

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La loyauté du cadre de santé : *« Obsolescence ou modernisme ? »*

Justine BOUTEILLE

DCS@18-19

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'aboutissement d'un cheminement et d'une recherche de plusieurs mois. S'il a grandement éveillé ma curiosité, il s'est aussi parfois révélé déroutant et a occasionné des périodes de doute.

Je tiens en premier lieu remercier Monsieur Gwendal LE BARS, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité et sa perspicacité. La finesse de son analyse et ses encouragements m'ont permis de ne pas lâcher prise.

Je souhaite également remercier chaleureusement Madame Morgane LE GAL pour son soutien continu, ses conseils avisés et son extrême bienveillance.

J'adresse un remerciement spécial à Magali pour sa présence, sa sensibilité et l'amitié dont elle a fait preuve tout au long de cette année d'études.

Je veux également adresser un immense merci à Julie, Sandrine, Dominique, Émilie, Nathalie, Christelle, Florian et Hugues. Vous m'avez soutenue, coachée, consolée et aussi tellement fait rire !

Je remercie sincèrement mes amis et mes proches collègues qui m'ont si souvent adressé leurs encouragements durant cette année. Leurs témoignages m'ont été précieux.

Je tiens à remercier affectueusement mes parents et ma famille proche pour leurs encouragements durant cette année de formation. J'adresse ici une mention spéciale à ma maman et à ma sœur.

Je remercie de tout cœur ma tendre amie Amélie pour ses mots réconfortants et sa présence depuis toujours.

Je souhaite enfin adresser des remerciements plus personnels à mon conjoint et mes enfants pour leur amour et leur soutien sans faille tout au long de cette année.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1 CONTEXTE D'EMERGENCE DU TRAVAIL DE RECHERCHE.....	5
2 CADRE THEORIQUE DE REFERENCE.....	8
2.1 La notion de loyauté :.....	8
2.1.1 Approche étymologique et lexicale.....	8
2.1.2 Loyauté envers les autres.....	9
2.1.3 Loyauté envers soi-même.....	9
2.1.4 Loyauté et liens organisationnels.....	9
2.1.5 Loyauté et sens de l'engagement.....	10
2.2 Le positionnement du cadre de santé :.....	11
2.2.1 Place du cadre de santé dans l'organisation hospitalière.....	11
2.2.2 Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle du cadre de santé.....	13
2.2.3 Un positionnement au cœur des contradictions.....	15
2.3 Éléments managériaux et loyauté :.....	16
2.3.1 La question de la relation managériale.....	16
2.3.2 L'éthique du cadre de santé.....	17
2.3.3 La notion de confiance.....	19
2.3.4 La notion de dialogue.....	20
3 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	22
3.1 Contexte de la recherche exploratoire :.....	22
3.2 Émergence de nouveaux questionnements :.....	22
3.3 Question de recherche et hypothèses :.....	23
4 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	24
4.1 Choix d'une méthode de collecte de données :.....	24
4.2 Conception de la grille d'entretien :.....	24
4.3 Typologie des personnes interrogées :.....	25
4.4 Limites de l'enquête :.....	26
5 ANALYSE DE CONTENU.....	27
5.1 Les relations professionnelles du cadre de santé :.....	27
5.1.1 Qualité des relations professionnelles du cadre de santé.....	27
5.1.2 Les attentes envers le cadre de santé concernant ses liens professionnels et sa posture.....	28
5.1.3 Le respect des engagements pris par le cadre de santé.....	32
5.1.4 L'expression de la contradiction envers le cadre de santé.....	33
5.1.5 Les directives contraires aux valeurs du cadre de santé.....	35
5.2 Le positionnement du cadre de santé :.....	36
5.2.1 La ligne hiérarchique du cadre de santé.....	36
5.2.2 Le positionnement et la mission du cadre de santé.....	36
5.2.3 Les enjeux du positionnement du cadre de santé.....	38

5.3	La construction des liens de loyauté du cadre de santé :.....	39
5.3.1	Le dilemme du cadre de santé face aux attentes du corps soignant et du corps de direction.....	39
5.3.2	Les marques de loyauté du cadre envers ses collaborateurs	40
5.3.3	Les marques de loyauté du cadre de santé envers sa hiérarchie.....	41
5.3.4	Typologie et temporalité des liens de loyauté du cadre de santé.....	42
5.3.5	Dualité du positionnement du cadre de santé : comment accepter ? et pourquoi ?	44
5.3.6	Réflexions libres autour du concept de loyauté	46
6	SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE CONTENU	47
	CONCLUSION.....	48
	BIBLIOGRAPHIE.....	49
	WEBOGRAPHIE.....	50
	ANNEXES.....	51

LISTE DES ABREVIATIONS

AS : aide- soignant(e)

CDS : cadre de santé

CSS : cadre supérieur de santé

Coll. : collaborateur/trice

DS : directeur/trice des soins

ERGO : ergothérapeute

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

IDE : Infirmier/ière Diplômé(e) d'État

Ingénieur de RC : ingénieur de recherche clinique

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

Pôle Caravan : Pôle cardiologie, réanimation, vasculaire, anesthésie

Rééduc. : Rééducation fonctionnelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cursus de la formation de cadre de santé que je poursuis cette année à l'IFCS ESM.

Inclus dans le module 3 « Analyse des pratiques et Initiation à la recherche », il vise à placer l'étudiant dans une dynamique d'exploration scientifique et à l'initier à la démarche de recherche.

La thématique de ce travail tient sa source dans mon expérience professionnelle et a émergé des questionnements inhérents à ma perspective de changement de statut au sein de mon établissement. Face à ce futur passage d'ergothérapeute à cadre de santé, j'ai souhaité explorer la question du positionnement du cadre de santé dans l'institution hospitalière. À travers cette réflexion, j'ai voulu m'interroger sur les liens de loyauté du cadre de santé avec son équipe et avec sa hiérarchie.

En effet, comme le dit Valérie LEPINE :

« Les fonctions d'encadrement à l'hôpital évoluent fortement sous la contrainte des règles du nouveau management public. » (...) Les cadres de santé vivent difficilement le conflit de loyauté que leur imposent les nouvelles pratiques gestionnaires et les valeurs qui sont associées. »¹

Ce mémoire retrace mon cheminement de recherche autour du concept de loyauté appliqué au cadre de santé.

Dans une première partie, je décris le contexte d'émergence du thème de ce mémoire et argumente le choix de la question de départ.

J'expose ensuite les divers éléments conceptuels qui sont venus alimenter mon cadre de référence. J'y aborde le concept de loyauté, le positionnement du cadre de santé au sein de la structure hospitalière ainsi que les éléments managériaux en faveur de l'expression de la loyauté du cadre.

Je poursuis en expliquant l'élaboration de ma question de recherche et de mes hypothèses de réponse.

Je présente ensuite la méthodologie de recherche que j'ai choisi de mettre en œuvre avant de confronter mes résultats au cadre de référence.

Une synthèse me permet d'exposer la validation des hypothèses et répondre à la question de recherche.

Je conclus en soulignant les apports tant professionnels que personnels d'un tel cheminement et ouvre, en fin de travail, sur une poursuite éventuelle des pistes de réflexion dégagées.

¹ Valérie LEPINE, *Choisir d'être manager dans l'hôpital public ou l'histoire d'une loyauté mise à l'épreuve*, Les Cadres de Santé et la Reconnaissance au travail, Dominique BOURGEON, Lamarre, coll : Fonction cadre de santé, avril 2012, p. 211

1 CONTEXTE D'EMERGENCE DU TRAVAIL DE RECHERCHE

J'ai exercé ces 5 dernières années en tant qu'ergothérapeute dans un service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) adulte. L'équipe d'ergothérapie était composée de sept personnes et travaillait au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée de kinésithérapeutes, d'appareilleurs, d'orthophonistes, de neuropsychologues, de psychomotriciens et de psychologues. Notre travail était orchestré par des médecins MPR et s'articulait étroitement avec celui des soignants (infirmiers et aide-soignants).

Cette pratique pluridisciplinaire implique une étroite collaboration entre les différents intervenants qui gravitent autour du patient. Les directives des médecins en matière de rééducation sont en effet fréquemment réajustées et supposent une complémentarité et des échanges réguliers entre les professionnels rééducateurs et soignants. La qualité de cette collaboration pluridisciplinaire repose, à mon sens, sur les cadres de proximité, ou cadres de santé responsables de secteur d'activités de soin², dont l'action de coordination des différents professionnels garantit la qualité et la sécurité des soins prodigués.

Un contexte de réorganisation de l'équipe managériale au sein de mon établissement a cependant conduit ces dernières années à une absence de cadre de proximité sur le plateau technique de rééducation. Une infirmière coordinatrice a alors été nommée sur l'unité afin de superviser l'organisation du travail et soutenir la planification des prises en charges de rééducation.

Dans ce contexte de pénurie de cadre de proximité, j'ai pu constater que si l'absence de ce dernier a stimulé une certaine autonomisation des équipes de rééducation, elle a également induit une réelle perte de sens du travail collectif. En effet, ce dernier n'est plus clairement corrélé aux orientations institutionnelles et les projets tendent à perdre leur dimension pluridisciplinaire pour se recentrer sur des développements par métier.

En parallèle, l'ouverture d'un concours interne pour l'autorisation à suivre la formation de cadre de santé a été pour moi l'occasion de me projeter dans un autre rôle au sein du service. J'ai alors mis à profit mes implications dans différentes commissions d'établissement pour mener une réflexion sur une action différente du soin, autre qu'au contact direct du patient. Mon engagement dans des actions de coordination au sein du service ou dans des actions transversales au sein de l'Établissement a renforcé mon aspiration à coordonner le travail des soignants et à mieux le relier aux enjeux institutionnels.

La préparation du concours interne, suivie de celle de l'entrée à l'école des cadres, m'a progressivement amenée à effectuer un travail réflexif au travers duquel j'ai pu élaborer ma conception de la fonction de cadre de santé. J'ai notamment pu me questionner sur le rôle de ce dernier dans la conduite de projets pluridisciplinaires et dans le développement d'une meilleure coopération des rééducateurs entre eux mais aussi entre rééducateurs et soignants. Ce cheminement m'a alors amenée à considérer avec attention le rôle du cadre en tant que communicant multiple, à l'interface entre les professionnels de terrain et la hiérarchie. La qualité de cette communication, à la fois descendante et ascendante, m'a paru constituer un enjeu majeur pour le cadre dans sa recherche de cohésion de l'équipe et de traduction des directives institutionnelles.

Ce travail réflexif m'a assurément amenée à mieux identifier le rôle du cadre de santé et à porter un regard plus positif et avisé sur ses missions. J'ai cependant constaté que ce point de vue n'était pas partagé par mes collègues rééducateurs qui, après m'avoir félicitée et encouragée pour la formation de cadre de santé, ont manifesté de réelles inquiétudes concernant la qualité de nos échanges futurs. En effet, ce changement de statut professionnel semble signifier pour beaucoup une rupture, à la fois de confiance et de communication.

² Document de travail de la DGOS dans le cadre des travaux de réingénierie sur le diplôme de cadre de santé, 2012.

Ainsi, le passage du corps des rééducateurs à celui des managers semble évoquer pour eux une perte de lien, comme si le professionnel devenu cadre de santé n'était alors pas en mesure de prendre en compte leurs difficultés quotidiennes sur le terrain, ni d'entendre leurs préoccupations ou soutenir leurs initiatives. J'ai alors été confrontée à une certaine forme de défiance des équipes vis-à-vis du cadre de proximité, qui, bien que soignant ou rééducateur à l'origine, serait systématiquement transformé par sa formation de cadre. Cette transformation est envisagée sous un angle plutôt négatif, posant, selon eux, une frontière évidente entre deux mondes, celui des soignants et celui des gestionnaires.

Cet avis interroge, selon moi, l'image du cadre de santé vue par les équipes et questionne les raisons d'une vision dégradée du manager. Dans le cas précis de mon départ en école de cadre, j'ai en effet ressenti que mes collègues rééducateurs envisageaient le statut du cadre de santé avant tout dans sa dimension autoritaire, évoquant surtout des directives péremptives et plaquées, sans envisager la qualité des relations que le manager peut entretenir avec ses collaborateurs.

