

**UNIVERSITE PARIS DESCARTES**

**Le management de l'infirmière diplômée d'état**

**coordinatrice :**

**La collaboration, le reflet d'une certaine mentalité ?**

**Sophie Jouenne**

**Directeur de mémoire : Frédérique Lapierre**

**Année 2019**

## **Remerciements**

Je remercie tous les professionnels pour leur disponibilité, leur participation à l'élaboration de ce travail.

Merci à l'équipe pédagogique pour leur réactivité face aux étudiants, comme moi suivant les cours par correspondance.

Car je dois bien l'avouer, exercer sa profession, s'occuper de sa famille et suivre les cours en parallèle, repose sur beaucoup de difficultés.

Merci à mes collègues, à mes proches.

## Table des matières

Remerciements .....	2
Introduction .....	5
1. Questionnement et méthodologie .....	8
<b>1.1. Questionnement</b> .....	8
<b>1.2. Question de départ</b> .....	10
<b>1.3. Méthodologie de recherche adoptée</b> .....	10
2. Cadre conceptuel .....	11
<b>2.1. Les établissements et services médico-sociaux</b> .....	11
2.1.1. Les Établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes .....	11
2.1.2. Les services de soins infirmiers à domicile.....	13
<b>2.2. Les IDEC dans les établissements et services médico-sociaux</b> .....	14
<b>2.3. Leurs missions</b> .....	16
<b>2.4. Aspect légal et réglementaire régissant le métier IDEC</b> .....	17
<b>2.5. Les enjeux du management IDEC dans les établissements et services médico-sociaux</b> .....	18
2.5.1. Le management d’après Henry Mintzberg.....	18
2.5.2. Le management d’après Rensis Likert .....	18
<b>2.6. La notion de collaboration, le travail collaboratif</b> .....	21
<b>2.7. L’importance de la communication</b> .....	24
<b>2.8. Les facteurs de la dynamique de groupe</b> .....	26
<b>2.9. Confiance et collaboration</b> .....	27

<b>2.10. Le concept de cohésion</b> .....	29
3. Enquête exploratoire .....	31
<b>3.1. Méthodologie</b> .....	31
<b>3.2. Analyse des résultats</b> .....	33
Conclusion.....	37
Bibliographie.....	38
Annexe .....	40

## Introduction

En France, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, grâce notamment à l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène, ainsi que les progrès de la médecine. Une enquête de la DREES ou Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques de septembre 2018 a confirmé que le nombre de personnes âgées va continuer d'accroître. Dans les EHPADs ou Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes, le nombre de personnes âgées entrant continuent également d'augmenter.

De même, le nombre d'EHPAD est en croissance. Jadis, la population vieillissait en famille. En effet, quand le niveau de dépendance ne nécessitait pas le maintien à domicile, les enfants prenaient en charge leurs parents. De plus, il était difficile de trouver une place en maisons de retraite, en raison de leur rareté.

À l'origine, les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes étaient des hospices, et ils ont été gérés par les religieux, dont l'objectif était d'héberger les personnes les plus défavorisées, et celles qui n'avaient pas de famille.

Toutefois, l'évolution de la société a complètement changé le mode de vie, entraînant en ce sens une mutation de la structure familiale. Ainsi, les enfants, pour des raisons économiques, se sont géographiquement peu à peu éloignés des parents. Par conséquent, ces derniers ne pouvaient plus être pris en charge par leurs enfants comme cela se faisait par le passé.

En outre, les personnes âgées sont de nos jours plus indépendantes, leur mentalité ayant également évolué. Elles se refusent effectivement d'être une charge pour leurs enfants. Dans cet ordre d'idée, la politique de santé a aussi évolué, et elle est beaucoup plus favorable au maintien des aînés à leur domicile, de par le développement de bon nombre de prestations à domicile, à l'instar du SSIAD ou Services de Soins Infirmiers à Domicile.

Néanmoins, lorsque la personne âgée n'est plus en mesure d'assurer seule sa prise en charge, que l'état de dépendance se fait peu à peu sentir et qu'elle se met en danger, l'entrée en Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes devient de ce fait inévitable.

Toutefois, force est de constater que de cette décision, incontournable, est souvent vécue comme une situation traumatisante. En effet, malgré les divers changements qui ont été entrepris dans les EHPADs, l'image qu'ils véhiculent reste très négative.

Parallèlement à cette évolution, les soignants dénoncent d'une part le manque de temps causant de ce fait une souffrance ainsi qu'un épuisement à la fois physique, éthique et moral, et d'autre part la surcharge de travail : des facteurs pouvant engendrer une baisse de la qualité des soins des personnes âgées.

En 2017, ce sont les AS ou les aides-soignants d'un EHPAD privé se trouvant à Fouchers dans le Jura, qui ont pris l'initiative non seulement de dénoncer, mais aussi de médiatiser leur souffrance et d'évoquer le sujet de la maltraitance que ces derniers pouvaient commettre malencontreusement aux résidents. Autrement dit, une moins bonne qualité au niveau des soins, en rapport aux mauvaises conditions de travail dans les Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes.

Ainsi, après quelques mois de grève, ces professionnels ont obtenu gain de cause. Toutefois, même si aucune reconnaissance ne s'était traduite par une hausse de rémunération, la direction avait annoncé la mise en place de deux nouveaux postes, ainsi que la possibilité d'être remplacés en cas d'absence des soignants.

Toutefois, il convient aussi de noter qu'en 2018, ce sont les Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes publics qui se sont révoltés en raison de la réforme du financement des établissements, qui avait été votée sous le précédent quinquennat qui a été institué par le nouveau gouvernement.

Une réforme prévoyant l'alignement progressif jusqu'en l'année 2023, ainsi que des dotations à tous les Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes publics qu'ils soient publics ou encore privés. La plupart des syndicats sont d'avis que cette politique a pour but de prendre aux moins pauvres, ayant un ratio d'encadrement de 7 pour 10, dans le but de donner à ceux qui sont davantage dans le besoin.

Selon le rapport du médiateur engagé par l'Etat sur ladite question, Pierre Ricordeau, la réforme en question n'a en aucun cas anticipé les conséquences négatives sur 20 à 25 % des Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes qui sont essentiellement publics, la plus grande part des gains étant principalement pris par le secteur privé<sup>1</sup>.

Par ailleurs, au cours de la grève nationale qui s'est produite le 30 janvier 2018, le personnel soignant des services de soins infirmiers à domicile également appelé les Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes à se joindre à lui, dans le but d'exprimer leur épuisement, et de réclamer bon nombre de moyens pour la qualité des soins.

Aussi, la question s'est posée sur les raisons pouvant motiver la collaboration dans les Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes et dans les services de soins infirmiers à domicile. Qu'est-ce qui doit être mis en place afin de favoriser la collaboration ?

Tous ces questionnements ont motivé le choix du thème portant principalement sur « le management de l'infirmière diplômée d'état coordinatrice : la collaboration, le reflet d'une certaine mentalité ? ».

Pour ce faire, le présent mémoire s'organise autour de trois grands axes. De prime abord, il importe d'identifier le questionnement ainsi que la méthodologie. En second lieu, il sera axé sur le cadre conceptuel. Et en troisième lieu, il portera sur la partie enquête exploratoire.

---

<sup>1</sup> RICORDEAU, Pierre. INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Rapport n°2018-023-R.

