

Biennale Michel Vial et Odile Thuilier

UMR ADEF

L'évaluation, pratique quotidienne des cadres de Santé à l'hôpital : questions pour leur formation.

A partir du livre Vial, M. & Thuilier, O. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*, Paris : Lamarre (2003), nous allons identifier des thématiques pour la formation des cadres de santé.

Le projet d'écriture

Ce livre veut :

Faciliter une entrée dans les problématiques de l'évaluation au quotidien des cadres de santé en services hospitaliers

Familiariser les futurs professionnels avec les systèmes de référence évoqués par leurs aînés (contribuer à la formation des cadres de santé)

Identifier les apprentissages incontournables, dès la formation, à propos des concepts et des dispositifs d'évaluation.

Revisiter la thèse ordinaire de la résistance au changement selon laquelle le malaise professionnel ne tiendrait qu'à une perte des repères traditionnels occasionnée par les réformes, qui créeraient de l'immobilisme, de la rancœur, de l'immobilisme.

I. La méthode d'enquête

1.1. La population enquêtée

L'opération de sélection des terrains pertinents à cette enquête a été prise en charge par un directeur d'une Ecole de cadres de Santé qui a pris contact avec les hiérarchies locales, ce qui a facilité l'accès au terrain, étant donnée sa connaissance des institutions et des personnes.

Les différentes dimensions considérées :

A. Le statut : cadre infirmier ou cadre médico-technique¹

B. Le secteur d'activité : psychiatrie ou soins généraux : cardio, ophtalmo etc.

C. Diplômes et type de formation reçue :

- cadré ou non cadré (faisant fonction, nommé à l'ancienneté ou sur travaux)

- avec une licence (de Sciences de l'éducation²) passée pendant l'Ecole des cadres ou sans licence

¹ Nous n'avons pas pu rencontrer de masso-kinésithérapeutes cadres.

- une licence avant 1995 ou après³
- cadre avant 1995 (formations spécifiques séparées) ou après (formation intercatégorielle)

D. Taille de l'établissement d'exercice : petite ou grande structure

E. Type d'établissement : secteur privé ou public

Ces dimensions ont guidé le choix des interviewés.

1.2. La passation des entretiens

Nous avons pu rencontrer 19 cadres, dont 3 cadres supérieurs dont nous n'utiliserons pas ici les interviews (il fallait les rencontrer pour avoir plus facilement accès aux cadres intermédiaires). Lors du contact initial, seule la thématique générale avait été annoncée (vos pratiques d'évaluation). La durée de chaque entretien était comprise entre 45 minutes et une heure. Notre action a consisté principalement à reformuler en synthétisant le dit.

1.3. Mode d'exploitation :

Tous les entretiens ont été décryptés *in extenso*, et anonymés, un repérage thématique a été constitué et rapporté aux différentes conceptions de l'évaluation. Pour comprendre le discours professionnel à propos de l'évaluation, nous avons choisi d'insérer les thèmes évoqués dans les différentes problématiques issues de leurs pratiques et d'émailler les concepts clefs avec des extraits significatifs. En fait, les entretiens sont devenus la dynamique de notre entreprise et notre propre discours, des commentaires. Les entretiens réalisés ne sont pas considérés comme disant le vrai ou dénonçant des dysfonctionnements, ils ont été retenus comme des témoignages intéressants à questionner

II. Les pratiques

² Nous n'avons pu rencontrer de cadres formés avec l'autre licence (Sanitaire et social) qui permet elle aussi à tout personnel de santé ayant un Diplôme d'Etat d'entrer directement en licence, sans DEUG, ni équivalence. Une autre étude pourrait s'attacher à comparer l'impact de la licence des sciences de l'éducation et celle de sanitaire et social. Les SdE se différencient des Sciences sociales et sanitaires par leur approche en terme d'éducation, dans le cadre d'une relation professionnelle et sont moins orientées vers la gestion, la comptabilité, l'exercice financier, législatif et économique.

³ Au début, les Ecoles de cadres Infirmiers (IFCS) ont localisé la licence dans l'un de leurs modules de formation, dans la partie du programme intitulée "pédagogie". La licence des SdE étant comprise alors comme la préparation des futurs cadres formateurs qui se destinaient à exercer dans les écoles dites de base, les études de formation initiale des infirmiers (les IFSI). Ces cadres formateurs dans la formation initiale se formaient donc pendant l'année de formation-cadre à tenir les rôles spécifiques d'un formateur d'adultes : ils préparaient une licence des métiers de la formation, comme ailleurs des futurs enseignants peuvent préparer une licence en SdE. Puis un second décret (Le décret 95-926 du 18 août 1995 paru au J.O. du 20/08/95, article 23) a incité à un partenariat plus étroit, permettant d'imbriquer les deux formations : cadres de santé (dans lesquels d'autres corps que les infirmiers ont été inclus) et licence. Les unités d'enseignements des uns pouvant servir à valider les modules des autres. Les dispositifs ont alors évolué vers une coopération concertée entre universitaires et formateurs des cadres

2,1. Le premier chapitre de cet ouvrage parcourt les différentes tâches d'évaluation identifiées par la profession telles que les cadres en témoignent. Certaines de ces tâches sont attribuées ordinairement à la "gestion des matériels du service" alors qu'elles relèvent, de fait, de l'évaluation. Ont été distinguées les tâches d'évaluation selon leur charge pour le cadre : d'un côté le confort relatif qu'offrent les protocoles d'intervention sur les objets, les tâches techniques et de l'autre, l'incertitude liée au relationnel.

