

réflexion

Les paradoxes entre management et encadrement dans les fonctions du cadre de santé

JEAN-MARIE REVILLOT ■ Dans ses fonctions, le cadre de santé est souvent écartelé entre différents paradoxes associant le management et l'encadrement ■ Comment tenter de les relier afin de promouvoir une posture éthique du cadre de santé dans les établissements de santé ?

The paradoxes between management and supervision in the functions of the healthcare manager. In their functions, healthcare professionals are often torn between the different paradoxes of management and supervision. How can they be linked in order to promote the ethical stance of the healthcare manager in healthcare institutions?

MOTS CLÉS

- Cadre de santé
- Décision
- Encadrement
- Éthique
- Management
- Pratique réflexive
- Relation éducative

KEY WORDS

- Decision
- Educational relationship
- Ethics
- Healthcare manager
- Management
- Reflective practice
- Supervision

L'hôpital évolue dans un contexte de crise qui favorise une perte de confiance d'où découle une souffrance au travail. Les cadres de santé, auxquels on demande de prendre des décisions rapides et efficaces dans une fonction managériale, vivent des désenchantements, voire des souffrances, des décalages entre leurs valeurs professionnelles et ce qu'ils rencontrent dans leur pratique. Ils sont issus des professions de soins, et bien souvent, ils les ont choisies parce que leur sensibilité et leur humanisme éveillaient ce désir de venir en aide à des individus en détresse, fragilisés par la maladie ou le handicap. Aussi pour le cadre de santé, avoir le souci de l'Autre, savoir dire, savoir faire sans porter atteinte à son intégrité, nécessite qu'il prenne soin des équipes par la relation éducative dans une fonction d'encadrement.

DES PROFESSIONNELS AGENTS ET ACTEURS

Les établissements de santé se caractérisent historiquement par leur dimension humaine au cœur du travail, à l'interstice de plusieurs systèmes complexes : l'individu, la famille et la société. Ils ont longtemps été "protégés" des impératifs du management qui inspiraient une certaine méfiance chez les professionnels du soin. En effet, les intentions du management, « *ses ambitions de maîtrise... sa quête... d'homogénéité* » le situaient parfois du côté d'une idéologie¹. Pourtant, originellement, le management est plutôt fondé sur les sciences de la gestion sous-tendues par des valeurs économiques et des modèles de pensée taylorien et systémique.

En 1911, le taylorisme s'est attaché à rechercher la meilleure méthode pour réaliser une tâche en sélectionnant l'individu le mieux à même de l'accomplir. La critique majeure de cette approche est une conception limitative de l'homme au travail considéré comme agent², c'est-à-dire celui qui reste essentiellement agi par des objectifs précis et contraint par la structure dans laquelle il travaille. Son pouvoir de décision est alors limité.

La pensée systémique, à partir des travaux de Michel Crozier et Erhard Friedberg³ notamment, met l'accent sur l'action collective comme "construit social" fondé sur la nécessité de coopération et par lequel les hommes tentent de résoudre les problèmes qui se posent au groupe. Il est question ici d'acteur², avec un degré d'intentionnalité propre et une marge de liberté. Reconnu comme coproducteur de sens, l'acteur joue et interprète une partition ; il y ajoute du sens mais n'y est pas à l'origine.

Dans une fonction managériale, le cadre de santé soutient les pratiques avec un souci constant d'opérationnalité et d'objectivité. Il se situe alors comme un "technicien de la relation" parce qu'il ajuste et adapte les modalités de ses actions aux besoins et aux possibilités identifiées chez l'autre. La relation est différente d'un modèle de management à l'autre :

- **hiérarchisée et sécurisante** dans le management directif, persuasif, voire délégatif ;
- **médiatrice entre le monde social et l'individu** dans le management participatif ;

- **tactique et adaptative** dans le management situationnel ;
- **humaine et stratégique** dans le management intuitif.

LE MANAGEMENT AU QUOTIDIEN OU LE MANAGEMENT DU QUOTIDIEN ?