# 1. Questionnement et méthodologie

## 1.1. Questionnement

Notre pratique sur le terrain me fait comprendre que l'IDEC, ou encore l'infirmière diplômée d'état coordinatrice, est quotidiennement confrontée à bon nombre de problèmes, mais plus particulièrement à celui de la collaboration au niveau de l'équipe soignante. En effet, dans la pratique, on peut remarquer que la communication entre professionnels est compliquée, et que l'écoute est peu ou pas pris en compte.

Il convient aussi de mentionner que les cadences et les rythmes de travail assez soutenus, et imposés par le système de financement et la méthode de fonctionnement de certains établissements gênent les professionnels à être optimaux.

Une telle situation renvoie à nos propres expériences, mais questionne également sur le rôle de l'infirmière diplômée d'état coordinatrice en tant que manager des équipes en question.

Par ailleurs, nous sommes également confrontés à diverses difficultés, pour ne citer que :

- Les problèmes de recrutement ;
- Un taux d'accident du travail qui s'avère beaucoup supérieur à la moyenne nationale et dépassant de loin le taux d'accident dans le secteur du BTP.
- Un taux important d'absentéisme ;
- Des soins moins qualitatifs.

Toutefois, au cours de ma pratique, j'ai pu constaté un manque de prise d'initiative chez certains soignants pour aller au-delà des différentes tâches portant sur l'hygiène. J'ai aussi remarqué les quelques problèmes à conduire et à instiller la cohésion d'équipe et leur sentiment d'appartenance.

À l'inverse des idées reçues, le fait d'exercer au niveau du système de santé n'est pas qu'un sacerdoce, dans la mesure où c'est un métier qui s'apprend tout au long de sa carrière. En effet, c'est un travail difficile non seulement au niveau éthique, physique, mais aussi au niveau moral.

En outre, le système de santé nécessite la mobilisation de nombreux professionnels armés et épaulés, dans le but de garantir d'une part la qualité de la prise en charge, et d'autre part l'accompagnement des patients. Aussi, face aux observations et face à un tel constat, je me questionne sur les points suivants :

- Comment mettre en place une cohésion d'équipe ?
- De quelle manière pourrait-on motiver une équipe ?

À l'époque de la prise de conscience non seulement par les instances gouvernementales, mais aussi par les firmes de l'importance de la qualité de vie et du bien-être au travail, les questions qui se posent sont les suivantes :

- Qu'en est-il des personnes qui s'occupent quotidiennement de la qualité de vie des résidents et également des patients ?

À titre de précision, il convient de noter que l'une des lignes directives du 3e Plan de santé au travail ou PST 3 est de « *faire d'une part de la qualité de vie au travail un objet stratégique et d'autre part en favoriser la mise en œuvre* »<sup>2</sup>, dans la mesure où l'on considère que le bien-être de l'équipe soignante améliore la qualité du soin ainsi que de la prise en charge, pour ne pas dire que son mal-être puisse induire la maltraitance des patients ou des résidents<sup>3</sup>.

Aussi, la question qui se pose est donc de savoir quel est le rôle de l'infirmière diplômée d'état coordinatrice dans le cadre de la qualité de vie au travail de son équipe ? Par quels moyens favoriser le bien-être de ce dernier au travail ?

---

<sup>2</sup> <http://travail-emploi.gouv.fr>

<sup>3</sup> GALLET. Anne-Marie, Anact, GHADI. Véronique, HAS, LIAROUTZOS. Olivier, Anact. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. has-sante. 2017.

Notre objectif est de ce fait de trouver diverses pistes dans le but de connaître si par son management, l'infirmière diplômée d'état coordinatrice impacte positivement la collaboration l'équipe soignante et la qualité des soins.

En effet, notre question de départ, mais également notre méthodologie a pour finalité d'apporter des éléments de réponses à cet objectif.

## **1.2.Question de départ**

Toutes les situations mentionnées ci-dessus ont alors conduit à s'interroger sur le management de l'infirmière diplômé d'état coordinatrice. En ce sens, notre question de départ est la suivante :

**Comment susciter la collaboration dans le travail infirmier ?**

## **1.3.Méthodologie de recherche adoptée**

Dans le but de débiter l'élaboration du présent mémoire, j'ai réalisé des recherches portant sur les divers concepts pouvant ressortir de mes questionnements.

Nous allons commencer par une présentation du contexte actuel en mettant en avant

- L'organisation des services de soins infirmiers à domicile et des Établissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes ;
- Les « casquettes » de l'infirmière diplômée d'état coordinatrice ;

Par la suite, nous allons également aborder les différents types de management ainsi que leur application au niveau de l'organisation du soin par l'infirmière diplômée d'état coordinatrice.

Dans la troisième partie de notre étude, appelée l'enquête exploratoire, nous allons centrer notre analyse sur les IDEC travaillant en SSIAD et en EHPAD en ce qui concerne leur idéal ainsi que leur vécu du métier, plus particulièrement sur les différentes actions menées, pour susciter la collaboration dans le travail infirmier. En ce sens, nous allons donc nous intéresser au bien-être et à la qualité de vie au travail de l'équipe soignante.

Par ailleurs, nous allons aussi mettre en place un questionnaire semi-directif en vue :

- D'une part de laisser libre cours aux réponses fournies par les personnes interviewées ;
- D'autre part, le cas échéant, d'orienter les entretiens dans la mesure où les réponses ne sont pas spontanées.

## 2. Cadre conceptuel

### 2.1. Les établissements et services médico-sociaux

#### 2.1.1. Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

De nos jours, l'âge moyen des résidents dans les Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est de 85 ans, et leur niveau de dépendance de ces derniers est très élevé. D'après l'INSEE, « *la durée moyenne de la dépendance, lorsqu'elle survient, est de 4,4 ans* »<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Source : <https://www.insee.fr>.

Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peuvent être :

- « *Publics dont 44% des EHPAD actuel* »<sup>5</sup> ;
- « *Privés associatifs à but non lucratif représentant principalement 31%* »<sup>6</sup> ;
- « *Privés commerciaux 25%* »<sup>7</sup>.

Ils hébergent ainsi des individus âgés de plus de 60 ans, ayant ou non un handicap temporaire ou permanent.

Les établissements en question proposent et dispensent également des actes paramédicaux et médicaux, des actions de prévention et diverses actions d'éducation à la santé. Ils apportent notamment une aide à la vie quotidienne adaptée, et jouissent généralement d'un pôle animation.

Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont en effet des lieux de vie dans lequel les résidents peuvent emménager et en partir comme ils quittent leur chez soi. De ce fait, ils y circulent donc librement. Les résidents disposent effectivement de logement privatif que chacun peut décorer en fonction de son goût.

Ils sont constitués :

- D'un directeur d'établissement ;
- D'une équipe de soignants, qui est principalement dirigée par une infirmière diplômée d'état coordinatrice ;
- D'une équipe hôtelière ;
- D'une équipe d'animation ;
- Et aussi d'un médecin coordonnateur.

---

<sup>5</sup> UÉE, Michel. REBILLARD, Cyril. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Insee. 2006

<sup>6</sup> *ibid.*

<sup>7</sup> *ibid.*

### 2.1.2. Les services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile proposent des prestations de soins, non seulement aux adultes de moins de 60 ans ayant un handicap, mais également aux individus âgés de plus de 60 ans.

Les structures en question peuvent être privées ou publiques. Il convient aussi de mentionner que les équipes sont constituées au minimum :

- D'une IDEC ;
- D'aide-soignant ;
- D'AMP ou d'aides médico-psychologiques ;
- Et enfin, d'AES ou d'accompagnants éducatifs et sociaux.

En outre, les services de soins infirmiers à domicile travaillent ou emploient également en partenariat avec :

- Les infirmiers ;
- Les psychologues ;
- Les ergothérapeutes ;
- Ainsi que les psychomotriciens.