Ce constat m'a alors poussée à me questionner sur ma propre vision du cadre de santé et surtout à m'interroger sur mon propre rapport, en tant que rééducatrice, à ce supérieur hiérarchique. A ce titre, j'ai pris conscience que lorsque je rédigeais ma conception de la fonction de cadre de santé pour mon dossier professionnel de candidature à l'école des cadres, j'en exposais une vision assez idéalisée. Les réactions de mes collègues m'ont invitée à effectuer un travail réflexif, plus réaliste, concernant les rapports que j'ai pu entretenir avec les différents cadres de santé qui m'ont encadrée durant mon parcours professionnel.

Ayant occupé cinq postes en secteur hospitalier public en tant qu'ergothérapeute, j'ai eu l'occasion, en vingt ans de pratique, de rencontrer différents profils de cadres de proximité. Deux étaient issus de la filière initiale infirmière et les autres de la filière de rééducation.

Avec le recul, je m'aperçois aujourd'hui que les échanges avec ces supérieurs hiérarchiques ont été marqués en premier lieu par le souci de l'organisation des prises en charges de rééducation et de la qualité de ces dernières. Les points de supervision réguliers avec le cadre de santé portaient essentiellement sur l'articulation entre les différents professionnels et le service rendu au patient. Notre souci, en tant que professionnels de rééducation, était de transmettre au cadre de santé de proximité nos besoins en matière de formation, de moyens matériels ou encore d'espaces de travail alloués au service.

Je réalise aujourd'hui que dans la première décennie de ma pratique, je pensais que la qualité de mes prises en charge était le seul critère d'exigence de ma hiérarchie. On me demandait avant tout d'être un « bon thérapeute ». Je considérais donc, comme nombre de mes collègues rééducateurs je pense, que mon travail devait se focaliser quasi exclusivement sur le patient et le souci de lui apporter le meilleur service en matière de rééducation. De ce fait, ma vision du cadre de santé était centrée sur l'organisation du soin et des conditions de pratique des professionnels rééducateurs.

La tension progressive du contexte hospitalier que j'ai pu ressentir sur mes derniers postes de pratique en tant qu'ergothérapeute m'a amenée à mieux cerner les enjeux stratégiques auxquels est confronté l'hôpital public aujourd'hui. J'ai alors davantage perçu le rôle du cadre de santé comme traducteur des nécessaires restrictions budgétaires et de la recherche d'une forme de rentabilité du soin exigée par la direction de l'hôpital.

Cependant, depuis le début de ma formation en école de cadre de santé, je devine que j'ai été assez protégée des injonctions de rentabilité et d'efficacité du soin directement imposées par la direction. Elles m'ont bien entendu été exprimées par le cadre de santé, la direction des soins ou encore la direction de l'hôpital à travers ses allocutions générales, mais je ne les ai pas forcément toujours bien comprises. Je n'en ai surtout pas toujours mesuré l'enjeu, ni saisi en quoi j'étais concernée.

Je crois donc que s'exerce là un point central pour les rééducateurs dans leur rapport à la hiérarchie. En effet, depuis mon entrée en école de cadre, j'entends les parcours professionnels de mes collègues infirmiers et je prends conscience d'une forme de « pré-carré » dans lequel les

rééducateurs officient à l'hôpital. En effet, je crois que le fait qu'ils possèdent une assez large autonomie de travail dans la décision de la méthode employée pour accompagner le patient, participe en partie au fait que les rééducateurs se centrent prioritairement sur les objectifs de qualité des soins.

Cette pratique des rééducateurs, très centrée sur le patient, caractérise une situation où la ligne hiérarchique est assez peu marquée. Au quotidien, ils expérimentent surtout sa cohérence avec l'autorité fonctionnelle du médecin chef de service concernant des problématiques de qualité de soins. Aussi, quand le cadre de santé recentre ses subordonnés sur des objectifs managériaux visant à respecter les règles imposées par la direction des soins, les rééducateurs se sentent « empêchés » plus qu'impliqués dans un engagement collectif.

Je pense désormais sincèrement que la désapprobation collective que j'ai pu ressentir de la part de mes collègues concernant mon futur statut de cadre de santé tient, en partie, de cette lecture biaisée qu'ont les rééducateurs de la ligne hiérarchique à laquelle ils doivent rendre compte. Cela semble donc tenir aussi d'une certaine incompréhension du rôle de manager. Le fait qu'un professionnel issu du soin se place à l'interface entre le corps soignant et le corps de direction, semble être interprétée comme une situation de trahison morale plutôt qu'une opportunité de lien et de compréhension du système complexe dans lequel ils travaillent.

L'enjeu pour le cadre de santé semble donc de se positionner dans cette ligne hiérarchique. Ce constat m'invite à formuler les questionnements suivants :

Comment le cadre, issu du corps des personnels soignants, devient-il un manager ? Comment reste-t-il loyal aux équipes soignantes dont il est issu ? Et comment, cependant, s'opère et se marque le nécessaire changement de posture dû à son nouveau statut ?

En parallèle, qu'en est-il du côté du corps de direction ? Comment le cadre trouve-t-il sa place dans cette ligne hiérarchique qu'il intègre ? Et comment développe-t-il sa loyauté envers le corps de direction managériale ?

Face à la perspective de vivre personnellement ce changement de statut dans les mois futurs, j'ai souhaité m'interroger plus précisément sur le rôle du cadre dans le maintien d'une relation de confiance avec ses collaborateurs divers.

Comment, en effet, le cadre de santé développe-t-il un management basé à la fois sur une relation de confiance avec son équipe et sur une relation de confiance avec sa hiérarchie ? Comment parvient-il à répondre aux demandes de sa hiérarchie tout en créant une synergie avec l'équipe ?

Le cadre de santé doit donner du sens à l'effort collectif tout en traduisant les impératifs de gestion, financiers, ou encore de performance, de qualité des soins ou de rentabilité dictés par la hiérarchie.

Ce rôle d'interface lui impose bien souvent de concilier des positionnements paradoxaux, comme l'écrit Maëlle GUILLOU³ : « *Si les liens de loyauté sont des atouts pour le cadre de proximité à l'hôpital, le défi est de parvenir à tenir ces liens même dans des conditions contraires, avec des professionnels dont la logique et les intérêts diffèrent, donc en risquant de se trouver dans des situations paradoxales.* »

N'y a-t-il pas là, une question de loyauté double, qui place le cadre de santé dans un véritable dilemme vis-à-vis de son équipe et de l'institution ? Comment, alors, entretenir cette double loyauté ? Et pourquoi ? A quelles fins ?

L'ensemble de ces interrogations m'amène à envisager un travail de recherche dont la question de départ se formule ainsi :

En quoi le cadre de santé est-il confronté à un conflit de loyauté dans ses relations avec son équipe et sa hiérarchie ?

³ Maëlle GUILLOU, cadre de santé, « *Loyauté et management de proximité à l'hôpital* », *Soins Cadres* n°108, novembre 2018, p.35.

2 CADRE THEORIQUE DE REFERENCE

Cette question de départ nous offre un fil conducteur à l'exploration des concepts qu'elle soulève. Nous nous appuyons donc sur des repères théoriques afin de mieux comprendre en quoi la position du cadre de santé induit une situation de conflit de loyauté.

Nous choisissons tout d'abord d'explorer les notions de loyauté et de positionnement du cadre au travers des apports de la littérature scientifique.

Nous tentons ensuite de rapprocher des éléments managériaux du cadre au concept de loyauté, avec l'appui, notamment, d'un entretien exploratoire.

2.1 La notion de loyauté :

2.1.1 Approche étymologique et lexicale

Le terme de loyauté peut paraître légèrement suranné et son emploi peut donc surprendre dans le cadre d'une réflexion autour du management dans les organisations de santé actuelles. Cependant, l'étude de son origine et de ses divers sens en fait ressortir un caractère tout à fait moderne.

Sur le plan étymologique, le mot *loyauté* est un substantif dérivé de l'adjectif *loyal*, leial en vieux français, et renvoie au sens de « fidèle ». Selon le dictionnaire Littré, le terme prend, au début du XV^{ème} siècle, le sens d'« être loyal », du latin *legalis*, c'est-à-dire « conforme à la loi ». Cette dimension juridique renvoie à la droiture, à l'honnêteté et la probité. Selon Daniel CALIN, « *cet univers juridique implique une dépersonnalisation de l'organisation sociale : la loi, médiatisée par un écrit, est indépendante de toute relation personnelle.* »⁴ Être loyal correspond donc strictement au respect de la règle dictée par la société, des lois qui la régissent. Il s'agit de s'y conformer avec obéissance, sans lien personnalisé ou incarné.

Si cette première définition est étroitement liée à la loi, il convient de s'attarder sur l'évolution du terme loyauté qui s'est progressivement rapproché d'une signification plus contemporaine, centrée sur les relations interpersonnelles.

En effet, le dictionnaire Littré définit aussi la loyauté comme la « *Qualité de la chose ou de la personne qui est loyale. Loyauté de la conduite, des procédés.* ». Le dictionnaire Larousse la définit comme la « *Qualité, caractère de quelqu'un, de quelque chose qui est honnête, loyal* ».

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, quant à lui, donne une définition un peu plus explicite du mot « loyauté » et relie le terme, en parlant d'une personne, à la « *Fidélité manifestée par la conduite aux engagements pris, au respect des règles de l'honneur et à la probité.* »

Enfin, sur ce lien entre loyauté et relation à l'autre, Daniel CALIN écrit : « (...) *l'univers de la loyauté est un univers centré sur des relations de proximité entre les personnes, des relations non médiatisées par un pouvoir supérieur. Dans cet univers, l'écrit n'a pas sa place, seulement la parole. (...) La transgression n'y constitue ni un délit ni un crime, mais une trahison déshonorante.* »⁵

Selon lui, il est aujourd'hui nécessaire de s'interroger sur cette notion de loyauté plutôt que de lui attribuer la « *valorisation béate qu'on lui accorde ordinairement. La loyauté est une part de ce qui nous lie aux relations interpersonnelles qui font de nous ce que nous sommes.* »⁶

Compte-tenu de ma question de départ, il convient donc de s'interroger sur les dimensions que prend la loyauté dans les relations professionnelles.

Ainsi, concernant ce domaine, Ludovic LESAGE définit la loyauté comme « *une valeur professionnelle à mi-chemin entre droits et devoirs* »⁷. Il rapproche donc les deux dimensions du terme que

⁴ Daniel CALIN, Agrégé de philosophie, *Explorations autour de la notion de loyauté*, Enfances et Psy n°56, 2012/3, p.27

⁵ Daniel CALIN, Agrégé de philosophie, *Explorations autour de la notion de loyauté*, Enfances et Psy n°56, 2012/3, p.28

⁶ Daniel CALIN, Agrégé de philosophie, *Explorations autour de la notion de loyauté*, Enfances et Psy n°56, 2012/3, p.33

⁷ Ludovic LESAGE, Directeur des soins, *Loyauté et management par la confiance*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.53

je viens d'exposer : la qualité morale qu'incarne la loyauté, et la dimension sociale que véhicule le terme par le respect des devoirs qu'une personne possède envers le groupe auquel elle appartient.

2.1.2 Loyauté envers les autres

« Être loyal sous-entend avant tout être fidèle, franc et digne de confiance. »⁸

Cependant, la loyauté est une vertu subjective dans la mesure où on ne dispose pas d'outils objectifs pour évaluer la loyauté d'une personne. Cette notion implique alors la confiance que l'on va porter à l'autre. Cette confiance signifie en effet de croire en la sincérité de la personne, à travers le lien que l'on crée avec elle. Il existe toujours l'incertitude, qui implique alors de croire en soi et en l'autre malgré le doute.

L'approche sociologique de la notion de loyauté met donc l'accent sur le lien qu'induit ce terme dans les relations entre les individus. La loyauté est considérée comme un composant essentiel du lien social. Par les attentes réciproques du sujet et du groupe, le lien de loyauté est envisagé comme un « *concept de reliance*. »⁹

2.1.3 Loyauté envers soi-même

Cette fidélité, cette franchise engagées dans le lien social avec un groupe, renvoie cependant, en miroir, l'individu face à lui-même. La notion de loyauté prend alors un sens prédominant de vérité que chacun va entretenir avec sa propre conscience. Elle invite à une loyauté envers soi-même, contre les trahisons, les arrangements auxquels chacun peut être tenté de se résigner dans un contexte pressant ou autoritaire.