A ce propos, **a été étudié le rapport à l'écrit, la traçabilité par les dossiers de soins, les différents protocoles.** Cette communication par l'écrit, ne résonne que dans la connotation du contrôle, de la vérification et de la sanction possible. Alors qu'en fait, il s'agit de faire savoir ce qui a été fait, de transmettre des événements pour que l'autre, le partenaire s'inscrive dans une continuité. L'objet de l'évaluation n'est pas seulement un algorithme de tâches à coordonner, le bon ordre à suivre, une procédure isolée mais *le partage des tâches, la part que chacun prend dans cette coopération.* L'évaluation devient coûteuse pour le cadre puisqu'il s'agit alors de repérer et signaler des manques qui ne sont pas repérables dans l'instant et dont la genèse est délicate à argumenter.

Une autre tâche problématique est **l'entretien annuel d'évaluation** et la notation du personnel. Cette tâche synthétise le rapport entre l'évaluation dans sa dimension formelle et l'évaluation en tant que pratique de communication. Ce double enjeu est une prise de risque pour la qualité des relations. Plusieurs réalités se dessinent : depuis l'absence de cette pratique (on se contente de "mettre une note" en suivant la grille institutionnelle) jusqu'à l'entretien coopératif pendant lequel l'agent expose son projet et fait sa propre auto-évaluation. Les cadres voudraient instaurer des rapports de communication, des "discussions" pour mettre en place des relations d'échanges : c'est là que se situe l'évaluation dans sa dimension éducative, dans ses visées de formation de l'équipe, avec l'équipe. La question du sens de l'acte d'évaluation n'est plus dans un rapport de jugement, il ne peut être travaillée qu'en lien avec les différents projets. Les objectifs ne sont plus une fin en soi mais des outils, des opérations au service d'un projet (de service, de soins...).

Ces tâches impliquent un rôle composite, entre deux logiques d'évaluation⁴ : surveiller et questionner : tenir un rôle aussi composite est quelquefois inconfortable et source de questionnements dont les réponses, les résultats ne sont pas garantis puisqu'il s'agit de conjuguer des attitudes de rappel à l'ordre, d'incarnation des normes mais aussi des attitudes d'écoute, de dialogue, de conseil, d'aide au devenir professionnel...

2,2. Le second chapitre reprend une thématique quasi obligatoire dès que le mot d'évaluation est prononcé : l'utilisation des outils.

L'outillage en général est vécu comme une charge supplémentaire, un "rendre compte" de la conformité des gestes. L'outil est vécu comme dangereux, les cadres préfèrent une écologie aux mains nues. C'est *l'instrumentalisation* : la transformation des outils en obligation systématique, ayant leur fin en soi, dans le prêt-à-porter que les cadres refusent. La mode de la gestion par la qualité (confondue avec la sécurité) a multiplié les outils. Les cadres sont la cible de ces outils, ils les reçoivent avec l'injonction de les utiliser et de les faire utiliser. Ils n'ont pas souvent le goût d'en fabriquer. Les cadres veulent se fier à l'intuition, au senti qui seraient plus sûrs et plus "au cœur de leur métier".

Mais l'outil d'évaluation, quand il n'est pas qu'une simple liste de réponses, peut permettre de se poser des questions, de revoir ses stratégies, ses buts, son projet, Un outil

⁴ Vial, 2001

d'évaluation qui ne permet pas de se questionner n'est pas utilisé : c'est *l'instrumentation*⁵. Le cadre alors " s'empare " des outils en fonction de son projet, il **bricole** avec les outils institués. L'innovation, pragmatique et empirique, est un objet prétexte dont le cadre se sert pour mobiliser l'équipe sur l'analyse de ses pratiques en situation. L'innovation se parle sous le terme générique de " simplification " des procédures imposées.

