

Diplôme Interuniversitaire Ethique en Santé
« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »

L'éthique du cadre de santé de proximité pour un management humaniste

Hervé FONDRAZ

Mémoire soutenu le jeudi 8 septembre 2016

Tuteurs :

Tuteur académique : Madame Catherine GOURNET – Aix en Provence
Tuteur professionnel : Madame Mireille CHOBLET – Valence

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Cathy, Mireille, sa maman et Marie pour leur disponibilité, leur écoute et leur soutien bienveillant tout au long de ce travail de recherche.

Je remercie également les « SHERPA » qui depuis toujours m'accompagnent sur mon chemin professionnel.

Rien ne fait mieux passer la vie que la préoccupation incessante d'une idée, qu'un idéal.

Gustave Flaubert

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
LE CONTEXTE DE DEPART.....	7
1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE.....	10
1.1.Le système hospitalier en mutation et sous forte pression gestionnaire.....	10
1.2.Le management : une relation.....	13
1.3.Le cadre de santé : un intermédiaire.....	15
1.3.1. Définition de la fonction cadre de santé.....	16
1.3.2. De la surveillante au manager : histoire et évolution du métier.....	17
1.4.L'autorité au service de l'autonomie.....	19
1.5.L'autonomie par la responsabilité assumée.....	19
1.6.La responsabilité au service de l'éthique.....	20
1.7.La sollicitude : une valeur managériale.....	22
1.8.La proximité : la recherche de la distance juste.....	22
1.9.L'éthique : pourquoi faire ?.....	25
1.10. Synthèse de la problématique pratique.....	25
2. CADRE CONCEPTUEL.....	26
2.1.Définitions.....	26
2.1.1. L'éthique.....	26
2.1.2. Les grands courants éthiques.....	27
2.1.2.1.L'éthique conséquentialiste	28
2.1.2.2.L'éthique déontologique.....	28
2.2.Quelle éthique pour le management ?.....	29
2.2.1. L'éthique des vertus.....	29
2.2.2. L'éthique de la discussion.....	32
2.2.3. L'éthique du care.....	33
2.2.4. L'éthique de la sollicitude.....	35

2.3. Une éthique du cadre ?.....	36
2.4. Le management bienveillant.....	37
2.5. La bienveillance managériale au service de la performance.....	39
2.6. Synthèse de la problématique théorique.....	39
3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	41
3.1. L'objet de la recherche.....	41
3.2. Le choix de la méthode.....	41
3.2.1. Population cible.....	41
3.2.2. Le choix de l'outil.....	42
3.2.3. Le guide d'entretien.....	42
3.2.4. Test de l'outil.....	42
3.3. Traitement des données.....	42
3.4. Considérations éthiques.....	43
3.5. Déroulement de l'enquête.....	43
3.6. Analyse et interprétation des données	43
3.6.1. Définition de la pratique du cadre.....	44
3.6.2. Les valeurs du cadre de santé reflètent une éthique managériale propre.....	45
3.6.3. La proximité au service de l'éthique managériale.....	47
3.7. Synthèse de l'analyse.....	48
3.8. Forces et limites du dispositif.....	49
3.8.1. Forces.....	49
3.8.2. Limites.....	49
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	59

INTRODUCTION

Notre inscription à une formation sur l'éthique vient après plusieurs années d'exercice professionnel où le sentiment d'un décalage entre nos valeurs et les orientations de notre institution hospitalière devient de plus en plus évident et inconfortable. Cette année a eu le mérite de nous permettre de prendre un peu de recul.

Il est de plus en plus question d'éthique dans nos institutions, et nous ne pouvons que nous réjouir de cela.

Nous savons mieux, après cette année de formation, ce que permet l'éthique. Elle offre un espace de réflexion, de questionnement. L'éthique vient bousculer les habitudes, remettre en question l'évidence.

Nos hôpitaux sont engagés depuis maintenant plusieurs années dans une logique gestionnaire, où contractualisation et évaluation sont devenus des mots d'ordre en direction de l'ensemble des personnels. Cette politique tend à faire oublier que l'hôpital est avant tout là pour répondre aux besoins de santé d'hommes et de femmes vulnérables, fragilisés par la maladie.

Cette finalité du soin qui pourrait être mise à mal par une vision par trop financière trouve dans la démarche éthique une alliée. L'éthique convoque la conscience de chacun et oblige à regarder l'autre comme son semblable. Les soignants ont cette conscience, ce souci de l'autre, c'est ce qui fait sens pour eux.

Il ne faudrait pas que le souci économique vienne oblitérer cette sollicitude pour l'humain souffrant. Car comment, dès lors, pour les soignants continuer à s'investir dans une institution qui deviendrait de plus en plus inhumaine?

L'institution hospitalière est composée de catégories différentes de professionnels. Et nous appartenons à la catégorie des cadres de santé de proximité.

Au cours de cette année de formation, nous avons beaucoup entendu parler d'éthique des soins, de bio éthique. Nous nous sommes sentis en décalage parce que les soins ne sont plus notre objet principal, ce sont les soignants. Partant de ce constat, nous avons souhaité travailler plus spécifiquement autour de la question d'une éthique qui serait spécifique aux cadres de santé hospitaliers.

Nous avons recherché dans la littérature si ce thème était traité ; et à notre grande satisfaction de nombreux auteurs, cadres de santé, sociologues, chercheurs en sciences humaines s'intéressent à la problématique du positionnement institutionnel des cadres de santé, à la perte de sens et des valeurs pour ces derniers. La réflexion éthique est très souvent recommandée

par ces auteurs pour permettre aux cadres de mieux vivre leur fonction et surtout mieux accompagner les soignants au quotidien au chevet des patients.

Nous avons, dans un premier temps, tenté de comprendre comment, dans un contexte de contraintes budgétaires imposées aux hôpitaux, les cadres de santé peuvent malgré tout préserver les soignants, et veiller à ce que les conditions de travail soient les meilleurs possibles pour garantir la qualité du soin aux patients. En étant proche, à l'écoute, les cadres sont des managers qui n'ont pas oublié leurs racines soignantes.

Nous ferons un rapide passage sur l'évolution historique du métier, surtout pour démontrer que la relation d'autorité a évolué et qu'elle sert avant tout l'autonomie des acteurs. Si nous voulons que les soignants poursuivent leur engagement, leur implication auprès des patients, il nous faut créer un espace d'autonomie et ainsi construire le sentiment de responsabilité de chacun.

Nous postulons à ce niveau de notre travail que la sollicitude pourrait être une compétence managériale et pas seulement réservée à la relation soignant/soigné. Cette sollicitude du cadre existe parce que ce dernier est proche de son équipe comme les soignants au chevet du patient; il est dans cette proximité bienveillante et soucieuse de faire vivre et partager des valeurs éthiques au quotidien. L'éthique serait alors utile pour être un « manager bon » et pas seulement un « bon manager ».

Dans une deuxième partie, nous avons recherché les éclairages théoriques qui nous paraissaient les plus pertinents pour notre problématique.

Une première étape a consisté à poser les définitions utiles pour circonscrire le champ de notre recherche. Il a fallu d'abord différencier les éthiques. Entre normatives et réflexives, quelle serait celle qui répondrait le mieux à nos interrogations?

Nous avons trouvé dans l'éthique des vertus du philosophe Aristote, une approche pleine d'humanité et de bienveillance. Cette éthique accepte et fait sienne la complexité de l'être humain. Ces aspects résonnent tout particulièrement par rapport à nos convictions. Nous avons ensuite repéré dans les éthiques de la discussion de Habermas, du care et de la sollicitude de Ricœur de grandes similitudes et surtout de nombreux points qui viennent corroborer l'existence d'une éthique managériale spécifique au cadre de santé.

Cette éthique, que nous défendons, fondée sur le respect de la singularité de l'autre et sur le principe de bienveillance peut être un formidable moyen de renforcer l'engagement des

soignants et ainsi contribuer à de meilleures performances dans le domaine de soins au bénéfice de l'hôpital.

Pour vérifier si un leadership éthique a une possible existence, nous avons conduit des entretiens auprès de deux collègues. Nous verrons que les valeurs éthiques sont bien définies et existent pleinement dans le discours et les actes.

LE CONTEXTE DE DEPART

Nous avons débuté notre carrière de cadre de santé en 1995 comme formateur dans un IFSI. En 2000, nous avons rejoint le CH de Valence comme cadre de santé de proximité.

Nous sommes issus de la filière psychiatrique (diplôme ISP en 1984).

Comme la grande majorité des professionnels de santé, nous avons voulu nous engager dans cette filière pour être utile aux autres, apporter de l'aide aux plus démunis. Nous étions loin d'imaginer l'importance de l'aspect économique dans les soins. La santé n'avait pas de prix. Notre cadre de référence était fondé sur des valeurs humanistes donnant du sens à nos actes, ces mêmes valeurs étayant notre fonction de cadre aujourd'hui.

Nous évoluons dans une société en perpétuelle transformation, les établissements de santé n'échappent pas à ces évolutions. La montée du consumérisme, avec pour toile de fond la réduction et la maîtrise des dépenses de santé, la démarche qualité et son corollaire de certification des établissements, ont largement contribué à transformer le contexte de travail dans les services de soins. Les soignants doivent dorénavant intégrer de nouvelles valeurs appartenant au domaine de l'économie, qui, au premier abord, semblent en contradiction avec les valeurs soignantes. La rationalisation des coûts, induisant une mutualisation des moyens techniques et humains, a posé les bases d'une nouvelle organisation de travail et des soins, impactant directement le management de proximité. Organisation polaire, réseaux de soins, mutualisation des services.... Les cadres de santé sont amenés à gérer et à encadrer plusieurs équipes sur des sites parfois éloignés. Comment vivent-ils ce travail d'équilibriste entre indispensable proximité et distance, autonomie des équipes et contrôle, confiance et temporalité, éloignement et collaboration ?

En 2014, nous sommes nommé cadre de santé sur deux unités de soins distinctes mais occupant le même bâtiment : une unité de soins en addictologie et une unité de soins palliatifs.

Cette position « à cheval » sur deux unités avec des projets de soins différents et des équipes distinctes a fortement influencé les interrogations qui nous conduisent à cette formation en éthique.

Nous avons parfois l'impression d'être plutôt « à côté » des équipes. Ce sentiment d'éloignement est renforcé par les missions de gestion que l'institution nous demande de remplir aujourd'hui.

Nous devons veiller à promouvoir la traçabilité des actes et solliciter les soignants afin qu'ils notent la moindre de leur action. D'autre part, notre institution demande une participation accrue des cadres aux différents groupes de travail sur la certification, sur la démarche qualité, les audits, les instances du pôle, etc.

Cette demande institutionnelle démontre que les directions reconnaissent l'importance de l'encadrement intermédiaire dans la bonne marche de l'ensemble hospitalier. Nous pourrions nous en réjouir et reconnaître que cette participation sur le plan institutionnel vient conforter notre légitimité et nous recentrer dans notre fonction décisionnaire. Pour autant, cet « éclatement » des missions du cadre contribue à une diminution de notre présence auprès des soignants dont ces derniers se plaignent (1) (Lagadec AM. 2014).

Il semble qu'ils nous identifient davantage comme des administratifs plutôt que des « ex-soignants ». Ils nous parlent de notre excès de réunionite. Il y a selon nous un risque majeur de perte du sens premier de la fonction cadre à savoir : être proche des soignants pour garantir une qualité optimale des soins. Cette sollicitation de l'institution vis à vis des cadres, M Detchessahar l'a identifié comme « le travail du cadre empêché » (2) (Detchessahar M. 2013). Nous avons effectivement le sentiment d'être de plus en plus éloigné des soignants, la pression gestionnaire et le flou qui s'installe autour des valeurs qui nous animent nous poussent à nous interroger sur la pertinence d'être proche et surtout si cette proximité peut être un élément constitutif d'une éthique du cadre.

Certes, il est nécessaire que l'hôpital évolue, s'adapte, se réorganise, mais à quel prix ? Comment, en tant que cadre de santé, accompagner ces réformes, ces profondes transformations et préserver les valeurs professionnelles et humanistes qui fondent notre éthique ?

Nous pensons que la réflexion éthique joue un rôle de catalyseur et doit s'inscrire dans le quotidien des soignants mais aussi dans celui des cadres de santé. Elle ne doit pas se limiter à une réflexion du moment avec recherche de la bonne décision et être confisquée par des experts. Le travail de pensée éthique doit s'inscrire dans un processus continu et partagé. « L'éthique est une école de formation à l'autonomie du jugement » (3) (Malherbe JF. 2002).

Ce questionnement éthique nous paraît maintenant essentiel. Il y a encore quelques mois, nous ne le formulions même pas ; qu'en est-il de nos collègues cadre de santé des autres unités ? Sont-ils dans la même ignorance ? Ou au contraire identifient-ils ce processus de pensée ?

Ce temps de formation et donc de réflexion, nous conduit à nous interroger sur la qualité de notre relation de travail avec nos collaborateurs. Ces valeurs soignantes qui nous ont animé dans notre exercice infirmier ne sont plus mobilisées aujourd'hui, nous ne sommes plus dans les soins directs. Alors comment faut-il les appeler ? Ce souci de l'autre souffrant est-il remplacé par un souci de nature différente puisque nous nous adressons à des professionnels ? Nous mesurons déjà là que le processus de réflexion éthique est en marche par le nombre de questionnements qu'il a suscité en nous. Nous savons que ce travail ne répondra que très partiellement à nos questions, voire même qu'il en suscitera d'autres. Mais n'est-ce pas ce que nous avait promis une référente pédagogique de ce DIU en début de formation à savoir que l'éthique nous pousse à toujours nous interroger, ne nous laisse plus en paix. « La visée éthique nous fait sortir à la fois de cette complicité et de la tentation de complaisance à être victime » (4) (Hees M. 2010).

Nous débutons ce travail par un questionnement sur l'encadrement considéré comme une étroite relation entre soi et autrui qui se nourrit d'estime et de reconnaissance mutuelle. Parce que la construction de l'identité ne se fait pas de façon isolée, mais toujours dans la rencontre avec un autre « Il n'y a pas de « je » sans « autrui » (5) (Marcel Madila Basanguka A. 2005). L'autre n'est pas seulement en face de moi, il est aussi en moi. L'altérité est indissociable de la notion de relation à l'autre et l'identité doit être comprise comme un processus d'altération perpétuelle, une dynamique interactionnelle.

Nous n'existons que par rapport ou par opposition à l'autre. Nous construisons notre identité par l'affirmation de nos différences puisque dans « autrui » il y a « autre » qui n'est pas moi. Mais pour qu'il y ait rencontre et surtout communication entre l'autre et moi, il faut bien un terrain commun, il faut qu'il y ait du « même ».

Nous avons compris que pour que l'éthique existe il faut une rencontre mais pas n'importe laquelle parce qu'« il n'y a pas de problème éthique avant l'entrée en scène d'autrui. On n'entre véritablement en éthique que lorsque le souci de soi rencontre le souci de l'autre » (Marcel Madila Basanguka A. op. cit.).

A partir de ces considérations préliminaires nous proposons la question de départ suivante :

La relation de proximité du cadre de santé avec son équipe peut-elle favoriser un leadership humaniste et une posture éthique?

Dans un premier temps, nous esquisserons les principaux axes de modernisation de l'hôpital public au long de ces vingt dernières années. Ensuite, nous poserons les attentes institutionnelles vis à vis du cadre de santé et ce que ce dernier ne doit pas sacrifier dans sa relation avec les soignants. Puis nous aborderons l'importance à accorder aux soignants en tenant compte d'une société et d'un monde du travail qui évoluent. Enfin, nous terminerons notre réflexion sur l'équilibre précaire entre les exigences institutionnelles et la nécessaire personnalisation des soins.

1. PROBLÉMATIQUE PRATIQUE.

1.1. Le système hospitalier en mutation et sous forte pression gestionnaire.

Depuis une vingtaine d'années, la compétitivité est entrée dans les hôpitaux pour lutter contre la dérive des coûts de santé et pour favoriser une utilisation plus efficiente de l'argent public. Ces exigences économiques associées aux évolutions technologiques et scientifiques ont poussé à modifier les organisations du travail des soignants vers plus de spécialisation et une optimisation du temps de travail. Ces dispositions présentent des avantages non négligeables et un souci louable d'utiliser au mieux l'argent du contribuable.

Ce mouvement de modernisation de notre système de santé s'est constitué à partir de plusieurs réformes.

En 1991, le principe de contractualisation entre à l'hôpital. L'établissement s'engage sur la base d'un contrat d'objectifs et de moyens vis à vis de l'assurance maladie, l'atteinte des objectifs conditionne l'obtention de moyens financiers.

En 2004, est instaurée pour les services MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) la tarification à l'activité (T2A), toujours dans le but d'une plus grande maîtrise des dépenses de santé.

En 2007, la nouvelle gouvernance, définie par le Plan Hôpital 2007, crée les pôles d'activité au sein des établissements publics de santé. Ces dispositions polaires influent directement sur la gestion des ressources humaines par la recherche du meilleur ratio compétences / objectifs à atteindre.

La responsabilisation de l'ensemble des acteurs se poursuit avec l'extension de la contractualisation au sein même des pôles d'activité avec la loi HPST de 2009 (Hôpital,

Patients, Santé et Territoire) et son corollaire qui est la délégation de gestion. Cette dernière est encadrée par des indicateurs quantifiables et comparables avec d'autres établissements.

Parallèlement à ces réformes structurelles, s'est développée une culture de l'évaluation, avec l'accréditation à partir de 1991 qui sera remplacée en 2004 par la certification coordonnée par la Haute Autorité de la santé (HAS).

Contractualisation, délégation de gestion et certification se veulent des éléments constitutifs de la modernisation de l'hôpital public.

Ces éléments peuvent être perçus comme une avancée en matière de gestion, mais ils ne doivent pas faire oublier que « Les établissements de santé se caractérisent historiquement par leur dimension humaine. » (6) (Revillot JM. 2010), ou encore « L'adaptation nécessaire de l'hôpital au temps présent pour son avenir ne peut faire l'économie d'être respectueuse de l'humain (...) » (7) (Becu S. 2012).

Dans ce contexte, l'institution attend du cadre de santé qu'il soit le garant du cadre réglementaire, qu'il participe à la maîtrise des coûts de santé, qu'il assure une fonction de contrôle et de vérification, qu'il contribue à la recherche de la performance opérationnelle et organisationnelle et qu'il soit le garant de la qualité des soins.

Mais la fonction de cadre de santé ne peut pas être réduite à ces seuls impératifs économiques et structurels, car il y a risque de déshumanisation par l'imposition d'une « pensée calculante » décrite par HESBEEN W (8) (Hesbeen W. 2007), une pensée univoque qui dit le vrai et donc nie « l'incontournable incertitude humaine. » (9) (Svandra P. 2008).

