psychosociaux et la mise en place de formations adaptées.

Ces différentes compétences, bien maîtrisées, façonnent un environnement de travail où les soignants se sentent reconnus, mais aussi soutenus, conditions essentielles à l'amélioration durable et du bien-être au travail. Toutefois, leur mise en œuvre réelle nécessite des outils concrets et des stratégies adaptées aux réalités du terrain. C'est dans cette optique que le prochain chapitre s'attachera à proposer une boîte à outils des pratiques de gestion, apportant des réponses tangibles à notre problématique et permettant aux cadres de proximité de structurer leur action pour maximiser la performance de leur équipe soignante.

10 Conclusion :

À l'issue de cette exploration, une évidence s'impose à nous, le cadre de proximité n'est pas seulement un rouage dans l'organigramme, il est un acteur stratégique dont l'influence façonne profondément la dynamique des équipes. Son rôle dépasse largement l'application rigoureuse des directives institutionnelles, il est le chef qui orchestre le fonctionnement quotidien des unités, assurant la cohésion des soignants et favorisant un environnement propice à l'excellence. Son action repose sur une articulation intelligente entre pouvoir, autorité et leadership, trois leviers qui, bien que distincts, s'entrelacent dans sa pratique managériale. S'il détient un pouvoir formel inscrit dans un cadre réglementaire précis, il ne saurait s'en contenter. Seule une autorité légitime, reconnue par les membres de l'équipe, lui permet d'exercer une influence inaltérable. C'est dans cet équilibre entre cadre institutionnel et relations humaines que se joue l'efficacité de son action. À ce titre, son leadership devient un outil déterminant, en adaptant son style de gestion aux réalités du terrain, il peut mobiliser ses collaborateurs, stimuler leur engagement et renforcer leur sentiment d'appartenance à un projet commun. Mais l'aptitude à conjuguer ces leviers repose sur un socle de compétences essentielles. Organisation, planification, gestion des ressources, communication et accompagnement des équipes constituent autant de dimensions nécessaires pour le cadre de proximité. Sa capacité à créer une dynamique collective, à gérer les tensions et à valoriser les talents individuels conditionne directement la performance. Toutefois, entre la théorie et la réalité du terrain, l'écart peut être considérable. L'enjeu ne réside pas uniquement dans la compréhension des concepts, mais dans leur mise en œuvre concrète. Comment le cadre de proximité peut-il appliquer ces principes de gestion de manière efficace et adaptée ? Quelles stratégies et quels outils peut-il mobiliser pour renforcer son impact et optimiser la performance de son équipe ? C'est précisément à ces questions que nous répondrons dans le chapitre suivant, en proposant une boîte à outils des pratiques de gestion. Conçue comme un guide opérationnel, cette section viendra adapter les principes abordés ici en méthodes concrètes. À travers des outils managériaux, des stratégies relationnelles et des dispositifs organisationnels, nous chercherons à offrir au cadre de proximité des leviers d'action concrets pour maximiser la cohésion, l'efficacité et la motivation des soignants.

CHAPITRE 3 : UNE BOITE OUTILS

Dans les chapitres précédents, nous avons mis en évidence les multiples tensions qui traversent le cadre de proximité dans son exercice quotidien. En tant qu'intermédiaire entre les exigences institutionnelles et la dynamique des équipes, il doit jongler entre régulation, coordination et accompagnement. Cette position hybride lui impose de naviguer entre trois postures complémentaires : le pouvoir, qui lui permet de structurer et organiser le travail en s'appuyant sur les règles et les impératifs institutionnels, l'autorité, qui l'aide à asseoir sa légitimité et à garantir l'adhésion des équipes aux décisions prises, et enfin, le leadership, qui lui permet de fédérer et inspirer.

Cependant, cette fonction hybride s'accompagne de tensions majeures. Comment structurer le travail sans tomber dans un management autoritaire ? Comment exercer une autorité légitime sans rigidifier les relations avec l'équipe ? Enfin, comment insuffler une dynamique de leadership sans risquer une perte de cadre organisationnel ? Ces tensions sont d'autant plus marquées que le cadre doit s'adapter aux réalités du terrain. Effectifs fluctuants, contraintes institutionnelles, pression du temps, sans compter la charge émotionnelle inhérente aux soins. Face à ces défis, la question centrale de ce mémoire est la suivante : en quoi les pratiques de gestion du cadre de proximité influencent-elles la performance d'une équipe soignante ?

Pour répondre à cette question, nous allons d'abord explorer les outils de communication et d'influence à disposition du cadre de proximité, essentiels pour instaurer un climat de travail serein et mobiliser les équipes. Ensuite, nous verrons comment la gestion du temps et l'organisation du travail peuvent structurer efficacement l'activité hospitalière. Enfin, nous analyserons la répartition des tâches et la gestion des effectifs, afin d'assurer une dynamique collective équilibrée et performante.

1 Outils de communication et d'influence

Dans un environnement hospitalier, la communication est un élément clé du bon fonctionnement des équipes soignantes. Une transmission d'informations incomplète ou imprécise peut être à l'origine d'erreurs médicales, de tensions interpersonnelles et d'un climat de travail dégradé. Dès lors, comment un cadre de proximité peut-il influencer la performance de son équipe en optimisant la communication ? Quels outils concrets permettent d'améliorer la fluidité des échanges et de garantir une meilleure coordination des soins ?

Toutefois, la communication ne se limite pas à la transmission d'informations, car « *si une communication est asymétrique, elle est donc unilatérale, alors elle n'est pas communication, elle est information* »¹⁰⁶. Elle doit englober l'écoute active, la gestion des émotions, la transmission des consignes et la capacité à instaurer un climat de confiance. Un manque de transparence ou une mauvaise gestion des échanges peut engendrer une atmosphère délétère, caractérisée par la rétention d'informations, la méfiance et un manque de coopération. Dans ce contexte, le cadre de proximité doit développer des compétences avancées en communication interpersonnelle et en leadership afin de mobiliser son équipe autour d'objectifs communs.

Traditionnellement, le management hospitalier s'est construit sur un modèle hiérarchique descendant, où l'autorité du cadre reposait essentiellement sur son statut et sa capacité à faire appliquer les directives. Cependant, ce modèle montre aujourd'hui ses limites face à un terrain où la coopération, l'interdisciplinarité et l'engagement des équipes sont devenus essentiels. Comme l'explique R. Cohen¹⁰⁷, une gestion basée uniquement sur l'autorité risque de démobiliser les soignants, tandis qu'une approche fondée sur l'écoute, l'empathie et le dialogue permet de renforcer l'implication des équipes et d'instaurer un climat de travail plus serein et motivant.

¹⁰⁶ *Op. Cit.* P. Vantomme. P.14

¹⁰⁷ Cohen, R. *Op. Cit.*, P. 30.

L'épreuve intégrée menée par G. Charlier¹⁰⁸ sur la cohésion des équipes soignantes met en évidence que les équipes performantes sont celles où la communication est fluide. Dans cette optique, de nouvelles approches de communication émergent, avec des outils et techniques spécifiques permettant au cadre de proximité d'optimiser les échanges, de prévenir les conflits et de renforcer la dynamique collective. Parmi ces outils, l'écoute active et la reformulation, la communication non violente et le feedback constructif occupent une place essentielle dans le management hospitalier. Ces techniques ne sont pas de simples outils théoriques, mais peuvent être des leviers indispensables pour assurer une communication efficace et instaurer un environnement de travail propice à la performance collective.

Nous allons ainsi explorer trois approches fondamentales qui pourraient constituer les bases d'une communication efficace en management hospitalier. L'écoute active et la reformulation, qui permettent de s'assurer que le message est bien compris et de valoriser la parole de l'interlocuteur. La communication non violente¹⁰⁹, qui favorise une expression claire et apaisée des émotions et des besoins. Et le feedback constructif, qui permet de formuler des remarques sans démotiver, en valorisant les efforts tout en favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles.

1.1 L'écoute active et la reformulation : comprendre avant de répondre

L'écoute active est une technique de communication développée par C. Rogers¹¹⁰, qui repose sur l'idée que la qualité d'une interaction ne dépend pas uniquement du message transmis, mais aussi de la manière dont il est reçu et interprété. *« Plus le sujet voit (dans la personne qui l'écoute) un être vrai ou authentique, empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s'éloignera d'un mode de fonctionnement statique, fixe, insensible et impersonnel, et plus il se dirigera vers une sorte de fonctionnement marqué par une expérience fluide, changeante et pleinement acceptante de sentiments personnels nuancés »*¹¹¹. Cette approche met l'accent sur l'attention portée à l'interlocuteur, l'accueil de son message sans jugement et la reformulation de ses propos pour s'assurer de leur bonne compréhension.

¹⁰⁸ Charlier. G., *Un cadre, une équipe, des performances : la cohésion est-elle le lien ?* Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, Tournai. 2013-2014.

¹⁰⁹ CNV

¹¹⁰ https://pedagogie.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/02-MISSIONS-ACADEMIQUES/mission-tutorat/livret-boite_a_outils_FO_E_coute_Active.pdf (consulté le 15/03/25)

¹¹¹ *Ibid.*

En milieu hospitalier, l'écoute active peut être un outil puissant pour le cadre de proximité, car elle lui permet d'instaurer un climat de confiance avec son équipe. D'identifier et de désamorcer les tensions avant qu'elles ne dégèrent en conflits ouverts. D'améliorer la qualité des échanges entre les différents professionnels de santé. L'écoute active repose sur trois principes essentiels. L'attention totale qui est le fait d'être disponible mentalement et physiquement pour écouter l'autre sans interruption. La reformulation, qui permet de répéter ou reformuler les propos de l'interlocuteur pour montrer qu'ils ont été compris et pour clarifier si nécessaire. Et enfin, la validation des émotions, c'est reconnaître ce que ressent l'autre sans minimiser ni invalider son ressenti.

Un exemple serait un collaborateur qui exprime son ras-le-bol face à un planning surchargé et estime ne pas être entendu par sa hiérarchie. La réponse classique et inefficace serait alors de répondre « *écoute, tout le monde est dans la même situation, il faut faire avec.* ». Alors qu'une réponse avec écoute active serait « *Si je comprends bien, tu ressens une charge de travail trop lourde à cause du planning. Peux-tu préciser ce qui te pose le plus de difficulté ?* ». Par cette reformulation des propos de l'interlocuteur, le cadre montre qu'il prend en compte la problématique, ce qui incite au dialogue et réduit le sentiment de frustration.

Dans la gestion d'équipe, un cadre qui pratique l'écoute active peut favoriser un meilleur engagement des soignants, qui se sentent reconnus et écoutés, ce qui impacte directement leur motivation et leur efficacité professionnelle.

1.2 La communication non violente : gérer les tensions avec bienveillance

Développée par M. Rosenberg¹¹², la communication non violente est une approche qui permet d'exprimer ses besoins et ses attentes sans provoquer de tensions. Selon cet e-book, cette communication permet d'instaurer un climat de travail de confiance, de libérer la parole et de laisser fleurir les idées, d'aborder les difficultés et les conflits, de renforcer la cohésion d'équipe en clarifiant les messages envoyés et reçus, mais aussi d'encourager le sentiment d'appartenance et d'accroître les performances de l'équipe. Elle repose sur quatre étapes clés. Observer sans juger, ce qui permet de décrire la situation de manière factuelle, sans interprétation subjective.