Aucun modèle de management ne pourra éliminer l'incertitude, même si sa finalité est de la réduire à partir d'une démarche rationnelle et linéaire construite par étapes successives : diagnostic de la situation, plan d'action, évaluation et gestion des capacités des acteurs concernés. Des dispositifs mis en place tentent de guider, de gouverner les hommes vers le bien⁴ avec le risque de développer un processus de "désobjectivation", c'est-à-dire de séparer les êtres vivants des stratégies de management.

Illustrons ce propos de quelques situations vécues par des cadres de santé conduisant des dispositifs dans une fonction managériale. Le cadre gère le quotidien avec ses multiples demandes : panne de matériel, produits manquants, soin complexe, accueil d'une famille inquiète, arrêt maladie d'un membre de l'équipe, accueil d'un stagiaire, conflit dans l'équipe, commandes, interrogations à propos d'un nouveau protocole, information à donner... Cette gestion pourrait envahir toute sa fonction, l'obligeant à répondre tour à tour sur une pluralité de demandes qui parfois se télescopent et touchent des horizons aussi divers que le matériel, les protocoles ou l'humain. S'il se contente de manager, de montrer qu'il sait répondre et qu'il maîtrise, il risque souvent d'être centré sur la résolution de problème et, tel un pompier, il "éteindra les incendies" avant qu'ils n'embrasent tout le service. Il va surtout diriger en éclairer, conseiller en indiquant quoi faire et guider en s'opposant à ce qui pourrait faire obstacle.

MANAGER POUR QUELLE DÉCISION ?

Il ne s'agit pas ici de diaboliser le management mais d'en préciser les contours, les limites et les intérêts par ailleurs. En effet, en privilégiant les prises de décisions logiques et stratégiques à partir de pensées par objectifs ou de méthodes de résolution de problèmes, le cadre dirige, pilote, initie. Et nous savons combien cela s'avère important, sécurisant et incontournable.

Pourtant, ce qui le fait agir est fonction de principes déontologiques, de lois, de normes, de valeurs économiques, d'orientations politiques et institutionnelles qui imposent une décision du dehors et contraignent. On est proche du devoir comme principe moral⁵.

Ainsi faut-il comprendre que le management sous-tendu par des valeurs humaines pour une finalité clinique demeure un art indissociable d'une autre fonction du cadre de santé, celle de l'encadrement.

POUR UN CADRE DE SANTÉ MÉDIATEUR ENTRE LE RÉEL ET L'ŒUVRE

Il est utile de préciser que nous référons l'encadrement dans une double articulation :

- **un moyen de protection temporelle**, nécessaire besoin de sécurité dans la construction du cadre institutionnel qu'il s'agit pour le cadre de santé de tenir, de réinterroger, de confronter, de reconnaître, de rappeler... ;
- **une mise en valeur esthétique** qui pourrait être articulée à une promotion des possibles des professionnels du tableau à la frontière entre l'œuvre et le réel. « *Un cadre, c'est un élément diacritique qui sépare l'œuvre du réel. Il peut être plus ou moins enluminé, selon les styles, pourvu qu'il garde sa fonction de mise au premier plan de ce qui est le "lieu de la médiation"* »⁶. La fonction d'encadrement révèle ainsi de manière continue et médiatrice les réalisations et des potentialités soignantes. Le cadre représente en ce sens celui qui donne une dimension éthique au cœur du travail. Il va renforcer la structure du tableau pour qu'il dure dans le temps et que le travail tende vers l'œuvre. Il a « *la responsabilité de la direction à prendre* »⁷ mais il est aussi celui qui va faire vivre les valeurs dans les pratiques professionnelles et dynamiser les projets. Alors, « *il conduit beaucoup plus qu'il ne commande* »⁷.