Le cadre de santé est issu de la filière soignante, il porte en lui les valeurs du soin, le « care ». (10) (Hesbeen W. 2011). Il a le souci de l'autre dans le respect de sa singularité et son exigence de dignité humaine.

Ce care est transférable dans la relation entre cadre et équipe de soin, tout comme le « cure » développé par WINICOTT (11) (Marin C. et Worms F. 2015) qui se situe du côté des procédures, du contrôle, de la maîtrise.

Le care du cadre peut se décliner comme la recherche d'un mieux travailler ensemble dans un souci de considération humaine.

Alors comment promouvoir cette qualité de la relation humaine, ce « ...prendre soin des soignants... » qui pour le cadre passe par « ...une capacité qui n'est pas anodine, celle qui autorise et nourrit les utopies... » ? (Hesbeen W. 2011. Op.cit.)

Nous l'avons vu, le souci économique prédomine et s'impose. A l'hôpital, les dépenses en personnels représentent plus de 70% du budget alloué. Mais nous pouvons affirmer que le

personnel est un capital humain inestimable qui doit être protégé pour qu'il y ait retour sur investissement. L'hôpital pourrait avantageusement tirer profit de cette ressource humaine, « mais pour mettre en valeur le capital humain, il ne faut pas traiter les individus comme du capital » (Becu S. op. cit.).

Parler de ressources humaines comporte un risque majeur de déshumaniser les soignants, d'en faire uniquement des éléments comptables, interchangeable « Il ne faut pas s'étonner que, dans ces conditions, les collaborateurs perçus comme des ressources témoignent d'un manque de loyauté et d'engagement envers leur employeur. » (12) (Cohen Raphaël H. 2013).

Ce capital immatériel qu'est l'humain au travail réclame tout comme le patient d'être considéré et respecté. Il nous faut penser un humain qui a des ressources plutôt que des ressources humaines, recentrer notre management sur la singularité et la particularité du sujet au travail, proposer un management humaniste, parce que « Prendre en compte l'humain et l'humanité des hommes, c'est porter un regard valorisant sur leurs compétences et leurs talents. » (13) (Miremont MC et Valax M. 2015).

Le travail des soignants est de plus en plus contraint par les guides de bonnes pratiques, les procédures, l'obligation de traçabilité informatique. La demande de faire toujours plus à moyens constants les conduit vers l'épuisement, la perte de sens. Dans ce contexte, les infirmières et les aides-soignantes rétorquent qu'elles sont avant tout des soignantes au service du patient et pas des responsables de la gestion des soins.

Nous avons pu lire que ces soignants peuvent être considérés comme des producteurs de soins. Nous percevons bien dans cette idée de production l'emprunt fait au monde de l'industrie et combien sont alors renvoyés à l'état de simples exécutants les soignants. Cette formule comme celle de « ressources humaines » chosifient les soignants, ces derniers ne jouissent pas de la reconnaissance de leur investissement auprès des patients de la part de leur institution.

Nous touchons là un point important, à savoir la puissance du discours et la force symbolique des mots. Et l'éthique peut être très utile comme pratique réflexive, c'est à dire comme moyen de nommer et décrire plus justement les situations. « Il n'existe de sens qui ne soit compréhension du « quoi » et du « pour quoi ». Cela s'appelle expression, communication, relation et passe par le langage. Celui que l'on se tient à soi-même, constamment, celui que l'on adresse aux autres » (14) (Barus-Michel J. 2014).

Les soignants ont aussi un rapport plus distancié au travail, non pas qu'ils soient moins investis, mais le temps du travail est bien séparé du temps personnel. En ce qui nous concerne, nous voyons au quotidien des soignants de différentes générations démontrer leur profond

attachement à la prise en compte singulière des patients, nous ne rentrerons donc pas dans un débat sur l'air du fameux « c'était mieux avant ».

De même le rapport à la hiérarchie évolue, l'autorité est reconnue si elle s'incarne dans une relation et non dans des impositions de force. « La génération Y - née entre 1975 et 1990- accepte très mal de se soumettre, pour ne pas dire, est allergique, à l'autorité résultant de la position hiérarchique » (Cohen Raphaël H op. cit.). Nous reviendrons plus en détail sur cette notion d'autorité qui nous semble un élément important pour conduire et préserver l'autonomie des professionnels.

Enfin, le contexte de crise généralisée provoque une incertitude quant à la pérennité des postes dans les hôpitaux. Cette incertitude mobilise l'énergie des soignants qui cherchent à répondre au mieux à la demande institutionnelle en terme de production de soins, mais peut-être moins en terme de réflexion sur la qualité des soins.

Nous voyons là le dilemme du cadre de santé qui doit répondre à l'injonction paradoxale institutionnelle entre respect scrupuleux des contraintes budgétaires et promotion de soins personnalisés. Nous y sommes confrontés au quotidien, par exemple, lorsqu'une hospitalisation dure trop longtemps et dépasse la durée moyenne de séjour (DMS) : faut-il faire sortir le patient, car l'hôpital perd de l'argent, au risque de le voir revenir par les urgences, car mal remis du fait d'un séjour trop bref ? Ou encore cet autre patient précarisé qui doit quitter le service et retourner dans la rue faute de solutions alternatives. Nous pourrions citer nombres d'exemples, et nous savons que notre situation est loin d'être isolée, que nombreuses sont les équipes de soins en butte avec ce genre de problématique.

Nous ne pouvons pas négliger l'ensemble de ces aspects, dans notre pratique quotidienne de cadre de santé, qui pourrait conduire, à plus ou moins long terme, à une dégradation des rapports humains entre soignants, et donc à un risque non négligeable d'altération de la qualité des soins.

1.2. Le management : une relation.

Nous sommes, bien sûr, conscient que l'hôpital ne peut pas répondre à tout et à tous ; mais nous pensons, malgré tout, que dans un environnement économique contraignant, des solutions existent pour entretenir l'implication et la motivation des professionnels de santé. Ces solutions sont peut-être dans l'accompagnement bienveillant des professionnels par leur encadrement de proximité. « La promotion de soins bien traitants nécessite que tout professionnel développe la confiance en soi, ressente la confiance accordé par autrui, et un

sentiment plus global de bienveillance induit par la perception d'être reconnu par ses pairs et sa hiérarchie. » (Miremont MC et Valax M. op. cit.).

L'encadrement intermédiaire, s'il veut mener à bien cet accompagnement, doit également bénéficier du soutien de sa propre hiérarchie.

Il nous faut préciser une approche managériale qui donne corps à des valeurs de solidarité, de confiance et de reconnaissance mutuelle et qui s'incarne dans une relation humaine authentique.

A l'aune de notre expérience, nous voyons les effets bénéfiques que peut avoir une relation hiérarchique dénuée de tout mépris. Par exemple : lorsque nous prenons quelques minutes pour échanger avec l'Agent de Service Hospitalier en attendant que ne sèche le sol du couloir que nous traverserons ensuite. Cette même ASH se proposera spontanément pour remplacer au pied levé sa collègue avant même que nous lui posions la question. Instaurer et entretenir un rapport fait de reconnaissance et de respect ne réclame pas plus de temps que cela et surtout « ...refuser la banalisation de l'humain... » (Hesbeen W. 2007 op. cit.) pour accorder à chacun l'importance qu'il mérite.

Une voie possible serait dans ce que d'aucuns nomment le management humaniste basé sur la bienveillance et la sollicitude pour autrui, « ...un management qui favorise l'intelligence professionnelle... » (Hesbeen W. 2007 op. cit.) Travaille à construire et entretenir une relation de confiance. Nous développerons ces notions de bienveillance et de sollicitude appliquée à la relation hiérarchique pour montrer qu'elles ne sont pas antinomiques.

Ce management ne se veut pas angélique, il repose sur une autorité reconnue, acceptée, gage de développement individuel et de réalisation des projets où la bienveillance n'est pas confondue avec la complaisance. C'est peut-être cette articulation entre autorité et bienveillance qui demandera le plus d'effort aux cadres. C'est une réflexion éthique, une interrogation sur nos pratiques, qui favorisera l'ajustement de cette articulation.

Ce management à visage humain, le cadre de santé peut l'incarner car il bénéficie d'une place privilégiée dans l'organigramme : il est cadre de santé de « proximité empr. au lat. *proximitas* « voisinage », au fig. affinité, ressemblance, dér. de *proximus* « le plus proche » d'après le dictionnaire étymologique et historique de la langue française (15) (Baumgartner E. et Menard P. 1996.).

Il travaille à maintenir une « distance juste » plutôt qu'une « juste distance », une relation faite de justice et de justesse. Une relation où l'ajustement est perçu comme une zone d'autonomie et une prise en considération de chacun dans ses singularités.

Cette proximité est spatiale, mentale et sensible pour donner corps à une accessibilité et une disponibilité du cadre. Cette proximité est autant instituée qu'instituante, elle s'inscrit dans la structure même de l'organisation de l'unité de soin mais est aussi là pour dire un sens aux rapports humains. Cette posture s'inscrit pleinement dans ce que l'on pourrait nommer une éthique de la proximité, une éthique de l'intime, « dans la proximité se tiennent tout engagement, toute fraternité. Mieux : le sens de l'ouverture et de la relation à autrui est à trouver dans la proximité » (16) (Desroches D. 2009).

Car le cadre de santé de proximité est présent dans le quotidien des soignants, un quotidien qui n'a rien de spectaculaire, fait de milles attentions. Il est le garant, le défenseur et le promoteur du « care ».

Ce quotidien des petits riens est aussi celui du cadre « la plupart des décisions du cadre de santé relèvent de ces micro décisions au quotidien qui échappent aux schémas habituels du management et de la gestion » (17) (Mispelblom-Beyer F. 2010).

Nous voyons se dessiner à travers la bienveillance dans le management, le souci de justice et de justesse dans les rapports professionnels, la promotion d'une sollicitude des soignants, une éthique pratique, « une éthique du quotidien des soins pour mettre plus de soin dans les soins » (Hesbeen W. 2011 op. cit.).

Avant d'engager notre réflexion sur les différentes conceptions de l'éthique et voir laquelle pourrait le mieux nous convenir, il est important de rappeler le cadre réglementaire de la fonction de cadre de santé, de s'intéresser à l'évolution du métier, pour peut-être mieux percevoir la direction qu'il serait opportun de prendre.

1.3. Le cadre de santé : un intermédiaire.

Nous mettons en exergue ce terme d'intermédiaire car la fonction d'encadrement de proximité s'exerce tout particulièrement dans la médiation, et nous tenterons de l'explicitier plus loin dans ce chapitre. Cette notion « d'intermédiaire » prendra du sens dans notre définition de l'autorité, mais aussi au regard de l'autonomie des acteurs.

Il n'y a pas un cadre de santé mais des cadres de santé. En effet, la formation est ouverte à différentes professions de la santé comme les préparateurs en pharmacie, les kinésithérapeutes ou bien encore les manipulateurs en radiologie. De plus, un cadre de santé infirmier peut exercer au sein d'une unité de soins intra ou extra hospitalière, dans un institut de formation,

avoir des missions transversales sans gestion d'unité, nous voyons qu'il y a aussi pluralité d'exercice.

Pour ce travail, nous ne retiendrons que la fonction de cadre de santé en unité de soins hospitalière.

1.3.1 Définition de la fonction cadre de santé.

Extrait de la circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 février 1990 (18) :

Il (le cadre de santé) participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité. Dans ce cadre, il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé. Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité. Il est une référence pour le soin spécifique. Il a un rôle de formation, de coordination et de recherche.

Le rapport de la mission cadres hospitaliers de septembre 2009 conduit par C. de SINGLY (19) retient une définition fonctionnelle du cadre de santé, à partir de quatre missions principales :

- Une mission de management d'équipes et d'organisation
- Une mission transversale ou de responsabilité de projet
- Une mission d'expert
- Une mission de formation

La fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière de 2016 (20) définit le cadre de santé comme « encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales » avec pour missions principales :

- Organiser l'activité de soins et des prestations associées
- Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.
- Développer la culture du signalement et gérer les risques
- Développer les compétences individuelles et collectives.
- Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

Pour nous, le cadre de santé est avant tout celui qui aide l'équipe soignante dans la réalisation de son travail. Il veille au bon déroulement du travail au sein de l'équipe en favorisant les échanges et l'écoute des différents professionnels.

Il participe à la diffusion de l'information, il coordonne les différentes activités en les prévoyant et les anticipant. Il gère les plannings des personnels de l'unité, il évalue ces mêmes personnels et assure une mission de contrôle. Il accompagne les projets professionnels individuels, il facilite l'émergence des compétences. Il a également en charge la gestion des stocks des différents matériels et consommables, il veille à la maintenance des dispositifs alloués à l'unité où il exerce.

Il est en lien avec le médical, le paramédical, l'administratif et le logistique, et pourtant n'est pas seulement une interface, parce qu'il ne fait uniquement passer des informations, il les traite, les hiérarchise, en élimine certaines et les communique selon différentes modalités. « Le rôle principal du cadre de santé: articuler les logiques propres des partenaires qui gravitent autour du lit du patient de manière plus ou moins éloignée selon leur mission » (21) (Patin B et Ruiller C. 2011).

Le métier n'a pas toujours été ce qu'il est et nous allons dans le paragraphe suivant dessiner les grandes évolutions de la fonction.

1.3.2. De la surveillante au manager : histoire et évolution du métier

Feroni et Kober-Smith ont défini trois grandes périodes pour expliquer l'évolution de cette profession (22) (Feroni I et Kober-Smith A. 2005) :

La période dite « traditionnelle » entre 1940 et 1960 où la « surveillante » est une super infirmière qui tout en continuant à faire des soins contrôle l'activité du reste du personnel. Elle incarne souvent une « autorité autoritariste » (23) (Robbes B. 2006) avec l'instauration d'un rapport de force ; le consentement d'autrui n'est pas recherché. Le plus étonnant c'est que cette forme d'autorité suscite encore de la nostalgie, certains soignants se rappellent le bon vieux temps où il y avait de « vrais chefs ». En même temps nous savons que cette autorité est réclamée pour les ...autres !

A cette période, la surveillante est très souvent désignée par le médecin chef de service qui lui reconnaît une compétence et une expertise soignante. Ce titre n'est pas en lien avec l'obtention d'un quelconque diplôme mais est malgré tout défini par un décret de 1943. Il faudra attendre 1951 pour voir apparaître en France une première école et 1958 pour la création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur ou d'infirmier surveillant. Cet(te) infirmier(e)

exerce soit en unité de soin sous l'appellation de surveillant(e), soit comme moniteur (trice) en école d'infirmières.

Cette officialisation des formations marque le début de la deuxième période qui va jusqu'en 1985 : dite « période de modernisation » : la surveillante contrôle toujours l'activité mais elle se distancie des soins.

Le rôle d'animation d'équipe apparaît tout comme le titre de cadre infirmier créé par décret en 1975 ainsi que le certificat de cadre infirmier qui vient sanctionner un an de formation.

Depuis 1985, une période dite « gestionnaire » a conduit à l'émergence du « cadre de santé » (1995) venant signer une réforme des études dont l'ambition est de favoriser une culture du management (24).

Cette appellation est commune aux différents « managers » paramédicaux qu'ils soient kinésithérapeutes, manipulateurs radio, préparateurs en pharmacie, ...etc.

Nous remarquons qu'avec une réforme qui date maintenant de plus de vingt ans, nous retrouvons des éléments dans notre pratique, et celle de cadres plus récemment en fonction, de la période traditionnelle : nous prenons parfois une posture de surveillant qui, au regard de son ancienne expérience, donne des avis techniques sur les soins ou fait du contrôle. Cette posture nous est parfois demandée par des jeunes soignants comme cette jeune infirmière diplômée depuis moins d'un an qui nous sollicite pour faire une prise de sang chez une patiente avec un réseau veineux détérioré. Cette infirmière pensait sincèrement que mon titre de cadre de santé signifiait aussi « super infirmier »; après lui avoir énoncé que je n'avais pas fait de prise de sang depuis plus de quinze ans, elle comprit son erreur. Mon rôle, dans cette situation, fut de trouver le bon interlocuteur dans l'établissement, en l'occurrence, une infirmière aguerrie.

Nous comprenons cette tentation pour certain(e)s de nos collègues de rester dans les soins, de préserver une expertise soignante. Il semble, en effet, que malgré les réformes de la formation cadre, la conception de la fonction contienne toujours des éléments des périodes antérieures.

Cette attitude permet de légitimer une position hiérarchique par une autorité de compétence, d'entretenir, peut-être, aussi, une part active de soignant ; comme si pour les cadres n'être plus que manager ne suffisait pas, n'apportait pas assez de sens au travail quotidien.

Cette question du sens est récurrente dans notre réflexion, d'un sens du travail à partager et à critiquer entre pair.

Mais aussi cette place de « super soignant » donnerait une légitimité à commander, à faire preuve d'autorité, comme si le diplôme de cadre n'y pourvoyait pas.

Nous allons essayer ici de démontrer que l'autorité peut devenir un levier au service de l'autonomie des acteurs et pas un moyen d'exercer un pouvoir contraignant, qu'il y a plus à

gagner pour l'encadrement de proximité à proposer une relation qu'un rapport de force comme dans l'autorité autoritariste.

Pour nous, « l'autorité éducative » (Robbes B. op. cit.) apparaît comme la forme la mieux adaptée à la posture que nous souhaitons définir ici. Cette forme d'autorité intègre que dans un système complexe de normes, l'acceptation de ces dernières passe nécessairement par un dispositif de régulation fondé sur la parole échangée, des explications voire de la négociation.

1.4. L'autorité au service de l'autonomie.

« Encadrer n'est nullement grossièrement gendарmer, il s'agit de promouvoir une qualité de relations destinées à rendre efficace le fonctionnement institutionnel, les démarches de soins au centre desquelles se trouvent les patients, et de rendre possible une vie épanouie, enrichissante pour les acteurs. » (25) (Boula JG. 2010).

Pour nous, l'autorité comprise ainsi n'est pas le pouvoir ni la contrainte « ...dans la mesure où celui qui « fait » autorité autorise, du latin *auctoritas*, et de *auctor* « auteur ». » (Boula JG. op. cit.). Elle permet à l'autre d'être auteur et le considère donc comme sujet.

Faire autorité, c'est être reconnu comme référence, c'est aussi donner du sens à ce qui fait loi, poser les limites. Celui qui fait autorité est également garant de justice en référant à la loi, il empêche ainsi l'arbitraire. Faire autorité permet à l'autre d'occuper sa place et d'y être reconnu.

« Il n'y a pas d'autorité sans différenciation » (26) (Hubert A. 2003).

Avoir de l'autorité en tant que personne nécessite de se sentir en sécurité soi-même, légitime à la place occupée, d'avoir confiance en soi afin d'assumer la dissymétrie de toute relation d'autorité inhérente au statut des acteurs en jeu.