Ce chapitre est l'occasion de faire le point sur les mesures préconisées par les politiques publiques, comme l'accréditation. Il s'agit bien de passer de l'implicite de pratiques a priori déjà là *en qualités*, à la communication, l'explicitation d'une tradition professionnelle inscrite fortement dans les actes et insuffisamment sur le papier. Verbaliser ce qui est fait : enjeu et marques de la professionnalisation d'un métier. Il s'agit de parler de ses pratiques et tout autant de communiquer sur ses pratiques. C'est-à-dire de donner à voir les activités réflexives engagées mais alors la qualité de cette communication devient également objet de contrôle possible. En fait, l'accréditation est devenue un outil pour le management de la direction hospitalière : mettre en place une évaluation dite participative, une sorte de transposition de l'évaluation formative du scolaire, axée sur l'amélioration des pratiques. Il s'agit de faire produire des protocoles et des guides pour que les agents s'auto-contrôlent, développent une attitude de méfiance par rapports aux routines. Il y a eu confusion entre l'auto-évaluation et l'auto-contrôle. Aujourd'hui le cadre assimile accréditation avec « qualité », c'est-à-dire sécurité et satisfaction du client : on est loin de l'auto-évaluation des équipes et de la dynamique de leur projet ! La "culture de l'évaluation" initialement prônée s'est réduite à un exercice comptable, légal, de la réforme. L'accréditation est donc une occasion manquée qui laisse une impression mitigée. Le cadre exprime toute l'ambiguïté de la mesure : le sentiment d'avoir été objet du management et le nécessaire espoir que, malgré tout, les choses changent, à la marge du dispositif des gestionnaires.

En conclusion, le cadre a dépassé l'apparente contradiction entre l'esprit d'entreprise et l'hôpital en y associant les principes de la pensée humaniste (respect de l'autre et respect de soi). Mieux gérer, c'est pour pouvoir vivre pleinement sa philosophie du travail et sa philosophie de la santé, pour le service public, pour accomplir la mission d'utilité sociale. La conscience du rôle social de la Santé et le fait d'avoir à travailler dans cette utilité sociale, donnent au cadre intermédiaire le sentiment d'appartenance en tant que soignant au grand corps des personnels de santé. Le cadre est donc ainsi relié à un travail humain qui le dépasse mais dont il a la charge. Il participe bien d'un projet global, social : le sens du service à l'humain. Cette conscience politique et éducative n'est pas seulement à entendre dans un esprit fonctionnaliste du management institué, au jour le jour, et qui ne serait attentif qu'à la réalisation conforme aux normes professionnelles sectorisées.

2,3. Le troisième chapitre s'intéresse aux fonctions que le cadre de santé exerce au quotidien, fonctions qui « définissent » son aire d'action.

Le mot de " surveillant " est parfois encore utilisé au quotidien comme synonyme de cadre intermédiaire ou supérieur, avec la force d'un lapsus. Quand on n'a pas la qualification que donne le passage par l'école des cadres, on se rabat sur le sens de contention du mot cadre et on le refuse. " Cadre ", ne dit rien des activités attendues ni des fonctions organisationnelles attendues, ni des rôles, c'est le poste, le grade, l'institutionnel : une position dans la hiérarchie. Les fonctions attendues sont *dans* l'encadrement, elles explicitent le poste. Mais

⁵ Rabardel, p & Six, b 1995

quelles fonctions ?

2,3,1. Fonction de gouvernement

Avant tout, le cadre est celui dont on attend qu'il gouverne, qu'il ait la responsabilité de la direction à prendre ou qu'il y participe avec sa hiérarchie. Il est attendu qu'il incarne les valeurs et les projets de l'institution et qu'il prenne les décisions qui sont de son ressort en perspective avec ces valeurs et ces projets. Il impulse une politique et en permet la mise en œuvre. Mais le cadre de santé n'a pas vraiment cette fonction. Le cadre de santé n'est pas en position de commander, parce qu'il n'est pas encore considéré comme un partenaire. Alors le cadre n'est que **force de proposition**, et encore : s'il a été formé à prendre sa place et à contester celle qu'on lui fait. **Il conduit, beaucoup plus qu'il ne commande.**

Pour assurer la position qu'on lui fait, on attend du cadre qu'il soit une référence du soin : celui qui sait, qui se tient au courant (se forme en continue) et fait autorité. Il actualise et développe ses connaissances pour guider l'équipe et pour cela, il tranche, arbitre, décide du bien fondé parce qu'il est responsable du soin. Il favorise l'individualisation des soins. Il doit pouvoir justifier les choix, les pratiques, les référer aux textes normatifs —lois, protocoles, référentiels, guides, chartes, droits du patient— trancher, prendre des décisions, et vérifier la conformité légale des gestes professionnels et l'incarnation des valeurs au quotidien dans le service par les agents. En ce sens, il est tenu d'être un " didacticien du soin ", de posséder les savoirs professionnels mis à jour, de pouvoir les transmettre tels quels, les enseigner pour les faire appliquer.

Donc le cadre, quand il gouverne, doit à la fois " conduire " et **être redevable de la qualité obtenue** : il est responsable, garant de la direction prise, ce qui va la plupart du temps se réduire, se dissoudre même dans le contrôle de la sécurité des procédures. **Le commandement disparaît dans la conformisation aux normes sécuritaires.** On dit alors qu'il travaille à la qualité des soins.