¹¹² https://www.bibliotheque-initiatives.fonction-publique.gouv.fr/files/2023-05/Ebook_manuel_CNV.pdf
(consulté le 15/03/25)

Exprimer ses sentiments ou dire ce que l'on ressent sans accuser l'autre. Exprimer ses besoins en identifiant ce qui est essentiel pour soi. Et enfin, formuler une demande claire et réalisable. En ce sens, et comme nous avons pu le développer lors des chapitres précédents, le cadre de proximité est un médiateur entre l'institution et les soignants et nous croyons que la CNV¹¹³ lui permet d'établir un dialogue constructif, de résoudre les tensions de manière apaisée et d'assurer une meilleure gestion des émotions au sein des équipes. Ainsi, cela permet de désamorcer les conflits et d'améliorer la coopération au sein des équipes. Impactant directement la qualité des soins et la performance collective.

1.3 Le feedback constructif : faire progresser sans démotiver

Comme nous avons pu le dire, dans le milieu de la santé, la pression est constante et les soignants sont soumis à des exigences élevées, le feedback constructif constitue un levier essentiel pour accompagner les professionnels dans leur développement tout en garantissant une dynamique d'équipe efficiente et bienveillante. Il s'agit d'un retour structuré visant à renforcer les compétences des collaborateurs, à corriger certaines pratiques sans générer de frustration et à favoriser une culture d'amélioration continue.

Étymologiquement, le terme feedback provient de l'anglais « feed », nourrir, et « back », en retour, traduisant ainsi l'idée d'une information en retour visant à ajuster un comportement ou une action pour atteindre un objectif précis. Ce processus nous semble important à utiliser, car il permet de garantir une meilleure coordination entre les soignants, d'optimiser la qualité des soins et de limiter les erreurs liées à l'inexpérience ou au stress.

Ainsi, le cadre de proximité, en tant que pilier de gestion, a la responsabilité de structurer et d'administrer ce feedback de manière claire, régulière et adaptée aux réalités du terrain. Toutefois, bien que le feedback constructif soit souvent perçu comme un outil évident d'amélioration des pratiques professionnelles, son efficacité dépend fortement des modalités de son application. Il convient donc d'interroger ses impacts réels sur la motivation des soignants ainsi que ses risques potentiels lorsqu'il est mal formulé. Comment structurer un feedback efficace pour améliorer la performance sans générer de démotivation ou de tensions inutiles au sein de l'équipe ?

¹¹³ Communication non violente

Le feedback constructif se distingue des simples critiques en ce qu'il adopte une visée formative et positive. Il ne s'agit pas d'énoncer un constat négatif, mais d'accompagner le professionnel dans la prise de conscience de ses forces et axes d'amélioration, afin qu'il puisse progresser sans perte de motivation. Cette observation souligne l'importance pour le cadre de proximité d'intégrer des retours fréquents et bienveillants afin d'ancrer les bonnes pratiques dès le début de la carrière d'un professionnel de santé. Toutefois, pour que ce feedback soit efficace, il doit être formulé selon des principes précis. En nous basant sur une traduction d'un article en anglais de G. Hardavella¹¹⁴. Nous avons pu déterminer les caractéristiques d'un feedback réussi. Il est important que ce feedback soit spécifique, objectif et fondé sur des faits concrets et observables transmis juste après l'évènement et non sur des jugements subjectifs. Il doit y inclure un équilibre entre reconnaissance et axes d'amélioration. Un bon feedback ne doit pas uniquement pointer les erreurs, mais également valoriser les compétences et les efforts fournis. Il est également important d'encourager les interlocuteurs à donner leur propre feedback afin d'encourager l'autoréflexion, ce qui favorise un dialogue ouvert et contribue à l'amélioration continue de la performance. Ainsi un bon feedback serait « *j'ai remarqué que certaines transmissions d'informations étaient incomplètes aujourd'hui, ce qui a ralenti l'équipe. Comment pourrait-on mieux structurer ces transmissions ensemble ?* » au lieu de « *Tu n'es pas assez organisé dans ta gestion des soins* ».

1.4 La méthode DESC : un outil structuré pour un feedback efficace

Parmi les outils permettant de structurer efficacement ce type de feedback, la méthode DESC¹¹⁵ se distingue. Développée par les psychologues S. et G. Bower en 1976, cette méthode offre un cadre permettant d'exprimer une critique de manière structurée, bienveillante et non agressive. Cette approche est particulièrement pertinente dans le secteur hospitalier, où les tensions et les erreurs doivent être gérées avec tact et professionnalisme. « *Bien utilisé, cet outil est une solution globale et plus profonde que le simple établissement de constats* »¹¹⁶. Dans une atmosphère constructive et bienveillante, il s'agit d'exposer les problèmes majeurs en ne se tenant qu'aux faits et aux émotions provoquées.

¹¹⁴ Hardavella G, Aamli-Gagnat A, Saad N, Rousalova I, Sreter KB. How to give and receive a feedback effectively. *Breathe (Sheff)*. 2017 Dec;13(4):327–333.

¹¹⁵ Décrire, Exprimer, Spécifier, Conclure

¹¹⁶ Brunet, E. (2021). Outil 29. La méthode DESC. La boîte à outils de la facilitation. (p. 96 -97). Dunod.

Décrire les faits en présentant la situation de manière objective, en se basant sur des faits concrets et observables, sans interprétation personnelle. Puis exprimer son ressenti en partageant les émotions ou sentiments que la situation suscite, en utilisant le « je » pour éviter de blâmer l'interlocuteur. Spécifier une solution et proposer des actions concrètes et réalistes pour résoudre le problème ou améliorer la situation. Afin de conclure en évoquant les conséquences, expliquer les bénéfices attendus de la mise en œuvre de la solution proposée, tant pour l'individu que pour l'équipe ou l'organisation.

Ajoutons le fait que, même si la méthode DESC peut être un outil efficace pour structurer un feedback constructif, elle peut être perçue comme artificielle si elle est appliquée de manière rigide¹¹⁷. Certains professionnels expérimentés pourraient la juger infantilissante. Son efficacité repose donc sur une adaptation à l'équipe et aux habitudes de communication existantes.

Pour conclure, la communication est un levier fondamental du management hospitalier, influençant directement la qualité des interactions entre soignants, la cohésion des équipes et, in fine, la prise en charge des patients. L'écoute active, la communication non violente et le feedback constructif sont autant d'outils permettant au cadre de proximité de créer un climat de confiance et d'engagement, propice à une collaboration efficace et sereine.

Cependant, une communication optimale ne peut suffire à garantir la performance et l'efficacité d'une équipe soignante si elle ne s'accompagne pas d'une organisation rigoureuse du travail. En effet, même avec une excellente gestion des interactions, un manque de structuration, une mauvaise répartition des tâches ou une planification inadaptée peuvent rapidement engendrer des tensions, une surcharge de travail et des dysfonctionnements opérationnels.

¹¹⁷ Faire le perroquet et répéter chaque mot de la méthode

1.5 Les Effets de la communication bienveillante sur la performance

Une communication bienveillante ne se limite pas à un simple échange d'informations. Elle représente un levier stratégique essentiel pour le cadre de proximité, ayant un impact direct sur la cohésion de l'équipe, l'engagement des soignants et la qualité des soins. Dans un environnement hospitalier marqué par des impératifs de réactivité, des charges de travail élevées et une forte exigence émotionnelle, la manière dont le cadre communique joue un rôle déterminant. En adoptant une posture bienveillante, il instaure un climat de confiance propice à une collaboration efficace, minimise les tensions et favorise une meilleure coordination des soins.

Lorsqu'un cadre adopte une communication respectueuse et encourageante, les soignants se sentent reconnus dans leur travail, ce qui contribue à renforcer leur engagement et leur motivation. À l'inverse, un manque de communication ou des échanges perçus comme autoritaires ou brusques peuvent générer une démotivation, accroître le stress et affecter la qualité des soins. Par ailleurs, les tensions au sein des équipes hospitalières sont souvent exacerbées par des malentendus, des transmissions imprécises ou des frustrations non exprimées. En privilégiant l'écoute active et la reformulation, le cadre peut anticiper ces difficultés et éviter qu'elles ne se transforment en conflits préjudiciables à la dynamique collective.

Pour finir, si la communication bienveillante constitue un levier majeur pour améliorer la cohésion et l'engagement des équipes, elle n'est pas une solution universelle. Elle peut être perçue comme une forme de complaisance si elle n'est pas associée à une gestion claire des responsabilités et à une prise de décision assumée par le cadre. Une communication trop douce peut également ralentir les processus en multipliant les échanges sans apporter de réponses concrètes aux problématiques du terrain. Ainsi, une question essentielle se pose : comment articuler bienveillance et exigence pour garantir une performance collective optimale ? Cette réflexion nous amènera à explorer les outils de gestion du temps et d'organisation du travail, qui permettent au cadre d'exercer pleinement son rôle.

2 Organiser et structurer le travail : les outils du manager

Dans la partie précédente, nous avons mis en évidence l'importance des outils de communication et d'influence pour le cadre de proximité. Une communication efficace permet non seulement de fluidifier les échanges au sein des équipes soignantes, mais aussi d'instaurer un climat de confiance et de coopération. Toutefois, la communication, bien que fondamentale, ne suffit pas à garantir une gestion optimale du travail en milieu hospitalier. Pour assurer une dynamique d'équipe performante et éviter la surcharge, le cadre doit également être capable d'organiser et structurer le travail de manière efficace.

Dans cette optique, cette section abordera trois aspects clés de la structuration du travail. La planification et la gestion du temps, qui permettent de mieux organiser les journées et de hiérarchiser les priorités. La répartition des tâches et la gestion des effectifs, pour assurer un équilibre de charge de travail adapté aux compétences de chacun. Et l'amélioration continue et l'optimisation des processus, afin de fluidifier l'organisation et d'adapter les pratiques en fonction des retours d'expérience.

L'objectif est de fournir au cadre de proximité une boîte à outils méthodologique qui lui permettra d'optimiser la gestion quotidienne de son service, d'anticiper les imprévus et de garantir un fonctionnement harmonieux de l'équipe. En associant ces outils organisationnels aux techniques de communication précédemment développées, le cadre pourra ainsi renforcer l'efficacité et la motivation de ses équipes, tout en maintenant une qualité de soins optimale.

2.1 Planification et gestion du temps : optimiser l'organisation quotidienne

« *Nous sommes pressés. Ralentissons !* »¹¹⁸ avons-nous lu lors de nos recherches. Les équipes soignantes évoluent dans un environnement où l'urgence et l'imprévu rythment le quotidien. Une mauvaise gestion du temps peut entraîner une surcharge de travail, une désorganisation des soins et un épuisement professionnel des soignants. Le cadre de proximité joue un rôle clé dans l'optimisation du temps de travail. Mais quels sont les outils les plus adaptés pour structurer efficacement l'organisation des soins tout en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité pour les patients ?

¹¹⁸ Huet, C., Rohou, G. et Thomas, L. (2020). Outil 1. La matrice d'Eisenhower. La boîte à outils du Bien-être au travail — 2e éd. (p. 12 -13). Dunod.

Le cadre de proximité doit ainsi intégrer des outils concrets de gestion du temps, lui permettant de hiérarchiser les priorités, d'anticiper les imprévus et d'optimiser la répartition des tâches. Parmi ces outils, deux approches attirent notre attention, la matrice d'Eisenhower pour prioriser les tâches et la méthode du Time Blocking pour structurer le temps de travail.