Ainsi, Anne-Marie LAGADEC souligne : « *La loyauté renvoie aussi chacun à lui-même, dans une dimension intime. Il s'agit du respect de ce à quoi nous croyons, de nos valeurs et de nos convictions intimes. En cela, la loyauté n'invite pas à l'obéissance pure et simple, mais à l'exposition franche et authentique de son avis dans les discussions autour de projets à mener, d'objectifs à atteindre et de décisions à prendre.* »¹⁰

A travers ce propos, elle défend l'idée d'une loyauté exprimée au-delà de la simple application d'un lien d'allégeance à une autorité supérieure. Elle suggère à chacun de clairement exposer son avis, ses valeurs dans les relations interpersonnelles, notamment professionnelles. Elle est rejointe en ce sens par Annie LE FAILLER qui reconnaît dans la loyauté une fidélité envers soi-même et en ses propres convictions au sein d'un groupe. Elle affirme que « *la loyauté, qui est avant tout une position subjective, ne saurait se décréter.* »¹¹ Selon elle, l'honnêteté envers soi-même se révèle justement au travers des échanges d'opinions, d'expériences et de compétences tenus avec d'autres.

Le courage d'un débat contradictoire serait alors la source même de la loyauté envers soi-même et de l'émergence d'une loyauté envers les autres.

2.1.4 Loyauté et liens organisationnels

Si le terme de loyauté trouve aujourd'hui un écho dans une réflexion sur le management, c'est sans doute parce qu'il vient questionner les liens professionnels dans les organisations de travail, notamment celles qui sont très hiérarchisées.

Nous l'avons vu précédemment, la loyauté, dans la société, correspond avant tout au respect de la loi. Si le sujet n'est pas en accord avec cette dernière parce qu'elle vient heurter ses convictions profondes, il se retrouve placé dans un conflit de loyauté.

⁸ Éric DELASSUS, professeur agrégé, docteur en philosophie, *Faire régner la confiance pour cultiver la loyauté*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.18

⁹ Référence au concept développé par M. Bolle Del Bal par Magali GRAVIER, *D'une loyauté à l'autre*, Politique Européenne 2003/3 n°11, p 84

¹⁰ Anne-Marie LAGADEC, cadre supérieur de santé, *La loyauté, un concept actuel*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.13

¹¹ Annie LE FAILLER, cadre supérieur de santé, *La question de la loyauté entre le cadre supérieur de pôle et le médecin chef de pôle*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.44

La loyauté se révèle donc être une vertu complexe puisque qu'elle place le sujet dans le dilemme de respecter à la fois la loi et ses propres convictions.

L'expression de la loyauté au travail constitue tout d'abord un devoir, s'inscrivant dans le cadre d'un contrat de travail où le salarié doit faire preuve de loyauté envers son employeur. Mais comment, concrètement, traduire cette loyauté dans le cadre de l'exercice professionnel ? Et surtout, envers qui doit-on se montrer loyal ? et pourquoi ?

Il semble que dans le domaine professionnel, plusieurs formes de loyauté soient à identifier. C'est d'ailleurs pour mieux définir les aspects de la loyauté dans le monde du travail, que Magali GRAVIER a forgé un concept de loyauté alternatif permettant de saisir la relation complexe qui lie employeurs et employés. Elle distingue ainsi deux principaux types d'actions loyales :

- « La première est la « loyauté du mercenaire » : le mercenaire agit de façon à défendre les intérêts d'une organisation uniquement parce qu'il est payé pour cela. »¹²Cette loyauté est motivée par la rétribution.
- La seconde est la « loyauté-identité » qui « désigne la loyauté de l'individu qui agit de façon à défendre les intérêts d'une organisation à laquelle il s'identifie. (...) La loyauté-identité désigne dès lors un lien visant à la cohésion d'un groupe dans le temps et dans l'espace. »¹³Ce second type de loyauté, en revanche, est motivé par trois éléments : la prescription de comportements loyaux, la solidarité et la sanction. En protégeant son institution, le sujet défend ses propres intérêts. L'institution attend de lui des comportements normés et lui assure, en retour, une forme de solidarité, sous peine, parfois, d'un rappel à l'ordre.

Dans le milieu hospitalier, la hiérarchie attend des cadres de santé qu'ils déclinent la politique institutionnelle au sein des services, en rendant celle-ci visible dans les soins. C'est de cette manière que les cadres font la preuve de leur loyauté.

Cette notion de loyauté est d'ailleurs renforcée à la fonction publique hospitalière par les règles déontologiques qui s'appliquent aux fonctionnaires et rapprochent la loyauté du respect des valeurs de la fonction publique.

Ainsi, la relation professionnelle semble indissociable de la notion de loyauté : « (...) dès lors que collaborer signifie « travailler de concert avec quelqu'un d'autre pour participer à une œuvre commune », il semble évident que la collaboration ne peut être efficace que si elle est fondée sur une relation loyale. »¹⁴

2.1.5 Loyauté et sens de l'engagement

Si la loyauté est définie comme la « fidélité manifestée par la conduite aux engagements pris, au respect des règles de l'honneur et de la probité »¹⁵, son expression se traduit sous différentes formes dans le domaine professionnel. Elle vient traduire, nous l'avons vu, la relation des membres d'une organisation entre eux et vis-à-vis de l'organisation elle-même.

Il me semble alors pertinent de s'interroger sur le lien entre loyauté et engagement au travail et de questionner la nature même des engagements que prend un sujet dans le cadre de son exercice professionnel. D'ailleurs, selon Sébastien DAMART, « S'interroger sur les liens entre management et loyauté, c'est ainsi, par transversalité, faire entrer dans une réflexion autour des activités de management des notions fondamentales mais parfois oubliées : l'intégrité, le respect, la promesse, le contrat moral, les valeurs de l'honneur et l'engagement. »¹⁶

¹² Magali GRAVIER, *D'une loyauté à l'autre*, Politique Européenne 2003/3 n°11, p 83

¹³ Ibidem

¹⁴ Djémila BOUROUMA, Patricia AMIOT, Directrices des soins, *Cultiver la loyauté, une nécessité managériale*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.31

¹⁵ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr>

¹⁶ Sébastien DAMART, Professeur des universités, *Management et loyauté, lien organisationnel et engagement*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.14

Les engagements au travail renvoient à la fois aux contrats formels et aux contrats moraux pris entre les différentes parties. Ces engagements connaissent aujourd'hui une baisse significative notamment du fait d'une certaine remise en question de la valeur du travail.

Dans le domaine de la santé, s'ajoute à cela d'importants changements structurels opérés ces dernières années dans les organisations de soin qui en dessinent des contours de plus en plus flous. Les missions des salariés sont alors sans cesse redéfinies par les nouvelles réformes hospitalières. Ce phénomène vient remettre en cause le lien de loyauté organisationnel et, par extension, le sens de l'engagement des professionnels de santé. Les personnels hospitaliers ne cernent plus ce sur quoi ils doivent s'engager ni envers qui ils doivent être loyaux.

Cette mise en évidence du rapport entre loyauté et engagement au travail me semble orienter la réflexion sur le positionnement du cadre de santé dans l'organisation hospitalière. En effet, questionner ainsi le sens de l'engagement du cadre de santé revient à s'interroger sur ses missions mais aussi sur les attentes de loyauté de l'institution hospitalière à son égard. Il s'agit de définir en quoi le positionnement d'un collaborateur, son professionnalisme et son action définissent sa loyauté.

2.2 Le positionnement du cadre de santé :

2.2.1 Place du cadre de santé dans l'organisation hospitalière

Les dernières lois de santé ont redéfini le positionnement des acteurs au sein des organisations hospitalières en réorganisant les services et les structures hiérarchiques de l'hôpital. Qu'ils soient administratifs, médicaux, soignants ou techniques, leurs rôles et leurs collaborations ont été repensés.

Il convient donc de s'intéresser au métier de cadre de santé sous l'angle des textes réglementaires qui le régissent et définissent ses missions.

➤ Cadre réglementaire concernant les cadres de santé :

Les différents textes réglementaires concernant les cadres de santé combinent bien souvent les notions du statut du cadre de santé, avec ses missions et sa formation. Je fais le choix ici de reprendre les éléments des textes éclairant spécifiquement mon questionnement sur la mission et le positionnement du cadre de santé.

√ *Le Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé :*

Il crée le diplôme de cadre de santé qui remplace les certificats existants et rassemble treize professions paramédicales sous un même diplôme d'encadrement : les professions de la filière infirmière, de la filière de rééducation et de la filière médico-technique.

Ce décret marque un véritable changement dans la formation des cadres de santé puisque les enseignements médicaux sont abandonnés au profit de savoirs directement en lien avec le management. Les enseignements sont orientés sur la gestion des ressources humaines, l'économie de la santé, la formation professionnelle ou encore la recherche.

√ *Le Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière :*

Il crée un statut propre au cadre de santé à la fonction publique hospitalière et en définit deux grades : celui de cadre de santé et celui de cadre supérieur de santé.

L'article 4 de ce texte définit précisément les missions du cadre de santé. Ce dernier exerce des fonctions d'encadrement « des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements », assure des « missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au

sein de l'établissement » ou pratique, en qualité de formateur, des « fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques »¹⁷.

Compte-tenu du programme de formation dispensé en Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS), les attentes vis-à-vis du cadre de santé sont désormais clairement centrées sur ses compétences en management afin d'organiser l'activité paramédicale au sein des services, de coordonner les actions des différents professionnels, de dynamiser les équipes et d'assurer une prestation de qualité en lien avec les orientations de la direction de l'hôpital.

√ *L'Ordonnance n°2005- 406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé :*

Ordonnance dite de « Nouvelle Gouvernance ». Elle adapte l'organisation interne et le management de l'hôpital en vue d'en médicaliser la gestion et de responsabiliser les acteurs. Elle vise notamment à clarifier les responsabilités et les collaborations entre les différents acteurs hospitaliers.

Concernant le rôle des cadres de santé au sein des établissements hospitaliers, cette Ordonnance, par la mise en place des pôles, dirigés par des praticiens, vise à « *simplifier la gestion quotidienne et assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.* »¹⁸

Cette organisation nouvelle favorise un travail étroit de collaboration entre médecins et cadres. Chaque cadre de santé, sous la direction du cadre supérieur de pôle, doit alors « *assurer l'organisation de la prise en charge médicale des malades et participer à l'évaluation des pratiques professionnelles.* »¹⁹

➤ Travaux ministériels concernant les cadres de santé :

√ *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers présenté par Chantal DE SINGLY le 11 septembre 2009 :*

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un texte réglementaire, il me semble primordial d'étudier ici certains éléments de ce rapport. En effet, il a notamment pour objectif de définir exactement la place des cadres de santé à l'hôpital afin, entre autres, de mieux cerner leurs besoins en formation :

« Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est accordée dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires au quotidien ? »²⁰

Ce rapport retient tout d'abord une définition fonctionnelle du cadre de santé, dégageant ainsi quatre missions principales :

- une mission de management d'équipes et d'organisation,
- une mission transversale ou de responsabilité de projet,
- une mission d'expert,
- une mission de formation.

Il souligne par ailleurs que : « *Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique.* »²¹

Le rapport suggère de repenser le positionnement du cadre sous l'angle de sa représentation institutionnelle. Ainsi, dans leur proposition n°1, les rapporteurs choisissent de « *définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir, les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décision.* »²²

¹⁷ JORF n°1 du 1 janvier 2002, Texte n°18, Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

¹⁸ Marlène REDHON, *Plan « Hôpital 2007 »*, 2006, www.cadredesante.com

¹⁹ Ibidem

²⁰ Chantal DE SINGLY, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009, p. 18

²¹ Chantal DE SINGLY, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009, p. 6

²² Chantal DE SINGLY, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009, p. 11

Ils s'attachent particulièrement à la fonction d'encadrement du cadre de santé et mettent en avant son rôle de lien, selon deux logiques distinctes :

- le rôle de lien entre les directeurs ou autres dirigeants de l'institution et le personnel hospitalier,
- le rôle de lien entre les médecins et les directions de gestion.