2,3,2. La fonction gestion

On a oublié que Gérer ce n'est que " *administrer les intérêts, les affaires d'un autre* " : le moyen est devenu une fin en soi. Les gestionnaires eux-mêmes oublient qu'ils sont là pour " organiser, utiliser au mieux, en faisant valoir, *en défendant les intérêts de l'autre* " ; en somme qu'ils sont *au service du fonctionnement des autres*. Certes, **le cadre doit faire de la Gestion dite " administrative " du service** : rendre des comptes sur l'utilisation raisonnée des moyens ; faire le lien avec l'économique : pour une utilisation optimale des ressources - faire circuler l'information, faire savoir les directives, faire appliquer les règles, les procédures. En somme, donner les moyens à sa hiérarchie, à la direction, via le cadre supérieur et l'infirmière générale, de maintenir le droit et le budget et donc la bonne marche de l'établissement, *dans le respect d'un cadre, d'un référentiel juridique dessinant les faisables*. Ce cadre législatif, procédurier, qui doit être respecté (le droit du travail et la législation professionnelle spécifique, par exemple) contraint les possibles.

Le cadre participe à la logique de gestion, il se cale dans les impératifs de gestion, il *administre* le service **mais il n'est pas un gestionnaire**. Il s'agit avant tout pour lui de créer les conditions favorables à l'exercice de l'équipe. Le cadre se sent responsable de l'évaluation de la qualité des prestations de soins. Ce déplacement de son attention, du patient sur le professionnel, est vécu comme un indicateur de sa professionnalisation.

2,3,3. La fonction formation

Le cadre doit assurer l'organisation de l'exercice professionnel de l'équipe : organiser la pratique du soin (planification, utilisation des ressources humaines, distribution des missions et de la charge de travail...), dans l'intérêt du service, de la qualité du soin, du bénéficiaire du soin. *Ce faisant, le cadre assure une sous-fonction d'ingénierie*, il est technicien organisateur des conditions d'exercice du soin, de la marche du service. Il met en place et veille à l'utilisation des outils de soins, supervise et vérifie l'application des prescriptions, s'assure que les tâches effectuées sont distribuées en fonction de la charge de travail et des compétences. Il assure une planification optimale du temps de travail du personnel. C'est cette fonction qui est la plupart du temps assimilée et confondue avec la gestion proprement dite, parce qu'elle est aussi au service des agents et de l'ensemble du fonctionnement. Mais organiser n'est pas gérer, organiser suppose de l'invention, du bricolage (voire de l'invention) et non pas seulement le respect du cadre préexistant, légal et économique.

D'autant plus que **cette fonction d'ingénierie n'est pas dissociable de la fonction formation**, elle en fait partie. Elle est la partie programmatique, le montage de " dispositifs " de " procès ", l'organisation des conditions de réalisation d'exercice, de séquences de gestes dans des temps et des lieux délimités pour, non seulement faire tourner ce qui existe, mais en même temps introduire de l'innovation, promouvoir le changement (et non pas seulement l'amélioration), dans une visée éducative.

Alors que **la fonction formation est une relation éducative** plus large que cette ingénierie, Le cadre est garant de l'ensemble des apprentissages nécessaires au soin. Il identifie au quotidien les apprentissages utiles et met tout en place pour que qu'ils aient lieu, notamment en remédiation d'erreurs constatées ou en orientant les agents vers des stages de formation continue. Ces apprentissages ne sont pas seulement d'ordre technique (savoir utiliser telle ou telle machine ou accomplir tel ou tel geste normé) mais touchent aussi à la relation au patient/malade/bénéficiaire du soin.

Former, ce n'est pas seulement organiser des séquences d'apprentissages ciblées hors du lieu du travail mais aussi pendant le travail. En effet, évaluer son équipe au quotidien débouche parfois sur la nécessité de reprendre un geste professionnel ou une attitude qui ne seraient pas conformes à ce qui est attendu (c'est corriger). Mais c'est aussi faire travailler l'autre pour qu'il trouve une façon différente de fonctionner (c'est accompagner). Ainsi les situations de formation peuvent être informelles, non préparées, courtes et orientées non pas seulement sur une amélioration de l'existant mais sur l'invention de nouveautés possibles.

Former n'est pas seulement enseigner la bonne pratique (ce qu'est instruire : faire acquérir), c'est aussi impulser vers plus de réflexion, plus d'autonomie, plus d'invention, plus de maturation ; c'est aider l'autre à trouver son propre chemin (c'est développer l'appétence au changement : faire apprendre).

2,3,3,1. - Le cadre et l'évaluation de la dynamique de son équipe

Organiser le service, c'est poser des règles qu'on peut aménager : L'épaisseur de cette temporalité, dans laquelle le cadre veut s'inscrire, permet de construire les relations de travail et non pas seulement de fonctionner en réalisant un travail efficace, prescrit.

