

Connaissance de la fonction cadre

🍌 Le cadre de santé est-il un manager comme les autres ?

Jean Christophe GAUTHIER

Novembre 2009

Descriptif : Cet article explore la singularité de la fonction managériale du cadre de santé.

Le cadre de santé est-il un manager comme les autres ? Oui, pourrions-nous répondre, devant l'évolution de l'organisation hospitalière, consécutive à la nouvelle gouvernance. Non, serais-je tenté de répondre, devant la particularité de son objet de production : assurer le « prendre soin » d'un patient sujet et non objet. Il doit alors chercher son chemin entre la recherche d'une efficacité nécessaire pour répondre à l'économie de la santé et la recherche d'un sens à l'action de soins.

Pendant ma scolarité en IFCS, j'ai donc eu à écrire un mémoire sur un thème qui me tenait à cœur. Ma question de départ était simple puisqu'elle demandait pourquoi le cadre de santé devrait s'éloigner de sa pratique soignante dès lors qu'il développe des compétences managériales. Au-delà de l'absence de deuil évidente de ma fonction première à ce stade de ma formation, elle s'inscrivait dans un contexte plus général. L'arrivée progressive de ce que DE GAULEJAC [1] nomme l'idéologie gestionnaire. Pour lui, l'outil gestionnaire deviendrait le guide légitime du management, au détriment de tout autre langage. Au travers de cette mise en garde, il rejoint CASTORIADIS [2] qui s'inquiète de la crise de sens et d'une perte des repères génératrices d'insécurité psychique.

D'ailleurs, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports, a chargé Chantal de Singly, directrice de l'Institut du Management de l'EHESP, de conduire une mission sur la formation, le rôle et la valorisation des cadres hospitaliers. Sous l'intitulé de mission « cadres hospitaliers », une réflexion est engagée sur différents sujets liés à cette fonction, comme le rôle, la formation et le recrutement des cadres. Quel type de cadre voulons-nous et pour faire quoi ?

Pour HESBEEN [3], « la question de la raison d'être de compétences gestionnaires se pose, c'est-à-dire celle fondamentale donnée à la gestion : celle-ci relève-t-elle d'une perspective gestionnaire ou témoigne-t-elle d'une perspective soignante reflétant une gestion appropriée à une activité particulière, celle de la santé de la population et du soin qu'elle nécessite ? ». C'est ainsi que j'en suis arrivé à questionner pourquoi l'articulation d'une posture de clinicien et d'une posture managériale permet de donner du sens au soin infirmier et par la même occasion de donner toute sa légitimité au cadre de santé.

Cette recherche s'est inscrite dans la méthodologie de la démarche clinique. Il ne s'agit aucunement d'apporter une réponse définitive à une réflexion, mais de permettre, à partir du terrain, de faire émerger un vécu personnel et collectif. La démarche clinique valorise la

singularité du discours de l'individu. Son principal intérêt réside dans le nécessaire besoin d'implication personnelle. Associé à l'élaboration du contre transfert, elle oblige le chercheur à travailler avec cette double tension. Au delà de la subjectivité assumée, PERRENOUD [4] pense que la démarche clinique met l'accent « sur les fonctionnements en situation », puisqu'il est question d'apprendre dans et sur la situation. Ainsi, c'est à partir de l'expérience qu'émergent de nouveaux savoirs ou la mobilisation réflexive de savoirs acquis.

Mes conclusions sont consécutives à trois entretiens effectués auprès de cadres d'origine professionnels, d'âge et d'expériences différentes. Le cadre de santé semble présenter au moins deux postures. Posture que VIAL [5] définit, au delà de l'attitude, comme « une façon d'aborder la chose, dans tel ou tel état d'esprit et qui va donner lieu à une série de variantes, de figures possibles... ». En ce sens, elle correspond alors à une vision du monde et oriente notre action. Une posture clinique marquée, basée sur ses savoirs et mobilisable dans l'accompagnement des équipes. Elle est assise sur ses savoirs et valorisée auprès de l'équipe. Le cadre de santé essaie de mettre en œuvre une « saveur soignante », comme le définit Walter HESBEEN. A travers cette posture et son rapport aux savoirs, il fait en sorte de mettre en place une atmosphère de travail accueillante, un espace psychique sécurisant où chacun peut s'épanouir et s'autoriser à développer son savoir professionnel de clinicien.