2.1.1 La matrice d'Eisenhower : prioriser pour gagner en efficacité

La matrice d'Eisenhower¹¹⁹, également connue sous le nom de la matrice urgent/important est un outil de gestion et d'organisation du temps permettant de classer les tâches en fonction de leur importance et de leur urgence, afin d'optimiser leur traitement et de mieux structurer l'organisation du travail. *« Son but est de nous faire gagner du temps, tout en augmentant le sens (tant la signification que la direction) de nos actions »*¹²⁰. Inspirée du général et président américain Dwight D. Eisenhower, cette approche aide à éviter l'accumulation de tâches secondaires et à se concentrer sur les actions essentielles à forte valeur ajoutée. Selon la légende, il aurait déclaré, *« je me suis rendu compte qu'il y a deux types de problèmes : les urgents et les importants. Les urgents sont rarement importants, et les importants sont rarement urgents »*¹²¹.

Nous avons souhaité parler de cette matrice, car elle nous a été présentée lors de notre stage¹²² durant notre formation de cadre. À ce moment-là, nous étions « jeune » cadre de proximité et nous perdions un temps considérable dans les tâches administratives. La démarche d'accréditation étant imminente, cela nous a permis d'éviter l'accumulation de tâches secondaires et à se concentrer sur les missions essentielles qui influencent directement la performance de l'équipe soignante. Cette démarche permet de diviser les tâches en quatre catégories, les tâches urgentes et importantes, qui doivent être traitées immédiatement. Les tâches importantes, mais non urgentes, qui doivent être planifiées. Les tâches urgentes, mais non importantes, qui peuvent être déléguées à un membre de l'équipe. Et enfin, les tâches ni urgentes ni importantes, qui peuvent être éliminées ou reportées. Par exemple, lorsqu'une infirmière signale un problème avec un protocole de soins, le cadre doit immédiatement intervenir, car il s'agit d'une tâche urgente et importante.

¹¹⁹ Annexe 2

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ Lanore, P. (2023). 8. Matrice d'Eisenhower. Guide indispensable des décisions efficaces De Maslow à la matrice BCG, les modèles pour décrypter, comprendre et agir. (p. 460 -469). Mardaga.

¹²² UE. 7

À l'inverse, une réunion d'équipe visant à améliorer l'organisation des transmissions est une tâche importante, mais non urgente, qui peut être programmée à un moment plus opportun. Cette méthode nous permet de dégager du temps pour des missions à forte valeur ajoutée, comme le suivi et l'accompagnement des soignants, et d'éviter de nous disperser sur des tâches secondaires permettant une meilleure organisation du travail collectif.

Initialement conçue comme un outil individuel de gestion du temps, il nous a semblé pertinent d'envisager son application à l'échelle d'une équipe. Le cadre de proximité, en tant que responsable de l'organisation collective, peut alors utiliser cette matrice pour structurer et prioriser les missions des soignants, améliorant ainsi la fluidité du travail et la répartition des efforts.

En adaptant cet outil à une équipe, il devient possible de mieux distinguer les actions nécessitant une intervention immédiate de celles qui peuvent être planifiées, déléguées ou évitées. La matrice se transforme alors en un cadre de référence permettant d'optimiser la répartition des tâches en fonction des compétences, des disponibilités et des contraintes opérationnelles de l'unité. Par exemple, certaines tâches peuvent être anticipées pour éviter qu'elles ne deviennent urgentes, tandis que d'autres peuvent être confiées à un membre de l'équipe mieux positionné pour les gérer.

Néanmoins, nous notons que bien que la matrice d'Eisenhower soit utile pour prioriser les tâches, son application reste limitée par l'imprévisibilité de la vie, rendant son respect strict difficile. La délégation des tâches peut également alourdir la charge de certains soignants, créant un déséquilibre au sein de l'équipe, il est important qu'en tant que cadre, nous gardions un œil sur cela. De plus, son efficacité repose sur une réévaluation constante, ce qui peut être chronophage et susciter des résistances si la communication du cadre n'est pas claire.

Si cette dernière permet de hiérarchiser les priorités, elle ne structure pas pour autant le déroulement des journées. Un cadre peut ainsi se retrouver avec une liste claire de tâches à accomplir, mais sans organisation temporelle précise. C'est pourquoi une approche complémentaire, comme le Time Blocking, permet de traduire cette priorisation en un emploi du temps optimisé, offrant une vision plus réaliste de la gestion quotidienne.

2.1.2 Le Time Blocking : structurer le temps pour améliorer la performance

Le Time Blocking, ou « *planification par blocs de temps* »¹²³ est une technique de gestion du temps qui consiste à allouer des plages horaires spécifiques à des catégories de tâches afin de limiter les interruptions et d'améliorer la concentration. Elle repose sur les principes de la gestion proactive du temps et vise à organiser les journées de manière structurée pour réduire la dispersion des efforts et optimiser la charge de travail.

Dans une unité de soins, les soignants doivent jongler entre les soins aux patients, l'administration des traitements, l'encodage informatique, la coordination avec les autres services et les tâches administratives. Sans structuration temporelle, ces activités peuvent être réalisées de manière désordonnée, entraînant des retards, des omissions et une surcharge de travail pour certaines personnes, impactant ainsi la qualité et la sécurité des soins.

Inconsciemment, chaque cadre de proximité organise déjà son unité. À l'image des « journées types » que nous louons aux étudiants qui viennent en stage ou encore aux nouveaux collaborateurs. Cet outil permet alors d'établir un cadre de travail structuré en fixant des créneaux dédiés¹²⁴ aux différentes missions, tout en conservant la flexibilité nécessaire à la gestion des imprévus inhérents au milieu hospitalier. Cette méthode vient compléter la priorisation des tâches¹²⁵, en garantissant non seulement que les missions les plus importantes sont identifiées, mais aussi qu'elles sont exécutées au bon moment, dans un cadre temporel défini.

Cette structuration favorise une meilleure anticipation des tâches, réduit la charge mentale et permet aux équipes de mieux se concentrer sur les soins directs aux patients. De plus, les interruptions de tâches répétées sont une cause majeure d'erreurs¹²⁶ en soins infirmiers. En instaurant des périodes dédiées aux soins et aux tâches administratives, le Time Blocking minimise les distractions et améliore la concentration. Par exemple, un bloc horaire dédié aux transmissions aux points de transition¹²⁷ réduit le besoin de discussions informelles au cours de la journée, limitant ainsi le risque de mauvaise communication.

¹²³ [Time Blocking: méthode ultime pour une productivité optimisée \[2025\] • Asana](#) (consulté le 15/03/25)

¹²⁴ J'ai connu une époque où le tour de médication durait 2 h 30

¹²⁵ Outil développé précédemment

¹²⁶ [flyer interruption taches ldv.pdf](#) (consulté le 15/03/25)

¹²⁷ TIPT merci l'accréditation

Par ailleurs, un emploi du temps structuré réduit le sentiment d'urgence permanent et la sensation de devoir gérer plusieurs tâches simultanément, ce qui peut être une source de stress pour les soignants. Enfin, un cadre temporel clair permet aux soignants de mieux s'organiser et d'anticiper leur charge de travail. Par exemple, en attribuant des blocs de temps spécifiques à certaines missions, par exemple, une infirmière dédiée aux soins complexes¹²⁸ pendant une période donnée, évite les doubles tâches ou les oublis. Facilite la délégation des responsabilités et renforce l'autonomie et la coopération.

Cependant, l'application du Time Blocking en milieu hospitalier présente certaines limites. Une planification trop rigide peut se heurter à la réalité de l'environnement hospitalier. Il est donc nécessaire de prévoir des créneaux de flexibilité afin de ne pas compromettre la réactivité des équipes. Par ailleurs, l'adhésion des soignants à cette méthode peut être un défi si elle est perçue comme une contrainte imposée plutôt qu'un outil d'amélioration du travail. Une phase d'expérimentation et d'adaptation progressive est essentielle pour assurer son appropriation par l'équipe.

Enfin, la partie précédente nous a permis de souligner l'importance des outils de communication et d'influence pour favoriser la cohésion d'équipe et améliorer la circulation de l'information en milieu hospitalier. Cependant, comme nous avons pu le dire, une communication efficace ne suffit pas si elle n'est pas accompagnée d'une organisation rigoureuse du travail. Si le Time Blocking semble être une solution efficace pour structurer les journées de travail, peut-il réellement s'adapter aux contraintes d'un service hospitalier où les imprévus sont nombreux ? Une planification stricte du temps n'entre-t-elle pas en contradiction avec la nécessité d'être réactif aux urgences ? De plus, comment éviter que ce cadre temporel ne devienne une contrainte rigide plutôt qu'un soutien à l'organisation ? Le rôle du cadre de proximité est alors déterminant, car il doit ajuster cette méthode en fonction du terrain, en prévoyant des marges de flexibilité et en sensibilisant son équipe à une utilisation souple de cet outil. Toutefois, cette adaptation demande un travail de suivi et d'évaluation régulier. Comment s'assurer que le Time Blocking ne devienne pas une charge mentale supplémentaire pour les soignants ? »

¹²⁸ Pansements par exemple

En milieu hospitalier, où les interruptions sont fréquentes et les imprévus nombreux, la structuration du temps est essentielle pour garantir une prise en charge fluide des patients. Le cadre de proximité joue un rôle clé dans l'application du Time Blocking. Il est responsable de la structuration du temps de travail en tenant compte des contraintes du service et des besoins des soignants. Son rôle ne se limite pas à imposer un planning, il doit aussi accompagner son équipe dans cette organisation, en restant à l'écoute des retours et en ajustant les plages horaires si nécessaire. Par exemple, il peut observer que les transmissions du matin prennent plus de temps que prévu et réajuster l'organisation pour éviter que cela ne déborde sur la prise en charge des patients. En facilitant cette gestion du temps, il assure une meilleure continuité des soins tout en préservant l'équilibre de son équipe. En fixant des créneaux dédiés aux soins, aux transmissions et aux tâches administratives, cette méthode permet d'optimiser le suivi des patients et d'éviter les erreurs dues à des interruptions constantes. Ainsi, en garantissant une meilleure concentration des soignants sur leurs missions, le Time Blocking contribue à améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en réduisant le stress lié aux imprévus.

Planifier le travail et structurer les priorités est un premier levier pour améliorer la performance collective. Cependant, une organisation bien pensée perd de son efficacité si la répartition des tâches entre les soignants n'est pas équilibrée. Une mauvaise distribution des missions peut entraîner frustration, surcharge et démobilitation des équipes. Comment, dès lors, assurer une gestion des effectifs qui garantisse à la fois efficacité et bien-être des professionnels ?

3 Répartition des tâches et gestion des effectifs : Assurer une organisation équilibrée et performante

Dans les parties précédentes, nous avons mis en évidence l'importance d'une communication efficace et d'une gestion du temps structurée pour améliorer la performance collective en milieu hospitalier. Cependant, une organisation du temps, aussi optimisée soit-elle, ne garantit pas une répartition équitable et efficace des missions. Une répartition équilibrée des tâches est essentielle pour assurer la fluidité des soins et éviter la surcharge de certains soignants. Pourtant, dans un service hospitalier, l'attribution des missions est souvent source de tensions et d'incompréhensions. Comment le cadre de proximité peut-il structurer le travail de manière équitable pour favoriser l'efficacité et la cohésion d'équipe ? En quoi le travail en binôme infirmier-aide-soignant peut-il constituer une réponse adaptée à ces défis ?