Le cadre formé à l'encadrement n'est pas dans la réaction à ce qui arrive. Il a une " ligne de conduite ", un style de direction qu'il annonce, qu'il assume. Le dialogue est plus qu'une stratégie, l'indicateur d'un certain rapport au pouvoir. La délégation, la responsabilisation, l'intéressement des agents au fonctionnement du service sont des thèmes récurrents. On n'est pas dans l'illusion d'un pouvoir partagé qui dissout les rôles et mélange les fonctions. On est

bien dans la **co-construction**, chacun depuis sa place. Pour ce faire, le cadre garantit une réflexion éthique, en collégialité, sur l'exercice professionnel.

Le cadre veut se donner les moyens de créer ou d'augmenter la dynamique de son équipe. **Par les réunions** (qui prennent du temps), il espère provoquer la réflexion sur le sens de ce qui se fait. La planification et l'exploitation maximale des possibilités de chacun n'est qu'un passage vers ce questionnement sur le travail. D'abord améliorer le rendement, l'efficacité pour pouvoir dégager du temps pour s'occuper des valeurs.

2,3,3,2- L'encadrement des personnels arrivants

il ne s'agit pas seulement d'ajuster le nouvel arrivant aux besoins du service, dans un rapport seulement mécanique. Il s'agit bien davantage de *l'accueillir* et non pas de le rendre conforme à son environnement pour corriger ou empêcher les dysfonctionnements. Le positionnement dans le service nécessite une évaluation qui passe obligatoirement par la rencontre avec l'autre. Rencontrer les agents en dehors de l'entretien annuel, au jour le jour, au hasard des activités quotidiennes et aider à préciser leur projet professionnel, c'est se mettre en position de tiers aidant. En somme, l'évaluation du cadre porte aussi sur la *professionnalisation* des agents. Mais former les nouveaux professionnels, c'est osciller entre les accueillir dans leur différence et les rendre conforme.

2,3,3,3- L'encadrement des stagiaires

Les cadres n'ont pas une conception standard du stage et de ce rôle, mais à vrai dire les instituts non plus... Que le stagiaire ne vienne pas "appliquer" les savoirs appris dans l'institut mais qu'il vienne rencontrer des activités professionnelles après avoir rencontré des activités de formation n'est pas encore acquis. Le risque est alors que le terrain devienne un "modèle d'action" que le stagiaire cherche à intégrer et puis à reproduire, au détriment de la formation. Certains cadres se contentent de s'aligner sur la demande des instituts, ils prennent tels quels les "objectifs de stage" dont l'étudiant a hérité dans sa formation et le laissent s'en débrouiller ; d'autres cherchent, au delà des gestes conformes, à faire comprendre le sens du métier puisqu'un métier ne s'apprend pas pendant la formation, et que rien ne remplace l'expérience, bien qu'en formation on apprenne d'autres choses, utiles au métier. Le stage est l'occasion de faire passer le stagiaire dans les coulisses du service, dans une attitude d'accompagnement.

2,3,3,4- L'illusion managériale

L'ensemble des fonctions dans l'encadrement peut donner lieu à une figure du cadre : le manager qui vise la maîtrise des relations et des situations, qui veut se faire bien voir des gestionnaires, qui se veut conforme. C'est le cas d'**Albert**, un faisant fonction qui n'a pas fait l'école des cadres. Il cristallise sa mission sur le "managing", qu'il confond d'ailleurs avec la gestion et dont il fait le mot passe-partout, le sésame de sa profession.

Bien sûr, les comportements du cadre ressemblent au management mais il vise alors une sorte de "management éducatif" : ce travail du projet professionnel incarné dans la personne des agents, dont le cadre vise la régulation (et non pas seulement la régularisation cybernétique dans la rationalité du management), dont il impulse l'orientation et réalise l'accompagnement.

2,3,3,5- Conceptions du pouvoir et conceptions de l'évaluation

En somme, 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 :*
- *- l'évaluation des procédures (des moyens) ou des gestes.*
- *- l'évaluation des processus des dynamiques, des relations*

Ces trois conceptions des rapports de l'évaluation, et donc au pouvoir, 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 : En position de diriger, de gouverner, mais 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'autre⁶.

2,4. Le quatrième chapitre traite des liens que construisent les cadres de santé avec l'ensemble des partenaires que l'exercice leur impose.

2,4,1. Assurer des liens, constituer un réseau de travail

La tendance des partenaires du cadre intermédiaire est de restreindre 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. Alors que, dans les faits, si le cadre de santé se bat pour obtenir sa place, il devient un *coordinateur*, 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.

2,4,1,1- Les liens avec le cadre sup' 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 retrouve ici le désir d'être chacun 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.

2,4,2,2- Relations au DRH

Le poste de direction des ressources humaines est mal considéré dans trop d'établissements. On y place parfois n'importe qui, sans aucune formation spécifique, ou quand c'est le cas, avec une formation à la gestion comptable mais aucune formation en sciences humaines. 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. Le DRH semble avoir évacué sa fonction de médiateur en relations humaines et faire preuve d'une hypertrophie de son rôle de gestion.. Voilà une connexion qui se fait mal et dont tout le monde souffre.

