

**ECOLE D'ENSEIGNEMENT ET DE PROMOTION SOCIALE DE LA
COMMUNAUTE FRANCAISE RUE SAINT-BRICE, 53 – 7500 TOURNAI
ENSEIGNEMENT SUPERIEUR PARAMEDICAL CADRES EN SOINS DE SANTE**

**La solitude comme symptôme du malaise du cadre.
Est-elle condition de son autonomie ?**

Présenté par Petit Julie

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

ANNEE SCOLAIRE 2016 - 2017

**ECOLE D'ENSEIGNEMENT ET DE PROMOTION SOCIALE DE LA
COMMUNAUTE FRANCAISE RUE SAINT-BRICE, 53 – 7500 TOURNAI
ENSEIGNEMENT SUPERIEUR PARAMEDICAL CADRES EN SOINS DE SANTE**

**La solitude comme symptôme du malaise du cadre.
Est-elle condition de son autonomie ?**

Présenté par Petit Julie
En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

ANNEE SCOLAIRE 2016 - 2017

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de cette épreuve intégrée.

Merci au corps professoral et plus particulièrement à M. Vantomme pour ses précieux conseils, son encadrement, ses remarques pertinentes et pour m'avoir ouvert l'esprit sur certaines notions et valeurs.

Merci aux Pegasus pour ces trois années passées ensemble, ainsi qu'aux personnes qui m'ont inspirée, à des degrés divers.

Et enfin merci à ma famille, plus particulièrement à ma mère et à mon conjoint pour leur soutien continu, leur confiance, leur réconfort et leur patience dans les moments de doute.

Julie

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

Simone de Beauvoir, vous savez, celle qui est devenue « femme », a écrit dans « La force de l'âge » à propos de la solitude : « ... *mon unique recours contre la solitude, c'était de me manifester* ». Qui a eu recours ?

Manifester, c'est un truc de syndicalistes, du genre « jamais contents » ou de révolutionnaires. Mais qu'est-ce qu'une révolution ? C'est en tout cas un mouvement, un déplacement de soi, avec ou sans les autres. Le *tania solium* est seul mais il peut se manifester. C'est manifeste, substantif et qualificatif !

Avant de manifester et donc de se manifester, voyons ce que propose la solitude, amont de la manifestation qui n'a pas été, forcément, protestataire. Seul, je suis et je peux réfléchir à l'abri des sollicitations, plus ou moins intrusives, distractives ou constrictives. Seul, je suis et je peux penser et me pencher sur mes possibilités. Mon pouvoir est alors d'imaginer et de poser mes idées, de les combiner ou de me faire des idées, de les organiser ou de conjecturer, de me forger une opinion ou de m'en interroger. Seul, je réfléchis !

Réfléchir, c'est un truc de miroir et donc d'alouettes, ou de narcissiques. Séduisant mais trompeur, séduisant ou leadeur, dirais-je plutôt. Dans le microcosme pédagogique, nous avons coutume (oui, nous en avons) d'évoquer ou d'invoquer la réflexivité. Pourquoi ne dirions-nous pas réflexibilité ?

Le malaise comme le plaisir sont réflexifs, ils interrogent et ils se cherchent pour s'en éloigner ou s'en approcher, pour s'en affranchir ou s'y aliéner, pour s'en détacher ou s'y attacher. Manifestement, ils motivent (à) l'action. C'est patent !

Manifester, manipuler, manigancer : quel est le point commun du préfixe de ces verbes ? « Mani », non pas comme le prophète perse et manichéen ; oubliez aussi la psychiatrie mais prenez en main l'étymologie de cet affixe avant le radical.

Aussi...

Prenez en main(s) votre solitude, celle de votre fonction, et elle se transformera en autonomie, en ce pouvoir qui se partage sans vases communicants. Réfléchissez-y !

Bonne lecture en compagnie de Julie, une *Pegasus*.

PATRICK

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1 : Le malaise des cadres	4
Chapitre 2 : La solitude	8
1. Pourquoi parler de solitude ?	8
2. Ambiguïté de la solitude.....	11
3. La solitude au travail : perspective positive.....	12
Chapitre 3 : Un peu d'histoire	14
1. Brève histoire de l'hôpital.....	14
2. Histoire de la catégorie des cadres.....	15
3. L'appellation cadre de santé	17
3.1 Surveillant	17
3.2 Cadre infirmier	18
3.3 Cadre de santé	18
3.4 Cadre infirmier de proximité	19
3.5 Manager.....	19
Chapitre 4 : L'identité professionnelle	21
1. Qu'est-ce que l'identité ?	21
2. La construction identitaire du cadre de santé	21
Chapitre 5 : Les fonctions du cadre	24
1. Le cadre législatif	25
2. Responsabilités.....	25
2.1 Notion de responsabilité	25
2.2 Responsabilité du cadre de santé dans un service de soins ?	26
2.3 La responsabilité est aussi question de personnalité	26
3. Les rôles du cadre de santé.....	28

4.	Position du cadre	32
Chapitre 6 : L'autonomie.....		36
1.	Pourquoi parler d'autonomie ?.....	36
2.	L'autonomie du cadre de santé.....	37
3.	L'autonomie, une question de compétence ?	38
4.	L'autonomie et la confiance	44
5.	L'autonomie et les responsabilités	45
6.	Lien entre autonomie et solitude ?.....	45
Chapitre 7 : Pistes vers l'autonomie		48
1.	La communication.....	48
2.	La délégation	51
Chapitre 8 : La solitude salutaire		53
Conclusion		55
Perspectives conceptuelles et opérationnelles à envisager.....		58
Quelles sont les perspectives personnelles ?.....		60
Bibliographie		
Abstract.....		

Introduction

Ce travail a trouvé son origine à la suite de plusieurs réflexions, constatations, observations faites lors de notre pratique professionnelle et étudiante. Cadre de santé depuis un an, nous avons pu faire quelques constats sur cette fonction. Ses constats ont évolué et ce que nous pensions, imaginions avant d'acquiescer le poste a pu se vivre ou pas. Notre expérience est récente et cette épreuve intégrée nous a été difficile car nous avons été bien des fois « tiraillée » entre ce que nous imaginons, ce que nous lisons, apprenons et vivons. Malgré tout, nous vous proposons de voir ou revoir certaines notions et nous tenterons de vous proposer des pistes mais essentiellement de nourrir une réflexion enfouie dans votre esprit. L'hôpital, sans cesse en mouvement, doit s'adapter aux besoins, aux technologies, à de nouvelles organisations, des exigences en ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins. Les cadres de santé occupent une place stratégique au sein de l'hôpital, au carrefour de tous les courants d'informations, en interface avec toutes les logiques d'acteurs, en interaction avec les équipes. Pourtant que fait le cadre ? La question revient souvent de la part de l'équipe car son travail se fait dans un espace très vaste. Au centre de ces différentes logiques administratives, médicales et de soins, les cadres ont souvent du mal à se positionner. Hommes et femmes de terrain, les cadres de santé constituent la courroie de transmission entre la direction et les équipes de soins. En première ligne pour faire partager les objectifs, mais aussi contrôler, évaluer, motiver les collaborateurs et faire accepter le changement, leur rôle est loin d'être évident. Concilier cette mission de management avec leur propre contribution à l'activité de l'hôpital : tel est le défi qu'ils doivent relever au quotidien. Mais qui n'a pas rêvé de se voir grandir ? D'acquiescer de nouvelles responsabilités ? Une nouvelle fonction ? L'individu cherche à faire évoluer son activité professionnelle, à évoluer lui-même, cela dans une action volontaire. Dans cette évolution, nous sommes également à la recherche de plus d'autonomie, de responsabilités et d'activités d'un autre type. Mais d'autres questions nous taraudent également. Quel manager n'a pas rêvé de jeter l'éponge face à l'adversité et à l'ingratitude des personnes de son équipe, envers qui il s'était impliqué ? Quel manager ne s'est pas dit secrètement qu'il ne savait pas comment s'y prendre avec certaines personnes au comportement difficile ? Quel manager ne s'est pas trouvé désarmé pour résoudre des tensions entre les membres de son équipe ?

Des situations s'enveniment parfois et les managers ne savent plus vraiment sur qui ils peuvent durablement compter, l'indiscipline est alors considérable.

Voilà autant d'interrogations au sujet des cadres de santé, fonction à laquelle nous avons postulé et que nous vivons actuellement. Nous ne tenterons pas de répondre à toutes ces questions mais elles nous feront avancer tout au long de notre carrière en imaginant ne jamais être les seuls à nous les poser. Seuls, solitude : voici un sentiment bien présent chez les cadres de santé. En effet, de nombreux chefs en place ont déjà exprimé le sentiment de se sentir seul dans l'exercice de leur fonction. Le malaise des cadres est bien connu mais est-ce un mythe ou une réalité ? Si nous partons d'une réalité, nous nous contenterons d'approfondir un de ses symptômes qui est la solitude.

Pendant notre cursus, nous avons été mise à l'épreuve et notre autonomie s'est accentuée et était même notée. Nous nous sommes demandé pourquoi ? Sur quoi se basait exactement cette note ? Car il nous semblait difficile d'évaluer l'autonomie. C'est avec tout ce cheminement que nous nous sommes questionnées sur l'importance de l'autonomie des cadres de santé. Pourquoi cette autonomie ? Celle-ci est-elle mise à rude épreuve ? Y a-t-il des difficultés à acquérir cette autonomie ? Nous nous sommes alors demandé s'il n'y avait pas un lien entre ce sentiment de solitude chez les cadres et leur autonomie. Pourquoi l'un est redouté alors que l'autre est recherchée et demandée ? Nous avons, donc, voulu répondre à ces questions. Notre problématique de départ voulait traiter du sentiment de solitude exprimé par le cadre en faisant le lien avec son autonomie. Les hypothèses actuelles ne sont que des réponses anticipées telles que « la solitude est une condition de l'autonomie du cadre » ou encore « l'autonomie est source de solitude du cadre ».

Afin de répondre au mieux à notre problématique de départ, notre travail se déclinera en plusieurs parties. Tout d'abord, nous aborderons la notion de malaise pour très vite en arriver à l'un de ses symptômes qui est la solitude. Nous verrons que la solitude peut être ambiguë : un jour recherchée et le lendemain redoutée. Nous verrons que la solitude fait partie du travail du cadre mais qu'elle peut être appréhendée de façon différente selon sa prise de position et la clarté de sa fonction. Les chapitres suivants s'intéresseront à l'histoire de l'hôpital, l'appellation du cadre de santé, son identité et ses fonctions. Nous verrons que les rôles du cadre et sa position peuvent avoir des conséquences sur sa fonction et le malaise qui en découle. Nous aborderons, par la suite, l'autonomie du cadre. Nous nous questionnerons sur

son importance et nous ferons le lien avec la solitude. Pour terminer, nous tenterons d'apporter quelques pistes pour accéder à l'autonomie et à une solitude bénéfique pour le cadre de santé. Nous savons que dans la pratique, ces pistes sont semées d'embûches. Nous en faisons l'expérience chaque jour depuis notre prise de fonction, néanmoins l'expérience est aussi riche d'apprentissages.

Chapitre 1 : Le malaise des cadres

En démarrant cette épreuve intégrée, nous avons recherché les acceptions du terme « malaise ». Il y a différentes formes de malaise et différentes explications. Le malaise est défini comme : « *une sensation de mal-être, état, sentiment de trouble, de gêne, d'inquiétude, de tension ; cela peut s'expliquer avec ou sans pathologie¹* ». Ensuite, nous avons recherché le terme « mal à l'aise » qui est : « *l'état d'une personne qui éprouve de la gêne dans une situation particulière ou embarrassante²* ». Ces termes restent très vastes.

Le « malaise des cadres » date presque de la création de cette catégorie socioprofessionnelle mais cette notion n'est que très peu définie. Elle est reprise par Denis Monneuse dans son livre³ « Le silence des cadres » : « *On en parle depuis que le statut existe mais est-ce un mythe ou une réalité ?* ». Pour l'auteur, le malaise vient d'un manque de reconnaissance : financière, relation avec la hiérarchie, disponibilité. Le malaise des cadres semble toutefois relatif, puisque certains trouvent des moyens d'exprimer leur mécontentement par défection, protestation, fixation d'objectifs,... Quoi qu'il en soit, nous savons que la notion de malaise des cadres n'est pas nouvelle. Nous pouvons identifier trois types de malaise. Le premier, c'est un malaise identitaire lié à la baisse de prestige. Le nombre de cadres a beaucoup augmenté, notamment depuis les années 1980 : ils sont deux fois plus nombreux. Le deuxième malaise, c'est un sentiment d'injustice ou d'iniquité quand ils comparent leur contribution à leur rétribution financière et symbolique. Enfin, le troisième malaise correspond à un mal-être personnel : le cadre aura du mal à saisir le sens de son travail, et cela peut déboucher sur un conflit entre ses valeurs personnelles et ce que demande son entreprise. La spécificité du rôle de cadre n'étant pas connue ou assumée, le risque serait de se retrouver entre le marteau et l'enclume, et lors d'un conflit, être confronté aux diverses problématiques de loyauté, de trahison, d'abandon, vis-à-vis de ses collègues.

¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/malaise/48823/>

² <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/mal-a-l-aise/>

³ Monneuse D., « *Le silence des cadres, Enquête sur un malaise* », éd. Vibert, Paris, 240 pages.

La nécessaire distance que le cadre doit aménager entre son équipe et lui s'avère indispensable dès lors qu'il s'agisse de piloter le changement au sein de l'établissement.

En général, nous parlons davantage du manque de reconnaissance que du malaise des cadres. Il y a sept sources de frustration principales pour les cadres⁴ : la banalisation de ce statut, le sentiment d'une coupure avec la direction générale, l'impression de se situer entre le marteau et l'enclume, la solitude et le manque de solidarité, la difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle, l'écart entre l'autonomie promise et l'autonomie ressentie. Les cadres de santé se sentent parfois isolés dans la structure où ils évoluent. Hiérarchie absente ou peu disponible, manque de liens avec les autres managers, sentiment de porter seul le poids des responsabilités, etc. Le risque ? Sortir du cadre, devenir trop familier, perdre sa posture de manager voire partager un peu trop.

La position hiérarchique reste trop souvent le moyen le plus approprié pour s'affirmer par rapport à l'autre, pour se cacher derrière son statut et pour nier sa propre difficulté à être et à exister en tant que personne, avec ses joies et ses peurs, ses doutes et ses certitudes, ses ambitions et ses rêves. Le statut hiérarchique, s'il peut être un excellent exutoire au mal-être ou aux frustrations personnelles d'ordre plus intime, permet à celui qui occupe des fonctions élevées ou de responsabilité, de s'affirmer, de compenser des faiblesses, de masquer des incompétences ou des doutes. C'est une des raisons pour lesquelles les cadres utilisent souvent le pouvoir lié au statut à la fois comme moyen d'exercice de leur influence et comme masque de leur faiblesse. Car le pouvoir ne s'encombre pas d'état d'âme.

Dans son livre, Denis Monneuse⁵ affirme que : *« oui les cadres souffrent d'une solitude intellectuelle, d'un manque de soutien de leur hiérarchie, d'un manque de solidarité avec les autres collègues cadres. Toute hésitation exprimée à haute voix pourrait être perçue comme un manque de compétence et d'assurance. Cela contribue à les faire se renfermer sur eux-mêmes, et à donner l'impression que tout va bien même si ce n'est pas le cas »*.

Les cadres ne parlent pourtant jamais du malaise des cadres mais ne ressentent-ils pas un décalage entre le discours de la hiérarchie et ce qu'ils vivent ?

⁴<http://www.institut-entreprise.fr/reflexions/societal/blog/le-silence-des-cadres-enquete-sur-un-malaise>

⁵ Monneuse D., op cit. p4

Nous avons choisi le terme de malaise et pourtant le thème de souffrance au travail a beaucoup de succès. C'est même le prisme à travers lequel certains décrivent le travail. La souffrance signifie : « *ressentir une douleur physique ou morale* »⁶. « *La souffrance est l'élément fondamental qui constitue la valence négative des phénomènes affectifs* »⁷. Le malaise peut devenir souffrance mais il vaut mieux y travailler avant. Parmi les premiers malaises du cadre, deux réalités de la pratique nous frappent souvent dès nos premiers pas dans l'exercice du management. Tout d'abord, la réalité est plus difficile qu'on ne le pensait. Il est souvent difficile pour les jeunes managers de réaliser que manager est plus complexe qu'ils ne l'imaginaient. Nous prenons nos fonctions avec une idée claire de ce que devraient être les relations humaines, le management en général, en opposition avec tout ce que nous avons connu jusqu'à maintenant. Nous rêvons de relations simplifiées et respectueuses où tout se passe normalement, chacun faisant son travail sans besoin réel de management. Nos intentions sont bonnes, les autres devraient le reconnaître. Très vite, nous nous rendons compte que ces intentions ne sont pas forcément perçues ou reconnues, que les personnes sont différentes de ce que nous avons imaginé, qu'il y a des décisions à prendre, pas toujours faciles, que les autres agissent en fonction d'eux-mêmes et non en fonction de leurs intentions. Faire le deuil de cette vision idéalisée du management peut être source de malaise et de souffrance par la suite car certains réagissent en se retirant, d'autres ne veulent pas voir la réalité et s'enferment dans leur vision en attendant que les faits correspondent enfin à leur théorie, avec le risque que ce ne soit jamais le cas. La deuxième source de difficulté est de mesurer son « incompétence » c'est-à-dire « on ne sait pas faire ». Bien entendu, chacun a des idées sur ce que devraient être les autres et les relations, mais la réalité ne s'y conforme pas toujours. Les situations se révèlent difficiles, les bonnes intentions ne suffisent pas à modifier les comportements des autres. Nous suivons des formations, nous nous posons des questions sur soi et nous nous rendons compte que les autres ne peuvent pas grand-chose pour nous. Nous, cadre de santé et manager, nous comprenons que le début de la solution à tous nos problèmes serait nous-même et que d'autres ne peuvent qu'éventuellement nous aider à mieux comprendre, mais jamais à faire. Nous pouvons, certes, nous

⁶ <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/souffrance/>

⁷ www.dictionnaire.education.fr/souffrance

réfugier dans toutes les théories mais nous restons seuls face aux difficultés. La difficulté annexe à celle de la mesure de son « incompétence » serait d'en parler. Cela est susceptible de n'intéresser personne à la maison et il peut paraître dangereux d'aborder le sujet au travail, de crainte que cela soit considéré comme un aveu de faiblesse ou d'incompétence. Les cadres infirmiers sont au carrefour de multiples logiques : administratives, médicales, soignantes, autant de valeurs, de modes de pensée différents. L'interface entre le stratégique et l'opérationnel est vécu au quotidien avec beaucoup de difficultés, les cadres infirmiers peuvent donc exprimer un malaise.