3.1 La gestion en binôme : un levier de performance pour l'équipe soignante

Pour cette partie, nous souhaitons développer un fonctionnement que nous avons initié lors de nos débuts en tant que cadre de proximité. Habitué à des retours quotidiennement négatifs sur la répartition¹²⁹ des tâches lors de la journée et surtout la création de conflits. Il nous a fallu un moment de réflexion afin d'imaginer un fonctionnement alliant expertise infirmière et aide-soignante en créant une synergie dans ce duo. C'est plus tard que ce fonctionnement s'est doucement étendu dans toute l'institution. La collaboration étroite entre infirmiers et aides-soignants, organisée en binôme, nous a semblé essentielle pour assurer une prise en charge holistique des patients. Le travail en binôme, particulièrement dans le secteur hospitalier, repose sur la coopération étroite entre deux professionnels ayant des compétences complémentaires, souvent une infirmière et un aide-soignant. Ce mode d'organisation est fondé sur l'interdépendance des tâches et vise à améliorer la coordination des soins tout en optimisant la répartition des charges de travail.

Selon Estry-Béhar et Le Nezet, une équipe soignante efficace ne repose pas seulement sur un « *côtoiement hiérarchique de personnes* »¹³⁰, mais bien sur un fonctionnement collectif structuré. Le binôme infirmier aide-soignant illustre cette dynamique en instaurant un cadre de travail où les tâches sont réparties selon les compétences de chacun, favorisant ainsi une meilleure fluidité des soins et un soutien mutuel. Cette organisation permet également de renforcer l'engagement professionnel, car chaque membre du binôme se sent impliqué dans la prise en charge du patient, contribuant ainsi à une qualité de soins améliorée. Sur le plan académique, plusieurs études soulignent l'importance du travail en équipe dans les établissements de santé. Dumas et al.¹³¹ insistent sur la nécessité d'une communication fluide, d'une prise de décision partagée et d'une reconnaissance mutuelle des compétences pour assurer une coopération efficace. De plus, la Haute Autorité de Santé¹³² définit l'équipe de soins comme un groupe de professionnels aux compétences complémentaires travaillant autour d'un projet commun centré sur le patient.

¹²⁹ Les infirmières ne faisaient que de la médication et les aides-soignantes ne faisaient que les toilettes.

¹³⁰ Dumas, M., Douguet, F. et Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, n° 20, vol. 5 (1), 45-67.

¹³¹ *Ibid.*

¹³² *Ibid.*

3.2 Effets du binôme sur la performance de l'équipe soignante

L'organisation en binôme permet une meilleure coordination des soins en instaurant une complémentarité entre l'infirmier et l'aide-soignant. Ce mode de fonctionnement réduit la charge de travail individuelle et optimise la réactivité en cas d'urgence. En structurant les rôles et en favorisant la coopération, le travail en binôme limite les tensions au sein des équipes et améliore la satisfaction des soignants, ce qui a un impact direct sur leur engagement et leur efficacité au quotidien. Ensuite, ce mode d'organisation renforce la qualité des soins. La collaboration entre infirmiers et aides-soignants assure une meilleure surveillance des patients et une réactivité accrue face aux complications. Par ailleurs, la proximité entre les membres du binôme favorise le partage des connaissances et le développement des compétences, contribuant ainsi à un apprentissage continu et à une amélioration des pratiques professionnelles.

Enfin, si le travail en binôme peut être un levier de performance, il nécessite une structuration et un suivi régulier de la part du cadre de proximité. Ce dernier doit définir clairement les rôles de chacun pour éviter les chevauchements ou les lacunes dans la prise en charge. Il veille aussi à ce que la coopération soit effective et non imposée, en organisant des temps d'échange entre infirmiers et aides-soignants. Par ailleurs, il doit s'assurer que la répartition des tâches reste équitable, en ajustant les binômes en fonction des compétences et des besoins du service. Un cadre attentif peut par exemple repérer qu'un aide-soignant est souvent relégué aux mêmes tâches répétitives et proposer une rotation pour favoriser le développement des compétences. Par cette régulation active, il prévient les tensions et renforce l'efficacité collective.

L'impact du travail en binôme peut être mesuré à travers plusieurs indicateurs. Tout d'abord, les indicateurs de qualité des soins, tels que le taux d'erreurs médicales, le niveau de satisfaction des patients et le nombre d'incidents liés à une mauvaise communication, permettent d'évaluer l'efficacité du binôme sur la prise en charge des patients. Ensuite, les indicateurs organisationnels, comme le temps consacré à la gestion des conflits ou le taux de collaboration entre infirmiers et aides-soignants, permettent de mesurer la fluidité du travail et la coordination des équipes. Enfin, les indicateurs de bien-être au travail, comme le taux d'absentéisme ou la diminution du stress professionnel, montrent les effets du binôme sur la qualité de vie des soignants et leur engagement au sein des unités de soins.

Toutefois, malgré ses nombreux avantages, le travail en binôme présente certaines limites. L'efficacité de cette organisation repose sur une communication fluide entre les professionnels, or, dans certains services, un manque de dialogue entre infirmiers et aides-soignants peut entraver la collaboration et générer des tensions. De plus, une répartition inégale des tâches peut créer des frustrations au sein du binôme, notamment lorsque l'aide-soignant a le sentiment d'être cantonné aux soins d'hygiène sans réelle implication dans la démarche de soins. Cette situation peut engendrer une démotivation et une moindre efficacité du binôme. Par ailleurs, la mise en place de cette organisation nécessite une stabilité des effectifs et une gestion rigoureuse des plannings, ce qui peut être difficile à maintenir dans un contexte de sous-effectifs ou de forte rotation du personnel.

En conclusion, le travail en binôme infirmier-aide-soignant est un mode d'organisation qui renforce la coordination, la qualité des soins et la performance des équipes soignantes, à condition qu'il repose sur une répartition équilibrée des rôles et une communication efficace. Toutefois, pour optimiser cette collaboration, il est nécessaire de structurer davantage la répartition des responsabilités et d'adopter des outils permettant de clarifier les missions de chacun. C'est dans cette perspective que la section suivante s'intéressera aux stratégies et aux outils de gestion permettant au cadre de proximité de mieux structurer le travail en équipe et de garantir une organisation fluide et performante.

4 L'évaluation, un levier indispensable pour une gestion performante

Dans les chapitres précédents, nous avons analysé les différentes pratiques de gestion permettant au cadre de proximité d'améliorer la performance des équipes soignantes. La communication bienveillante, la gestion du temps avec des outils comme la matrice d'Eisenhower et le Time Blocking, ainsi que la répartition des tâches via la gestion en binôme, ont été identifiés comme des leviers essentiels. Cependant, une question demeure : comment mesurer l'impact réel de ces outils sur la qualité des soins, la coordination des équipes et le bien-être des soignants ?

La mise en place d'outils de gestion ne peut être efficace que si elle s'accompagne d'un suivi rigoureux et d'une capacité d'adaptation. Quels sont les indicateurs qui permettent d'évaluer objectivement la performance d'une équipe soignante ? Comment un cadre de proximité peut-il s'appuyer sur des outils d'analyse pour ajuster ses pratiques et assurer une amélioration continue ?

Cette section vise à répondre à ces interrogations en explorant trois grands outils d'évaluation et d'optimisation des pratiques : les indicateurs clés de performance¹³³, qui permettent de quantifier l'impact des actions mises en place. Les tableaux de bord, qui synthétisent ces données pour faciliter le pilotage des équipes, et les audits internes, qui offrent une analyse approfondie des pratiques afin d'identifier les axes d'amélioration.

L'objectif est d'équiper le cadre de proximité de méthodologies concrètes pour non seulement évaluer la performance des dispositifs en place, mais aussi les ajuster en fonction des réalités du terrain et des besoins évolutifs des équipes soignantes.

4.1 Les indicateurs clés de performance : mesurer l'efficacité des pratiques

Dans le domaine de la santé, où la qualité des soins et l'efficacité organisationnelle sont des enjeux majeurs, les indicateurs clés de performance constituent un outil essentiel pour évaluer et ajuster les pratiques du cadre de proximité. En effet, si nous avons jusqu'ici exploré différentes stratégies pour optimiser la gestion du temps, la communication et la répartition des tâches, il est désormais crucial de s'interroger sur la manière dont nous pouvons mesurer leur impact réel sur la performance des équipes soignantes. Comment savoir si nos actions ont permis d'améliorer la coordination des soins ? Quels indicateurs permettent de mettre en évidence les points forts et les axes d'amélioration de notre organisation ?

4.1.1 Définition et importance des KPI en milieu hospitalier

Les KPI¹³⁴ sont des outils de mesure quantifiables permettant d'évaluer l'efficacité d'une organisation en fonction d'objectifs précis. Ces indicateurs de performances permettent d'aligner la stratégie d'une organisation sur ses objectifs en fournissant des données factuelles et actionnables. Dans un service hospitalier, ils offrent un cadre de référence pour évaluer la performance des équipes soignantes et l'impact des décisions prises par le cadre de proximité.

« Les indicateurs de performance servent à remplir quatre fonctions essentielles : faciliter l'exercice d'un contrôle, permettre aux instances règlementaires d'observer de façon continue les systèmes et services de santé, influencer sur le comportement des professionnels et des organismes au niveau tant macroéconomique (population) que microéconomique (patients) et définir l'action à mener »¹³⁵.

¹³³ KPI

¹³⁴ Key Performance Indicators ou encore ICP pour les indicateurs clés de performance

¹³⁵ Le Pogam, M., Luangsay-Catelin, C. & Notebaert, J. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25, p.116-134.

Leur utilisation permet de structurer la gestion en adoptant une approche fondée sur des données concrètes plutôt que sur des ressentis subjectifs. En mesurant des aspects clés tels que la qualité des soins, l'organisation interne ou la satisfaction des équipes, ces indicateurs deviennent de véritables leviers d'amélioration continue.

Les travaux de A. Donabedian¹³⁶ distinguent trois grandes catégories d'indicateurs de performance en santé. Indicateurs de structure, qui évaluent les ressources mises à disposition¹³⁷. Les indicateurs de processus, qui mesurent la mise en œuvre des actions¹³⁸. Et les indicateurs de résultats, qui reflètent l'impact des pratiques sur les patients et les soignants¹³⁹. Dans la perspective du cadre de proximité, ces catégories permettent d'articuler la gestion des équipes avec les exigences institutionnelles et la qualité de la prise en charge des patients.

4.1.2 Quels indicateurs de performance pour un cadre de proximité ?

Pour un cadre de proximité, les KPI doivent être choisis en fonction des priorités du service et des objectifs fixés. Parmi les indicateurs les plus pertinents, nous pouvons en distinguer trois grandes familles. Liés à la qualité des soins comme le taux d'incidents liés aux soins¹⁴⁰. Satisfaction des patients¹⁴¹ et le délai moyen de prise en charge des patients. Ceux liés à l'organisation interne comme le taux d'absentéisme des soignants, qui peut refléter un mal-être organisationnel ou une surcharge de travail. Le Respect du planning et des horaires, indicateur de la bonne gestion du temps et de l'équilibre des charges de travail. Le Taux de respect des transmissions entre les équipes, mesurant la qualité de la communication interne. Ajoutons à cela les indicateurs liés à la performance des équipes comme le Turnover du personnel, indicateur de fidélisation des soignants. L'efficacité du travail en binôme, mesurée par des retours d'expérience et des observations terrain. Ou encore le nombre d'heures supplémentaires effectuées, indicateur de la surcharge potentielle des équipes.

