

Le formateur suit l'air avec le conflit :

« [...] On est toujours au creux des conflits... moi, j'ai eu un problème une fois, deux fois, trois fois, chaque fois que je voulais proposer quelque chose pour que ça s'arrête, on me disait : "Ça a toujours été comme ça". J'ai dit : "C'est pas pour ça qu'on va continuer encore dix ans... il n'y a aucune raison, moi on n'apelle chaque fois pour régler un conflit alors...". Ça a été très dur, là aussi, il a fallu que j'y aille par palier, un peu par à-coups pour froisser personne, si tout le monde y était habitué, il fallait pas que le changement soit trop rapide... Maintenant, j'en parlais l'autre jour, il y a bien un an qu'il y a plus rien... donc ça a servi à quelque chose. Ça a été une évaluation, oui : "pourquoi il y a eu une agressivité à cet endroit là ?". C'était une évaluation ça aussi, il a fallu évaluer le pourquoi, et puis après chercher des significations, je vous le disais : on le fait tout le temps... mais je l'ai pas écrit ! »

(Heïdi)

« Vous avez toujours des gens qui sont demandeurs d'améliorations : il y a ceux qui souhaitent que les choses restent telles quelles sont parce qu'ils se trouvent bien à l'intérieur, et puis il y a ceux qui sont en souffrance : ils attendent un changement. Donc dans une équipe, vous avez toujours quelqu'un qui sera pour vous, qui sera à votre écoute et qui ira dans votre sens parce qu'il sera en attente de cela ; les autres, faut prendre un peu plus de temps et ils s'y mettent aussi. C'est un jeu, le travail de cadre. »

(Gustave)

Le formateur est orienté par le changement à faire trouver à l'autre.

Prendre du temps pour le changement

Le travail du cadre : un jeu (jouer à la poupée, jouer au médecin, jouer au cadre)

© GROUPE LIARONS SA. La photographie dans cet ouvrage est un don

Le conflit n'est pas une catastrophe, il apporte ce désordre nécessaire à la régulation, il permet la mise en mouvement, la dynamique des relations sociales, le changement. « La contradiction et le conflit sont inévitables et, dans la mesure où ils sont assumés et constamment dépassés par la créativité, ils sont le moteur de tout progrès, dans l'entreprise comme ailleurs. »

L'autorité implique de savoir faire avec la contestation. Il ne s'agit pas d'empêcher les conflits, ni simplement de les contraindre (les « gérer ») : il s'agit de les exploiter pour négocier des ré-orientations, comme on négocie un virage :

« L'évaluation se fait en cas de conflit. Voir pourquoi là il y a un conflit, pourquoi là on arrive pas... J'ai un exemple : je sentais que ça n'allait pas dans l'équipe, eux ils m'ont dit : "non on veut s'en sortir tout seuls".

- "Ok, mais vous savez que je suis là".

On le dit une fois, deux fois... et puis la situation se gangrène et je continue à leur dire : "vous savez que je suis là... alors c'est bien de vouloir s'en sortir seul mais peut-être que ça peut aider quelqu'un "d'extérieur"...". Jusqu'au jour où j'ai dit : "bon ben voilà, que vous soyez d'accord ou pas j'interviens..."

Les aider à se repositionner les uns par rapport aux autres

Il y avait un problème entre les infirmiers et les aides-soignants, les IDE reprochant aux AS de ne pas faire leur travail, les AS disant : "oui, mais de toutes façons on est complètement exclus". Ça commençait à dégénérer : "en fait vous êtes nombreux mais ce serait mieux si on avait un IDE en plus, voire un AS de moins." Ce genre de choses... ça commençait à devenir un peu toxique cette histoire-là... et l'autre jour il y a eu un clash parce que l'AS a dit : "on fait le nursing de tel patient", l'IDE a dit :

³⁸ Arlabon, J. (2014), p. 53.
³⁹ Berger, G. (1992).

"non, là moi je vais manger", et quand elle est revenue, c'est l'AS qui est partie manger... Donc, discussion avec les AS, et cette discussion s'est faite relativement dans le calme... parce que j'ai pris de court et je n'ai pas respecté... comment dire, j'ai respecté ce qu'ils me demandaient dans leur sens, je leur ai laissé le temps, mais là j'ai dit: "maintenant, je me positionne, que vous soyez d'accord ou pas, on va en discuter". Et ça m'a permis, justement en discutant avec les AS, de faire dire que ce que reprochaient les IDE, de ne pas faire leur travail, c'était aussi parce que eux n'arrivaient pas à s'affirmer en tant qu'AS... et qu'ils se positionnaient comme étant sous les ordres de l'infirmier alors qu'ils sont pas typiquement sous les ordres de l'IDE. Donc on a travaillé là-dessus. On a repris: "mais en fait sur le plateau, vous faites quoi?" et ils on dit: "ont fait ça et ça".

Mais il y avait des actes délégués par les IDE qui n'étaient pas de leurs tâches... alors on a repris ce que c'était que leur travail. En fait, ils ne faisaient pas leur travail spécifique, leur travail propre, et faisaient les actes délégués...

Et ils ont repris confiance en eux, et donc peut à petit... ils ont repris de l'assurance... ils ont dit: "le nursing, on le fera à telle heure et, que les IDE soient disponibles ou pas, on commence"...

Et finalement, par le fait de se positionner et de dire "moi, mon travail c'est ça", ils se font plus respecter. Alors, c'est le conflit qui a fait qu'on a pu évaluer la façon de travailler... »

(Katia)

Utiliser le conflit

Conceptions du pouvoir et conceptions de l'évaluation

Les fonctions du cadre dépendent de trois conceptualisations de ce qu'il faut évaluer, qui donnent trois types de relations au pouvoir :

- *L'évaluation des produits ou des états* : c'est le but de l'évaluation comme mesure (comptabilisation des plus-values, des effets, des impacts, comparaison de bilans, des trajectoires). On fixe, stabilise, étiquette, et on soupèse ce que ça vaut, ce que ça coûte et ce que ça rend, ce que ça produit : l'autre est l'objet du pouvoir de l'évaluateur-juge. Il faut que le professionnel subordonné soit conforme à son poste. Le pouvoir est dans le rendement obtenu ;
- *L'évaluation des procédures (des moyens) ou des gestes* : c'est le but de l'évaluation comme gestion qui consiste à contenir et maîtriser les rapports aux situations, les agents, les exécutants. On gère l'autre comme un stock, on prévient les dysfonctionnements toujours possibles en rationalisant les pratiques : l'autre est encore objet du pouvoir mais c'est le pouvoir pour le fonctionnement cette fois, dans l'univers de l'évaluateur-gestionnaire. Il faut que le professionnel soit encadré ; qu'il reste dans le cadre légal et juridique ;
- *L'évaluation des processus des dynamiques, des relations* : c'est l'évaluation pour la problématisation des pratiques par les professionnels eux-mêmes afin de leur permettre de chercher du sens à ce qu'ils font. L'autre est un partenaire. C'est le travail de l'évaluateur-formateur.

Ces trois focalisations construisent trois versions de la santé, trois types d'évaluation possibles en santé.

- *La santé considérée comme un procès, un dispositif stable de production, permettant les mesures des produits fabriqués, contrôlés* : ici, la santé va être considérée comme un segment social dépendant de politiques publiques, d'orientations législatives, de « mesures sociales » au sens de lois applicables, de budgets à maîtriser, de non-maladie à produire. La santé est là un des secteurs de l'évaluation des politiques publiques. Le référentiel économique prime. On va donc s'attacher à mesurer la relation coût/efficacité, par exemple. Le secteur social de la santé est alors assimilé à un procès de fabrication de biens, comme le travail social ou l'enseignement ailleurs. Il s'agit là plupart du temps de macro-

évaluations, depuis un point de vue surplombant, un travail d'expert pour vérifier l'utilité sociale des pratiques. Ces évaluations sont volontiers comparatives, d'un pays à l'autre, par exemple.

La santé doit produire du bien, du capital de soins. Les pratiques de santé sont donc « tout naturellement » considérées comme des produits fabriqués qu'il s'agit de contrôler, dont il s'agit donc de « contrôler la qualité ». On gomme les différences entre l'utilisation du matériel, des machines et la relation éducative pour pouvoir la traiter. Les modèles d'évaluation sont alors tous quantitatifs. Les méthodologies utilisées se réfèrent explicitement à la recherche des sciences de la nature. Est réactive le modèle le plus ancien de l'évaluation-mesure⁴³ : la mesure des effets. À ceci près que l'évaluateur prend actes de tout ce que la recherche en ce domaine a produit depuis cinquante ans, et avance avec beaucoup plus d'humilité qu'autrefois des résultats chiffrés et surtout les interprétations de ces résultats. On sait aujourd'hui que les chiffres ne parlent pas d'eux mêmes, que les résultats ne font sens que dans un cadre interprétatif forcément limité. On ne cherche plus de « lois universelles » mais on donne à voir des bilans « objectifs » (c'est-à-dire dont le référent est précisé, localisé, relatif à ses théories de départ). L'échelle de mesure est de moins en moins confondue avec une échelle de valeurs.

Évaluer, c'est prendre un regard « externalisé » plus que vrai, un regard objectif plus qu'objectif, pour faire des audits. Ce sont souvent les destinataires de ces mesures qui les utilisent comme des vérités et non pas les évaluateurs experts et contrôleurs. Mais cette logique de contrôle continue de reposer sur la différenciation des places et des tâches, sur la supériorité du contrôleur par rapport aux contrôlés « débouchant » surtout sur un contenu répressif et revêtant un caractère catégorique et catégoriel, normatif et sanctionnant, donc culpabilisant⁴². L'évaluateur donne à voir un état du domaine de la santé, les décideurs tranchent et prennent des décisions qu'ils croient utiles. On parle d'avantage « d'impacts » que de lois. C'est la position de ceux qui s'intéressent à la santé publique, à l'épidémiologie, à la surveillance des fléaux sanitaires.

□ La santé considérée comme un ensemble non fiable, toujours à rationaliser par la gestion des procédures, pour la fabrication maîtrisée de services assimilés à des produits : ici, la santé est considérée comme un ensemble de métiers, des professions où des gestes professionnels se sont établis, avec parfois des routines qu'il faut faire évoluer car elles ne sont plus pertinentes aux environnements matériels ou culturels. L'évaluation alors s'intéresse à l'évolution des pratiques. On a d'abord utilisé l'évaluation par les objectifs, mais aujourd'hui les limites de ce modèle sont devenues flagrantes. Ce modèle de la maîtrise par objectifs est en faille, on s'aperçoit de plus en plus qu'il n'est pas universel. On a gardé l'expression « objectif à atteindre » mais l'esprit n'y est plus, ni la lettre d'ailleurs car aujourd'hui on a oublié les leçons de Mager⁴³ et plus personne ne prend la peine de libeller correctement un objectif (d'ailleurs, qui se souvient de la technique canonique de formulation d'un objectif ?). Le mot « objectif » s'est vidé de son sens, il est devenu phatique (« allô ? ») : il sert d'accroche pour finaliser des conduites ou pour amorcer une négociation. Tout but n'était pas un objectif, on l'a oublié et on appelle « objectif » absolument n'importe quoi. On confond la pensée par objectifs et le fonctionnalisme : on parle objectif alors que ce qu'on utilise, c'est le schéma moyen-fin, la fabrication de trajectoires, ce travers des gens pressés.

Puis il y a le modèle de l'évaluation structuraliste⁴⁴ qui revient en force avec le travail des intervenants en organisation (auditeur, consultant, conseil, coaching, conseilings...). Ces évaluateurs sont formés pour mettre à jour les règles de fonctionnement des ensembles qu'ils auscultent. C'est aussi le rôle de l'accréditeur qui devrait être davantage un conseiller, une aide à la prise de décision qu'un inspecteur... s'il était formé à l'évaluation et s'il n'assimilait pas évaluer et contrôler.

Enfin, l'évaluation dans le systémisme est aussi utilisable, et par endroit utilisée, justement par les équipes qui ont su s'emparer de l'accréditation et qui ont saisi l'occasion de prendre à leur compte les « démarches qualité » sans attendre qu'on leur impose une norme. Ce qui est visé dans ce modèle d'évaluation, c'est l'apprentissage de l'autocontrôle, par les acteurs eux-mêmes, de leurs procédures.

© GROUPE LIAISONS SA la photocopie non autorisée est un délit

© GROUPE LIAISONS SA la photocopie non autorisée est un délit

43. Mager R.F. (1972, 1986).

44. Vidal M. (1997 a)

Dans ces modèles, le point commun (et qui pose question aux équipes), c'est la place et le rôle tenu par les « chefs ». Si le cadre n'est pas par ailleurs formé solidement aux théories des organisations⁴⁵ et de l'encadrement, s'il se veut encore un manager omniscient, il risque fort de vouloir maîtriser les dispositifs évalués et de confisquer le travail des acteurs. « Le contrôle hiérarchique s'appuiera ainsi sur l'éducation à l'autocontrôle, sur le contrôle de l'autocontrôle, en même temps que sur la définition d'un contrôle mutuel⁴⁶ ».

La confiance affichée n'est ici qu'une stratégie. L'évaluation alors redevient un simple outil supplémentaire de contrôle des pratiques pour leur rationalisation. Il s'agit à chaque fois de : « Contraindre l'être à une fonction définie, c'est ne pas compter à chaque instant sur ce qui fait sa vitalité, c'est-à-dire sa capacité à s'enorgueillir, à changer, et plus encore à contribuer au changement⁴⁷ ».

La santé comme relation humaine, sociale, éducative, à rendre intelligible par le projet comme élaboration des sujets professionnels : ici, la santé est considérée comme une relation humaine d'abord, et une relation humaine spécifique ensuite ; une relation éducative par le soin. L'évaluation devient ce que Barthes⁴⁸ appelait une « pratique signifiante » : c'est-à-dire une *praxis* greffée sur la pratique de santé, ou s'articulent le fabriqué et l'agir dans un projet. La notion de projet n'est plus seulement assimilée à un outillage supplémentaire (la « démarche de projet ») mais devient une façon d'être ensemble. Le projet est élaboration du sujet. Aider à faire advenir le sujet, à travailler à son émancipation, c'est professionnaliser. Les gestes sont des élaborations de significations et non pas seulement la reproduction de techniques normées. L'évaluation est dans la pratique, au quotidien, permanente. Ces modèles d'évaluation encore peu connus, qui tournent autour des questions du sens de ce qu'on fait, travaillent les valeurs professionnelles incarnées dans les gestes de sujet à sujet. « Lorsque nous parlons de "valeur", en relation avec la logique compétence, nous entendons clairement des valeurs éthiques professionnelles. Par certains côtés, ces valeurs rejoignent la tradition des éthiques de métiers, ce qu'on appelait "la conscience pro-

fessionnelle". Mais elles s'en distinguent par le fait que les métiers étant en voie de redéfinition et d'ouverture profonde (au risque, à l'inverse, de disparaître), ces valeurs ne peuvent rester internes à un métier déterminé. Ce sont plutôt des valeurs qui orientent des comportements professionnels transversaux, coopératifs, dans des réseaux larges de travail⁴⁹. »

Ce sont ces réseaux que nous étudierons au chapitre suivant.

Le plaisir d'être avec l'autre pour faire du bel ouvrage et les altérations réciproques vont plus loin dans la construction du professionnel que la notion d'acteur (lequel peut très bien n'être que celui qui dit avec plus ou moins de bonheur le texte des autres). La notion « d'acteur professionnel » exprime cet investissement de la personne dans son personnage professionnel. La question éthique devient centrale, incarnée dans des actes. L'évaluateur n'est plus un autre venu d'ailleurs, plus ou moins externe, surplombant ou médiateur. C'est le professionnel lui-même qui prend en charge dans l'exercice professionnel le destin du corps professionnel auquel il appartient. Singulier ne veut pas dire unique.

« Voilà, on est médiateur, c'est le mot que le médiateur, c'est le je cherchais... je vais vous dire, dans le cadre formateur.