Cet éclairage théorique démontre que l'autorité d'un cadre de santé peut pleinement s'exprimer en dehors de toute démonstration de supériorité technique, sans risque de confusion des rôles et qu'un vrai « chef » n'est pas ce personnage providentiel répondant à tout.

Mais l'exercice sera d'autant plus réussi que le cadre est persuadé d'être à la bonne place lui-même ; et cela suppose d'avoir le sens de sa mission.

1.5. L'autonomie par la responsabilité assumée.

Comme l'autorité, l'autonomie ne se décrète pas, elle se construit dans le moment de la rencontre « Elle apparaît plutôt comme une conquête, et une conquête toujours précaire. » (27) (Grillo E. 2004).

Parce que nous sommes constitués de multiples liens affectifs et sociaux, toutes ces dépendances

à autrui viennent démentir l'idéal de liberté que l'on croit trouver dans l'autonomie. L'autonomie n'est pas la liberté. Il nous faut accepter une des leçons de Kant qui pose que l'homme n'est pas libre là où il croit l'être (28) (Foessel M. 2011).

Ce qui nous intéresse ici, ce sont, bien sûr, les conditions nécessaires à l'expression de l'autonomie d'autrui, mais aussi un principe lui aussi érigé par Kant : pour que la loi que la volonté se donne à elle-même soit morale, elle doit valoir pour tous ; il nous faut consentir à suivre librement des règles communes.

Il appartient au cadre de santé de clarifier ou faire clarifier les règles qui valent pour tous et de faire en sorte qu'elles soient respectées par tous.

Il faut aussi des conditions à l'existence de l'autonomie et le cadre de santé doit y pourvoir pour les équipes dont il a la charge, en particulier, l'existence d'un espace pour l'expression de la volonté des acteurs à partir de temps de réunion ou/et de rencontres individuelles. « Le rôle du cadre est de veiller à cette réappropriation de la parole par les agents dont il est responsable. » (Boula JG op. cit.).

Il ne peut y avoir d'autonomie que dans l'affirmation du sujet qui se sait autonome et exerce son autonomie. Elle s'inscrit dans un discours partagé, une parole singulière qui rencontre et respecte une autre parole singulière. « Le professionnalisme des soignants requiert que ceux-ci soient capables de prononcer une parole autonome, dont ils sont les auteurs et non de simples porte-parole. » (Hesbeen W. 2007 op. cit.).

Autoriser la parole de l'autre c'est le reconnaître sujet pensant. Et c'est faire œuvre éthique puisque « l'éthique est le champ privilégié de la parole plurielle. » (Hees M. op. cit.).

L'autonomie est donc une prise de risque, car je ne peux imputer à l'autre les erreurs que j'ai commises ; je suis responsable de mes actes et des conséquences de ces derniers.

L'autonomie ne se conquiert que grâce à l'acceptation de sa responsabilité. « Pour exister l'autonomie doit être tout à la fois revendiquée, reconnue et effective. » (Grillot E. op. cit.).

1.6. La responsabilité au service de l'éthique.

Le mot « responsabilité » « ...vient du lat. *respondere* : répondre de; se porter garant. Capacité de prendre une décision sans en référer préalablement à une autorité supérieure. » (29) (Le petit Larousse illustré. 2005.).

J. Ward (30) (Ward J. 2009) pose 3 conditions constitutives de la responsabilité :

- Etre conscient et volontaire par rapport à l'action engagée

- S’engager à accomplir l’action – Ward insiste sur le fait que c’est l’acceptation de la responsabilité avant de l’avoir exercée qui la rend « imputable »
- Accepter les conséquences de l’acte.

Cette définition de la responsabilité contribue à renforcer notre propos sur l’éthique du cadre dont nous tenterons plus loin d’esquisser les lignes de forces. La responsabilité du cadre nous semble un sujet de réflexion et d’échanges incontournables si nous devons travailler à la construction d’une éthique de l’encadrement soignant. Quelle est le véritable espace de responsabilité dans une institution hospitalière pour le cadre soignant ?

Nous l’avons vu, l’autre, autonome, agit mieux car il se sent responsable, intègre les contraintes. Il devient auteur, comprend mieux où il va, puisqu’il donne du sens à ses actions, il s’engage et assume ce qu’il réalise comme ce qu’il ne réalise pas et qui dépend de sa fonction. Il s’interroge sur la pertinence et la qualité de ses actes, développe un questionnement sur sa pratique et en cela entre dans une démarche éthique.

Cette ouverture d’esprit favorise une ouverture à l’autre qui en situation de soin est indispensable au « prendre soin » (31) (Hesbeen W. 1997).

Mais ne nous leurrions pas, la relation entre le cadre et les soignants sera toujours dissymétrique. La dimension hiérarchique existe et ne peut être occultée. Cette distinction est à considérer comme un élément positif, de l’espace conquis pour de l’autonomie entre les acteurs, de la parole et de la pensée possible. Cette distinction, que nous qualifierons plus loin de proximité, est essentielle pour permettre l’émergence du sujet en lien avec d’autres sujets par la mise en jeu de valeurs communes : « Les valeurs décrivent les croyances et les convictions d’un individu ou d’un groupe dans une société. » (32) (Péoc’h N et Céaux C. 2012).

Il est essentiel de mettre à jour ces valeurs parce qu’elles définissent des façons d’agir et d’être du sujet et le rendent estimable. C’est par les valeurs communes au cadre et aux soignants que se rééquilibre la relation : il y a filiation. Le cadre doit affirmer son appartenance au monde des soignants par son attitude, ses paroles, ses engagements. L’éthique du cadre vise à entretenir l’éthique du soin.

Car même si comme nous l’avons vu plus haut le cadre est devenu surtout un manager gestionnaire garant du bon usage des moyens humains, matériels et logistiques de l’institution, il reste un soignant par les valeurs qui l’animent. D’autant que l’ensemble de ce dispositif de production rationnel concerne non pas des choses, mais des hommes et des femmes vulnérables.

Cette réalité humaine indépassable nous oblige à nous soucier d'elle, à lui témoigner notre sollicitude.

1.7. La sollicitude : une valeur managériale.

Cette notion de sollicitude est lourde de sens et réclame d'être éclaircie.

« Le terme de sollicitude vient du latin, *sollicitudo* : inquiétude, souci des autres, soin avec lequel on s'applique à quelqu'un. » (Le petit Larousse illustré op. cit.). C'est se préoccuper de celui qui est en difficulté.

La sollicitude s'expérimente dans le moment de la relation de soin, elle est instantanée et contextuelle. « La sollicitude n'est pas une affaire de principes ou de discours. » (33) (Brugère F. 2004).

Il ne faut pas confondre avec la compassion ou la pitié qui relèvent de la morale, la sollicitude nous convoque à une position éthique, de neutralité bienveillante. Nous ne sommes pas là pour juger, encore moins pour prendre le pouvoir sur l'autre fragile, diminué, mais étant sensible à sa détresse, nous lui offrons notre aide.

Cette sensibilité est essentielle à toute démarche éthique ; c'est parce que nous sommes sensibles au malheur d'autrui que nous agissons éthiquement et non par raison. « C'est parce qu'elle relève de la sensibilité, comme souci de l'autre, que l'expérience soignante se trouve en complet décalage avec toutes les tentatives de rationalisation ou de normalisation du soin. » (34) (Svandra P. 2007).

Nous souhaitons démontrer que cette sollicitude et cette sensibilité peuvent aussi s'inscrire dans une démarche managériale du cadre de santé, comme la recherche d'une congruence entre les valeurs du soin et les valeurs du management. La sollicitude et la sensibilité ont besoin, pour se déployer et exister, de s'inscrire dans une relation humaine juste ; la notion de proximité accolée au cadre de santé peut alors prendre toute sa valeur dans cette perspective relationnelle et éthique. Et des valeurs qui pourraient ne sembler s'appliquer qu'à la relation de soin peuvent très bien trouver leur place dans une relation hiérarchique bienveillante. « La proximité exprime une interaction à l'œuvre. » (35) (Tissot M. 2013).

1.8. La proximité : la recherche de la distance juste.

Il nous a semblé important de faire un focus sur cette notion de proximité ; une notion qui semble si naturelle, « allant de soi », que nous employons pour nous désigner, pour nous

différencier des autres métiers de l'hôpital. Pourtant, nous voyons dans l'évolution de notre profession une dérive qui nous éloigne non pas seulement physiquement des soignants mais aussi intellectuellement, sensiblement et culturellement.

Nous voulons rendre à cette notion simple en apparence toute sa pertinence et surtout la resituer comme élément moteur dans notre perspective de leadership éthique.

La notion de proximité ne peut pas être mise en parallèle avec la notion de distance. «La distance est quantitative là où la proximité est qualitative » (36) (Le Boulch G. 2001).

Nous pouvons mesurer une distance, alors que la proximité ne peut que s'estimer, s'évaluer. Elle est de l'ordre de la perception, c'est un jugement de valeur. Si c'est un jugement de valeur, la proximité ne peut exister que par la volonté des sujets qui la désignent. La proximité est l'expression d'un choix librement consenti, donc l'expression de l'autonomie des sujets en jeu.

La proximité existe parce qu'elle est partagée et énoncée. C'est donc bien un acte social où le langage occupe une place essentielle. En effet « Comment construire la relation de confiance dont se nourrit la proximité si les interlocuteurs ne parlent pas le même langage ? » (Tissot M. op. cit.).

Au contraire, la promiscuité s'impose au sujet, abolit la distance : « Le trop proche empêche, limite, et ainsi nie la différenciation. La promiscuité objective le sujet alors que la proximité le fait acteur de sa relation à l'autre. » (37) (Revillot JM. 2013).

La formation cadre insiste sur le nécessaire deuil de la fonction soignante qui permettrait la bonne mise à distance utile pour manager les équipes. Faire le deuil de cette fonction ne nous semble pas inapproprié, cela ne veut pas dire faire le deuil des valeurs soignantes, et cette distance de fonction qui doit s'imposer pour mieux diriger ne doit pas faire obstacle à l'indispensable relation du quotidien.

Nous mesurons que le travail des soignants est de plus en plus encadré par des guides et des procédures pour répondre aux impératifs exigeants de qualité et de sécurité des soins, parallèlement la qualification des professionnels va en s'accroissant. Tout cela devrait conduire à rendre moins indispensable la présence du cadre, et c'est le contraire qui se produit (Detchessahar M. op. cit.). La multiplicité des protocoles et consignes qui s'imposent aux soignants au nom du « zéro défaut » porte en elle des incompatibilités, des mesures inapplicables dans la réalité des situations de soins. « Les protocoles sont impuissants à tout prévoir. » (Lagadec AM. op. cit.).

Le cadre de santé intervient alors pour « rattraper » les effets délétères des procédures (38) (Bourret P. 2008).

Notre travail de cadre est en cela difficile à qualifier, nous intervenons dans les moments les plus critiques de l'activité c'est à dire pour les incidents, les aléas, les modifications de tous ordres.

Mais nous pouvons le faire parce que nous sommes présents, disponibles, proches. La proximité vient rappeler son utilité pour réduire l'écart toujours vérifié entre travail prescrit et travail réalisé et ainsi permettre un ajustement de l'attendu par rapport au réalisable.

La proximité n'a pas toutes les vertus et si nous voulons qu'elle soit porteuse de valeurs éthiques, il faut l'empêcher d'être intrusive et l'inscrire dans l'ajustement permanent à autrui afin de favoriser l'autonomie de ce dernier. Elle est à géométrie variable parce que la présence du cadre peut susciter des ressentis négatifs ou positifs selon le moment. Nous essayons dans notre pratique quotidienne de ne pas toujours être présent dans les moments informels type pause-café, parce qu'il nous semble important que les soignants puissent échanger entre eux, voire dire tout le mal qu'ils pensent de la hiérarchie. Vouloir être proche comporte toujours le risque de la familiarité et donc de devenir partial. Cette proximité exige du savoir-faire et du savoir être, des compétences et ne peut se résumer à quelques techniques de communication. Elle se cultive grâce à de l'attention, de l'énergie, de l'empathie et du temps.

La proximité, nous l'avons vu plus haut, est une estimation, c'est une force relationnelle qui réclame dosage entre « ...implication et distanciation... » (Revillot JM 2013 op. cit.). C'est là qu'intervient la notion de juste distance ou distance juste, c'est-à-dire faite de justesse et de justice. Ainsi, la proximité nous oblige à faire des choix. Cette mise à distance volontaire, énoncée et partagée vient comme une protection pour le cadre et lui évite de devenir une véritable éponge à émotions. Elle protège également les soignants du risque de confusion des rôles. La proximité oblige le cadre « ...à être juste, à l'écoute, actif et disponible avec l'équipe, sorte de capitaine ou de chef d'orchestre, à la fois discret et présent. » (39) (Sainsaulieu Y. 2006). Nous voyons là se dessiner une autre qualité de la proximité c'est sa fonction contenante, donc rassurante.

La proximité telle que nous l'avons définie renforce la fonction médiatrice du cadre. C'est parce qu'il est présent que le cadre dit la loi et en même temps permet l'émergence de la parole d'autrui. C'est grâce à cet ajustement relationnel que « Le cadre de santé, situé du côté de l'instituant, instaure ou restaure, dans une fonction de médiateur, des espaces de confrontations entre soignants. » (Revillot JM 2010 op. cit.).

Nous retrouvons cette notion fondatrice dans la pratique du cadre à savoir cet « inter-médiaire » qu'il doit créer, organiser et faire vivre : incarner.

Cette articulation entre deux mondes, le cadre la mobilise, la fait exister par une parole porteuse de sens et un agir conforme aux paroles. « La fonction première du management intermédiaire est la conception et la mise en œuvre des médiations face aux contradictions multiples, aux injonctions paradoxales » (40) (Brun G. 2012).

Nous voyons se dessiner les contours d'une éthique de la proximité empreinte d'humanisme qui peut servir de guide dans la conduite d'un leadership exigeant et bienveillant tout à la fois « la proximité doit être entendue comme une distance diminuée nous rapprochant d'autrui sans le dominer » (Desroches D. op. cit.).

1.9. L'éthique : pourquoi faire ?

L'exercice professionnel nous rappelle que l'incertain fait partie de notre quotidien, les certitudes sont battues en brèche par la réalité des situations de travail. Et nous avons compris que la démarche éthique se nourrit de cette incertitude, qu'elle est faite de doute mais surtout qu'elle nous apprend à mieux vivre avec nos incertitudes. L'éthique est un questionnement mais c'est aussi une réponse pour permettre de mieux vivre soi avec autrui (41) (Grassin M. 2004). L'éthique est un moyen de chercher du sens à nos actions d'Homme avec d'autres Hommes ; elle ne peut se penser en ermite, c'est tout le contraire d'une démarche individualiste parce que l'éthique oblige à la créativité au service d'autrui. « Il n'y a d'action que dans l'incertain. » (Brun G. op. cit.).

1.10. Synthèse de la problématique pratique.

Notre système de santé, par de multiples réformes, se modernise et tente de répondre au mieux à l'effort de gestion et d'économie de moyens réclamés par nos tutelles. Ces efforts, partagés par tous, impactent largement le travail des soignants en le compliquant par l'imposition de normes de plus en plus nombreuses.

Le cadre de proximité compose avec l'injonction paradoxale de l'institution qui réclame le respect strict des normes et en même temps demande à chacun d'exercer son autonomie face au patient. Par ailleurs, le cadre accompagne les équipes à être plus productives tout en faisant des économies. Pour dépasser ces tensions et redonner sens aux soins, le cadre compte, d'abord et avant tout, avec les hommes et les femmes qui travaillent au chevet des patients. L'implication de chacun est essentielle à la qualité finale de la prestation de soins, et cette implication peut se maintenir ou se renforcer par une relation hiérarchique respectueuse.

Ce respect mutuel se construit dans la reconnaissance des valeurs partagées. Le cadre bénéficie pour cela de l'avantage de la proximité qu'il entretient par des actions inscrites dans le quotidien. Mais l'éloignement est toujours à craindre par l'évolution de la profession et les nouvelles missions de gestion et de représentation institutionnelle confiées aux cadres. Cette évolution managériale oblige à repenser le rapport d'autorité à l'équipe. Le cadre, en valorisant les aptitudes

propres aux professionnels, reconnaît leur maîtrise et permet l'expression de leur autonomie. Une autonomie qui donne confiance en soi et en l'autre, qui renforce le sentiment de responsabilité.

A partir de l'autonomie et de la responsabilité, le cadre peut construire un leadership constitué des mêmes valeurs que celles des soignants, un leadership qui propose un espace de réflexion pour renforcer la mise en pratique des valeurs du soin. Cette posture éthique du cadre pour exister a besoin d'être mieux définie par le groupe professionnel lui-même et d'être étayée par des compétences.

L'éthique nous convoque à prendre au sérieux l'humain : « L'éthique est une visée pratique et théorique qui cherche à assumer la situation fondamentale de l'homme dans un monde. » (Grassin M. op. cit.).

A travers nos lectures et ce que nous avons compris de la démarche éthique, l'éthique dite « des vertus » ou éthique réflexive, nous est apparu le modèle le plus en phase avec notre problématique. C'est une éthique qui ne cherche pas à contrôler, à définir une marche à suivre a priori. Elle ne vient pas renforcer des comportements édictés comme bons par la norme. C'est une éthique exigeante qui confronte les points de vue. Nous la comprenons comme un moyen de créer un espace de parole et de pensée partagés. Cet espace nous apparaît plus que nécessaire à l'heure actuelle pour l'encadrement de proximité qui doit aider les soignants dans leurs démarches de soins quotidiennes. Nous essayerons dans les développements suivants de l'explicitier.

2 CADRE CONCEPTUEL.

2.1. Définitions.

2.1.1 L'éthique.

Le terme d'éthique est à lui seul polysémique, la somme des ouvrages traitant d'éthique, de morale ou encore de déontologie est considérable et nous avons craint souvent de nous perdre dans les différentes définitions proposées. Nous commencerons avec les définitions d'un dictionnaire généraliste pour ensuite nous appuyer sur les définitions de P. Ricœur pour introduire cette partie puis nous proposerons une distinction entre éthiques normatives et éthiques réflexives. Ce qui, nous l'espérons, permettra de circonscrire une éthique du cadre de santé de proximité.

Notre propos n'est pas d'opposer une bonne éthique et une moins bonne, parce qu'alors, il y aurait risque majeur d'une pensée dominante qui dirait le vrai ce que justement la pensée éthique récuse. L'exercice professionnel quotidien ne comporte pas une telle linéarité. Nous sommes confronté à des situations complexes qui ne peuvent se satisfaire d'une seule réponse.

Le développement suivant ne se veut pas en opposition mais en complémentarité.

Le petit Larousse illustré donne les définitions suivantes :

- Morale (du lat., mos-mores qui signifie les mœurs, la conduite de la vie, les règles de comportement) : « ensemble de normes, de règles de conduites propres à une société donnée ».
- Déontologie (du grec deon .deontos, ce qu'il faut faire, et logos, discours) : « ensemble des règles et devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci, leurs clients ou le public ».