Ces indicateurs permettent au cadre de proximité d'obtenir une vision globale de la performance de son service. Leur suivi régulier aide à identifier les dysfonctionnements et à mettre en place des actions correctives adaptées.

¹³⁶ Lelong. A., Mise en place de stratégies d'évaluation des pratiques et des programmes de santé à travers une informatique distribuée. Médecine humaine et pathologie. Université d'Auvergne — Clermont-Ferrand I, 2015.

¹³⁷ Par ex. ratio soignants/patients

¹³⁸ Par ex. respect des protocoles de soins

¹³⁹ Par ex. taux d'infections nosocomiales, satisfaction du personnel

¹⁴⁰ Par ex. erreurs médicamenteuses, chutes des patients

¹⁴¹ Évaluée via des enquêtes de satisfaction

4.1.3 L'analyse des indicateurs : de la mesure à l'action

Une fois les indicateurs définis et collectés, il est essentiel de savoir les interpréter afin de les transformer en véritables leviers d'action. Pour cela, plusieurs étapes doivent être respectées.

- Collecte et fiabilité des données : les KPI doivent être recueillis de manière systématique et fiable, en utilisant des outils adaptés¹⁴². Un indicateur mal renseigné ou mal interprété peut conduire à des décisions inadaptées.
- Analyse des tendances : les KPI doivent être suivis sur une période suffisamment longue pour dégager des tendances et éviter les biais liés aux variations ponctuelles. Par exemple, une augmentation soudaine du taux d'absentéisme peut être due à un pic épidémique plutôt qu'à un problème organisationnel.
- Mise en place d'actions correctives : l'analyse des KPI doit déboucher sur des mesures concrètes : réajustement des plannings, renforcement des formations, amélioration des processus de transmission, etc. Un indicateur ne prend de la valeur que s'il est utilisé pour améliorer la situation.
- Évaluation des actions mises en place : Enfin, il est nécessaire de mesurer l'efficacité des ajustements opérés. Si une modification du planning visait à réduire l'absentéisme, il convient d'analyser si l'indicateur a effectivement baissé après sa mise en place. Cette démarche inscrit l'utilisation des KPI dans un cycle d'amélioration continue.

L'intégration des KPI dans la gestion du cadre de proximité permet de structurer les décisions et d'adopter une approche fondée sur des données objectives. En mesurant des aspects clés tels que la qualité des soins, l'organisation interne et la performance des équipes, ces indicateurs deviennent des outils essentiels pour piloter efficacement un service hospitalier. Toutefois, pour maximiser leur impact, il est nécessaire de disposer d'outils de suivi et d'analyse performants.

C'est pourquoi, après avoir défini les KPI pertinents, nous allons nous intéresser aux tableaux de bord, qui permettent de centraliser et visualiser ces indicateurs afin de faciliter leur interprétation et leur exploitation par le cadre de proximité.

¹⁴² Logiciels de gestion hospitalière, tableaux de suivi

4.2 Les tableaux de bord : un outil de suivi et d'aide à la décision pour le cadre de proximité

Dans la continuité des indicateurs clés de performance, qui permettent de mesurer l'efficacité des pratiques et d'identifier les axes d'amélioration, les tableaux de bord constituent un outil stratégique pour le cadre de proximité. En centralisant et en visualisant les données, ils facilitent le suivi des performances et aident à la prise de décision en temps réel. Mais comment concevoir un tableau de bord pertinent ? Quels éléments doivent y figurer pour qu'il soit réellement utile dans la gestion quotidienne d'une unité de soins ?

4.2.1 Définition et rôle des tableaux de bord en milieu hospitalier

Le tableau de bord est un outil de pilotage qui permet de regrouper un ensemble d'indicateurs sous une forme synthétique et visuelle. Il s'agit d'un instrument essentiel pour traduire la stratégie en actions opérationnelles mesurables. Dans notre environnement complexe, où les décisions doivent être prises rapidement et sur la base de données objectives, le tableau de bord joue un rôle clé en structurant l'information et en facilitant son analyse. À l'image d'un tableau de bord de voiture. Concrètement, un tableau de bord hospitalier offre plusieurs avantages. Synthétiser une grande quantité d'informations en mettant en évidence les tendances et les écarts par rapport aux objectifs fixés. Faciliter la prise de décision en permettant une lecture rapide des performances et des points de vigilance. Suivre l'évolution des actions correctives, en évaluant l'impact des mesures mises en place pour améliorer l'organisation des soins. Renforcer la transparence et la communication au sein des équipes, en partageant des données factuelles sur la performance collective.

Pour qu'il soit efficace, un tableau de bord doit être conçu de manière claire et adaptée aux besoins spécifiques du cadre de proximité.

4.2.2 Construire un tableau de bord adapté à la gestion d'une équipe soignante

Pour qu'un tableau de bord soit réellement efficace dans la gestion d'une équipe soignante, il doit répondre aux besoins opérationnels du cadre de proximité tout en restant simple à interpréter. Il repose sur plusieurs principes fondamentaux qui garantissent sa pertinence et son utilité dans l'organisation du travail.

Tout d'abord, le choix des indicateurs est une étape essentielle. Un tableau de bord ne doit pas être une accumulation de chiffres, mais une sélection rigoureuse des KPI les plus pertinents pour le pilotage du service. Parmi ces indicateurs, ceux liés à la qualité des soins, comme le taux d'incidents ou le niveau de satisfaction des patients, permettent d'évaluer la sécurité et l'efficacité des prises en charge. Les indicateurs de performance organisationnelle, tels que le respect des plannings ou le taux d'absentéisme, donnent une vision claire du fonctionnement du service et de la gestion des ressources humaines. Enfin, les indicateurs de bien-être au travail, comme le taux de turnover ou le nombre d'heures supplémentaires effectuées, permettent de mesurer l'impact des conditions de travail sur la motivation et l'engagement des soignants.

Ensuite, la fréquence de mise à jour du tableau de bord est un élément clé pour assurer une gestion réactive et adaptée aux évolutions du service. Il peut être actualisé à différentes échéances selon les objectifs poursuivis : un suivi quotidien pour les indicateurs critiques, une analyse hebdomadaire pour ajuster les plannings ou encore un bilan mensuel pour évaluer les tendances générales et identifier les axes d'amélioration. Cette régularité permet au cadre de proximité d'intervenir rapidement en cas de dérive et de mettre en place des actions correctives avant que les problèmes ne s'aggravent.

Par ailleurs, l'utilisation de représentations visuelles adaptées facilite la compréhension des données et leur interprétation rapide. Un tableau de bord efficace doit privilégier des graphiques, des diagrammes et des codes couleurs pour mettre en évidence les tendances et les écarts par rapport aux objectifs fixés. Par exemple, une augmentation du taux d'absentéisme ou une baisse de la satisfaction des patients peut être signalée par un indicateur en rouge, attirant ainsi immédiatement l'attention du cadre de proximité. Ce type de présentation permet une prise de décision plus rapide et plus éclairée.

Enfin, l'adaptation du tableau de bord aux besoins des utilisateurs est un facteur déterminant pour assurer sa pertinence. Un cadre de proximité n'a pas les mêmes attentes qu'un directeur d'établissement, et les informations présentées doivent être adaptées aux enjeux spécifiques de la gestion d'équipe et de l'organisation des soins. Il est donc essentiel de concevoir un tableau de bord qui réponde aux problématiques quotidiennes du terrain, en mettant en avant les indicateurs les plus utiles pour le suivi des performances et l'amélioration des pratiques.

En intégrant ces principes, un tableau de bord devient un véritable outil d'aide à la décision, permettant au cadre de proximité de piloter son service de manière proactive. Il favorise une gestion plus efficace du temps et des ressources, optimise la coordination entre les soignants et contribue directement à l'amélioration de la qualité des soins et du bien-être des équipes. Toutefois, son efficacité repose sur son intégration dans une démarche d'amélioration continue, nécessitant un suivi régulier et une capacité d'adaptation aux besoins évolutifs du service.

4.2.3 Utilisation des tableaux de bord dans l'amélioration continue

L'utilisation des tableaux de bord dans une démarche d'amélioration continue permet au cadre de proximité d'adapter en permanence son organisation aux besoins de l'unité et aux évolutions du terrain. Un tableau de bord n'a d'intérêt que s'il est exploité pour ajuster les pratiques et prendre des décisions éclairées. Il ne doit pas être perçu comme un simple outil de transcription, mais bien comme un instrument de pilotage dynamique, favorisant une gestion proactive et réactive.

Pour structurer cette démarche, le cycle PDCA¹⁴³ constitue un cadre méthodologique pertinent. Il repose sur quatre étapes essentielles qui permettent d'intégrer les données du tableau de bord dans une logique d'amélioration continue.

La première étape, Plan, consiste à définir des objectifs clairs en lien avec les enjeux du service et à sélectionner les indicateurs pertinents qui permettront d'en évaluer l'atteinte. Par exemple, si l'objectif est de réduire le taux d'absentéisme, il conviendra d'inclure cet indicateur dans le tableau de bord et de suivre son évolution à une fréquence déterminée. Cette phase permet également d'identifier les leviers d'action possibles et d'établir une stratégie d'intervention adaptée aux contraintes du service.

La deuxième étape, Do, correspond à la mise en œuvre des actions nécessaires pour atteindre ces objectifs. En fonction des tendances observées dans le tableau de bord, le cadre de proximité peut déployer des mesures correctives ou préventives. Par exemple, si le taux d'erreurs médicamenteuses augmente, des actions de formation ou de sensibilisation peuvent être mises en place pour renforcer la vigilance des soignants.

¹⁴³ Plan, Do, Check, Act ou alors Planifier, Agir, Vérifier, et Ajuster

La troisième étape, Check, consiste à analyser les résultats obtenus à l'aide du tableau de bord et à identifier les écarts par rapport aux objectifs fixés. Cette analyse permet de déterminer si les actions mises en place ont produit les effets escomptés ou si des ajustements sont nécessaires. Dans cette phase, le cadre de proximité doit interpréter les données de manière critique, en tenant compte des contextes et des éventuels biais pouvant influencer les résultats.

Enfin, la quatrième étape, Act, permet d'ajuster les actions et de corriger les dysfonctionnements détectés. Si les objectifs ne sont pas atteints, il convient d'en analyser les causes et de proposer de nouvelles approches. Cette boucle d'amélioration continue garantit une adaptation permanente de l'organisation aux réalités du terrain et aux évolutions des besoins des équipes soignantes.

L'intégration des tableaux de bord dans cette dynamique offre plusieurs avantages. D'une part, elle permet une réactivité accrue face aux dysfonctionnements, en donnant aux cadres une vision objective et actualisée des performances du service. D'autre part, elle favorise l'implication des équipes en rendant visibles les progrès réalisés et en encourageant une culture d'amélioration collective. Lorsqu'un indicateur montre une amélioration significative, cela peut renforcer la motivation des soignants et valoriser leurs efforts.

Cependant, pour que cette démarche soit efficace, il est crucial que les tableaux de bord soient perçus comme des outils d'accompagnement et non comme des instruments de contrôle ou de sanction. Une transparence dans la communication des résultats et une implication des équipes dans l'analyse des données sont essentielles pour garantir l'adhésion à cette approche.