Le temps "c'est vous le médiateur"... Le rôle du cadre, le premier mot qui leur vient à l'esprit, c'est le médiateur... "Si vous n'étiez pas là comment on ferait... Bon, quelque part ça fait plaisir parce que au moins on sert à quelque chose..."

(Heidi)

Le devenir de la profession est réapproprié par les auteurs-acteurs-agents. Cela se voit au désir de communiquer sur ce qu'ils font, d'échanger des pratiques et sur les pratiques, chacun depuis sa place. Cette évaluation incarnée dans le sujet professionnel dépend avant tout de la culture en évaluation que peuvent avoir les professionnels de la santé. Car alors toute personne intervenant dans la relation éducative devient évaluateur, un « évaluateur ».

45. Aldick J (1994, 2001)

46. Ardoino J (1970), p. 72

47. Ardoino J (1970), p.124

48. Barthes R (1984)

49. Zarifian P (1999), p. 141.

Ces trois conceptions des rapports de l'évaluation au pouvoir dans la santé se côtoient actuellement dans les établissements de santé et créent des dialogues de sourds à l'intérieur de la hiérarchie. Le cadre de santé s'oriente vers la dernière de ces conceptions, parce qu'il est de tous les responsables le plus proche du bénéficiaire du soin.

Conclusion : le travail dans l'estime

Quoi qu'il en soit, le cadre n'est pas une surveillante, ni une infirmière en chef, ni le bouche-trou dans le service, ni le scribouillard faiseur de plannings. Il n'est pas un simple administratif, il n'est pas qu'un gestionnaire, ni un technocrate obsédé par la rationalisation des pratiques, ni un théoricien au-dessus de la mêlée. En position de diriger, de gouverner, sans *participation réelle au commandement*, l'essentiel du travail du cadre est d'assurer une fonction formation. Formateur en permanence de son équipe, des stagiaires, des nouveaux arrivants, il évalue les dynamiques au moins autant que les procédures, dans l'estime de l'autre⁵⁰.

Et c'est bien la *qualité* qui est en jeu : « obtenir l'estime d'autrui demeure aussi précieux que d'accorder la sienne, comme si cet échange-la demeurerait fondateur d'une certaine qualité de l'interaction humaine, comme si, dans ce "commerce" là entre les humains, passion et raison parvenaient à leurs accordsailles sans se dénaturer pour autant »⁵¹. C'est bien l'évaluation de la qualité des relations professionnelles.

La difficulté du cadre est de tenir une position hiérarchique tout en restant semblable aux autres avec qui il travaille : « l'estime est affaire humaine, réciprocité latente, appel à une mutualité. On n'estime que ses semblables »⁵². Il y a du pari dans cette affaire, et l'enjeu c'est bien l'humanité, la dimension éducative : « l'estime, portée et reçue, est civilisante [...] Elle ne supprime pas les conflits. Elle fait mieux : elle les déborde dans l'égalité des honneurs rendus »⁵³. C'est la fonction formation du cadre.

© GROUPE LIAISONS SA. La photocopie non autorisée est un délit.
© GROUPE LIAISONS SA. La photocopie non autorisée est un délit.

Cela est compatible avec les fonctions de gouvernement et de gestion qui vont obliger aux calculs, aux prévisions raisonnées, aux vérifications comptables : « Évaluer en vérité, c'est naviguer à l'estime. Ce n'est pas pour autant se dire sans repères, ni recuser naïvement tout calcul. Mais avouez que c'est un drôle de calcul de vouloir se montrer humain dans les choses humaines ! »⁵⁴, un calcul qui ne peut se réduire à avoir des stratégies de management.

Se monter humain dans les relations professionnelles, c'est pouvoir exercer la double compétence d'avoir à assurer un pouvoir hiérarchique et de se faire reconnaître comme ayant de l'autorité.

Cette autorité ne se fonde pas seulement sur la détention d'un savoir, mais bien davantage dans l'exercice même de la relation d'évaluation, conçue comme relation où se construit le sens de ce qu'on fait.

La problématique actuelle du cadre formé à être cadre se déroule entre institutionnalisation de son pouvoir et la reconnaissance de son autorité. Il s'agit bien pour lui de faire travailler la une contradiction, et c'est difficile. Mais comme l'a écrit Ardoïno en 1970 : « Alors que dans l'administration comme dans les entreprises, les cadres passent leur temps à se plaindre des contradictions qui les empêchent de faire leur métier, ils sont sans toujours bien le savoir, essentiellement payés pour assumer et articuler⁵⁵, par leur créativité, des contradictions inévitables. »

50. Hameliné D. (1987)
51. Hameliné D. (1987), p. 19
52. Hameliné D. (1987), p. 199
53. Hameliné D. (1987), p. 200

54. Hameliné D. (1987), p. 204.

55. Nous nous sommes permis de remplacer l'expression originale « assumer et résoudre » par « assumer et articuler » pour rendre compte de l'évolution de la conception de la dialectique. Une contradiction ne se résout pas : par la mise en travail dans la durée (l'articulation des contraires), elle devient dépassée. Elle est remplacée par une autre. Nous pensons n'avoir pas trahi outre mesure la pensée d'Ardoïno aujourd'hui.

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles : de la coordination au partenariat

Les fonctions attendues chez le cadre, de gestion, de commandement et de formation, on le voit, sont imbriquées, simultanées, enchevêtrées, prises dans des « hiérarchies fluctuantes » selon les situations, ce qui complique sérieusement la distinction rationnelle des compétences qui permettraient de les remplir. Quel est alors le mot qui pourrait réunifier, chapeauter l'ensemble de ces dimensions de l'agir professionnel du cadre (voir figure 2) ? Peut-être celui de coordination ?

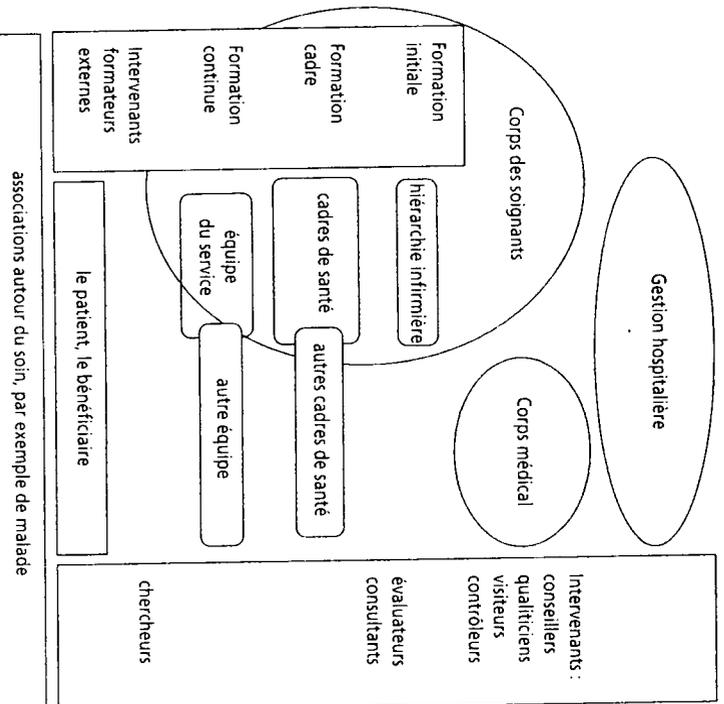


Figure 2 – Situation du cadre, première approche : les acteurs connectés

I. Barthes, R. (1984)

**Assurer des liens,
constituer un réseau de travail**

La tendance des partenaires du cadre intermédiaire est de remettre en question cette coordination en l'individualisant, en isolant le cadre intermédiaire, en coupant les liens qui le lient aux instances organisatrices ou en les niant, au profit d'une mise en situation d'agent exécutant (voir figure 3). Même les intervenants (conseillers, auditeurs, consultants) peuvent être tentés d'entrer dans ce jeu en se mettant dans une position centrale au service du fantasme du pouvoir médical qui voudrait s'arroger la direction de l'affaire.

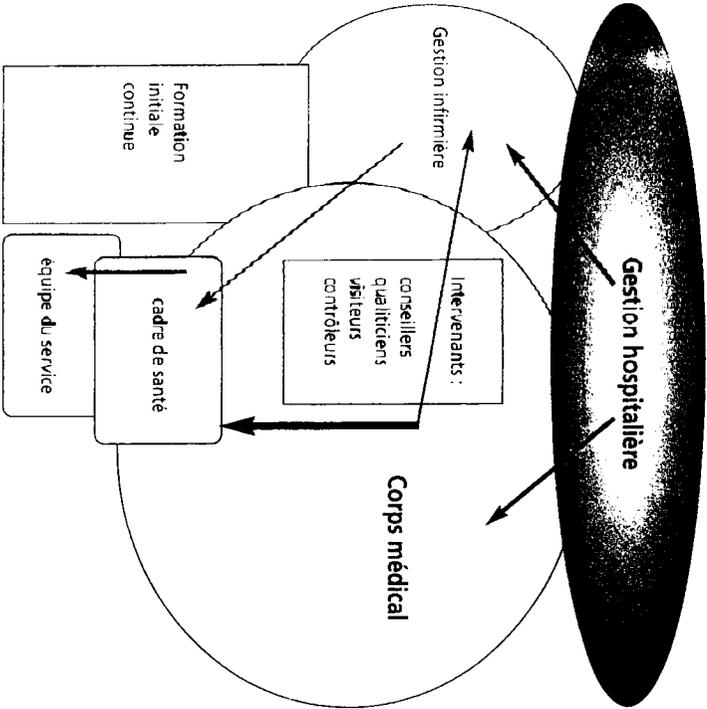


Figure 3 - Le cadre de santé, portion congrue, tête réduite

*Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles :
de la coordination au partenariat*

En retour, cette image réductrice, parce qu'elle limite l'aire d'exercice, peut paraître confortable à certains cadres et notamment comme Albert, ceux qui, « faisant fonction », n'ont pas été formés dans les écoles de cadres pour occuper cet exercice. On peut parier qu'ils ne sauront pas résister à cette réduction de leurs missions.

Dans les faits, si le cadre de santé se bat pour obtenir sa place, il devient un *coordonnateur* qui doit être capable de tenir en même temps des coordinations horizontales (avec les autres cadres infirmiers et avec son équipe de service) et verticales (avec les instances de l'établissement), capable de faire simultanément deux séries de choix, de tenir deux perspectives (voir figure 4).

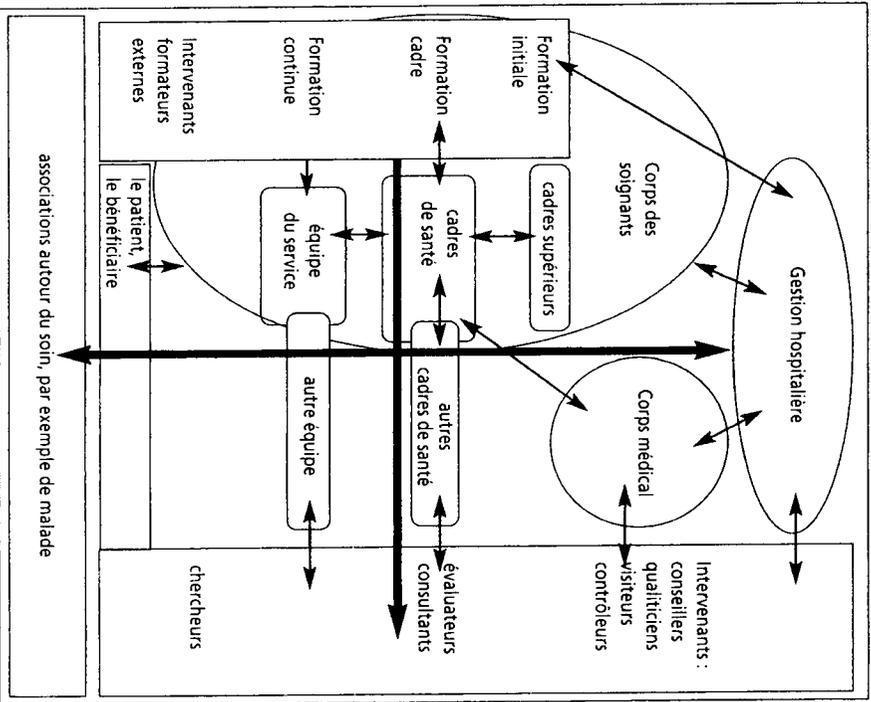


Figure 4 - Coordinations verticales et horizontales portées par le cadre infirmier

En effet, le cadre infirmier coordonne son équipe et les soins donnés au patient (dans le sens du projet de service) ; en même temps, il est en lien avec d'autres cadres infirmiers, d'autres services :

□ Il participe à des **coordinations** avec la hiérarchie infirmière (les cadres supérieurs, principalement) et par eux, il est en lien avec la sphère de la gestion hospitalière (dans des projets transversaux, par exemple de « qualité ») ;

□ Il coordonne aussi avec le corps médical, avec les associations de patients, avec la formation initiale (par les stagiaires accompagnés dans le service devenu le terrain des stages), avec les familles ;

□ Il est en lien avec les intervenants à l'hôpital (auditeurs, visiteurs d'accréditation, chercheurs, qualifications, etc.) qu'il reçoit dans son service.

■ Le cadre et sa hiérarchie

Les professionnels de santé sont un ensemble de corps hiérarchisés. C'est une donne historique dont le cadre de santé attend des effets facilitateurs pour l'exercice des soins.

« Et ce que je demande à mes supérieurs, j'essaie de le faire, moi, pour l'équipe soignante [...]. Le rôle du cadre, c'est pas d'arriver le matin et de voir tout le monde à plat ventre ou au garde-à-vous, non. Je veux pas exercer comme ça et je n'aime pas qu'on l'exerce comme ça au-dessus de moi. »
(Charles)

Les liens avec le cadre supérieur et l'IG

Évaluateur, le cadre de santé se retrouve évalué par sa hiérarchie. L'attente est alors d'une symétrie entre ce qu'il fait dans son service et ce qu'on peut lui faire

« On est toujours surveillé, comme nous, nous surveillons le personnel soignant, nous sommes surveillés par le cadre supérieur et puis par l'IG. C'est la hiérarchie »
(Charles)

© GROUPE LIANONS SA - la photographie non autorisée est un délit

« Les techniciens et les soignants savent que je suis reconnu par ma hiérarchie, ça aide à la considération dans le service. Parce que si je n'étais pas écouté par le cadre supérieur, j'aurais des problèmes de crédibilité et de positionnement. Ici, c'est transversal dans la structure... »
(Jules)

**Crédibilité
et reconnaissance
transversale**

Faire connaître
son projet
pour être
reconnu
et légitime

« Je trouve que dans cette profession on se plaint beaucoup de la hiérarchie (du dessus, du dessous...). On attend qu'on nous fasse une place, qu'on nous demande notre avis, qu'on nous reconnaisse. Moi, je crois que pour être reconnue, il faut commencer par mettre en avant notre conception du métier, nos attentes, notre conception du soin, de la fonction cadre, notre propre projet professionnel et de service, nos visées, nos valeurs quoi... Si on dit pas quel cadre on veut être, quel style de management on essaie d'impulser, alors les autres délireront sur ce qu'on devrait faire, sur ce qu'on devrait être. Et si on dit tout ça, le projet, les principes fondamentaux, ça nous donne des arguments pour expliquer quand on est d'accord pour collaborer ou pourquoi on refuse certains ordres... »
(Katia)

« Je ne dis pas qu'elle est idéale mais la profession est hiérarchisée. Le tout c'est qu'il y ait une hiérarchie intelligente, qu'il y ait une compréhension, un dialogue, une écoute, que ce ne soit pas fait d'une façon... »
(Charles)

Une hiérarchie
intelligente ?

« ... en gros, on ne doit être chef dans son aire d'exercice, son domaine. Cette différenciation professionnelle est une conquête du cadre intermédiaire qui doit veiller à ne pas être confondu avec les agents du service, il vit dans une autre sphère.