La déontologie définit les principes d'action et de relation professionnelle, elle n'est en rien un référentiel technique ou un guide des bonnes pratiques et s'accompagne le plus souvent de mesures disciplinaires. Nous ne développerons pas plus ce paragraphe sur la déontologie, étant entendu qu'il n'en existe pas pour l'encadrement soignant.

- Ethique (du grec ethikos, morale) : « qui concerne les principes de la morale. Partie de la philosophie qui étudie les fondements de la morale » (Le petit Larousse illustré).

Paul Ricœur, quant à lui, distingue l'éthique de la morale de la façon suivante : « La morale est ce qui s'impose comme obligatoire (...) marquée par des normes, des obligations, des interdictions, caractérisée à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contraires. » (42) (Barreau H. 2006).

Pour ce qui correspond à l'éthique : « ce que la personne estime bon de faire ». La visée éthique pour cet auteur serait alors : « ...une visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes. » (Barreau H. op. cit.).

La morale répond à la question des devoirs, elle dit le bien et le mal, vient poser les règles du vivre ensemble dans une société; elle a vocation à l'universalité, alors que l'éthique interroge notre rapport au monde et nous en fait seul juge.

2.1.2. Les grands courants éthiques.

Nous retrouvons dans la littérature philosophique trois grands courants théoriques qui s'intéressent tous à ce sur quoi repose une valeur morale.

Ces courants influencent encore les conceptions occidentales des soins et de la santé, c'est

pourquoi il nous semble intéressant de les définir même brièvement (43) (Canto-Sperber M. 2004). (

- La théorie « conséquentialiste » se base sur les situations souhaitables
- La théorie du « droit » sur l'acte juste
- La théorie des « vertus » sur le concept de personne bonne.

Les deux premières théories, normative et prescriptive, cherchent à systématiser les règles morales pour aider l'homme à discerner ce qu'il faut faire ou pas et défendent une morale fondée sur la raison.

La troisième ne prétend pas donner de guide de bonne conduite morale.

2.1.2.1. L'éthique conséquentialiste.

L'éthique conséquentialiste revendique qu'il faut rechercher le bonheur du plus grand nombre, c'est une approche utilitariste qui considère que l'action est bonne parce que le résultat de cette dernière est globalement positif. La règle morale qui s'impose est le plus grand bien pour le plus grand nombre ou encore agit de telle sorte que le résultat produise le maximum de bienfaits.

Avec une telle approche poussée à son extrême nous pouvons arriver à une éthique de la fin qui justifie les moyens (Canto Sperber op. cit.). Dans le domaine de la santé, cela peut se traduire par un système qui exclut le particularisme de chaque patient, c'est d'abord ce qui est utile au plus grand nombre qui compte.

2.1.2.2. L'éthique déontologique ou de l'acte juste.

L'éthique déontologique fait du devoir ou de la norme la base incontournable de ses fondements théoriques. C'est à E. Kant que nous devons la notion centrale d'autonomie. Pour ce philosophe, l'autonomie consiste à se donner à soi-même sa propre loi, mais cela ne signifie nullement que chaque individu a sa propre morale et choisit les normes qu'il veut respecter. L'autonomie veut dire qu'il suffit à l'homme de faire usage de sa raison pour savoir ce qu'il doit faire moralement (44) (Kremer-Marietti A. 1999). Elle s'accomplit dans la reconnaissance rationnelle du devoir moral qui s'impose à l'homme. Ce dernier accepte cette obligation parce qu'il ne fait que suivre ce que lui a dicté sa propre raison et non une autorité extérieure. « L'homme n'est pas libre tant qu'il est soumis à la loi de l'autre » (Foessel M. op. cit.). Ce devoir moral se fonde, toujours d'après cet auteur, sur plusieurs impératifs catégoriques qui sont considérés comme universels et n'acceptent aucune transgression (Canto Sperber M. op. cit.).

C'est sur ces bases que ce sont construits les codes de déontologie soignante avec le risque de ne plus avoir une pensée singulière car non conforme à la règle.

Ces deux approches philosophiques s'inscrivent dans une perspective prescriptive car elles énoncent ce que doivent être les comportements de chacun pour qu'ils soient éthiques. Elles prétendent faire la distinction entre le bien le mal. Elles offrent une lecture du réel à partir de principes moraux qui peuvent être parfois un guide, et pour cela nous ne voulons pas les rejeter. Les codes et règles de bonnes conduites sont utiles et pratiques pour délimiter un champ de responsabilité professionnelle et en cela offrent une aide non négligeable au cadre pour décider. Mais par leur caractère rigoriste, impératif qui ne nous semble pas adapté à la réalité, elles ne peuvent suffire ni offrir assez de souplesse pour avancer dans l'incertain du quotidien des cadres de santé.

2.2 Quelles éthiques pour un management humaniste ?

L'éthique descriptive qui correspond au troisième courant de pensée pose la recherche du juste et non plus d'un vrai absolu ou d'un bien universel. Cette approche descriptive intègre le contexte et considère dès lors qu'une même action peut être bonne ou mauvaise. Cette éthique est identifiée comme éthique de la responsabilité. Et c'est à la lumière de ce que nous avons compris de cette éthique et de celle qui l'a inspirée, à savoir l'éthique des vertus, que nous avons cheminé. Ces éthiques « réflexives » qui reconnaissent « la complexité des choses humaines » (J Ladrière cité par Hees (Hees M. op. cit.) semblent tout à fait adaptées pour mieux appréhender nos rapports professionnels et nous conforte dans notre désir de développer une réflexion partagée avec nos collègues.

C'est une éthique de l'ajustement entre moyens et finalités, un éthique de la prise en compte de l'incertain humain: « L'éthique de responsabilité est extravertie au sens où elle s'inquiète des conséquences concrètes de l'action sur les autres. » (45) (Hottois G. 2016). Nous ne pouvons que souscrire à cette approche éthique puisque notre quotidien de cadre est fait d'adaptation, de recherche de la solution la moins mauvaise, de mise en relation de sujets pour faire advenir une solution profitable au plus grand nombre.

2.2.1 L'éthique des vertus.

Cette éthique prend racine dans les enseignements d'Aristote. Elle ne s'appuie pas sur un code moral défini à l'avance, sur des règles intangibles. Pour Aristote, l'éthique n'est pas une

série d'exercices à faire ou à éviter pour devenir un homme vertueux, mais la recherche permanente d'un accomplissement de soi et d'un dépassement de soi. Le principe fondamental est d'obéir à sa conscience. Aristote ne pose pas une éthique des vertus contemplative mais bien au contraire active et exigeante car mobilisant l'être humain chaque fois qu'il rencontre un autre être humain. La vertu ou l'excellence comme la nomme Aristote (« arète ») est le résultat d'une préférence, d'un choix délibéré, donc une action après réflexion. (Canto Sperber M. op. cit.). Cette vertu comme excellence est le résultat de l'atteinte d'une disposition. La vertu est un milieu entre deux extrêmes, chaque extrême étant un vice, mais l'atteinte de la vertu est aussi un extrême, un sommet difficile à atteindre et à conserver qu'Aristote nomme le « juste milieu » ou « médiété » (Canto Sperber M. op. cit.). La médiété vient définir la parfaite maîtrise de nos émotions et passions, c'est tout le contraire d'une attitude de « non choix ». Aristote affirme que cette médiété est relative, fluctuante, elle ne peut se réduire à un point fixe à égale distance de deux pôles distincts. Elle résulte toujours d'une délibération de l'homme prudent celui qui maîtrise la « phronésis ». Ce dernier, s'il veut se comporter éthiquement, doit évaluer finement la situation qui se présente, évaluation « ...qui ne saurait résulter de l'application de quelques maximes de conduite, il faut savoir choisir, la vertu se définissant comme une habitude de décider préférentiellement. » (Canto Sperber M. op. cit.).

Cette vertu du « savoir choisir », le cadre de santé l'expérimente régulièrement car souvent confronté à des situations qui ne peuvent se satisfaire de réponses binaires puisque éminemment humaines et donc contingentes.

Aristote définit plusieurs principes qui permettent ce dépassement de soi et donc cette approche éthique vertueuse (46) (Deslandes G. 2010).

- La *parrêsia* ou le « dire vrai », l'absolue franchise due à autrui. Communiquer pour affranchir autrui et lui donner les moyens d'être autonome dans son jugement « ...le courage de dire vrai aux autres pour les conduire dans leur propre conduite... » (Foucault cité dans Deslandes (Deslandes G. op. cit.).

- La *phronésis* ou la prudence, la sagesse pratique qui s'appuie sur les expériences accumulées. Cette sagesse pratique serait une compétence de l'homme prudent qui lui permet d'accomplir de bonnes actions en sachant pourquoi et en le faisant de la bonne façon.

Ces deux principes trouvent une résonance particulière dans notre réflexion de cadre de santé qui recherche les moyens de construire une relation de travail fructueuse. Faire preuve de franchise dans ses propos sans stigmatiser, dire les limites et exigences sans casser l'implication du collaborateur, accepter une parole d'autrui avec assez d'ouverture d'esprit pour se remettre en question soi-même, tout cela réclame d'avoir une bonne confiance en soi. Quant à la sagesse

pratique, nous pouvons espérer qu'avec les années d'exercice professionnel, elle s'affine et surtout nous savons qu'elle permet de mieux apprécier les échanges avec les pairs.

La philosophie aristotélicienne pose donc, que les vertus se construisent dans la pratique et les habitudes, mais qu'elles sont bien plus que cela, elles ne peuvent se réduire à une simple répétition d'opérations machinales. Il faut là aussi de la pensée, du « logos ». Une vertu se manifeste dans une action et il faut qu'il y ait expression de la vertu pour qu'elle existe. Ce que nous pouvons traduire pour le cadre comme la nécessité de démontrer ses valeurs par la congruence entre ses actes et ses paroles.

Posséder une vertu, c'est accorder de l'importance, de la valeur à une dimension des rapports humains. Par ce fait nous sommes plus sensible à ce que cette dimension soit restaurée chez celui qui en manque, nous identifions mieux les besoins d'autrui. « Dans les états vertueux, nous réalisons, par le caractère même de notre conduite et de notre attention vertueuse, certaines des conditions humaines qui sont intrinsèquement dignes d'être réalisées(...) » (Canto Sperber M. op. cit.). Si dans notre pratique d'encadrement, nous montrons des valeurs fortes et sincères, les soignants, à leur tour, les feront vivre au bénéfice du soigné.

L'enseignement de cette éthique permet de dépasser les normes et les règles pour obliger à rester ouvert, disponible et attentif à l'autre, sensible à sa demande. Cette sensibilité à l'autre fait écho avec l'éthique du care dont nous parlerons plus loin.

L'éthique des vertus s'enracine donc bien dans le réel. Elle considère que chacun d'entre nous peut prendre des décisions bonnes en fonction de sa situation singulière. C'est une éthique qui accepte la complexité donc l'incertitude comme élément déterminant dans le processus décisionnel final. « La nature d'une bonne action est un composé complexe aux caractéristiques mouvantes... » (47) (Büchler K. 2014). Elle pose la question de savoir quelle personne morale je veux être plutôt que d'imposer des devoirs.

L'éthique des vertus nous permet d'agir à partir de notre libre arbitre, de prendre une décision raisonnable. C'est une éthique de la délibération, principe fondateur du libre arbitre. Le petit Larousse définit la délibération comme : « ...une réflexion destinée à peser le pour et le contre avant une décision. » (Le petit Larousse illustré op. cit.). Cette notion de délibération est essentielle afin de défendre une posture éthique de l'encadrement de proximité. En effet, comment promouvoir une relation respectueuse avec ses collaborateurs si le manager ne porte pas une parole qui fasse place à autrui dans sa propre réflexion ?

Nous ne pouvons pas prétendre d'être cet homme prudent qui sait en toute circonstance où se situe la juste « médiété ». Mais nous pouvons dire que l'effort consenti peut être en lui-même une étape, l'acceptation humble de nos limites. Les tentatives pour s'ajuster vertueusement aux autres représentent déjà une honorable approche de la « phronésis » d'Aristote.

Il faut bien admettre que dans notre quotidien nous sommes souvent à la marge de ce modèle éthique, obligé de composer avec nos limites intellectuelles et mentales, avec les pressions exercées par l'extérieur.

Nous sentons maintenant et un peu plus qu'avant, le besoin d'approfondir et de partager avec nos collègues nos interrogations mais aussi nos convictions. « Chacun est unique, mais nul n'est une île. » (Malherbes JF op. cit.). Le principe même de réflexion entre pairs sur ce que nous entendons par une éthique de l'encadrement, de poser que la délibération est un élément incontournable nous amène, presque naturellement, à l'éthique de la discussion.

2.2.2. L'éthique de la discussion.

Habermas reprend les principes d'Aristote et propose dans son éthique de la discussion de considérer que la discussion est l'essence même de l'éthique (48) (Habermas J. 2013).

Le philosophe postule que l'éthique de discussion recherche avant tout le consensus entre les acteurs rationnels sur la manière de communiquer entre eux. La discussion porte d'abord sur les normes à définir pour pouvoir ensuite communiquer (49) (Durand G. 2005). Nous pouvons espérer que ce principe puisse s'appliquer au sein du groupe professionnel des cadres de santé, les actes communicationnels représentant près de 70% de notre activité.

Habermas pose que si nous communiquons de la bonne manière avec autrui c'est que nous sommes prédisposés à le faire : « ...tout acteur communicationnel qui accomplit un acte de parole est forcé d'exprimer des prétentions universelles à la validité et de supposer qu'il est possible de les honorer. » (Habermas J. op. cit.). Nous retrouvons là, les dispositions, les habitudes vertueuses d'Aristote. En d'autres termes, nous parlons à partir de valeurs morales qui nous sont propres et si nous voulons échanger avec autrui, il nous faut édicter consciemment ou inconsciemment des codes de bonnes conduites langagières. «La discussion collective des choix et les débats qui les précèdent sont plus importants que les décisions elles-mêmes.» (Habermas J. op. cit.).

Le langage porterait en lui-même des éléments moraux communs à tous qui permettent de s'entendre et ainsi de pouvoir se mettre d'accord, ou, du moins, permettent d'argumenter des points de vue différents de manière satisfaisante. Ces éléments formeraient le socle qui ouvre à la compréhension mutuelle : « Le respect de soi nécessite en effet un respect mutuel, parce que je ne peux m'approuver que si je suis apprécié par d'autres, qui eux-mêmes se comportent de manière à mériter respect et être également appréciés de moi.» (Habermas J. op. cit.). Il nous faut comprendre que notre discours n'est jamais neutre, nos paroles disent aussi ce que nous sommes

fondamentalement. En étant attentif à la manière dont il s'exprime, le cadre favorise une parole éthique d'autrui.

Ce qui nous intéresse dans cette éthique de la discussion c'est qu'Habermas défend un engagement volontaire de la part des interlocuteurs. Sans cet engagement il ne peut y avoir communication véritable. « La parole n'est pas seulement co-munication (échange) mais aussi littéralement co – naissance : naissance l'un à l'autre et l'un par l'autre, l'éthique y ajoutant l'un pour l'autre. » (Hees M. op. cit.). Nous retrouvons là, la « parrêsia » d'Aristote qui demande un profond respect de ce qui doit être dit et à qui. Il s'agit bien d'une éthique des vertus qui engage la volonté du sujet pour lui-même et avec les autres à agir pour faire le bien. « Une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives aux situations. » (50) (Oiry E. Duguey I et Foucaud J. 2015).

Cette volonté de vouloir le bien d'autrui se retrouve autant chez les soignants que chez les cadres, puisque les valeurs fondamentales sont les mêmes. Leur traduction diffère par rapport à qui elles bénéficient, soit les patients soit les soignants eux-mêmes.

L'éthique des vertus d'Aristote et de ses continuateurs reconnaît que chacun d'entre nous a une trajectoire singulière et que nous ne pourrions prendre de bonnes décisions qu'en fonction du point où nous sommes. « L'éthique des vertus encourage la formulation de prescriptions morales dans la bienveillance et le respect les plus authentiques envers les opinions et les choix de vie d'autrui » (Büchler K. op. cit.).

Nous comprenons ici que l'éthique nous oblige au plus grand respect et à la plus parfaite indulgence pour autrui. Une équipe est composée d'individualités qui n'avancent pas toutes à la même vitesse chacun ayant ses propres visées. L'encadrement face à cela doit pouvoir mobiliser chacun selon son degré d'implication, sans à priori. Ce travail d'équilibrage sera d'autant plus juste que le cadre connaît les membres de son équipe et la proximité est un argument fort au service de cette connaissance.

Cela fait lien avec l'éthique du care ou de la sollicitude et je l'espère avec une éthique proprement managériale du cadre de santé de proximité.

2.2.3. L'éthique du care.

Le terme de « care » anglais ne se traduit pas par un seul équivalent en français, il recouvre deux dimensions différentes : une dimension perceptive avec le « donner de l'attention », manifester du souci, montrer de la sollicitude et une dimension active avec le « prendre soin » (51) (Péoc'h N. 2011).

Nous pourrions paraphraser P. Ricœur en affirmant que la visée du care est de favoriser de bonnes relations « avec et pour autrui » (Barreau H. op. cit.). Le care désigne les soins primaires, les soins de l'intime mais ne se réduit pas à un faire, c'est un « prendre soin » (Hesbeen W. 1997 op. cit.) qui suppose une absence de jugement de valeur, de l'honnêteté, de la fiabilité et une certaine harmonie entre distance relationnelle et proximité émotionnelle. En résumé le care est « ...une volonté affirmée de faire le bien pour autrui. » (Marin C. et Worms F. op. cit.). Le lien avec la visée éthique des pratiques managériales du cadre de santé est net pour nous avec un « prendre soin » des soignants dans les mêmes conditions d'absence de jugement, d'honnêteté et de juste distance.

Au regard du « care » se trouve le « cure » qui recouvre les notions de traitement et de technicité. Cette distinction faite par Winnicott (Marin C. et Worms F. op. cit.) ne conduit pas à une opposition. Le « cure » représente le progrès de la science, l'avancée des technologies, il n'est considéré comme néfaste au contraire du « care » qui serait paré de toutes les vertus. Au regard de l'encadrement, le cure pourrait être les règles institutionnelles que le cadre veille à faire respecter.