Ce dernier point nécessite, à mon sens, d'être souligné car il vient mettre en avant le lien, sans dimension hiérarchique, entre les responsables médicaux et le cadre de santé. Il est en effet spécifié dans le rapport que « *certains sujets comme le positionnement des cadres ou les liens hiérarchiques et fonctionnels, ne peuvent être appréhendés avec cohérence qu'en y intégrant l'ensemble de la ligne managériale (chef d'établissement, directeurs adjoints, direction des soins, médecins chefs de pôle).* »²³

√ Document de travail de la DGOS dans le cadre des travaux de réingénierie sur le diplôme de cadre de santé, publié en 2012 :

Le lien privilégié entre médecin chef de pôle et le cadre de santé est également souligné dans ce document de travail de la DGOS. Il y est précisé qu'à travers ses activités de conception et de coordination des organisations de soins, le cadre de santé a une mission centrale de « *coordination avec l'équipe médicale et avec les différents acteurs (différents services, partenaires extérieurs, ...) internes et externes en lien avec l'activité du service.* »²⁴ Sans ce lien avec le responsable médical du service, le cadre ne peut garantir le parcours de soin coordonné du patient entre les différents acteurs de santé.

Ces textes mettent en avant la notion d'une double autorité sur le cadre de santé. En effet, le lien médecin chef de pôle - cadre de santé décrit précédemment induit un devoir pour le cadre de santé de mettre en œuvre sur le terrain les activités en réponse des objectifs définis par le médecin chef de pôle. En parallèle, le cadre de santé doit concilier ses actions centrées sur le soin avec les directives organisationnelles et gestionnaires de sa hiérarchie représentée par le cadre supérieur de pôle et le directeur des soins.

Afin de poursuivre ma réflexion sur le positionnement du cadre de santé au sein du système hospitalier, il convient d'apporter des précisions sur ces deux types d'autorité.

2.2.2 Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle du cadre de santé

Afin de comprendre les enjeux du positionnement du cadre de santé au sein de l'hôpital, il est nécessaire de définir les notions d'autorité hiérarchique et d'autorité fonctionnelle.

Ces deux lignes cohabitent au sein des institutions de santé depuis, nous l'avons évoqué, la Nouvelle Gouvernance à l'hôpital.

➤ L'autorité hiérarchique :

L'autorité hiérarchique correspond au contrôle exercé par le supérieur hiérarchique sur les agents qui lui sont subordonnés. Elle s'inscrit dans une ligne verticale qui s'exerce selon quatre prérogatives principales : le pouvoir de nomination, d'évaluation, de notation et de sanction disciplinaire.

Au sein des hôpitaux publics, cette autorité hiérarchique est détenue par le directeur de l'établissement, conformément à l'article L6143-7 du Code de la Santé Publique : « *Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.* »²⁵

Cette autorité hiérarchique issue des textes réglementaires n'impose cependant pas aux cadres de santé une obéissance aveugle et muette à leur hiérarchie. Comme le souligne Vanessa DENAIS, il s'agit pour eux de respecter les décisions prises par la direction et de s'en saisir pour

²³ Chantal DE SINGLY, Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009, p. 26

²⁴ Document de travail de la DGOS dans le cadre des travaux de réingénierie sur le diplôme de cadre de santé, 2012, p.7

²⁵ Code de la Santé Publique, Article L6143-7, <https://www.legifrance.gouv.fr>

les transmettre de manière constructive aux équipes sur le terrain : « *Même si les contraintes liées aux politiques de santé en termes de réformes successives et de ressources de plus en plus contrôlées peuvent générer des conflits de valeurs pour les cadres de santé, je les invite à accompagner le projet d'établissement avec honnêteté et transparence dans les informations transmises et dans le respect des décisions prises par l'équipe de direction.* »²⁶

Cette notion de respect de l'institution plutôt que d'obéissance imposée est également mise en avant par Ludovic LESAGE : « *Chacun remplit sa mission et ne dénigre pas l'autorité. Il ne s'agit pas ici d'obéissance mais de respect de l'institution. Chaque agent sert l'institution.* »²⁷

En parallèle de cette autorité hiérarchique, le cadre de santé doit cependant composer avec une autorité fonctionnelle détenue par le médecin chef de pôle.

➤ L'autorité fonctionnelle :

L'autorité fonctionnelle du chef de pôle est définie à l'article L6146-1 du Code de la Santé Publique qui stipule que : « *Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle.* »²⁸

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une autorité hiérarchique, cette autorité fonctionnelle confère au chef de pôle le pouvoir de donner des instructions au personnel du pôle, d'annuler des décisions prises par les collaborateurs et de réformer leurs décisions, c'est-à-dire de les modifier.

Comme le rappellent Denis DEBROSSE et Pierre SIMON en annexe du Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) conforte « *l'autorité fonctionnelle du chef de pôle sur l'ensemble des personnels du pôle, incluant les médecins responsables d'unités fonctionnelles ou de services, les cadres soignants, les infirmiers, les aides-soignants, les agents administratifs, etc. L'objectif est bien de donner au chef de pôle toute l'autorité nécessaire à la réalisation du contrat de pôle qu'il a signé avec le directeur.* »²⁹

Cette autorité fonctionnelle est donc en lien avec les modalités mêmes du fonctionnement en pôles des hôpitaux publics. Il s'agit d'une autorité horizontale qui permet au chef de pôle de mener à bien la mission dont il est investi.

Cependant, si cette autorité du chef de pôle sur le cadre supérieur de santé est introduite par les textes réglementaires, il faut sans doute l'envisager « *dans un esprit de collaboration (co-élaboration) et de concertation dont il est garant au sein d'une collectivité* »³⁰. Cette vision me semble faire écho à la notion de réciprocité dans le lien de loyauté que nous avons évoquée précédemment.

Ainsi, le challenge pour le chef de pôle réside sans doute dans l'exercice d'une autorité fonctionnelle, permettant une réelle concertation avec ses collaborateurs et subordonnés au sein du pôle.

Pour le cadre de santé, trouver sa place dans cette ligne d'autorité fonctionnelle semble alors offrir une certaine marge de manœuvre vis-à-vis des directives reçues du médecin chef de pôle. A ce titre, la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires rappelle, à l'article 28, que : « *Tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.*

²⁶ Vanessa DENAIS, Directrice des soins, *Le management par la confiance, entre autonomie et contrôle*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.52

²⁷ Ludovic LESAGE, Directeur des soins, *Loyauté et management par la confiance*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.53

²⁸ Code de la Santé Publique, Article L6146-1, <https://www.legifrance.gouv.fr>

²⁹ Denis DEBROSSE et Pierre SIMON, *Chefs de pôle : quel rôle dans le future loi HPST ?*, Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Ministère de la Santé et des Sports, Tome 2 Les Annexes, p.124.

³⁰ Annie LE FAILLER, Cadre supérieur de santé, *La question de la loyauté entre le cadre supérieur de pôle et le médecin chef de pôle*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.45

Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés. »³¹

Par ailleurs, prendre en compte la place de chacun, y compris la sienne, dans ces doubles lignes d'autorité qui règnent dans l'organigramme hospitalier, constitue sans doute pour le cadre de santé l'opportunité d'un dialogue. Comme le dit Françoise ADICEOM, citant J. HART et S. LUCAS, « (...) dans toute société, les places sont structurées, mais la communication confirme ou modifie en permanence cette structuration... Le statut social, les rôles sociaux contribuent implicitement à structurer la position de chacun dans une situation ».³²

Je m'interroge alors sur les réalités de ce dialogue au quotidien pour le cadre de santé. Qu'en est-il, en effet, de sa situation concrète face aux deux lignes d'autorité sous lesquelles il officie et, en regard, l'autorité qu'il exerce sur ses subordonnés ? Une analyse des situations engendrées par cette double autorité s'impose dans la poursuite de notre réflexion théorique.

2.2.3 Un positionnement au cœur des contradictions

➤ Situations paradoxales :

Dans le secteur hospitalier, un cadre de santé entretient un lien professionnel avec de nombreux acteurs. Il doit alors régulièrement répondre à des attendus divers et contradictoires.

« Les cadres de santé sont en liens avec différents acteurs hospitaliers : administratifs, médicaux et paramédicaux. Ils sont régulièrement sollicités pour répondre à des attendus qui les amènent à devoir gérer des paradoxes. »³³

Cette réflexion résume à elle seule la situation du cadre de santé à l'hôpital, pris entre diverses injonctions souvent opposées. Ce dernier doit en effet tenter de conjuguer deux logiques différentes : la logique professionnelle du prendre soin et la logique managériale visant la performance.

Les cadres de santé font donc face à des injonctions multiples : les injonctions paradoxales émises par un même interlocuteur (gagner en performance mais avec moins de moyens) ou les injonctions contraires quand ces dernières viennent de plusieurs interlocuteurs dont les objectifs divergent.

Face à ces contradictions, les cadres de santé sont, d'après Frédérick MARIE, « pris dans les jeux et les conflits de rôles qui attisent les établissements de soins aujourd'hui. »³⁴ Plutôt que de créer une situation stimulante et source de développement, il ressort de la littérature que cette gestion des contradictions au quotidien entraîne, chez les cadres de santé, un sentiment de malaise que Marc GRASSIN traduit ainsi : « Le malaise aujourd'hui palpable, tant chez les soignants que dans la fonction cadre, résulte de cette difficulté d'articuler l'injonction organisationnelle et la relation. »³⁵

Nous comprenons alors que ce malaise rende complexe le devoir de loyauté du cadre de santé. Les nombreux paradoxes auxquels il doit faire face dans sa gestion quotidienne peuvent d'ailleurs conduire à certaines résistances dans sa pratique.

➤ Conflit de loyauté :

La position d'interface du cadre de santé, entre équipe de soins et hiérarchie, se révèle plus favorable s'il partage les mêmes conceptions d'organisation et de qualité des soins que sa hiérarchie. Dans le cas contraire, la situation peut s'avérer complexe à gérer pour le cadre de santé et ainsi générer un climat de tensions.

³¹ Loi n°83- 634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, article 28, <https://www.legifrance.gouv.fr>

³² Françoise ADICEOM, *Place de chacun dans une dynamique participative*, Distance professionnelle et Qualité du soin Pascal PRAYEZ, coll. Fonction Cadre de Santé, Lamarre, 2017, p.146

³³ Djémila BOUROUMA, Patricia AMIOT, Directrices des soins, *Cultiver la loyauté, une nécessité managériale*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.30

³⁴ Frédérick MARIE, Directeur général adjoint, *Prendre soin de la loyauté des cadres de santé*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.38.

³⁵ Marc GRASSIN, Philosophe, Docteur en éthique médicale, *Dialoguer pour s'ajuster*, Objectif Soins & Management, n°259, Octobre/novembre 2017, p.52.

Cidalia MOUSSIER rappelle à ce titre que le Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers de Chantal DE SINGLY évoque un « *malaise si récurrent qu'on peut le dire constitutif de leur position spécifique* ». Elle ajoute ensuite : « *Dans le rapport Yabiel et Mounier, il est relevé que « le rôle des cadres a considérablement évolué depuis quelques années, au point d'être devenu assez écrasant* ». ³⁶

Le positionnement du cadre de santé au sein d'un établissement hospitalier s'apparente parfois, comme le décrit Nadia PEOCH à une mise en « *tension antagoniste* ». Ses prises de décisions peuvent parfois être de véritables choix cornéliens où le respect d'une autorité hiérarchique vient s'opposer à ses valeurs éthiques. Elle décrit ainsi : « *Être en situation de management au sein d'un établissement de santé, c'est vivre la juste tension antagoniste et complémentaire qui lie la prise de décision et la responsabilité de chacun dans une réflexion éthique.* » ³⁷

La dualité à laquelle est confronté le cadre de santé le rend donc vulnérable dans son positionnement, cherchant la cohérence de celui-ci face à ses multiples interlocuteurs.

Dans cette situation, nous pouvons parler de conflit de loyauté.

Il est donc nécessaire que le sujet opère une certaine prise de distance concernant ses liens professionnels pour qu'il puisse choisir, sciemment, entre loyauté et trahison.

« *Pour qu'il puisse émerger un sentiment de loyauté, il est nécessaire que son contraire, la trahison, soit pensable.* » ³⁸

Le choix de la loyauté est donc un acte réfléchi, choisi, plaçant le sujet en complète responsabilité de ses paroles et de ses actions. Reconnaître ce conflit de loyauté potentiel, c'est reconnaître que la loyauté n'est pas une posture statique mais qu'elle s'entretient et se raisonne en fonction des échanges et du contexte.

La mise en évidence de ce conflit de loyauté m'invite à réfléchir sur les leviers managériaux dont dispose le cadre de santé pour cultiver sa loyauté. Je souhaite donc, dans cette dernière partie, tenter de mettre en évidence comment la loyauté peut s'inscrire et se traduire au travers de son management.