« C'est un évaluateur de ce que je fais ; d'ailleurs il fait la même chose que je fais au niveau de ma notation et de la mutation, il a ce rôle obligatoire mais il ne fait pas d'entretien. Il me demande ce que j'ai fait. Qu'il fasse différemment de moi ne me choque pas : je suis persuadée que ce que je fais est utile et que ça va dans le sens de ce qui se fait un peu partout. »

(Béatrice)

La confiance
de la hiérarchie

« Le cadre sup' m'évalue, ça me gêne pas ; souvent il n'y a pas de dialogue, ça passe par du papier ; moi je le vois, il vient dans le service mais l'infirmier général lui, si je veux le voir, il faut que j'aille le voir. Ce n'est pas sa mission. C'est pas un avantage, ils n'ont pas connaissance des besoins. »

(Alice)

Pas de dialogue
avec le cadre sup

« Mais par rapport à ce que je peux entendre ici et là, il est évident qu'il y a des infirmiers généraux qui se prennent pour des donneurs d'ordre, qui sont trop loin du terrain, qui sont distants, mais je n'ai pas suffisamment de vécu dans la fonction. »

(Charles)

La hiérarchie est
coupée du terrain

« Il peut arriver que le cadre supérieur s'approprie le projet et le cadre de proximité devient un exécutant : "Fais ceci, non pas cela". C'est pas encore mon cas. »

(Charles)

Être vigilant sur le
devenir du projet

« Le cadre sup' est loin. Ici on est des professionnels, on sait ce qu'on fait et il nous évite. Il ne sert pas à grand-chose, il travaille peut-être ailleurs mais pas ici. Il devrait motiver les réunions de service, et puis il y a des projets (un hôpital de jour par exemple), ils se parlent, mais ils ne sont pas portés, et puis nous n'avons pas d'échange avec l'équipe d'à côté : les projets stagnent. »

(Marius)

La hiérarchie ne
coordonne pas

« Pas facile de faire entendre des vues différentes, ayant du sens pour les pratiques professionnelles : par exemple, lors du démenagement d'un service, une nouvelle organisation y compris de l'architecture des locaux... par exemple, avoir une salle de veille pour l'équipe de nuit, alors qu'on sait qu'il y a de courts instants où on peut se détendre et être en veille... Il y a une image d'Épinal du service infirmier qui date du XIX^e siècle qui est encore là. À ce niveau les cadres sup' ont du travail à faire... »

(Katia)

Faire avec les images

« Le nouveau directeur a apporté une vision de terrain [...], une redéfinition des règles. Les cadres vont avoir plus de responsabilité, c'est-à-dire qu'ils vont pouvoir faire plus de choses mais qu'en même temps on leur demandera plus de comptes. Il y a une opportunité de pouvoir s'exprimer, j'ai ce sentiment-là... »

(Alain)

Faire plus de choses,
avoir plus de
responsabilités
et rendre plus
de comptes : une
opportunité
de s'exprimer

Le « reproche » d'être éloigné des besoins du service n'est pas à entendre seulement comme un manque : c'est l'espace que le cadre

intermédiaire doit occuper. Un Si le cadre supérieur, infirmier ou administratif, connaît parfaitement le service, il n'y aurait pas besoin d'un cadre intermédiaire. Dire que le cadre supérieur ne sait pas, c'est dire que le cadre intermédiaire est légitime.

« Le cadre de proximité, quand il a une remarque à faire, il passe d'abord par le cadre infirmier supérieur qui fait tampon, qui filtre l'information et qui ensuite en réfère à l'infirmier général. J'ai de bons rapports avec tout le monde, mais je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer souvent l'infirmier général [...]. À ce jour, personnellement la hiérarchie, je ne la vis pas comme une contrainte [...]. Et puis quand j'ai accepté la fonction, je savais ce qu'on nous demandait sur le plan institutionnel et que ce serait à moi de mettre en place un projet. » (Bénédicte)

Alors seulement le cadre supérieur peut être appelé à la rescousse quand un conflit éclate, pour appuyer une décision du cadre intermédiaire.

« Le cadre sup' descend régulièrement, peut-être une fois par mois et discute avec eux. Il est disponible quand il y a un problème. J'ai eu un gros problème de planning, j'ai eu deux mutations et deux maladies en même temps et j'ai été obligé de repositionner. On a réussi à couvrir les deux mois. Le cadre sup' s'en mêle parce que le cadre de proximité n'y arrive plus, parce que c'était vraiment dur : une situation très difficile. La réglementation n'est pas facile : les gens sont excédés à force. Par sa présence, il a montré que c'était important, il est venu leur parler avec moi et le biologiste. » (Béatrice)

Les filtres, une sorte de liens continus

Accepter d'être soutenu, étayé

La situation semble encore compliquée par des coutumes locales inadaptes : ce cadre parle de conflits, de « rivalités » qui ne sont pas attachées à des personnes, mais à des pratiques, de nomination « opaques » :

« Il y a de nouveaux surveillants qui ont été nommés, il y a des conflits, des rivalités très importantes à gérer, et en ce moment il y a un peu un amalgame entre... et puis il y a des statuts qui sont difficiles à affirmer. Il y a beaucoup de personnes qui prennent la place des autres, alors c'est un peu difficile à organiser... parce que même l'infirmière générale n'a pas son mot à dire par rapport à la nomination des surveillants par exemple, elle n'a pas son mot à dire... c'est un peu difficile... » (Katia)

Encore des problèmes de commandement : être associé au recrutement ?

« Par exemple pour les AS, à midi il y a une charge de travail très peu importante. On aimerait les intégrer et qu'ils fassent autre chose. Alors quand la cadre sup' passe et qu'elle les voit assises, elle vient me voir. Mais moi je sais, c'est une situation que je connais mais ça ne se règle pas en allant voir les gens pour leur faire une remarque. J'ai organisé un travail pour qu'on réorganise complètement leur charge de travail. J'ai fait un travail sur "c'est quoi les AS ? Qu'est-ce qu'ils font ? Leurs missions ? Les horaires qu'ils font, avec fiches de postes" : un boulot énorme. On a fait plusieurs réunions en plus et je leur ai montré les chiffres, ça, ça leur plaisait parce que je leur montrais ce qu'ils font. C'est des chiffres que je donne au chef de service, à la surveillante chef, etc.

S'inventer des dossiers

Démontrer les besoins du service ; chiffrer

« Ça se faisait pas avant moi. Je compte par secteur, par jour, je compte combien ils ont de consultations et ils ne prennent pas ça pour du contrôle mais pour de la valorisation de ce qu'ils font. Ce que j'ai fait, c'est que je suis parti de la charge de travail pour les consultations : un tel de telle heure à telle heure, par jour. Le lundi, pas de consultation de façon que l'on puisse avoir l'effectif global minimum qui soit le même, de façon que les gens puissent partir en vacances, que la charge soit bien répartie. Je présente comment la charge de travail évolue... et ça marche. »

C'est pas le planning qui compte, s'il m'en faut trois là, c'est parce que les patients en ont besoin, et s'il m'en faut que deux pour un jour, c'est adaptable. Être efficace et pas les faire suer. Le problème était vu mais on le vivait comme corrigé. Si la direction le voulait bien... là, on nous a pris au sérieux parce qu'on a fait un travail sérieux, qu'on ! On est passé de l'ère où les cadres disaient "je n'ai pas assez de personnel" à "voilà le problème". C'est plus "y a ka fo con". »

(Alain)

Relations au DRH

Le poste de direction des ressources humaines est mal considéré dans trop d'établissements. On y place parfois n'importe qui (et même un agent manipulateur radio qui a eu un accident et que l'état de ses vertèbres ne peut plus lui permettre de continuer à être manipulateur radio) sans aucune formation spécifique, ou quand c'est le cas, avec une formation à la gestion comptable mais aucune formation en sciences humaines. Il est vrai que ce poste est difficile, par tout, puisqu'il se réclame du temps à appliquer les slogans de rentabilité-efficacité d'une Direction pour qui le facteur humain

Convaincre

Problématiser les situations

Valoriser

© GROUPE LIAISONS SA La photocopie non autorisée est un délit

est plus un empêchement de compter en rond qu'autre chose. Ce DRH se fait passer pour un supérieur dans le commandement alors qu'il ne devrait être qu'un partenaire avec qui le cadre négocie notamment les « besoins de formation » de son service. Relais administratif, le DRH est vécu comme imposant des directives comptables, dont la note administrative annuelle qui entre dans le calcul des rémunérations des agents ?

Discuter avec le DRH

Argumenter

« La note est administrative..., si je pouvais m'en passer ! C'est le quart de point, c'est un carcan. En fait on n'est pas obligé de la mettre, c'est la DRH qui en a besoin. On peut la proposer, c'est une proposition de note mais c'est la DRH qui décide. Cette année, il s'est passé un truc : c'est que moi je suis arrivée il n'y a même pas deux ans, j'ai dû commencer les évaluations six mois après, je n'avais pas la connaissance suffisante. Donc je n'ai rien demandé, si ce n'est le quart de point pour tout le monde. Je n'ai pas demandé le demi-point qui est donné au compte-gouttes dans l'hôpital (une dizaine). Il y a eu des discussions, j'ai expliqué qu'en six mois, je ne pouvais pas. Certains ont rouspété. Cette année, je suis allée voir la DRH et j'ai demandé des demi-points et j'ai argumenté et ils les ont eu. Ça a créé un précédent. Donc la note ça peut aussi être utilisé : je voulais que cette équipe soit récompensée du travail sur les deux ans, donc même administrativement on peut s'en servir parce que ceux qui ne l'ont pas eue, ils se sont posés des questions. Sinon, je m'en passerais bien d'une manière générale, de la note. »

(Éloïse)

2 Le lien au DRH semble dépendre de la taille de l'établissement. Dans les grands établissements, paradoxalement, la relation semble plus facile. Il existe une véritable politique de formation

« Il y a eu une démarcHe il y a deux ans, on nous a demandé de faire de l'évaluation du personnel... j'avais demandé à ma collègue comment elle l'envisageait, et en fait une famille nous a été imposée par le DRH. À l'opposé, je crois qu'on pouvait difficilement trouver plus opposé de ce qu'on... de ce que moi j'entendais par évaluation. Et puis je voulais faire de l'évaluation un peu à ma sauce quoi, et bon ! Sur ce questionnaire, je me souviens vaguement, c'était, comme thèmes principaux "est-ce que dans tel sujet vous sentez que le salaire est satisfaisant, non satisfaisant..." »

(Marius)

Le DRH est ses outils de management importants : la confusion entre évaluation et enquête de satisfaction ?

Le DRH semble avoir évalué sa fonction de médiateur en relations humaines et être accusé d'une hypertrophie de son rôle de gestion. Sa propre formation est essentielle pour qu'il puisse retrouver l'ampleur de son poste : et par ricochet, quand on sait qu'il a la mainmise sur la formation du personnel soignant, on peut être inquiet.

Voilà une connexion qui se fait mal et dont tout le monde souffre.

Rapports aux autres cadres intermédiaires

Le cadre supérieur permet la rencontre avec d'autres cadres intermédiaires, pour des projets transversaux, pour travailler davantage ensemble.

« On fait des réunions avec le cadre sup. Elle a trois cadres à gérer, elle n'est pas forcément d'accord au niveau des méthodes ou des solutions trouvées par les cadres, alors comme elle est sur place, ça peut être des sujets de tension dans la mesure où elle aurait fait comme ci ou ça,

Ne pas empiéter sur le domaine des autres

donc elle doit se replier du terrain. Moi je respecte, j'exprime si je suis pas d'accord. Je crois qu'au niveau du terrain, je ne veux pas qu'elle empiète sur mon domaine. À moins que je le lui demande. »

(Gustave)

« Ce qui manque aussi, c'est un lieu d'échange collégial, d'échange professionnel pour les cadres, une unité des cadres... Y a pas d'organisation pour ça et du coup y a une place vacante qui est prise par d'autres qui disent : "Moi je pense que, il faut faire..." pas d'unité, de travail de mise en commun... On pourrait plus travailler ensemble, mettre en commun des valeurs [...] Je découvre et ça m'étonne parce que chez les infirmiers, même si c'est informel, ça existe, y a une culture commune, partagée, on discute de nos pratiques... »

(Alain)

« On est ici dans un truc qui est très hiérarchisé, qui est très pyramidal, malgré tous les propos, et dès que l'on veut faire bouger certaines choses, dire, parce que l'on est convaincu, parce qu'on a lu, on en a discuté, on a pu un peu lire dessus, un peu comprendre ce qu'il y a derrière, même si peut-être on interprète à notre façon parce qu'on a notre passé, etc., mais y a quelque chose qui ne va pas... on essaie d'en parler. On peut pas... »

(Ludvig)

Se battre pour pouvoir parler

Avoir un lieu collégial d'échanges de pratiques

Relations avec les médecins

Les cadres de santé savent que les médecins sont pris dans leurs problématiques, la communication avec eux ne peut pas être facile. L'une part à cause de l'histoire des deux corps professionnels (les élus paramédicaux ayant été trop longtemps naturellement asservis au médical), d'autre part à cause de la place hiérarchique.

« Il y a des médecins qui sont bien mais qui sont pris dans une autre piste de questionnement. » (Éloïse) **Le médecin appartient à un autre corps professionnel.**

« Je pense que l'hôpital ça bouge, ça a beaucoup bougé ces vingt dernières années, la culture aussi, a beaucoup bougé même s'il y a des points de crispation énormes, des rapports de pouvoir... Et ça bougera encore, mais c'est long, il faut vingt ans, non ? pour passer à quelque chose de différent... Il y a un imaginaire, des images qui sont tenaces, emprints du XIX^e siècle et de la division du travail. Les rapports de pouvoir et de reconnaissance sont très lourds en France. » (Ninon) **Lourdeur des rapports de pouvoir**

Le poids de l'histoire

Aujourd'hui encore, un médecin qu'on le veuille ou non est formé pour être un « guérisseur d'organes » un « réparateur de la mécanique du corps ». Ce qui est en jeu, c'est la conception même de la santé. Dans le monde médical, l'opinion la plus répandue et profondément enracinée dans les convictions et l'imaginaire professionnel est que la santé n'est que « le silence des organes », et alors ils ne travaillent que sur la maladie, qu'ils le veuillent ou non (et non pas sur la santé). Le médecin n'a pas été formé pour être un éduquant, il pense être là pour éradiquer le symptôme. « Le modèle moderne et positiviste de la médecine [...] objective et exproprie le corps propre... »⁴. Mais

© GROUPE LIAISONS SA La photocopie non autorisée est un délit

bien sûr, des pratiques de l'éducation en santé existent et certains secteurs médicaux sont en mouvement, grâce à des médecins plus ou moins isolés. On remarque tout de même qu'il s'agit à chaque fois de maladies incurables ou chroniques. Le monde médical, quand il ne peut supprimer le symptôme et guérir la maladie, s'intéresse à former le patient pour obtenir une meilleure observance médicale. Il s'agit alors d'une véritable mutation du médecin qui veut devenir « soignant » et s'occuper d'une personne – ce qui est (il faut le rappeler) le travail des infirmiers, puis de tous les professionnels de la santé appelés « paramédicaux » par les médecins, travail fondé sur le « prendre soin » de l'adire « personne globale » ou plus exactement travail du « prendre soin global » de la personne bénéficiaire du soin.

« Les médecins ont du mal à suivre l'évolution des cadres infirmiers. C'est leur histoire, parce que le chef de service, c'était le pacha, le chef qui commande et les autres obéissent dans une vision quatorze-dix-huit. Mais déjà ils ont bougé un peu dans leur tête, avec les histoires de HIG, c'est les malades qui leur ont expliqué ce que c'était que leur métier. Ça leur a fait beaucoup de mal ou de bien, et puis il y a cette génération de médecins qui sont pas... qui sont moins des, comment dire ? Je crois que les médecins, c'est des gens qui vivaient que pour leur métier et pour le pouvoir que leur procurait leur métier, c'est-à-dire "Ah je fais partie du rotary club ! Et je suis le meilleur, le plus beau et on me dit monsieur". Moi j'ai un ami chirurgien qui parlait d'un grand patron qui avait opéré de l'appendicite un gamin qui n'avait rien et il arrive avec le bout de l'appendice et il dit aux parents : "Et je vous dis que ça !". Voilà, les parents n'avaient rien à dire. » (Alain)

Évolution du médecin

En assumant inquitte d'assumer une relation éducative avec le bénéficiaire du soin, les professionnels soignants le sont – ils ne sont même que ça : ils sont là pour prendre soin.