C'est Carol Gilligan, psychologue américaine, qui dans les années 80 a donné de l'ampleur aux théories du « care » en publiant une étude comparative où il apparaissait que les décisions morales sont différentes selon le sexe. Les hommes se décideraient en fonction de références au droit, les femmes se décideraient en fonction de critères relationnels (Péoc'h N. op. cit.). Pour autant, il ne s'agit pas de réduire le « care » à une activité spécifiquement féminine. Il faut plutôt comprendre cet éclairage théorique comme un moyen de montrer que les activités du « care » sont souvent considérées comme de peu de valeur parce qu'elles sont des activités de maternage, donc ne nécessitant pas de grandes compétences. La simple sollicitude suffirait. Mais la sollicitude seule peut ne pas répondre aux besoins de la personne soignée, elle peut même être néfaste sans compétence professionnelle. « La compétence place le care directement sur le terrain de l'habileté, de ce qui s'acquiert par perfectionnement volontaire, et par là, sur le terrain de la professionnalisation. » (52) (Zielinski A. 2010).

Ce peu de valeur accordé au travail du « care », se retrouve dans le travail du cadre. Nous l'avons vu plus haut, le cadre passe beaucoup de temps à « rattraper des situations » (Bourret P. op. cit.), à faire en sorte que les choses s'imbriquent. Son travail ne se voit pas parce qu'il l'a réussi, au contraire si la situation dérape, chacun remarquera que le cadre n'a pas fait ce qu'il fallait. Un parallèle avec le ménage peut être proposé à double titre : le premier par l'étymologie même du terme de management venant de ménagement « précaution dont on fait preuve à l'égard des autres » (Le petit Larousse illustré op. cit.) ; le second parce que le ménage ne se voit que lorsqu'il n'est pas fait et disparaît dès sa réalisation achevée.

Nos interventions sont en grande partie invisibles, nous passons beaucoup de temps à communiquer avec les différents interlocuteurs de l'institution, communication essentielle à la bonne marche de l'ensemble tant il y a d'informations qui circulent. La parole ne se voit pas ni ne se mesure avec une échelle d'évaluation. Notre travail consiste à favoriser le travail des autres souvent au détriment de nos propres missions que nous reportons pour répondre aux sollicitations toujours plus urgentes. Certains nous comparent à de l'huile qui viendrait graisser les rouages de l'institution, l'image n'est pas si mauvaise !

Le « care » est une capacité et une habileté acquise par la pratique comme nous l'a enseigné Aristote avec la voie de l'habitude pour acquérir les « arété ». La compétence utile au « care » serait autant procédurale que relationnelle et sensible « ...relevant autant d'un savoir-faire que d'un savoir être, la compétence du care demande une certaine complicité avec celui qu'on aide. C'est ainsi que, pour s'opérer, ce lien affectif nécessite une attitude de confiance mutuelle. » (53) (Svandra P. 2009).

Cette compétence autant dans le savoir que dans l'être pour renforcer la posture éthique du cadre est à travailler, à modéliser pour être mieux intégrée par notre groupe professionnel.

Le « care » nous renvoie à notre propre vulnérabilité, car cette personne, qui requiert mes soins attentifs pour mettre fin à sa situation de dépendance, pourrait être moi demain. C'est la personne telle qu'elle est et non telle qu'elle devrait être qui concerne le « care ». L'éthique du care s'éloigne ainsi du modèle kantien avec son agent moral absolument autonome et rejoint l'éthique ricœurienne qui intègre l'incontournable incertain de l'humain. L'autonomie s'acquiert et varie au long des expériences de la vie. Le « care » vient ici réaffirmer que le plus important est ce lien qui nous attache aux autres :

« Le care nous rappelle qu'à tout âge, quels que soient notre statut social, nos capacités physiques ou intellectuelles, notre culture ou notre appartenance spirituelle, nous avons toujours besoin de la présence d'autrui : nous sommes de ce point de vue, ontologiquement dépendants. » (Svandra P 2009 op. cit.).

Cette réciprocité symétrique est rendue possible par la sollicitude comme le démontre P. Ricœur (Barreau H. op. cit.) à travers ce qu'il nomme l'éthique de la sollicitude.

2.2.4. L'éthique de la sollicitude.

P. Ricœur définit cette éthique de la sollicitude à partir de trois pôles qui s'entremêlent pour ne former qu'un seul et même sujet :

- Le pôle « JE » qui se construit à partir de l'estime de soi et pose le premier mouvement de l'éthique. Il n'y a pas de narcissisme dans cette estimation, mais un regard pour se juger en fonction de ses actions. C'est en appréciant nos actes que nous apprenons à nous apprécier en tant qu'auteur et responsable.
- Le pôle « TU » comme deuxième mouvement de l'éthique fait intervenir la sollicitude qui permet d'aboutir à la réciprocité, c'est à dire que l'autre peut être reconnu comme un autre « je » dans notre entière liberté et à l'un et à l'autre : « Le miracle de la réciprocité, c'est que les personnes sont reconnues comme insubstituables l'une à l'autre dans l'échange même. Cette réciprocité des insubstituables est le secret de la sollicitude. » (P. Ricœur cité par Barreau) (Barreau H. op. cit.).
- Le pôle « IL » permet de dire que l'éthique ne saurait se contenter de s'intéresser aux seules relations interpersonnelles mais qu'elle a à voir avec la cité, la communauté des hommes (54) (Svandra P. 2015).

Cette éthique ricoeurienne qui se veut une réflexion pour bien agir en tenant compte des autres et des contingences des situations nous semble la plus appropriée pour illustrer notre propos sur une éthique de cadre. « ...il faut qu'il y ait d'abord et fondamentalement un sujet capable de dire « je » pour faire l'épreuve de la confrontation avec l'autre... » (P. Ricœur cité par Oiry, Duguey et Foucaud) (Oiry E., Duguey I. et Foucaud J. op. cit.).

Il est évident que ce que recouvre l'éthique du care ne peut pas s'appliquer in extenso à l'éthique du cadre de santé, mais il nous semble qu'il existe des similitudes.

2.3. Une éthique du cadre ?

Le souci de l'autre, de bien faire et de faire bien, de veiller au respect de chacun dans sa fonction et dans son être, ce « prendre soin » nous semble s'apparenter à l'éthique du cadre, mais aussi que « ...tout cela ne va pas de soi... » (55) (Dupuis M, Gueibe R et Hesbeen W. 2015). Cela nécessite du professionnalisme donc des compétences ou même des « médiété » propres à la fonction. Une éthique managériale spécifique au cadre de santé de proximité pourrait être travaillée et approfondie par les cadres eux-mêmes. Le cursus de formation des cadres prévoit des enseignements autour des notions d'éthique et de déontologie, mais cela représente une portion congrue qui ne reflète pas les besoins que nous percevons sur le terrain.

Cette éthique managériale du cadre de santé de proximité poursuit la même visée que l'éthique

du care : la qualité du soin. Parce qu'elles s'exercent l'une et l'autre, au même endroit : l'hôpital, lieu de soins par des humains pour d'autres humains. Rappelons qu'un des sens premier du mot éthique en grec, « ethos » voulait dire « lieu du séjour habituel, demeure, le gîte ». « L'hôpital ne peut être cet « ethos » que si la communauté des soignants prend l'habitude de se plier à un certain nombre de grands principes. » (56) (Le Coz P. 2005).

Dans cette perspective, il nous faut garder à l'esprit l'impératif kantien de la personne traitée comme fin et jamais comme moyen. Cette primauté de la personne doit rester un principe fondamental, incontournable dans notre environnement professionnel pour les patients mais aussi pour les soignants.

Le management est une pratique qui recouvre un ensemble de savoirs techniques et relationnels. Manager c'est faire travailler des gens ensemble pour atteindre un ou des objectifs, c'est chercher à produire des biens selon des règles de gestion définies à l'avance.

Le dictionnaire Larousse en donne la définition suivante: « Ensemble des techniques de gestion, d'organisation et d'administration d'une entité organisationnelle » (Le petit Larousse illustré op. cit.).

Le management semble bien éloigné de la préoccupation éthique. Pourtant si nous tenons notre parallèle entre éthique du care et éthique du cadre, il nous apparaît clairement que cette approche humaniste du leadership peut donner des résultats tout à fait efficaces au service du patient. La production de soins bien traitants nécessite que chaque professionnel puisse développer la confiance en soi, perçoive la confiance accordée par autrui dans un climat de bienveillance (Svandra P. 2009 op. cit.).

2.4. Le management bienveillant.

Le management bienveillant considère chaque acteur avec sa singularité au sein de l'équipe, il laisse une part de créativité dans un environnement de plus en plus normé. Cette bienveillance s'exerce pour reconnaître le travail réalisé, elle doit être explicite par rapport aux efforts consentis, l'engagement de chacun. Cette bienveillance ne se mesure pas en fonction des réussites, elle s'exprime tout autant devant des échecs ou des résultats moins bons.

Ce regard a priori bienveillant sur les collaborateurs est aussi valorisant par rapport à leurs compétences. « Le leader bienveillant est au bout du compte générateur de bénéfices car ses vertus engendrent un sentiment de sécurité et de confiance propice à une performance accrue. » (Cohen Raphaël H. op. cit.).

La bienveillance peut se définir comme un « ...sentiment par lequel on veut du bien à quelqu'un. » (57) (Le petit ROBERT. 2003).

Nous voyons là l'enjeu d'introduire du sentiment dans une relation de travail. « Vouloir du bien à autrui demande de se décentrer de soi, de faire preuve de courage pour changer son regard et ses habitudes avec autrui. » (58) (Pirra JM. 2012). Ce management bienveillant réclame des compétences, pour exercer cette forme de management, il faut le vouloir, cela réclame une « ...volonté affirmée... » (Svandra P. 2009 op. cit.). Une communication authentique et respectueuse est indispensable, nous retrouvons là, la « parrêsia » d'Aristote. Elle se fonde sur un discours qui partage, qui laisse de la place à l'autre; mais aussi un discours qui explique les décisions, les choix retenus. Une telle attitude repose sur une autorité partagée comme nous avons voulu le démontrer.

Il est essentiel de montrer son souci de la protection des intérêts de chacun. Le manager bienveillant ou éthique défend les droits de ses collaborateurs, il est dépositaire de la loi autant pour les devoirs que pour les droits. Son intérêt pour l'autre se porte aussi sur les ressentis, les émotions, en cela, il montre qu'il s'intéresse à l'être humain et pas seulement à l'agent « On ne peut espérer un niveau d'engagement élevé de personnes qui ne se sentent pas reconnues en tant qu'individus, du fait qu'elles n'existent aux yeux de leurs chefs qu'en fonction de leur capacité de production. » (Cohen Raphaël H. op. cit.). Il s'agit de s'appliquer à entretenir des relations de travail entre humains et pas seulement entre supérieurs et subordonnés.

La fiabilité est importante elle aussi. L'équipe doit pouvoir compter sur le manager, il ne doit pas y avoir de doute sur ce qu'il dit par rapport à ce qu'il fait, le manager respecte ses engagements. L'engagement est à l'opposé de l'indifférence. C'est une implication du sujet vis à vis d'autrui et en cela l'engagement « ...comporte des risques puisqu'il s'agit de se montrer, de décider, de poser des actes, de se mettre en jeu et d'être éventuellement en situation de fragilité et de manipulation... » (59) (Reyre G. 2007). L'engagement c'est l'expression de la responsabilité assumée face aux autres et face à soi-même. S'engager c'est parler à la première personne, exercer son autonomie. L'engagement renvoie au pôle « JE » de Ricœur qui nécessite de la confiance et de l'estime de soi.

Le leader éthique sait déléguer, nous avons vu plus haut que l'autorité peut se comprendre comme une possibilité d'augmenter autrui. Autoriser c'est donner du pouvoir à l'autre. Parce que l'autorisation vient reconnaître chez autrui une faculté, une capacité à faire quelque chose. Autoriser « ...c'est donc de partager en même temps que d'être auteur. » (Reyre G. op. cit.).

Le manager éthique veille à promouvoir l'acquisition des compétences éthiques de ses

collaborateurs car la vertu est un « habitus » (Aristote) (Canto Sperber M. op. cit.) qui conduit l'individu à bien agir. En favorisant ainsi le renforcement d'une posture éthique chez ces derniers, le manager poursuit l'objectif de la qualité des soins auprès des patients, « L'orientation centrale d'un management des compétences éthiques est de susciter un agir concerté, donc, de faire en sorte que des attitudes se prolongent en comportements. » (60) (Arbouche M. 2008).

2.5. La bienveillance managériale au service de la performance.

« La posture éthique du manager est essentielle et participe pleinement à la performance tant recherchée. » (Miremont MC. et Valax M. op. cit.). Le management éthique est à considérer comme une véritable stratégie de conduite des équipes et non pas seulement comme un simple désir de vouloir être gentil ! La bienveillance ne doit pas être confondue avec de l'angélisme. Un manager bienveillant garde à l'esprit qu'il est dépositaire de la loi et qu'il s'appuie sur un pilier fondamental qui est la justice. Il garantit le respect des engagements pris aux yeux de chacun, à ce titre, il peut être amené à trancher et rejeter des options non conformes au principe d'équité, la bienveillance n'étant pas de la complaisance, « ...manager une équipe, c'est également savoir exercer une logique de reconnaissance mais parfois également de sanction. » (Dupuy M., Gueibe R et Hesbeen W. op. cit.). Ce management pourrait se penser véritablement comme un moteur au service du développement de la performance et de l'efficacité. Il est donc nécessaire de mieux l'identifier, de le nommer et pouvoir ainsi lui donner corps dans notre pratique quotidienne auprès des équipes de soins.

2.6. Synthèse de la problématique théorique

La philosophie s'est depuis longtemps intéressée à ce qui est bien et mal pour l'homme, l'éthique n'est pas une invention de notre siècle et pourtant cette dernière prend de plus en plus de place dans le discours sur les soins. Les articles et ouvrages se multiplient et apportent la preuve d'un vrai besoin de réflexion dans le monde de la santé.

Il nous faut tenter de discerner quelles balises peuvent être utiles tout au long de notre cheminement. Ne pas perdre de vue que cette réflexion philosophique se traduit dans le quotidien de notre pratique professionnelle. Cette pratique ne peut se satisfaire d'une seule référence théorique, parce qu'elle est faite de rapports humains et donc fondamentalement complexe. Plusieurs éthiques peuvent convenir dans le cadre d'une réflexion sur le

management hospitalier. L'éthique des vertus d'Aristote est un modèle puissant car tenant compte de l'humain. Cette éthique ne prescrit pas le bien ou le mal comme peuvent le faire les éthiques conséquentialiste ou déontologique. Elle laisse au sujet son libre arbitre. Mais ne rejetons pas ces modèles prescriptifs, ils sont utiles à l'encadrement dans la définition des règles communes, des lois qui s'appliquent pour le bien vivre au travail. L'éthique aristotélicienne de la responsabilité a trouvé des continuateurs avec Habermas et son éthique de la discussion, où la forme de la communication compte plus que le fond. Mais aussi avec P. Ricœur qui développe une éthique de la sollicitude, où le sujet est toujours en lien avec autrui. La question de l'altérité qui se trouve aussi au centre de l'éthique du care, une éthique du soin premier, préoccupée d'accompagner l'autre souffrant, diminué. Ce « care » fait de valeurs humanistes vient en miroir avec une éthique managériale qui pourrait se développer à l'hôpital.

Il faut alors faire le pari de la bienveillance comme moyen puissant de performance, de développement des compétences des soignants. Des compétences pour mieux répondre à la mission première de l'hôpital à savoir prodiguer les meilleurs soins possibles.

A ce moment de notre travail de réflexion où apparaissent plus nettement les contours d'une éthique spécifique à l'encadrement, nous posons la question de savoir si les cadres de santé de proximité identifient bien qu'ils sont porteurs d'une éthique managériale ; ou, comme M. Jourdain de Molière, qui ne sait pas qu'il fait de la prose (61) (Molière. 1985), ils font de l'éthique sans le savoir.

Une chose est sûre, lorsque nous échangeons entre cadres de santé, le souci d'accompagner les équipes, de leur permettre entre autre, de concilier au mieux les exigences du planning avec leur vie privée est très souvent présent dans nos propos. Il en est de même pour la qualité des soins prodigués. Les cadres de proximité ne sont pas devenus des managers froids et distants, uniquement préoccupés à gérer des équivalents temps plein, ils sont restés sensibles aux besoins d'autrui. La définition plus précise d'une éthique des cadres de santé permettrait, croyons nous, de valoriser ce travail quotidien si souvent invisible aux yeux de tous et que même nous, cadres, avons tant de mal à qualifier.

Cette sensibilité éthique dans les rapports humains a besoin d'être mise à jour plus nettement et surtout d'être valorisée. C'est l'objet de notre recherche et nous allons maintenant tenter d'en démontrer tout l'intérêt pour le cadre de santé de proximité. Notre cheminement nous amène à poser la question de recherche suivante :

En quoi les cadres de santé sont-ils porteurs d'une éthique managériale dans leur pratique d'encadrement des équipes de soins au quotidien favorisant le développement de l'autonomie individuelle et collective?

3 LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.

3.1 L'objet de la recherche.

Introduire une réflexion éthique spécifique à l'encadrement hospitalier dans un contexte de perte de repères pour les soignants nous apparaît être utile à plus d'un titre :

- aux cadres parce qu'ils pourront, grâce à cette démarche mettre en avant et partager leur compétence réflexive ;
- aux soignants parce que cet accompagnement par les cadres pourra redonner du sens à la pratique quotidienne de soin ;
- aux patients parce que la mise en pratique des valeurs éthiques ne peut que favoriser leur autonomie et le respect de leur personne.

3.2 Le choix de la méthode.

Nous avons choisi la méthode clinique qui correspond le mieux à notre question de recherche. Cette méthode s'appuie sur la capacité réflexive du sujet, sur son expérience vécue. Elle privilégie le discours dans l'ici et maintenant de la rencontre et vise à répondre à des situations du réel. « La méthode clinique est « naturaliste », se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur genèse et à leur sens » (62) (Fernandez L. et Pédinielli JL. 2006).

3.2.1. Population cible.

Nous avons interviewé deux cadres de santé diplômés en poste depuis plus d'un an en service de soins dans le même établissement que nous. Le fait qu'ils soient diplômés introduit un critère d'égalité quant au contenu de formation initiale reçu. La durée d'exercice limite le risque d'être encore en recherche de positionnement, et le lieu d'exercice correspond à un

aspect de notre thématique. Nous ne prenons pas en compte l'âge des cadres ni le type d'unité où ils exercent puisque nous ne sommes pas dans une étude comparative.

3.2.2 Le choix de l'outil.

Nous avons choisi l'entretien semi directif parce qu'il renseigne sur ce que le sujet « ...perçoit et/ou pense du phénomène mis à l'étude. » (63) (Eymard C. 2003).

Par ailleurs, comme nous ne cherchons pas à faire une étude quantitative ni à vérifier une hypothèse, nous nous intéressons à la singularité d'une parole professionnelle, ce type d'outil semble le plus adapté.

L'entretien ne doit pas excéder 30 minutes. Nous proposons l'enregistrement pour pouvoir analyser plus finement le discours si l'interviewé est d'accord.