2.3 Éléments managériaux et loyauté :

Nous avons précédemment identifié deux polarités entre lesquelles se situe le cadre de santé. Les attentes respectives du corps soignant et du corps de direction envers lui, le place dans une situation de conflit de loyauté ou, plus exactement, de dilemme intérieur.

Aussi, il convient de s'intéresser à la manière dont le cadre peut répondre loyalement aux attentes des uns comme des autres.

Dans cette dernière partie théorique, nous nous interrogeons sur les attitudes et les moyens que le cadre de santé va mettre en œuvre dans ses relations et son management pour forger un lien de loyauté envers l'équipe d'une part, et envers la direction d'autre part.

2.3.1 La question de la relation managériale

« *Traiter de la loyauté et du management fait inévitablement émerger le thème de la construction de la relation managériale.* » ³⁹ En effet, que signifie exercer un management loyal dans une organisation hospitalière ? Selon Nadia PEOCH, cette question retranscrit la tendance actuelle dans les organisations de soins d'un souci des cadres de santé de « *transparence et de sincérité dans la relation managériale* ». Mais au-delà de cette attention portée à la qualité des relations que le manager va

³⁶ Cidalia MOUSSIER, Cadre supérieur de santé, *Cadre de santé... une posture éthique*, Objectif Soins et Management, Avril/Mai 2018, p. 29

³⁷ Nadia PEOCH, directeur des soins, *Les dimensions de la loyauté dans la relation managériale*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.28.

³⁸ Daniel CALIN, Agrégé de philosophie, *Explorations autour de la notion de loyauté*, Enfances et Psy n°56, 2012/3, p.30

³⁹ Nadia PEOCH, directeur des soins, *Les dimensions de la loyauté dans la relation managériale*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.26

construire, cela vient interroger la construction de ces dites relations dans le contexte du fonctionnement hiérarchique de toute organisation.

A ce titre, la sociologie des organisations propose une réflexion sur la place de chaque acteur dans l'organisation à laquelle il appartient. Françoise ADICEOM s'appuie ainsi sur M. CROZIER et E. FRIEDBERG (*L'acteur et le système, Le Seuil, 1977*) pour développer l'idée que « *chaque professionnel négocie une zone de liberté où il va asseoir de façon consciente ou inconsciente une forme de pouvoir.* »⁴⁰

C'est justement cette « zone de liberté » dont peut se saisir le cadre de santé pour « jouer son rôle » au sein de l'hôpital.

Nous pouvons alors avancer l'idée que : « Jouer son rôle de manager », consiste, pour le cadre de santé, à convaincre ses collaborateurs du bien-fondé des orientations décidées par la hiérarchie tout en les aidant à trouver du sens à leurs interventions respectives dans un contexte contraint. Tirailé entre sa posture de représentation de la direction et sa mission de dynamisation positive de l'équipe, le cadre de santé doit alors faire preuve d'une grande souplesse intellectuelle et relationnelle.

Plusieurs auteurs qualifient cette souplesse comme une qualité d'adaptation permanente du cadre de santé dans sa posture et ses relations. Il s'agit en effet, pour ce dernier, de lier, ou même de concilier, la dualité de sa position entre corps soignant et corps dirigeant. Cette qualité semble donc s'imposer dans un contexte de paradoxes particulièrement prégnants à l'hôpital.

Ainsi, les organisations soignantes étant marquées par de fortes tensions structurelles, le cadre de santé se retrouve parfois, nous l'avons décrit précédemment, confronté à l'impossibilité de respecter ses engagements moraux. Ses liens de loyauté sont réinterrogés et se confrontent à la variabilité des contextes.

Sébastien DAMART considère alors que « *la loyauté promeut une certaine forme de conservation dans des contextes turbulents.* »⁴¹ Nous pouvons donc envisager la loyauté comme une posture relationnelle, gage de stabilité. En s'appuyant sur les valeurs, sur ce qui ne peut être remis en cause, la loyauté permet au cadre de maintenir une cohérence à travers ses actions, notamment dans un contexte en tension.

Madame B., Cadre Supérieure de Santé, interviewée dans le cadre de notre enquête exploratoire, partage ce même point de vue : « *On s'est engagé sur certains termes, sur des valeurs, sur des projets, sur un patient au centre de tout ça, et l'on peut s'y raccrocher quand ça bouge, de fait, parce que dans les institutions, les tensions, les injonctions viennent un peu malmener les différents partenaires. Et là, on peut se réappuyer, se recentrer sur ces valeurs. (...) Je pense que c'est là, cette notion de loyauté.* »

Ainsi, nous avons mis en évidence que la qualité de la relation managériale est façonnée par une loyauté relationnelle basée sur les valeurs du cadre de santé et sa conception de l'engagement.

Cela me conduit nécessairement à aborder la question de l'éthique du cadre de santé. En effet, loyauté et éthique apparaissent ici intimement liées. Quelles sont alors les manifestations de l'éthique du cadre de santé dans son management et comment les mettre en lien avec ses relations de loyauté ?

Pour cela, je souhaite aborder ici la notion d'éthique dans le management.

2.3.2 L'éthique du cadre de santé

La psychanalyste Catherine MIEG écrit que « *L'éthique oblige le sujet au travail à comprendre son activité et son environnement professionnel, c'est -à-dire à se laisser affecter et à réagir.* »⁴²

⁴⁰ Françoise ADICEOM, *Place de chacun dans une dynamique participative*, Distance professionnelle et Qualité du soin, 3^{ème} édition, Lamarre, 2017, p.145

⁴¹ Sébastien DAMART, professeur des universités, *Management et loyauté, lien organisationnel et engagement*, Dossier Loyauté et management, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.17

⁴² Catherine MIEG, psychanalyste clinicienne du travail, *Soignant et manager, l'éthique au cœur du métier*, Soins Cadres, n°109, février 2019, p.30

Ce point de vue m'interpelle particulièrement dans le cadre de ce travail de recherche puisqu'il place les questions éthiques au cœur du jugement du cadre de santé et de sa responsabilité dans les réponses qu'il formule à ses différents interlocuteurs.

Jean Charles SCOTTI souligne à ce titre que « *Le choix d'une démarche éthique comme préalable à une décision managériale est l'acceptation d'une nécessaire transgression obéissant à une hiérarchisation des impératifs soignants et économiques, en référence au seul patient. Il s'agira donc non pas d'accepter des objectifs contradictoires mais de les dépasser selon un positionnement éthique* ». ⁴³

Cette idée d'une nécessaire transgression est reprise par Catherine MIEG qui rappelle qu' : « *Il y a toujours un écart entre le travail prescrit, la tâche, ce que l'on demande de faire, et le travail réel, c'est-à-dire l'activité, ce que le travailleur fait réellement. Si l'on s'en tient juste à ce qui est prescrit, cela ne marche pas. C'est d'ailleurs le principe de la grève du zèle où les salariés appliquent les consignes à la lettre et où la situation est bloquée.* » ⁴⁴

Nous pouvons alors avancer l'idée que c'est dans l'espace séparant le travail prescrit du travail réel que le professionnel est amené à réfléchir son action, à élaborer une stratégie, à dévier volontairement de la règle pour permettre la réalisation de l'action dans un contexte jugé singulier. Or, ces ajustements réfléchis, emprunts de logique, d'expérience et valeurs morales, s'apparentent à l'éthique.

Nous rejoignons ici la proposition du même auteur qui énonce : « *L'éthique ne fait pas seulement appel à l'opinion morale des travailleurs et ne se limite pas au respect ou à l'honnêteté. Elle se construit par la réflexion collective autour de situations professionnelles d'incertitude ou de crise.* » ⁴⁵

Il paraît donc essentiel pour le cadre d'inviter à ces échanges, à ces réflexions collectives avant de faire un choix. Si la décision finale est naturellement associée au pouvoir individuel du cadre, à son statut de responsable d'équipe, elle semble plus confortable à porter si elle émane au préalable d'une réflexion collective. Nous pouvons supposer que plus le processus ayant abouti à la décision finale sera précédé d'une réflexion collective et d'un appui sur les valeurs communes au groupe, plus la décision finale apparaîtra juste aux yeux de tous : « *seules la confiance et l'instauration d'une relation de partenariat au-delà des rapports de pouvoir permettent de prendre des décisions justes.* » ⁴⁶. Ce sont sans doute ces conditions de concertation qui apportent au cadre une reconnaissance par ses collaborateurs de la dimension éthique de son management.

Cette réflexion sur la démarche éthique du cadre au travers son management renvoie à son positionnement vis-à-vis de ses collaborateurs. Cela pose la question de la place qu'il donne à chaque membre de l'équipe, en respectant leur singularité et en prenant en considération leur vulnérabilité. En effet, la manière dont l'altérité est ainsi mise en mouvement dans la relation qu'il construit avec chacun d'eux participe à la reconnaissance de son autorité et à la confiance que ces derniers vont pouvoir placer envers leur supérieur hiérarchique : « *C'est à travers la mise en concordance de son attitude et de son discours que le manager se fait respecter : il s'agit de parler vrai, d'être cohérent entre ce qu'il dit et ce qu'il fait.* » ⁴⁷

L'éthique du cadre s'inscrit donc dans sa capacité à s'appuyer sur ses propres valeurs et à les confronter à des situations professionnelles singulières. Pour qu'il puisse faire appel aux valeurs communes de l'équipe, le cadre de santé doit créer un terrain favorable à la réflexion de chacun des soignants. Il doit pouvoir interpeler chacun d'eux dans sa responsabilité vis-à-vis de lui-même et des autres. Ces conditions favorables sont décrites ainsi par Jean- Pierre DURAND : « *L'ambiance du service est placée sous la responsabilité essentielle du cadre : c'est sa posture éthique qui permet*

⁴³ Jean Charles SCOTTI, docteur en droit, *Cadre de santé : management et éthique*, Chronique, Droit Déontologie & Soins n°14, 2014, p.516

⁴⁴ Catherine MIEG, psychanalyste clinicienne du travail, *Soignant et manager, l'éthique au cœur du métier*, Soins Cadres, n°109, février 2019, p.30

⁴⁵ Catherine MIEG, psychanalyste clinicienne du travail, *Soignant et manager, l'éthique au cœur du métier*, Soins Cadres, n°109, février 2019, p.31

⁴⁶ Catherine MIEG, psychanalyste clinicienne du travail, *Soignant et manager, l'éthique au cœur du métier*, Soins Cadres, n°109, février 2019, p.33

⁴⁷ Catherine MIEG, psychanalyste clinicienne du travail, *Soignant et manager, l'éthique au cœur du métier*, Soins Cadres, n°109, février 2019, p.33

aux équipes qu'il encadre de pratiquer leur métier en confiance. Cette relation de confiance et d'écoute reste le fil conducteur sur lequel chaque membre de l'équipe peut se référer. »⁴⁸

Les différents apports théoriques que nous avons consultés nous invitent à retenir l'idée que l'éthique du cadre s'incarne, entre autres, dans la manière dont il incite ses collaborateurs à la réflexion, dont il les invite à se positionner au regard de valeurs communes et enfin, dont il assume ses arbitrages fins. C'est cette démarche partagée autour d'une situation singulière qui permet à l'équipe de reconnaître la dimension humaine du cadre.

Cependant, nous ne pouvons pas directement rapprocher la notion d'éthique du cadre et celle de ses liens de loyauté avec l'équipe sans approfondir tout d'abord la question de la confiance. En effet, nombre d'auteurs s'accordent à relier les deux notions.

Je souhaite donc poursuivre ce travail en interrogeant la relation de confiance entre le cadre de santé et ses divers collaborateurs. En effet, la confiance ne constitue-t-elle pas une des conditions préalables à la construction d'une forme de loyauté ?

2.3.3 La notion de confiance

Éric DELASSUS relie les termes de loyauté et de confiance en s'appuyant sur la définition même de la confiance. Il écrit ainsi : *« Si la loyauté suppose la confiance, elle repose sur la foi en l'autre, qui en est la définition même. La confiance – du latin con (ensemble) et fidere (croire, avoir foi en quelqu'un ou en quelque chose) – suppose que l'on croit l'un en l'autre, que l'on fasse le pari de la sincérité et de la fidélité de l'autre. »⁴⁹*

Les deux termes se retrouvent liés en ce sens que la confiance semble précéder la possibilité d'un lien de loyauté.