Ainsi, en intégrant les tableaux de bord dans une logique d'amélioration continue fondée sur le cycle PDCA, le cadre de proximité dispose d'un outil stratégique lui permettant d'optimiser l'organisation du travail, d'améliorer la qualité des soins et de renforcer la dynamique collective au sein de son service. Cette approche s'inscrit pleinement dans une gestion moderne et efficiente des équipes soignantes, où l'analyse des performances est un levier de progression et d'innovation.

5 L'audit interne comme outil d'amélioration continue

Dans la section précédente, nous avons mis en évidence l'importance des tableaux de bord comme outils de suivi et d'optimisation de la performance des équipes soignantes. Ces dispositifs permettent au cadre de proximité de disposer d'une vision claire et actualisée des indicateurs clés, facilitant ainsi l'ajustement des pratiques et la prise de décision en temps réel. Toutefois, pour qu'un tableau de bord soit véritablement efficace, il doit être complété par une démarche plus approfondie d'évaluation et d'amélioration continue.

C'est dans cette logique que s'inscrit l'audit interne. Contrairement aux tableaux de bord, qui offrent un suivi quantitatif et régulier des indicateurs, l'audit interne propose une analyse plus qualitative et détaillée des pratiques professionnelles et organisationnelles. Il permet d'identifier les écarts entre les objectifs fixés et la réalité du terrain, en mettant en lumière les leviers d'amélioration et en impliquant les équipes dans une dynamique de progression collective.

Ainsi, après avoir exploré les outils de suivi immédiat, il est essentiel de se pencher sur les dispositifs permettant d'analyser plus en profondeur la performance des équipes soignantes et d'initier des actions correctives adaptées. L'audit interne, en tant qu'outil structurant de l'amélioration continue, constitue une démarche complémentaire qui favorise la montée en compétences des soignants, l'optimisation des processus de travail et l'amélioration globale de la qualité des soins.

Dans cette perspective, nous allons examiner dans la section suivante les différentes étapes de mise en œuvre de l'audit interne, son impact sur la performance des équipes soignantes, ainsi que ses limites et conditions de succès.

5.1 Définition et objectifs de l'audit interne

L'audit interne est un processus d'évaluation structuré visant à analyser l'efficacité des pratiques professionnelles et leur conformité avec les référentiels en vigueur. Selon la norme ISO 9000, citée par C. Cardon dans son épreuve intégrée, il s'agit d'un « *processus méthodique, indépendant et documenté, permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audits sont respectés* »¹⁴⁴.

Contrairement à un contrôle externe, qui peut être perçu comme une évaluation descendante, l'audit interne repose sur une dynamique participative et pédagogique, impliquant activement les équipes soignantes.

Dans un service hospitalier, les objectifs de l'audit interne sont multiples. Il permet d'évaluer la qualité des soins en analysant la conformité aux protocoles et l'impact des pratiques sur la prise en charge des patients. Il optimise l'organisation du travail en mettant en évidence les redondances, les pertes de temps et les dysfonctionnements dans la coordination des équipes. Il contribue également à renforcer la sécurité des patients et des soignants en identifiant les risques liés aux erreurs médicamenteuses, aux transmissions d'informations et aux gestes techniques. Enfin, il accompagne les professionnels de santé dans leur montée en compétences, en mettant en lumière les besoins en formation et en favorisant une appropriation progressive des bonnes pratiques.

5.2 Méthodologie de mise en œuvre de l'audit interne

L'audit interne peut être un outil essentiel pour améliorer les pratiques et optimiser l'organisation du travail au sein des équipes soignantes. Sa mise en œuvre repose sur plusieurs étapes clés qui garantissent sa pertinence et son acceptation par les professionnels de santé.

¹⁴⁴ Cardon. C., *L'audit interne : un outil du management de la qualité au service du cadre de santé.*, Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, Tournai. 2020-2021.

Tout d'abord, il est indispensable de définir précisément le périmètre et les objectifs de l'audit en fonction des enjeux du service. Cela peut concerner la gestion des transmissions, le respect des protocoles ou encore la répartition des tâches. Associer les équipes dès cette phase permet d'éviter toute résistance et favorise l'engagement dans la démarche. Une fois les objectifs établis, la collecte des données peut débuter. Cette étape repose sur diverses méthodes, telles que les observations sur le terrain, l'analyse des dossiers patients, les entretiens avec les soignants ou encore des auto-évaluations anonymes. L'objectif est d'obtenir une vision objective et complète des pratiques en cours.

L'analyse des écarts constitue ensuite une étape essentielle. En comparant les résultats aux standards en vigueur, il est possible d'identifier les points forts et les axes d'amélioration. Les recommandations qui en découlent doivent être adaptées aux réalités du terrain et formulées de manière concrète et applicable. Ces résultats sont ensuite restitués aux équipes afin d'assurer une compréhension claire des conclusions. Une présentation visuelle et interactive, à l'aide de graphiques ou de tableaux de synthèse, facilite l'appropriation des constats et encourage la participation active des soignants dans la construction d'un plan d'action.

Enfin, un suivi régulier des actions mises en place est indispensable pour garantir l'efficacité de l'audit. Loin d'être un simple état des lieux figé, il doit s'inscrire dans une logique d'amélioration continue, avec des ajustements basés sur les retours du terrain. L'implication des équipes tout au long du processus est un facteur clé de succès. Une approche collaborative renforce l'adhésion et transforme l'audit en un véritable levier de performance et de qualité des soins.

5.3 Impact de l'audit interne sur la performance des équipes soignantes

L'audit interne joue un rôle clé dans l'amélioration de la performance collective en permettant une meilleure structuration des pratiques et une optimisation de l'organisation du travail. Il améliore la coordination entre les soignants en identifiant les points de friction dans la circulation de l'information et en favorisant des ajustements organisationnels. Il diminue les erreurs et les risques liés aux soins, notamment en sensibilisant les équipes aux protocoles et en renforçant leur application. Il favorise également une montée en compétences des soignants en mettant en évidence les besoins en formation et en adaptant les dispositifs d'apprentissage en fonction des difficultés identifiées. Enfin, il contribue à valoriser les réussites collectives et à renforcer la motivation des équipes, en reconnaissant les efforts et en encourageant une dynamique d'amélioration continue.

Les résultats d'un audit interne peuvent être évalués à travers plusieurs indicateurs. Les indicateurs de qualité des soins, comme le taux d'incidents, permettent d'apprécier l'impact des ajustements organisationnels sur la sécurité des patients. Les indicateurs de performance organisationnelle, tels que le taux de respect des protocoles ou la fluidité des transmissions, aident à mesurer l'efficacité des changements mis en place. Enfin, les indicateurs de bien-être au travail, comme la satisfaction des soignants ou le taux d'absentéisme, offrent un regard sur les effets de l'audit sur l'engagement des équipes et la cohésion professionnelle.

5.4 Limites et conditions de succès de l'audit interne

Si l'audit interne est un outil puissant d'amélioration continue, son efficacité repose sur plusieurs conditions. Tout d'abord, il est essentiel qu'il ne soit pas perçu comme un moyen de contrôle punitif, mais comme un levier de progression collective. Une communication claire sur ses objectifs et ses bénéfices est donc indispensable pour éviter les résistances et garantir l'adhésion des équipes. Ensuite, la fréquence des audits doit être adaptée au contexte du service. Une multiplication excessive des évaluations peut entraîner une lassitude et un rejet, réduisant leur impact sur l'amélioration des pratiques.

Enfin, un audit n'a de valeur que si ses conclusions débouchent sur des actions concrètes. La mise en œuvre des recommandations et le suivi des actions correctives sont des étapes incontournables pour garantir une évolution des pratiques. Sans suivi structuré, l'audit risque d'être perçu comme une contrainte administrative sans effet tangible sur le terrain.

6 Conclusion

À travers ce chapitre, nous avons exploré les outils et méthodes permettant au cadre de proximité d'influencer la performance collective d'une équipe soignante. Il est apparu que la communication, la gestion du temps, la répartition des tâches et l'évaluation des pratiques constituent des leviers fondamentaux dans l'organisation des soins et le maintien d'un environnement de travail efficace.

Toutefois, ces outils ne peuvent être appliqués de manière rigide ou uniforme. Chaque équipe a ses propres dynamiques, et le cadre de proximité doit sans cesse ajuster ses pratiques en fonction des contraintes du terrain, des attentes institutionnelles et des besoins des soignants. Si une structuration claire du travail est essentielle pour garantir la fluidité des soins et éviter la surcharge des équipes, elle ne doit pas être perçue comme un cadre figé, mais comme un soutien à la coordination et à l'engagement professionnel.

L'analyse des outils de communication a montré qu'une information bien transmise et partagée contribue directement à la qualité des soins et à la cohésion d'équipe. Cependant, une communication efficace ne peut suffire à elle seule si elle n'est pas accompagnée d'une organisation rigoureuse. De même, la mise en place de binômes de travail et la clarification des rôles apparaissent comme des solutions pertinentes pour favoriser la coopération et optimiser la répartition des charges, mais elles nécessitent une vigilance constante pour éviter les dérives ou les déséquilibres.

Enfin, l'évaluation régulière des pratiques à travers des indicateurs de performance, des tableaux de bord et des audits internes permet d'objectiver les décisions du cadre et d'ajuster les actions mises en place. Néanmoins, ces outils ne doivent pas devenir une finalité en eux-mêmes : leur pertinence repose sur leur capacité à soutenir l'amélioration continue et à renforcer la dynamique collective sans générer une surcharge administrative ou une pression excessive sur les équipes.

Ainsi, ce chapitre met en évidence un constat central : la performance d'une équipe soignante ne repose pas uniquement sur l'application de méthodes de gestion, mais sur la capacité du cadre de proximité à articuler organisation et flexibilité, autorité et bienveillance, planification et adaptation aux réalités du terrain.

Conclusions et perspectives

Notre réflexion, tout au long de l'élaboration de cette épreuve intégrée s'est construite autour d'une problématique essentielle : en quoi les pratiques de gestion du cadre de proximité influencent-elles la performance d'une équipe soignante ? Au fil de nos recherches, nous avons tenté d'apporter une réponse nuancée à cette question en explorant les différentes dimensions du cadre de proximité. Que cela fut difficile. Si la gestion des équipes soignantes repose sur des principes organisationnels clairs, elle ne peut être dissociée des enjeux humains, des contraintes institutionnelles et des tensions qui traversent le cadre de proximité dans son exercice quotidien.

Dès l'introduction, nous avons souligné la complexité de la notion de performance. Cette dernière est souvent abordée sous un prisme quantitatif, à travers des indicateurs de productivité, de rentabilité et de satisfaction des patients. Pourtant, nos différentes lectures nous ont amenés à croire que cette approche ne saurait suffire pour rendre compte de la dynamique réelle des équipes soignantes. La performance doit être envisagée dans une perspective plus large, intégrant des dimensions humaines et organisationnelles. C'est dans ce cadre que le rôle du cadre de proximité s'avère déterminant : garant de la fluidité du travail, médiateur entre les attentes institutionnelles et la réalité du terrain, il joue un rôle clé dans la cohésion et l'efficacité des équipes.