Ils forment également un maillon indispensable du maintien à domicile, par l'intermédiaire d'une présence quotidienne. En ce sens, ils ont pour mission de garantir une coordination gérontologique ; participent à un meilleur recours à l'ensemble des soins hospitaliers en différant, ou en prévenant les hospitalisations et en simplifiant un retour avancé au domicile ; préviennent, ralentissent ou prorogent la perte d'autonomie, ainsi que l'entrée en établissement.

Par ailleurs, les services de soins infirmiers à domicile peuvent également non seulement accompagner les aidants ainsi que les familles, mais aussi soutenir les personnes en fin de vie qui désirent rester à leur domicile.

Toutefois, le maintien à domicile a une certaine limite, comme :

- La solitude ;
- La peur ;
- L'habitat inadapté,
- L'angoisse ;
- Le manque ou l'épuisement des aidants ;

Dans cette optique, le fait de déménager dans un Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes peut donc être indispensable pour la bonne prise en charge, mais aussi pour la sécurité de l'individu dépendant.

## **2.2. Les IDEC dans les établissements et services médico-sociaux**

Les IDEC en SSIAD ou en EHPAD ont pour rôle de garantir la qualité ainsi que la continuité de la prise en charge des résidents et des patients, par le biais d'une part de la gestion d'une équipe, et d'autre part de la coordination entre les divers protagonistes de cette prise en charge.

La coordination constitue l'une des premières missions des IDEC. Ainsi, d'après les explications de Lebœuf, l'infirmière diplômée d'état coordinatrice participe à l'ensemble des actions portant sur la coordination des professions de santé ainsi que celle des professions sociales conduisant en ce sens à une prise en charge des individus<sup>8</sup>.

Il convient toutefois de noter qu'aucun référentiel n'existe en ce qui concerne le poste de l'infirmière diplômée d'état coordinatrice et les fiches de poste diffèrent d'un établissement à l'autre. A partir de nos recherches, nous avons pu établir une liste non exhaustive et énumérative des tâches qui incombent à l'IDEC. Ainsi,

- L'infirmière diplômée d'état coordinatrice assure le management du personnel ; en ce sens, il est chargé de :

---

<sup>8</sup> LE BOEUF, Dominique. L'infirmier coordonnateur dans le système de soins français. Soins, juin 2016, n°806.

- ✚ La réalisation du planning ;
  - ✚ La gestion des remplacements ;
  - ✚ La gestion des recrutements ;
  - ✚ La prise en considération ainsi que l'amélioration de toutes les conditions de travail du personnel ;
  - ✚ L'accueil, mais également le suivi des nouveaux salariés ainsi que des stagiaires.
- L'infirmière diplômée d'état coordinatrice prend la responsabilité en ce qui concerne la qualité des soins, autrement dit, la connaissance et le suivi de l'ensemble des dossiers. Dans cette optique, le professionnel est donc le garant de la qualité et du bon usage des documents du service et de l'ensemble des protocoles en rapport avec la loi applicable. Il veille aussi à ce que la politique de l'établissement soit respectée.
  - L'infirmière diplômée d'état coordinatrice assure la gestion du matériel et veille à sa bonne utilisation, le suivi des transmissions, les réunions pluridisciplinaires, ainsi que l'organisation du staff.

A tout ce que nous venons de mentionner plus haut s'ajoutent également la coordination des parties prenantes, le relationnel ainsi que la médiation, en entretenant ou en créant le rapport entre les intervenants aussi bien internes qu'externes.

L'IDEC favorise par ailleurs le rapport avec les résidents et les patients ainsi que leurs familles, avec un accompagnement à partir de la visite de préadmission allant même jusqu'au départ de la structure ou la fin de vie.

Ceci montre la charge de travail, ainsi que les compétences requises : L'IDEC doit en effet être en mesure de manager, d'avoir des compétences relationnelles et des capacités de soignante. La relation aux équipes soignantes ainsi que le management constituent une part importante du travail de l'infirmière diplômée d'état coordinatrice.

### 2.3. Leurs missions

L'infirmière diplômé d'état coordinatrice se place à l'interface du médico-social et du sanitaire, dans une approche qualité qui vise à maximaliser le suivi et l'accompagnement journalier des résidents ou des patients, en intégrant bon nombre de composantes du soin.

De nos jours, la présence des infirmières coordinatrices est devenue une condition non négligeable au conventionnement des Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes.

Collaborant avec le médecin coordonnateur, l'IDEC est donc rattachée à la direction et joue un rôle d'intermédiaire entre pharmacien, le médecin traitant et l'équipe d'intervention, dont elle coordonne et contrôle l'ensemble des activités.

L'infirmière diplômé d'état coordinatrice garantit aussi la bonne transmission de l'ensemble des informations, mais aussi la bonne tenue des dossiers médicaux. Elle concourt à la mise en œuvre, à l'élaboration, ainsi qu'au développement du projet de service à domicile ou d'établissement.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les missions de l'infirmière diplômé d'état coordinatrice sont multiples, et deviennent de plus en plus compliquées. En outre, la fonction tend vers celle de cadre de santé et s'articule autour de quatre axes :

- La connaissance du secteur gériatrique ;
- La conduite de projets.
- Les spécificités du vieillissement ;
- Le management des équipes de soins ;

Aussi, dans ses missions :

- L'IDEC accompagne les acteurs à élaborer et à mettre en place divers projets de soins, de vie individualisée, en participant notamment au CVS ou Conseil de la Vie Sociale.

- L'IDEC coordonne aussi les activités de l'équipe soignante, qui participe à l'évaluation de l'autonomie de la personne. En ce sens, elle renseigne l'ensemble des comportements ou des événements portant sur le résident pouvant ainsi changer le programme de soins.
- Elle s'assure de la continuité des soins, plus particulièrement la nuit, le week-end, et les jours fériés.
- Elle gère également la logistique des repas, de la blanchisserie, et de l'entretien des locaux.

#### **2.4.Aspect légal et règlementaire régissant le métier IDEC**

En ce qui concerne les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes, nous retrouvons pour la première fois la fonction d'infirmière diplômé d'état coordinatrice sous l'appellation d'« infirmier référent » dans l'Arrêté du 26 avril 1999 « fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle ».

En ce sens, le cahier de charge énonce qu'« *il pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente, qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gérontologiques de qualité* »<sup>9</sup>.

En ce qui concerne les services de soins infirmiers à domicile, la loi est beaucoup plus claire. Le rôle de l'infirmière diplômée d'état coordinatrice est défini dans la circulaire DGAS/2 C n° 2005-111 du 28 février 2005<sup>10</sup>.

En ce sens, elle est responsable de :

- L'évaluation ;
- L'organisation et la coordination des soins ;

---

<sup>9</sup> Arrêté du 26 avril 1999 « fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

<sup>10</sup> Circulaire DGAS/2 C n° 2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

- La participation du service à l'ensemble des activités du centre local d'information et de coordination ;
- La gestion du SSIAD ;
- La coordination du service avec l'ensemble des partenaires
- La coordination des soins à prodiguer.

## **2.5. Les enjeux du management IDEC dans les établissements et services médico-sociaux**

### 2.5.1. Le management d'après Henry Mintzberg

Henry Mintzberg, ayant écrit bon nombre d'ouvrages concernant le management, le définit comme étant la présence d'un système d'administration et d'autorité, personnifié par des managers au sein d'une hiérarchie organisée et dont la fonction première consiste à associer les efforts de tous, dans le but d'atteindre un même objectif.