La conscience de cette spécificité fait que le cadre de santé n'est pas, ou n'est plus, ou n'est presque plus, dans un rapport de soumission au corps médical. De nombreuses problématiques traditionnelles sont alors en voie de disparition : l'idée, par exemple, que se dire cadre, ce serait attester qu'on n'est plus infirmier ; avec de la culpabilité, le sentiment diffus d'avoir trahi le corps d'origine ou bien la sensation diffuse d'être du côté du médical contre les paramédicaux ; d'être compromis avec la caste des médecins. Ces vieilles lunes sont aujourd'hui autant d'indicateurs de la bureaucratization d'un établissement.

Disons-le tout net : le cadre de santé n'est pas « du côté » des médecins. Il n'est pas du tout « à leur botte » ni « à leur solde ». Le médecin n'est pas au-dessus, il est *dans* l'équipe dont le but est la qualité des soins, autour du patient, lui aussi, comme les soignants.

« L'équipe : c'est un tout, son cadre, ses infirmiers, ses aides-soignantes, son médecin. »
(Charles)

La visite des malades pendant laquelle le cadre de santé accompagne le médecin entouré de ses élèves est un point sensible, révélateur des rapports au corps médical. Le cadre est un professionnel différent, spécifique. Il doit faire savoir d'une façon ou d'une autre cette différence et c'est aussi en sachant dire « non » au médecin ou le mettant petit à petit devant le fait accompli.

« Faut leur dire, j'irai pas à la visite... J'y vais quand ça me plaît, parce que c'est bien aussi de savoir de voir un peu les dossiers, je regarde les trucs mais je me fous de savoir si le mec il a un infarct, un machin ou un truc. Il me fait : "Viens voir ça l'examen !". Ouï, que je sache comment ça se passe, s'il faut du matériel, oui, mais je me fous de savoir si c'est là ou là. »
(Alain)

Chacun ses savoirs,
chacun son aire
d'exercice

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles : de la coordination au partenariat

« Je ne dis pas que le cadre n'a plus rien à faire à la visite... mais il peut très bien s'en passer. La visite, c'est quelque chose de médical. Le médecin a les dossiers médicaux, il a le dossier de soins infirmiers dans lequel lui est réservée la feuille des prescriptions.

On peut très bien penser que le cadre n'est pas nécessaire pendant la visite du médecin puisque nous n'avons plus à noter quoi que se soit. Donc il suffit de nous rendre les cahiers en fin de visite et voilà, puisque le médecin doit faire la prescription et doit rédiger les bons de radio. Vous vous rendez compte ce qu'on leur demande ? ! C'est tout le travail du cadre infirmier de l'ancien temps ! Mais c'est plus du tout le profil du cadre qu'on forme aujourd'hui sur les bancs des écoles des cadres.

Alors, il y a des médecins qui ne veulent pas que ça change et qui obligent le cadre à venir et à noter pour continuer à faire, en quelque sorte, la secrétaire.

Alors les choses, elles ne se font qu'à moitié ! Moi, ce que je fais pour l'instant (parce que sinon on n'avancerait pas et les choses ne seraient pas faites), je rédige les bons mais je rédige une partie ; je prépare les bons et le médecin note l'indication médicale pour laquelle il a demandé les bons et il signe le bon.

En fait, je ne fais pas grand-chose : je sors un bon, je marque l'examen qui est indiqué, je mets les tickets du patient et le médecin fait sa vraie prescription, c'est-à-dire la raison pour laquelle il a demandé l'examen et il signe.

Je l'oblige à ça. Pour les bons de transport, idem. Je les remplis ; je mets le nom et le prénom mais tout ce qui est indications

Présence à la visite :
un archaïsme

Autre temps,
autres tâches

La réponse : avoir
des stratégies,
former le médecin,
en douceur

médicales, je le laisse l'écrire. Je fais disons 40 % du travail. Voilà, sinon on n'avance-rait pas de toutes façons. » (Éloïse)

Le rapport de force est latent, le médecin apparaît souvent comme retrouffé, réactionnaire. En somme, le médecin serait dans la résistance au changement ? On nous joue la scène de l'arroseur arrosé. Chaque échelon doit donc faire sa place contre les autres ? N'est-ce pas le fonctionnement « normal » d'une organisation hiérarchique ?

« Le matin j'avais instrauré une relève qui était un temps pour toute l'équipe, avec café, qui était peut-être un peu longue, et les médecins n'aimaient pas nous voir assis tous ensemble – oh, on répondait aux urgences, hein ! Et s'ils voulaient faire la visite à 9h 30, à ce moment-là eh ben, ils la faisaient tout seuls... C'était notre point de rencontre... et si on avait pas eu ce temps-là y avait pas d'équipe. Il faut trouver quelque chose qui arrive à lier le groupe... faire équipe... » (Marius)

Le cadre de santé trouve à exercer sa fonction de formation aussi envers le médecin.

« Le plus difficile, c'est de faire comprendre aux médecins qu'on n'est plus des super-infirmières, qu'on nous demande autre chose... Quoique les nouveaux chefs de service sont davantage dans la mouvance, du fait de l'accréditation, entre autres, ce qui leur fait peur aussi, mais pour les anciens, le cadre qui ne suivait pas la visite c'était pas un bon cadre du tout... Aujourd'hui ça commence à rentrer dans les moeurs... pour ça, il faut être tenace et avoir du caractère pour pouvoir le refuser. » (Ilona)

Même si les
médecins voient
ça d'un mauvais œil,
privilegier l'équipe
du service

Les médecins
jeunes
comprennent
mieux l'évolution
de la fonction
cadre de santé.

© GROUPE LIAISONS SA La photocopie non autorisée est un délit

*Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles :
de la coordination au partenariat*

L'accréditation et la traçabilité n'arrangent pas les choses.

« Avec les médecins, aussi, il y a des fossés parce que si le personnel accepte mal l'accréditation, ceux qui l'acceptent encore moins, ce sont les médecins. J'en ai le sentiment parce que dans l'accréditation, il y a toute la part de travail qu'ils nous confiaient qui leur incombe à ce jour : les prescriptions ne doivent plus être retranscrites, elles ne doivent pas être dictées, elles doivent pas être données par téléphone, et puis ça oblige le médecin à écrire. Et Dieu sait que les médecins n'aiment pas écrire ! Donc ça les contraint à faire, en fait, tout le boulot que faisait le cadre traditionnel de l'ancien temps : la visite, prendre les prescriptions radiologiques, médicamenteuses, biologiques ; les recopier sur le cahier et ainsi de suite ; faire les bons de transport en ambulance... Plutôt que ce soit moi qui occupe le bureau pendant une heure le matin, c'est les médecins qui doivent le faire et moi je suis là pour aller dans les chambres contrôler comment se font les soins et non pas au bureau en train de faire les bons de radio et tout le reste. » (Charles)

Redistribuer
les tâches

Sortir de
son bureau

L'impression reste celle d'une scène jouée, dont les acteurs partagent, bon gré mal gré, la teneur. Ce qui semble changer, c'est que le texte n'est plus seulement une pièce de boulevard, où l'essentiel était de savoir comme dans un film de Pagnol « ont-ils couché, coucheront-ils ? ». On se bat (gentiment, il semble plutôt qu'on donne le spectacle d'un combat, en fait « on se chamaille » comme on peut le faire dans une fratrie) pour re-définir son poste, trouver sa place, tenir son rôle quand il le faudra. Pour trouver les moyens d'une complémentarité puisqu'enfin il est indiscutable qu'on est dirigé vers le bien-être du patient : le médecin n'est plus sur un piédestal. En

égard, le cadre de santé n'est pas dans la reproduction d'une mythologie familiale :

Le couple infirmière surveillante-médecin a vécu

« Les générations ont changé. J'ai beau coup d'amis médecins, des vrais. Je crois qu'il y en a eu deux sortes : les mecs qui voulaient faire du fric, ils vont dans le privé, ils se débrouillent et puis ils sont devenus des commerçants, on va dire, et puis il y a des gens qui sont restés médecins. Ça c'est une chose ; ensuite, parmi les médecins et les commerçants, il y a eu des gens dans l'hôpital qui devenaient chefs de service, qui entraient dans la chefferie et, avant, le couple surveillante et chef de service, c'était un couple sérieux, quoi ! Le papa et la maman de cette petite famille ! Quand ces gens partent, il y a une espèce de deuil dans les services et c'est difficile. Ceci dit, ils essaient de refaire ce couple mais ça ne marche plus. » (Aline)

Les relations paternalistes et infantilisantes (ou sexistes) sont un fantasme que les cadres n'utilisent pas comme un reflet de la réalité. Ils ont appris à reconnaître ce fantasme et le considèrent comme tel. La fonction de cette mythologie de l'infirmière chef, maman (et du médecin, papa) dont on ne parle plus, semble être d'expurger des conduites et des rôles dont on ne veut pas, et de mobiliser des énergies pour accepter le changement. « On n'en veut plus », signifie surtout « on veut faire autrement ». Peu importe si ce fantasme est mis en actes ici ou là. Le cadre ne cherche pas à voir la chose, il s'en sert pour l'éviter. Ce fantasme est un repoussoir qui marque la rupture entre les anciens temps (où le cadre intermédiaire n'existait pas en tant que cadre, et n'était qu'une surveillante, une infirmière disponible pour le médecin) et ce qu'on veut mettre en place, pour l'avenir. Le cadre de santé s'intéresse bien davantage au fonctionnel, à l'organisationnel et au relationnel dans le travail. On sort du roman familial, on entre dans « une geste professionnelle », une époque, un roman, une aventure, qui met en jeu l'avenir social : c'est la santé qui importe, le soin (servir en tant que soignant, être socialement utile).

Remarquons que les cadres qui ont suivi l'école des cadres ont un rapport plus simple à la hiérarchie : ils cherchent à composer avec elle et se posent en interlocuteurs valables, force de proposition.

Savoir « d'où » on parle, ensuite identifier des axes de travail

Travailler le lien aux médecins

Lui laisser sa place

Être disponible pour aider le médecin, se positionner comme collaborateur

Devenir partenaires

Montrer qu'on est utile

Éduquer les médecins

© GROUPE LIAISONS SA La photocopie non autorisée est un délit

faut toujours leur montrer qu'on sert. C'est l'éducation, on les éduque. Les avantages, c'est que je lui donne une visibilité de son service, il y gagne mais il aimerait bien que je sois partout évidemment, tant qu'à faire.» (Alain)

Enfin, le bon médecin c'est celui qui sait être présent sans annexer les infirmiers :

« Ici, le médecin est partant pour l'autonomie des infirmiers, on est libres dans notre travail mais on n'est pas médecins : on en réfère à lui. Il y a une bonne dose à trouver. Par exemple, on ne demande pas l'autorisation de sortir avec un patient pour aller acheter des boules de Noël, ailleurs oui. Ici, on est en confiance, on donne du sens à ce qu'on fait et on en parle. Si on se trompe, on n'est pas humiliés. Il faut surtout qu'on sache ce qu'on fait, c'est pourquoi il dit qu'on est tous excellents... Des fois, nous, on est en demande : "On a mis en place ça, est-ce qu'on doit continuer ainsi ?". On en parle et s'il accepte, on continue.

Le tout, c'est qu'on se repose pas sur des automatismes, des routines. » (Marius)

■ La relation aux chercheurs

Il faut dire deux mots sur la recherche en soins, puisque dans les textes le cadre a aussi une fonction « recherche ». Or, l'hôpital n'accepte pas encore que les « paramédicaux » puissent avoir une recherche spécifique, en ce sens qu'on ne fait rien pour la faciliter. Le médecin s'adjoint les soignants pour ses propres recherches, ce qu'il a toujours fait. Il leur délègue la réalisation concrète du protocole expérimental et même certaines observations décisives appelées « cliniques » des effets de sa recherche. Alors, la recherche en soin mèses-

**Le médecin :
une référence**

**Donner du sens
et en parler**

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles :
de la coordination au partenariat

timée, méconnue encore est une recherche confisquée. Que pourrait-elle être ? Par manque de temps, le cadre de santé peut-il sérieusement se mettre à inventer et conduire des recherches sur le soin ? On en doute et on le regrette.

« La difficulté, ce qui bloque c'est : comment demander à une infirmière qui est à fond la caisse dans son soin et lui dire "Mais tiens ce qui serait bien c'est que tu travailles sur un truc de recherche ?" Ça, c'est un problème, je crois qu'il faudra intégrer dans l'organisation du travail des heures, un temps pour la recherche. On a bien du temps, les cadres, pour les réunions ; les médecins ils ont des congrès, ils se cassent, ils ont des ronds pour ça. C'est vrai qu'ils restent tard le soir et viennent tôt le matin, mais je crois qu'on est encore à l'usine : il vient à l'heure, il repart et après c'est fini, il y pense plus. » (Alain)

**La recherche :
un luxe ?**

**Une tâche
professionnelle
à part entière à
inclure dans la
charge de travail**

© GROUPE LIAISONS SA - la photocopie non autorisée est un délit

Et pourtant, un corps qui se professionnalise doit naturellement devenir un corps qui conduit des recherches. La solution est peut-être là : conduire, susciter, et non pas faire. Le cadre pourrait être chef de chantier de recherches en soins. Le cadre occupe un poste clé entre la diffusion scientifique et le changement des pratiques.

Pour ce faire, le cadre devrait être formé à « lire » la recherche. C'est ce que l'initiation à la recherche et la formation professionnelle par la recherche faite à l'université met en place : permettre au cadre de lire les comptes rendus de recherche, d'acquiescer le langage de la recherche ou du moins de pouvoir le déchiffrer. À lui, ensuite, de prendre le temps de lire les recherches portant sur le soin, effectuées dans l'enseignement supérieur.

Pour faire de la recherche, rappelons-le, il est nécessaire d'appartenir à un laboratoire de recherche agréé. On ne fait pas de la recherche n'importe où, il faut appartenir à une communauté scientifique reconnue. C'est la nécessaire distinction entre les recherches et les évaluations qui, elles, sont faites par des professionnels, de leur

propriétaire chef. C'est pourquoi être cadre ne peut suffire à faire une recherche, la recherche se fait dans un contexte institutionnalisé (et cela s'apprend). Certains cadres se donnent les moyens (sans aucune aide de leur institution, comme les enseignants) d'être aussi chercheurs en faisant une thèse, et si cela reste encore exceptionnel, c'est significatif: il y a un réel besoin de recherches en soins et sur l'éducation en santé. On ne peut inclure cette fonction comme faisant partie naturellement du statut de cadre de santé. La formation peut donc les aider à être en contact avec la recherche qui, elle, se fait ailleurs.

Cette initiation à la recherche est déterminante pour former des praticiens capables de se distancier par rapport aux routines, aux rôles, aux personnages de leur corps professionnel. L'initiation à la recherche (et notamment la distinction des différentes méthodes possibles) ainsi que l'apprentissage de la production d'un discours méthodologique, qui sont deux objectifs de la formation par la recherche à l'université) non seulement donne des repères et des cadres de références mais aussi « désenglué » le praticien de la *donxa*, cette langue de bois, cet ensemble d'évidences ordinaires propres à son corps professionnel. Cela lui permet notamment de relativiser les dysfonctionnements qui pourraient sans cela n'être conçus que dans la résolution de problèmes, la prise de décision rationnelle et la remédiation pour l'éradication de symptômes constatés, sans se précipiter de les relier à des projets plus vastes qui engagent pourant le devenir de leur profession.