La notion de malaise est trop générale et il faut pouvoir se limiter. Dans cette épreuve intégrée, nous avons choisi d'étudier deux symptômes ou sources de malaise en tentant de faire des liens entre ces deux réalités : la solitude et l'autonomie. La solitude vue, dans un premier temps, comme quelque chose de négatif et pourtant... Et l'autonomie, qui est une compétence nécessaire dans notre formation, notre fonction et même notre vie. Mais l'une est-elle condition de l'autre ? Sont-elles, nécessairement, vécues comme un malaise inhérent à notre fonction ?

Tout d'abord, nous allons étudier la solitude en général pour ensuite faire des liens avec la fonction de cadre.

Chapitre 2 : La solitude

Avant d'entamer nos études, nous trouvions que le cadre avait une position hiérarchique très ambivalente. Cet aspect de concilier l'équipe, les demandes et décisions de la hiérarchie nous intriguait. De par sa position, le cadre se trouve-il confronté à, d'une part, son attachement à l'équipe et aux patients et, d'autre part, à sa collaboration avec ses pairs et sa hiérarchie ? Nous trouvions que la fonction de cadre est une fonction de solitude... où un malaise pouvait vite s'installer. Lorsque nous consultons sur internet les sujets à propos de la solitude ou de l'isolement des cadres nous remarquons que ces thèmes sont divers et connus. Lorsque nos études ont débutés, nous nous sommes très vite aperçue que le travail de cadre était bien plus complexe et que cela donnait beaucoup de matière sur des sujets d'épreuves intégrées. Au travers des différents travaux lus et du cheminement de cette épreuve intégrée, nous avons pu constater que le terme « malaise » est vague et englobe un tas de situation. La solitude peut en être un symptôme.

1. Pourquoi parler de solitude ?

La solitude est un des paradoxes majeurs de notre monde d'hyper-communication : elle fait peur et fascine en même temps. On la fuit et on la désire à la fois. Cette ambivalence prend aujourd'hui une dimension nouvelle : l'opposition entre convivialité et isolement⁸ est accrue par le rôle des nouvelles technologies de communication et des réseaux sociaux. La solitude accompagne l'homme depuis ses origines. Suivant les époques, il l'a éprouvée comme bénédiction ou comme une malédiction, il l'a recherchée ou il a tenté de s'en débarrasser. Mais elle lui colle à la peau comme une tunique. Elle a fait le bonheur de bien des hommes et des femmes à la recherche d'eux-mêmes, loin du tumulte de la foule, et elle a fait le désespoir de bien des êtres délaissés, incompris, exclus.

L'époque actuelle, qui ne jure que par la « convivialité », la « rencontre », la « sociabilité », la « communication », lance contre elle un assaut sans précédent, destiné à éradiquer définitivement cet ennemi du genre humain. Et pour cela nous croyons disposer, avec les nouvelles technologies de la communication, de l'arme fatale : grâce à Internet et au téléphone portable, plus personne ne devrait être seul.

⁸ L'isolement est le constat d'une situation dans laquelle un individu est séparé de gré ou de force du reste de son environnement habituel.

Mais suffit-il de connecter les milliards d'humains pour que d'un seul coup ils ne soient plus seuls ? Et même si c'était le cas, serait-ce souhaitable ? L'attitude de la société à l'égard de la solitude est en fait assez ambiguë. Pourchassée dans la vie quotidienne, la solitude est exaltée et admirée dans la vie rêvée ; fléau chez les hommes ordinaires, elle est une vertu qui grandit les êtres exceptionnels, avec la bénédiction des circuits commerciaux. Car la solitude se vend bien, à condition d'avoir un bel emballage. Le public, qui déteste la solitude, adore les héros solitaires, ces hommes forts et indépendants, libres et uniques, ils incarnent une vertu mélancolique face à un monde corrompu et décadent dans lequel on se trouve très bien. Le succès des romans policiers, par exemple, doit beaucoup à ce mélange de solitude et de dépression, qui séduit paradoxalement un public qui ne cesse de courir après la convivialité. D'une façon générale, la littérature qui explore toutes les facettes de la solitude n'a jamais été aussi florissante. On aime les auteurs solitaires, dont l'isolement est un témoignage d'indépendance d'esprit et de protestation. Ils racontent, souvent avec talent, à la foule avide des grandes villes, comment on vit seul. Les navigateurs « solitaires », bardés d'électronique, reliés en permanence à des équipes de techniciens, s'adressent à des millions de spectateurs. La performance est admirable et l'exploit exceptionnel, certes, mais s'agit-il encore bien d'une « solitude » ? Car qui est le plus solitaire, de l'aventurier sponsorisé par des multinationales, dont le monde entier suit les exploits, ou de la veuve anonyme vivant dans son appartement de grande ville ? A première vue nous dirions la veuve et pourtant... Nous savons que tous deux peuvent l'être ou pas. Le cadre de santé peut être comparé à cet aventurier entouré de tous ces collaborateurs et de son équipe comme il peut être cette veuve dans un immense bureau sans oser confier ces difficultés ou ses doutes. Dans les deux cas, il peut se sentir seul, l'apprécier ou non. Mais à une époque où tout doit être spectacle, la seule solitude admirable est celle qui se met en scène et qui recherche l'exploit. Cette solitude artificielle, qui permet de concilier, non sans contradiction, la promotion d'articles de sport, le culte du champion, les rêves d'évasion, la nostalgie de la vie libre et sauvage, témoigne de l'évolution d'une société qui vit de plus en plus par procuration et qui virtualise ses craintes et ses espoirs par écran interposé. Cette solitude qui paraît si glorieuse chez les héros médiatisés prend des allures sordides dans la réalité quotidienne. Là, le solitaire rebute, irrite ou fait pitié ; c'est un ennemi du genre humain ou une victime, un exclu ; de toute façon, c'est une anomalie à corriger. La solitude ordinaire paraît

comme un scandale, qu'il faut combattre, éliminé. Un scandale d'autant plus irritant que plus on le combat, plus il semble présent. Mais en s'attaquant au sentiment de solitude, la société moderne ne se trompe-t-elle pas d'ennemi ? L'erreur fondamentale est d'associer systématiquement solitude et détresse, et de vouloir éliminer la solitude pour faire disparaître la détresse. Qu'il y ait de nombreux cas où la solitude est mal vécue et ressentie comme une insupportable exclusion est une évidence. Mais la solitude est-elle la vraie et l'unique responsable de ce mal de vivre ? La solitude n'a pas le même sens selon qu'elle est choisie ou subie. Lorsqu'elle est subie, elle est vécue comme un abandon, une exclusion, un rejet. Mais on peut aussi choisir d'être seul, d'aménager pour soi des espaces et des temps où l'on est face à soi-même, pour prendre soin de soi ou bien simplement pour respecter son propre rythme de vie, ses propres besoins individuels.

Sachons aussi que la solitude ne résulte pas seulement d'un éloignement physique ou géographique. Une personne extravertie et très entourée peut être moralement seule telle que notre aventurier sponsorisé par des multinationales cité précédemment. Mais tout comme le stress est bénéfique à petites doses, la solitude peut être parfois bénéfique. En niant ou en occultant cette affirmation, certains individus ont tendance à s'entourer de tout un tas de personnes. Cet entourage entraîne des relations bien souvent aussi artificielles que superficielles, plus quantitatives que qualitatives.

Nous sommes persuadés que toute personne pourrait se retrouver dans la position de l'aventurier sponsorisé par des multinationales ou celle de la veuve seule dans son appartement. L'évidence serait que la veuve souffre de solitude, or elle peut ne pas en souffrir et l'utiliser à bon escient dans son processus de deuil tout comme l'aventurier peut être entouré et connu de tous sans pouvoir se confier et entretenir des relations authentiques.

2. Ambiguïté de la solitude

A en croire les différents ouvrages, le métier de manager est un métier de solitude⁹, le cadre de santé se retrouve en effet le plus souvent seul pour prendre les décisions les plus importantes ou les plus essentielles, face à des choix et des contraintes parfois impossibles à concilier. Certaines de ces décisions doivent impérativement être prises seules, c'est notre job et notre responsabilité. Les conséquences de nos décisions stratégiques peuvent être difficiles et nous toucheront plus particulièrement. Le concept de solitude est très ambigu : il exprime tantôt des aspirations valorisantes face aux pressions de la vie et tantôt des souffrances, loin d'une proximité positive entre les êtres humains. Mais plutôt que de rechercher à éliminer ce sentiment, il conviendrait de l'éduquer, de l'« apprivoiser », suivant l'heureuse formule de Jean-Pierre Quinodoz¹⁰. Car la solitude est une dimension essentielle et utile de l'être humain, qui a besoin dans une certaine mesure de se sentir seul pour se trouver, pour coïncider avec lui-même. Le sentiment de solitude peut être diffus et constant, ou ne survenir que dans des moments forts et privilégiés, suivant les tempéraments. Mais il est indispensable si nous voulons assumer authentiquement notre condition humaine au lieu de vivre exclusivement dans une illusoire communauté « branchée », c'est-à-dire connectée. Ce sont ceux qui ne ressentent jamais le sentiment de solitude qui sont à plaindre. Ressentir la richesse et le prix de l'existence humaine requiert des moments de solitude, même de solitude douloureuse, tout au moins mélancolique. Comment croit-on que se sont élaborées les grandes œuvres spirituelles, littéraires et artistiques, sinon dans la solitude ? « *La capacité d'être seul est souvent le fait de personnalités fortes, dont le caractère a été forgé dans l'enfance, ou bien elle peut avoir été imposée par les circonstances de la vie puis acceptée et apprivoisée*¹¹ », écrit Marie France Hirigoyen. « *Apprivoisée* » : le mot revient une nouvelle fois. La solitude est mauvaise lorsqu'elle est imposée de l'extérieur à l'état brut, de façon soudaine sur l'individu mal préparé. Il est alors désemparé. Elle est en revanche bénéfique quand elle est délibérément choisie et utilisée comme affirmation d'indépendance, de liberté et de connaissance de soi, donc apprivoisée.

⁹ Monneuse D., op cit. et Dupuy F., « *Lost in management. La vie quotidienne des entreprises au XXI^e siècle* » éd. du Seuil, Paris, 2011, 265 p.

¹⁰ Quinodoz J-M., « *La solitude apprivoisée. L'angoisse de séparation en psychanalyse* », Paris, PUF, 3^{ème} éd., 2008.

¹¹ Hirigoyen M-F, « *Les nouvelles Solitudes* », éd La découverte & Syros, 2007, p190.

3. La solitude au travail : perspective positive

Travailler huit heures par jour, c'est vendre au minimum huit heures de sa vie par jour et au maximum une grande part de son devenir d'homme ou de femme. Autour de quels enjeux de renoncements, de frustrations ou de stimulations et d'épanouissement s'articule notre existence professionnelle ? Les énergies mises en commun dans le travail ne concernent pas uniquement les efforts physiques ou la recherche intellectuelle développés et mis en œuvre pour produire. Elles touchent aussi les dynamiques et les enjeux de relation entre les personnes. La vraie question que nous nous poserons de plus en plus fréquemment ne sera pas : « Combien je vends mon temps de travail ? » mais : « Comment ? ». Le constat actuel confirme que ce « comment » est chargé de multiples malentendus, de tensions et de déviances.

Dans nos lectures, nous avons pu constater que beaucoup de cadres ont le sentiment de ne pas être reconnus, que leurs valeurs ne sont pas partagées. Les cadres de santé se sentent seuls. Ils se plaignent du manque de cohésion et de solidarité entre eux. Certains cadres sont réellement en difficulté, tendus, démotivés. D'autres, peut-être plus expérimentés, avec une conception plus claire de leur fonction, arrivent à s'adapter et s'investissent au niveau institutionnel. Ils conduisent des projets d'amélioration dans leur service, participent à des réorganisations, à des restructurations. Le plus souvent, ils développent des stratégies plus individuelles que collectives. La solitude fait partie du travail de cadre mais son impact ne peut se mesurer avant la prise de fonction. Le cadre se retrouve seul pour analyser des situations, pour prendre des décisions, pour interpréter des événements,... Il ne sait à qui demander de l'aide sans que cela passe pour de l'incompétence. Comme pour l'impact de la solitude, les nouveaux cadres ne comprennent le changement de leur position au sein de l'unité qu'en le vivant. Il s'agit d'un phénomène normal d'une dynamique de groupe. Il convient de ne pas le prendre comme un rejet de la personne mais comme une réaction du groupe à l'égard de la fonction. L'évolution de la société et l'émergence du courant favorisant le bien-être au travail a permis aux cadres d'exprimer plus ouvertement un ressenti peu exprimé. Le cadre doit sentir sa place, entre l'assistance à l'équipe et le respect de l'autonomie des professionnels. Nous venons de voir deux gros chapitres qui traitent du malaise des cadres et de la solitude. Dans la logique du titre de cette épreuve intégrée « La solitude comme

symptôme du malaise du cadre. Est-elle condition de son autonomie ? », nous devrions entamer un chapitre sur l'autonomie. Pourtant, nous allons, à présent, proposer des tentatives d'explication à ce sentiment de solitude et de malaise inhérent à la fonction de cadre. Certes, d'autres explications que celles choisies peuvent être données mais cette épreuve intégrée a ses limites auxquelles nous avons dû faire face à plusieurs reprises pour éviter d'être ensevelies.

Le chapitre suivant traite de l'histoire de l'hôpital et l'origine de la fonction cadre. Nous avons voulu aborder ce chapitre car l'histoire de l'hôpital, le statut du cadre et son appellation a subi une forte évolution en très peu de temps. Nous imaginons que cela a pu être des prémices à sa solitude. Le cadre est-il au clair avec son histoire et celle de l'hôpital?

Chapitre 3 : Un peu d'histoire

1. Brève histoire de l'hôpital

L'apparition de l'hôpital coïncide avec l'avènement de la civilisation chrétienne en Occident. Dans l'Antiquité, les établissements hospitaliers n'existaient pas. Avec l'effondrement de l'empire romain, l'Eglise supplée l'Etat et devient le tuteur de l'institution hospitalière. Dès le cinquième siècle, de nombreux établissements sont créés pour accueillir les pauvres, les malades et les déshérités. Ils se développent au Moyen Age. Le pouvoir des religieux prenant de l'ampleur, Louis XVI demande la création d'un hôtel-Dieu pour « y recevoir et enfermer les pauvres, les vagabonds, les vieillards et les orphelins ». L'hôpital devient un lieu d'exclusion. L'importance attribuée aux Hôtel-Dieu, à la chapelle et aux autels à l'extrémité des salles communes permettant aux malades d'entendre l'office depuis leur lit, témoigne de l'orientation donnée aux soins. La vie à l'hôpital est rythmée par la vie monastique. Les normes religieuses sont la référence. Tout d'abord à vocation charitable, l'hôpital porte le nom d'hospice, avec comme mission, l'accueil et l'assistance aux pauvres. Les hôpitaux seront nationalisés à la révolution. Les établissements de soins que nous connaissons apparaissent avec la médicalisation qui se met en place à la fin du XVIII^{ème} siècle. Le XIX^e siècle sera marqué par le retour à l'étude du corps humain : le médecin « ose » toucher le corps des malades, ose même le palper et chercher à guérir le patient. L'hôpital devient un lieu important de transmission du savoir car pour exercer la médecine, la fonction se dote de diplômes qui sont uniquement obtenus auprès d'enseignants universitaires qualifiés et reconnus par leurs pairs. Il faut rappeler qu'auparavant aucun diplôme n'était requis pour pratiquer la science médicale, d'où la présence récurrente de charlatans. L'hôpital devient alors un lieu de soins accessible à tous.