⁶ Hameline, D. (1987)

2,4,2,3- Rapports aux autres cadres intermédiaires

Le cadre supérieur permet la rencontre avec d'autres cadres intermédiaires, pour des projets transversaux. Ces projets sont encore rares, la tendance serait plutôt dans les faits à enfermer le cadre avec son équipe.

2,4,2,4- 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. D'une part à cause de l'histoire des deux corps professionnels (les dits paramédicaux ayant été trop longtemps naturellement asservis au médical), d'autre part à cause de la place hiérarchique. Pourtant, le cadre de santé n'est pas "du côté" des médecins. 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. C'est la Santé qui importe, le soin : servir en tant que Soignant, être socialement utile.

2,4,2,5- La relation aux chercheurs

La recherche en soin est mésestimée, méconnue encore, c'est une recherche confisquée en ce sens qu'on ne fait rien pour la faciliter. Le cadre occupe un poste clef entre la diffusion scientifique et le changement des pratiques, mais on ne peut inclure cette fonction comme faisant partie naturellement du statut de cadre de santé. En revanche, il peut être le partenaire de chercheurs. Le cadre pourrait être chef de chantier de recherches en soins. Le cadre devrait, de par son statut et dès à présent, pouvoir initier des recherches sur les soins. Le cadre formé à être cadre peut participer plus étroitement à ces recherches pilotées avec un chercheur "de métier".

2,4,3- Construction par l'auto-évaluation de l'identité professionnelle

L'**auto-évaluation** se fait avec les autres. Cette 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'auto-évaluation ne peut devenir une réalité du quotidien. S'auto-évaluer, c'est aussi appeler des figures identitaires et les faire travailler. 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.

Se dégage un portrait du cadre en construction, une tendance : **le cadre éducateur** au service de l'humain. Ce cadre au portrait composite n'est pas un cadre idéal, ni le super cadre que nous aurions rencontré comme un cas exemplaire à copier. Chacun des cadres rencontrés met en acte l'une des caractéristiques, selon les enjeux, le contexte, " l'objet " à évaluer : ce qui est un indicateur **d'une profession dynamique parce qu'encore en mutation**.

Conclusion. 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 est un Evalueur, garant du projet du service, notamment à l'extérieur de ce service. Et dans le service, il est, au quotidien, un représentant de l'Institution, un *tiers institué*. C'est-à-dire qu'il incarne les valeurs professionnelles et porte l'effigie du corps professionnel des soignants, donnant ainsi des repères.

III. Des questions pour la formation des personnels de santé

3,1. Les former ! Les images réductrices, parce qu'elles limitent l'aire d'exercice, peuvent paraître confortables à ceux qui, "faisant fonction", n'ont pas été formés (dans les Ecoles de cadres) pour occuper cet exercice. Ils disent qu'ils manquent de méthodes et de réflexion. Mais ce serait bien davantage leur manque de connaissance des modèles d'analyse et d'interprétation de leur milieu socio-professionnel qui leur ôterait la possibilité d'analyser, d'interpréter les injonctions de changement et retarderaient les innovations. **Ils sont démunis, plus que dans la résistance au changement.** Le cadre empêtré dans un management sans commandement, est avant tout le résultat d'une formation insuffisante aux sciences sociales et aux relations humaines. La dimension éducative du soin et de l'encadrement est ignorée. Les "faisant fonction", les cadres "nommés", peu ou pas formés à l'encadrement sont le maillon faible de cette profession. L'idée soutenue ici est qu'on ferait mieux de ne plus permettre l'accession à cette fonction autrement qu'avec une formation spécifique, Les former pour qu'ils puissent assumer l'épaisseur du drame que représente la relation soignante qui transforme qu'ils le veuillent ou non, les personnels de santé en héros d'une tragédie quotidienne. Qu'il soit clair qu'il s'agit d'être utile mais que **servir, ce n'est pas servir l'institution, c'est servir l'humain.**

3,2- Les former à l'évaluation, ce désir d'intelligibilité des relations des hommes au travail. Aider le praticien à travailler avec les deux attitudes du contrôleur et de

l'accompagnateur, dans lesquelles il choisira selon la situation qu'on lui fait et selon le projet qu'il veut y porter. Que les cadres de santé puissent distinguer d'abord et d'articuler ensuite les deux logiques de l'évaluation. Sachant que l'(auto)évaluation est une pratique à risques : de s'embourber dans l'affectif, le relationnel, l'amour, la confusion, le "trituration" du projet de l'autre.. Le cadre doit pouvoir viser le détachement tout en gardant la passion du devenir de l'autre : le désir de former, de parier sur les possibles de l'autre.

on sait que le problème des moyens pour évaluer est non seulement une question de temps (recueil de données, écriture, etc.), mais aussi celui **d'une redéfinition de la pratique de ces acteurs**, pour aller vers l'idée que " l'activité de rendre compte fait partie intégrante de ce qu'ils doivent faire ".⁷ . Rendre compte dans le contrôle mais aussi délibérer, dialoguer et se réorienter, dans l'autre logique de l'évaluation.