La recherche cotoyée et à laquelle le cadre s'essaie en réalisant les mémoires universitaires, lui donne de la « hauteur de vue »: la formation par la recherche permet de travailler le double processus de distanciation/implication; la rigueur pour la communauté scientifique ainsi que la fonction d'intelligibilité et la fonction critique. La recherche sur la relation du soin met en position de se poser des questions théoriques à partir de la pratique⁹, d'étayer son questionnement de professionnel à des références diverses, prises ailleurs que dans les modélisations de praticiens lesquelles ont toujours tendance à se faire passer pour vraies, indubitable, dans la confusion entre évaluation et recherche. Ceci est complémentaire à des recherches relevant de l'épidémiologique.

Enfin et surtout le cadre doit pouvoir être formé à être le partenaire de chercheurs, pour qu'il soit capable de formuler des besoins

Le cadre et l'élaboration de son réseau de relations professionnelles : de la coordination au partenariat

de recherches que des chercheurs viendront réaliser avec son aide. Le cadre devrait de par son statut et dès à présent, pouvoir initier des recherches. Le cadre formé à être cadre peut participer plus étroitement à ces recherches pilotées avec un chercheur « de métier ». Il peut donc être demandeur de recherches issues de ses préoccupations professionnelles et dont les résultats pourraient intéresser son corps professionnel, car il est apte à transformer un problème pratique en une question de recherche qu'un chercheur, avec lui, viendra problématiser et traiter. L'accueil que nous avons reçu pour faire l'enquête à l'origine de cet ouvrage montre bien que c'est d'ores et déjà possible.

« Un facteur important et qui commence à porter ses fruits, c'est que les cadres sont formés dans les écoles de cadres, ça leur donne une légitimité, d'autant plus quand ils sont comme moi issus de la base (moi, j'étais agent hospitalier, je pensais pas, mais ça joue. C'est subjectif et mental mais c'est comme ça).

Deuxièmement, je crois que c'est des gens capables d'utiliser des outils de communication, l'informatique se généralise, les cadres demandent des ordinateurs, par exemple tous les jours on remplit l'effectif; j'ai informatisé, je l'envoie par mail, ça avance. Ces outils font gagner du temps, les écrits restent; le nombre de heures qui sont évitées surtout avec le chef... ça permet une communication et un contrôle sur cette communication. Dès que j'ai cinq minutes, je regarde les journaux sur Internet; dès qu'il y a un truc sur les infirmières, j'imprime et je le donne aux infirmières. Elles n'en sont pas encore à aller chercher par elles-mêmes mais ça viendra.

À partir du moment où on sera capable de mettre à plat la gestion de l'organisation, ça roulera. Faut se professionnaliser, que les gens puissent s'auto-évaluer et s'auto-réajuster: alors je pense qu'on sera

Être formés

Dégager du temps sur la gestion

Se documenter

S'auto-évaluer ?

capable de dire : "On va travailler sur les soins". Bon, on y travaille mais on pourra à ce moment-là faire des travaux de recherche."

(Jules)

Voici quelqu'un qui associe diminuer la gestion (la roder pour que ça roule, rendre intelligibles les dispositifs pour se repérer plus facilement dans les événements quotidiens et les rendre lisibles par tous) et décaler du temps pour la recherche, et qui fait le lien entre savoir s'auto-évaluer et se professionnaliser. Pourtant ce lien n'est pas évident. Il est l'indice de quelque chose qui est en train de changer dans ces coordinations que le cadre doit assurer au quotidien.

Il n'est pas certain que tous les acteurs de l'hôpital aient réalisé l'importance de ces coordinations dont le cadre intermédiaire a la charge, et notamment la persistance des *images* collées sur l'infirmerie ne rendent pas les choses faciles. Les fonctions ne sont jamais rationnellement mises en actes, elles sont dans l'imaginaire professionnel. Ces images tiennent, on le sait, aux origines religieuses de la profession (la vocation, la compassion, la docilité) et, on le sait moins, aux préjugés sociaux : la femme de basse extraction, mal éduquée et trop laide pour être prostituée, qui ne trouve sa légitimité que si elle a servi pendant la guerre (la légende de Miss Nightingale). Une problématique se joue là, entre l'identité professionnelle et l'imaginaire professionnel.

Jouer l'autoévaluation pour garantir les conditions du changement

La spécificité des missions du cadre est que ses fonctions ne sont pas délimitées par les opérations de contrôle seules mais sont également de l'ordre du rapport à l'autre. Il doit donc se tenir à la fois du côté d'une fonction sociale de vérification et de bilan par rapport à une hiérarchie, celle de l'institution, celle du poste assuré, et à la fois du côté d'une fonction d'animation, de formation par rapport aux autres professionnels, du service et des autres services.

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles : de la coordination au partenariat

« Il y a des règles, un jeu à jouer et le cadre a obligation de rentrer dans cette pratique... Par contre, il peut utiliser ces pratiques pour faire lever sur certaines actions à mener ou certains projets à mener ; on peut s'appuyer là-dessus pour redéfinir des objectifs par exemple, ça peut être un moment fécond dans le temps institutionnel. »

(Alain)

Faire lever,
jouer

Dans ce jeu subtil et pourtant quotidien, nous croyons essentiel le rôle que peut jouer l'autoévaluation. Et l'auto-évaluation dépend de la conception que l'on a du sujet. L'autoévaluation n'est pas une simple technique, elle dépend de prises de positions de celui qui la demande et/ou la met en œuvre. Les outils (là comme ailleurs) ne disent presque rien de l'autoévaluation elle-même. Si interroger sur l'autoévaluation renvoie au modèle du fonctionnement du sujet évaluant que l'on porte.

□ Le modèle du sujet tout libre. La confusion entre l'auto-analyse et l'autoévaluation consiste à croire que le sujet seul, comme par magie, peut analyser ce qu'il vient de faire (faire un bilan) et pourquoï pas aussi corriger ses erreurs (une auto-correction) parce qu'on le lui a demandé. L'auto-bilan se fait après la réalisation, sur un produit fini, une tâche terminée, un geste accompli. C'est une analyse *a posteriori*, quand il est trop tard. Il est remarquable qu'on puisse encore s'étonner naïvement que l'autoévaluation (ainsi comprise) ne soit pas efficace avant que le sujet ne soit parfaitement instruit. Il est pourtant évident qu'un bilan ne peut se faire qu'à partir d'un gabarit solidement établi. Ce référentiel de conformité du produit doit indiquer les normes d'utilisation du savoir. On confond donc là l'autoévaluation et l'auto-bilan. Or que l'auto-bilan ne favorise pas l'apprentissage, on le sait depuis longtemps... *Multiplier les bilans n'est pas promouvoir une dynamique*. Le bilan est un arrêt, pour une saisie objective de ce qui a été fait. L'autoévaluation est alors réduite à un jugement par le formé lui-même sur ses produits finis. C'est cependant utile, et notamment pour vérifier si le producteur a intégré le modèle du bon produit attendu, quand celui-ci existe. Mais cela n'a rien à voir avec la dynamique.

© GROUPE LIAISONS SA - la photocopie non autorisée est un délit

© GROUPE LIAISONS SA - la photocopie non autorisée est un délit

L'auto-évaluateur participe des techniques de contrôle externes de la situation, depuis un point de vue objectif; le bilan se fait toujours « du point de vue de Dieu », du devoir-faire, de la norme. L'auto-bilan est toujours de la chose faite, il peut donner lieu à un « jugement moral », à une érection en bien ou mal. Il ne prend pas en considération les liens entre le sujet et le produit. Il désincarne et isole le sujet devenu un « producteur ». Le modèle du sujet qu'on active le est celui de *l'individu*: un être isolé, prétendument libre, dans la confusion entre l'autonomie (qui n'est que la gestion de ses liens de dépendance) et la libre opinion, le libre choix, la prise de décision rationnelle. L'individualisme dans toute sa splendeur est un fantasma du pouvoir dont une variante est « la personne », cette globalité aux contours indécis mais pleine de ressources inépuisables...

« J'écris des truc pour moi perso, je fonctionne avec des **schemas**, cette auto-évaluation me sert de base pour communiquer avec la hiérarchie (IG). J'ai repris un document donné en formation: les objectifs institutionnels, les miens, ce que j'avais réussi et ce qui j'étais moins bien, donc j'avais fait un diagnostic de la situation ça me donne un poids parce que les paroles... L'IG avait bien analysé le truc à propos, ça avait été bien vécu dans la mesure où j'avais bien délimité ce qui est faisable dans un temps donné, c'était précis. Ça me permettait, moi, de me remémorer et de faire une transmission. Ça me valorisait et ça donnait à l'IG, qui est loin du terrain, une idée de ce qui se passait dans le service. De toutes façons, la surveillante chef (qui est dans le service) cherchait à savoir ce que j'avais fait, il y a toujours des jeux, on veut avoir de l'info. »

(Alain)

On confond ici de fait l'autoévaluation et l'égo-centrisme: un retour à *posteriori* sur soi, un soi isolé, maître chez lui, rationnel. S'auto-évaluer n'est pas prendre le point de vue de Dieu pour juger le travail effectué (car évaluer n'est pas juger, c'est communiquer son

190

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles: de la coordination au partenariat

avis). « Auto » ne peut vouloir dire tout seul, auto désigne le bénéficiaire de l'action: celui qui évalue espère en tirer bénéfice. On peut avoir besoin des autres pour s'auto-évaluer, c'est même le plus souvent le cas. Le passage par l'hétéro-évaluation permet l'autoévaluation.

Donc l'autoévaluation pour le cadre de santé ne peut pas être cet appel à un tout libre, un individu encore stigmatisé par les données de son caractère qui serait stable et définitif.

☐ Le modèle du sujet comme un tout cohérent

Ce ne peut pas non plus être le modèle du sujet opérateur qui effriture des *autocontrôles de procédures* car on ne ferait que passer cette fois à une autoévaluation en continu confondue avec la vérification de la conformité des procédures de réalisation du produit. Dans ce second modèle du sujet, il s'agit seulement (mais on conçoit que ce n'est pas un référentiel la conformité des opérations conduites par rapport à auto-évaluer les produits qu'on réalise n'est pas la totalité de l'autoévaluation: ce qui est appris ici, ce sont des procédures de gestion de la tâche pour aboutir au bon produit. Les critères procéduraux focalisent toute l'attention, le sens est donné dans le référentiel d'opérations à suivre. On réduit de ce fait la situation et la relation humaine à une opération technique en portant son attention sur le seul « comment faire ». C'est le modèle du sujet fonctionnaliste enfermé dans le rapport entre moyens et fins, calculateur au nom de l'efficacité, managé ou manager qui doit trouver les procédures économiques en toute raison: un homme qui se maîtrise pour remplir des fonctions.

On confond ici la communication de l'autoévaluation et son exercice (lui, simultané à l'action): faire parler les gens pendant qu'ils font est pourtant un excellent moyen de faire interioriser des algorithmes, les protocoles. Mais toute relation professionnelle n'est pas pour autant réductible à la mise en actes de protocoles.

☐ Une variante de ce second modèle du sujet est l'autonomie.

On est cette fois devant un sujet clos: un système conçu dans la modélisation de la système (cybernétique ou systémiste) qui réagit à des règles d'entropie/néguentropie vers un équilibre de survie, comme une machine à laver le linge ou l'ordinateur ordinaire. Il comportait une instance de pilotage interne (une fonction de vérification du programme à réaliser: le soi-disant métacognitif) qui lui permettait de régulariser son fonctionnement par le fameux *feedback*, la rétroaction systématique. La cohérence est survalorisée: tout

doit être agencé pour réussir (à remplir sa fonction). On est dans un monde clos surdéterminé. L'autoévaluation est cette fois au service de la réalisation du programme. Un univers machinique fort à la mode (notamment dans les programmes qualité) : un délire rationnel quand on l'applique à l'humain. Le fantasme de la maîtrise réduit l'homme au travail à une machine qui se contrôle en permanence en suivant les protocoles établis, les référentiels rationnels, les guides de bonnes pratiques. Bref, il suffirait d'instrumenter pour auto-évaluer : plus le savoir serait sûrement acquis, plus le fonctionnement serait obéissant.

Comme ailleurs la formation ne peut être réduite à l'inculcation de savoirs, le concept d'autoévaluation ne peut être cantonné au seul contrôle de procédures dans un processus de socialisation, bien que l'apprentissage des procédures, l'intégration de normes de communauté sociale soient incontournables. Le sujet ne s'auto-évalue pas sur commande : il faut donc distinguer les tâches pour l'apprentissage de l'autoévaluation, du processus du sujet qui s'auto-évalue, lui, en permanence ; qu'on le veuille ou non. L'autocontrôle des stratégies de fabrication du produit ou de la fonction attendue n'est pas la totalité de l'autoévaluation.

☐ Ces deux modèles du sujet transforment l'autoévaluation en une procédure qu'il faudrait acquérir comme un savoir-faire, une compétence stabilisée. Ce serait réduire l'autoévaluation à un objet d'apprentissage supplémentaire, alors que l'autoévaluation est aussi *un dialogue qu'on ne peut pas programmer*. L'autoévaluation est un *travail du sujet* dans des situations dites « de médiation », situations où l'objet du travail est la parole par l'investissement de celui qui parle dans des signes qu'on ne peut réduire à des signaux codés, prévus, programmés, neutres.

Le sujet évaluant n'est ni un tout libre, ni un tout programmé. S'auto-évaluer n'est pas décider seul de la conformité. Le sujet est inter-relié aux autres sujets de la situation. L'autoévaluation fait partie de l'action, l'autoévaluation est la dynamique de la professionnalisation, ce processus inachevable, continu et quotidien, ce désir d'apprendre. Ce qui différencie le cadre, c'est qu'il est, en plus, en position de faire que l'autre s'auto-évalue, il est donc compétent pour former à l'autoévaluation. A-t-il été formé à former à l'autoévaluation ? Peut-être, s'il a été formé à être cadre... et s'il a été formé à l'évaluation.

Et pourtant, le pari consiste pour lui à être persuadé que l'autoévaluation va faciliter le changement. L'autoévaluation est une mauvaise herbe qui pousse comme elle peut, actuellement dans les services. C'est sans doute que l'autoévaluation n'est pas un objet d'apprentissage comme les autres. Les cadres manquent d'outils, certes, mais surtout d'éveil, de vigilance, de sensibilisation à l'importance de ce type d'apprentissage. Ce n'est pas un geste professionnel supplémentaire, à faire acquérir. L'autoévaluation dépend de la conception de l'évaluation que l'on porte.

☐ En somme, l'autoévaluation, n'existe pas. C'est un concept pour agir, un repère pour l'action. Elle est un hologramme de l'évaluation, elle dépend de la culture en évaluation qu'on a pu se bâtir (et avant tout, de la connaissance des textes produits par la pratique et la recherche en évaluation⁹, textes à partir desquels étayer sa propre conceptualisation).

Rappelons que l'évaluation dans une relation humaine éducative n'est pas la seule mesure des acquis, l'évaluation n'est pas réductible à la vérification d'une transmission de savoirs transposés, l'évaluation n'est pas la pratique de la notation, ni la simple mesure des écarts entre objectif visé et objectif atteint. Autrement dit, elle ne se restreint pas à des moments identifiables et spécifiques appelés bilans, tests, épreuves avec des objectifs à atteindre, des notions à intégrer, des comportements à obtenir. L'évaluation n'est plus aujourd'hui pensée comme une simple technique, un dispositif linéaire et chronologique (test diagnostique, contrôle intermédiaire dit « formatif » et contrôle sommatif final) entrecoupé de remédiations, rattrapages, réajustements, groupe de besoins, modules de soutien... l'évaluation n'est pas que la logique de contrôle.