De ce fait, le manager se trouve à la base même d'une organisation : premier responsable, il se doit également de soutenir une équipe dont l'ambition est d'obtenir un résultat avec bon nombre d'objectifs fixés.

### 2.5.2. Le management d'après Rensis Likert

Rensis Likert a axé ses recherches sur la « relation intégrée », en recommandant le travail d'équipe, dans le but mettre en place de meilleurs rapports entre chacun. L'auteur considère que dans le but de travailler de manière efficiente, il est important que l'individu se sente utile. Partant de ses observations, Rensis Likert a classé les styles de management en 4 types :

➤ **Le style directif :**

Il s'agit d'un mode de management autoritaire, selon lequel les consignes données sont strictes, ne laissant pas de place à la liberté. Le style directif repose principalement sur la peur ainsi que les sanctions.

Il prône des résultats efficaces et rapides, mais il produit une démotivation de la part des employés, comme un sentiment de mal-être au travail. Nous pensons donc au Taylorisme, mais également à son découpage du travail à la chaîne.

Dans le secteur du soin, face à des situations d'urgence par nécessité de rapidité et d'efficacité, un individu, le médecin dans la plupart des cas, prend les commandes et dirige tous les faits et gestes de chacun.

➤ **Le style persuasif :**

Appelé aussi le paternalisme, le style persuasif place le manager comme étant un modèle du groupe. En ce sens, il garde une posture autoritaire, tout en cherchant à faire confiance à son équipe.

En ce sens, le manager cherche à favoriser l'esprit d'équipe, mais utilise également des sanctions ou des récompenses comme étant des moyens de motivation. Aussi, il convient de noter que le bien-être de l'équipe est pris en considération, mais c'est uniquement le manager qui dit ce qui est bon pour son équipe.

➤ **Le style consultatif :**

Le manager fait appel à toute son équipe en ce qui concerne la prise des décisions. Il est entièrement décisionnaire. Toutefois, il crée une proximité qui est fondée sur la confiance avec tous les membres de son équipe.

Faisant appel à leurs avis, le manager prend, toutefois, la décision finale. Dans le style consultatif, le manager encourage le travail d'équipe. Nous l'observons dans le soin au cours des réunions pluridisciplinaires, durant lesquelles l'avis de toute l'équipe est écouté, mais l'ensemble des décisions sont en général prises par l'infirmière diplômée d'état coordinatrice ainsi que le médecin coordinateur, dans la mesure où les avis peuvent parfois diverger.

➤ **Le style participatif :**

Ce type de management décentralise la prise de décisions. Néanmoins, il convient de noter que l'équipe participe de manière active à l'organisation de l'établissement et à sa gestion.

Le management est fondé sur une relation de confiance qui est plus prononcée si nous le comparons au style consultatif. Le style participatif sous-entend de ce fait une motivation du personnel, dans l'objectif de rendre ce dernier à la fois efficace et optimal.

A titre d'exemple, dans le secteur du soin, l'établissement nomme des soignants référents dans certains domaines, pour ne citer que les soins palliatifs, la bientraitance, la douleur, mais aussi l'hygiène. Le style participatif induit de ce fait à la valorisation, mais aussi à l'autonomisation des soignants.

A travers toutes les données en question, force est de constater que le management, s'articulant autour d'une équipe et d'un manager, vise à obtenir un résultat final le plus ambitieux possible, tout en considérant les besoins et les attentes de l'équipe qui produisent les résultats en question.

Il est de ce fait de la plus haute importance que le manager soit conciliant, autrement dit bienveillant face à tous les membres de son équipe. Il doit dès lors prendre en considération son bien-être, en ayant comme but d'offrir une prise en charge ainsi qu'un service de qualité à tous les résidents.

Il est nécessaire qu'il apprenne à puiser dans les différents styles, dans le but d'adapter son management suivant la situation et en fonction de l'équipe à laquelle l'infirmière diplômée d'état coordinatrice s'adresse.

Effectivement, l'émotion varie selon les caractéristiques de chacun, et la prise en considération de cet élément est essentielle dans le secteur du soin, dans la mesure où elle peut permettre d'établir une meilleure compréhension, une adaptation à chaque situation, et afin de conduire au bien-être de chacun des membres de son équipe.

Les descriptions et les théories du management en question mettent en avant la partie humaine dudit rôle, et nous présentent l'envergure des émotions, qui s'avèrent omniprésentes pour le métier du soin, mais plus particulièrement pour l'infirmière diplômée d'état coordinatrice.

## **2.6. La notion de collaboration, le travail collaboratif**

D'après Gautrat et Laville (1991), « *l'adhésion des employés à des méthodes collaboratives dépend plus de la nature de l'organisation du travail et de l'héritage culturel des acteurs et la sophistication des méthodes psychosociales utilisées* »<sup>11</sup>.

Ainsi, c'est le fond de liberté accordée par la culture et la particularité du travail qui suscitent la collaboration des personnels. La collaboration suppose véritablement l'implication des soignants.

Le dictionnaire Larousse définit le terme, « *implication* » comme étant « *une relation logique par laquelle une chose en implique une autre. Ainsi il donne des synonymes comme l'inclusion, la participation et la contribution* »<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Cité par ZANNAD H, (2006) « Quelle participation des salariés à la gestion par projet ? », Problèmes économiques, N°2717.p24

<sup>12</sup> Larousse (2018).

De manière générale, la mise en œuvre du management collaboratif par l'IDEC doit actionner l'interaction. Il lui faut collaborer avec les membres de son équipe, s'assouplir afin de laisser un peu de place à la liberté d'agir. Il doit également s'assurer du bien-être de ses collaborateurs, en favorisant la mise en place d'un climat de détente.

En ce sens, Isaac GETZ estime que : « *L'organisation dans laquelle les salariés sont libres et responsables d'entreprendre toute action qu'eux-mêmes et non leur manager ou les procédures considèrent comme la meilleure pour l'entreprise. Cette organisation vaincra toujours les concurrents traditionnels.* »

En fait, il semble que ce soit la responsabilisation et l'autonomie des membres qui sont les plus privilégiées suite à la favorisation du bien-être au travail. Mais il faut également que l'IDEC s'assure de l'existence d'une vision ou culture d'ensemble, à laquelle adhère l'ensemble des collaborateurs.

Il convient, entre autres, de mentionner que le management collaboratif propose différents thèmes tels que l'échange, la décision, la confiance et la convivialité. La figure qui suit illustre ces quatre piliers du management collaboratif.

La collaboration est alors un mécanisme par lequel l'IDEC confie un rôle significatif à l'équipe de soins dans les processus décisionnels du service.<sup>13</sup>

Dans son analyse, Cohen (1993) a démontré que la démarche collaborative peut influencer positivement la performance, l'intention de quitter l'entreprise, l'absentéisme et le turnover suivant la phase de carrière dans laquelle se trouve un salarié.

Il a été admis que la collaboration a pour origine trois formes d'implications distinctes :

---

<sup>13</sup> Hollandts, X. (2009). La gestion participative, une utopie réalisée? L'expérience d'Alexandre Dubois aux aciéries de Bonpertuis. Revue internationale de l'économie sociale: Recma, (313), 86-98. ([Http://www.css.recma.org/sites/default/files/313\\_086098.pdf](http://www.css.recma.org/sites/default/files/313_086098.pdf))

- ***L'implication organisationnelle*** : c'est le modèle d'Allen et Meyer (1990). Il se réfère à la collaboration des salariés en raison des différents aspects du travail.
- ***L'implication affective*** : qui se réfère à un engagement des salariés à l'égard de l'entreprise en raison de son attachement émotionnel à l'organisation. Ici, le professionnel choisit de collaborer.