En effet, comme nous l'avons décrit précédemment, une relation managériale basée sur la confiance permet en effet au cadre de développer un accompagnement, une autonomisation et une responsabilisation de ses subordonnés. Une posture managériale fondée sur l'altérité et la reconnaissance du sujet offre à chaque collaborateur l'opportunité de se positionner au sein du groupe professionnel. La confiance se construit alors grâce à la capacité du cadre à créer un contexte suffisamment bienveillant pour impliquer chaque collaborateur.

Sans nier la relation hiérarchique, le cadre peut cependant favoriser une relation interpersonnelle professionnelle où la reconnaissance et le respect du positionnement de chacun permet le lien de confiance. Vanessa DENAIS, déclare ainsi que l'action du cadre *« ne peut s'épanouir qu'à travers une cohabitation fondamentale entre management par la confiance et management par le sens. En effet, le travail collaboratif et participatif qui permet d'expliquer, d'étudier les différentes solutions en équipe de direction ou d'encadrement est, selon moi, le socle de la confiance et de la loyauté. »⁵⁰*

Ainsi, un management participatif, situationnel et basé sur la confiance favorise, selon cette auteure, le développement d'une collaboration créative et l'atteinte des objectifs fixés par le cadre.

Cela rejoint également le point de vue d'une Cadre Supérieure de Santé interrogée dans le cadre de notre démarche exploratoire : *« Comme je disais il y a des éléments non négociables, mais ils peuvent toujours être exprimés. C'est ce qui permet aux équipes de comprendre et puis, c'est ça, ça leur permet de savoir que ce n'est pas négociable, de comprendre, et ça leur permet de se positionner. »*

La loyauté semble alors résider dans ce subtil équilibre entre confiance, autonomie et contrôle. Ce lien se tisse par des actes marquants, démontrant à l'équipe l'implication du cadre et le respect de ses engagements pris envers l'équipe.

⁴⁸ Jean-Pierre DURAND, cadre supérieur de santé, *L'éthique du cadre de santé*, Soins, n° 754, avril 2011, p.51

⁴⁹ Éric DELASSUS, docteur en philosophie, *Faire régner la confiance pour cultiver la loyauté*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.18

⁵⁰ Vanessa DENAIS, directrice des soins, *Le management par la confiance, entre autonomie et contrôle*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.52

Parmi ces actes marquants, la création d'un espace de dialogue contradictoire constitue une notion plusieurs fois relayée par les différents auteurs que nous avons consultés.

Il me paraît alors nécessaire d'aborder cette notion de dialogue et de la mettre en lien avec celle de loyauté.

2.3.4 La notion de dialogue

« Manager n'est pas une fonction de pouvoir, mais d'accompagnement de la tension vécue entre les injonctions normatives de la structure et les relations. (...) Manager est une capacité à dialoguer. »⁵¹

Nous avons précédemment évoqué, concernant l'éthique du cadre, l'intérêt pour ce dernier de solliciter une réflexion collective afin de responsabiliser les collaborateurs.

Et reconnaître l'autre dans sa capacité à prendre position dans le contexte professionnel dans lequel il gravite, sous-entend l'existence d'un espace d'échanges. La confiance, nous l'avons vu, offre la possibilité au cadre d'accompagner les équipes, de mettre en œuvre de manière dynamique et inclusive les orientations de la direction.

Ce mouvement nécessite que le cadre garantisse un temps d'explicitation, d'exposition, de dialogue et d'écoute avec l'équipe, comme le souligne Marc GRASSIN : *« [Le management] est une volonté et une relation qui permettent d'habiter ensemble les tensions. Ce qui veut dire les assumer ensemble. Seul le dialogue le permet. Le dialogue et son corollaire, l'écoute. » (...)* *« Dialoguer permet à chacun le bon ajustement. »⁵²*

Le manager doit permettre au managé d'être, dans la mesure du cadre fixé, libre de ses actions et de ses prises d'initiatives. Il ne doit pas être placé en posture de simple exécutant mais se sentir acteur dans sa pratique professionnelle et en mesure de suivre les orientations définies au nom de l'organisation sans se sentir en complète soumission.

La condition pour le managé est alors de se sentir suffisamment en confiance pour s'exprimer et tenir un langage de vérité avec son supérieur. C'est donc au manager de créer ce climat de dialogue propice à cet échange vrai et où la critique, la contradiction, l'opposition d'opinions peut se dévoiler sans crainte.

A ce titre, nous pouvons préciser que le manager doit veiller à proposer un encadrement où la subordination s'exprime clairement sur les différences de fonctions et non pas sur les personnes. C'est seulement à cette condition, comme le souligne Éric DELASSUS, que la relation devient loyale entre le manager et son subordonné : *« La loyauté du managé, on le voit, est donc fortement dépendante de celle du manager et des conditions qu'il met en place pour la rendre possible. »⁵³*

Ainsi, la loyauté est créée par le respect mutuel des engagements, où le manager démontre son attention et son écoute des managés en offrant un espace de dialogue et d'expression des éventuels désaccords. En regard, ces échanges bienveillants permettent aux managés de faire preuve de bonne foi et montrer leur engagement. Dans ces conditions favorables de dialogue les managés vont ainsi cultiver leur loyauté envers leur manager.

« Le développement de lieux d'expression critique peut être un levier pour préserver la confiance et développer la loyauté. »⁵⁴

L'expression de la loyauté est donc favorisée par un climat de dialogue, d'échanges d'informations et de transparence dans la communication qu'établit le manager, tant avec sa hiérarchie qu'avec ses collaborateurs. Ce climat est alors propice à une collaboration basée sur la confiance et sur la clarification du sens donné aux actions.

Madame B., Cadre Supérieure de Santé interrogée dans le cadre de notre démarche exploratoire, aborde également cette nécessité pour le manager de clarifier ses intentions, ses

⁵¹ Marc GRASSIN, Philosophe, Docteur en éthique médicale, *Dialoguer pour s'ajuster*, Objectif Soins & Management, n°259, Octobre/novembre 2017, p.50

⁵² Marc GRASSIN, Philosophe, Docteur en éthique médicale, *Dialoguer pour s'ajuster*, Objectif Soins & Management, n°259, Octobre/novembre 2017, p.52.

⁵³ Éric DELASSUS, Docteur en philosophie, *Faire régner la confiance pour cultiver la loyauté*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.21

⁵⁴ Ludovic LESAGE, Directeur des soins, *Loyauté et management par la confiance*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.54

choix auprès de ses subordonnés. A ce titre, elle précise que la réserve que le manager doit parfois appliquer n'est pas en contradiction avec sa loyauté : « *C'est la position, c'est le statut, oui, c'est le statut qui fait qu'on a une obligation de réserve. Et ne pas dire, ce n'est pas obligatoirement mentir. (...) On vous demande de garder une réserve mais après, ça ne vous empêche pas d'être loyal avec les équipes.* »

La loyauté devient alors une opportunité à saisir puisqu'elle témoigne du sens donné à la relation et à l'action commune plutôt que d'une contrainte.

Comme le précise Luc LESAGE, ce sens nécessite de fédérer les différents protagonistes autour de valeurs professionnelles communes sur lesquelles chacun pourra alors fonder son engagement : « *La prise de parole n'est pas une entorse au devoir de loyauté et la liberté d'expression permet à chacun de faire connaître ses préoccupations relatives aux orientations prises pour l'hôpital. (...) Ces temps sont le préambule à la pédagogie du projet pour donner sens, développer la confiance mutuelle et inscrire la loyauté comme une valeur plus qu'un devoir.* »⁵⁵

Dans le cadre de notre enquête exploratoire, Madame B., Cadre Supérieure de Santé, reprend d'ailleurs cette idée en disant : « *Je pense qu'il est important qu'au niveau du cadre et de son équipe, les valeurs soient posées. Bien communiquer sur les termes de façon à adopter des définitions communes.* » (...) *C'est en communiquant sur ces fondements, cette philosophie du soin, que l'on crée une adhésion. (...) Et c'est là que l'on peut parler de loyauté en fait. Loyauté par rapport, justement, à ce que l'on a posé.* »

⁵⁵ Ludovic LESAGE, Directeur des soins, *Loyauté et management par la confiance*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.54

3 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Notre sujet de recherche s'inscrit dans le domaine sanitaire. Il se concentre plus précisément sur le cadre de santé officiant en tant que manager d'une équipe paramédicale dans un univers professionnel de production de soins.

3.1 Contexte de la recherche exploratoire :

Notre travail exploratoire s'est construit à partir de notre question de départ :
En quoi le cadre de santé est-il confronté à un conflit de loyauté dans ses relations avec son équipe et sa hiérarchie ?

Le cadre de référence que nous venons d'élaborer explore tout d'abord le concept de loyauté dans ses diverses définitions.

Il propose ensuite une réflexion sur le positionnement du cadre de santé au sein du système hospitalier français actuel. Cette approche souligne les deux lignes d'autorité sous laquelle exerce le cadre de santé. Elle met également en exergue une forme de conflit de loyauté auquel fait face le cadre de santé du fait de son positionnement, à l'interface entre corps soignant et corps de direction.

Enfin, notre réflexion théorique nous a permis d'envisager les modalités managériales sur lesquelles le cadre de santé peut s'appuyer afin de tenter de résoudre ce conflit.

3.2 Émergence de nouveaux questionnements :

L'étude des divers points de vue d'auteurs a fait surgir de nouvelles questions, lesquelles invitent à reformuler certains éléments de notre question de départ.

En effet, les collaborateurs expriment une attente différente de la direction concernant l'expression de la loyauté du cadre de santé.

La notion de confiance émerge de nos réflexions et sous-tend la loyauté du cadre de santé envers l'équipe. C'est d'ailleurs souvent en ces termes que la loyauté est exprimée dans les textes, tout comme dans l'entretien exploratoire que nous avons mené.

Envers la direction, la notion de loyauté du cadre est reliée à sa mission de représentation de la hiérarchie et s'exprime parfois différemment. Elle se traduit plus par une loyauté stratégique, emprunte de l'engagement contractuel.

L'analyse des constituants de ce conflit nous permet de mieux l'appréhender et nous invite surtout à en modifier les termes.

En effet, la notion de conflit évoque une dualité extérieure et sous - entend la nécessité d'une résolution. Or, notre réflexion sur le positionnement du cadre de santé est surtout motivée par le souci d'éclairer une situation complexe, et de tenter d'en comprendre les enjeux. Il nous semble que notre étude, à ce stade de la réflexion, explique une situation duelle vécue par le cadre de santé à un niveau plus intérieur. Il nous semble alors plus judicieux d'utiliser les termes de « dilemme de loyauté ». Notre recherche vise alors à comprendre comment le cadre de santé peut accepter cette situation pour mieux ensuite la porter au quotidien dans sa pratique.

Ce cheminement nous amène enfin à nous interroger sur la question d'une éventuelle priorité dans la construction des liens de loyauté du cadre.

En effet, ce dilemme n'implique-t-il pas une notion de priorité de la loyauté ?

Le cadre de santé, pour mieux vivre ce dilemme de loyauté, doit-il procéder à une priorisation de ses liens de loyauté ?

Par son statut, par ses missions, le cadre de santé est, nous l'avons développé dans le cadre théorique, au contact premier des équipes. Il est leur premier interlocuteur et constitue le premier représentant de la ligne hiérarchique d'encadrement.

N'est-il donc pas prioritaire, pour le cadre de santé, de gérer sa loyauté envers l'équipe ? Nous pouvons supposer qu'un lien de loyauté, construit sur des bases claires et identifiées par l'équipe, facilite ensuite pour le cadre de santé l'élaboration d'un autre format de loyauté avec la direction.

3.3 Question de recherche et hypothèses :

Notre démarche exploratoire nous a permis de confronter notre question de départ à des apports théoriques. Les éléments retenus nous permettent d'affiner notre problématique et de proposer la question de recherche suivante :

La création de deux typologies de loyauté permet-elle au cadre d'accepter le dilemme de loyauté inhérent à sa position d'interface entre équipe et hiérarchie ?

Notre cheminement autour des notions de loyauté, de confiance et de dialogue nous invite à esquisser des réponses à cette question de recherche et à formuler les hypothèses suivantes :

- L'équipe de soins reconnaît la loyauté du cadre dans sa capacité à mettre en place une relation de confiance avec elle.
- La hiérarchie attend du cadre une loyauté de représentation.
- La priorité d'une construction de loyauté avec l'équipe permet au cadre de santé de tisser, ensuite, un autre format de loyauté avec sa hiérarchie.