Comme l'évaluation tout entière, l'autoévaluation ne se définit pas mais se caractérise par des lignes contradictoires : elle est une des compétences énigmatique du professionnel¹⁰, un pari du cadre formateur¹⁰. L'autoévaluation nous renvoie (si on n'est pas le jouet du désir de maîtrise du monde, de soi et des autres) à l'impossible prévision de l'autre, à la non-maîtrise de l'autre et des contextes professionnels. *Le deuil du désir de gérer l'autre est une compétence nécessaire du cadre qui veut parler sur l'autoévaluation.*

8. Val M. (1997).

9. Durive I., (1999).

10. Val M. (2000).

Mais pourtant on apprend à s'auto-évaluer¹¹ : il ne suffit pas de convoquer le processus de régulation dont elle est l'occasion pour qu'il soit matériellement là. S'auto-évaluer, c'est apprendre, c'est faire évoluer ses conceptions pour en faire des conceptualisations, faire évoluer ses savoirs, en étant actif pour chercher du sens. L'activité du sujet dépend du milieu dans lequel il apprend. S'auto-évaluer, c'est générer l'évolution de structures et de systèmes par une série de tourbillons, de descentes générateurs d'ordre : c'est un processus se déroulant sous l'influence du milieu, du social, du lieu d'apprentissage, du matériel, du responsable de l'apprentissage, des pairs. L'autoévaluation est une dimension présente dans toute situation d'apprentissage, qu'on le veuille ou non. Et en même temps, l'autoévaluation ne se crée pas de toutes pièces, c'est une dimension de l'humain qui s'apprend, qui se favorise, se développe.

Comme l'évaluation, ce n'est pas une substance, un objet, une compétence-brique avec laquelle construire l'autre ou se construire. L'autoévaluation est un concept, un repère utile pour la pratique de la formation et de l'encadrement. C'est une étiquette « abstraite ». C'est un repère pour agir, mille part rencontré parce qu'il recouvre des significations différentes selon la formation de celui qui se l'est construite : autocontrôle ou autoquestionnement. *L'urgence pour le cadre de santé est de communiquer aussi sur l'autoquestionnement*. C'est l'autoquestionnement qui permet de tempérer les excès du contrôle.

Ces *critères de la situation d'autoévaluation* deviennent alors autant de compétences pour le cadre de santé :

- ↳ observer, écouter : essayer de comprendre sans préjugés, sans projections de normes préétablies ou de théories explicatives confondues avec les références qui, elles, s'actualisent à chaque situation ;
- ↳ parler sur les potentialités de changement, d'invention au profit du processus d'apprentissage en cours et des inflexions éventuels que les interactions peuvent engager ;
- ↳ mettre en scène les questions sans les confondre avec l'interrogation toujours désireuse d'obtenir la solution, la réponse. Interpeller l'autre et l'autre en soi ;
- ↳ saisir les opportunités pour impulser des remaniements et des ré-orientations sans culpabiliser par la seule mise en évidence de dysfonctionnements, de souffrances, de problèmes ;

© GROUPE LIAISONS SA La photocopie non autorisée est un délit

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles : de la coordination au partenariat

- ↳ rester étranger, voire indifférent, travailler le détachement, ce qui favorise l'empathie et l'écoute, sans prendre à son compte le destin de l'autre et se mettre à penser à sa place : s'effacer ;
- ↳ se centrer sur le sens en train de se construire, sans le fixer en un savoir, sans le dogmatiser¹².

Ces six attitudes, pour l'autoévaluation comme autoquestionnement, sont autant de rôles qui rendent nécessaire la présence du cadre formateur. L'évaluateur qui prend en considération l'autoévaluation aide l'autre par ses questions à se dépasser, il renvoie le sujet à sa propre réflexion, au plus loin de lui-même, comme le sage chinois dont l'élève, tout fier, déclare qu'il lui a fallu vingt ans d'efforts pour arriver à marcher sur l'eau. Le maître, au lieu d'applaudir comme l'apprenti s'y attendait, lui dit seulement : « Et maintenant, pouvez-vous vous en passer ? » Renvoyer l'autre au plus loin de lui-même, défier les possibles de l'autre, c'est bien l'essentiel du pari de l'autoévaluation.

L'autoévaluation comme pratique nécessite de réfléchir au modèle du sujet que l'on porte : tant qu'on confond l'autre avec un tout isolé et libre, ou avec un tout cohérent où règne la maîtrise, l'autoévaluation ne peut devenir une réalité du quotidien. Il faut ensuite pour les cadres de santé pouvoir distinguer d'abord et articuler ensuite les deux logiques de l'évaluation, sachant que la dérive technicienne de l'autocontrôle consiste à tout transformer en procédures, en règles, en ordres, en programmes et qu'il existe la dérive inverse dans l'autoquestionnement : le risque de s'embourber dans l'affectif, le relationnel, l'amour, la confusion, le « tritirage » du projet de l'autre. L'autoévaluation est une pratique à risques. Enfin, le cadre doit pouvoir viser le détachement tout en gardant la passion du devenir de l'autre : le désir de former, de parler sur les possibles de l'autre.

L'autoévaluation est la marque du dépassement de soi vers toujours plus de professionnalisation¹³. Elle est l'élaboration du sens de ce qu'on fait : elle est sémiose partagée. Processus inachevable, toujours précaire, à recommencer, fragile comme tout ce qui relève principalement de l'éducation, de l'humanité conquise, élaborée, en travail. Un travail d'abord sur soi, un défi. Parler de dispositif pour l'autoévaluation, c'est désigner comment l'un s'y prend pour que l'autoévaluation devienne une occasion d'apprentissage pour l'autre :

¹² Vidal M (2000 a)
¹³ Domadieu B, Genot M, Vidal M (1997)

L'autoévaluation s'apprend, elle se met en actes si on accepte, dans l'estime, que l'autre soit une figure de l'équipe¹⁴. *Former à l'autoévaluation relève de l'initiation.*

■ La figure du cadre éduquant

S'auto-évaluer, c'est aussi appeler des figures identitaires et les faire travailler. Les figures que le professionnel va incarner, les conceptions de l'évaluation qui le constituent, s'articulent, voire s'amalgament aux traditions, aux routines apprises : ce qui se traduit par des codes, des marquages culturels, identifiants d'un corps professionnel. Ces marquages sont des analyseurs des relations telles qu'elles se déploient dans les rapports entre les professionnels.

La construction de l'identité professionnelle, inachevable comme tout processus du sujet au travail et constitutive de la professionnalisation, passe par la mise en circulation d'images du bon professionnel : des effigies. Les études sur les pratiques sociales professionnelles mettent en avant l'idée que les acteurs se « représentent » l'action avant, pendant et après l'avoir effectuée et se construisent ainsi des savoirs « pratiques »¹⁵. Plus que de « représentations », il s'agit de *conceptualisations* du Soi au travail. La conceptualisation est toujours un système de repérage temporel, soumis aux variations de la pratique. Elle est donc plus proche de la « représentation psychique » au sens où la psychanalyse emploie ce terme : c'est de fait *une figuration*, une construction symbolique du sujet pour l'action, dans l'action. Conceptualiser désigne un travail inachevable du sujet, pour la connaissance, pour l'intelligibilité de son action. La conceptualisation est d'abord la construction de concepts, l'élaboration de constructs, d'artefacts, de « dénominations », de modèles et d'images. Cette construction de repères pour agir, ce travail figuratif est une dimension de l'action, ce n'est pas une explication externe de l'action : la construction d'un « monde » senti unique et pourtant socialisé¹⁶. Alors, la conceptualisation participe de la construction identitaire professionnelle : construisant un concept ou une figure identifiatoire, le sujet se construit en lien avec l'action – et cet Agir n'est pas réductible à un agir rationnel¹⁷.

14. En français voir, Les savoirs et gestes pour être resouler, Adèle et le chercheur de la Table Ronde, Cadioli, 1997, page 64. En VO, voir notamment l'ouvrage, c'est mettre en route la parole, incantation du dit, son

15. Coorens D., Jansen F., Jansen M., Llanea C., Jansen R., Barber L.M. (1996)

La Abstrégia F. (1997)

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles : de la coordination au partenariat

Ce sont des relations symboliques qui vont participer à la dynamique identitaire de chacun et des équipes. Si le cadre est fréquemment caractérisé par l'image du pion, c'est bien qu'il met en œuvre des articulations, des modes de relations qui, selon ses conceptions, ses modèles de référence, vont générer des tensions dynamiques ou, au contraire mortifères : des jeux de force et/ou des jeux de sens ouverts, pluriels.

Bien sûr, les manières de penser et d'agir les coordinations en tant que cadre sont nourries et construites en référence à sa propre histoire et particulièrement aux théories et modèles reçus en formation, ainsi que dans la tradition de l'exercice professionnel. S'il est courant de voir les éléments de cette culture (*intégrée* presque à son insu) travaillés en première année de formation en HFSJ, l'intérêt, pour la professionnalisation, est alors de délayer des figures emblématiques du soignant, des représentations de la santé... Pour le cadre, il s'agit d'appréhender à distinguer dans les textes, les discours, les outils, les débats et toutes les idées prêtes à l'emploi, quels sont les modèles de référence qui vont évaluer ses attitudes en évaluation. Et de s'apercevoir que certaines pratiques dites participatives, trop positives, ou certains ressentiments, trop négatifs, envers tel ou tel échelon de la hiérarchie, n'affaiblissent pas le professionnel dans l'institution mais le consistent au contraire dans un rôle d'exécutant.

Les identités professionnelles sont donc des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns aux autres, dans le champ de leurs activités professionnelles. Ces identités évoluent avec les conditions d'exercice du travail, les trajectoires personnelles, mais elles sont également impulsées déjà par la formation initiale et la formation continue. Dans cette construction identitaire dynamique, l'autoévaluation oblige à s'intéresser aux figures que le sujet se donne de lui-même, de son rôle professionnel. La figure (identifiatoire) n'est pas le simple enregistrement d'une représentation déjà là dans le social, ni une pure création individuelle : elle participe d'un système que le sujet se donne, un système de références, à partir de significations sociales pour agir en fonction de la situation qui lui est faite dans le social. Ni vraie, ni fausse, elle agit, elle signifie dans la parole professionnelle.

Les figures que le professionnel va incarner dans l'action et qui lui permettront de construire son identification professionnelle vont participer à la *dynamique identitaire* de chacun où se déploie le processus de *subjectivation* : cette manière dont le sujet interprète la

« distance à soi donnée par l'autre, les autres, le système, la situation, dans le même mouvement où néanmoins il interiorise, aussi, le discours qui le parle »¹⁹.

Après *Allert* le manager « tréde », sans pouvoir de commandement, voici *Colette* le cadre assuré, en devenir. Nous avons gardé au plus près les expressions employées. Chacune des dimensions a été rencontrée au moins une fois chez l'un ou l'autre des cadres interviewés. Le cas qui se dessine se caractérise par une dynamique identitaire composite, des compétences contradictoires : effectuer un travail de professionnalisation au quotidien et non pas se contenter de jouer de la professionnalité, cet état acquis, établi.

D'où vient le cadre éduquant, où exerce-t-il ?

Colette est passée par l'école des cadres, associée à un cursus de licence universitaire. Elle est en exercice depuis peu de temps, dans une métropole, dans un centre hospitalier du secteur public. La spécialité du service où elle œuvre n'est pas déterminante mais elle a une expérience du statut d'agent (par exemple, infirmier).

Ses premiers temps dans le service

Colette est un professionnel qui a la mémoire de son parcours professionnel, un cadre qui se sert de ce qu'il a vécu comme agent pour comprendre le fonctionnement de son équipe. « Je ne suis pas la pour plaier et me faire aimer ». Elle se pose comme professionnel. Colette passe par une phase d'observation du fonctionnement en l'état puis, suite à cette étape de bilan, ingénieur de formation, elle élabore des dispositifs, se fixe des buts en regard des différents projets préconisés par l'institution. Elle impulse ou amende les outils existant dans le service et associe son équipe à ce travail.

Le rapport à l'équipe

L'équipe, médecin compris, est autour du « malade ». Dans une équipe du service (infirmiers, aides-soignants, etc.), le cadre a des stratégies pour dynamiser les différents agents. Il joue le rôle de médiateur. « Je sais qu'il y a toujours ceux qui sont partants, qui seront à mon écoute et qui iront dans mon sens, parce qu'ils sont en attente de ce que le cadre apporte ; et que les autres, il s'agit de prendre un peu plus de temps, d'être médiateur, de se poser en tant que garant de leurs apprentissages, d'être formateur, et qu'ils s'y met-

tent aussi. Il y a toujours des gens qui sont demandeurs d'améliorations et puis il y a ceux qui souhaitent que les choses restent telles quelles sont, parce qu'ils s'y trouvent bien, et puis il y a ceux qui sont en souffrance et qui attendent un changement. » C'est un jeu, le travail de cadre, une éducation, un travail dans la durée. Il ne veut pas être directif, il veut responsabiliser son équipe. Le cadre dialogue avec les membres de son service, il n'impose pas ses projets mais il doit faire respecter les normes professionnelles. Il est au milieu de tout le monde, il observe sans surveiller.

Ce cadre s'inscrit dans une dynamique de communication horizontale et transversale : il « intéresse » les agents, sachant que « ce n'est pas parce que ce que je vois ne me convient pas que c'est mauvais. Il instaure un échange, il est à l'écoute des propositions que les agents peuvent faire. Il redonne confiance, il rétablit le contact, la communication. Il demande à ses agents ce qu'ils veulent faire de leur service.

C'est un professionnel qui s'autorise la controverse et sait aussi l'entendre dans son équipe. Le cadre dialogue avec les membres de son service, les argumentations contraires sont reconnues et prises en compte. Il n'impose pas mais sait user de stratégies que légitime l'équipe : il valorise ce qui est réussi. Il « travaille les esprits », il sensibilise les agents pour les emmener aux changements futurs : améliorer l'hygiène dans le travail, la gestion des soins, etc. pour rendre le tout dynamique et faire que l'ensemble du personnel aille de l'avant car « l'équipe, c'est une force ».

Le rapport aux bénéficiaires du soin

Partout, celui qu'on appelait « le malade » est devenu « le patient », et parfois « le client » : il est pour Colette le bénéficiaire du soin. Ce cadre a le souci du bien-être du patient : elle se souvient que quand elle était infirmière, la recherche de la qualité a toujours fait partie de ses objectifs : elle pense qu'on ne peut pas être soignant sans rechercher la qualité et la sécurité pour le patient, tellement c'est important : « C'est à la fois protéger les patients et protéger le personnel que d'insister, par exemple, sur la tenue du dossier de soins donc d'améliorer ce dossier, à la fois le support et sa tenue, sa rédaction, sa mise à jour au quotidien ».

Son fil conducteur, pour l'ensemble du service dont elle a la charge, est le confort du patient, le confort physique et psychologique : le confort à la réception des soins. « Le confort, c'est aussi bien

être correctement assis dans son siège que d'être à l'aise dans son lit pour accepter les soins. Pour qu'il y ait une relation soignant-soigné, il faut qu'il y ait participation du soigné. » Colette utilise la notion « d'écoute professionnelle », et c'est d'abord l'écoute du patient « Le cadre va dans les chambres recueillir des informations auprès des patients et il sait que quand les gens arrivent, ils ont peur, aussi bien la peur de l'autre, la peur du diagnostic, la peur de l'inconnu, ils ne comprennent rien à ce qui se passe. Après, le cadre fait le tri des informations recueillies et il se dit que telle infirmière sait faire telle chose et que donc, on peut lui demander tel type de relation. » Il s'agit de détecter les compétences pour les utiliser au mieux. Son but est de faire utiliser le meilleur de chacun. Elle essaie de faire cohabiter des différences.

L'évoute implique de ne pas garder pour soi, mais de dire les choses et de faire comprendre, « d'expliquer qu'il ne faut pas faire comme ça, en prenant des précautions pour que ce ne soit pas reçu systématiquement comme un reproche qui appellerait une sanction ». Ce cadre essaie de faire comprendre que ce n'est pas conforme aux règles professionnelles et qu'il existe d'autres moyens, d'autres méthodes pour réaliser ce qu'on est en train de faire. Elle ne bruta-lise pas les agents, elle pense qu'ils le comprennent, qu'ils admettent que ça fait partie de leur rôle. Elle veut faire comprendre que les règles font partie de leur quotidien, qu'il s'agit de bien faire les choses, aux normes actuelles telles qu'on doit les faire, et d'apporter le maximum de considération au patient, le maximum de sécurité.