D'après Mowday et al. (1979, 1982), ce type d'implication « décrit une forme d'identification fondée sur le partage des buts et des valeurs de l'organisation »<sup>14</sup>.

- ***L'implication normative*** : qui se réfère à l'obligation morale du professionnel qui le pousse à collaborer auprès de l'établissement.

Selon Kelman (1958) et Kanter (1968) on parle ici, non plus, de conviction, mais plutôt d'un devoir moral. En ce sens, Wiener (1982) parle de « pressions normatives internalisées par l'individu, qui l'incitent à agir conformément aux intérêts de l'organisation »<sup>15</sup>.

L'auteur soutient que la collaboration est ici issue des socialisations antérieures. Cette dimension présente des traits communs avec la dimension affective.<sup>16</sup>

- ***L'implication continue*** : Il s'agit selon Allen et Meyer (1990, 1997), d'une « attention donnée aux coûts associés à un éventuel départ »<sup>17</sup>.

D'après les auteurs, cette forme d'implication admet la collaboration du professionnel par nécessité ou encore par besoin. Il est par exemple possible que ce dernier puisse être engagé sur des investissements sur le long terme l'individu.

---

<sup>14</sup> Idem. P123

<sup>15</sup> Mowday R, T (1998), Reflections on the study and relevance of organizational commitment, Human Resource Management Review, vol 8, N4, p 275.

<sup>16</sup> Bellini, S. (2005). Éviter le marteau, glisser sur l'enclume. Comment les managers de proximité ajustent leurs rôles face aux contraintes de l'organisation. Les cahiers internationaux de psychologie sociale, (1), pp. 13-25.

<sup>17</sup> Meyer J.P, Allen N.J (1997), Commitment in the workplace: theory reaserch and application, Thousand Oaks, CA: Sage p 45.

En référence à ce modèle, l'IDEC peut favoriser la collaboration des membres de son équipe en étudiant leurs antécédents qui peuvent être classifiés en trois catégories :

- ✚ Les spécificités d'ordre personnelles,
- ✚ Les facteurs situationnels
- ✚ Et l'ancienneté.

Toutefois, mis à part les antécédents, la collaboration suscitée par l'implication ne peut se réaliser en l'absence des efforts déployés par l'IDEC pour favoriser l'intention de rester et restreindre les départs volontaires.

En définitive, cette forme d'implication admet également une importante dimension affective<sup>18</sup>, dans la mesure où elle se rapporte à l'importance que le professionnel accorde à sa fonction dans le groupe qui l'empêche de partir<sup>19</sup>.

## 2.7.L'importance de la communication

La communication fait partie des postures que doit adopter l'IDEC à l'égard de ses collègues d'une part, et vis-à-vis de l'équipe soignante d'autre part. La communication serait, en réalité « *la transmission d'informations au sein d'un groupe, considéré dans ses rapports avec la structure de ce groupe* ». Le procédé de communication implique plusieurs types d'acteurs, une variété de canaux, et dévoile différents objectifs.

Ainsi, la communication a trait à « *différents domaines, systèmes, et être officieux et officiel, intra et extra au service infirmier* » auprès d'un service de santé.

---

<sup>18</sup> Cooper-Hakim & Viswesvaran, (2005) The construct or work commitment: testing an integrative framework. Psychological Bulletin, p 141.

<sup>19</sup> TOUTUT Jean-Philippe (2007), Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux, SELI ARSLAN, p 19

Parmi les chercheurs qui ont travaillé sur la communication, Alex MUCCHIELLI est celui qui a mis au point l'approche systémique. Il a, en ce sens, décrit la place de la communication dans les services de santé.

En vertu de ladite approche, il a alors admis que dans le cadre d'une équipe, « *la participation comme la clé centrale de tout processus de communication* », un contexte que l'on peut observer à travers les échanges entre collègues IDEC, et également entre l'IDEC et son équipe.

Dans une entité sanitaire, la communication peut aussi bien se faire aussi bien en interne qu'en externe si l'on en croit Alex MUCCHIELLI. En cas de binôme IDEC, la communication est importante en interne, car elle constitue la stratégie gagnante qui pourra assurer l'efficacité.

Mais en terme général, les dimensions d'une communication peuvent être appréhendées comme étant :

- Managériale (ou descendante, surtout lorsqu'elle provient de l'IDEC pour aller vers son équipe) ;
- Informatrice (ou ascendante, lorsqu'elle provient de l'équipe soignante pour parvenir à l'IDEC) ;
- Explicative (pour assurer la clarification sémantique ou pour apporter des explications à certains entre IDEC ou envers l'IDEC et son équipe) ;
- Accompagnatrice (lorsqu'elle entend apporter des précisions quant aux objectifs communs à atteindre et aux démarches qui visent leur réalisation dans le cadre de la prise en charge du patient et la recherche d'un soin de qualité.)

La communication par l'IDEC admet, par ailleurs, différentes spécificités d'ordre formel et informel, public et confidentiel, par canal humain et matériel, à partir des supports dématérialisés.

## 2.8. Les facteurs de la dynamique de groupe

Nous avons eu l'opportunité de voir que l'IDEC est essentiellement chargé de la gestion d'une équipe de soin auprès d'un établissement hospitalier. Si nous nous référons à Didier ANZIEU et Jacques-Yves MARTIN<sup>20</sup>, la mise en place du management collaboratif et la dynamique de groupe auprès d'une équipe amène forcément à considérer la notion de groupe qui change radicalement le concept managérial.

Suivant son sens étymologique, le mot *groupe* est issu du mot allemand *krop* signifiant « *cordage, rouage, lien* »<sup>21</sup>. D'après des dires de Roger MUCCHIELLI, « *un agrégat de personnes n'est groupé que si des liens de face à face se nouent entre les personnes, mettant de l'unité dans leur « être là ensemble. Le groupe est une réalité dans la mesure où il y a une interaction entre les personnes ...* »<sup>22</sup>.

C'est Kurt LEWIN qui a inventé, en 1944, le terme « *dynamique des groupes* »<sup>23</sup>.

En cas de management en binômes IDEC, la gestion est assurée par deux IDEC. S'il a été dit que « *le groupe, peut fonctionner comme une équipe qui gravite autour d'enjeu dépassant chaque membre, et qui peut être, entre autres, optimiser les résultats* »<sup>24</sup> ; on parle pourtant du binôme IDEC comme étant « *lieu investi d'espoir et de menaces* »<sup>25</sup>. Dans la mesure où cette situation crée souvent des antagonismes au sein de l'équipe soignante et/ou auprès du groupe IDEC.

Quoi qu'il en soit, faire référence à la dynamique de groupe auprès d'une équipe soignante amène forcément à s'appuyer sur les particularités entre les membres et susciter la cohésion, pour générer l'intelligence collective<sup>26</sup> qui n'est autre que le raffermissement de la compétence de chaque membre ; l'échange des connaissances et des expériences ; l'alliance ; et la prouesse dans la prise en charge des patients.

---

<sup>20</sup> ANZIEU Didier et MARTIN Jacques-Yves, *La dynamique des groupes restreints*, Editions PUF, Paris, 2004

<sup>21</sup> MOTTA Jean-Michel, « La dynamique des groupes : Pour une application dans le travail en équipe », *cadredesanté.com*, lundi 23 juin 2003

<sup>22</sup> MUCCHIELLI Roger, *La dynamique des groupes*, Editions ESF éditions, Paris, 2003.