2. Histoire de la catégorie des cadres.

Avant de s'intéresser à l'histoire sociale du cadre, il nous paraît important de définir ce terme. Qu'est-ce qu'un cadre ? « *Un cadre d'entreprise est un employé ou dirigeant d'une entreprise appartenant à la catégorie supérieure des salariés*¹² ». Cette définition est large. Pour être plus complet, nous dirions : « *un infirmier cadre de santé est sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement qui exerce à leur égard le pouvoir de nomination ou dépend de l'infirmier chef de service qui rapporte au Directeur du département Infirmier*¹³ ». Nous verrons cela dans le chapitre sur les fonctions du cadre. Cette catégorie « cadre de santé » est issue de la transformation de la catégorie « surveillante des hôpitaux »¹⁴. Il s'agit d'une catégorie ancienne, inconnue dans la loi à cette époque, dont la fonction a évolué dans le monde de l'hôpital. A l'époque, la vie à l'hôpital est rythmée par les religieuses et leurs normes font office de référence. L'origine de la profession de cadre remonte aux occupations de ces religieuses : elles contribuent à la gestion de lieux spécialisés dans l'enfermement des pauvres. Dès la fin du XIX^e siècle, des événements bouleversent la société et l'hôpital : la révolution industrielle, les progrès des sciences et de la médecine, les guerres et leurs répercussions sur les soins aux blessés. Malgré ces changements, les religieuses gardent un rôle de surveillance. Elles ont une fonction d'encadrement d'un personnel placé sous leurs ordres, en ce qui concerne tant la transmission des prescriptions médicales que l'ensemble des soins organisés en marge de la médecine et en lien avec leur culture religieuse. Au début du XX^e siècle le mouvement de laïcisation des hôpitaux s'inscrit dans un contexte général d'évolution de la société : la séparation de l'Eglise et de l'Etat. Il répond aussi à l'évolution des missions de l'hôpital et à l'existence des médecins plus progressistes avançant des arguments portant sur l'incompétence professionnelle des religieuses. Cette volonté de laïcisation s'accompagne de l'ouverture d'écoles d'infirmières. En 1943¹⁵, en France, un décret officialise la fonction de surveillante telle qu'elle existe à ce moment-là. Il réaffirme la double autorité à laquelle est

¹² <https://fr.wikipedia.org/wiki/cadre>

¹³ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière (France)

(Internet : http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/role_du_cadre_de_sante.pdf) et description de fonction d'un infirmier en chef au CRP Les Marronniers de Tournai.

¹⁴ Terme féminin car cette fonction était exercée exclusivement par des femmes.

¹⁵ Décret d'application de la loi du 21 décembre 1941. Site : <https://www.legifrance.gouv.fr>

soumise la surveillante : celle du directeur pour l'administratif et celle du médecin-chef pour les soins. Il ne prévoit pas de formation spéciale. Cependant, avec le mouvement de laïcisation et l'évolution de la mission des hôpitaux, cette fonction, qui jusqu'alors ne posait pas de question, se révèle difficile pour ceux qui la vivent. Le rôle que ces surveillantes ont à jouer et la place qu'elles ont à tenir est jugé important. Cet accord sur la valorisation de leur place masque des points de vue très différents sur le rôle que chacun attend d'elles. La fonction de surveillante a toujours été une fonction ballottée au gré des évolutions de l'hôpital. Dans les années 60, les religieuses disparaissent progressivement des hôpitaux. Les laïques qui les remplacent doivent obligatoirement être infirmières diplômées ; elles sont recrutées parmi les meilleures infirmières en place. L'hôpital se développe et les conditions financières et de travail du personnel s'améliorent progressivement. Pendant cette période de croissance, l'hôpital se développe dans le cadre d'une politique qui a pour but d'offrir l'accès aux soins à tous. Dans le sillage de la médecine, la profession infirmière se développe numériquement et se professionnalise. Les surveillantes interviennent activement dans la construction d'une professionnalité infirmière fondée sur des compétences techniques et des compétences relationnelles et de nursing. Elles s'engagent dans un travail d'expertise, fixent des normes de soins, perfectionnent les méthodes et les contenus de formation. Dans cette période, l'enjeu identitaire des surveillantes se situe dans le prolongement du rapport au corps médical. Le désir de perfectionnement des surveillantes se traduit par la création d'école des cadres. Dans les années 90, la régulation des coûts de santé est devenue prioritaire. Elle suppose une rationalisation de la prise en charge des malades qui reconfigurent le travail des médecins et de l'ensemble des personnels. Les programmes de cours des études de cadres évoluent en ce sens. C'est à partir de 1975 que le mot « cadre infirmier » apparaît d'un point de vue législatif et institutionnel dans les structures hospitalières. L'ouverture d'écoles de cadre depuis les années 1960 a grandement contribué à l'émancipation de la profession. La dénomination « cadre de santé » est liée depuis 1995 à l'obtention du diplôme de cadre de santé. Ce changement est marquant puisque la formation s'ouvre au management, à la gestion des ressources humaines et matérielles et à la garantie de la qualité des soins.

3. L'appellation cadre de santé

L'évolution du terme qualifiant l'encadrement est profondément lié à l'évolution de la profession et du monde hospitalier. Le passage de « super » infirmier dans les années 1970, au manager actuel induit un changement de terminologie. Pourtant, suivant les établissements, on référence de multiples terminologies : surveillant, cadre infirmier, cadre de santé, cadre de proximité, manager,... Plusieurs de ces termes peuvent nommer un seul et même agent. Un certain flou peut exister pour l'agent qui a des difficultés à se situer dans cette terminologie.

Notre formation est intitulée : « cadre de santé ». A l'hôpital, nous sommes appelés infirmiers en chef, nous effectuons pourtant un travail de manager, beaucoup se considèrent comme soignants et le terme de « cadre de proximité » fait également partie de toutes ces appellations. Comment s'y retrouver ?

3.1 Surveillant

Le guide de terminologie¹⁶ précise la définition de la surveillante : « *cadre infirmier responsable de la gestion des soins, de l'organisation et du fonctionnement d'une unité de soin, de l'animation et de l'encadrement de l'équipe soignante conformément à la politique de soins infirmiers* ». Cette définition est assez succincte et délimite la responsabilité de la surveillante dans l'unité de soin. La définition de la surveillante renvoie au terme cadre infirmier mais cette appellation n'est reprise dans aucune loi. Ce terme de « surveillante » présente la particularité d'être une catégorie ancienne dont la fonction a évolué dans le monde de l'hôpital. Il n'existe pas de travaux d'historiens sur le métier de surveillant des hôpitaux. A la fin du XIX^e siècle, le personnel religieux assume l'intendance et la surveillance. Après la seconde guerre mondiale, l'hôpital devient un lieu d'hypertechnicité, et on assiste d'une part à l'apparition de nouveaux professionnels de santé et d'autre part à la promotion de certaines infirmières. Jusqu'en 1951, une infirmière pouvait devenir « surveillante » après huit années de bons et loyaux services hospitaliers, sans justifier d'une formation complémentaire sanctionnée par un diplôme ou un certificat. Elle était généralement « choisie » par le médecin chef du service dans lequel elle exerçait, selon certains critères : la disponibilité, la loyauté, l'efficacité dans la mise en œuvre

¹⁶ « Guide de terminologie des soins infirmiers » n°3 série soins infirmiers. Glossaire –BO. N°86 :21 bis- page 203

et le suivi des projets de celui qu'elle considérait comme son supérieur hiérarchique. Le plus souvent très bon « chef d'équipe », la « surveillante » continuait d'exercer la fonction d'infirmière au lit du patient.

3.2 Cadre infirmier

Le cadre infirmier est un infirmier exerçant du fait de sa formation, et/ou de son expérience des fonctions de responsabilité dans l'enseignement des soins infirmiers ou dans l'administration des services de soins hospitaliers et extra hospitaliers. Celles-ci impliquent essentiellement des activités d'organisation, d'animation, de coordination, de contrôle, de recherche et de pédagogie. La définition du cadre infirmier élargit le domaine de compétence à l'extra hospitalier et à l'enseignement.

3.3 Cadre de santé

L'expression « cadre de santé » est officielle depuis le 31 décembre 2001. Cette dénomination est liée à l'obtention du diplôme de cadre de santé, intitulé qui témoigne de la nécessité de faire évoluer les missions d'une profession en parallèle avec le secteur auquel elle appartient.

Formation « cadre de santé » : la réussite de cette formation aboutit à l'obtention d'un diplôme reconnu par la Fédération Wallonie Bruxelles et la Santé Publique. En vue de préparer au mieux à cette fonction, la formation propose de développer deux finalités dans le respect des cadres réglementaires éthiques et déontologiques. La première finalité est d'organiser l'activité d'une unité de soins en coordonnant les ressources humaines et les moyens matériels du service selon les orientations de l'organisation et les impératifs de soins des bénéficiaires, en lien avec la politique institutionnelle. La seconde est de collaborer à la gestion du changement et au développement de la politique de santé de la structure professionnelle dans laquelle il exerce sa mission. Cette formation travaille quatre axes de compétences : la gestion et le management des ressources humaines, la gestion des ressources logistiques et matérielles, la gestion et la coordination des soins et la gestion des communications, des relations interpersonnelles, de la qualité et du changement. L'ouverture du diplôme cadre de santé sur la « pluriprofessionnalité » a pour objectif de faciliter l'acquisition d'un langage et d'une culture commune à l'ensemble de la profession. Le caractère multiprofessionnel de la formation semble une étape préparatoire au décloisonnement de l'hôpital, à la notion de réseau de soins.

3.4 Cadre infirmier de proximité

Il n'existe pas de définition précise du cadre de proximité, ce terme emprunté au monde de l'entreprise fait référence au premier niveau de l'encadrement qui anime hiérarchiquement ou fonctionnellement une équipe. Etant donné sa situation, le cadre est de proximité, il est sur le terrain, en première ligne, proche des problèmes quotidiens. Mais il doit être proche de la hiérarchie en traduisant les objectifs stratégiques en décisions opérationnelles. Ce cadre de proximité doit disposer de qualités humaines, relationnelles et communicationnelles évidentes pour évoluer de façon efficace dans la gestion de son équipe.

3.5 Manager

Si de nombreux cadres ont d'abord exercé le métier de soignant, ils effectuent aujourd'hui davantage de tâches relevant de la gestion managériale. Le cadre occupe un lieu stratégique de l'organisation hospitalière, proche des réalités quotidiennes du service, mais aussi proche de la hiérarchie pour laquelle il conduit les décisions opérationnelles et transmet au mieux les problèmes et demandes des soignants.

Manager ses collaborateurs est une étape importante pour élargir le champ de ses responsabilités. Un de ses objectifs principaux est de donner du sens au travail de son équipe. Le cadre doit obtenir le meilleur de son équipe, pour atteindre les objectifs fixés. Un cadre doit pouvoir manager. « Manager » est un mot d'origine anglaise, qui est synonyme de « *diriger, gérer, organiser et planifier* ». « *Il apparaît pour la première fois en France dans le monde de l'équitation au sens d'entraîner et de dresser les chevaux*¹⁷ ». Autant de verbes d'action qui ne font, à aucun moment, référence à la notion de capacité nécessaire « pour ». Et c'est, tout d'abord, dans cette définition que se situe l'origine du problème de perception quant à cette fonction et à l'image qu'elle nous envoie, puisqu'elle n'induit pas la nécessité de disposer des capacités « à » diriger, gérer, planifier, organiser. Des capacités « à » gérer « qui », « quoi », « pour quoi » ? Manager ne s'improvise pas et n'est pas à la portée de tous. Or, à la lecture de cette définition, rien n'y laisse paraître.

¹⁷ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Manager>

Ce chapitre sur l'évolution de l'hôpital et l'histoire de la catégorie des cadres du cadre montre qu'il y a un premier flou dans notre fonction. Tant de termes pour désigner une seule et même personne. Ces termes ne font qu'entretenir ce flou alors qu'à présent l'infirmier en chef est clairement défini par un Arrêté Royal. Nous le verrons dans le chapitre 5 : les fonctions du cadre. Ces différentes appellations, cette double capacité de pouvoir passer d'une fonction de soignant à la fonction d'encadrement donneraient alors une première contribution au malaise des cadres. Le malaise s'intensifie car la construction de l'identité du cadre démarre dans ce flou.

Chapitre 4 : L'identité professionnelle

1. Qu'est-ce que l'identité ?

L'identité est « *le fait pour une personne d'être tel individu et de pouvoir être légalement reconnue pour telle sans nulle confusion grâce aux éléments qui l'individualisent*¹⁸ ». En d'autre mot, « *l'identité est la conscience que l'on a de soi-même, ainsi que par la reconnaissance des autres, de ce que l'on est, de son moi. Elle permet à l'individu de percevoir ce qu'il a d'unique, c'est-à-dire son individualité*¹⁹ ». Ces définitions nous rappellent ce qu'est un individu dans le monde en général. L'identité de la personne est définie par ce qu'elle est ou ce qu'elle n'est pas. Mais nous nous intéresserons à l'identité du cadre de santé au travail. En effet, évoluer dans le monde du travail y inclut de se faire une place et de faire valoir son travail. Avoir une identité au travail permet à la personne de pouvoir exister différemment et de compléter son identité personnelle. L'identité au travail d'une personne se définit par ce qu'elle fait. « *Le travail est une source d'identité et de sens de la vie, à certaines conditions. Il ne suffit pas d'avoir un emploi pour exister à travers son travail. Il faut être reconnu, jugé utile, compétent, créatif*²⁰ ». Cette phrase ajoute une composante intéressante, celle de la reconnaissance. Avoir un poste de cadre peut permettre une certaine reconnaissance dans une institution mais elle ne suffit pas. Le cadre de santé doit montrer qu'il existe par son poste mais aussi par ce qu'il fait de sa fonction.

2. La construction identitaire du cadre de santé

L'encadrement des équipes soignantes est encore aujourd'hui perçu comme une fonction de proximité. « Cadre de proximité » à elle seule, cette dénomination est révélatrice : les cadres infirmiers restent convaincus que leur rôle est auprès de « leurs malades » et de « leurs équipes ». Mais le cadre de santé n'est plus le soignant qu'il a été. Cela il l'éprouve au travers de la construction de son projet professionnel et au cours de sa formation. Mais ce n'est que le départ de la construction identitaire du

¹⁸ Le Robert 2014

¹⁹ www.toupie.org

²⁰ Perrenoud P., « *L'autonomie, une question de compétence ?* », in Résonnances, n°1, septembre 2002.

cadre de santé, d'un positionnement réfléchi, pensé, conceptualisé en institut de formation ; il devra le vivre et le développer sur le terrain des compétences acquises en partie dans sa pratique soignante. Quel que soit son métier d'origine, sa filière paramédicale, il devra reconquérir auprès des équipes de soins une place qui est autre, celle de manager, sans pour autant avoir à perdre « son âme » de soignant, les valeurs qui l'ont construit. C'est concrètement prendre une autre place, avec d'autres actions à mener mais toujours avec le patient comme préoccupation centrale. Le passé de soignant n'est pas pour autant gommé, effacé, les compétences acquises dans le métier d'origine du cadre sont transférables et utiles à la fonction. La qualification du cadre de santé est certes légitimée par un diplôme, mais ce sont ses compétences dans l'action qui le positionnent au regard des équipes. Cela suppose un travail de déconstruction et de reconstruction de la part du sujet facilitant le repositionnement du professionnel dans un nouveau contexte de travail. Pour le cadre de santé, la remise en question dans de nouvelles pratiques s'inscrit dans un continuum vers un nouveau positionnement, s'effectue dans l'élaboration de son projet professionnel et pendant sa formation. Ces compétences antérieures servent toujours les valeurs du soin, mais celles-ci se cristallisent non plus au chevet du patient mais bien autour de ce qui fait que le patient est « pris en soin » dans les meilleures conditions en qualité et en sécurité. Son attention portée aux équipes permet cela, et si le métier d'origine ne compte plus autant dans ses actions et missions, l'appartenance à la communauté soignante au sens large apparaît nécessaire par une connaissance holistique de ce qu'est le soin et les valeurs qu'il porte. La place du cadre lui permet de prendre soin de son équipe, d'être à l'écoute, de fédérer autour d'une dimension humaine l'ensemble des actions, car il partage la dimension émotionnelle du soin. C'est au cadre de santé, au travers de ce qu'il a été et de ce qu'il est, de maintenir la permanence des dispositifs de soins dans le sens de « mettre à disposition » les moyens. Faire fonctionner une unité de soins n'est plus du domaine de l'expertise soignante, c'est avant tout, par une connaissance du système, une analyse des éléments complexes et interagissant qu'il va affirmer ses compétences managériales et obtenir la reconnaissance qui va permettre sa construction identitaire. Il apparaît nécessaire pour le cadre de santé de prendre du recul pour accéder à ce nouveau métier. Ne plus être dans l'équipe mais travailler avec. Prendre du recul et de la distance notamment par rapport aux pratiques professionnelles de son métier initial tout en y restant attaché, attentif, dans une autre posture, avec un regard différent, en ayant pris conscience que sa mission est autre.

L'identité professionnelle du cadre de santé se construit au fur et à mesure que ses compétences dans ce métier s'affirment et s'éprouvent sous le regard d'autrui. Il s'agit d'un véritable processus de professionnalisation. La professionnalisation n'étant pas un état, mais plutôt un processus inachevable évoluant au fur et à mesure que la personne progresse dans son milieu professionnel. Pour construire une réelle identité de cadre de santé et faire face aux mutations hospitalières, la profession aura à se défaire de ses origines pluri professionnelles sans pour autant les trahir. Pour certains infirmiers cela génère le sentiment de la perte de l'identité infirmière alors que de cette même profession est née la fonction cadre de santé. Pourtant ce métier de cadre de santé évolue vers une fonction charnière et les origines professionnelles soignantes variées peuvent être un atout dans ce positionnement à l'interface (nous le verrons plus tard) des différentes logiques qui font le soin. Il ne s'agit plus pour le cadre de posséder un domaine d'expertise dans le soin, mais bien de maîtriser les fondamentaux de l'institution pour coordonner dans la complexité entre production de soins, qualité et éthique, en cela le cadre de santé doit avoir une identité de soignant. L'hôpital doit faire face à des évolutions constantes, structurelles, économiques, politiques et les cadres de santé doivent s'adapter et eux aussi évoluer. Ils doivent actuellement faire le grand écart entre leur métier d'origine, leur culture soignante de base et une nouvelle culture de manager. Le cadre, pour être efficace, doit faire preuve de stratégie, d'un sens de l'organisation et de la relation. Pour cela il doit apprendre aujourd'hui d'autres manières d'être et d'agir et se défaire de son métier d'origine pour pouvoir développer ce qu'il est : un cadre de santé à part entière.