Le rapport à la hiérarchie médicale, administrative et infirmière

Colette appelle de ses vœux une « hiérarchie intelligente », un « travail éducatif », dont elle attend considération, compréhension, dialogue, écoute pour un partenariat, chacun depuis sa place. Par exemple, pour la procédure d'accréditation des services, elle demande une collaboration avec le cadre supérieur pour mettre en place une dynamique pour que le personnel se sente concerné, qu'il s'approprie cette mesure et que tous participent à la rédaction des protocoles; qu'ils soient actifs. Ce cadre appelle des rapports hiérar-chiques à construire, autour de projets qui prennent en compte l'his-toire du service, les problèmes familiaux des agents, la charge de travail, les ressources et les contraintes spécifiques... Elle vise à gérer le local dans le local, « Les protocoles mêmes doivent être actualisés en fonction du matériel disponible, des postes vacants... » Elle vou-

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles : de la coordination au partenariat

drati avoir des rapports avec les autres cadres intermédiaires, elle attend du cadre supérieur qu'il organise ces relations transversales.

Colette demande à ses supérieurs la même chose qu'elle essaie de mettre en place avec son équipe du service. Elle apprécie que le cadre supérieur vienne discuter avec l'équipe soignante, qu'il soit dis-ponible quand il y a un problème, qu'il impulse l'innovation, la créa-tion d'outils, de procédures, d'évaluation et de recherches sur les soins « parce que, ce qui est important, c'est que les agents se sentent bien là où ils sont, dans la fonction qu'ils occupent : ils ne doivent pas vivre l'évaluation comme une sanction, ils doivent comprendre le sens de ce qu'ils font ». Ce cadre est demandeur d'évaluations, il veut inclure des évaluations dans sa pratique. Colette met par exemple en place « une sorte de traçabilité de la réalisation des tâches que les agents remplissent, pas tant dans une vision de contrôle mais pour qu'ils puissent être amenés à savoir ce qui est fait et ce qui reste à faire, pour pouvoir aménager dans le temps de travail ce qu'ils ont à faire ».

Colette évalue ses pratiques, cet auto-bilan lui sert de base pour communiquer avec sa hiérarchie, elle fait un bilan écrit de la situa-tion : « et c'est bien vécu dans la mesure où est précisément delimité ce qui est faisable dans un temps donné ». Cet outil lui permet de se remémorer, de valoriser son travail, de communiquer avec ses supé-rieurs.

Colette s'invente des dossiers, pour des problèmes qui ne peuvent pas se régler « en allant voir les agents pour leur faire une remarque ». Elle met en place un travail pour qu'ils réorganisent complètement leur charge de travail, par exemple. Elle anime des réunions qui abou-tissent à des fiches de postes avec des quantifications : elle leur montre ce qu'ils font, elle valorise. Colette présente comment la charge de tra-vail évolue. Le dossier est donné au chef de service, au cadre supérieur.

Autre exemple : un travail sur le projet médical en cardio. Colette fait les statistiques sur l'embolisation des malades, combien de temps on les garde, et elle finit par montrer qu'il y a besoin de place. Elle fait la lumière là-dessus. « Après, les décideurs décident... Mais je pense être là pour anticiper, pour dire qu'on peut prendre ce chemin là ou celui-là. »

© GROUPE LIARONS SA la photocopie non autorisée est un délit

Le rapport à la professionnalité, posture et compétences

Parce que Colette a le sens du service public, une philosophie de l'homme au travail et de la santé et une expérience du statut d'agent, elle peut comprendre les conditions de travail des agents, le prendre en considération. « Parce que c'est un métier très dur où les gens sont fragilisés et qu'il arrive un moment où tout ce qu'ils voient (la maladie, la douleur, la mort) est éprouvant », le cadre est obligé d'avoir aussi de la souplesse. Colette associe la rigueur du contrôle et la souplesse de l'accompagnement. Elle fait des réunions et elle en profite « pour dire des choses qu'elle sait ». C'est de la surveillance par rapport au respect des procédures écrites pour ce qui est technique, du contrôle d'un état de professionnalité à un moment donné. Elle évalue en permanence, au quotidien, de façon plus ou moins informelle, pour aider à évoluer en fonction de la globalité de la personne, pour savoir comment elle change, comment se sentent les soignants dans leurs pratiques. L'évaluation se conjugue avec l'humain : « Je ne considère pas les agents comme s'ils étaient tous identiques, je joue la complémentarité. » Être responsable, c'est devoir vérifier, mais évaluer, c'est aussi interpréter, filtrer en permanence, retranscrire avec son vécu, ses problèmes, ses joies. La professionnalisation est un processus qui évolue.

Le cadre est dans un va-et-vient permanent entre deux termes : *coopération* et *réaffectation*. Le travail du cadre est de se repositionner en permanence dans l'équipe, d'être en permanence en déséquilibre comme lorsqu'on marche, entre proximité, compréhension, parole libre et qualités professionnelles (administratives, légales, juridiques...). Accepter cette fonction, c'est assumer, accepter cette tension. Et s'il y a une dynamique, c'est bien parce qu'il y a de la tension, des tensions créatrices et non pas mortifères.

Situer les missions des soignants fondamentalement dans un rapport éducatif suppose l'apprentissage des relations symboliques – et non pas que fonctionnelles – de toute institution : chaque professionnel, depuis sa place, pouvant alors être reconnu, légitime, responsable, émancipé et partenaire avec d'autres. L'institution est bien chacun des professionnels institués et instituants²⁰. Assigné à un poste, le cadre n'en est pas moins *force de proposition*, non pas dans la reproduction des conduites et du confort qui s'étaient installés : le cadre, avec l'équipe dont le médecin et l'administration sont des éléments

Le cadre et l'évaluation de son réseau de relations professionnelles : de la coordination au partenariat

intégrés, parties prenantes des projets. Le cadre se réapproprie l'espace et les règles du jeu, et celles-ci deviennent opérantes parce que chacun y a contribué depuis sa place. En somme, le cadre éduquant n'est pas victime de la jouissance de l'institutionnalisation, ce plaisir louche de profiter de l'institution²¹. Ce cadre sait qu'une équipe n'est pas dupe longtemps de l'apparence du plaisir dans le pouvoir pris sur l'autre : de par la professionnalisation des soignants et de leurs cadres, ce rapport à l'autorité devient caduc. La chaîne de reproduction des petits chefs a été rompue pour le bien de tous.

Le cadre doit pouvoir parler plusieurs langues : on ne négocie pas, on ne revendique pas de la même façon selon à qui on s'adresse.

« On est dans un déséquilibre permanent entre deux termes, coopération et contrôle, entre l'équipe et la direction... c'est quelque chose qui peut se travailler tout au long de l'année en travaillant sa posture de cadre. Et en fait le travail du cadre c'est de se repositionner en permanence dans l'équipe, d'être en permanence dans un équilibre entre proximité, compréhension, parole libre et qualités professionnelles (administratives, légales, juridiques...). Accepter cette fonction c'est assumer, accepter tout ça... » (Gustave)

Se positionner en permanence

Conclusion : le cadre éducateur, dans la tension entre stabilité et changement

La coordination constate la mise en liens, sans dire quoi que ce soit de la qualité des liens. Seul le terme d'évaluateur peut traverser l'ensemble des fonctions du cadre, ou celui d'éducateur si on est capable d'entendre ce mot en dehors du statut des professionnels du médico-social ou de l'enseignement.

© GROUPE LIAISONS SA - la photocopie non autorisée est un délit

²¹ Legendre P. (1976)

Le cadre est un évaluateur, garant du projet du service, notamment à l'extérieur de ce service. Il est, au quotidien, un représentant de l'institution, un *liens humains* : c'est-à-dire qu'il incarne les valeurs professionnelles et porte l'effigie du corps professionnel des soignants, donnant ainsi des repères, pour que les agents trouvent par exemple la fameuse « bonne distance » entre soi et le malade. Cette attitude ne s'improvise pas, rares sont ceux qui peuvent la tenir de par le seul fait de leur histoire ; les « faisant fonction » attestent de leur difficulté. Seule une solide formation aux sciences humaines permet d'y être : *aimer le poste de cadre, en dernière analyse, relève de la relation éducative orientée vers l'humanité* (en sus de la relation thérapeutique orientée, elle, vers le mieux-être).

Le cadre soignant en service (cadre intermédiaire, de proximité) organise, anime et forme son équipe de soignants. Il est lui-même en coordination avec sa hiérarchie spécifique, plus administrative et politique (cadres supérieurs de santé, gestion infirmière) et avec les infirmiers généraux qui participent de la gestion hospitalière.

Penser ce poste en y reliant une visée éducative garantit que le travail du cadre ne se réduira pas à l'exercice d'une gestion *seulement* *compte* des ressources.

Enfin, quant le cadre de santé travaille à transformer son réseau de relations pour qu'il puisse rester ouvert, connectable sur d'autres relations. Il travaille en somme à faire de ses interlocuteurs *des partenaires*. Le partenariat repose ici sur l'acceptation réciproque pour que l'un réalise ses projets, il faut que l'autre réalise les siens – et que ce ne sont pas les mêmes projets. On est loin de l'idée un peu triste de « projets partagés » (comme des gâteaux ??), de « projet commun » comme un ensemble de projets fusionnés, de « valeurs communes » qu'on pourrait s'inventer au jour le jour, et « d'adhésion au projet du chef » (comme les mouches adhérent au papier tue-mouches) qui font l'ordinaire de la fameuse « culture d'entreprise » fondée sur une culture du contrôle. Elaborer un projet partagé ce n'est pas découper un objet, c'est choisir – et donc renoncer – et fonder ce que chacun apporte de son projet pour composer un projet d'équipe. On est déjà dans une culture en évaluation.

Conclusion générale

■ Se sentir utile, servir l'humain

Cadre de santé : une profession difficile dans un contexte difficile. L'usure, la fatigue que le cadre atteste sont imputables à la multitude d'informations reçues et données, et cela ne tient pas seulement à des dysfonctionnements de l'institution :

« Ils sont crevés, ici en cardio et dans plein de services, ce qui use c'est de gérer l'information, c'est que les infirmières reçoivent des millions d'informations de trop de personnes différentes et elles doivent redistribuer ces informations aux bonnes personnes. Elles font des actes, le médecin arrive, il leur dit un truc, l'autre infirmière arrive, l'aide-soignante, le cadre, le téléphone, la famille, elles sont au front toujours ; elles ne peuvent pas dire comme nous, les cadres. « Bon là on ne me dérange pas » même si le chef de service nous cherche et nous trouve pas, il va nous mettre le souk demain matin parce qu'il ne nous a pas trouvés cet après-midi, bon, mais ça, on le gère. Nous aussi on est sollicités tout le temps mais nous, on le sait que c'est notre boulot. Je sais très bien. Eux, je me demande comment ils font, c'est hallucinant, je me demande comment ils font, maintenant avec le recul parce que j'ai été à leur place aussi. Faut aussi terminer parce que, derrière, il y a l'équipe : passer le relais, faut rien oublier, que tout soit nickel pour qu'on passe la relève... Combien d'infirmières téléphonent de chez elles : "oh j'ai oublié ça ?" » (Alain)

Oui, le personnel soignant est au front, toujours. Et le cadre aussi. Mais l'urgence n'est pas due seulement au manque de personnel, aux rapports hiérarchiques encore étroits, aux lourdeurs administratives d'une gestion qui n'en finit plus de proliférer et qui confisque les projets, elle est plus profondément liée à la dramatique

du soin. Et tout le personnel soignant y prend part, même ceux qui ne sont pas en contact direct avec le bénéficiaire du soin :

« Il y a pas moins de stress que dans les soins généraux, non, quand on vous dit à l'interphone que le patient est en train de décaler ! Que c'est plus la peine qu'on s'affole ! Non, là on a le stress en direct, au contraire. Vous pouvez être dans la situation où à l'interphone, on hurle sur vos têtes : "On a un quart d'heure ! Dépêchez-vous ! Dépêchez-vous !" Et on court de tous les côtés et quand l'infirmière a sa poche de sang à donner, en bas, on entend : "C'est plus la peine". On l'entend. On est avec eux dans le bloc, si ce n'est qu'on ne voit pas. On l'entend. C'est toujours la catastrophe. Moi, ça me stresse beaucoup ; il y en a qui pleurent, parce qu'on n'est pas infirmières de formation, nous, le décès c'est pas quelque chose qu'on côtoie tous les jours, nous à la banque du sang, et à la réa, c'est pareil. Donc on est très proches du patient sans le voir. On fait tout ce qu'on peut. On a l'impression d'être utiles, ça oui, d'être utiles. »

(Bérénice)

Être utile, servir, ce n'est pas servir l'institution, c'est servir l'humain, sauver la vie.

« Je suis persuadée que ce que je fais est utile. »

(Joëlle)

« Ce qui me plaît dans ce service, c'est que j'ai une action sur le patient. On est très à la disposition du patient, comme un service d'urgences, plus qu'un service de soins. On sauve la vie, c'est très important pour nous. »

(Bérénice)

© GROUPE LIAISONS SA la photocopie non autorisée est un délit

On a tendance à vouloir oublier, ceux qui ne sont pas du milieu, que le soin touche à l'élémentiel : le sang, l'urine, les excréments, ces sécrétions ailleurs honteuses, en tout cas jamais neutres. Les viscères sont là en permanence, à déchiffrer... ou la « folie », cette terreur absolue de tous ceux qui ont la chance de ne pas y basculer... avec la souffrance, la perte de repères de ceux qui « bénéficient » du soin et qui parfois n'en veulent pas, n'en veulent plus. L'épaisseur du drame transforme, qu'ils le veuillent ou non, les personnels soignants en héros d'une tragédie quotidienne qu'il faudrait, en plus, passer sous silence parce que c'est leur métier !

On porte des masques, disent les plus aguerris... mais on peut pas être un simple rôle, c'est trop grave, c'est trop dur car l'autre fait irruption en permanence, il perturbe les dispositifs, les protocoles, les grilles ; il n'est pas anesthésié, mécanique cachée sous le capot du drap vert : il parle, il crie, il a mal et il a peur en permanence. On est confronté à la présence de la mort, de la peine, de la macération, de la décrépitude, de tout l'insupportable de la condition humaine, et il faut être avec, disponible, éduquant, évaluant : c'est aussi une *dramatique de l'usage de soi* « une dramatique subjective où se négocient dans des circonstances personnelles, historiques, toujours particulières, les modalités de ce compromis entre normes hétéro et auto-déterminées, entre usage de soi par d'autres et usage de soi par soi »¹.

Comment font les soignants ? On sait, ils pleurent un bon coup ou rient trop fort aussi... dans cet univers de relations extrêmes, « être utile », « se sentir utile », prend un sens inouï.

Cette violence avec laquelle il faut faire son travail *en restant humain*, donne au pâle concept de « professionnalisation » d'autres couleurs, d'autres odeurs, d'autres images. Et on voudrait nous parler de simple « service »

¹ Schwartz Y. (2000 b), p. 294.

fabriqué comme des produits commerciaux ? Supercherie... La grandeur des soignants doit être célébrée. Leurs compétences se mesurent à une aune à nulle autre pareille

Nous avons tenté d'en donner une première estimation.