<sup>23</sup> Idem.

<sup>24</sup> ANZIEU Didier et MARTIN Jacques-Yves, op. cit., pp. 20 et s.

<sup>25</sup> JEAN-AUGUSTIN Nathalie, « Développement des systèmes d'organisation », Mai 2003, [http://www.lirsa.cnam.fr/dynamique\\_des\\_groupes](http://www.lirsa.cnam.fr/dynamique_des_groupes)

<sup>26</sup> DEVILLARD Olivier, *La dynamique des équipes et l'intelligence collective*, Editions Eyrolles, Paris, 2017.

La dynamique de groupe nécessite alors des dynamiques relationnelles qui devront se baser sur la coopération et la confiance mutuelle des membres. Concrètement, Il s'agit de :

- **Coopérer dans le cadre du management de l'équipe** : cela peut consister en l'écoute de l'équipe de soin afin d'améliorer la prise en charge des patients ;
- **Coopérer dans la détention du pouvoir** : ceci est nécessaire pour parvenir à établir un contexte collaboratif destiné à faciliter le management des équipes de soins.
- **Coopérer pour plus de cohésion** : c'est assurer la communication pour renforcer la maturité du service à travers les actions à mener.
- **Coopérer pour résoudre les différents dysfonctionnements** : c'est, en fait, collaborer afin d'assurer le bon fonctionnement du service. Notamment par la résolution commune des problèmes et l'amélioration de la prise en charge des patients.

## 2.8.Confiance et collaboration

La relation de confiance se base sur un rapport de confiance mutuelle. Le dictionnaire Larousse, la définit comme : « *un sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre* ».

LUHMANN, en tant que sociologue, avance que : « *la confiance au sens le plus large du terme [...] constitue une donnée élémentaire de la vie en société. Et si l'homme ne faisait pas confiance de manière courante, il n'arriverait pas à quitter son lit le matin* »<sup>27</sup>.

Ces définitions ont pour particularité de faire refléter le facteur de cohésion sociale que représente la relation de confiance.

---

<sup>27</sup> Luhmann, N. (2006). *La confiance un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Paris : Économica. P1

Auprès de l'équipe de l'IDEC, la relation de confiance constitue, de ce fait, la base de la dynamique positive entre les membres de l'équipe en écartant les différends de tous genres.

Néanmoins, pour accéder à la collaboration positive, la relation de confiance doit pouvoir témoigner de l'existence d'une certaine vulnérabilité par rapport à son collègue, dans la mesure où faire confiance à l'autre c'est accepter de se mettre en danger en se remettant à l'autre pour assurer ensemble la maîtrise d'une situation. C'est également reconnaître les valeurs professionnelles de l'autre et avoir foi en ses capacités.

Pour assurer la mise en place de cette confiance, DEUTSCH consent à ce que différents facteurs soient présents. Il faut une reconnaissance réciproque des compétences entre les membres de l'équipe, il faut également que chacun soit rassuré sur les intentions des autres. Et enfin, la dynamique de confiance est conditionnée par l'expérience antérieure établie vis-à-vis de l'autre.

En définitive, la confiance se construit par rapport à l'expérience passée avec la personne sujette à la relation de confiance. Ainsi au sein l'équipe de l'IDEC une situation bien gérée par l'équipe ; et reconnue par l'IDEC favorise l'obtention de la confiance de ce dernier dans l'avenir, contrairement à une situation qui aura été mal gérée.

Il faut toutefois signaler que la notion de confiance entre les individus ne constitue pas une notion manichéenne. Selon SERVET, il existe, en effet, différents degrés de confiance qui varient en fonction de la nature des rapports qui lient les membres de l'équipe.

D'après lui, une certaine transparence doit exister. Par celle-ci, il entend l'échange d'un certain degré d'information et de savoir par la communication entre les membres de l'équipe. D'après l'auteur, la nature des informations échangées transmises par la communication constitue le ciment d'une forte relation de confiance.

Cela permet selon l'auteur de faire apparaître les intentions, les compétences, ainsi que les comportements de chacun des acteurs. Cette affirmation de SERVET met en exergue le fait que la communication peut mettre à jour les comportements ainsi que les intentions entre les membres. Effectivement, l'échange permet d'expliquer et de clarifier les positionnements

de chacun par la discussion.

Cependant, la compétence est une notion autosuffisante. Car selon LE BOTERF, reconnaître la compétence revient à identifier qu'un membre ou le groupe en entier « *sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources...), pour gérer un ensemble de situations professionnelles, chacune d'entre elles étant définie par une activité clé à laquelle sont associées des exigences professionnelles (ou critères de réalisation de l'activité), afin de produire des résultats (services, produits) satisfaisant à des critères de performance pour un destinataire (client, usager, patient...).* »<sup>28</sup>.

Mais pour que chacun puisse clairement exprimer sa compétence, l'IDEC doit énoncer clairement ses attentes. Donc ici encore la communication joue un rôle, car elle vient étayer les zones d'ombres. En ce sens, TRASSAERT affirme qu'« *une bonne communication génère de la confiance et réciproquement, avoir confiance, libère la communication* »<sup>29</sup>

En définitive, la confiance constitue une notion dynamique qui nécessite du temps pour s'installer. Elle implique nécessairement pour l'IDEC la reconnaissance des compétences des membres de son équipe et une communication transparente qui manifeste ses intentions. Il faut toutefois rappeler que malgré la satisfaction de ces préalables, la confiance peut aller à sens unique puisqu'un individu peut faire confiance à l'autre sans pour autant que l'autre lui fasse confiance.

Le fait que la confiance représente un élément indispensable à l'efficacité des équipes nous interroge sur la notion de cohésion.

## **2.9.Le concept de cohésion**

---

<sup>28</sup> Le Boterf, G. (2008). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'organisation. P.17

<sup>29</sup> Wellhoff, T. (2009). *Les valeurs donner du sens, guider la communication, construire la réputation*. Paris : Eyrolles. p 2

D'après OBERLE la cohésion serait « *un principe d'homogénéité du petit groupe* »<sup>30</sup>. On parle généralement de cohésion en présence de petits groupes. Le concept de cohésion admet l'existence d'une force collective qui puisse permettre à l'équipe d'appréhender les objectifs partagés.

Selon DEVILLARD il existe trois niveaux de cohésion d'une équipe :

- « *La cohésion fonctionnelle qui résulte d'une répartition des tâches et des relations naturelles. Cette cohésion vise un objectif et tient à distance les aspects socioaffectifs.*
- *La cohésion explicite qui est la finalité d'une volonté managériale et vise à augmenter le rendement.*
- *La cohésion dynamique qui sert de fondement à la performance collective. Elle est un levier de progression dans l'équipe. »*<sup>31</sup>

On peut retrouver ces trois niveaux de cohésion auprès de l'équipe de l'IDEC selon le contexte. Dans l'éventualité où l'équipe se base sur une volonté institutionnelle, la cohésion ambitionne d'améliorer la performance des équipes de soin et également celle du service.

Cet objectif est d'ailleurs stipulé sur la fiche de poste de l'IDEC. La cohésion de l'équipe serait alors suscitée par cet objectif institutionnel qui constitue une des missions de l'IDEC.

Mais peut également être de nature fonctionnelle. C'est notamment le cas en cas de pluralité d'IDEC.

En ce cas, chaque IDEC retrouve naturellement l'ensemble de ses objectifs à travers sa fiche de poste. Ce n'est qu'avec le temps que la cohésion fonctionnelle s'installe. Elle se différencie de la cohésion d'origine institutionnelle en ce qu'elle n'est pas imposée.