Sachant qu'il n'y a pas une logique d'évaluation qui serait par nature meilleure que l'autre. Il revient au praticien de rendre possible leur coexistence par-delà et à travers leur antagonisme et leur hétérogénéité. Articuler ces deux logiques du contrôle et du reste de l'évaluation complexifie le repérage, c'est un pari difficile à tenir mais qui permet de ne pas perdre de vue les projets, d'interroger les visées des outils, des dispositifs qui se veulent au service de l'apprentissage : qu'il s'agisse de l'évaluation facilitatrice des acquisitions, des démarches, de la conformité des procédures ou de l'évaluation en tant que processus de développement d'une pensée critique et constructive nécessaire aux professionnels. Encore faudrait-il les former à être évaluateurs, par l'acquisition d'une culture en évaluation.

Les faisant fonction de cadre, notamment, se situent dans l'exécution : ils ne s'autorisent pas à interpréter les commandes. L'évaluation est alors vécue comme une série de techniques, externes, demandant un effort pénible pour pouvoir être objectif. L'évaluation est pour eux une activité douloureuse ou un espace de contrôle de l'autre —ce qui donne "mauvaise conscience" ; ou bien l'évaluation est un ensemble d'évidences et de croyances supporté par des procédures décrétées bonnes et empruntées, au hasard de leur formation, à tel ou tel modèle d'évaluation qu'on leur a présenté comme le seul et le meilleur (notamment le modèle de la maîtrise par les objectifs).

Pour les commanditaires comme pour les cadres intermédiaires, la méconnaissance des théorisations de l'évaluation ; les partis pris idéologiques sur la définition (toujours arbitraire) de l'évaluation ne permettent pas une *interprétation* des contraintes légales. Avoir une culture en évaluation, c'est **avoir des références précises** et non pas seulement des préférences ; **avoir des cadres de pensée possibles** pour choisir la lecture de la situation qui pourra être pertinente au contexte. C'est pouvoir habiter à chaque situation un *projet d'évaluation*.

C'est donc bien **l'absence d'une culture en évaluation** qui semble être à l'origine des difficultés rencontrées par les cadres intermédiaires devant une injonction d'évaluation et non pas une quelconque "résistance au changement".

2,3. Les former aux doubles compétences, à agir dans les contradictions

Le cadre a besoin d'une double compétence : d'abord contrôler la qualité, c'est-à-dire la désigner, dans l'externalité, pour rendre conforme, prévenir les dysfonctionnements pour assurer la sécurité. Et la seconde orientation est de promouvoir le changement dans la qualité, c'est-à-dire, l'attribuer, la reconnaître, la faire exister. Accompagner l'autre, l'aider à se changer, prendre en considération ses manières d'être, les reconnaître, les rendre légitimes. C'est un travail dans le lien entre humains, avec aussi l'auto-évaluation qu'on ne réduira pas à un auto-contrôle conscient ou naturel. Un travail quotidien. Pour cela le cadre a besoin d'être

⁷ De Lahaye, D. (2000)

formé à ne pas surestimer la cohérence, ou l'équilibre cybernétique, à faire avec les contraires, à tenir dans des situations dialectiques, à relativiser la gestion et le management.

L'auto-évaluation est marque du dépassement de soi vers toujours plus de professionnalisation⁸. Elle est l'élaboration du sens de ce qu'on fait. 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. Seule une solide formation aux sciences humaines permet d'y être formé : 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). 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 *comptable* des ressources. La problématique actuelle du cadre formé à être cadre se déroule entre l'institutionnalisation de sa place de pouvoir et la reconnaissance de son autorité.

2,4. Les former à être formateur

Former un professionnel, c'est l'aider à entrer dans la professionnalisation comme processus intime d'être au métier dans le changement, l'aider à problématiser des situations de travail et non pas lui donner des certitudes, des recettes, des gestes stéréotypés. L'image de l'expert qui sait tout, du professionnel qui maîtrise tout, est encore prégnante. C'est l'enflure de la Gestion. Tout est devenu gestion ! Le mot s'est vidé de son sens qu'on a oublié. Gérer ce n'est que "*administrer les intérêts, les affaires d'un autre*" : le moyen est devenu une fin en soi.