Elle se concrétise dans une recherche de sens s'articulant autour de l'accompagnement du patient et de son parcours de soin. Elle semble proche d'un « prendre soin » et peut se caractériser par une recherche d'humanité de la part du cadre. C'est par sa « présence », sa « disponibilité » la « concertation » qu'il engage auprès des équipes, qu'il participe au projet de soin du patient. Il accueille avec « respect » la parole de l'autre et sait faire preuve de « qualité humaine ». « Cette présence procède d'une posture soignante » [6] . Ainsi, le partage de ses savoirs favorise une position d'« accompagnement ». Par contre, sa mise en défaut est génératrice d'angoisse, et se trouve compensée par une posture managériale exacerbée.

Faire référence à ses connaissances, suppose que le cadre de santé ne souhaite pas qu'elles soient ignorées. Bien au contraire, il favorise leur diffusion. En remplissant une fonction pédagogique, il permet la transmission des savoirs, et donc la possibilité d'acquérir des compétences. Ce qu'un cadre interviewé nomme son « petit côté formateur ».

En ne souhaitant pas s'éloigner de la réflexivité existante autour du soin, il continue à mettre en avant sa praxis soignante, liée à ses compétences antérieures. Les espaces de paroles interdisciplinaires, comme les transmissions orales, les synthèses, deviennent des instants privilégiés. Mais il n'occupe plus le devant de la scène, et manifeste son engagement dans la circulation de la parole. Ce qui ne l'empêche pas de répondre aux besoins de l'équipe et de s'assurer de la permanence et de la pertinence des soins. Pour le cadre de santé, je ressens que le soin reste « une aventure humaine », dont la clinique est le ciment.

Le cadre de santé "expert en soins"

Une posture managériale affirmée, mais très dépendante de son attitude. La posture managériale apparaît pleine et entière et semble indissociable de l'autre. C'est parce qu'il est un « expert du soin », que le cadre de santé peut penser l'organisation et favoriser la qualité des soins et le parcours de soin du patient. De l'ensemble des rôles du cadre tel que le définit MINTZBERG [7], quelques uns paraissent plus prégnants. Ses rôles décisionnels sont mis en

avant. Il pratique des actions correctives, en favorisant « l'évaluation des pratiques professionnelles ». Il « contrôle », « coordonne », « organise », « gère...les plannings...la logistique...les lits », afin de s'assurer de la conformité des processus de soins. Il est en « éveil » afin d'impulser une modification dans les fonctionnements de l'unité. S'il se place en leader, c'est pour « mobiliser l'équipe ». Par ailleurs il pourvoit à la diffusion de l'information : qu'il s'agisse d'un complément de recueil d'informations auprès du patient, d'une communication ascendante, descendante ou transversale. Mais il semble éprouver une réticence à s'éloigner. Est-ce un besoin de maîtrise ? Cherche-t-il alors à mettre en place un « holding » auprès de l'équipe, au sens de WINICOTT ? Et alors, cela pourrait-il expliquer l'anxiété exprimée lors de l'évocation d'une trop grande autonomie de l'équipe ?

Mais il ne faut pas négliger la fonction épistémique de l'attitude, comme le définit KATZ [8], que les cadres entretiennent vis-à-vis de leur fonction de management. Que cela soit positif ou négatif. Avoir une attitude de rejet réduit l'investissement dans cette fonction. Alors qu'une attitude plus positive, associée à une reconnaissance chez l'autre, renforce la posture managériale et donc son appartenance au groupe. Une recherche de sens, semble-t-il, essentielle à la fonction. La recherche de sens à l'action se manifeste essentiellement dans les interactions que les cadres entretiennent avec l'équipe. Elle s'élabore avec les différents intervenants. Le cadre favorise la transmission de la parole dans des espaces dédiés, qui deviennent ainsi des espaces transitionnels au sens de WINICOTT conduisant à l'élaboration du savoir infirmier comme savaeur afin d'enrichir les connaissances et de restituer le patient comme sujet de soin. Il peut ainsi permettre à chacun de prendre le recul nécessaire et de mutualiser les ressentis. C'est ainsi que peuvent naître les conflits cognitifs, nécessaire à l'émergence d'un soin réflexif.