---

<sup>30</sup> Oberlé, D. (1995). Relations humaines groupes et influence sociale.

<sup>31</sup> MALHOMME Marie Laure. Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier. Gestion Hospitalière, avril 2004, n°435, p 306

Un troisième type de cohésion appelée *cohésion dynamique* ambitionne d'améliorer la performance de l'équipe en favorisant l'improvisation des membres. La mise en place de cette forme de cohésion exige de l'IDEC une capacité d'adaptation pour mettre en place des solutions innovantes. De plus, selon DEVILLARD, certains facteurs doivent absolument être considérés.

L'auteur met en exergue trois facteurs pouvant influencer la cohésion :

- Le lien groupal qui favorise la création des affinités et l'établissement de la coopération.
- Les pratiques cohésives qui se manifestent par la mise en place d'un climat de détente afin de favoriser la qualité de vie au travail et cultiver l'esprit d'équipe.
- La cohérence dans les rapports entre les membres de l'équipe.

Ces facteurs de cohésions sont basés sur les relations interpersonnelles. Aussi, un positionnement nouveau est requis de la part de l'IDEC pour laisser transparaître l'identité de chacun des membres de son équipe.

Cette vision tend vers une harmonisation des pratiques, ce qui implique nécessairement le partage des valeurs et cultures pour construire une identité commune entre les membres de l'équipe qui constituera l'identité professionnelle partagée.

### **3. Enquête exploratoire**

#### **3.1.Méthodologie**

Nous avons réalisé plusieurs entretiens dans deux établissements médicaux sociaux, autrement dit un SSIAD et un EHPAD.

Il convient de noter que dans les établissements en question, nous avons pris l'initiative de questionner des IDEC ainsi que quelques aides-soignantes, dans le but de mettre en relation le ressenti et le vécu des professionnels

Notre panel est constitué de personnes de tous âges, qui se trouvent à différents moments de leur carrière.

Notre choix méthodologique s'est posé sur l'analyse de données qualitatives. Comme le souligne Voynnet Fourboul<sup>32</sup>, dans son article sur la méthode, l'étude qualitative est souvent liée à l'analyse de contenu (et en particulier une analyse de contenu thématique) qui correspond à une « *analyse du discours fondée sur des procédures de classification*. Plusieurs étapes peuvent guider le chercheur ou l'étudiant dans sa démarche. Tout d'abord, il y a la retranscription des interviews, ensuite le choix de la méthode d'analyse, pour enfin rédiger le rapport (étude des résultats). Nous réalisons donc une analyse verticale dans un premier temps. Par la suite, notre analyse transversale prendra en compte les points de convergences, ainsi que les points de divergences exprimés par nos interlocuteurs/experts. Ci et là, nous isolerons les propos tenus par ces derniers afin d'illustrer un point de vue ou une prise de position (analyse horizontale) qui fait écho dans le discours de plusieurs intervenants, ou au contraire, qui caractérise une opposition.

L'analyse qualitative possède diverses caractéristiques : tout d'abord, il existe de nombreuses méthodes de mise en oeuvre, bien que l'objectif principal soit de récolter des informations riches et complètes. En outre, cette méthode diffère de l'analyse quantitative qui vise à l'évaluation de phénomènes sociaux plus larges. En effet, l'analyse qualitative donne à l'intervieweur une perspective réelle et unique sur les sujets pertinents. Selon Miles et Huberman<sup>33</sup> grands spécialistes du sujet : « *elles fournissent des descriptions et des explications riches et solides fondées sur un processus ancré dans un contexte local. [...] Elles permettent aux chercheurs de surmonter leur a priori et leurs cadres conceptuels initiaux.* »

---

<sup>32</sup> Voynnet Fourboul C., « Ce que « analyse de données qualitatives » veut dire », Revue internationale de psychosociologie, 2012/44 (Vol. XVIII), p. 71-88

<sup>33</sup> Miles, M., & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.

Les données qualitatives recueillies sont ensuite traitées par une analyse de contenu : il s'agit d'une approche offrant une interprétation ouverte et personnelle (pour l'enquêteur) des résultats, d'après les enseignants Andreani et Conchon<sup>34</sup>. Cette manière d'aborder le sujet est l'une des plus répandues dans la recherche universitaire, car elle permet la flexibilité du travail et la capacité d'approfondir les connaissances sur les sujets.

Dans cette optique, nous avons identifié une série de questions clés, pour lesquels nous présentons et analysons les données recueillies lors de chaque entretien. Nous entrecroisons ces données afin de dégager certaines tendances ou de marquer les oppositions de points de vue. Il n'est donc pas ici question de considérer séparément les interviews réalisées. Ainsi, comme le souligne Stéphane Beaud et Florence Weber : « *L'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en oeuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations, et non d'actions.* (2003, p. 98) »

Nos questions ont tourné autour de deux axes :

- De prime abord, la vision du métier de l'infirmière diplômé d'état coordinatrice ;
- En second lieu, la vision du management ;

Notre objectif est d'appréhender les actions pouvant être mises en place, dans le but de susciter la collaboration de l'équipe soignante, par le biais de l'expérience et de l'avis des IDEC et des aides-soignantes.

### **3.2. Analyse des résultats**

Comme il a été dit en amont, nous avons analysé les résultats en rapport avec notre revue de littérature en suivant deux axes mais aussi en y mêlant l'ensemble des réponses des infirmières diplômées d'Etat coordinatrices et des aides-soignants dans le but de les mettre en miroir sur nos thématiques.

---

<sup>34</sup> Andréani, J.-C., & Conchon, F. (2005). *Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives.*

➤ *La vision du métier :*

Le choix d'exercer en tant qu'infirmière diplômé d'état coordinatrice vient en général des opportunités, mais il répond à un désir de manager une équipe, et ensuite à améliorer l'organisation des services, et plus particulièrement de la qualité des soins.

Nous avons donc constaté à travers nos interviews que certains infirmiers diplômés d'état coordinatrice n'avaient en aucun cas une représentation globale du métier, ou encore d'idées bien précises avant leur prise de poste. Seul un nombre limité d'infirmière diplômé d'état coordinatrice avait eu connaissance ou conscience de certaines particularités de la profession.

La vision de ces dernières a changé toutefois après leur prise de poste.

➤ *Le mangement :*

Selon les explications apportées par les aides-soignants concernant le management, leurs attentes peuvent être comparées à un mélange entre le style consultatif et le style persuasif élaboré par Rensis Linkert.

De ce fait, ces professionnels affirment qu'ils ont besoin d'être entendus et aussi écoutés, et attendent en ce sens autorité et exemplarité venant de l'infirmière diplômé d'état coordinatrice, qui doit savoir cadrer chacun des membres de son équipe dans le but de susciter leur collaboration.

Par conséquent, les aides-soignants attendent de l'IDEC d'encourager l'entraide, d'être équitable en ce qui concerne la répartition de la charge de travail, mais aussi de bien gérer les conflits.

La plupart des aides-soignants interviewés ont affirmé dans l'unanimité qu'ils n'expriment pas le besoin d'indépendance, et ne souhaitent pas régler par eux-mêmes la répartition des tâches, mais estiment qu'un tiers doit pouvoir représenter l'autorité, et qui n'est autre que l'IDEC, pour trancher, autrement dit, le besoin d'une présence « paternaliste », correspondant plus au style persuasif.