3.2.3 Le guide d'entretien.

Il débute par une question suffisamment ouverte pour permettre l'expression la plus libre possible de l'interviewé, et assez précise pour indiquer la direction de l'entretien. Nous prévoyons plusieurs questions de relance pour aborder l'ensemble des thèmes attendus. Nous avons sciemment évité les termes « éthique » « déontologie » et « morale » afin de ne pas induire un biais et pouvoir ainsi les repérer s'ils sont spontanément employés.

3.2.4 Test de l'outil.

Nous avons testé le guide auprès d'une collègue cadre qui ne fait pas partie de l'échantillon retenu et revu ainsi quelques formulations.

3.3 Traitement des données.

Nous adoptons la technique dite de l' « analyse de contenu » car elle permet la mise à jour d'éléments du discours significatifs en lien avec les éléments attendus et aussi parce que «... le recours à l'analyse de contenu, pour tirer parti d'un matériel dit « qualitatif » est indispensable... » (64) (Bardin L. 2013). Notre analyse s'appuiera sur une grille d'interprétation construite à partir des grandes thématiques de notre réflexion. Ces thématiques sont déclinées en « unités d'enregistrement » (Bardin L. op. cit.). Pour les deux

entretiens, nous avons procédé à un découpage du discours pour pouvoir le classer dans chaque unité d'enregistrement.

3.4 Considérations éthiques.

A ce moment de notre travail, l'apprenti chercheur que nous sommes se doit de se poser la question de sa propre posture éthique. Nous avons présenté, au préalable, le thème de notre travail aux deux interviewés. La participation des interviewés était volontaire. Nous les avons assuré de la parfaite confidentialité et du respect strict de l'anonymat. Nous avons obtenu leur accord pour les enregistrements. Nous aurions accepté sans condition d'arrêter à tout moment selon le choix des interviewés. Nous nous sommes mis dans une posture empathique et d'écoute active.

3.5 Déroulement de l'enquête.

Notre dispositif a été validé par notre tuteur universitaire. Notre direction nous a autorisé à mener les entretiens. Nous avons contacté deux collègues selon nos critères d'inclusion et défini les modalités de l'entretien. La première interviewée est cadre dans une unité de médecine, nous l'appelons : Annie, la seconde travaille dans une unité de chirurgie, Béatrice. Nous avons communiqué le thème principal de l'entretien à partir de la question inaugurale. L'entretien avec Béatrice s'est déroulé dans son bureau, celui avec Annie dans une salle à part de son unité pour éviter le dérangement téléphonique et autres. En introduction à chaque entretien, nous avons précisé la confidentialité, l'anonymat, redemandé l'autorisation pour enregistrer et précisé la durée prévue.

3.6 Analyse et interprétation des données.

La grille d'interprétation, le guide d'entretien et le contenu des entretiens se trouvent en annexe.

Nous analyserons les contenus des deux entretiens à partir des éléments de discours attendus suivants :

- La définition de la pratique du cadre
- Les valeurs du cadre reflètent une éthique managériale propre
- La proximité est au service de l'éthique managériale

3.6.1. Définition de la pratique du cadre.

Il apparaît très nettement une différence d'approche de cette pratique liée à l'expérience acquise ou non par l'une ou l'autre des cadres interviewées.

Annie tout au long de l'entretien n'évoque jamais la notion de stress, ni ne dit qu'elle se sent débordée. Elle « hiérarchise les demandes » (L5), ou plus loin « il m'arrive de différer les demandes » (L 61). Elle démontre par cette attitude tranquille son professionnalisme, sa « phronésis », elle construit sa maîtrise par une mise en perspective avisée de son expérience.

Béatrice, quant à elle, revient à plusieurs reprises sur le stress généré par l'activité cadre « compliquée, stressante » (L3), « j'ai peur de ne pas avoir le temps de finir » (L11), « j'ai besoin d'arriver à m'organiser » (L93), « j'y travaille, ça me préoccupe encore » (L97).

Ce qui nous apparaît ici, c'est la capacité de mise à distance requise par la fonction pour pouvoir assurer les différents rôles dévolus au cadre. Béatrice en faisant le parallèle avec la fonction de soignante qu'elle a occupée, « je m'en sortais très bien quand les choses étaient désorganisées » (L94), exprime la difficulté pour un cadre au quotidien de gérer de multiples demandes de natures différentes, d'être sur plusieurs fronts à la fois et souvent de "rattraper" (Bourret P. op. cit.) ce qui risque de dysfonctionner. Mais cela peut dire aussi que la fonction de cadre ne va pas de soi, on devient cadre par l'exercice, l'expérience au quotidien. La vertu ou « arété » (Canto Sperber M. op. cit.) a besoin d'une volonté pour s'affirmer mais aussi de confrontation au réel.

L'activité est « fluctuante, avec pas de plage horaire assez longue » (L 8) pour elle, alors que pour Annie « s'il y a des difficultés, cela me donne une trame de travail pour ma journée » (L7). L'expérience acquise d'Annie lui permet d'intégrer les aléas du quotidien comme des éléments normaux du travail du cadre. « Je fonctionne à la demande du personnel ou des familles, je peux être interrompue » (L12), « je veux bien avoir toutes les casquettes » (L21) précise-t-elle. Béatrice, de son côté, reconnaît que le cadre a « besoin de prioriser les choses » (L95). Nous voyons là la différence donnée au mot « prioriser », pour Annie c'est d'abord le souci des soignants et pour Béatrice c'est la réalisation de tâches administratives type planification qui la mobilise le plus. Annie a une confiance en elle assez solide pour affronter ce réel fait d'incertitudes alors que Béatrice le redoute.

Par contre, toutes les deux parlent de délégation, de management participatif, elles expliquent très clairement que leur autorité n'est pas dans la compétence soignante « je ne me place jamais comme la super pro » (L74) « la chef toute puissante, l'experte » (L76) énonce Annie.

Béatrice reconnaît avoir « fait un geste technique pour montrer à une jeune collègue » (L 78) précise plus loin qu'elle n'est « pas dans le soin, ça c'est terminé » (L 99).

Nous retrouvons la notion d'autorité partagée par nos deux collègues, elles veulent faire avec les soignants, les impliquer. « Je pense que si on les sollicite, on les place plus près de soi, les gens rendent plus, ils vont au-delà mêmes des attentes » (L35) affirme Annie, ce que ne contredit pas Béatrice : « ce sont des collègues » (L76), « on est dans le même bateau » (L77), « on est ensemble » (L78).

Nous voyons assez nettement que cette question de l'autorité interroge beaucoup Béatrice du fait de son manque d'expérience. Elle cherche encore l'équilibre entre une autorité autoritaire et une autorité partagée : « (...) ne pas me positionner tout de suite en tant que chef » (L28), « il y a autoritaire aussi (...) pour recadrer un comportement » (L 36), « même si je suis le chef, je veux avoir une relation de confiance » (L75). Pour faire autorité, il faut se sentir soi-même en sécurité (Hubert A. op. cit.), et Béatrice semble encore manquer de cette sécurité interne par manque d'expérience. Pour Annie, le problème ne semble pas se poser car devant mes deux questions de relance (L39 et L41), elle répond de la manière la plus laconique qui soit.

Toutes deux reconnaissent être maternante avec leur équipe. Cette dimension maternante renvoie au « care » des soignants : « amener mes valeurs sur le soin aux soignants » (L100) pour Béatrice ou encore « on doit prendre soin de nos équipes » (L22) pour Annie. Le « prendre soin » (Hesbeen W. 1997 op. cit.) du cadre est bien présent chez nos deux collègues, et apparaît même comme le plus important pour Annie : « ce qui me mobilise en premier lieu » (L23). Les deux cadres ne perdent pas de vue que cette sollicitude dont elles font preuve sert en dernier ressort la qualité des soins aux patients, Annie : « (...) que l'équipe soit bien » (L24) « et prodiguer des soins de la meilleure qualité possible, la finalité, c'est que les patients soient pris en charge correctement » (L70). L'une et l'autre appliquent le principe du souci de l'autre ou du bien agir en tenant compte d'autrui (Barreau H. op. cit.).

Les éléments recueillis dans cette première partie d'analyse indiquent déjà les prémices d'une éthique qui ne dit pas son nom mais qui se dessine tout au long des deux entretiens.

3.6.2. Les valeurs du cadre de santé reflètent une éthique managériale propre.

Nous retrouvons chez les deux cadres interviewés plusieurs éléments en faveur de la définition d'une éthique managériale, car il est question de nombreuses valeurs. Ce qui ressort à plusieurs reprises, en particulier pour Béatrice, c'est la notion de confiance faite à autrui

mais aussi souhaitée par le cadre.

La confiance est pensée comme un moyen de valider et valoriser l'autonomie des collaborateurs. Pour Annie : « Elles (soignantes) savent qu'elles peuvent compter sur moi et moi je leur fais confiance » (L30), ou Béatrice : « c'est une valeur, cette confiance entre le cadre et son équipe » (L89). Sur ce thème, nous avons là encore une différence liée à l'expérience acquise. Pour Béatrice : « confiance c'est un mot que je leur dit assez facilement » (L83), « je leur demande de me faire confiance, je tente de rétablir ce climat de confiance » (L84). Cette collègue nous dit que la confiance ne se décrète pas ni ne s'impose, elle se construit à partir d'une estime de soi solide et non narcissique comme définit dans le pôle « JE » Ricoeurien (Svandra P. 2015 op. cit.). Elle dit son manque d'expérience ou de cette fameuse « sagesse pratique » d'Aristote (Canto Sperber M. op. cit.), et donc ce défaut de confiance en soi qui lui permettrait d'affirmer son autorité, ce qui ne semble pas le cas pour Annie.

L'autonomie est une valeur forte évoquée à plusieurs reprises par les deux cadres et nous retrouvons dans ce désir d'autonomie pour autrui la notion de responsabilité qui est un gage de reconnaissance de l'autre. Annie : « les unités que j'ai mises en place sont autonomes » (L29), « je les sollicite toujours pour savoir ce qu'elles en pensent » (L34), « dans l'écoute, l'accompagnement, considérer leur point de vue tout aussi intéressant que le mien » (L73) ou Béatrice : « je fais en sorte qu'elles n'aient pas tout le temps besoin de moi » (L21), « j'ai commencé à leur déléguer des choses » (L27), « je vais les amener à participer un peu plus, à faire des choses » (L49). Elles construisent une relation la plus équilibrée possible entre elles et leurs équipes afin de contourner l'écueil de la relation asymétrique qui empêche la confiance de s'installer (Marin C. Worms F. op. cit.). Elles font appel à l'intelligence des soignants, elles mobilisent la raison plutôt que de contraindre et d'imposer dans une visée kantienne de l'autonomie et font vivre une autorité qui rend auteur (Boula JG. op. cit.).

Une autre valeur éthique forte apparaît dans les entretiens et vient renforcer cette volonté d'autonomie : l'honnêteté et la reconnaissance des limites du cadre qui favorise la reconnaissance de la compétence d'autrui. Pour Annie : « cela crée un esprit collaborateur » (L37), « je leur dit « ça veut dire quoi ? », du coup elles se retrouvent aussi avec une reconnaissance » (L76). Pour Béatrice : « je ne suis pas parfaite, je peux faire des erreurs, j'apprends encore » (L67), « je n'aime pas faire les plannings, il faut absolument que je les fasse » (L103).

De même nous retrouvons des éléments de l'éthique de discussion définie par Habermas

(Habermas J. op. cit.) chez l'une et l'autre, à savoir la recherche des bonnes conditions pour s'exprimer, le respect mutuel de la parole de chacun, l'importance d'une communication partagée ou la délibération est possible. Nous retrouvons aussi la « parrésia » ou le « dire vrai » (Canto Sperber M. op. cit.) dans leurs discours, pour Annie : « Je les sollicite toujours pour savoir ce qu'elles pensent » (L34), « essayer de critiquer de manière constructive » (L35), « je ne pense pas que ce soit le bon moment » (L64), « je ne compte pas mon temps pour les écouter » (L61). Béatrice : « essayer de leur apporter le maximum de connaissances » (L17), « je veux des relations honnêtes, franches » (L 69), « si tu es dans le silence, tu perds toute confiance » (L88), « c'est important d'expliquer les choses » (L90).

Une valeur importante pour Annie et Béatrice est la prise en compte de la personne et pas seulement de l'agent. Elles accordent de l'importance à l'humain, elles mettent en pratique de la sollicitude toute simple comme l'illustre l'anecdote de Annie à propos du baptême : « montrer qu'ils existent à mes yeux aussi bien dans leur rôle de soignant qu'en tant que personne » (L60), ou Béatrice : « on boit le café ensemble, on crée du lien » (L74). Plus simplement encore pour Annie comme pour Béatrice faire son tour et dire à chacun bonjour Annie : « je salue tout le monde » (L5), Béatrice : « je passe dans le service en disant bonjour à tout le monde et le soir je dis au revoir » (L62). Ce tour des équipes avec ce salut adressé à chacun démontre l'importance pour les cadres de marquer, dans un souci d'équité, leur intérêt pour tous en tant qu'individu digne de respect. Nos collègues appliquent ici, un autre principe de la philosophie kantienne, à savoir qu'elles ne considèrent pas les soignants seulement comme le moyen de bien faire les soins mais avant tout comme des humains dignes d'intérêt (Foessel M. op. cit.).

3.6.3. La proximité est au service de l'éthique managériale.

La notion de proximité est d'emblée associée à une présence physique pour les deux interviewées et à un type de relation non professionnelle. Nous sommes bien dans du qualitatif, de l'estimation (Le Boulch G. op. cit.). Ce qui vient spontanément pour Annie : « je vais rencontrer chaque agent » (L5), « déjà physiquement » (L56), « j'essaie de faire attention à ce qu'elles m'ont dit sur le plan humain » (L57), « montrer qu'elles existent à mes yeux » (L60). Pour Béatrice : « c'est naturel, on va discuter d'autre chose que du travail » (L73), « on est dans le même bateau même si c'est moi le capitaine » (L77). La proximité, c'est être ensemble, partager un quotidien, ne pas être dans une relation dissymétrique, rechercher pour le cadre le bon ajustement à l'autre. Il s'agit bien d'une force relationnelle (Svandra P. 2007 op.

cit.), comme Annie : « Je ne me sens pas au-dessus » (L37), « je tends l'oreille » (L51), « j'aime bien l'humour c'est un bon levier pour entrer en contact » (L52), ou Béatrice : « Tu dois t'adapter aux agents, ils sont tous différents, tu ne dois pas être dans le même modèle » (L37), « tu as des êtres humains en face de toi » (L39). La proximité a besoin pour exister d'être incarnée, elle ne peut pas être déléguée. C'est un acte social volontaire fondé sur la parole échangée (Tissot M. op. cit.).

Cette compréhension de la proximité par ces deux cadres fait référence à l'éthique des vertus d'Aristote qui intègre comme élément fondamental la singularité de chacun et pour bien connaître la singularité d'autrui, il faut être proche. Cette proximité existe aussi parce que les cadres offrent la plus grande accessibilité possible aux équipes. Elles donnent du temps, de l'écoute, de l'empathie (Revillot JM. 2013 Op. cit.) parfois au détriment de leurs propres missions. Annie : « ma porte est toujours ouverte, les agents le savent » (L12), « moi je me place pour l'agent » (L18), « si il a une difficulté, l'agent peut venir m'en parler » (L20), « je ne compte pas mon temps pour les écouter » (L45). Béatrice dit la même chose : « j'ai une relation sympathique avec l'équipe, une relation franche et ouverte » (L66), « je me sentais obligée de les aider » (L25), « en oubliant que moi aussi j'avais du boulot à côté » (L26).

La proximité du cadre de santé est donc bien un acte librement consenti, intégré comme un moyen de vivre une relation la plus constructive possible (Revillot JM. 2013 op. cit.).

3.7. Synthèse de l'analyse.

Cette analyse ne prétend pas apporter des certitudes, elle n'est que le reflet de deux entretiens menés avec des cadres de santé.

Le premier constat concerne la différence d'approche du métier et des priorités qui s'ensuivent entre une collègue expérimentée et une collègue encore très « jeune » dans la fonction. Cet élément vient conforter l'idée que cette fonction a besoin de temps pour s'appréhender sur un plan éthique et se vivre mieux au quotidien. L'autre élément important est le souci des autres qui anime les cadres. Ils ne perdent pas de vue que leur mission est au service des patients, mais savent pertinemment que les soins seront bien réalisés parce que les soignants seront dans de bonnes conditions de réalisation. Ces bonnes conditions s'appuient sur la reconnaissance, l'autonomie, la bienveillance et un sentiment de justice qui s'applique à chacun.

Aucune des deux interviewées n'a fait référence à l'éthique ou la déontologie, cette absence lexicale nous semble bien le reflet d'un manque de clarification de la notion d'éthique

managériale au sein de notre corps de métier.

Il appartient en grande partie au cadre de santé de faire vivre les conditions éthiques. Mais nous voyons que la mise en œuvre de ces conditions est dictée par la définition des savoir-faire et savoir-être spécifiques à l'encadrement. En clair, il est nécessaire de travailler à l'identification et la clarification des compétences éthiques des managers du soin.

3.8. Forces et limites du dispositif.

3.8.1. Forces.

Ce type de démarche offre la possibilité de recueillir une parole singulière. Les apports des interviewés donnent un éclairage différent à notre propre perception du thème et font avancer notre propre réflexion.

Nous pouvons espérer que cette étude aussi limitée soit-elle permettra une amorce de discussion au sein de notre propre groupe professionnel.

L'utilisation d'une méthodologie scientifique de traitement et d'analyse des données apporte une garantie de rigueur et de crédibilité aux résultats.

3.8.2. Limites.

Nous avons conduit deux entretiens, ce qui est très faible comme recueil de données. La méthode employée dite qualitative ne permet pas de généraliser et reste tributaire du contexte, il n'est pas possible d'envisager de transférabilité des données.

Le discours recueilli reste la parole propre de l'interviewé, c'est sa vérité qui s'exprime. Les personnes interviewées disent ce qu'elles veulent au moment de l'entretien. Les interviewées connaissaient l'intervieweur et ont pu répondre pour faire plaisir à ce dernier. Les personnes ont accepté parce que, peut-être, à priori elles étaient très intéressées par le sujet.

Et il y a les limites du chercheur inexpérimenté que nous sommes qui a pu introduire plusieurs biais sans les percevoir.

CONCLUSION

Lorsque nous avons débuté ce travail de réflexion, nous étions loin de nous imaginer que nous allions soulever autant de questions. Nous avons vérifié que le questionnement éthique ne laisse que peu de repos et surtout oblige à une plus grande rigueur vis à vis de soi et une plus grande indulgence vis à vis d'autrui. L'éthique est exigeante et oblige à une attitude adulte.

Les lectures, les enseignements et les échanges tout au long de cette année n'ont fait que renforcer des convictions qui jusque-là, étaient trop peu élaborées, souvent teintées d'un sentiment de colère.