4 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

L'objet de ce travail est de comprendre les éléments du dilemme de loyauté auquel fait face le cadre de santé dans sa pratique, positionné entre l'équipe et la hiérarchie.

Je cherche à mettre en évidence les composantes de cette loyauté et à identifier quelle en est la perception par des cadres de santé eux-mêmes.

Ma démarche vise à spécifier si le cadre de santé tisse deux loyautés différentes et si ces dernières se construisent dans une temporalité définie.

Je cherche enfin à percevoir dans quelle mesure le fait d'envisager ces deux typologies de loyauté offre au cadre le moyen d'accepter le dilemme de loyauté auquel il fait face.

4.1 *Choix d'une méthode de collecte de données :*

Le sujet de cette recherche m'amène à recueillir les ressentis et des éléments d'expériences professionnelles puisés dans le quotidien de cadres de santé en activité. Mon objectif est de collecter leurs émotions et leurs raisonnements issus de leur vécu de terrain. Je projette d'analyser leurs visions individuelles concernant la notion de loyauté du cadre afin de les confronter aux éléments puisés dans la littérature. Je cherche ainsi à fournir un éclairage plus affiné, et plus général aussi, sur le phénomène de construction des liens de loyauté du cadre de santé.

Compte-tenu de ces ambitions, il me paraît cohérent d'effectuer un recueil de données qualitatives au travers d'entretiens semi-directifs.

« Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. (...) Autant que possible, [le chercheur] « laissera venir » l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible. »⁵⁶

Ces entretiens semi-directifs, réalisés de manière individualisée, en face à face avec l'interviewé, me permettent à la fois de recevoir toute la subjectivité du sujet, mais aussi d'orienter l'échange sur la compréhension et l'interprétation du sujet que j'ai choisi d'étudier.

Mes entretiens visent à progressivement assembler les témoignages des professionnels interviewés.

4.2 *Conception de la grille d'entretien :*

Le choix de ce type d'entretiens me permet de définir, en amont, les thèmes que je souhaite aborder durant l'entretien. Les questions préparées me donnent la possibilité d'orienter le sujet tout en laissant une certaine liberté de réponse à l'interlocuteur.

J'élabore donc une trame d'entretien à destination des cadres de santé exerçant en service de soins afin d'éclairer la problématique spécifique de ces managers. Cette trame s'appuie sur le cadre conceptuel que nous avons précédemment composé. Elle a pour objectif final de répondre à ma question de recherche et d'infirmer ou de confirmer mes hypothèses.

En introduction de l'entretien, je rappelle à l'interviewé le contexte de ce travail de recherche en énonçant un thème général. Ce thème est volontairement très générique afin de ne pas induire de biais trop marqué dans les réponses de l'interlocuteur. Je m'assure de son accord pour l'enregistrement de l'entretien et lui assure l'anonymat dans le traitement de ses réponses.

Mon questionnaire est composé de 19 questions. Il se divise en trois parties :

- la première, comportant 6 questions, est orientée sur les relations professionnelles que le cadre de santé entretient avec son équipe et sa direction.

⁵⁶ Raymond QUIVY, Luc VAN CAMPENHOUDT, *Manuel de Recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, 2006, p.174

Je souhaite, dans cette partie, comprendre la genèse des rapports de confiance qui se construisent au quotidien entre le cadre de santé et les différents acteurs avec lesquels il travaille.

- la seconde partie, composée de 5 questions, est centrée sur la conception du cadre de sa position au sein de la structure hospitalière et des lignes hiérarchiques qui la régissent,

- la troisième partie, composée de 7 questions, se centre davantage sur la notion de loyauté et vise à cerner comment le cadre de santé l'appréhende dans sa pratique managériale.

Le questionnaire se termine par 1 question d'ouverture, laissant libre choix à l'interviewé de rebondir sur un point ou de préciser ses propos sur un sujet déjà abordé.

En parallèle, j'élabore deux trames d'entretiens à destination des collaborateurs du cadre de santé d'une part, et des cadres supérieurs de santé ou directeurs de soins d'autre part.

Il s'agit de relevés d'opinions afin de prélever les avis des deux pôles concernés directement par le cadre de santé.

Mon objectif est de percevoir, à travers ces entretiens, comment est perçue la loyauté du cadre de santé. J'envisage que leurs avis vont m'aider à la compréhension de ce que vit le manager et que leurs représentations viendront affiner les conclusions de cette recherche.

Les grilles d'entretiens destinées à ces deux corps professionnels sont, de fait, réduites à 10 questions. Elles suivent cependant une trame parallèle au questionnaire destiné aux cadres de santé afin de me permettre des analyses comparatives lors de l'exploitation des entretiens.

Ces trois grilles d'entretiens ont été validées par mon directeur de mémoire (cf. Annexes 2 à 5). Il m'a d'ailleurs activement aidée à obtenir des entretiens auprès de professionnels cadres supérieurs et directeurs de soins.

Mes entretiens ont été réalisés en face à face, dans un bureau à huit clos et sur le lieu de travail de chacune des personnes interviewées.

4.3 Typologie des personnes interrogées :

Le tableau suivant reprend les éléments sociologiques recueillis auprès de chaque professionnel durant l'entretien.

Il offre une vision générale sur la population que j'ai interrogée, en précisant notamment le nombre d'années d'expérience professionnelle dans la fonction, la filière de formation initiale du professionnel concerné, et le type de structure dans lequel il/elle exerce aujourd'hui.

Personne interviewée	Age	Profession Initiale	Fonction	Filière	Nb. d'années d'encadrement ou d'exercice	Type de structure	Service actuel	Personnels encadrés	Nb. pers. encadrées
Cadre 1	62	IDE	Cadre de santé	Soins	21	ESPIC	SSR - MPR	IDE + AS	32
Cadre 2	47	ERGO	Cadre de santé	Rééduc.	9	ESPIC	SSR - MPR	Rééducateurs + professions médico-sociales	30
Cadre 3	50	ERGO	Cadre de santé	Rééduc.	4	Hôpital Public	SSR - MPR	Rééducateurs + 1 AS + 2 brancardiers + 1 ingénieur de RC	35
Cadre 4	55	IDE	Cadre de santé	Soins	11	Hôpital Public	SSR - MPR	IDE + AS	45
Coll. 1	34	ERGO	ERGO	Rééduc.	12	ESPIC	SSR - MPR	-	-
Coll. 2	29	IDE	IDE	Soins	4	ESPIC	SSR - MPR	-	-
CSS	42	IDE	Cadre Supérieur de Santé	Soins	7	Hôpital Public	Réa. + mission sur le Pôle Caravan	Cadres de santé	8 + mission
DS	51	IDE	Directrice des Soins	Soins	21	Hôpital Public	DS sur le site + mission sur le GRH	Cadres de santé + Cadres de Pôle bi-sites	20 + 9

4.4 Limites de l'enquête :

Je reconnais diverses limites à cette enquête de terrain.

En effet, compte-tenu de la dynamique de mon cheminement sur ce travail de recherche, j'ai été contrainte de concentrer mes entretiens sur un temps assez restreint et de me rendre exclusivement sur des structures d'Ile de France.

Au final, cela concerne 3 structures différentes : un ESPIC, et deux établissements de l'AP-HP (concernant tout de même 3 sites différents en tout). Cette concentration crée, à mon sens, un biais dans les réponses apportées par les professionnels puisque sur chaque catégorie de professionnels interrogés, deux exercent dans la même structure.

De plus, on peut me reprocher d'avoir interrogé des cadres de santé travaillant exclusivement en service de SSR de Médecine Physique et Réadaptation. Cela tient, je m'en rends compte, à ma filière d'origine et aux contacts que j'ai su solliciter pour ces entretiens.

Par ailleurs, compte-tenu de mon sujet centré sur la position d'interface de cadre de santé, j'ai interrogé des collaborateurs et des supérieurs hiérarchiques du cadre de proximité. Cependant, je ne me suis entretenue qu'avec 4 cadres de santé, ce qui réduit fortement la représentativité de mon échantillon d'analyse.

Paradoxalement les personnes interrogées se sont montrées prolixes et les éléments que j'ai recueillis sont très riches. Les limites de cette enquête concernent donc, à mon sens, la partialité dont j'ai forcément dû faire preuve, malgré moi, dans la sélection des réponses.

5 ANALYSE DE CONTENU

« *L'analyse du discours consiste à sélectionner et à extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits. Elle s'effectue sur l'ensemble des discours produits par les interviewés, retranscrits de manière littérale* »⁵⁷.

A partir des retranscriptions écrites des entretiens que j'ai menés auprès des professionnels de terrain, je peux analyser leurs verbatim et les confronter au cadre conceptuel que nous venons d'élaborer. Cette analyse a pour objectif final de confirmer ou d'infirmer les hypothèses que nous avons émises comme potentielles réponses à notre question de recherche.

A ce titre, je fais le choix d'une analyse non linéaire par rapport à l'ordre dans lequel j'ai posé mes questions aux interviewés et dont sont retranscrits leurs discours.

En effet, ma démarche n'est pas ici de donner un résultat « brut » des réponses des professionnels mais vise plutôt à confronter les supports théoriques aux supports empiriques de récits des managers. Je cherche donc à en dégager les liens autour des thématiques que nous avons dégagées dans le cadre conceptuel.

5.1 Les relations professionnelles du cadre de santé :

A la notion de loyauté développée en première partie du cadre conceptuel, je confronte dans cette première partie d'analyse le discours des professionnels concernant la qualité de leurs relations professionnelles avec leur hiérarchie et leurs collaborateurs. Je m'appuie sur l'analyse de 6 questions posées aux cadres de santé et de 4 questions posées aux cadres supérieurs et aux collaborateurs.

Par l'analyse du discours des cadres de santé sur la nature et la qualité de leurs liens professionnels, je cherche à mettre en évidence des éléments de loyauté.

Il s'agit aussi, in fine, de tenter de répondre à la première hypothèse que nous avons posée : *L'équipe de soins reconnaît la loyauté du cadre dans sa capacité à mettre en place une relation de confiance avec elle.*

5.1.1 Qualité des relations professionnelles du cadre de santé

J'ai tout d'abord souhaité savoir comment les cadres de santé qualifient la nature de leurs relations professionnelles actuelles, tant avec leurs collaborateurs qu'avec leur hiérarchie.

Deux cadres sur quatre mettent en avant un lien de confiance, notamment avec leur hiérarchie.

Cadre 1 : « Avec ma hiérarchie, c'est d'abord une relation de confiance quand même, où je peux exercer en toute autonomie, tout en sachant que bon, il faut quand même rendre des comptes. »

Le Cadre 2 semble d'ailleurs envisager cette relation de confiance comme un postulat initial, une condition sine qua non pour travailler ensemble.

Cadre 2 : « Ce sont des liens de confiance. Ce sont avant tout des liens de confiance. » (...) « Mon postulat c'est que si on ne peut pas avoir confiance, c'est quand même difficile de travailler ensemble, ça part de là pour moi. »

Ces deux cadres soulignent que cette relation de confiance s'inscrit aussi dans la relation avec leurs collaborateurs, constituant la base pour un management participatif (Cadre 1) et offrant les perspectives d'une construction collective.

Cadre 2 : « (...) si la valeur est basée sur une relation de confiance, beaucoup de choses sont possibles. »

⁵⁷ A. BLANCHET, A. GOTMAN, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, Nathan, 1992

Il est intéressant de constater qu'en revanche, les deux autres cadres, issues de la fonction publique hospitalière, définissent en premier lieu leurs relations professionnelles sous le volet hiérarchique.

Cadre 3 : « J'ai des relations hiérarchiques pures avec mes agents, mes collaborateurs, ça veut dire que je suis leur N +1. Et avec ma hiérarchie, c'est la même chose, c'est mon N+1. »

Ces deux cadres précisent ensuite leur mission de mise en place au sein du service des consignes reçues de leur hiérarchie et la nécessité d'un reporting ensuite, sous forme de « boucle » (Cadre 3). La Cadre 4 insiste sur le cheminement de l'information et la nécessité pour le cadre de transmettre les messages de la hiérarchie à l'équipe.

Cadre 4 : « (...) on est là justement pour tout ce qui est organisation des soins, sécurité des soins et aussi pour faire passer les messages, les informations qui viennent de notre hiérarchie, qui viennent d'en haut et de les faire passer aux collaborateurs (...) »

Chez les deux Collaboratrices, la nature de leurs relations professionnelles avec le cadre de santé est basée sur l'échange. Elles précisent immédiatement, cependant, la dimension hiérarchique de la relation qui se traduit par l'autorité du cadre dans la prise de décision.