Construire son identité professionnelle est un travail de longue haleine et un processus inachevable. Tout est à apprendre et il faut en être conscient. Cela pourrait participer ou non au malaise du cadre avec, comme symptôme, la solitude du cadre. Mais la solitude pourrait, également, être un atout à la recherche de son identité professionnel, nous y voyons là une perspective positive et une solitude recherchée et appréciée.

Voyons, à présent, les fonctions car il est important de préciser qu'être cadre de santé n'est pas une spécialisation mais un changement de fonction. Nous insisterons, donc, sur ce terme. Nous verrons les responsabilités du cadre, ses missions et sa place. Toutes ses fonctions doivent être connues et assumées pour éviter d'entretenir un état de solitude mal vécue.

Chapitre 5 : Les fonctions du cadre

Etre cadre est une fonction complexe qui demande beaucoup de capacités et qui place bien souvent le cadre dans la position d'intermédiaire, d'interface ou d'interdépendance. Le monde de l'organisation n'est pas uniquement fait d'éléments positifs et d'optimisme. Les individus qui y travaillent ne prennent pas toujours plaisir à s'y épanouir, progresser, apprendre, travailler ensemble, partager et communiquer dans la plus grande transparence. Nous le savons pertinemment : le monde de l'entreprise ou de l'hôpital n'est pas tout rose. Les individus qui le composent ne se promènent pas tous le sourire aux lèvres et la fleur au fusil. Inutile de nous voiler la face et de nous réfugier coûte que coûte derrière des valeurs souhaitées d'altruisme, d'intégrité, de bienveillance ou de respect. Chaque acteur occupe une place déterminée. Que chacun d'entre eux soit conscient de sa propre position dans la structure d'ensemble, s'y reconnaisse et reconnaisse celle des autres, contribue à l'équilibre général. Il est, donc, important que le cadre soit au clair avec ses fonctions et sa position. La fonction « cadre de santé » implique la double capacité de pouvoir passer d'une fonction de soignant à une fonction de management. Cette fonction requiert des capacités d'adaptation, un sens développé des responsabilités, ainsi que des attitudes professionnelles de base indispensables : outre les savoirs techniques de la profession, elle exige aussi des capacités de communication écrite et orale pour accomplir efficacement les tâches quotidiennes administratives et relationnelles. La définition de fonction est : « *un rôle exercé par quelqu'un au sein d'un groupe*²¹ ».

²¹ Le Robert 2014

1. Le cadre législatif

Il s'agit d'un arrêté royal de 2006 dans lequel se retrouvent toutes les choses auxquelles le cadre de santé doit être sensibilisé et répondre. Certaines institutions hospitalières reprennent d'ailleurs des éléments de cet arrêté royal dans leur descriptif de fonction ou lors de l'embauche de nouveaux cadres de santé. Cet arrêté royal du 13 juillet 2006²² concerne la fonction de l'infirmier en chef et reprend ce qu'il est attendu de la part des cadres de santé. Le cadre est censé respecter le cadre légal sous peine de devoir y répondre personnellement si défaut il y a. De plus il doit montrer l'exemple, non seulement auprès de son équipe mais il doit être irréprochable aux yeux de sa hiérarchie. Néanmoins, il dispose de liberté et d'autonomie quant aux choix de la méthode de management qu'il choisit d'utiliser pour atteindre ses objectifs.

2. Responsabilités

Si nous voulons travailler ce sujet, il convient d'être clair sur ce dont on parle. Le sens de la responsabilité ne semble pas être ce qui caractérise les personnes de manière flagrante et indéniable.

2.1 Notion de responsabilité

Le dictionnaire²³ donne, comme première définition de la responsabilité : « *le fait de tenir une fonction, un poste ou une charge* ». Dans une seconde définition²⁴, on trouve « *l'idée de réparer le dommage que l'on a causé* ». Vient ensuite « *l'idée d'une obligation ou d'une nécessité morale ou intellectuelle*²⁵ ». « Quelqu'un de responsable » est dit raisonnable, réfléchi, sérieux. La responsabilité est une interaction entre une personne et un environnement. Elle est donc, par définition, de l'ordre du comportement. La responsabilité s'apparente à des attentes, dans lesquelles les comportements attendus se mesurent par des normes plus ou moins explicites et contextuelles. C'est la faculté que possède toute personne de

²² 13 juillet 2006. : Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 07 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef. (Moniteur belge, 28/08/2006, <https://wallex.wallonie.be>)

²³ Le Robert 2014

²⁴ www.cours-de-droit.net/responsabilite

²⁵ www.travail-social.com/Responsabilite-ethique-du-travail

transformer son environnement par ses décisions et ses actes qui sont à l'origine du principe général de responsabilité. Etre cadre, c'est avoir des responsabilités, du pouvoir, être décideur pour certaines actions mais c'est aussi devoir rendre des comptes, affronter les personnalités, la hiérarchie et, très fréquemment, faire des choix qui, souvent, ne vont pas de soi. D'où des difficultés, des tensions et des malaises.

Rappelons enfin que la notion de responsabilité est au cœur de l'harmonie et de la paix dans un groupe. Elle rend un espace vivable, dans la mesure où chacun peut se voir demander des comptes sur son comportement. Cela rend la place du cadre au cœur des relations.

2.2 Responsabilité du cadre de santé dans un service de soins ?

Si l'on reprend *l'arrêté royal du 13 juillet 2006*²⁶ *chapitre premier, dispositions générales* : « *l'infirmier en chef est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier. Il dépend hiérarchiquement directement d'un infirmier-chef de service ou du chef du département infirmier* ». Cet arrêté royal décrit ensuite les activités particulières en ce qui concerne la vision stratégique de l'hôpital, les soins, la politique en matière de personnel, la gestion des moyens, la formation et le développement et la communication et la concertation. Tout cela est bien formel et nous le savons le respect des règles est essentiel pour quiconque mais, comme nous l'avons dit précédemment et en fonction de l'entreprise, le cadre de santé dispose de liberté et d'autonomie quant au choix de la méthode de management qu'il entend utiliser pour atteindre ses objectifs.

2.3 La responsabilité est aussi question de personnalité

En ce qui concerne la responsabilité, la mission importante du cadre, quel que soit son niveau, est d'être responsable de ses propres actes et des actes de son équipe, vis-à-vis de celle-ci et de la hiérarchie. Il s'agit donc d'assumer toutes les conséquences issues de ses actes, mais aussi des actes de son équipe.

²⁶ AR du 13 juillet 2006, Ibidem p 25

La réalité est parfois, hélas, très éloignée de cette idée. Ensuite nous demandons au cadre de s'engager par des décisions prises en fonction d'objectifs clairs pour lui et pour son équipe, décisions adaptées aux situations qui se succèdent afin d'améliorer sans cesse la qualité et les performances, mais aussi pour cimenter la cohésion entre lui et l'équipe, et les membres de l'équipe entre eux. Un cadre-manager qui ne prend pas de décision n'est pas un manager. Un cadre-manager qui prend constamment des décisions, sans que ses collaborateurs en connaissent la teneur, dévoie une partie de sa mission. La difficulté de la prise de décision réside dans le fait que l'entreprise demande au manager de prendre des décisions, quel que soit le doute, ou l'ignorance, dans lequel il est. Et souvent le manager pense qu'il est dans l'obligation de prendre de bonnes décisions. C'est souvent là que les managers de proximité se sentent en porte-à-faux. Pour eux, prendre une décision relève de la certitude ; il faut être certain de prendre la bonne décision. La certitude est-elle humaine ? Le modèle actuel qui prévaut dans toutes les sciences dites « exactes » étant celui de l'univers incertain, la certitude n'est donc pas « plus » scientifique ; elle l'était lorsque la science fonctionnait sous le modèle de la thermodynamique, une cause X donnait nécessairement un effet Y. Ce temps est révolu, une cause X peut donner un effet Z, voire W ou autre. Mais pas dans tous les esprits, surtout dans ceux qui n'admettent pas l'échec ; l'échec étant pour eux tout ce qui ne se passe pas comme ça devrait se passer. Cela amène des managers à ne pas prendre de décision de laquelle ils ne se relèveront pas, par indécision, par manque d'information, parce qu'ils ne se jugent pas capables de décider, etc.

Cette notion de responsabilité est parfois très contraignante pour des personnes qui ont toujours été des exécutants, si professionnelles sont-elles. La modélisation sur leurs propres managers est parfois la pire des choses qui soit. Le fait de devoir répondre des erreurs d'un ou des membres de l'équipe est un élément difficile à accepter pour des cadres de proximité, qui ont la plupart du temps été confrontés à la recherche du responsable à tout prix de la part de leur manager. Souvent, quand leur hiérarchie leur fait un reproche quelconque, leur réflexe « naturel » est de désigner le responsable sans se rendre compte qu'en réalité de manager ils sont rendus responsables de l'erreur, sans l'avoir eux-mêmes commise. La responsabilité requiert aussi d'avoir la capacité à se remettre en question, voire à être remis en question par autrui si cela est justifié. Se remettre en question est une qualité qui n'est pas non plus donnée à tout le monde. La force de son propre ego est importante,

afin que cette remise en question ne soit pas vécue de façon trop négative. La notion d'expertise est parfois un frein à cette remise en question. Les personnes qui se réfugient derrière cette expertise pour montrer le visage d'une personne « inattaquable », personnes qui à force d'être « inattaquables » s'enfoncent de plus en plus dans un dogmatisme qui pourra être préjudiciable en période de changement. La responsabilité est primordiale afin que la personne puisse s'engager dans sa mission. L'engagement est en premier lieu le fait d'avoir un but à atteindre, c'est aussi être capable de définir des objectifs et d'accepter de prendre des risques, afin de transformer les idées en action avec la disposition à être en dernier lieu responsable de ses actes ainsi que nous l'avons déjà évoqué.

3. Les rôles du cadre de santé

Une critique régulièrement formulée lors de nos lectures vis-à-vis des cadres est leur absence de proximité envers l'équipe²⁷. Ils semblent trop éloignés des préoccupations quotidiennes des équipes ou trop proches des médecins. Les rôles et missions du cadre sont régulièrement peu définis mais aussi peu perçus par le personnel. L'importance des tâches administratives et logistiques n'est sans doute pas perçue à sa juste valeur par l'équipe soignante qui estime le temps passé à la réalisation de celles-ci comme « improductif ». La tension est de plus en plus forte entre, d'une part, les impératifs gestionnaires d'une entreprise et, d'autre part, la volonté de se rapprocher des malades et des soignants. Les équipes ont tendance à estimer que le cadre n'est pas proche d'eux, car le temps de coprésence est diminué au profit du temps qu'il passe dans son bureau devant son écran d'ordinateur, par exemple. Nous venons, en évoquant le manque de clarté des rôles du cadre, de mettre en évidence une raison de l'éloignement entre le cadre et son équipe. Nous savons qu'il existe un arrêté royal du 13 juillet 2006 portant sur les fonctions d'infirmier en chef. Toutefois, nous tenons à rappeler que *Henry Mintzberg*²⁸ a publié, en 1984, les dix rôles du cadre dans un livre appelé « *Le management au quotidien* ». Bien que pas très récent, il est recommandé par beaucoup de professionnels en

²⁷ Rapport de la « Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, effectué à la demande de Madame Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports, Paris, septembre 2009. Duséhu B., « *Le management de proximité. Au cœur de la performance de l'entreprise* », éd. Gereso, France, 2015, 183 p.

²⁸ Mintzberg H., « *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre* », cours de Mr C. Florin dédié à l'élaboration du projet professionnel. 1^{ière} année cadre de santé, Tournai

gestion. Cet auteur regroupe les activités du cadre en trois catégories : celles qui ont principalement trait aux relations interpersonnelles, au transfert d'information et à la prise de décision.

Nous nous permettons donc de les citer avec leurs sous-groupes (*voir le tableau ci-dessous*) en les expliquant brièvement car ces rôles restent très larges et il faut savoir que chaque cadre, bien qu'il possède le même titre, œuvre dans un milieu bien précis et n'occupe pas forcément les mêmes tâches qu'un autre de ses collaborateurs.

Les dix rôles d'un cadre, selon Henry Mintzberg :

1. Rôles interpersonnels	2. Rôles informatifs	3. Rôles décisionnels
Symbole	Observateur	Entrepreneur
Leader	Diffuseur	Régulateur
Agent de liaison	Porte-parole	Répartiteur
		Négociateur

Les rôles interpersonnels sont essentiels au bon fonctionnement d'une organisation. On peut relier les activités qui en découlent en trois rôles différents :

Le cadre comme symbole est vu comme un symbole à cause de l'autorité formelle dont il est investi.

Le cadre comme leader s'appuie sur les pouvoirs attachés à sa fonction. Il nécessite de donner des directives et un but à une équipe et son organisation. Il maintient le groupe en éveil.

Le cadre comme agent de liaison entretient un réseau de relations avec tout ce qui l'entoure.

Les rôles liés à l'information ont trait à la collecte et à la diffusion de l'information nécessaire à la création de contacts clés et d'un réseau de renseignements. Ils présentent une importance capitale pour les cadres désireux d'avoir accès à l'information parfois nécessaire à la prise de décisions. On peut associer les activités qui s'y rattachent à trois rôles distincts :

Le rôle d'observateur actif où le cadre doit en permanence aller chercher et recevoir les informations. Il est la fonction centrale de cette information.

Le rôle de diffuseur où le cadre a accès à l'information et doit transmettre les faits. Il doit pouvoir déléguer.

Le rôle de porte-parole car étant donné sa position, il doit être le mieux informé. Il doit transmettre aux personnes-clés mais aussi partager ses informations à ses réseaux.

Les rôles décisionnels sont ceux qui font avancer les choses, qui amènent à choisir un mode d'action pour atteindre les objectifs de l'organisation.

On distingue quatre rôles à l'intérieur de cette catégorie :

Le rôle d'entrepreneur où le cadre prend des initiatives et assure la conception des changements. Il fait participer l'équipe et il s'implique lui-même.

Le rôle de régulateur car lorsque des perturbations apparaissent, il doit apporter les corrections nécessaires.

Le rôle de répartiteur des ressources car il élabore des stratégies d'organisation.

Le rôle de négociateur est le rôle principal d'un cadre car il est à la fois symbole, porte-parole et répartiteur. Les négociations sont au cœur des relations entre collaborateurs, subordonnées et la hiérarchie.

Ce management recouvre une grande diversité de pratiques. Les cadres semblent s'éloigner de plus en plus de leur fonction d'origine. Il s'agit de passer d'une culture où la priorité absolue est celle du patient à celle de gestionnaire.

Le cadre de santé évolue dans un environnement de plus en plus complexe qu'il faut maîtriser afin d'identifier les espaces de liberté où il peut encore déployer sa créativité personnelle et son autonomie. Il évolue, également, entre les enjeux individuels portés par les membres de l'équipe qu'il dirige et les projets de l'unité organisationnelle au sein de laquelle il opère. Il est appelé à agir de façon stratégique, tant sur l'organisation dans le respect des règles et des procédures, que sur les comportements en fonction des représentations sociales dominantes, individuelles et collectives. *« Malgré les prises de conscience, malgré les mises en garde, malgré l'évidence que le cœur de la pratique concerne des hommes et des femmes malades qui requièrent des soins et à qui s'adressent quotidiennement des hommes et des femmes qui ont pour métier d'en donner, un nombre grandissant de cadres se sont trouvés dans l'impossibilité progressive d'entretenir une relation proximale avec les membres de leur équipe, détournés qu'ils étaient, mais aussi parfois attirés, par des activités administratives, gestionnaires, d'organisation, de formations, désignées chacune, comme indispensables, voire urgentes et à tel point fondamentales qu'elles*

*en sont devenues incontournables »²⁹. Cette citation de Walter Hesbeen vient jeter le trouble dans la réflexion. Ainsi donc, le cadre exprimant sa solitude aurait une part de responsabilité dans son éloignement avec l'équipe. Les cadres se sont convaincus que leur priorité était la gestion et non plus les humains qui requièrent des soins et ceux qui les donnent. La conséquence de ce fonctionnement est que les cadres se sentent déboussolés, ne sachant plus dans quel sens aller, « tiraillés » entre des logiques difficiles, voire impossibles à concilier. L'auteur prône un retour aux fondamentaux, se centrer sur l'humain. Cette vision idyllique du cadre centré sur l'humain se doit d'être nuancée. Nous ne pouvons en effet ignorer les impératifs de gestion dont le cadre a la responsabilité et que nous avons évoquée précédemment. Nous voyons, donc, lorsque nous traitons du rôle du cadre, que celui-ci peut décider de se l'approprier. « *La fonction de cadre de santé ne consiste pas dans l'application mécanique d'un certain nombre de règles, bien au contraire ; le charisme personnel, la façon de concevoir son engagement dans le travail de l'équipe, la vision des soins et de la santé des personnes ont une influence immense dans la pratique quotidienne »³⁰.**

Si nous avons souhaité aborder le sujet de ces fonctions, c'est afin d'attirer l'attention sur le fait qu'il y a une multitude de choses à faire. On ne parle pas de chiffres, rien n'est mesurable. Certains sont plus doués dans un domaine que dans d'autres. Nous pensons qu'il est important d'être au clair avec ces fonctions. Lors de notre expérience infirmière, il nous est arrivé d'entendre : « être chef est un bien beau métier, il suffit de s'enfermer dans son bureau pour y être tranquille ! ». N'est-il pas triste d'entendre cela ? Cela prouve donc une certaine solitude des cadres ? Comment peuvent-ils réellement s'en défendre ? Seul dans leur bureau ? Et pourtant la réalité est tout autre. Ils doivent assumer, être au clair avec leurs fonctions mais, également avec leur position.