Réfléchir avec des auteurs et avec des collègues a été d'un grand intérêt pour nous en nous permettant de sortir de l'impasse du rejet simpliste, et de dire avec M.E Bouchaut-Rolnin : "L'éthique est un oui à la vie, à l'existence ...à l'existence avec les autres." (65) (Bouchaut-Rolnin M E. 2007).

Nous sentons que notre place de cadre est d'être au plus proche des équipes mais en même temps l'institution nous confie des tâches et des missions de représentation qui nous en éloignent.

Comment faire vivre une dimension de proximité tout en répondant à l'injonction institutionnelle ? Comment préserver des valeurs et surtout continuer à les faire vivre dans le quotidien ?

Pour ce travail, nous avons d'abord voulu partir de notre pratique quotidienne et tenter d'identifier ce qui provoque le décalage que nous ressentons. Nous avons fait un rapide tour d'horizon des changements structurels importants qui se sont imposés à notre système de santé et en particulier aux hôpitaux. Un changement rapide et profond qui a remanié jusqu'aux pratiques de soins. Cet impact sur le quotidien des soins ne peut pas laisser le cadre de santé indifférent. Il est garant de la qualité des soins prodigués par l'équipe. Les soignants sont la grande richesse de l'hôpital et le manager se doit de la faire fructifier au profit des patients. Ce respect des personnes reste incontournable à l'hôpital lieu où des humains prennent soin d'autres humains vulnérables. L'impératif kantien qui veut que la personne ne soit jamais traitée comme un moyen mais toujours comme une fin doit être, coûte que coûte, maintenu (Foessel M. op. cit.).

Il nous a semblé intéressant de regarder comment le métier de cadre avait évolué, d'une fonction de contrôle à une fonction de manager où les notions d'autorité et d'autonomie se sont transformées et ouvrent maintenant à plus de responsabilité partagée.

Le cadre est devenu un véritable intermédiaire, un passeur qui fait lien entre le patient et les soignants en promouvant des valeurs éthiques. Des valeurs qui se retrouvent autant dans le soin que dans la relation hiérarchique. En effet, cette sollicitude si naturelle du soignant vis à vis du patient faible et vulnérable pourrait être le socle d'un leadership bienveillant.

Pour donner corps à ce leadership, le cadre de santé peut jouer d'un levier formidable qui est la proximité qu'il entretient au quotidien. Il est proche et il peut ainsi donner à voir et à entendre des valeurs exigeantes de qualité des soins.

A ce moment-là de notre travail, nous avons besoin de références qui permettraient de consolider notre propre réflexion. Les lectures et enseignements nous ont orientés vers l'éthique dite des vertus dont Aristote est le premier théoricien. Une éthique qui convient parfaitement à notre recherche parce qu'elle reconnaît que chacun d'entre nous a une trajectoire de vie singulière et qu'elle défend la légitimité à vouloir être meilleurs que nous sommes, « elle fait simplement davantage cas de l'épanouissement humain » (Büchler K. op. cit.).

Cette éthique a ouvert la voie à d'autres auteurs comme Habermas, ou encore Ricœur dont l'éthique de la sollicitude nous a beaucoup conforté dans notre réflexion. La sollicitude et le « care » ou « prendre soin » qui peuvent être de puissants moyens pour renforcer l'engagement des soignants, des moyens respectueux, porteurs de valeurs morales « bien soigner, aider l'autre, ne s'impose pas par la contrainte » (66) (Gruat F. 2015).

Mais un leadership éthique ne se décrète pas, il recourt à un ensemble de vertus morales ou compétences. Ces compétences éthiques sont-elles clairement définies pour tous et comment ? Il nous fallait vérifier si notre propos rencontrait un écho favorable auprès de nos pairs. Nous avons conduit deux entretiens de la manière la plus rigoureuse possible auprès de collègues cadres. Certes, il est bien difficile d'extrapoler des conclusions générales d'une aussi faible représentativité, mais les réponses nous ont permis de vérifier que nous n'étions pas seul à partager une vision du management plus humaniste, plus centrée sur les personnes. Nos collègues, sans le dire, ont parlé de leadership éthique et cela est très rassurant et engageant pour nous.

Nous pouvons maintenant mieux affirmer que l'éthique est une compétence essentielle au management actuel. Notre monde du travail se complexifie, avec des demandes de plus en plus exigeantes des tutelles mais aussi des patients. Le cadre de santé, dont on a vu que la

position intermédiaire fait lien et donne sens, doit être à même de répondre à cette complexité. Une réponse possible est dans la mise en œuvre de compétences éthiques. Encore faut-il que nous puissions les identifier. Il nous faut être extrêmement prudent pour ne pas transformer la réflexion éthique en un ensemble de règles déontologiques, « donner du sens n'est pas donner un sens » (Boula JG. Op. cit.). Nous devons bien mesurer qu'ouvrir une réflexion éthique c'est créer un espace de délibération ; « c'est non seulement l'oubli de l'homme qui conduit à des pratiques contraires à l'éthique, mais peut être encore plus sa réduction à une seule dimension » (67) (Brasseur M. 2011). Cette réalité ne peut pas se lire au regard d'un guide déontologique et / ou technique. Les soignants ont besoin de plus d'éthique mais pas de plus de règles qui réduisent chaque fois un peu plus l'espace de réflexion. L'éthique n'est pas un moyen pour renforcer des conduites, elle ne peut être considérée comme un outil de gestion. Le risque serait majeur en institutionnalisant l'éthique de la détruire « L'institutionnalisation de la réflexion éthique est un contre-sens qui peut s'avérer dangereux si les professionnels de santé en viennent à estimer que toute l'éthique se réduit à l'application d'un ensemble de procédures prédéfinies » (68) (Dekeuwer C, Chvetzoff R, Clouzeau C et Kopp N. 2011).

Le manager doit développer des compétences au service de la pensée éthique et des valeurs du soin et non pas au service des seules bonnes pratiques jugées conformes. Des valeurs qui permettraient d'inscrire le management dans une visée du vivre et travailler bien ensemble pour aller loin. Un management qui favoriserait une atmosphère de respect et d'humanité.

Enfin, nous concluons sur d'autres pistes possibles de réflexions futures, comme la dimension créative dans le management bienveillant, ou y a-t-il un art du management comme il y a un art du soin ? Et tous les managers du soin sont-ils à même de développer cet art ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Lagadec AM. Plaidoyer pour la fonction de cadre de santé de proximité. Soins cadres 2014 ; 90, 20-22
- (2) Detchessahar M. Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management. Soins cadres 2013 ; 85, 28-32
- (3) Malherbe JF. De la crédibilité de l'éthique. Droit, Déontologie & Soins 2002 ; vol, 2, 4-7
- (4) Hees M. Le management à l'hôpital. Paris : Editions Seli Arslan ; 2010
- (5) Marcel Madila Basanguka A. Ethique et imagination chez Paul Ricœur. Revue d'éthique et de théologie morale 2005/1; N°233,113-134.
- (6) Revillot JM. Les paradoxes entre management et encadrement dans les fonctions de cadre de santé. Soins cadres 2010 ; 76, 24-26
- (7) Becu S. Bienveillance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital. Soins cadres 2012 ; 83, 14-16
- (8) Hesbeen W. Le cadre de santé et les outils de la pratique du quotidien. Soins cadres 2007 ; 61, 26-29
- (9) Svandra P. Penser le sens de son action, une activité essentielle pour le cadre de santé. Soins cadres 2008 ; 65, 31-33
- (10) Hesbeen W. Cadre de santé de proximité – un métier au cœur du soin. Paris: Elsevier Masson; 2011.
- (11) Marin C. et Worms F. (sous la direction) A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott Paris : PUF ; 2015

- (12) Cohen Raphaël H. Plaidoyer pour un leadership bienveillant. L'expansion Management Review 2013, N°148, 90-99.
- (13) Miremont MC et Valax M. Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. @GRH 2015 ; N°15,15-35
- (14) Barus-Michel J. Le sens de l'équipe, de l'individuel au collectif. Soins cadres, 2014; supplément au n°90, 10-12.
- (15) Baumgartner E. et Menard P. Dictionnaire étymologique et historique de la langue française. Paris: librairie Générale Française; 1996.
- (16) Desroches D. Est-il possible de dire l'éthique de la proximité ? PhaenEx; 2009, N°1,112-145.
- (17) Mispelblom-Beyer F. Les décisions invisibles du management de proximité. Soins cadres 2010 ; 76, 27-30
- (18) Circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 février 1990
- (19) Singly (de) C. Rapport de la mission cadres hospitaliers. 2009, <http://www.sante.gouv.fr>
- (20) Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie – Fonction Publique hospitalière. www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr. consulté le 20 mars 2016
- (21) Patin B et Ruiller C. Le travail relationnel du cadre : un impensé. Gestions hospitalières octobre 2011; N°509,499-502.
- (22) Feroni I et Kober-Smith A. La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande Bretagne. Revue française de sociologie; 2005, vol.46, 469-494.

- (23) Robbes B. Les trois conceptions actuelles de l'autorité. Les cahiers pédagogiques du 28 mars 2006. <http://www.cahiers-pedagogiques.com> consulté le 23/02/2016
- (24) Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé
- (25) Boula JG. Cadres de santé et interrogation éthique: l'éthique de l'encadrement. Ethique et santé 2010 ; 7, 64-70
- (26) Hubert A. De l'autorité à la fonction. Soins cadres 2003 ; 46, 48-51
- (27) Grillo E. L'autonomie : dimensions et paradoxes. Ethique & Santé 2004 ; 1,179-181
- (28) Foessel M. Kant ou les vertus de l'autonomie. Etudes 2011/3 ; tome 414, 341-351
- (29) Le petit Larousse illustré. Paris : 100ème édition ; 2005
- (30) Ward J. Ethique de la responsabilité et éthique du « care » : quelles logiques pour fonder une éthique de l'intervention sociale ? Vie Sociale 2009;N°3,1-6
- (31) Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital – inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson ; 1997
- (32) Péoc'h N et Céaux C. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé. Recherche en Soins Infirmiers 2012;N°108,53-66
- (33) Brugère F. La sollicitude et ses usages. Cités 2004 ; N°40,139-158
- (34) Svandra P. La sensibilité au cœur de l'expérience éthique. Perspective soignante 2007; N°28,102-110.

- (35) Tissot M. Le cadre de santé dans son management, proximité ou juste distance ?
Revue Hospitalière; 2013, N°551, 26-28.
- (36) Le Boulch G. Approche systémique de la proximité : définitions et discussion.
Université Paris IX dauphine, IIIème journée de la proximité. 2001.
- (37) Revillot JM. La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail ; Soins Cadres 2013;N°86,14-17.
- (38) Bourret P. Cadre de santé, un travail de lien invisible. Soins cadres de santé 2008 ; 65,
23-27
- (39) Sainsaulieu Y. Les appartenances collectives à l'hôpital. Sociologie du travail. 2006;
n°1, 72-87.
- (40) Brun G. Complexité et incertitude : l'éthique managériale. Projectique 2012/1; N°10,
29-39.
- (41) Grassin M. L'éthique : au cœur des rapports de l'humain. Ethique et santé 2004 ; 1,
70-72
- (42) Barreau H. L'éthique de Paul RICOEUR à partir de soi-même comme un autre. 2006 ;
<https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00108135/document> consulté le 12 février
2016
- (43) Canto-Sperber M. (sous la direction) dictionnaire d'éthique et de philosophie morale
Tome 1 et 2. Paris : PUF ; 2004
- (44) Kremer-Marietti A. L'éthique. Que sais-je ? Paris: PUF; 1999.
- (45) Hottois G. Ethique de la responsabilité et éthique de la conviction.
<http://id.erudit.org/iderudit/401006ar> consulté le 1^{er} mars 2016.

- (46) Deslandes G. Ethique des organisations : le retour de la vertu. L'expansion Management Review 2010/2;N°137,103-111
- (47) Büchler K. Qu'est-ce que l'éthique des vertus ? 2014 ; HAL-00994574
- (48) Habermas J. De l'éthique de la discussion. Paris : CHAMPS essais Flammarion ; 2013
- (49) Durand G. Introduction générale à la bio éthique. Paris : fides ; 2005
- (50) Oiry E. Duguey I et Foucaud J. Ethique normative et éthique réflexive : quel rôle dans le leadership éthique des managers du soin ? Journal de Gestion et d'Économie Médicales 2015;vol.33.N°1,3-21
- (51) Péoc'h N. Bientraitance et éthique du care...Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques .Recherche en Soins Infirmiers 2011/2(N°105) ; 4-13
- (52) Zielinski A .L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. Etudes 2010/12(tome 413); 613-641.
- (53) Svandra P. Peut-on parler d'une éthique du « care » ? Gestions Hospitalières; 2009, 10-13.
- (54) Svandra P. Le soin entre sollicitude et responsabilité-Une lecture croisée de Ricœur et de Levinas. <http://svandra.over-blog.com/2015/04>. Consulté le 09/03/2016.
- (55) Dupuis M, Gueibe R et Hesbeen W. (coordonné par) Ethique du management et de l'organisation dans le système de santé. Paris: Seli Arslan; 2015.
- (56) Le Coz P. La nécessaire réflexion éthique des cadres hospitaliers. Gestions Hospitalières 2005, cahier N°195,816-817.
- (57) Le petit ROBERT. Dictionnaire de la langue française. Paris ; 2003

- (58) Pirra JM. Pratiquer la bienveillance en management. Soins cadres 2012 ; 83, 25-26
- (59) Reyre G. Manager, une épreuve de lucidité. Gestions Hospitalières 2007 ; cahier 208,582-589
- (60) Arbouche M. Développement des compétences éthiques. Une approche par l'éthique des vertus. Management&Avenir 2008/6 ; N°20,115-128
- (61) Molière. Le bourgeois gentilhomme. Poche ; 1985
- (62) Fernandez L.et Pédinielli JL. La recherche en psychologie clinique. Recherche en Soins Infirmiers. 2006/1 N°84, p.41-51
- (63) Eymard C. Initiation à la recherche en soins et en santé. Paris: Edition Lamarre; 2003.
- (64) Bardin L. « L'analyse de contenu »Paris : PUF ; 2013
- (65) Bouchaut-Rolnin M E. L'éthique de management : une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital. Gestion Hospitalière;2007
- (66) Gruat F. Le soin, un acte éthique. Soins 2015/12;N°801,33-35
- (67) Brasseur M. Retour de l'homme, retour de l'humanisme. Humanisme et entreprise 2011 /3; N°303, 1-8.
- (68) Dekeuwer C, Chvetzoff R, Clouzeau C et Kopp N. Réflexion éthique et institutionnalisation de l'éthique. Ethique & Santé 2011; N° 8,125-131.

ANNEXES

ANNEXE I	Matrice de questionnement pour l'élaboration du guide d'entretien auprès des cadres de santé
ANNEXE II	Grille d'interprétation des données recueillies
ANNEXE III	Retranscription de l'entretien n°1
ANNEXE IV	Retranscription de l'entretien n°2

<p>Matrice de questionnement pour l'élaboration du guide d'entretien auprès des cadres de santé</p>

Question inaugurale : Pouvez-vous me parler de votre pratique de cadre au quotidien ?

Nous cherchons à savoir :	Pour :	Les questions de relance
Si le cadre distingue une définition de sa pratique	Identifier si le cadre trouve bien sa place de manager Identifier dans quel type de management il se situe	A votre avis, la légitimité du cadre se fonde sur quelles valeurs ? Comment qualifieriez-vous votre management ?
Si le cadre est conscient d'être porteur d'une éthique managériale propre	Comprendre comment le cadre met en jeu son éthique	A votre avis les valeurs managériales peuvent-elles aider à l'autonomie et comment ?
Si le cadre pense que la proximité favorise sa posture éthique	Repérer les moyens mis en œuvre pour instaurer et faire vivre cette proximité	Comment qualifieriez-vous votre relation au quotidien avec les soignants ? Quels moyens utilisez-vous pour montrer que vous êtes proche de votre équipe ?

Grille d'interprétation des données recueillies lors des entretiens

Unité d'enregistrement :	Extraits de l'entretien N°1 avec Annie :
<p>Le cadre médiateur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La sagesse pratique ▪ L'autorité qui fait loi ▪ L'autorité qui autorise, qui aide à l'autonomie 	<p>L8 je hiérarchise les demandes L 61 il m'arrive de différer les demandes L6 s'il y a des difficultés sur le moment ou depuis notre dernière rencontre ce qui me donne déjà une trame de travail pour ma journée L10 je fonctionne à la demande du personnel ou des familles. L73 Je ne me place jamais comme super pro de la question L76 ce n'est pas la chef toute puissante, l'experte. L35 Je pense que si on les sollicite, on les place au plus près de soi. Les gens rendent plus, ils vont au-delà même de l'attente L34 je les sollicite toujours pour savoir ce qu'elles en pensent. L37 je ne me sens pas « au-dessus ». Pour autant je n'ai pas besoin de dire « vous avez vu à qui vous parlez ». L72 considérer leur point de vue tout aussi intéressant que le mien L75 je leur dit « ça, ça veut dire quoi ? Comment tu fais ça?</p>
<p>Le prendre soin du cadre, la sollicitude</p>	<p>L22 on doit prendre soin de nos équipes. peut-être aussi un peu maternante mais je crois que les équipes ont aussi besoin de ça, qu'on prenne soin d'elles.</p>

Les vertus du cadre pour quelle éthique ?

- Bienveillance
- Humanité
- Le parler vrai ou parrêsia

La proximité

- Etre proche par quel moyen ?

L6 je salue tout le monde,

L30 elles savent qu'elles peuvent compter sur moi et je leur fais confiance.

L35 essayer de critiquer de manière constructive en les interrogeant.

L64 il m'est arrivé aussi de dire : « je ne pense pas que ce soit le bon moment-là »

L60 Montrer qu'ils existent à mes yeux aussi bien dans leur rôle de soignant qu'en tant que personne.

L21 Psychologue, assistante sociale, je veux bien avoir toutes ces casquettes !

L37 Cela crée un esprit de collaborateur,

L5 je vais rencontrer chaque agent sur chaque secteur

L56 Déjà, physiquement

L57 j'essaie de faire attention à ce qu'elles m'ont dit sur un plan humain,

L51 je tends l'oreille, je me rends disponible, j'aime bien l'humour aussi, c'est un bon levier pour entrer en contact avec tout le monde

L12 Je peux être interrompue car ma porte est toujours « ouverte »

L18 moi je me place là pour l'agent afin qu'il ait tout ce qu'il faut pour travailler

L20 si l'agent a une difficulté le matin en arrivant il peut venir m'en parler, je suis disponible.