Nous remarquons que les aides-soignants qui expriment un besoin d'organisation et d'autorité font partie des équipes pour lesquelles les infirmières diplômées d'Etat coordinatrices expriment des problèmes portant sur la gestion d'équipe.

Les aides-soignants évoquent pour la plupart qu'il est essentiel de discuter ensemble en vue de susciter la collaboration, afin de comparer les observations et d'exprimer le ressenti des équipes. Ils ont pour souhait de décider en équipe et d'émettre un avis concernant les postures à tenir ainsi que les projets qui doivent être mis en place.

En ce sens, le style consultatif répond aux besoins en question et les infirmières diplômées d'Etat coordinatrices le pratiquent par le biais des réunions qu'elles planifient, du staff quotidien allant jusqu'aux réunions pluridisciplinaires. Elles évoquent aussi la complexité de gérer en groupe les diverses personnalités, ainsi que les réactions de chacun.

Quand bien même le management participatif est perçu comme idéal à atteindre pour la plupart des infirmières diplômées d'état coordinatrice, en responsabilisant les aides-soignants et qu'il tend également à être pratiqué avec tous les référents et avec les groupes de travail, nous avons ressenti chez les aides-soignants un fort besoin de la présence de l'infirmière diplômé d'état coordinatrice.

En effet, ces derniers ont relativement besoin de proximité, dans le but de résoudre les problèmes quotidiens, et pour valider leurs actions.

Toutefois, il y a des IDEC qui évoquent aussi des problèmes qu'elles vont confronter, notamment face à la réticence des équipes au changement. Il est significatif de mentionner que le travail dans le secteur médico-social est source de changement constant, avec l'état de santé des résidents ou encore les patients qui ne cessent de changer, la nécessité de réajustement et la réévaluation des pratiques.

Aussi, notre analyse des interviews, mais aussi des recherches préparatoires ont fait ressortir quelques facettes du métier de l'infirmière diplômé d'état coordinatrice.

## **✚ L'infirmière diplômée d'état coordinatrice un manager de proximité :**

D'après l'Observatoire des métiers et des qualifications, l'IDEC joue un rôle de proximité en mettant en œuvre le management de proximité. En théorie, sa responsabilité est à cheval entre l'accompagnement de l'équipe de soin et la direction.

Ses responsabilités reviennent alors à :

- Motiver et à favoriser la dynamique d'équipe en usant des outils et techniques de management. C'est notamment ce qui est mis en œuvre auprès des établissements sur lesquels nous avons porté notre attention. Nous avons ainsi retenu que grâce à l'existence de l'IDEC, les professionnels membres de l'équipe de soin sont davantage écoutés et même consultés dans le cadre d'un management collaboratif.
  
- Favoriser le développement des compétences. L'IDEC s'assure de la formation des professionnels soignants aussi bien sur le plan interne qu'au niveau externe. Il doit pouvoir répondre aux attentes de son équipe notamment en termes d'information, de formation et d'accompagnement.

C'est principalement ce que nous avons retenu des entretiens professionnels que nous avons menés. En tout cas, les aides-soignantes interrogées ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis de leur IDEC.

Nous retenons également de nos entretiens que les aides-soignantes requièrent la présence physique de leur IDEC pour les soutenir et leur apporter de l'aide en cas de difficulté. L'entière collaboration de l'IDEC dans l'accomplissement de leurs tâches leur importe réellement.

## Conclusion

En somme, il convient de noter que l'infirmière diplômée d'état coordinatrice est facteur de changements, dans la mesure où elle devient promoteur de celui-ci vers la collaboration, en écoutant et observant les membres de l'équipe qu'elle manage, en encourageant ces derniers à prendre part à l'ensemble des décisions, dans le but de susciter la collaboration, l'amélioration de la qualité de vie au travail, ainsi que la qualité de l'accompagnement des patients et des résidents.

En ce sens, nous proposons à l'ensemble des infirmières diplômé d'état coordinatrice, d'utiliser des outils à l'instar du test Minnesota, dans le but de permettre à ces dernières d'avoir une vision objective du ressenti des équipes qu'ils dirigent, de mieux les comprendre mais aussi pouvoir optimiser et adapter le management des IDEC à travers l'expression de chacun.

Notre analyse a été très enrichissante non seulement du point de vue des connaissances, mais aussi en raison du partage et de l'acquisition d'expérience sur le terrain.

Le présent mémoire nous a laissé l'opportunité d'aller plus loin dans nos réflexions ; il nous a aussi donné la chance d'être partie prenante de l'amélioration de la qualité de vie aussi bien des résidents et des patients que de l'équipe soignante.

# Bibliographie

## ❖ Documents :

- ANZIEU Didier et MARTIN Jacques-Yves, *La dynamique des groupes restreints*, Editions PUF, Paris, 2004
- Bellini, S. Éviter le marteau, glisser sur l'enclume. Comment les managers de proximité ajustent leurs rôles face aux contraintes de l'organisation. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 2005.
- Cooper-Hakim & Viswesvaran. The construct or work commitment: testing an integrative framework. *Psychological Bulletin*. 2005.
- DEVILLARD Olivier, *La dynamique des équipes et l'intelligence collective*, Editions Eyrolles, Paris, 2017.
- GALLET. Anne-Marie, Anact, GHADI. Véronique, HAS, LIAROUTZOS. Olivier, Anact. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Has-sante. 2017.
- Hollandts, X. La gestion participative, une utopie réalisée ? L'expérience d'Alexandre Dubois aux aciéries de Bonpertuis. *Revue internationale de l'économie sociale : Recma*, (313), 2009.
- LE BOEUF, Dominique. L'infirmier coordonnateur dans le système de soins français. *Soins*, juin 2016, n°806.
- Le Boterf, G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'organisation. 2008.

- Luhmann, N. *La confiance un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Paris : Économica. 2006.
- MALHOMME Marie Laure. Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier. *Gestion Hospitalière*, avril 2004, n°435.
- Meyer J.P, Allen N.J. *Commitment in the workplace: theory reaserch and application*, Thousand Oaks, CA: Sage p 45. 1997.
- Mowday R, T. Reflections on the study and relevance of organizational commitment, *Human Ressource Management Review*, 1998. vol 8, N4.
- MUCCHIELLI Roger, *La dynamique des groupes*, Editions ESF éditions, Paris, 2003.
- Oberlé, D. *Relations humaines groupes et influence sociale*. 1995.
- RICORDEAU, Pierre. INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Rapport n°2018-023-R.
- TOUTUT Jean-Philipp. *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, SELI ARSLAN. 2007.
- UÉE, Michel. REBILLARD, Cyril. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*. Insee. 2006.
- Wellhoff, T. *Les valeurs donner du sens, guider la communication, construire la réputation*. Paris : Eyrolles. 2009.
- ZANNAD H. « Quelle participation des salariés à la gestion par projet ? », *Problèmes économiques*, 2006. N°2717.

❖ **Textes :**

- Arrêté du 26 avril 1999 « fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.
  
- Circulaire DGAS/2 C n° 2005–111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

❖ **Webographie :**

- *cadredesanté.com*
- <http://travail-emploi.gouv.fr>
- <http://www.css.recma.org>
- <https://www.insee.fr>
- <http://www.lirsa.cnam>

## **Annexe**

### **Questionnaire**

- 1- Quelles sont les raisons qui vous ont incité à devenir IDEC ?
- 2- Comment définiriez-vous le métier IDEC ?
- 3- Avez-vous des difficultés dans la réalisation de votre travail ?
- 4- Qu'est-ce que vous devrez faire pour susciter la collaboration ?
- 5- Selon vous, qu'est-ce qu'un bon management ?