Dans un premier temps, nous avons analysé les différentes définitions de la performance. Nous avons constaté que celle-ci ne se limite pas à des objectifs chiffrés, mais qu'elle repose aussi sur la motivation des soignants, la qualité des interactions professionnelles et la capacité à gérer les imprévus. Cette vision plus holistique nous a amenés à interroger le rôle du cadre de proximité, qui doit sans cesse jongler entre trois postures complémentaires. Le pouvoir, qui permet d'organiser et de structurer le travail selon des impératifs institutionnels. L'autorité, qui assoit sa légitimité et facilite l'adhésion des équipes aux décisions prises. Et le leadership, qui lui permet de mobiliser, inspirer et motiver son équipe pour améliorer la performance collective.

Toutefois, cette tripartition ne va pas sans tensions. Un cadre trop ancré dans le pouvoir risque d'être perçu comme autoritaire et déconnecté du terrain, tandis qu'un cadre misant uniquement sur son leadership peut manquer d'efficacité dans l'organisation et la structuration du travail. Il apparaît donc essentiel d'articuler ces trois dimensions à la manière d'un équilibriste afin d'adapter son mode de management aux réalités hospitalières.

Dans un second temps, nous avons étudié les outils concrets permettant au cadre de proximité d'optimiser la gestion des équipes soignantes. La communication et l'influence ont été identifiées comme des leviers majeurs. L'écoute active, la communication non violente et le feedback constructif permettent de prévenir les tensions, de renforcer la coopération et de créer un climat de confiance propice à l'engagement des soignants. Nous avons également mis en lumière l'importance de structurer le travail à l'aide de méthodologies adaptées, telles que la matrice d'Eisenhower pour la gestion des priorités ou le Time Blocking pour une meilleure organisation du temps.

Un autre enjeu fondamental a été soulevé : la répartition des tâches et la gestion des effectifs. Nous avons analysé le modèle du travail en binôme infirmier-aide-soignant, qui, lorsqu'il est bien structuré, permet une meilleure coordination des soins et une diminution de la surcharge de travail. Toutefois, ce modèle ne peut être efficace sans une régulation active du cadre de proximité, qui doit veiller à la complémentarité des compétences et à l'équilibre des charges.

Enfin, nous avons souligné la nécessité d'une évaluation continue des pratiques. La mise en place d'indicateurs de performance, de tableaux de bord et d'audits internes permet au cadre de proximité d'adapter son organisation en fonction des réalités du terrain. Cependant, nous avons également mis en garde contre une dérive technocratique de ces outils à l'image des grands de la silicone Valley. Ces outils, s'ils sont trop centrés sur des données chiffrées, ils risquent de réduire la performance des équipes à une simple logique de productivité, au détriment de la qualité du travail soignant et du bien-être des équipes.

Cette épreuve intégrée a mis en évidence l'impact crucial du cadre de proximité sur la performance d'une équipe soignante. Son rôle dépasse largement celui d'un simple gestionnaire, il est un acteur central du fonctionnement collectif, dont l'action influence directement la motivation des soignants, la fluidité des soins et la qualité de la prise en charge des patients.

Cependant, ce travail a aussi révélé les contraintes et limites qui pèsent sur l'action du cadre de proximité. Pris entre les objectifs institutionnels et la réalité du terrain, son pouvoir d'action est parfois restreint par des décisions hiérarchiques, des contraintes budgétaires et des effectifs insuffisants. Ainsi, peut-on réellement parler d'un impact direct et autonome du cadre sur la performance des équipes ?

Nous avons constaté que même si le cadre joue un rôle essentiel, sa capacité à influencer la performance reste conditionnée par des facteurs externes. L'organisation hospitalière générale avec les politiques de restriction de budget de la santé, la gestion des ressources humaines, ou encore la reconnaissance institutionnelle de son rôle. Ces éléments soulèvent chez nous une interrogation nécessaire : le cadre de proximité est-il réellement un levier de changement, ou demeure-t-il un simple relais des politiques hospitalières ?

En ce sens, cette épreuve intégrée ouvre la voie à plusieurs perspectives. Tout d'abord, l'évolution du rôle du cadre de proximité mérite d'être questionnée. Aujourd'hui, sa mission est encore trop souvent réduite à des tâches administratives et à une gestion de crise permanente. Or, ne devrait-il pas être davantage impliqué dans les décisions stratégiques des institutions ? Son rôle pourrait évoluer vers un modèle plus participatif, où il jouerait un rôle de coordinateur des innovations organisationnelles et managériales. Sa voix serait alors un poids dans le choix des politiques institutionnelles.

Ensuite, la place du numérique dans la gestion hospitalière pose de nouvelles questions. Si les outils digitaux peuvent améliorer le suivi des indicateurs et la gestion du travail, ils risquent aussi d'accentuer la pression sur les équipes en introduisant une culture du contrôle renforcé. Comment préserver une approche humaine du management dans un environnement où l'évaluation chiffrée prend de plus en plus de place ?

Enfin, cette réflexion peut s'inscrire dans une poursuite académique et professionnelle. Un Master en gestion des établissements de santé permettrait d'approfondir ces enjeux en élargissant le regard au management stratégique hospitalier. Ce parcours nous permettrait notamment d'explorer des modèles de gestion alternatifs, intégrant une approche plus participative et inclusive.

En conclusion, cette épreuve intégrée a mis en lumière les enjeux et paradoxes du cadre de proximité. Si la performance des équipes soignantes dépend largement du cadre, elle ne peut être dissociée des politiques institutionnelles et des conditions de travail globales. Il apparaît donc nécessaire de repenser le rôle du cadre, non plus seulement comme un gestionnaire, mais comme un acteur clé du changement et de l'amélioration continue au sein des établissements de santé. La véritable performance ne se résume pas à l'atteinte d'objectifs chiffrés : elle réside dans la capacité du cadre à instaurer un environnement de travail équilibré, éthique et durable, où soignants et patients puissent évoluer dans les meilleures conditions.

Annexe 1

Source : Grégory Wegmann. Comparaison Balanced Scorecard - Navigator. Bouton O. Et Chernet D. Indicateurs et tableaux de bord, Afnor Editions, p. 1-11 Chapitre VII - 10-13, 2008.

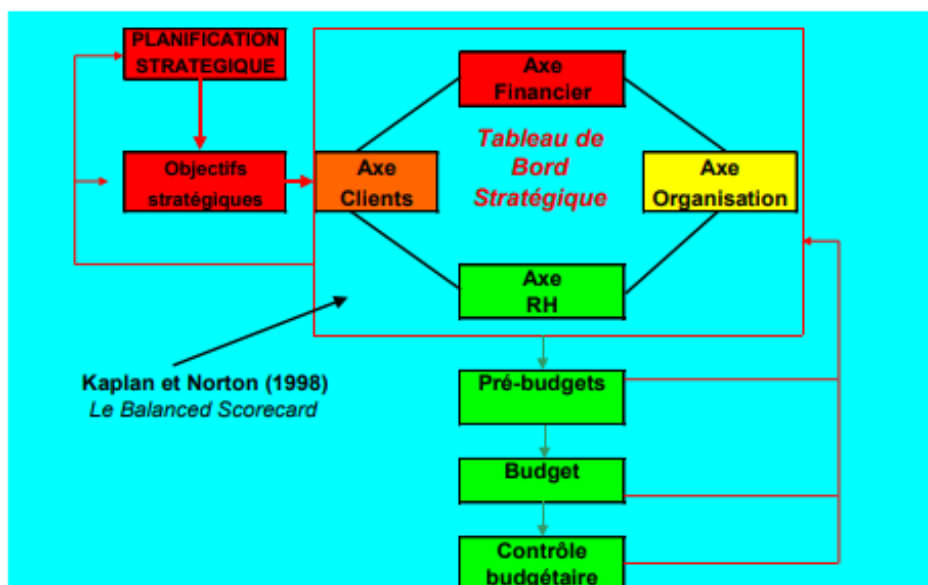
La figure 1 propose une présentation générique du BSC.

1.2 Le Balanced Scorecard aujourd'hui

Un BSC (Kaplan et Norton, 1998) est un tableau de bord où des indicateurs sont articulés à plusieurs objectifs stratégiques définis au préalable. Beaucoup de ces indicateurs sont de nature non financière. Le BSC a remporté un vif succès, aussi bien aux États-Unis que dans le reste des pays industrialisés. Même si en France, cette démarche est un peu moins connue qu'ailleurs, quelques grandes entreprises s'y sont intéressées. Plusieurs enquêtes montrent que le BSC est aujourd'hui l'outil de pilotage innovant le plus célèbre et le plus utilisé. Une enquête menée dans les différents pays de l'Union Européenne en 2004 (Jouenne et al., 2005) montre que 41 % des entreprises interrogées prétendent utiliser cet outil (35 % en France).

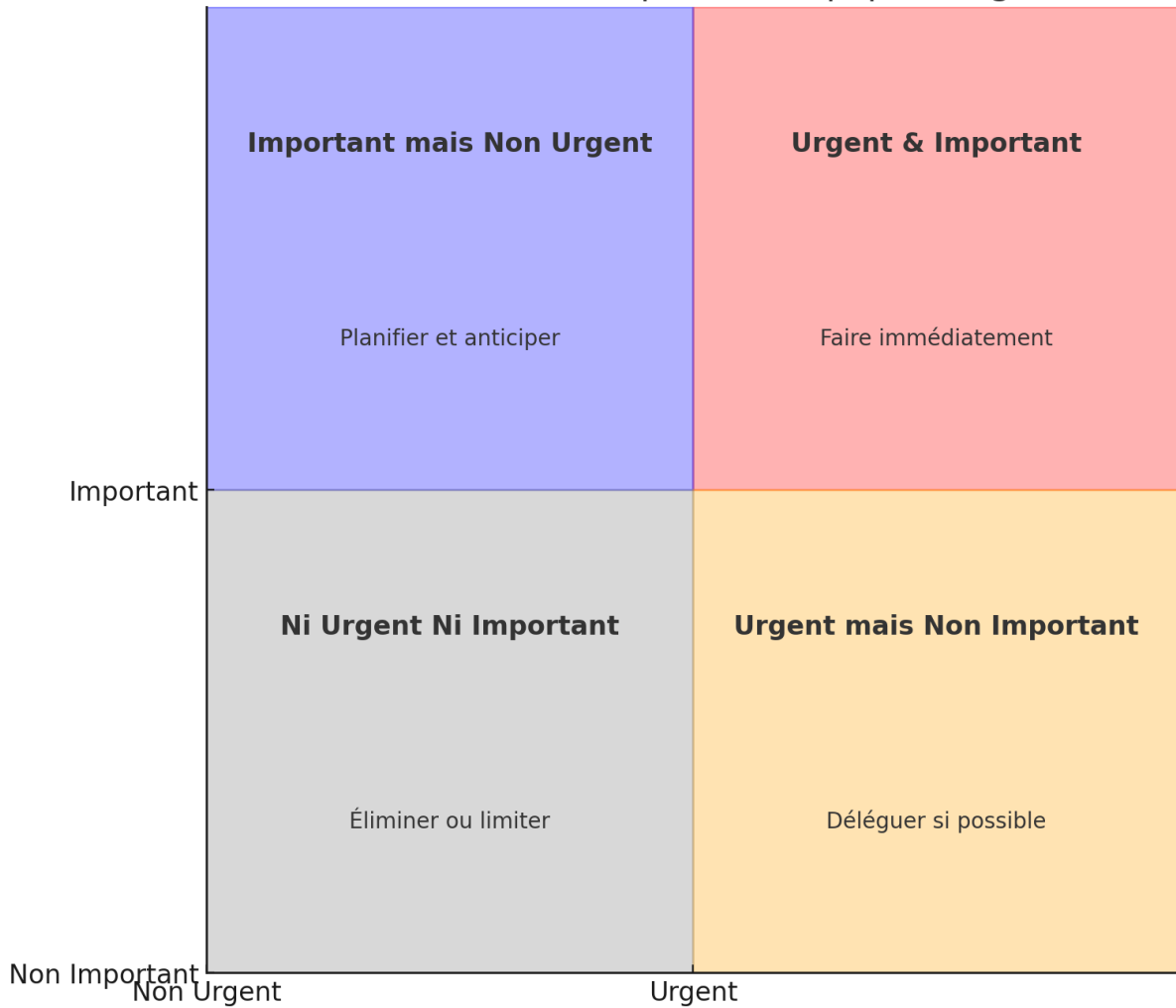
La vocation première du BSC est d'articuler les perspectives à moyen terme d'une entreprise à ses activités opérationnelles, autrement dit de résoudre la problématique de l'articulation du contrôle de gestion au management stratégique. Ainsi, comme le montre la figure 2, l'outil s'inscrit dans le cycle plans-budgets-contrôle.