²⁹ Hesbeen W., « *Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soin* », France, éd. Elsevier Masson, 2011, p93.

³⁰ Coudray M-A., « *Le cadre soignant en éveil, La fonction d'encadrement au défi de la quête de sens* », Paris, éd. Seli Arslan, 2004, p144.

4. Position du cadre

Pour traiter un tel sujet, il est utile de savoir quelle est la « place » ou « position » que nous occupons en tant que cadre. Le positionnement est : « *un ajustement permanent, entre les composantes du statut, les exigences de l'institution, les attentes et les comportements du personnel, les valeurs personnelles et professionnelles*³¹ ». En ce sens, se positionner c'est prendre ou gérer le risque, car mis à part le statut, rien n'est défini ni stable. Avec le positionnement, il est nécessaire d'évacuer le flou, clarifier pour soi, pour et avec les autres, ses conceptions, ses théories de référence.

Une équipe est : « *un système où chacun peut être considéré comme un acteur jouant un rôle et se trouvant en interaction avec tous les autres membres du groupe*³² ». Il y a interdépendance³³ entre tous les acteurs car les actions des uns ont obligatoirement une influence sur le comportement des autres qui adaptent eux aussi leurs comportements et leurs actions. Le cadre de santé, de par son statut, a une position extrêmement stratégique. Il est au centre de tout, véritable centre nerveux de l'organisation. Il travaille en étroite collaboration avec la direction, les médecins, les paramédicaux et l'équipe soignante. Etant issu du milieu des soignants, ce qui lui confère une certaine légitimité auprès des acteurs de soins, il est en position dite « d'interface », c'est-à-dire, à la fois dans chacune des logiques, mais à la frontière de celles-ci. Cette position est à la fois un avantage car il peut y trouver une source de pouvoir considérable mais aussi une position délicate. Le terme d'interface est utilisé, ici, pour désigner une personne qui sert d'intermédiaire pour les échanges entre plusieurs domaines.

L'interdépendance désigne des personnes ou des choses qui dépendent les unes des autres. Le terme d'interface et d'interdépendance reflète bien la position des cadres. Si nous parlons d'interdépendance, il nous semble important de préciser ce qu'est l'indépendance et faire la nuance entre ce terme et celui d'autonomie. L'indépendance se présente comme l'état d'un système qui ne dépend que de lui-même. Il peut s'agir aussi de l'attitude d'une personne qui accepte difficilement de se conformer à certaines règles morales établies ou habitudes sociales. L'autonomie est

³¹ <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Travail-en-equipe-Positionnement/>

³² www.cadredesante.com Travail-en-équipe- article du 8 oct 2003 par Jean-Michel Motta

³³ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/linterdependance (« dépendance réciproque »)

*la faculté à agir seul*³⁴. Une personne autonome possède beaucoup de ressources et d'habilité en général. Son besoin de créativité va la pousser à apprendre par elle-même. Nous reviendrons sur ce terme par la suite.

Parce qu'il se trouve entre le marteau et l'enclume, entre l'équipe et la hiérarchie, le cadre est confronté à une double contrainte. Etre loyal envers sa hiérarchie en mettant en œuvre ses injonctions, tout en cherchant le soutien du groupe. Le basculement dans le management des soins n'est pas sans conséquences sur le cadre, le métier de base est minimisé et a pour conséquence un ressenti difficile. Ainsi la structure même et l'organisation de l'hôpital sont génératrices de difficultés pour les cadres. La montée de la complexité et la multiplicité des pouvoirs renforcent leur difficile position entre la direction, les médecins, les équipes et les malades. Le pouvoir c'est aussi *la maîtrise des zones d'incertitude*³⁵. Les cadres de santé sont confrontés à une gestion du quotidien, aux revendications des personnels et des patients, aux logiques contradictoires des médecins et des directeurs. Ils sont en difficulté face à cette multitude de pouvoirs et ils n'ont pas réellement la maîtrise de ces différentes logiques. Ils doivent trouver de nouvelles formes de management face à des professionnels qui changent. Le cadre de santé en raison de sa position est un acteur central de cette complexité. Il est un « concepteur », un « facilitateur », un « accompagnateur », un « manager qui peut nourrir le collectif en développant son style ou ses styles de management. Leur position d'interface leur confère surtout un rôle ingrat de devoir dire « non » pour rappeler à chacun les contraintes et les limites du possible et du souhaitable.

L'hôpital est un système complexe. Tout comme la solitude, la complexité est à première vue un terme négatif. Pourtant, bien que la complexité soit source de difficultés, elle est aussi source de progrès dans le sens où l'évolution va dans le sens de la complexification. De même, les évolutions sociales influent considérablement sur les organisations hospitalières. L'hôpital doit faire face aux nouvelles attentes des patients mais aussi de ses propres agents. Les patients, outre la volonté d'être informés, attendent des prises en charge de qualité et de sécurité. Les personnels hospitaliers réclament l'amélioration de leur contexte de travail et des conditions d'exercice de leur métier. Les cadres de santé sont au cœur de ces relations. Ils doivent faire le lien entre les différents services de l'hôpital, répondre

³⁴ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/

³⁵ Albert E., « *Partager le pouvoir, c'est possible. Réinventer l'entreprise ?* », éd. Brochée, 2014, 208p

aux attentes des patients et des familles, satisfaire les revendications de leurs équipes, répondre aux objectifs des supérieurs, etc.

Tout peut influencer la position du cadre. Que ce soit son type de management, ses valeurs, ses attentes, ses objectifs, les demandes de l'équipe, de ses supérieurs, des patients, ... rien n'est figé et à tout moment le cadre de santé peut être en difficulté. Le pouvoir est la maîtrise des zones d'incertitude mais nous pourrions dire, également, que la position est maîtrise des zones d'inconfort. Rappelons que le chef d'unité est compris dans le calcul du nombre d'effectif nécessaire au fonctionnement d'une unité. Cela peut trahir une volonté des législateurs d'inscrire le cadre dans la proximité géographique des malades et des soignants. La présence du cadre dans l'équipe entraîne une ambivalence : elle est souhaitable et dérangeante à la fois. Des stratégies, individuelles ou collectives, d'évitement ou de rapprochement sont adoptées par le personnel. Il se crée dans le groupe une solidarité dans la transgression des règles. D'après Bourret. P³⁶, il est expliqué que, à cause de sa position statutaire, une rupture se crée entre le cadre et son équipe. Tantôt le cadre est tiré vers le personnel pour entrer dans le collectif, tantôt celui-ci le met de côté pour le renvoyer à l'univers de règles dont il incarne l'obligation de respect. Etre cadre de proximité c'est tenir une place sans prendre place. Les cadres de santé semblent pris dans un engrenage et capturés par l'environnement. Ils expriment eux-mêmes un certain malaise à être absorbés par des problèmes ponctuels à résoudre, avec le sentiment de ne pas pouvoir faire leur travail. Plus qu'une place, il s'agit surtout d'un positionnement. En effet le terme « place » renvoie vers une image plutôt statique. Or, nous venons de démontrer que le niveau de proximité entre le cadre de santé et son équipe semblait évolutif. Selon le moment, ou surtout selon ses intérêts, le cadre peut parfois être plus ou moins proche des membres de son unité. Notons que la réflexion inverse est tout aussi vraie et, également, que le positionnement du cadre envers sa hiérarchie est évolutif. Ce positionnement permettra au cadre de santé d'assurer le rôle de maillon, d'interface entre les différents intervenants qui gravitent autour de lui.

Nous venons de consacrer plusieurs chapitres à tenter d'expliquer le sentiment de solitude des cadres. Mais nous l'avons compris, la solitude peut être recherchée, appréciée et bénéfique. Pour continuer cette épreuve intégrée, nous allons entamer

³⁶ Bourret P., « *Les cadres de santé à l'hôpital, Un travail de lien invisible* », Paris, éd. Seli Arslan, 2006, 288p.

une partie consacrée à l'autonomie du cadre. Nous essayerons de faire des liens avec la solitude et répondre aux questions telles que : qu'est-ce que l'autonomie ? Comment être un « bon » cadre autonome ? Les cadres se sentent-ils entourés ou seuls lorsqu'ils atteignent la capacité à être autonomes ? Bien souvent, le terme « d'autonomie » revient. Les cadres de santé sont censés être autonomes. Lors de notre formation, nous sommes évalués sur notre autonomie. L'autonomie est souvent une qualité recherchée par les employeurs. Ce concept d'autonomie semble commun mais est-ce vraiment connu ? Etre autonome est-ce agir librement ? Selon ses propres règles ?

Chapitre 6 : L'autonomie

1. Pourquoi parler d'autonomie ?

En prenant poste, un cadre acquiert une certaine autonomie. Cette autonomie lui est nécessaire pour travailler. Pourtant l'autonomie d'un cadre est-elle source de solitude ? Ou la solitude est-elle la condition de l'autonomie ? Condition ou atout ? Nous-même, en nous imaginant cadre de santé, notre peur était de nous sentir seule mais nous avons l'espoir de mettre à profit cette solitude et d'en faire un atout dans notre fonction.

Pour que la fonction existe vraiment, il faut partir du principe que pour exister comme acteur, tout cadre doit pouvoir dégager un espace intermédiaire pour développer des stratégies propres, c'est-à-dire en l'occurrence pour négocier les attentes de la direction en fonction d'un certain nombre de paramètres, pour négocier avec les équipes sur ce qui est discutable et ce qui ne l'est pas et mettre en place des stratégies permettant de traiter les multiples formes de résistance, plus ou moins légitimes, mises en place et pour développer des projets ou actions relevant de son initiative propre et sur lesquels il aura à rendre des comptes mais aussi à recevoir des félicitations. La personne autonome est capable de prendre le risque de s'affirmer telle qu'elle est avec son expérience propre, ses besoins, ses émotions, ses valeurs. Comme le droit d'être, l'autonomie est une liberté intérieure. C'est la capacité de faire les choix que nous jugeons bons pour nous et d'en assumer les conséquences. Cette liberté ne peut absolument pas nous être donnée par les autres, même s'ils jouent un rôle important dans son acquisition. « *L'autonomie est la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi*³⁷ ». L'autonomie est, donc, une notion ajustée, vue sous l'angle du développement professionnel et personnel. C'est la faculté à agir « seul ». Déjà, comme la définition l'indique, elle n'est pas un état mais une faculté, un processus. Aussi, elle est en perpétuelle évolution. Nous pouvons la développer, l'appréhender de différentes manières, revenir en arrière dans certaines circonstances, faire des progrès considérables dans d'autres. Le cadre autonome décide, lui-même, de l'action à réaliser, même si son « handicap » le rend dépendant de sa hiérarchie et s'il a besoin d'une assistance humaine.

³⁷ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/

Pour le dictionnaire³⁸, le terme autonomie dénote « *l'indépendance, la possibilité de décider pour un organisme, pour un individu, par rapport à un pouvoir central, à une hiérarchie, à une autorité* ». Mais en raison de l'évolution sociologique le terme autonomie a acquis une connotation beaucoup plus vaste, c'est-à-dire un ensemble de valeurs affectives comme l'indépendance, la liberté,... qui viennent enrichir et perturber la signification du terme. Dans cette définition très générale, la locution « par rapport » indique un aspect relationnel, une relation duelle entre deux éléments. L'autonomie n'est pas une donnée fixe, elle provient du milieu extérieur et s'acquiert par rapport à l'environnement. L'exercice de l'autonomie exige donc un travail sur la relation duelle entre un système et son environnement, entre un individu et un autre. Cette définition nous amène à penser que l'idée de la solitude et l'autonomie sont difficilement comparables. L'une n'amenant pas l'autre. La solitude n'étant certainement pas une condition pour acquérir une autonomie. Au contraire, il est bon pour le cadre de pouvoir s'entourer pour ensuite décider par lui-même et prendre position.

Mais alors comment comparer l'incomparable ?

Ces réflexions resteront en suspens pour l'instant et nous y reviendrons plus tard.

2. L'autonomie du cadre de santé

L'autonomie peut-elle se développer dans le monde du travail ? Peut-on associer cadre de santé et autonomie professionnelle ? L'autonomie dans le travail est définie comme « *la capacité d'un sujet à déterminer librement les règles d'action auxquelles il se soumet, de fixer, à l'intérieur de son espace d'action, les modalités précises de son activité sans qu'un extérieur ne lui impose ses normes*³⁹ ». Autrement dit, selon l'auteur, l'individu choisit les règles auxquelles il veut se soumettre et décide de ce qu'il veut dans son environnement de travail. Nuancions ces propos. Si nous transposons cette définition au milieu du cadre de santé, cela voudrait dire que ce dernier a le droit de choisir les règles auxquelles il veut se soumettre. Rappelons que le cadre de santé qui accepte un poste, accepte de renoncer à une partie de sa liberté par un contrat d'obligations et de résultats en matière de santé. Ce qui veut dire, que même si ce dernier estime avoir des droits, il devra en premier répondre aux

³⁸ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie

³⁹ P. Perrenoud, « *L'autonomie au travail : déviance déloyale, initiative vertueuse ou nouvelle norme ?* », in Cahiers Pédagogiques, n°384, mai 2000.

obligations qui lui sont soumises non seulement dans sa description de fonction mais aussi par la charte de l'institution ou les exigences des supérieurs . Cette définition nous semble éloignée de la réalité de terrain constatée, le cadre de santé étant au cœur d'une institution. Un cadre de santé gère son unité selon ses valeurs et ses priorités mais il ne peut sûrement pas le faire sans tenir compte de l'extérieur. Une autre définition de l'autonomie professionnelle, nous dit que « *l'autonomie professionnelle est le droit de s'administrer librement mais dans le cadre d'une organisation plus vaste que régit un pouvoir central. Elle se définit par la marge de manœuvre laissée au professionnel dans la réalisation de ses tâches ou de ses prises de décisions. De ce fait, l'autonomie n'exclut pas la dépendance puisque c'est la référence à des règles extérieures reconnues et acceptées qui définit le territoire de l'autonomie. Ces règles permettent à chacun d'apprécier sa marge de manœuvre, son pouvoir d'initiatives et les limites de ses responsabilités*⁴⁰ ». Nous voyons dans cette nouvelle approche de l'autonomie au travail, que les termes sont plus nuancés et tendent davantage vers ce qui est la réalité de terrain du cadre de santé. Elle rappelle que l'individu est entouré de règles venant du niveau supérieur. Mais pour elle, il est possible que la personne fasse preuve d'initiatives malgré les nombreuses contraintes déjà en place. Dans la réalité de terrain, le cadre de santé choisit dans une certaine mesure son niveau d'autonomie. S'il veut être autonome, cela doit être un choix libre et décidé par lui-même. Mais le cadre de santé évolue dans un espace de travail, en l'occurrence une unité de soins, dans laquelle il doit veiller à ce que tout se passe bien. Il est le garant de son unité et il se doit de la défendre, de la tenir à jour, de la garder performante, d'avoir une qualité de soins et une satisfaction tant des patients que de son entourage. Il doit veiller à la bonne collaboration entre les membres de son équipe, ceux de l'extérieur et les personnes qui le côtoient.

3. L'autonomie, une question de compétence ?

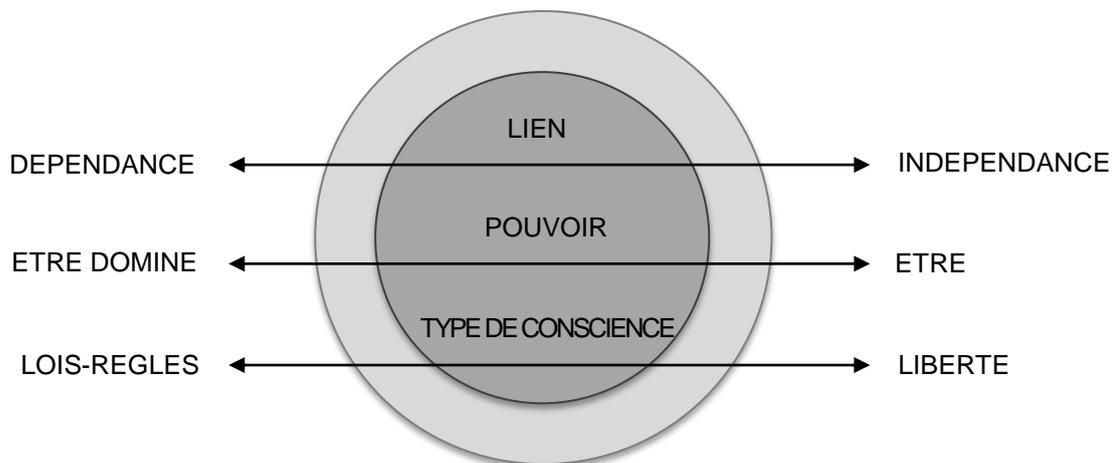
On demande de plus en plus à l'équipe d'être autonome. Mais l'autonomie à ce niveau ne peut être effective qu'à la condition que les cadres soient eux-mêmes autonomes, ce qui n'est pas toujours le cas. A tous les niveaux hiérarchiques, nous sommes susceptibles de rencontrer des personnes qui vont utiliser leur fonction afin

⁴⁰ Warchol N., « La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle », in recherche en soins infirmiers, n°91, décembre 2007. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007/>

de faire vivre des pulsions, ou de compenser des frustrations qui leur donnent le sentiment d'exister le temps qu'elles remplissent leur mission, car en dehors de leur fonction, que sont-elles ? C'est le syndrome du militaire qui donne des ordres toute la journée à ses « hommes » et qui, rentrant chez lui, s'écrase platement devant les injonctions de sa femme. L'entreprise est parfois ce théâtre dangereux où les « hommes » jouent un rôle auquel ils ne pourraient prétendre dans la vie ordinaire. Il est dans la nature humaine de porter ce masque que nous revêtons en société et qui reflète ce que nous voulons montrer à l'autre. Cela ne porte pas toujours à conséquence, et il peut y avoir des personnalités différentes chez un même être, entre ce qu'il est au travail et ce qu'il est dans son intimité, sans que cette personne ne soit qualifiable de schizophrène. Nous ne sommes pas là dans un dédoublement de la personnalité de type déstructuration ou dissociation de celle-ci. Nous nous trouvons plutôt dans une adaptation de la personnalité à certaines exigences venant de l'entreprise et venant aussi de ce que la personne pense devoir faire ou être. Parfois donc des managers sont peu différents entre ce qu'ils sont dans la vie en général et ce qu'ils sont dans l'entreprise, parfois les différences sont diamétralement opposées chez d'autres : des hyperactifs, entrepreneurs et décisionnaires dans l'entreprise peuvent se révéler des pantouflards passifs et contemplatifs chez eux. Mais qu'est-ce que l'autonomie ? L'autonomie n'est pas cette capacité à faire tout, tout seul et tout le temps. Celui qui se débrouille toujours pour tout faire par lui-même se retrouve inmanquablement dans des situations difficiles. S'il continue vaille que vaille à tenter de s'en sortir, il montre son manque d'autonomie. L'autonomie c'est aussi accepter d'être parfois dépendant de l'autre. Etre autonome, c'est savoir, par exemple, vers quelle personne se diriger pour recevoir des explications ou même exécuter une action de manière à résoudre un problème. Ne pas être capable de solliciter une aide et s'obstiner seul dans une recherche de solutions peut engendrer certains risques et échecs. Ce qui sort de notre périmètre de compétence doit être traité par un tiers, soit jusqu'à ce que nous sachions nous-même, c'est le cas de tout apprentissage, soit parce que cela est hors de notre champ d'expertise et que ce n'est pas à nous de le traiter. Ce comportement de vouloir tout faire, nous le retrouvons parfois chez des cadres de santé qui ne veulent, ou n'osent pas demander, même à un membre de l'équipe. Dans leur « vision » parfois simpliste, le manager est celui qui doit savoir, donc qui ne doit pas demander de l'aide. Demander de l'aide est une faiblesse pour certains. Mais qui sait tout et maîtrise tout ?