Bibliographie

- Abernot Y., *Les méthodes d'évaluation scolaire*, Paris : Bordes, 1988.
- Abrecht R., *L'évaluation formative, une analyse critique*, Bruxelles : De Boeck Université, 1991.
- Affergan F., *La pluralité des mondes*, Paris : Albin Michel, 1997.
- Ardoino J., *Management ou commandement, participation et contestation*, Paris : ANDSHA, 1970.
- Ardoino J. et Berger G., « L'évaluation comme interprétation », *Pour*, n° 107, 1986, pp. 120-127.
- Ardoino J. et Berger G., « Fondements de l'évaluation et démarche critique », *AECSE*, n° 6, 1989 a, pp. 3-11.
- Ardoino J. et Berger G., *D'une évaluation en mièvettes à une évaluation en actes, le cas des universités*, Paris : RIRELF, 1989 b.
- Ardoino J., « Finalement, il n'est jamais de pédagogie sans projet », *Éducation permanente*, n° 87, (2), 1986 a, pages 153 à 158.
- Ardoino J., « Pédagogie de projet ou projet éducatif », *Pour*, n° 94, 1986 b, pages 5 à 8.
- Ardoino J., « Logique de l'information, stratégies de la communication », *Pour*, n° 114, 1988, pages 59 à 64.
- Ardoino J., « L'implicite, l'irrationnel et l'imprévisible en pédagogie, conclusion », *Cahier de l'ISP, Pratiques de formation-analyses*, 1993, pp. 16-34.
- Ardoino J., « L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives », *Pratiques de formation-analyses*, 1993, pp. 16-34.
- Ardoino J., « De l'accompagnement, en tant que paradigme », *Pratique-formation-analyse*, n° 40, 2000 a, pp. 5-19.

■ Audran J., *Influences réciproques relatives à l'usage des NTIC par les auteurs de l'école. Le cas des sites web des écoles primaires françaises*, Thèse de doctorat de l'Université de Provence (sous la direction de Michel Vial), 2001.

■ Barbier J.-M., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, (sous la direction de J. Paris, PUF, 1996, pp. 275-292

■ Barel Y., *Le paradoxe et le système*, Presses universitaires de Grenoble, 1989

■ Barthes R., « De la science à la littérature », *Le bruissement de la langue*, essais critiques IV, Paris : Seuil, 1984, pp. 11-19

■ Bautier E., « Culturelle professionnelle », *Paroles et pratiques sociales*, n° 48, 1994.

■ Beillerot J., *L'éducation en débats : la fin des certitudes*, Paris : L'Harmattan, 1998

■ Berger G., « La négociation » (Bapteste R., Bonniol V., et Dupas R.), *Démarche plurielle du consultant fonction publique*, Tome 1, Marseille : BSB Consultants, 1992, pp. 33-62.

■ Berthelot J.-M., *Les vertus de l'incertitude. Le travail de l'analyse dans les sciences sociales*, Paris : PUF, 1996.

■ Boutinet J.-P., *Anthropologie du projet, essai sur la signification du temps opératoire*, Thèse pour le doctorat d'État es lettres et sciences humaines, Paris : Université de Paris V, 1987.

■ Cardinet J., *Les modèles de l'évaluation scolaire*, Neuchâtel : IRDP, 1986.

■ Castoriadis C., *L'institution imaginaire de la société*, Paris : Seuil, 1973

■ Chébaux F., « Le secret de l'entrelien », *L'entrelien de recherche dans les sciences sociales et humaines*, (sous la direction de Marnoz L.), Paris : L'Harmattan, 2001, pp. 91-130.

■ Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 1977.

■ De Certeau M., *L'invention du quotidien I. Arts de faire*, Paris : Folio, Essais, 1990.

■ De Lahaye D., « Doit-on professionnaliser l'évaluation ? », *Éducation permanente*, n° 143, 2000.

■ Donnadieu B., « Le projet dans la formation professionnelle, de la personne et personnage », *En question*, n° 7, 1998, pp. 11-28.

■ Donnadieu B., Genthon M. et Vial M., *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?*, Paris : Interéditions Masson, 1997.

■ Dubet F., *Sociologie de l'expérience*, Paris : Fayard, 1994.

■ Dumortier J.-L., Plazanet F., *Le récit, l'analyse structurale au service de la pédagogie de la lecture*, Bruxelles : De Boeck, 1980.

■ Dupuy J.-P., *Ordres et désordres, enquête sur un nouveau paradigme*, Paris : Seuil, 1990

■ Durrieu L., « Une action de formation en milieu carcéral : un exemple d'approche des compétences par l'ergologie », *Raisons éducatives*, n° 2, 1999, pp. 169-182.

■ Eymard C., *Initiation à la recherche en soins et santé*, Lamarre, 2003.

■ Figari G., *Évaluer : quel référentiel ?*, Bruxelles : De Boeck Université, 1994.

■ Galant M.-O., « Le partenariat : une nécessité et une force. Le cas de l'Institut de formation des cadres de santé de Nantes », *En question*, n° 21, 1998.

■ Gillet P., *Pour une pédagogie ou l'enseignant-praticien*, Paris : PUF, 1987.

■ Gonet A. et Corriol A., *Le projet pédagogique en technologie*, Marseille : CRDP, 1994.

■ Grootaers D. et Tilman F., « Conduire une action, construire un savoir », *Éducation permanente*, n° 85, 1986, pp. 39-49.

- Hameline D., « De l'estime » (Delorme C.), *L'évaluation en question*, Paris : ESF, CEREC, 1987, pages 193 à 205.
- Imbert F., *Pour une praxis pédagogique*, Vigneux : Matrice, 1985.
- Imbert F., *L'impossible métier de pédagogue*, Paris : ESF, 2000.
- Joannet P. et Vander Borgh C., *Créer les conditions d'apprentissage*, Bruxelles : De Boeck Université, 1999.
- Joas H., « La créativité de l'agir », *Raisons éducatives : Théories de l'action et éducation*, Bruxelles : De Boeck, 2001, pp. 27-44.
- Jobert G., « Dire, penser, faire. À propos de trois métaphores agissantes en formation des adultes », *Éducation Permanente*, n° 143, 2000, pages 7 à 28.
- Jobert G., *La professionnalisation, entre compétence et reconnaissance sociale. Formateurs enseignants. Quelle professionnalisation ?*, Bruxelles : De Boeck Université, 2002, pp. 247-260.
- Johnsa S., *Une autre école est possible ! Manifeste pour une éducation émancipatrice*, Paris : Textuel, 2003.
- Legendre P., *Jour du pouvoir*, Paris : Éditions de Minuit, 1976.
- Le Goff J.-P., *Les illusions du management*, Paris : La découverte et Syros, 2000.
- Le Moigne J.-L., *La modélisation des systèmes complexes*, Paris : Dunod, 1990.
- Lévi-Strauss C., *La pensée sauvage*, Paris : Plon, 1962.
- Lévy A., *Sciences cliniques, organisations sociales*, Paris : PUF, 1997.
- Lipovetsky G., *L'ère du vide, essais sur l'individualisme contemporain*, Paris : Gallimard, 1983

© GROUPE LIAISONS SA la photocopie non autorisée est un délit

- Loureau R., *L'instituant contre l'institué*, Paris : Anthropos, 1969.
- Mager R.F., *Comment définir les objectifs pédagogiques*, Paris : Gauthier Villard, 1972.
- Mager R.F., *Comment mesurer les résultats de l'enseignement*, Paris : Bordas, 1986.
- Maffesoli M., *La connaissance ordinaire*, Paris : Méridien-Klincksieck, 1985.
- Maffesoli M., *La conquête du présent*, Paris : Desclée de Brouwer, 1979.
- Malglaive G., « Alternance et compétence », *Les cahiers pédagogiques*, n° 320, 1994, pp. 26-28.
- Mallet J., *L'entreprise apprenante*, Aix-en-Provence : En question, 1994-2001.
- Mencacci N., *Une intelligibilité de situations de confrontation à un problème dans l'enseignement et la formation universitaire professionnalisante*, Thèse de l'Université de Provence (sous la direction de Michel Vial), 2003.
- Nunziati G., « Pour construire un dispositif d'évaluation formatrice », *Les Cahiers pédagogiques*, n° 280, 1990, pp. 48-64.
- Perry A., *Vocation fatale*, Paris : Hervas Poche, 10/18, 2000.
- Peyronie H., *Les instituteurs. Des maîtres aux professeurs d'école*, Paris : PUF, 1998.
- Rabardel P. et Six B., « Outils et acteurs de la formation pour le développement des compétences au travail », *Éducation permanente*, n° 123, 1995.
- Renard J., « La qualité en formation », *Cibles*, n° 33, 1996, pp. 12-17.
- Roelens N., « Reconnaissance des acquis ou habilitation intersubjective à tenir un rôle social ? », *Éducation permanente*, n° 133, 1997, pp. 47-63.

- André Bouteiller-Bautzer E., Avant-propos, en guise d'introduction. Formation des soignants, *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, n° 36-2003, pp. 7-25
- Schwartz Y., « Discipline épistémique, discipline ergologique », *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*, (sous la direction de Maggi B.J., Paris : PUF, 2000), pp. 33-68
 - Schwartz Y., *Le paradigme écologique ou un métier de philosophe*, Louvain-la-Neuve : Octares, 2000 b.
 - Schwartz Y., « Théories de l'action ou rencontre de l'activité ? », *Raisons éducatives : théories de l'action et éducation*, Bruxelles : De Boeck, 2001, pp. 67-92.
 - Torres J.-C., « Héxis et Poïos : essai d'une analyse conceptuelle de la qualité », *Éducation permanente*, n° 126, 1996, pp. 31-44
 - Vega A., *Une ethnologie à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : Les archives contemporaines, 2000.
 - Vial M., « Statut de la carte d'étude dans un dispositif d'évaluation-régulation », *Pratiques*, n° 53, 1987, pp. 59-73.
 - Vial M., *L'autoévaluation, entre autocontrôle et auto-questionnement*, Aix-en-Provence, 1996.
 - Vial M., *Les modèles de l'évaluation, textes fondateurs et commentaires*, (postface de J.-J. Bonniol), Bruxelles : De Boeck Université, 1997 a
 - Vial M., « Classer les tâches : un complexe entre didactique et évaluation », *En question*, cahier n° 6, 1997 b, pp. 173-221
 - Vial M., *Organiser la formation : le pari sur l'autoévaluation*, Paris : L'Harmattan, défi-formation, 2000 a.
 - Vial M., Faire participer l'étudiant à l'évaluation de son cursus ? Quelle place pour l'enquête de satisfaction ?, *Mesure et évaluation en éducation*, Vol. 21, n° 3, pp. 43-66.

© GROUPE LIANSONS SA La photocopie non autorisée est un délit

- Vial M., « Évaluation et régulation » (Figari G., Achouche M. et Barthélémy V.), *L'activité évaluative : nouvelles problématiques, nouvelles pratiques*, Bruxelles De Boeck Université, 2001 a, pp. 68-78.
- Vial M., *Se former pour évaluer, se donner une problématique et élaborer des concepts*, Bruxelles : De Boeck Université, 2001 b.
- Vial M., « Les sciences de l'éducation et les personnels de santé, une histoire prometteuse », *Soins cadres*, n° 45, 2002, pp. 29-33
- Watzlawick P., Weakland J. et Fisch R., *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris : Seuil-Points Essais, 1975
- Zarifian P., *Objetif compétence*, Paris : Liaisons, 1999.
- Zarifian P., « L'apprentissage par les événements : entre sens et signification », *Signification, sens, formation*, (sous la direction de Barber J.-M.), Paris : PUF, 2000, pp. 167-186

Tableaux

Tableau 1 – Entretiens conduits au cours d'une enquête allant du mois d'août au mois de décembre 2001	17
Tableau 2 – L'évaluation comme processus social appris : deux attitudes contradictoires, antagonistes et « à articuler »	43
Tableau 3 – Les deux logiques de la conformisation et de la normalisation	44
Tableau 4 – Les deux attitudes de l'autoévaluation	68
Tableau 5 – Les deux logiques de l'évaluation	68
Tableau 6 – Les caractéristiques de l'autoévaluation	69
Tableau 7 – Les deux types de qualification de la qualité : « entre » les deux, dans la tension des deux, le questionnement éthique	94

Figures

Figure 1 – La systémie	78
Figure 2 – Situation du cadre, première approche : les acteurs connectés	163
Figure 3 – Le cadre de santé, portion congrue, tête réduite	164
Figure 4 – Coordinations verticales et horizontales portées par le cadre de santé	165

Index

- A**
- Accréditation, 62
 - Alteration, 10
 - Auto-bilan, 189
 - Autocontrôle, 81
 - Autoévaluation, 66, 192, 195
 - Autoquestionnement, 66
 - Autorité, 153
- B**
- Bénéficiaire du soin, 62
 - Bricolage, 56
- C**
- Changement, 9
 - Cibles, 147
 - Compétence, 193, 194
 - Conceptualisation, 196
 - Conflit, 153
 - Critère, 76
 - Culture en évaluation, 91
 - Cybernétique, 78
- D**
- Démarches qualité, 92
 - Dimensions professionnelles, 79
 - Doxa, 27
- E**
- Éduquer, 5
 - Esprit d'entreprise, 96
 - Estime, 160
 - Évaluation, 11, 50, 193
 - Évaluation comme gestion, 155
 - Évaluation comme mesure, 155
 - Évaluation des tâches, 81
 - Évaluation formatrice, 80
 - Évaluation par les objectifs, 157
 - Évaluation pour la problématisation des pratiques, 155
 - Évaluation structuraliste, 157
 - Évaluation-régulation, 83

F
 Fonction, 41
 Fonction d'ingénierie, 111
 Fonction de gestion, 108
 Fonction formation, 111
 Fonctionnalisme, 119
 Formateur, 149
 Former, 7

G
 Gestion, 79, 105
 Gouvernement, 101

I
 Identités, 43
 Identités professionnelles, 197
 Innovation, 55
 Instruire, 5
 Instrumentalisation, 52
 Instrumentation, 59

L
 Logique, 42
 Logique de l'évaluation, 42

M
 Management, 150
 Manager, 138
 Médiateur, 103
 Mesure, 52
 Modèle cybernétique, 84

N
 Négativité, 10
 Notation, 36

O
 Objectif, 133
 Outil, 61
 Outil d'évaluation, 54

© GROUPE LIANSON SA - la photocopie non autorisée est un délit

© GROUPE LIANSON SA - la photocopie non autorisée est un délit

P
 Partenariat, 204
 Pensée fonctionnaliste, 93
 Pensée par projets, 151
 Pensée stratégique, 150
 Posture, 202
 Pouvoir, 106, 107
 Pratique, 137
 Praxéologie, 79
 Procédures, 10, 21
 Procès, 10
 Processus, 21
 Professionnalisation, 124
 Professionnalité, 126
 Projet, 73, 150, 158
 Projet de service, 133
 Projet de stage, 133

Q
 Qualité, 64

R
 Recherche, 185
 Régularisation, 23, 83
 Régulation, 83
 Relations symboliques, 197
 Résolution de problèmes, 119

S
 Sens, 59, 95
 Système, 78

T
 Temps, 116

V
 Visées, 147

et ouvrage est le résultat d'une enquête de terrain. S'y croisent des entretiens avec des cadres de santé en exercice à l'hôpital et des commentaires des auteurs familiers du milieu des soignants.

Depuis plus de trente ans, la distinction a été faite, dans les théories, entre contrôler et évaluer : qu'en est-il aujourd'hui au cœur d'un métier qui réussit son passage à la profession ?

Comment le cadre de santé se repère-t-il entre l'obligation ponctuelle d'avoir à vérifier la conformité des objets, des protocoles, des gestes normalisés mais aussi la nécessité en continu de questionner les significations des projets habités par l'équipe du service, par les autres cadres, par les partenaires : leurs paroles, les valeurs qu'ils incarnent, pour les rendre intelligibles ?

Pris dans la dynamique de l'évaluation et producteurs de cette dynamique qui s'alimente de tensions, de contradictions, de rapports de forces et de relations de sens : les cadres veulent-ils gérer ? Manager ? Former ? Eduquer ?

Quelles figures les cadres construisent-ils ? Quel avenir se donne le corps des soignants au travers de ses cadres intermédiaires : résistance au changement ou mutation professionnelle ?

Odile Thuillier, maître de conférences en sciences de l'éducation à l'université de Provence, Aix-Marseille I, participe au développement d'une culture professionnelle et scientifique dans les métiers de l'éducation et de la formation.

Michel Vial, maître de conférences habilité en sciences de l'éducation à l'université de Provence, engagé depuis plusieurs années dans la formation des cadres de santé, est spécialiste de l'évaluation des relations humaines professionnelles.



ISBN : 2-85030-798-X