L'ENCADREMENT PAR LA RELATION ÉDUCATIVE

Ainsi l'encadrement s'inscrit dans la pensée finaliste (Aristote) qui ne peut être dissociée de la relation éducative qui s'opère entre soi et l'Autre et qui exige de développer des compétences dans sa disponibilité à être là avec l'Autre. Le cadre est tour à tour dans une fonction de manager, de praticien soignant, d'éducateur, de formateur, confronté à lui-même avec ses traumatismes professionnels qui le limitent et en même temps nourrissent son humanité. Il est donc amené à délimiter et à animer un espace collectif, à prendre en compte la place de chacun au sein de l'équipe dans une fonction d'accompagnement, se situant comme auteur, c'est-à-dire fondateur, créateur. « *Le biologique s'associe à l'éthique, l'autorisation devient le fait de s'autoriser, l'intention et la capacité de devenir soi-même, son propre co-auteur, de vouloir se situer explicitement à l'origine de ses actes en tant que sujet* »⁸. Pour autant, le cadre auteur se doit d'être reconnu et légitimé par son équipe. ▶

NOTES

1. **Ardoino J.** Management ou commandement. Paris: Fayard, 1970.
2. **Ardoino J.** L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Pratiques de formation-Analyses*, 1993; 25-26: 16-34.
3. **Crozier M, Friedberg E.** L'acteur et le système. Paris: Le Seuil, 1977.
4. **Agamben G.** [traduit de l'italien par Rueff M.] Qu'est-ce qu'un dispositif ? Paris: Rivages, 2007: 30.
5. **Kant E.** [traduit par Delbos V.] Fondements de la métaphysique des mœurs, 1^{re} et 2^e sections. Paris: Delagrave, 1907 (1^{re} éd. 1785).
6. **Dupuy J-M.** Magritte chez Kafka, l'imaginaire à encadrer, nécessairement. *Les cahiers du travail social*, 2008; hors série: 123.
7. **Thuillier O, Vial M.** L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital. Rueil-Malmaison: Lamarre, 2003: 101-104.
8. **Ardoino J.** *Op. cit.* 1993; 25-26: 20.
9. **Reviolot J-M.** Pour une visée éthique du métier de cadre de santé. Rueil-Malmaison: Lamarre, 2010.
10. **Peyron-Bonjan C.** D'une situation paradoxale à une utopie salvatrice : l'éthique comme visée essentielle de la formation du cadre de santé. In **Reviolot J-M.** *Op. cit.* XV-XVIII.
11. **Perrenoud P.** Sens du travail et travail du sens à l'école. *Cahiers pédagogiques*, 314-316: 23-27 (repris dans **Perrenoud P.** Métier d'élève et sens du travail scolaire. Paris: ESF, 1996: 161-70.
12. **Carlini M.** Pratiques réflexive et émotionnelle du cadre de santé : un atout dans l'accompagnement des équipes soignantes. Mémoire de Master 1 Université Aix-Marseille, sous la dir. de J-M Revillot, 2009.
13. **Buratti L, Lenhardt V.** Le coaching. Paris: InterEditions, 2007: 56.
14. **Au sens de Ricœur** (1990), c'est-à-dire en mettant au travail une pluralité de sens dans la décision en cohérence avec ses valeurs dont l'autre fait parti.
15. **Bolle de Bal M.** Voyage au cœur des sciences humaines, tome 1. Reliance et théorie, Paris: L'harmattan, 1996.
16. **Pontalis J-B.** Fenêtres. Paris, Gallimard, 2000: 88.

► Si le cadre tente de s'investir un peu dans une fonction d'encadrement, ce qui va lui être demandé c'est de soutenir celui qui dans l'équipe va prendre l'initiative. Il va aider à choisir une orientation en mobilisant le groupe pour qu'il décide et trouve un chemin. Il va davantage secondariser pour que l'Autre grandisse et puise dans ses ressources. Alors peut-être pourra-t-il reconnaître le professionnel au point que les valeurs de ce dernier deviennent aussi sa conviction. Mais si le cadre répond à l'appel qui lui est fait par le soignant en demande ou en souffrance, il ne répond pas à tout. Il pose ses limites, surtout si la conviction du soignant se heurte trop à ce qu'il croit profondément. Ainsi peut-il aider l'Autre à se distancier, se questionner et chercher un chemin.