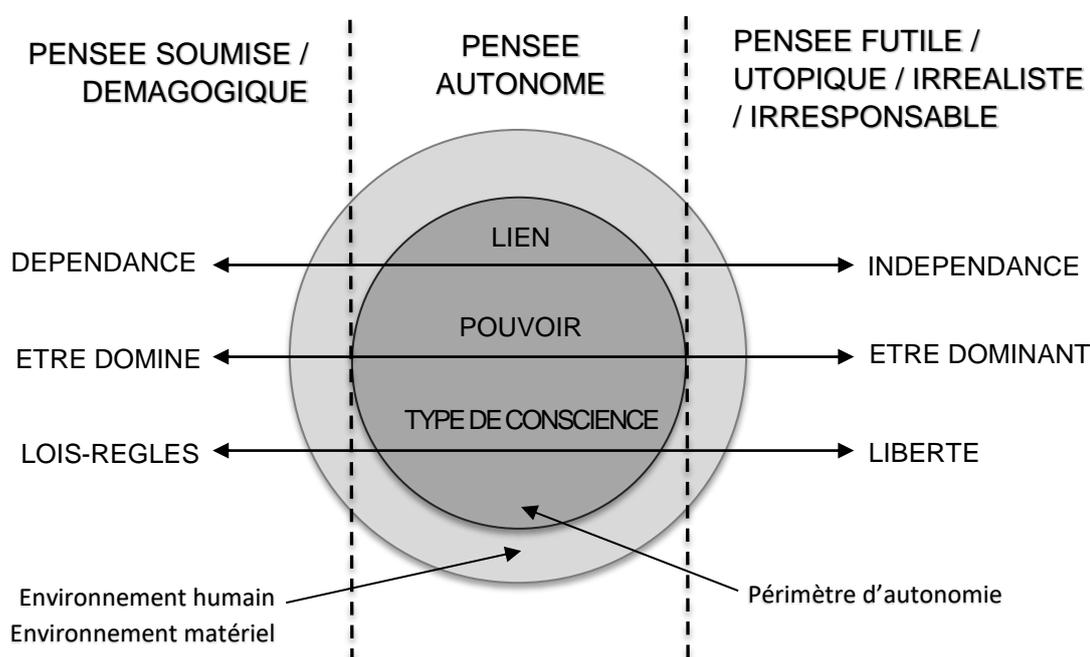
Personne ! L'autonomie relève de trois domaines différents : le premier domaine est celui du lien entre les personnes (dépendance/indépendance) ; le deuxième, celui du pouvoir entre les personnes (domination/être dominé) ; le troisième, c'est le domaine du type de conscience (lois et règles/liberté).

Voici un schéma qui synthétise ces trois domaines :



Donc être autonome n'est pas l'indépendance totale, ni la domination totale de tout et encore moins la liberté totale. L'autonomie amène la personne à être parfois dépendante de l'autre, donc à accepter d'être dominée par l'autre en suivant des règles et des lois dictées par autrui. La différence entre personne autonome et non autonome se situe dans cette capacité à naviguer sur ces trois axes en fonction des nécessités du moment.

Celui qui reste bloqué d'un côté ou d'un autre n'est pas autonome comme le montre le schéma ci-dessous :



La personne qui reste trop dans la dépendance à l'autre et aux règles établies, sans se poser de question, ne peut prétendre à l'autonomie. Deux grands cas de figures apparaissent :

Premier cas, la personne est tout simplement soumise, elle fait ce qu'on lui dit de faire, c'est souvent le cas de personnes ayant un ego faible, donc timides, timorées, ayant peu de confiance en elles, qui se sentent plus à l'aise dans une directive, dans ce qu'il faut faire et parfois comment il faut le faire. Nous trouvons dans cette catégorie les exécutants, qui font sans sourciller en fonction de leurs capacités.

Second cas, ce type de personne peut se trouver dans des groupes où le manager est soit despote, soit « manipulateur pervers », la personne fait ce que nous lui disons de faire parce qu'elle est persuadée que c'est la seule et unique manière de faire,

une sorte d'extrémiste qui suit aveuglément un leader, sans se poser de question, et sans rien remettre en question. Cela implique que le manager soit dogmatique et rigide.

A l'autre extrême, la personne qui est trop indépendante d'un point de vue relationnel et qui ne suit pas les règles établies aura tendance à fonctionner de façon irréaliste et irresponsable car elle ne prendra pas en compte les contingences du moment pour faire son travail. Son désir de ne pas être dominée prendra le dessus à tel point qu'elle pourrait devenir de plus en plus utopiste si personne ne la fait revenir sur terre. De plus, ce type de personne a souvent un problème avec l'autorité et n'entend pas être commandée, trouvant tous les espaces de liberté possibles afin de vivre au mieux les journées de travail. Cette personne ne peut pas être autonome, elle se débrouille à faire tout toute seule, mais nous avons vu précédemment que ce n'était en aucun cas de l'autonomie.

Si nous prenons ce premier schéma ci-dessus, il est aussi intéressant de remarquer que la personne qui peut devenir autonome est bien celle qui possède une confiance en elle suffisamment forte pour aller au-delà des problématiques quotidiennes : demander naturellement de l'aide quand besoin est, utiliser au mieux ses capacités même dans les cas difficiles, douter d'elle en ayant l'énergie de continuer à avancer, prendre des décisions sans stress, etc. Cette personne peut aisément osciller entre la dépendance temporaire et à d'autres moments la liberté temporaire, avec toujours cette capacité à revenir dans le périmètre de l'autonomie ; elle est capable de se remettre en question, sans se remettre en cause ; elle est capable de comprendre que tous les éléments humains constituant l'entreprise sont en interactions perpétuelles les uns avec les autres dans des relations normales d'interdépendance. N'en déplaise à certains, la relation maître-élève fonctionne pour tous les acteurs de l'entreprise à quelques niveaux qu'ils soient, dans une alternance perpétuelle des rôles. Se donner ses propres règles d'action, de fonctionnement, de vie, c'est facile à dire ! Pour être autonome, il faut d'abord le vouloir, se concevoir comme un être libre. L'autonomie est d'abord une question d'identité, de projet, d'image de soi. Il ne suffit pas cependant de vouloir être autonome. Tout acteur est pris dans des rapports sociaux, une culture, des coutumes, des attentes. Il est assujéti à une législation dès qu'il adhère à une organisation, à ses règles internes. L'autonomie se conquiert activement, soit en transgressant habilement les règles, soit en négociant leur assouplissement, soit encore en parvenant à une position qui garantisse davantage

de pouvoir. Un acteur doit se démener pour obtenir l'autonomie dont il rêve. Chacun voudrait être entièrement libre s'il n'avait pas à assumer les conséquences de cette liberté. Comme l'autonomie ne va pas sans responsabilités, les êtres humains choisissent parfois la liberté avec le risque et la responsabilité, ils préfèrent dans d'autres circonstances faire ce qu'on leur dit sans avoir à rendre compte des conséquences. Le paradoxe de la liberté est qu'on peut choisir d'être esclave. Si elle s'étend à toute l'existence, cette peur de la liberté est sans doute une forme d'aliénation. La probabilité d'obtenir exactement le degré d'autonomie auquel le cadre aspire, ni plus, ni moins, à un moment de sa vie, dépend des compétences que l'acteur peut mettre en œuvre. De même que l'argent ne fait pas le bonheur, les compétences ne font pas l'autonomie, mais elles y contribuent.

Les rapports entre compétence et autonomie s'établissent dans les deux sens. Selon P. Zarifian⁴¹: « *l'autonomie est une condition incontournable d'un déploiement de la compétence* », parce que la compétence n'existe que si l'acteur a, ou se donne, une marge d'initiatives et de décisions et ne se borne pas à suivre des prescriptions.

Aucune organisation n'a intérêt à tout prescrire, elle compte sur le jugement des salariés pour prendre la bonne décision. L'étendue de l'autonomie ouvertement reconnue, voire imposée par l'organisation de travail, dépend de la confiance faite au salarié. Cette confiance dépend de nombreux facteurs, parmi lesquels les compétences qu'on lui prête et leurs corollaires : sang-froid, lucidité, sûreté du jugement, conscience de ses propres limites, appui sur l'expertise collective. Dans le travail, on peut donc dire qu'une compétence avérée est une condition nécessaire pour se voir reconnu une forte autonomie, en même temps que cette dernière est une condition du déploiement, mais aussi du développement de la compétence.

Qu'en est-il dans d'autres univers sociaux, la famille, le monde associatif, le monde sportif, le voisinage, la cité politique ? Il n'y a aucune raison que les rapports entre autonomie et compétences y soient entièrement différents, mais il faut néanmoins tenir compte du fait que les choses y sont moins clairement et précisément réglées que dans le monde du travail. Ce qui rend plus perceptible un autre lien entre compétences et autonomie, qui vaut aussi pour les relations professionnelles : pour être autonome, il faut d'abord comprendre les règles dites et non dites en vigueur, les rapports de force, les relations et les jeux de pouvoir, les alliances possibles, les

⁴¹ Philippe Zarifian est un sociologue français né en 1947. Il est professeur à l'Université de Paris-Est-Marne-La-Vallée dont il a créé et dirigé le département sociologie.

failles du contrôle social, le prix à payer pour obtenir davantage d'autonomie, que ce soit en terme d'efficacité, de loyauté, de réciprocité.

Deux types et deux niveaux de compétences sont donc en jeu dans l'exercice de l'autonomie :

Les compétences dont il faut faire preuve pour que les autres vous « laissent » agir à votre guise dans un domaine défini.

Les compétences stratégiques qu'il faut mettre en œuvre pour élargir pratiquement sa marge d'initiatives ou faire reconnaître formellement ses compétences aussi bien que l'autonomie et les initiatives qu'elles autorisent.

Chacun de nous ne dispose pas des mêmes compétences, ni des mêmes appuis pour être autonome. L'autonomie innée ne suffit pas, elle s'apprend en situation. La question d'appui est forte, nous parlons alors de soutien, de réseau, de collaboration.

4. L'autonomie et la confiance

Nous avons parlé des compétences nécessaires pour que le cadre de santé puisse prouver sa capacité de gérer une unité de soins. Mais cela ne suffit pas, il y a en effet divers paramètres qui permettent aux cadres de santé de pouvoir gérer cette dernière et de pouvoir bénéficier d'un certain degré de liberté. L'étendue de l'autonomie du cadre de santé va également dépendre de la confiance qui lui est octroyée. En effet, un cadre de santé qui inspire de la confiance à ses supérieurs aura plus de liberté que celui qui n'en inspire pas. Mais qu'est-ce que la confiance ? La confiance est « l'assurance *d'une personne qui se fie à quelqu'un ou à quelque chose*⁴² ». Autrement dit la confiance est une relation entre deux personnes qui comptent l'une sur l'autre. La confiance se construit, se partage et crée le fondement des relations humaines. Elle est fragile et précaire, se gagne et s'entretient. En effet, acquérir la confiance de quelqu'un est parfois difficile, la garder l'est encore plus. La confiance envers un cadre de santé se construit dès le départ de son engagement et évolue avec l'expérience et le temps.

⁴² Dictionnaire Le Robert Illustré 2014

5. L'autonomie et les responsabilités

Il ne suffit pas de vouloir être autonome pour être un cadre de santé, il faut aussi lui ajouter les responsabilités qui en découleront (nous l'avons vu longuement dans le chapitre 5). Pour être autonome, il doit connaître les règles qui l'entourent et les analyser afin de déceler celles qui lui permettront de pouvoir affirmer son autonomie et celles sur lesquelles un assouplissement devra être négocié. Chaque cadre voudrait détenir une entière liberté mais ne doit pas oublier qu'il en découle des responsabilités. Être responsable demande de répondre de ses actes et de les justifier notamment au niveau hiérarchique supérieur. L'autonomie ne va pas sans responsabilités et le cadre l'apprend au cours de son évolution. La responsabilité requiert aussi d'avoir la capacité de remise en question, mais aussi d'être remis en question par autrui. « *Le cadre doit pouvoir ressentir de quelle dose d'autonomie il a besoin pour vivre et se recréer, ainsi que les moyens par lesquels il va la favoriser. L'autonomie n'est pas un état stable mais un enjeu permanent du rapport de force entre patrons et salariés*⁴³ ». Comme le dit cette phrase, l'autonomie est un combat quotidien, même si elle semble acquise pour le cadre de santé. Se construire une identité et une autonomie dans le monde du travail ne dépend pas que de la personne qui la recherche mais aussi de son environnement. Le cadre de santé évolue et tente de se construire une autonomie reconnue. Pour acquérir cette autonomie, il doit montrer de quoi il est capable à ses supérieurs, il doit gagner la confiance, obtenir l'appui des personnes qui l'entourent, communiquer et partager les idées et les projets. Tant d'éléments qui semblent éviter le malaise avec, comme symptôme, la solitude si ce n'est que la solitude positive et salutaire dont nous parlerons par la suite.

6. Lien entre autonomie et solitude ?

De nombreux auteurs, dont Nicole Fabre, notamment dans son livre « *La solitude, ses peines et ses richesses* »⁴⁴, démontre que la quête d'indépendance peut devenir source de solitude. C'est un comble pour un cadre, qui, accédant à la fonction de chef d'unité, a souhaité acquérir plus d'autonomie. Il y a une nuance que nous

⁴³ Perrenoud P., « *L'autonomie, une question de compétence ?* », in Résonances, n°1, septembre 2002.

⁴⁴ Fabre N., « *La solitude, ses peines et ses richesses* », éd. Albin Michel, 2004

jugeons importante d'apporter. En effet, c'est bien la quête d'indépendance qui peut devenir une source de solitude. Le cadre, lui, souhaite acquérir plus d'autonomie. Cela signifie qu'il souhaite agir sans avoir forcément recours à autrui mais, contrairement à l'indépendance, sous la responsabilité de ses supérieurs. Si le cadre est conscient des raisons qui l'ont poussé à accéder à ce poste et qu'il est également conscient, qu'indéniablement, ses rapports aux autres ont changé, alors, il risque de moins souffrir de la solitude. L'autonomie est au centre de l'identité et des responsabilités des cadres. Nous pouvons même ajouter que « l'autonomie est une question d'identité, d'image de soi ». L'autonomie se construit par l'identité, les projets que la personne réalise ou réalisera et l'image qu'elle a d'elle-même. Etre un cadre autonome ne semble pas évident et c'est un combat de tous les instants. Un cadre de santé cherche à être autonome dans le but de pouvoir grandir soi-même et de pouvoir faire grandir les autres avec lui. L'autonomie est une difficulté de taille pour les acteurs de terrain : en cas de problème, ils sont seuls et ne peuvent se reposer sur la hiérarchie. Vouloir être autonome implique de prendre ses responsabilités et de peut-être se retrouver seul en cas de problème.