Une légitimité multifactorielle

La légitimité du cadre repose d'abord d'un pouvoir rationnel-légal, comme l'entend Max WEBER. Après tout, « le chef dans l'équipe, c'est quand même le chef ». Il occupe un poste à responsabilité, régi par un texte législatif. Mais elle n'est pas seule. Elle est aussi ancrée dans sa capacité à transmettre ses savoirs, sa capacité à penser et à organiser les soins. Il s'agit alors de légitimité des actes comme le définit HATZFELD [9]. Il s'appuie sur son réseau professionnel et sa compréhension du fonctionnement de l'institution. Cette légitimité se construit sur la communication entre les acteurs de soins. Elle est très liée à ses compétences. Compétences reliées à son savoir, à sa clinique, qu'il a construit par des années d'apprentissages et par l'expérience acquise. C'est pourquoi certains cadres questionnent la polyvalence du cadre de santé. « Gérer le temps, c'est aussi gérer le soin ». Donc méconnaître la pratique soignante pourrait se répercuter sur ses capacités à traduire cela en terme d'organisation. Au delà des intérêts institutionnels, il doit comprendre son environnement et les enjeux de soins propres aux patients.

Enfin, la légitimité peut naître de son charisme, quand le cadre est « authentique » dans ses rapports aux autres. En laissant s'exprimer sa personnalité, il tente de mettre en adéquation ses propos, ses actes et ses pensées. Il tente ainsi de favoriser une confiance réciproque. Mais étant irrationnelle et non reproductible, donc non transmissible, elle nécessite de maintenir un accord entre ses valeurs et le projet de soins de l'unité, du pôle, de l'institution.

Le cadre de santé, un « objet articulaire », dirait VIAL

Entre une posture clinique avérée et une posture managériale, le cadre de santé crée sa légitimité. Et cela se vit au quotidien auprès d'une équipe, en favorisant une réflexivité centrée sur le soin pour un patient sujet. Si l'équilibre entre les deux postures paraît être en lien avec son rapport aux savoirs, l'absence de clinique reconnue est génératrice d'angoisse pour le cadre. C'est pourquoi, il doit développer une capacité à traduire un langage soignant en langage gestionnaire. C'est au travers de cette articulation, qu'il sera capable de soutenir des projets et donc d'asseoir sa légitimité institutionnelle. « Ainsi c'est en prenant soin de son équipe, sans confondre relation managériale et relation soigné/ soignant, que l'on devient un vrai manager [10] »

Notes

[1] DE GAULEJAC V. la société malade de la gestion, seuil, 2005

[2] CASTORIADIS C. la montée de l'insignifiance. Seuil, 1996

[3] HESBEEN W. Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris, Interéditions-MASSON, 1997, p83

[4] PERRENOUD P. (1994). La formation des enseignants entre théories et pratique. PARIS, l'Harmattan.

[5] VIAL M. et al. L'accompagnement professionnel ? Une méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative. Bruxelles, de Boeck&Larcier, 2007

[6] HESBEEN W. travail de fin d'études, travail d'humanité, MASSON, 2005, p 23

[7] MINTZBERG H. le manager au quotidien – les 10 rôles du cadre, Références –poche, Eyrolles Editions d'Organisation, 2006

[8] KATZ D. The functional approach to the study attitudes, Public Opinion Quarterly, 1960, pp 163-176.

[9] HATZFELD H. construire de nouvelles légitimités en travail social. Paris, Dunod, 1998.

[10] SLIWKA-DESCHAMPS, les cadres de santé, des cadres de métier, édition Lamarre, 2007