Figure 2 - Le BSC comme outil d'articulation des plans stratégiques aux budgets



Annexe 2

Matrice d'Eisenhower pour les équipes soignantes



BIBLIOGRAPHIE

Livres et Revues :

- Hollnagel, E., Journé, B. & Laroche, H. (2009). La fiabilité et la résilience comme dimensions de la performance organisationnelle. *M@n@gement*, 12, 224-229.
- Schindler, A. Dudézert. Le pilotage de la performance par les valeurs à travers une approche systémique : le cas du centre de recherche intégré., juin 2007, Montréal, Québec, Canada.
- Cauvin, É., Neumann, B. & Roberts, M. (2010). Évaluation de la performance des managers : L'effet de l'ordre de présentation et de l'importance relative des indicateurs financiers et non financiers. *Comptabilité contrôle Audit*, 16, 31-47.
- Poincelot, É., Wegmann, G. (2005). Utilisation des critères non financiers pour évaluer ou piloter la performance : analyse théorique. *Comptabilité contrôle Audit*, 11, 109-125.
- Nathalie Bernard. Bien-être au travail et performance de l'entreprise : une analyse par les paradoxes. Gestion et management. Université Grenoble Alpes, 2019. Français
- Godé, C., Melkonian, T. et Picq, T. (2016). Performance collective, quels enseignements des contextes extrêmes ? *Revue française de gestion*, N° 257 (4), 73-78.
- Tollenaere, B., Lien entre la motivation, les caractéristiques d'efficacité de l'équipe et la paresse sociale chez les étudiants de Master à l'UCL. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2017.
- Rolo, D. (2017). Histoire et actualité du concept de souffrance éthique. *Travailler*, n° 37 (1), 253-281.
- D'agenais, B. (2007). Edgar Morin et la pensée complexe. Hermès, *La Revue*, n° 48 (2), 179-184
- Yvon Pesqueux. Définition de la notion de qualité, chronologie et fondements de la gestion de la qualité. Master. France. 2020.
- Gauzente C., « Mesurer la performance des entreprises en l'absence d'indicateurs objectifs : quelle validité ? *Finance Contrôle Stratégie* »
- Fayolle, J. (2018). À propos de la gouvernance par les nombres, pour une articulation de la raison juridique et de la raison statistique. *Droit et société*, N° 98 (1), 203-226.
- Le Pogam, M., Luangsay-Catelin, C. & Notebaert, J. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25, p.116-134.

- Cohen, R. (2013). Plaidoyer pour un leadership bienveillant. *L'Expansion Management Review*, N° 148 (1), 90-99.
- Dumas, M., Douguet, F. et Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 20, vol. 5 (1), 45-67.
- Merlin, M. (2009). Foucault, le pouvoir et le problème du corps social. *Idées économiques et sociales*, N° 155 (1), 51-59.
- Bilheran, A. (2016). Chapitre 1. Histoire et étymologie de l'autorité. Dans :
- A. Bilheran, *l'autorité : Psychologie et psychopathologie* (pp. 23-60). Paris : Armand Colin.
- Kauffmann, É. (2014). « Les trois types purs de la domination légitime » de Max Weber : les paradoxes de la domination et de la liberté. *Sociologie*, Vol. 5 (3), 307-317.
- Venter, Ian, et Martina Kotzé. « Les différences au niveau de l'intelligence émotionnelle entre les dirigeants efficaces et les moins efficaces dans le secteur public : étude empirique », in *Revue internationale des Sciences administratives*, vol. 77, n° 2, 2011, p. 405-439.
- Ben Zarb, K., de La Robertie, C. & Karoui Zouaoui, S. (2019). *Leadership ambidextre : résultats d'une étude qualitative exploratoire*. @GRH, 30, 105-136.
- Saint-Michel, S. et Wielhorski, N. (2011). *Style de leadership, LMX et engagement organisationnel des salariés : le genre du leader a-t-il un impact ?* @GRH, n° 1 (1), 13-38.
- Routelous, C., Ruiller, C. et Lux, G. (2021). La pénibilité au travail dans les EHPAD... Et si le management « salutogénique » était une solution ? *Gestion et management public*, Volume 9/n° 1 (1), 9-35.
- Hardavella G, Aamli-Gagnat A, Saad N, Rousalova I, Sreter KB. How to give and receive a feedback effectively. *Breathe (Sheff)*. 2017 Dec;13(4):327–333.
- Brunet, E. (2021). Outil 29. La méthode DESC. *La boîte à outils de la facilitation*. (p. 96 - 97). Dunod.
- Huet, C., Rohou, G. et Thomas, L. (2020). Outil 1. La matrice d'Eisenhower. *La boîte à outils du Bien-être au travail — 2e éd.* (p. 12 -13). Dunod.
- Lanore, P. (2023). 8. Matrice d'Eisenhower. *Guide indispensable des décisions efficaces De Maslow à la matrice BCG, les modèles pour décrypter, comprendre et agir*. (p. 460 - 469). Mardaga.

- Dumas, M., Douguet, F. et Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, n° 20, vol. 5 (1), 45-67.
- Le Pogam, M., Luangsay-Catelin, C. & Notebaert, J. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25, p.116-134.
- Lelong, A., Mise en place de stratégies d'évaluation des pratiques et des programmes de santé à travers une informatique distribuée. Médecine humaine et pathologie. Université d'Auvergne — Clermont-Ferrand I, 2015

Sites Internet :

- <https://www.cnrtl.fr/etymologie/performance> (consulté le 07/03/25)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/performance/59512> (consulté le 28/04/24)
- <https://www.socsci.mcmaster.ca/~econ/ugcm/3ll3/durkheim/divtrav.html> (consulté le 08/04/24)
- https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1980_num_31_1_2069 (consulté le 30/12/24)
- <https://journals.openedition.org/interventionseconomiques/23098> (consulté le 30/12/24)
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf (consulté le 30/12/24)
- <https://www.fr-deming.org/HorsdelaCrise> (consulté le 10/03/2025)
- https://www.res-homini.com/file/si1691004/download/principe_du_balanced_scorecard_de_r-fi25858652.pdf (consulté le 10/03/2025)
- https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/fe9.pdf (consulté le 10/03/2025)
- https://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/crozier_friedhtml_1263304018392.html (consulté le 10/03/2025)
- https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-en-sante (consulté le 12/1/24)
- <https://www.cnrtl.fr/etymologie/cadre> (consulté le 20/08/23)

- https://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html
(consulté le 20/08/2023)
- https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-13-juillet-2006_n2006022730.html
(consulté le 07/03/2025)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022> (consulté le 07/03/25)
- <https://www.cnrtl.fr/etymologie/pouvoir> (consulté le 20/08/2023)
- <https://www.enssib.fr/bibliotheque-numerique/documents/1642-le-concept-de-pouvoir-dans-les-organisations.pdf> (consulté le 24/02/25)
- <https://www.enssib.fr/bibliotheque-numerique/documents/1642-le-concept-de-pouvoir-dans-les-organisations.pdf> (consulté le 24/02/25)
- <https://www.relyens.eu/fr/newsroom/blog/cadre-de-proximite> (consulté le 25/02/25)
- <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/ds/kaelbel.pdf> (consulté le 25/02/25)
- <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/5418> (consulté le 25/05/25)
- https://pedagogie.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/02-MISSIONS-ACADEMIQUES/mission-tutorat/livret-boi_te_a_outils_FO_E_coute_Active.pdf (consulté le 15/03/25)
- https://www.bibliotheque-initiatives.fonction-publique.gouv.fr/files/2023-05/Ebook_manuel_CNV.pdf (consulté le 15/03/25)
- [Time Blocking: méthode ultime pour une productivité optimisée \[2025\] • Asana](#)
(consulté le 15/03/25)
- [flyer_interruption_taches_ldv.pdf](#) (consulté le 15/03/25)

Divers :

- Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, document de cours (U.E. 2, Gestion des ressources humaines du secteur de la santé)
- Charlier. G., *Un cadre, une équipe, des performances : la cohésion est-elle le lien ?* Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, Tournai. 2013-2014.
- Cardon. C., *L'audit interne : un outil du management de la qualité au service du cadre de santé.*, Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, Tournai. 2020-2021.

ABSTRACT

Dans un contexte hospitalier en constante évolution, le cadre de proximité joue un rôle central dans la gestion des équipes soignantes. Son action oscille entre exigences institutionnelles et dynamique de terrain, soulevant une question centrale : en quoi ses pratiques de gestion influencent-elles la performance d'une équipe soignante ? Ce mémoire explore cette problématique en articulant l'analyse autour de trois axes majeurs.

Tout d'abord, une réflexion théorique sur la notion de performance hospitalière met en lumière les tensions entre indicateurs quantitatifs de productivité et dimensions humaines du soin. Ensuite, une étude approfondie du rôle du cadre de proximité souligne la complexité de son positionnement entre leadership, autorité et pouvoir, ainsi que son impact sur la cohésion d'équipe. Enfin, une approche pragmatique identifie les outils de gestion mobilisables, tels que les stratégies de communication, la gestion du temps et la répartition des tâches, en insistant sur l'importance d'une évaluation continue via des indicateurs de performance et des audits internes.

Les résultats démontrent que l'efficacité du cadre de proximité ne repose pas uniquement sur l'application de modèles de gestion, mais sur sa capacité à adapter ses pratiques aux réalités du terrain. La performance collective ne peut être atteinte sans une gestion équilibrée entre exigence institutionnelle et bien-être des soignants. Toutefois, certaines limites persistent, notamment la difficulté de concilier rentabilité et qualité des soins, ou encore la résistance au changement au sein des équipes.

Ces observations ouvrent la voie à une réflexion plus large sur l'évolution du rôle du cadre de proximité. À l'heure où les établissements de santé cherchent à optimiser leurs performances, il devient essentiel de repenser son positionnement et ses marges de manœuvre. Ce travail pourrait ainsi être prolongé par une étude sur l'impact des formations en management hospitalier ou par une analyse plus fine des modèles d'organisation favorisant une autonomie accrue des équipes soignantes.

Mots-clés : cadre de proximité, management hospitalier, performance soignante, gestion d'équipe, leadership, indicateurs de performance.