L45 je ne compte pas mon temps pour les écouter,

Unité d'enregistrement :	Extraits de l'entretien N°2 avec Béatrice:
<p>Le cadre médiateur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La sagesse pratique ▪ L'autorité qui fait loi ▪ L'autorité qui autorise, qui aide à l'autonomie 	<p>L3 compliquée, stressante L11 J'ai peur de ne pas avoir le temps de finir. L93 J'ai besoin d'arriver à m'organiser L97 j'y travaille, ça me préoccupe encore. L8 activité très fluctuante, pas de plage horaire assez longue L95 en tant que cadre sans organisation tu ne t'en sors pas, tu as besoin de prioriser les choses, L99 pas dans le soin, ça c'est terminé, j'ai fait le tour du soin. L76 ce sont des collègues. L77 on est dans le même bateau. L78 on est ensemble même si on n'a pas la même fonction. L28 pour pas me positionner tout de suite en tant que chef, L34 il y a autoritaire aussi(...) L36 pour recadrer un comportement, un débordement. L75 Même si je suis le « chef », je veux avoir une relation de confiance. L21 je fais en sorte qu'elles n'aient pas tout le temps besoin de moi. L27 j'ai commencé à leur déléguer des choses. L49 je vais les amener à participer un peu plus,</p>
<p>Le prendre soin du cadre, la sollicitude</p>	<p>L100 je préfère amener mes valeurs sur le soin aux soignants, L78 Il m'est arrivé de faire un geste technique pour montrer à une jeune infirmière qui ne l'avait jamais fait</p>
<p>Les vertus du cadre pour quelle éthique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bienveillance ▪ Humanité ▪ Le parler vrai ou parrêsia 	<p>L89 C'est une valeur cette confiance entre le cadre et l'équipe, L83 Confiance c'est un mot que je leur dit assez facilement. L84 je leur demande de me faire confiance, je tente de rétablir ce climat de confiance. L17 leur apporter le maximum de connaissances. L51 j'ai réuni tout le monde autour de la table pour se dire les choses</p>

<p>La proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre proche par quel moyen ? 	<p>L69 Je veux des relations honnêtes, franches, je veux du dialogue. L86 essayer d'être le plus honnête possible L88 si tu es dans le silence et que tu n'apportes aucune réponse tu perds toute confiance L90 c'est important d'expliquer les choses. L74 on boit le café ensemble, je crée du lien. L62 je passe dans le service en disant bonjour à tout le monde, L67 je ne suis pas parfaite, je peux faire des erreurs L39 tu as des êtres humains en face de toi,</p> <p>L73 C'est naturel, on va discuter d'autre chose que du travail L77 on est dans le même bateau, même si c'est moi le capitaine. L37 tu dois t'adapter aux agents L66 J'ai une relation sympathique avec l'équipe L24 je me sentais en tant que cadre un peu obligée de les aider L25 en oubliant un peu que moi aussi j'avais du boulot.</p>
---	--

Retranscription de l'entretien n°1 :
Annie, cadre de santé, 15 ans d'exercice, en service de médecine

16 minutes

1 HF : Est-ce que tu peux me parler de ta pratique de cadre au quotidien ?

2 Annie : Est-ce que je peux parler d'une journée type ?

3 HF : oui, c'est une bonne idée.

4 Annie : elle commence toujours de la même manière : par un petit tour auprès de l'équipe,
5 je vais rencontrer chaque agent sur chaque secteur parce que j'ai plusieurs secteurs, je
6 salue tout le monde, je vois s'il y a des difficultés sur le moment ou depuis notre dernière
7 rencontre ce qui me donne déjà une trame de travail pour ma journée, s'il y a des choses à
8 résoudre dès le matin. En fonction de cela je hiérarchise les demandes, si pas d'urgence, je
9 me lance sur des charges de travail plus administratives comme AGILTIME (logiciel de
10 gestion du temps de travail), ou demande de matériel etc., ensuite je fonctionne à la
11 demande du personnel ou des familles. Je peux être interrompue car ma porte est
12 toujours « ouverte » même si elle est concrètement fermée, mais ouverte pour les
13 personnels, les agents le savent.

14 HF : Sur quelles valeurs fonde-tu ta légitimité de cadre par rapport à l'équipe ?

15 Annie : Mes valeurs : humaine d'abord, d'écoute, c'est ce que l'équipe me renvoie, de
16 disponibilité, je me positionne sur ce qui est peut être différent de ce qu'on entend
17 d'habitude : « le cadre est là pour les patients » c'est vrai c'est la finalité de la finalité,
18 mais l'intermédiaire c'est l'agent, et moi je me place là pour l'agent afin qu'il ait tout ce
19 qu'il faut pour travailler que ce soit sur le plan matériel mais aussi psychologique, si
20 l'agent a une difficulté le matin en arrivant il peut venir m'en parler, je suis disponible.
21 Psychologue, assistante sociale, je veux bien avoir toutes ces casquettes ! C'est aussi le
22 rôle du soignant et même si on n'est plus dans le soin, on doit prendre soin de nos
23 équipes. Ça, c'est très fort chez moi, ce qui me mobilise en premier lieu afin que l'équipe
24 soit bien, pour elle, à son tour, aller au chevet du patient et prodiguer des soins de la
25 meilleure qualité possible.

26 HF : si tu devais qualifier ton management, tu dirais quoi ?

27 Annie : relativement participatif, d'autant plus depuis qu'on est 2 cadres maintenant, j'ai
28 donc de plus petites unités que j'ai mises en route, et finalement je m'aperçois que les 3
29 unités que j'ai mises en place depuis quelques mois sont autonomes. Je passe à plusieurs
30 reprises par jour, elles le savent, elles savent qu'elles peuvent compter sur moi et je leur
31 fais confiance.

32 HF : elles ? Ce sont les infirmières et les aide soignantes ?

33 Annie : oui, les 2. Lorsque j'ai un projet, un axe d'amélioration dans un service, je les
34 sollicite toujours pour savoir ce qu'elles en pensent. Comment elles font et puis essayer

35 de critiquer de manière constructive en les interrogeant. Je pense que si on les sollicite,
36 on les place au plus près de soi. Les gens rendent plus, ils vont au-delà même de l'attente.
37 Cela crée un esprit de collaborateur, je ne me sens pas « au-dessus ». Pour autant je n'ai
38 pas besoin de dire « vous avez vu à qui vous parlez ».

39 HF : La dimension hiérarchique ne disparaît pas ?

40 Annie: pas du tout.

41 HF : même si tu es dans un rapport de confiance, de partage, tu n'as pas le sentiment de
42 perdre ton autorité ?

43 A Annie: non, absolument pas.

44 HF : Dans ta relation au quotidien tu parles de confiance, est ce qu'il y a autre chose ?

45 Annie : déjà, une certaine écoute, je ne compte pas mon temps pour les écouter, elles me
46 racontent un peu leur vie. L'écoute, parce que si elles-mêmes sont écoutées, elles
47 pourront peut-être écouter le malade dans le lit, parce que quand on est malade c'est
48 quelque chose que l'on attend, je m'aperçois que simplement en écoutant les gens en
49 passant un peu de temps avec eux, on a été une excellente infirmière. Plus que si j'ai
50 loupé ou pas la veine.

51 L'écoute donc, l'équité aussi, je tends l'oreille, je me rends disponible, j'aime bien
52 l'humour aussi, c'est un bon levier pour entrer en contact avec tout le monde, aussi bien
53 les infirmières, les aide soignantes, celles qui sont au bloc, celles qui sont en consultation.
54 Tout le monde est « logé à la même enseigne ».

55 HF : quels moyens utilises-tu pour montrer que tu es proche de ton équipe au quotidien ?

56 Annie : Déjà, physiquement, le matin dès que j'arrive, je ne commence pas à faire autre
57 chose, je fais mon tour, j'essaie de faire attention à ce qu'elles m'ont dit sur un plan
58 humain, des gens qui ont des difficultés ou même des banalités. Par exemple, quelqu'un
59 qui me raconte que ce week-end il y a le baptême du petit et bien le lundi je penserai à lui
60 demander si ça s'est bien passé. Montrer qu'ils existent à mes yeux aussi bien dans leur
61 rôle de soignant qu'en tant que personne et puis je ne compte pas mon temps, il m'arrive
62 de différer les demandes, mais elles savent qu'elles peuvent compter sur moi.

63 HF : tu diffères mais de toute façon tu vas offrir du temps et de la disponibilité ?

64 Annie : il m'est arrivé aussi de dire « je ne pense pas que ce soit le bon moment-là, j'ai
65 des trucs, je sens que je ne serai pas attentive, est ce qu'on peut reprogrammer cet
66 entretien ? ». Au final c'est vrai que ça fait une posture un peu « psycho- assistante
67 sociale », peut être aussi un peu maternante mais je crois que les équipes ont aussi besoin
68 de ça, qu'on prenne soin d'elles. Quand j'écoute, quand je vois autour de moi je trouve
69 que l'institution est assez maltraitante à ce niveau-là et j'essaie, moi, de ne pas être la
70 dedans. Après la finalité, c'est que les patients soient pris en charge correctement, j'ai
71 souvent des retours positifs et je pense que c'est un bon moyen d'y arriver, d'être proche
72 de son équipe, dans l'écoute, dans l'accompagnement, dans la recherche de solution,
73 considérer leur point de vue tout aussi intéressant que le mien. Je ne me place jamais
74 comme super pro de la question, moi, j'avais jamais fait cette spécialité (médicale), alors

75 je leur dit « ça, ça veut dire quoi ? Comment tu fais ça ? » Et du coup elles se retrouvent
76 aussi avec une reconnaissance, c'est pas la chef toute puissante, l'experte.

77 HF : J'ai fini avec mes questions, est ce que tu voudrais rajouter quelque chose ?

78 Annie: Non, j'ai fini, j'espère que tu vas pouvoir en faire quelque chose.

Retranscription de l'entretien n°2 :
Béatrice, cadre de santé, 2 ans d'expérience, en service de chirurgie

27 minutes

1 HF : Est-ce que tu peux me parler de ta pratique de cadre au quotidien ? Comment est-ce que tu la qualifierais ?

2 Béatrice: C'est assez fluctuant ça dépend des jours mais rarement calme. Surtout
3 compliquée, stressante, moi qui suis jeune cadre en plus... diplômée depuis 2014,
4 pratique quotidienne pas toujours très simple mais très rythmée. Ça c'est en lien avec la
5 période en ce moment, la semaine, avec beaucoup de réunions où il faut que j'arrive à caler
6 mon travail personnel.

7 HF : très découpé ? Haché ?

8 Béatrice : Voilà c'est ça, une activité très fluctuante, pas de plage horaire assez longue
9 pour me plonger dans le planning par exemple, plus toutes les activités du quotidien.
10 Stressant, oui, pour un jeune cadre, je ramène des pensées, du souci dans ma tête à la
11 maison, je ressasse ce qu'il me reste à faire. J'ai peur de ne pas avoir le temps de finir. Je
12 ramène le planning à la maison mais il ne fait que se balader, je ne trouve pas le temps
13 de le faire.

14 HF : Sur quelles valeurs fondes-tu ta légitimité de cadre par rapport à l'équipe ?

15 Béatrice : la responsabilité, le sens de la responsabilité, concrètement, je suis garante de
16 la sécurité de la qualité des soins, amener les équipes à travailler dans la conformité,
17 essayer de leur apporter le maximum de connaissances sur la réglementation, c'est le
18 côté régulation de contrôle, quelles valeurs sur la fonction cadre ? Le sens de la
19 responsabilité, leur donner cette valeur-là à elles aussi, les responsabiliser, les mettre
20 devant leur responsabilité lorsque cela est nécessaire, les accompagner la dedans.

21 HF : est-ce que tu associes responsabilité et autonomie ?

22 Béatrice : oui aussi, je suis la garante mais je fais en sorte qu'elles n'aient pas tout le
23 temps besoin de moi. Au début, je sortais de l'école, elles m'ont beaucoup sollicité et j'ai
24 beaucoup répondu et fait à leur place, il fallait qu'on voit comment on fonctionne, je me
25 sentais en tant que cadre un peu obligée de les aider car je les voyais submergées en
26 fonction de l'activité qui débordait, en oubliant un peu que moi aussi j'avais du boulot à
27 côté. Au fil du temps j'ai commencé à leur déléguer des choses, j'y suis allé très lentement
28 pour pas me positionner tout de suite en tant que chef, c'est le nom que l'on m'a donné dès
29 mon arrivée : « chef », mais c'est un chef vachement gentil.

30 HF : Comment qualifierais-tu ton management ?

31 Béatrice : il y a plusieurs style, mon style, ça dépend des jours, globalement il est dans le
32 participatif. Des fois il a été non pas « patriarche » mais « matriarche ». En tout cas
33 maternel. Et j'essaie de me détacher de ce style de management car je pense que ce n'est

34 pas leur rendre service ni me rendre service, donc plutôt participatif, il y a autoritaire
35 aussi, alors ça peut m'arriver je peux en avoir besoin, une ou deux fois pour recadrer un
36 comportement, un débordement. Oui je peux être un peu plus autoritaire, sévère, mais le
37 style de management peut être différent, tu dois t'adapter aux agents, ils sont tous
38 différents, tu ne dois pas être dans le même modèle. Si tu as le même comportement
39 envers tous les agents, tu vas à l'échec, tu as des êtres humains en face de toi, c'est
40 comme si les soignants avaient le même comportement envers tous les malades et moi je
41 leur dis à elles, quand elles rencontrent des difficultés avec les malades, sur des
42 comportements qui les dérangent, je leur dis « mais vous savez, tous les malades ne sont
43 pas les mêmes, vous n'allez pas pouvoir les soigner de la même façon, vous n'allez pas
44 avoir les mêmes relations avec tous les patients, certains seront dans leur lit et il faudra
45 s'en occuper alors qu'ils pourraient être autonome, d'autres vont refuser d'être malade et
46 vont vouloir tout faire tout seul et même aller trop loin il va falloir les prendre ne charge
47 différemment ». J'ai des filles avec des caractères complètement différents avec certaines
48 il va falloir être plus autoritaires et d'autres il va falloir faire tout à leur place donc là je
49 vais les amener à participer un peu plus, à faire les choses et pas toujours à me soumettre
50 leur idée, pour que ça se passe. L'année dernière il y a eu un conflit, le temps que cela
51 m'arrive aux oreilles, j'ai mis les pieds dans le plat, j'ai réuni tout le monde autour de la
52 table pour se dire les choses et on a réglé les problèmes et au final ça s'est arrangé, je ne
53 sais pas comment on pourrait qualifier ce management...

54 HF : participatif ?

55 Béatrice : oui c'est participatif

56 HF : ou plus globalement : une réflexion partagée ?

57 Béatrice : oui c'est plus ça

58 HF : quelles sont les valeurs managériales qui aident à l'autonomie ?

59 Béatrice : un management plutôt personnalisé

60 HF : quelles valeurs dans ta relation quotidienne avec les équipes ?

61 Béatrice : Bonnes relations, c'est ce que j'essaie de mettre en place, non les choses se
62 font naturellement. Première chose je passe dans le service en disant bonjour à tout le
63 monde, et quand je pars le soir c'est pareil je dis au revoir à tout le monde, je signale mon
64 départ, c'est un signe de respect et de politesse envers les agents. Et puis les équipes, ça
65 dépend de l'ambiance, des fois elles me disent au revoir ou pas, en ce qui me concerne j'y
66 veille particulièrement. J'ai une relation sympathique avec l'équipe, une relation franche
67 et ouverte. Je leur ai toujours dit « je ne suis pas parfaite, je peux faire des erreurs, s'il y a
68 des choses, on peut me les dire et inversement s'il y a des choses que j'ai envie de vous
69 dire je vous les dirai ». Je veux des relations honnêtes, franches, je veux du dialogue.

70 HF : tu parles d'une position hiérarchique. Comment peux-tu mettre les agents en
71 confiance pour qu'ils osent venir te parler ? Quels moyens utilises-tu pour montrer que tu
72 es proche de ton équipe au quotidien ? Montrer ta proximité, ton accessibilité ?

73 Béatrice : C'est naturel, on va discuter d'autre chose que du travail, quelque chose qui n'a

74 rien à voir avec le travail, on boit le café ensemble, je crée du lien. C'est là aussi que tu
75 arrives à avoir des informations sur le travail, les conditions de travail etc. Même si je
76 suis le « chef », je veux avoir une relation de confiance, ce sont des collègues, c'est
77 comme ça que je vois les choses, on est dans le même bateau, même si c'est moi le
78 capitaine, on est ensemble même si on n'a pas la même fonction. Il m'est arrivé de faire
79 un geste technique pour montrer à une jeune infirmière qui ne l'avait jamais fait, je l'ai
80 formée la dessus, ça n'est peut-être pas mon job, mais en même temps qui va le faire ?
81 C'est une relation de confiance.

82 HF : ta confiance, tu la construits par ta présence, ton accessibilité ? Ta disponibilité ?

83 Béatrice : oui, mon accessibilité surtout. Confiance c'est un mot que je leur dit assez
84 facilement, quand les agents viennent me voir par rapport au planning qu'elles ont peur
85 d'être lésées, je leur demande de me faire confiance, je tente de rétablir ce climat de
86 confiance quand je sens qu'il est un peu mis à mal, j'appuie la dessus. Parce que tu peux
87 pas tout dire aux agents, au moins, essayer d'être le plus honnête possible, parler,
88 expliquer, si tu es dans le silence et que tu n'apportes aucune réponse tu perds toute
89 confiance. C'est une valeur cette confiance entre le cadre et l'équipe, on a des injonctions
90 à leur donner mais c'est important d'expliquer les choses.

91 HF : eh bien moi j'ai fini .Est ce que tu voudrais rajouter quelque chose ?

92 Béatrice : par rapport à mon exercice quotidien, j'espère réussir à trouver du temps pour
93 réaliser mes activités. J'ai besoin d'arriver à m'organiser, avant quand j'étais infirmière je
94 m'en sortais très bien quand les choses étaient désorganisées, mais en tant que cadre sans
95 organisation tu ne t'en sors pas, tu as besoin de prioriser les choses, il faut le faire,
96 j'apprends encore à le faire ce n'est pas toujours évident mais j'y travaille, ça me
97 préoccupe encore.

98 HF : comme si tu n'étais pas encore sûre d'être cadre à temps complet ?

99 Béatrice : pas dans le soin, ça c'est terminé, j'ai fait le tour du soin, je préfère amener mes
100 valeurs sur le soin aux soignants, le savoir être, le savoir-faire vers les soignants. Cette
101 fonction cadre ne m'est pas toujours simple, parce que je suis un peu désorganisée, je
102 n'aime pas faire les plannings, par exemple, alors que c'est le nerf de la guerre, les
103 plannings, il faut absolument que je les fasse.

104 HF : c'est peut être un moyen concret d'établir la relation de confiance, le planning ?

105 Béatrice : oui, tu as raison, je ne maîtrise pas toujours mais j'y travaille.

106 HF : je te remercie pour ta participation.