C'est aussi l'abus du terme de management qui envahit tous les discours sur les postes de responsabilité. Rappelons qu'en français existe le verbe "manéger" qui signifie, "dresser le cheval dans le manège"⁹, ce qui montre bien que, dans un contexte de structuration hiérarchique verticalisée, les soi-disantes théories du management sont vite dénaturées : en manipulation des agents par le chef. Les cadres intermédiaires se sentent plus managés que managers. Le manager à l'œil vissé sur les produits, les cibles (ce résultat escompté, comptabilisé d'avance) et les effets, la plus value ; le manager a des stratégies répertoriées (dans l'art de la guerre économique), alors que le formateur a *des habiletés, qu'il exerce en situation*¹⁰. Le cadre, lui, ne confond pas "faire un projet" et "être en projet" : il veut aider les agents à être en projet. Tout projet est un temps de conflit, entre ce qu'on voudrait faire et ce qu'on peut faire. Ce conflit assure la dynamique du sujet. Le formateur sait faire avec le conflit : L'autorité implique de savoir faire avec la contestation. Le "savoir être formateur" n'est pas contenu dans le « savoir faire la profession ». Il y

Le couplage entre Ecole des cadres et licence en sciences de l'éducation peut apporter des éléments de référence qui permettent de travailler à ces compétences spécifiques à la fonction de formateur.

2,5- Les former à formaliser leurs pratiques : l'usage et l'élaboration d'outils permettent au cadre d'étayer sa position vis-à-vis de la hiérarchie. La formation continue ne doit pas être réduite à une fabrication d'outils-recettes car de nouveau les cadres analysent leur position comme celle d'agents, d'exécutants dont on attendra que la bonne application "muette". Les cadres doivent maintenant composer avec une injonction d'amélioration en continu du faire. C'est l'obsession toute fonctionnaliste, d'avoir à toujours faire mieux, c'est-à-dire (et là est la suspicion) d'avoir à corriger sans cesse les erreurs faites qui sème cette

⁸ Donnadieu, B. Genton, M. & Vial, M. (1997)

⁹ Ardoino, 1970

¹⁰ Mencacci, 2003

méfiance sur les agents sensés faire mal, par nature. L'amélioration en continu est un slogan qui se retourne contre son objet. La notion de bricolage est plus intéressante, quand il s'y associe la dite « réflexivité », autrement dit l'auto-évaluation.

2.6. Les former à lire et susciter des recherches

La formation peut aider les cadres 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. L'initiation à la recherche (et notamment la distinction des différentes méthodes possibles¹¹ 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 donnent des repères et des cadres de références mais aussi "désengluent" le praticien de la doxa, cette langue de bois, cet ensemble d'évidences ordinaires propres à son corps professionnel. Ce qui 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 préoccuper de les relier à des projets plus vastes qui engagent pourtant le devenir de leur profession. La formation par la recherche permet de travailler le double processus de distanciation/implication ; la rigueur et l'intelligibilité pour la communauté scientifique ; 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 pratique ; 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, indubitables, dans la confusion entre évaluation et recherche. Ceci est complémentaire à des recherches relevant de l'épidémiologique. Pour ce faire, le cadre devrait être formé à lire la recherche. Il pourra ainsi 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.

En conclusion.

Taxer de "résistance au changement" les attitudes des cadres, d'emblée, et sans analyse, c'est éructer un dit "jugement de valeur" qui, comme toujours, en dit plus long sur celui qui l'émet que sur celui qui en est l'objet. Cette fameuse "résistance" est en fait le symptôme que celui qui la décrète ne prend pas en considération la situation des acteurs de terrain. Signe d'une incompréhension, la trop évidente « résistance » permet de culpabiliser l'autre et de « tirer son épingle du jeu ». Chercher d'abord à comprendre en quoi le comportement incriminé est une réponse à la situation faite paraît plus productif que de décider, du dehors, que ce comportement est un frein au changement. L'Homme est projet et changement : qui voudrait nous faire croire qu'il y résiste "naturellement" ?

Bibliographie

Ardoino, J. (1970) *Management ou commandement, participation et contestation*, Paris : ANDSHA

¹¹ Eymard, C. (2003)

- Ardoino, J. (1988) "Logique de l'information, stratégies de la communication", *Pour*, n° 114, pp. 59-64.
- Barthes, R. (1984) "De la science à la littérature", *Le bruissement de la langue*, essais critiques IV, Paris, Seuil, pp. 11/19
- Berger, G. (1992) "La négociation", Baptiste, R. Bonniol, V. & Dupas, R. *Démarche plurielle du consultant fonction publique*, Tome 1, Marseille : B&B Consultants, pp.33-62
- De Lahaye, D. (2000) "Doit-on professionnaliser l'évaluation ?", *Education permanente* n°143
- Donnadieu, B., Genthon, M., Vial, M. (1997) *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?*, Paris : Interéditions Masson.
- Eymard, C. (2003) *Initiation à la recherche en soins et santé*, Paris : Lamarre
- Hameline, D. (1987) "De l'estime", Delorme, C. *L'évaluation en question*, Paris : ESF, CEPEC, pp. 193 -205
- Mencacci, N. (2003) « 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
- Rabardel, P. & Six, B. (1995) "Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences au travail", *Education permanente* n°123.
- Vial, M. (2001 b) *Se former pour évaluer, se donner une problématique et élaborer des concepts*, Bruxelles : De Boeck Université