L'ENCADREMENT PAR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Le cadre recherche en permanence la "juste distance" entre les places de chacun, à l'écoute des besoins des soignants et de leurs demandes. Cette juste distance s'ancre dans la complexité des rapports humains et dans les différents moments où elle se met au travail : lors de l'entretien d'accueil, d'évaluation, de la construction de projets, des espaces de libre échange. Le cadre, attaché à ses racines soignantes, déplace ou transpose l'accompagnement des personnes soignées vers les soignants eux-mêmes. Il prend soin d'eux, transforme leurs plaintes en opportunité, les encourage à chercher le sens de leur travail auprès des malades et à être auteur de leurs soins. Nul ne peut survivre indéfiniment dans un univers aussi difficile que l'hôpital ou le secteur social, s'il ne trouve pas du soutien, de l'écoute, de la compassion et des messages permissifs. C'est précisément là que se situe la fonction d'encadrement à une juste distance qui se vit et se travaille par la relation éducative et l'analyse réflexive. La question de la distance et des problématiques qu'elle révèle conduit le cadre à intervenir dans les conceptions de la santé et du soin^{9,10}, dans l'évaluation des potentiels humains. Ainsi l'implication du cadre se traduit-elle par la reconnaissance qu'il partage du travail de l'Autre.

L'ENCADREMENT : POUR QUELLE DÉCISION ?

La pratique réflexive suggère un travail collectif formel ou informel entre le cadre, le médecin et les professionnels paramédicaux. « *La réflexion est encore plus nettement sociale lorsqu'elle s'inscrit dans une interaction, un travail coopératif, un processus de décision, une supervision, une demande d'aide ou de conseil, un débat contradictoire, une évaluation* »¹¹.

La démarche est créatrice pour permettre le questionnement des difficultés et des problèmes mais elle n'est synonyme ni d'un répertoire de recettes ni proche de la morale. Nous pouvons parler d'inventivité au cœur de la professionnalisation, car cette démarche participe à la construction de la pratique et de méthodes propres avec une finalité éthique.

Le cadre réflexif se prend donc pour objet de sa réflexion et se questionne sur sa manière d'agir : à la fois critique, car il rompt avec la tentation de justification et d'autosatisfaction pour mettre à distance, et constructif, car son but est l'apprentissage par l'expérience, la construction de savoirs qui seront réinvestis dans les situations et les actions à venir¹². Ainsi la pratique réflexive s'accommode d'un retour narratif de l'expérience grâce aux récits des pratiques où seront abordés le contexte, les intentions, les émotions, les valeurs, en fait tout ce qui participe au questionnement éthique mais aussi tout ce qui aurait pu être décidé autrement. La "mise en intrigue" du passage au récit où sont abordés une multitude d'événements contextuels à relier aux émotions, aux sentiments, aux questionnements, aux craintes, est une étape importante car elle permet la conceptualisation et le développement de compétences éthiques. Il s'agit ensuite de proposer à d'autres ces savoirs d'expériences afin de les rediscuter, de les réfléchir, de les "retricotter" dans l'intersubjectivité.

Avec la relation éducative et la pratique réflexive, l'éthique est au premier plan, car, loin d'être extérieure à la personne, elle entre au contraire « *en résonance profonde avec son vécu intérieur* »¹³, son identité, ses décisions au cœur d'une herméneutique du soi¹⁴.

CONCLUSION

Deux fonctions viennent d'être développées, le management et l'encadrement, comme deux pièces d'un puzzle, deux colonnes de l'édifice hospitalier, deux couleurs aux multiples nuances de l'œuvre. Rappelons que ces deux fonctions ont une finalité : la clinique sans laquelle le puzzle ne se révèle pas, l'édifice est bancal, l'œuvre est incomplète et manque d'une teinte chatoyante. Néanmoins, ces fonctions ne sont pas statiques, elles s'incarnent dans la posture du cadre de santé, par des mouvements non hiérarchiques, à la fois récursifs et en spirale. Il n'est pas d'éthique dans la posture du cadre de santé sans reliance¹⁵ entre ces fonctions afin « *de poursuivre une longue, patiente course vers toujours plus de sens* »¹⁶. ■

L'auteur n'a pas déclaré de conflit d'intérêts.

L'AUTEUR

Jean-Marie Revillot
cadre de santé, formateur
consultant Grieps, docteur
en sciences de l'éducation,
Université d'Aix-Marseille (13)
jm.revillot@wanadoo.fr