A plusieurs reprises, un questionnement s'est fait ressentir précédemment. Il est temps maintenant de revenir sur ces questions et de faire le lien entre les deux mots clés du titre de cette épreuve intégrée. Bien sûr, à certains endroits il existe un vrai travail d'équipe qui permet de faire vivre ces questions et de les négocier en direct. Mais souvent le cadre est seul et a un besoin de lieux de travail avec des pairs pour élaborer sa position spécifique. Le chapitre consacré à la fonction du cadre nous parlait de sa position d'interface et d'interdépendance. Il était dit que « *l'interdépendance désigne des personnes ou des choses qui dépendent les unes des autres*⁴⁵ ». Nous pourrions alors compléter la définition de l'autonomie du cadre. L'autonomie est *la faculté à agir seul*⁴⁶. Une personne autonome possède beaucoup de ressources et d'habileté en général. Son besoin de créativité va la pousser à apprendre par elle-même tout en assumant la dépendance réciproque et donc son interdépendance. Donc contrairement à ce que nous pensions, l'autonomie du cadre ne le rend pas seul. Pourtant une certaine solitude pourrait être mise à profit. Car si nous analysons la solitude comme une force à acquérir, celle-ci peut alors être recherchée et bénéfique. Quand on parle de solitude, on évoque l'abandon, l'oubli,

⁴⁵ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l'interdependance/

⁴⁶ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/

la mise à l'écart. C'est une solitude triste et souffrante, noire et pesante où l'on ressent un réel sentiment d'abandon. On parle peu dans notre société de la solitude qui favorise la réflexion et affermit l'autonomie. Dans la définition très générale de l'autonomie, nous avons vu que la locution « par rapport » indique un aspect relationnel, une relation duelle entre deux éléments. Il était également dit que *« chacun de nous ne dispose pas des mêmes compétences et des mêmes appuis pour être autonome. L'autonomie innée ne suffit pas, elle s'apprend en situation. La question d'appui est forte, nous parlons alors de soutien, de réseau, de collaboration⁴⁷»*.

Acquérir son autonomie en tant que cadre demande, donc, de s'entourer des bonnes personnes et certainement pas d'être dans la solitude néfaste. L'autonomie n'est pas la solitude, au contraire. Mais l'autonomie est synonyme d'indépendance, empruntée au grec « *auto-nomos* », voulant dire « *qui est régi par ses propres lois⁴⁸* ». L'autonomie est requise lorsqu'elle désigne les marges de manœuvre octroyées ou les degrés de liberté dont dispose l'individu à son poste de travail. Elle est conquise quand elle désigne la capacité de modifier les normes de travail. Elle est aussi apprise. Même dans les situations professionnelles les plus contraignantes, les opérateurs ne se conforment pas au respect des consignes. L'autonomie est liée à l'action et, quelles que soient les contraintes, elles ne jouent pas comme un déterministe : l'individu garde toujours son autonomie. On parle alors « d'autonomie contrôlée » qui s'exerce dans un cadre de dépendance. L'autonomie exercée dépend donc de la coopération avec les autres. C'est aussi un contrat, car l'autonomie ne peut pas s'exercer sans réciprocité ni sans volonté commune de la reconnaître. Elle est un idéal partagé.

Dans la suite de cette épreuve intégrée nous avons choisi de donner des pistes pour accéder à l'autonomie. Celles-ci ne sont pas exhaustives mais sont des éléments qui, nous le pensons seront une aide précieuse pour le cadre de santé.

⁴⁷ <https://www.meirieu.com/DICTIONNAIRE/autonomie/>

⁴⁸ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Autonomie>

Chapitre 7 : Pistes vers l'autonomie

Nous étudierons la communication et la délégation comme des pistes pour aider le cadre à assumer et vivre pleinement son autonomie. Pourquoi ces deux pistes ? Nous pensons qu'elles sont essentielles au travail de cadre et qu'elles l'amèneront à une collaboration avec ses pairs et avec son équipe. Par la même occasion, ces outils sont importants pour que sa solitude, s'il y a solitude, ait une chance de lui devenir bénéfique.

1. La communication

Le partage, la construction d'appui, la formation, le travail en équipe est une mise en relation qui passe par un support essentiel : la communication.

Il est courant d'entendre dire que les managers- cadres de santé savent diriger, donner des ordres et organiser mais qu'ils ont des difficultés pour communiquer, pour échanger sur un mode relationnel, c'est-à-dire suscitant un partage réel. C'est probablement vrai dans le sens où ce sont des hommes souvent pris dans l'urgence, toujours sur la brèche d'une multitude de décisions à prendre. Mais ces managers n'ont en général pas appris à communiquer. Leur statut particulier, le caractère de modèle que leur confèrent leurs attributions, leur rôle d'animateur leur donnent d'avantage de responsabilités et leurs attitudes relationnelles et leurs stratégies de communication sont de ce fait particulièrement importantes. Celles-ci vont induire des réactions soit en miroir, soit en opposition chez leurs collaborateurs, qui seront amplifiées par tous les circuits et les systèmes de communication dominants dans l'entreprise.

On voit ici toute l'importance d'un outil de base essentiel de la fonction cadre de santé : la communication. Il est essentiel que le cadre prenne du recul et intervienne dans un registre de la communication. Contrairement à l'expression populaire bien connue « cela va sans dire », le cadre a intérêt à rendre explicite l'implicite afin de ne pas prolonger dans le temps d'éventuels malentendus. La communication est sans aucun doute le moteur de toute société. En football, imaginez qu'un stratège essaie d'emmener les attaquants au but sans leur expliquer sa tactique. Que se passerait-il une fois qu'il aurait dégagé le ballon ? Probablement rien. Ce serait le chaos. Les managers qui ne communiquent pas efficacement négligent l'un des rôles essentiels du management. La communication est la fonction clé du manager.

L'information est le fondement du pouvoir et, à une époque où tout s'accélère, elle doit être communiquée aux salariés plus rapidement que jamais. L'évolution constante que connaît l'entreprise nécessite une communication immédiate. Avec la généralisation des smartphones, des réseaux sociaux et autres nouveaux modes de communication, les managers n'ont plus d'excuses. Pour répondre à vos attentes, votre équipe doit d'abord les connaître. Il ne suffit pas de définir un objectif sur le papier. Dans le management comme dans la vie, les détails ont beaucoup d'importance : une invitation à une réunion, des félicitations pour un travail bien fait sont toujours bienvenues. Cette approche favorise le bon fonctionnement de la société, encourage les bonnes volontés et cimente les liens de confiance entre le cadre et son équipe. Le cadre peut, également, jouer la carte de la transparence et communiquer les objectifs sur lesquels il sera évalué aux membres de son unité. Mieux connaître le travail du cadre permettrait à l'équipe de mieux comprendre le faible taux de coprésence dont nous avons parlé précédemment. Nous l'avons vu, lors de ce même chapitre, il est particulièrement important que les cadres apprennent à mieux communiquer. La communication avec l'équipe est un élément fondamental de son management et de son positionnement. Si nous reprenons les rôles du cadre dans « Le manager au quotidien » de Henry Mintzberg⁴⁹ nous voyons que nombreux de ces rôles sont ceux qui se situent dans le domaine de la communication. Le cadre de santé est, ou devrait être, le vecteur de la communication. Animateur, lors de réunions ou de staffs de service, il favorisera l'expression de tous et donnera la parole à chacun, c'est-à-dire susciter des mises en commun efficaces. Car le prix à payer, lié aux difficultés du manager à communiquer et à entrer en relation avec les autres, est souvent onéreux. Il se traduit en termes de fatigue, d'irritation, de stress en eux et également chez les collaborateurs.

Toute crise se caractérise par une absence de communication, par des attitudes de sabotage, par des conflits d'intérêt et de pouvoir, par des comportements réactionnels, d'attaque et de défense. Elle puise ses origines dans la difficulté de chacun à entrer en relation avec l'autre. Les relations professionnelles sont difficiles parce que les relations interpersonnelles le sont. Les relations interpersonnelles sont difficiles parce que nous n'avons pas appris à entrer en relation avec l'autre, parce que nous nous enfermons ou nous nous abritons derrière notre statut, parce que

⁴⁹ Mintzberg H., op cit, p28

nous avons peur de l'autre ou au contraire parce que nous sommes trop centrés sur nous, sur des réactions défensives liées à la sphère intime ou à nos peurs inexprimées. Entrer en relation avec l'autre, c'est prendre le risque de communiquer, c'est-à-dire de mettre en commun des données personnelles liées à son vécu, à ses émotions, à ses attentes. Ainsi, si l'essentiel de la crise actuelle résulte de la difficulté à communiquer, c'est tout simplement parce que nous n'avons pas appris à pratiquer la mise en commun et que la communication est souvent utilisée comme un moyen de s'exprimer unilatéralement et non comme celui d'entrer en relation, c'est-à-dire d'échanger sur tout le contenu de la relation : les faits, les ressentis et les retentissements. Comprendre la crise relationnelle nécessite de connaître les principaux éléments composant la relation, ainsi que leur impact sur le comportement des acteurs principaux, de mieux cerner les enjeux favorisant ou freinant le développement de relations créatives dans les entreprises et le monde du travail.

Entrer en relation avec l'autre, c'est tenter de créer un lien de réciprocité fait de l'expression individuelle de chacun et de l'autre. C'est créer un passage susceptible de nous permettre de passer de l'impression à l'expression, et de l'expression à la communication, mise en commun. Entrer en relation, c'est accepter de s'exprimer, d'aborder ou de se confronter à des réalités du domaine personnel. C'est pouvoir affirmer des convictions, des désirs, des attentes. C'est parler de son propre vécu et entendre le vécu de son interlocuteur face à son travail, à telle tâche, à telle action ou décision en cours. Entrer en relation avec l'autre, c'est déjà accepter d'entrer en relation avec soi, de s'affirmer et surtout de se positionner en exprimant ce que nous ressentons. Entrer en relation avec l'autre, c'est aussi avoir la capacité d'écouter l'autre dans ce qui le touche personnellement. Quand nous entrons en relation avec l'autre, celui-ci doit pouvoir sentir qu'il peut entrer en relation avec lui-même face à nous sans danger, nous lui offrons la possibilité de s'affirmer, d'exprimer ce qu'il ressent et de confronter nos différences. Pouvoir entrer en relation, c'est avoir la capacité de se réapproprier sa propre parole et laisser à l'autre la possibilité de prendre soin de la sienne, sans jugement de valeur, sans parler pour lui ni prendre sa place. Entrer en relation suppose une certaine liberté et des moyens d'expression. Si communiquer c'est mettre en commun, pourrions-nous affirmer qu'elle aide à, non pas abolir toute forme de solitude, mais à faire de celle-ci l'atout recherché ? Sans aucun doute, nous dirions que la communication est la base de l'autonomie.

La délégation est, elle aussi, un sujet souvent abordé. Nous verrons ce chapitre comme une seconde piste qui aiderait le cadre à apprécier sa solitude et acquérir son autonomie car déléguer, c'est favoriser l'esprit d'initiative, c'est formateur, c'est aussi permettre de mieux répartir le volume de travail.

2. La délégation

En tant que cadres, nous devons avoir de nombreuses compétences : techniques, analytique et organisationnelles, mais surtout relationnelles. Parmi les compétences relationnelles, celle qui compte le plus est certainement la capacité à déléguer efficacement. La délégation est l'outil n° 1 du manager et l'incapacité de déléguer est la principale cause d'échec. En tant que chef d'équipe, nous sommes responsables de tout un service. Mais cela ne veut pas dire que nous devons effectuer toutes les tâches personnellement pour atteindre les objectifs. La délégation est une évidence intellectuelle pour la grande majorité des managers. Pour autant, la réalité sur le terrain est tout autre. Pourquoi ce décalage entre le principe et la pratique ? D'une façon générale, être plus autonome dans son travail, pour le subordonné, revient à perdre le bénéfice de l'absence de responsabilité sur ce qu'il fait. Devenir plus responsable de son travail, c'est prendre en compte les finalités de celui-ci et par conséquent, prendre à cœur sa réalisation. Lorsque l'on a conscience de n'avoir qu'un impact très limité sur les résultats, on hésite à prendre des initiatives et à s'investir du fait du risque lié à la responsabilité encourue. La prise de conscience de l'existence de ce type de sentiment doit conduire les managers à clarifier l'impact que chacun a sur le résultat global.

Il existe de nombreux freins qui empêchent un manager de croire aux bienfaits de la délégation. Parmi ceux-ci, le plus important est la peur de perdre son pouvoir sur ses collaborateurs, de les rendre indépendants de lui. C'est pourquoi il est parfois si difficile pour un manager de déléguer. Par conséquent, c'est précisément la possibilité d'abandonner la notion de maîtrise qui est intéressante dans le fait de donner de l'autonomie aux collaborateurs. Il faut prendre en compte le niveau d'autonomie psychique du manager lui-même et en particulier quelques attitudes fondamentales vis-à-vis d'autrui : sa capacité à faire confiance à l'autre et son ouverture aux autres. La délégation de l'autorité ne peut apporter des avantages que si l'on ne l'effectue que d'une manière appropriée. En premier lieu, il importe d'établir des objectifs bien définis. Le supérieur en cause doit ainsi avoir une idée précise des

résultats attendus. Ses subordonnés devraient participer à l'élaboration des objectifs et approuver les normes qui serviront à évaluer la tâche. En deuxième lieu, il faut que tout subordonné comprenne bien les tâches qu'on lui délègue, qu'il reconnaisse l'étendue de son autorité et soit prêt à rendre des comptes en ce qui concerne les résultats obtenus. En troisième lieu, un cadre et ses subordonnés doivent travailler en équipe. Le premier devrait jouer le rôle d'un entraîneur et toujours encourager ses subordonnés à améliorer leurs compétences en les renseignant sans cesse. Il importe que ce cadre soit toujours disponible pour aider son équipe et qu'il se tienne au courant de ce qui se passe. En quatrième lieu, un supérieur doit toujours insister pour que l'on aille jusqu'au bout de tout objectif et des activités qui s'y rattachent. Il lui faut non seulement inciter les membres de l'équipe à terminer leur travail, mais aussi les secourir, ce qui est plus important encore. En cinquième lieu, les supérieurs devraient offrir à leurs subordonnés des programmes de formation efficaces pour leur permettre d'acquérir des compétences et des habilités nouvelles. En effet, tout subordonné ne peut accepter une autorité et des responsabilités plus étendues que s'il possède les aptitudes requises pour communiquer avec autrui. Il convient ainsi d'instaurer des programmes de formation en vue d'améliorer les forces et atténuer les faiblesses de chacun. En dernier lieu, tout supérieur devrait fournir des rapports exacts à ses subordonnés en temps opportun pour qu'ils puissent plus facilement voir les résultats de leur travail. De tels rapports aident à comparer les résultats obtenus avec les normes et les objectifs adoptés pour ensuite prendre des mesures afin de remédier à la situation si besoin est.

L'objectif de cette démarche conceptuelle vise à nous aider à recentrer les faits, à développer une analyse sous un axe différent afin de prendre conscience des richesses dont nous disposons, afin de les mettre en œuvre. Ainsi la communication et la délégation pourraient être des pistes. Nous savons qu'il y en a bien d'autres mais nous ne les aborderons pas car nous avons nos propres limites. Tout comme le travail du cadre et sa position qui sont en perpétuelle évolution, cette épreuve intégrée se doit d'être travaillée encore et encore et notre réflexion ira bien au-delà de ces limites.

Après ces deux pistes, nous avons choisi de revenir sur la solitude pour « terminer » cette épreuve intégrée. La solitude salutaire, la seule qui, pour nous, peut être comparée à l'autonomie tant recherchée par le cadre de santé.

Chapitre 8 : La solitude salubre

Mal vécue, la solitude peut constituer un obstacle à la bonne conduite et réussite. Alors qu'il est indispensable de posséder une capacité d'être seul pour conduire efficacement son apprentissage, cette capacité est constituante de la capacité d'autonomie. Tout manager doit se faire à l'idée qu'une équipe sans discordes, sans conflits, sans rivalités, sans problème et sans critiques sur l'organisation, ses méthodes ou ses collaborateurs, n'existe pas. Et fort heureusement pour lui d'ailleurs ! En effet, comment parviendrait-il à justifier son rôle dans un monde idyllique ? Par ailleurs, le spectre de l'équipe idéale est inquiétant, car il laisse entendre que les intérêts professionnels passent après la dimension affective et relationnelle. Ainsi, si le cadre veut donner à son équipe toutes ses chances de réussite, de survie, de développement et de croissance pour assurer sa pérennité, il lui appartient de favoriser le développement des aptitudes à vivre avec les autres, à communiquer efficacement, et à inventer des moyens pour entretenir des relations plus harmonieuses.

La solitude, souvent inhérente à la fonction, peut être difficile à assumer au quotidien. Mais même si elle peut paraître pesante, la solitude du cadre est nécessaire dans un premier temps ne serait-ce que pour se poser, prendre du recul et analyser le pouvoir et l'autorité qu'il a, ou pas, sur les événements. C'est important de se confronter à cette solitude et analyser en parfaite conscience comment elle est vécue, car il est préférable qu'elle soit un moteur et non une source de stress empêchant toute analyse et prise de décisions objectives. Le pouvoir peut vite devenir grisant et déconnecter de la réalité. Il est indispensable que le cadre écoute et entende le feedback de ses troupes, même si la pression et la charge du travail rendent toute prise de recul difficile. La solitude qui se construit est une solitude délibérée. C'est une situation qui nous amène à être créatif, performant ou tout simplement en paix avec nous-même. La solitude est propice aux prises de décisions, elle dynamise l'intuition et permet d'optimiser les échanges et la saisie des faits en vue de la décision. Chacun peut s'accommoder de la solitude ou l'apprécier à sa juste valeur ; chaque jour, il est possible de s'en plaindre ou alors d'écouter son silence, d'entendre son calme. La solitude confirme bientôt ou promet ensuite de nouvelles orientations dans sa vie parfois simplement en regardant en face les décisions que nous avons prises pour atteindre la prochaine étape. C'est probablement pour ces raisons que

la solitude fait peur : elle offre un choix sur l'inconnu, nous avons pourtant tous à y gagner à nous écouter.

La solitude fait partie du travail du cadre mais son impact ne peut se mesurer avant la prise de fonction. Le cadre se retrouve seul pour analyser des situations, pour prendre des décisions, pour interpréter des évènements,... Il ne sait à qui demander de l'aide sans que cela ne passe pour de l'incompétence. Comme pour l'impact de la solitude, les nouveaux cadres ne comprennent le changement de leur position au sein de l'unité qu'en le vivant. Nous osons, alors, croire que nous ne sommes pas seuls. Pourtant lorsque nous sommes en souffrance, notre réflexe est souvent de nous renfermer, nous isoler pour ressasser nos blessures ou nous plaindre. Cette attitude est souvent basée sur la croyance : « *Je suis seul à pouvoir me comprendre. Personne ne peut imaginer ce que je vis* » ou « *Si j'en parle, on me jugera nul, incompétent ou faible. On me rejettera* ». Nous avons constaté ces croyances des centaines de fois au cours de notre carrière professionnelle ou même notre vie. Et un nombre quasi équivalent de fois, j'ai pu constater le bienfait considérable qu'il y a à partager, à échanger, à oser se montrer vulnérable, à entendre que le parcours des autres est également semé d'embûches, à prendre conscience que nous ne sommes pas seuls et séparés, que nous sommes une communauté d'êtres vivants, tous en cours de transformation plus ou moins approfondie et satisfaisante.

En tant que cadres, nous devons prendre position et cela nous amène à croire que grâce à cette solitude salutaire, le cadre de santé peut apprécier son autonomie. Il détient les clés du « succès » : il faut le soutenir, le valoriser, lui donner les moyens d'exercer un pilotage effectif des opérations qui lui sont confiées car qui mieux que le cadre vit au plus près de la réalité quotidienne tant redoutée- celle du patient, de la maîtrise de l'organisation et du travail ?

Conclusion

Lors de la lecture de cette épreuve intégrée, nous nous rendons compte que nous utilisons régulièrement le verbe « devoir ». Il va de soi que ce verbe peut être modifié en « pouvoir » en encore en « vouloir ». Le devoir peut être vu comme les obligations du cadre, le respect des règles, des procédures,... Etre cadre, nous l'espérons, est une volonté de chacun d'entre nous. C'est pourquoi nous avons choisi de respecter les obligations. Il est demandé au cadre de santé d'être autonome mais, là encore, il choisit son autonomie. Il « peut » la définir car il a le pouvoir, non seulement par ce qu'il a acquis lors de ses études mais également parce qu'il est libre d'utiliser toutes ses connaissances et capacités dans l'exercice de sa fonction. Chaque cadre est différent mais que ce soit devoir, vouloir ou pouvoir, le cadre de santé doit tout mettre en œuvre pour être autonome. Nous avons vu que les cadres ont tendance à se plaindre de solitude. Nous savons que cette solitude peut être amenée par une méconnaissance des rôles et des responsabilités du cadre. Sa position d'interface, l'histoire de sa catégorie et les différentes appellations ne l'aident pas à y voir plus clair. Mais nous l'avons compris, l'autonomie ne saurait se confondre avec la solitude. Une des premières définitions assez simple de l'autonomie que nous avons données est « *l'autonomie est la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi*⁵⁰ ». Nous en avons, alors, conclu que l'autonomie était la faculté d'agir seul et nous aurions eu tendance à faire les choses seuls pour se montrer autonomes. L'erreur est là car cette situation peut précisément amener à un malaise. Au fur et à mesure de nos lectures, recherches et nos expériences professionnelles nous avons pu affirmer que l'autonomie exercée, par le cadre de santé, dépend de la coopération avec les autres.

L'autonomie n'est pas une condition de la solitude. Tout comme elle n'est pas source de solitude chez le cadre. L'autonomie professionnelle a ses conditions. Loin du héros entrepreneur, indépendant de l'environnement professionnel, la montée en autonomie est une construction d'appuis : réseau de partage entre pairs, ressources humaines, formation... Le travailleur ne doit pas être seul mais porté dans un collectif quelle que soit la forme de celui-ci. Sans communication, qui est la base du management, pas d'autonomie professionnelle. Reprenons les deux difficultés

⁵⁰ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Autonomie/>

énoncées dans le chapitre sur le malaise des cadres. La première était : la réalité est plus difficile qu'on ne le pensait. Il était dit : « *Faire le deuil de cette vision idéalisée du management, peut être source de malaise et de souffrance par la suite car certains réagissent en se retirant, d'autres ne veulent pas voir la réalité et s'enferment dans leurs visions en attendant que les faits correspondent enfin à leur théorie* », à cela nous pourrions ajouter que certains entrent dans le processus de raffinement et de maturation de leur rapport au monde et aux autres. Ils apprennent, en ne considérant pas qu'ils trahissent leurs rêves initiaux, mais en les ajustant à la réalité. Ils réalisent alors que leurs valeurs ne tiennent pas à ce que devrait être la réalité mais à la manière de « faire avec ». La seconde difficulté était de « *mesurer son incompétence* ». Il était dit que le cadre reste toujours seul face aux difficultés. Une difficulté serait-elle alors plutôt d'en parler ? Certains diraient que ça peut paraître dangereux d'aborder le sujet au travail, de crainte que cela soit considéré comme un aveu de faiblesse ou d'incompétence. Pourtant nous l'avons vu, une personne qui a la capacité à être autonome est bien celle qui possède une confiance en elle suffisamment forte pour aller au-delà des problématiques quotidiennes : demander naturellement de l'aide quand besoin est, utiliser au mieux ses capacités même dans les cas difficiles, douter d'elle en ayant l'énergie de continuer à avancer. Le cadre n'est donc pas seul s'il est autonome. Si nous imaginons une solitude subie, l'autonomie peut être mal vécue, mal utilisée ou pas assumée et cela ne ferait qu'agrandir le malaise des cadres. Par contre, en travaillant ce sujet, nous nous rendons compte que si la solitude est acceptée et bien vécue cela réduira ce malaise. Cette solitude « salubre » ne pourra pas être une condition de l'autonomie du cadre mais elle l'aidera certainement à apprécier cette autonomie.

Sachons à présent que la plus grande richesse de l'autonomie professionnelle est justement de la partager, de s'entourer. Si une des caractéristiques du cadre est la solitude, elle doit être analysée comme une force en soi à acquérir, savoir prévoir seul pour pouvoir en équipe, être autonome dans ses actions et en constater les résultats. Aucun cadre de santé n'est à l'abri de la solitude. Qu'il s'agisse d'isolement véritable ou d'autonomie mal vécue, il faut pouvoir déceler cette dérive pour la combattre. Un individu peut se retrouver seul par repli, résignation, par inertie ; il peut se plaindre de la situation mais en même temps cette situation peut lui paraître plus confortable.

Il est parfois plus facile de se plaindre de la solitude que de faire le premier pas et de se confronter à autrui. On peut croire que les relations tombent du ciel et on se garde d'oser aller à la rencontre. Mais je citerais alors, *Françoise Dolto*⁵¹ qui parle ainsi de solitude : « *Amie inestimable, ennemie mortelle, solitude qui ressource, solitude qui détruit, elle nous pousse à dépasser nos limites*⁵² ».

⁵¹ Françoise Dolto : Pédiatre et psychanalyste Française née, à Paris, le 06 novembre 1908 et est décédée le 25 août 1988.

⁵² Citation de Dolto F., « *Solitude* », éd Gallimard, 2001

Perspectives conceptuelles et opérationnelles à envisager

De nombreuses questions restent en suspens et mériteraient quelques éclaircissements et réponses. La première serait sur le terrain. Les cadres de santé sont-ils conscients de cet aspect de solitude de leur fonction ? Comment l'appréhendent-ils ? Et comment appréhendent-ils leur autonomie ?

Nous aurions pu apporter une approche opérationnelle, qui permettrait de répondre au plus proche de la réalité au questionnement de départ. Nous pourrions imaginer interroger divers cadres de santé sur l'approche qu'ils ont de la solitude dans leur fonction. Certains cadres vivent mal certaines hésitations et difficultés qu'ils subissent chaque jour. Ils sont dotés de pouvoirs mais dès lors, le risque d'une perte de professionnalisme est latent, et peut être à l'origine d'une désorganisation, d'un malaise. Nous voyons souvent la solitude de manière négative mais au fur et à mesure de ce travail nous constatons qu'elle peut être recherchée. Si bien vécue, elle est même d'une grande aide car c'est dans la solitude que viennent les meilleures idées. Faut-il, ensuite, savoir les mettre en commun. Qu'en pensent ces personnes directement concernées ? Les cadres souhaitent acquérir plus d'autonomie. Cela leur est demandé tout au long de leurs études et de leur carrière. L'autonomie est au centre de leur identité et de leurs responsabilités. Qu'en pensent-ils ?

Une proposition conceptuelle a été tentée, celle de la communication et de la délégation. Ainsi, les acteurs, les cadres, et d'autres personnes, sont les interprètes de rôles prédéterminés, mais, individuellement, ils les incarnent de diverses façons. Ces deux approches visent essentiellement, non pas à combler la solitude (surtout pas !) mais à l'apprécier. Une approche opérationnelle serait utile pour confirmer ces pistes et pour en travailler d'autres. L'outil que nous aurions imaginé pour cette démarche serait l'entretien, dont le dépouillement de données nous apporterait un certain nombre d'informations supplémentaires à étudier, analyser et regrouper. Nous laissons soin à d'autres étudiants de s'y attacher et poursuivre la recherche. Malgré les différentes notions travaillées dans cette épreuve intégrée, d'autres concepts auraient mérité que nous nous y attardions. Des notions d'implication, de motivation, de collaboration,...

En effet l'implication et la motivation sont propres à chacun mais aideraient à mieux comprendre pourquoi chacun de nous évoluera différemment. Nous imaginerions que la collaboration serait une piste supplémentaire.

Enfin d'autres épreuves intégrées peuvent se combiner à celle-ci. Nous nous en sommes parfois inspirée, c'est pourquoi elles se retrouvent dans notre bibliographie. Il nous semblerait une piste intéressante de rencontrer les différents auteurs et de mettre en commun les richesses de chaque épreuve. Travailler ensemble vers un même objectif c'est avoir un esprit d'ouverture qui laisse place à la solidarité pour faire face à ce sentiment de solitude qui existe pour certains cadres. Et surtout faire de sa solitude une force.

Quelles sont les perspectives personnelles ?

Ce travail a débuté avec des croyances, des lectures et des observations faites au cours de notre expérience d'infirmière. Il y a quelques mois, nous avons pris la fonction de cadre et cela a eu un impact conséquent sur notre évolution tant professionnelle que personnelle. Parmi certaines certitudes, nous nous sommes vu évoluer vers des opinions affinées, ou même contraires dans certains cas. En effet, nos hypothèses en début de travail se sont avérées infondées. Cela nous a quelque peu réconfortée car nous n'avons pas à subir la solitude pour en arriver à l'autonomie. Les recherches et découvertes au travers des différents auteurs et des exemples vécus nous ont permis d'aborder le sujet différemment et de remettre notre attitude en question. Cela a une influence sur notre évolution professionnelle et sur notre façon d'appréhender les situations. Dans le courant de ces derniers mois, nous avons eu l'occasion d'être responsable de deux services différents. Le changement n'est pas forcément facile, nouvelle équipe, nouveau projet mais il nous est plus aisé de nous positionner en tant que cadre de santé après avoir pris pleinement conscience de nos rôles, nos responsabilités et notre place. Rien n'est confortable dans notre position mais notre expérience est riche d'apprentissage. Et même si les sujets de la solitude ou de l'autonomie semblent connus, y travailler nous permet d'assumer notre autonomie et de nous entourer car l'autonomie est aussi de pouvoir dire « aidez-nous à faire seul... ».

Bibliographie

• Livres :

- Albert E., « *Partager le pouvoir, c'est possible* », éd. Albin Michel, Paris, 2014, 194 p.
- Amado G. et Guillet A., « *Dynamique des communications dans les groupes* », éd. Armand Colin, 2012, 453 p.
- Auger M., « *Managers, réveillez-vous ! Le monde change* », éd. afnor, Paris, 2012, 151 p.
- Astouric A., « *Le management durable. Du concret pour réussir ensemble* », éd. chronique Sociale, France, mai 2014, 107 p.
- Bourgeois L., « *Eloge de la critique et des jeux de pouvoir en entreprise* », éd. Eyrolles, Paris, 2013, 142 p.
- Bourret P., « *Les cadres de santé à l'hôpital, Un travail de lien invisible* », éd. Seli Arslan, Paris, 2006, 288 p.
- Coudray M-A., « *Le cadre soignant en éveil, La fonction d'encadrement au défi de la quête de sens* », Paris, éd. Seli Arslan, 2004, p144.
- Cristallini V., « *L'habilité managériale : Réalisme et courage en management* », éd. ems, Paris, 2010, 449 p.
- D'Ansembourg T. « *Etre heureux, ce n'est pas nécessairement confortable* », éd. de L'homme, Canada, 2004, 277 p.
- Dolto F., « *Solitude* », éd Gallimard, 2001.
- Dupuy F., « *La fatigue des élites, le capitalisme et ses cadres* », éd. du seuil et La République des Idées, France, mars 2005, 95 p.
- Dupuy F., « *Lost in management. La vie quotidienne des entreprises au XXI siècle* », éd. du Seuil, Paris, 2011, 265 p.
- Duséhu B., « *Le management de proximité. Au cœur de la performance de l'entreprise* », éd. Gereso, France, 2015, 183 p.
- Fabre N., « *La solitude, ses peines et ses richesses* », éd. Albin Michel, 2004
- Henry S., « *Ces décideurs qui méditent et s'engagent* », éd. Dunod, Paris, 2014, 257 p.

- Hesbeen W., « *Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soin* », France, éd. Elsevier Masson, 2011, p93
- Hirigoyen M-F, « *Les nouvelles Solitudes* », éd La découverte & Syros, 2007.
- Minois G., « *Histoire de la solitude et des solitaires* », éd. Fayard, France, 2013, 538 p.
- Mintzberg H., « *Structure et dynamique des organisations* », éd. d'Organisation, Paris 1982, 440 p.
- Monneuse D., « *Le silence des cadres- Enquête sur un malaise* », éd. Vuibert, Paris, 240 p.
- Perrenoud P., « *L'autonomie, une question de compétence ?* », in Résonnances, n°1, septembre 2002.
- Quinodoz J-M., « *La solitude apprivoisée. L'angoisse de séparation en psychanalyse* », Paris, PUF, 3ème éd., 2008.
- Salomé J. et Potié C., « *Oser travailler heureux. Entre prendre et donner* », éd. Albin Michel, Paris, 2001, 218 p.
- Thévenet A., Dejoux C., Marbot E., Normand E., Bender A-F., Silva F., « *Fonctions RH. Politiques, métiers et outils des ressources humaines* », éd. Pearson, Paris, 2012, 512 p.

● **Reuves :**

- Chatel V., « Mettre fin à la solitude des managers », Actualités juridiques collectivités territoriales, 14 décembre 2012, DRH (en ligne : <http://www.drh-attitude.fr>)
- Revue française d'administration publique, « L'encadrement à l'épreuve du management public », n 128, 2008, ed. l'ENA

● **Sites internet :**

- www.moniteur.be
- www.scienceshumaines.com
- www.academia.edu
- <http://lereservoir.eu>
- <http://fr.wikipedia.org>
- <http://www.cpsi.be>
- <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management>
- <http://www.larevuecadres.fr/les-conditions-de-l'autonomie>

- <http://claudiebertrand.com/ecrits-professionnels> la solitude
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>
- <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/>
- <https://www.legifrance.gouv.fr>
- <https://wallex.wallonie.be>
- www.toupie.org
- www.cours-de-droit.net/responsabilite
- www.travail-social.com/Responsabilite-ethique-du-travail
- <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007/>

• Cours

- Florin C., Elaboration du projet professionnel. Année 2012-2013.
- Vantomme P., Méthodologies de recherche. Année 2013-2014.
- Vantomme P., Psychosociologie appliquée aux relations de travail. Année 2013-2014.

• Dictionnaire

- Le Robert illustré 2014.

• Epreuves intégrées et Rapports

- Arnozan X., « *Le collectif cadre : de la solitude à la solidarité* », université de Bordeaux, Travail de recherche-promotion 2013-2014.
- Verschelde A., « *Cadre de proximité certes, mais proche de qui ?* », Tournai, année scolaire 2014-2015.
- Fevry A., « *Cadre de proximité : nouveau métier en recherche d'identité* », Tournai, année scolaire 2015-2016.
- Lebec M., « *L'autonomie du cadre de santé : de la législation au management par projets, des outils pour y prétendre* », Tournai, année scolaire 2015-2016.
- Kaci K., « *Compétences et intelligences du cadre en soins de santé : une nécessité pour une adaptation constante* », Tournai, année 2015-2016.
- Rapport de la « Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, effectué à la demande de Madame Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports, Paris, septembre 2009.

- **Articles de loi**

- Arrêté Royal du 13 juillet 2006- Portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef : Moniteur belge, 28/08/2006
- Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière (France)

Abstract

A l'origine de nos recherches : un long chemin d'idées, de suggestions, de réflexions sur les difficultés de la fonction de cadre de santé... ce qui peut générer un malaise. Ce malaise nous amène à traiter du sentiment de solitude chez les cadres et de leur autonomie. Pourquoi l'un est redouté et l'autre est recherchée et demandée ? Ces notions ont été analysées indépendamment et reliées entre elles afin d'en retirer le bénéfice pour une meilleure collaboration avec l'équipe et les supérieurs. Pouvoir aborder la solitude et l'autonomie en termes de ressources, tout en restant conscient du processus inachevable de la fonction. A fortiori, loin d'être complet, ce travail ouvre vers d'autres items, d'autres critiques, d'autres sujets...

Bonne lecture

Mots clés : Solitude- identité- responsabilité- rôle- position- autonomie