Coll. 1 : « Ce n'est pas nous qui décidons, mais de pouvoir avoir un vrai échange. »
Coll. 2 : « Je dirais à la fois cordiale, mais tout en restant dans la hiérarchie. Du coup tout en restant dans sa place de supériorité. »

Enfin, pour le Cadre Supérieur de Santé (CSS), il est nécessaire de dissocier la nature de ses liens avec les cadres de santé selon la nature de sa propre mission. Ainsi, il différencie un lien fonctionnel sur sa mission transversale de cadre référent des ressources humaines sur son pôle, et un lien hiérarchique, de par son grade et sa fonction, sur la plate-forme de réanimation du pôle.

La Directrice des Soins (DS), quant à elle, décrit une relation de proximité, de dialogue, qui semble être facilitée par la petite taille de l'établissement.

DS : « (...) j'ai une relation assez proche avec les cadres de proximité. »
« J'ai toujours eu une approche assez pragmatique et opérationnelle avec les cadres. Pour moi, c'est un groupe qui est très, très important. C'est un groupe à soutenir. »

Il est intéressant de constater qu'il ressort de ces réponses deux tendances distinctes, deux types de qualification de la relation professionnelle avec le cadre de santé.

Une moitié des personnes interrogées, tous statuts confondus, fait référence au lien social, à la confiance et à l'échange, alors que l'autre moitié, se réfère au lien hiérarchique.

Je constate que ces premières réponses reflètent deux thématiques étudiées dans notre cadre conceptuel.

Tout d'abord, la notion de confiance, de proximité et de dialogue qui, nous l'avons vu, sous-tend la notion de lien de loyauté.

D'autre part, les notions de mission du cadre de santé et de ligne d'autorité sous laquelle il officie rappelle les éléments abordés dans la seconde partie du cadre conceptuel. Ces éléments réglementaires semblent forger indiscutablement la nature des relations professionnelles de certains cadres. A ce titre, je remarque que ce sont les cadres exerçant à la l'AP-HP qui font spontanément référence à ce lien hiérarchique. Cela laisserait supposer que cette structure hiérarchique est plus marquée dans les grands hôpitaux publics et que les cadres s'appuient dessus pour construire leurs relations professionnelles.

5.1.2 Les attentes envers le cadre de santé concernant ses liens professionnels et sa posture

J'ai ensuite interrogé les collaborateurs et des cadres supérieurs sur leurs attentes concernant leur relation avec le cadre de santé et la posture qu'ils attendent de ce dernier.

J'ai alors confronté les réponses à celles des cadres concernant la vision qu'ils ont des attendus de leurs subordonnés et de leurs supérieurs à leur rencontre.

Ainsi, du point de vue des Collaborateurs, la Collaboratrice 2 dit attendre du cadre de santé une relation professionnelle centrée sur la confiance et l'écoute. Le cadre de santé doit également, selon elle, adopter une posture humaine au travers de son autorité. Il doit aussi respecter la confidentialité des propos tenus en aparté.

Coll. 2 : « Une relation de confiance, d'écoute où le cadre se met quand même à la place de son équipe, de chaque intervenant de l'équipe. C'est ça : confiance et écoute. »
« (...) et puis que le cadre garde son autorité tout en, je ne dirais pas une relation copain, copine, parce qu'on n'est pas là pour ça, mais en étant quand même dans une relation où on s'entend bien, on peut parler d'autres choses que du travail. »

La Collaboratrice 1, quant à elle, attend du cadre une posture de guidance. Elle sollicite un accompagnement méthodologique dans l'élaboration des projets en équipe. Elle souligne par ailleurs son besoin de voir le cadre de santé adopter une posture d'arbitre dans les conflits au sein de l'équipe.

Coll. 1 : « Moi, j'attends que le cadre nous guide dans les projets parce que moi, je trouve que les projets ce n'est pas facile à monter, qu'il y a plein de paramètres. Moi je n'ai peut-être pas la vision globale (...) »
« Moi, je pense que c'est aussi celui qui doit se positionner s'il y a des conflits dans l'équipe, bien que ce soit difficile. »

L'attente du Cadre Supérieur de Santé se décline quant à elle selon trois aspects.

Le premier aspect concerne l'action du cadre de proximité sur le terrain, au cœur du service et au contact des collaborateurs. Le CSS expose très clairement qu'il attend du cadre une posture de manager, de gestionnaire de premier rang sur son service, mettant en œuvre le projet de pôle sur le terrain.

CSS : « Ce que j'attends comme relation avec le cadre de santé, c'est déjà qu'il soit à la manœuvre sur son service. (...) c'est qu'il soit l'acteur principal de la gestion de son périmètre. »
« (...) il doit être au courant de tout ce qui se passe dans son service et il doit en être un des acteurs clés au même titre que le chef de service. »

La seconde attente du CSS vis-à-vis du cadre de santé concerne la confiance. Elle est synonyme de travail en collaboration et de responsabilité partagée. Comme à la question précédente pour le Cadre 2, cette confiance s'impose de fait dès que les deux protagonistes travaillent ensemble mais elle se consolide ou se fragilise selon l'évolution de la relation dans le temps et suivant la qualité de l'échange des informations entre eux.

CSS : « Et à ce moment-là ça va devenir très compliqué de travailler ensemble parce que je ne pourrai pas travailler avec un cadre de santé dont, soit il n'a pas ma confiance, soit je n'ai pas sa confiance. Ça voudrait dire que de facto, nos informations ne seront pas partagées. »

La troisième attente du CSS vis-à-vis du cadre de santé est une posture de décisionnaire. Il attend du cadre un management actif afin de ne pas figer l'action sur le terrain et de faire avancer les processus. Il demande donc au cadre de santé de prendre une posture de leader au sein de son service. Il attend cela de lui mais, en retour, le CSS assure au cadre de santé son soutien et un certain partage des responsabilités.

CSS : « Il est cadre de santé, il est manager. Il a la responsabilité donc il doit faire en sorte que ça avance. »
« Le cadre doit être celui qui met en musique, qui fait avancer et qui fait que le process n'est pas figé. Il n'y a rien de pire que l'immobilisme dans notre établissement, dans un établissement de santé. »

La Directrice des Soins souhaite, quant à elle, que le cadre de santé établisse une relation de confiance, emprunte de franchise et de transparence. Elle attend du cadre de santé un *reporting* pragmatique et précis sur l'actualité de l'activité des services.

DS : « Je pense que le vrai, c'est la confiance. Ce que j'attends, c'est de la confiance et après, à partir de là on peut tout établir. »

Cette confiance s'accompagne, selon elle, d'un respect de la hiérarchie. C'est d'ailleurs la première des personnes interviewées à spontanément évoquer la question de la loyauté dans le lien professionnel.

DS : « Après il y a un principe. Je ne sais pas si on peut dire que c'est un principe de loyauté, mais d'être aussi respectueux. Qu'ils soient aussi respectueux de la hiérarchie tout en étant naturels. »

En regard de ces témoignages, la vision des cadres quant à la posture attendue par leur hiérarchie porte sur leur autonomie de management sur le terrain tout en assurant les flux d'informations ascendants et descendants (Cadres 1 et 4).

Le Cadre 2 distingue d'ailleurs deux attentes, celles du corps médical et celle de la hiérarchie pour lesquelles il va devoir se poser en traducteur. Selon lui, on attend du cadre cette position d'interface, capable de faire converger les attentes des deux et de les mettre en œuvre sur le terrain.

Cadre 2 : « (...) très concrètement, c'est déjà deux visions différentes entre les médecins de ce qu'ils peuvent attendre d'un cadre et de ce qu'un directeur administratif peut attendre d'un cadre. On est un peu à la croisée des chemins. »

Cela rejoint le rôle de gestionnaire évoqué précédemment par le Cadre Supérieur de Santé.

La Cadre 3 évoque l'importance d'une posture exemplaire, où la bienveillance et l'équité participent à la qualité de vie des agents au travail et serait, selon elle, attendue par sa hiérarchie.

Cadre 3 : « La posture la plus professionnelle possible, la plus bienveillante possible aussi, mais une posture qui permet de faire avancer un service et que les équipes se sentent bien, une posture d'équité. »

La Cadre 4 la rejoint dans ses propos en parlant de capacité d'écoute et d'équité de traitement envers les collaborateurs. Elle amène également la notion de confidentialité de la relation entre le cadre et son collaborateur lorsque ce dernier évoque avec son supérieur des problématiques personnelles. Il semble se jouer à ce sujet un élément fondateur de la relation professionnelle.

En parallèle, la représentation qu'ont les cadres de santé de la posture attendue par leurs subordonnés rejoint le témoignage des deux Collaboratrices interrogées.

On note tout d'abord que la capacité d'écoute et la disponibilité du cadre ressortent du discours de la Cadre 1.

Cadre 1 : « (...) elles attendent qu'on soit à l'écoute, à leur écoute. Elles savent bien que parfois tout n'est pas réalisable, mais déjà le fait d'avoir cette disponibilité et cette écoute pour eux je sais que c'est beaucoup. »

La Cadre 3 relate que les collaborateurs ont besoin de reconnaissance et de recevoir l'appui du cadre de santé. Pour elle, comme pour la Cadre 4, les collaborateurs ont besoin de la présence du cadre et de savoir qu'ils peuvent compter sur lui/elle.

Cadre 3 : « Tous les jours, je fais le tour, je vais les voir, je vais leur dire bonjour, savoir comment ça va, leur montrer que je suis là et qu'ils peuvent compter sur moi s'il y a quoi que ce soit. »

Cadre 4 : « Il faut vraiment qu'on soit là pour pallier tout ça. Quand ils se rendent compte qu'on est là et qu'on essaie de faire le maximum, généralement ils s'en rendent compte et ça le fait. »

Les collaborateurs, selon la Cadre 3, cherchent une autorité rassurante et fiable. En cela, la notion de confidentialité des échanges recherchée par la Collaboratrice 2 est totalement traduite dans les propos des Cadres 3 et 4.

Cadre 3 : « Il y a ce respect de la hiérarchie tout en étant très proches parce qu'ils viennent du coup me confier parfois des problèmes importants. Ils savent que ça ne sortira pas du bureau. Ils savent qu'ils peuvent me faire confiance. »

Cadre 4 : « Un cadre ça doit, dans la relation de confiance, il faut vraiment que quand un soignant vient se confier, le cadre ne se permette pas d'aller divulguer ce qui lui a été dit par le soignant. Je pense que ça, c'est la première des règles. »

Enfin, je remarque que le Cadre 2 amène, quant à lui, une notion différente de ses consœurs en parlant du changement de génération qui, selon lui, modifie les attentes de l'équipe envers le cadre de santé. Je perçois dans son discours la référence à la génération Y, plus encline à

réclamer de l'autonomie et moins « docile » que la génération précédente face aux contraintes de l'institution.

Cadre 2 : « (...) il y a une tendance actuelle, on passe quand même d'un système vertical à quelque chose de plutôt horizontal. (...) Comment ça se traduit concrètement ? Justement, c'est partir sur des modes projets. (...) En fin de compte, c'est les impliquer et les responsabiliser aussi. »

Ainsi, il est intéressant d'observer les points de convergence entre les attendus de la posture du cadre et ce que ces derniers en perçoivent. Ces différents témoignages me permettent de cerner l'importance avant tout du lien de confiance qui doit se tisser entre les protagonistes. Chaque professionnel y voit le fondement d'une relation de collaboration ouvrant sur une certaine honnêteté du lien et un échange basé sur la réciprocité de l'engagement.

Je remarque avec intérêt que la Directrice des soins émet l'idée d'un principe de loyauté inscrit dans cette relation de confiance avec le cadre de santé.

Ces différents avis convergent avec les éléments que nous avons mis en avant dans le cadre conceptuel où la loyauté est décrite comme un composant du lien social.

Les attentes de collaboration, d'échanges d'informations ou encore d'accompagnement dans la méthodologie de projets font écho au concept de « *reliance* » que nous avons cité.

Je relève également que la posture de leader attendu par les collaborateurs rejoint les témoignages des supérieurs hiérarchiques du cadre qui attendent d'observer un manager actif, qui sait prendre les décisions sur le terrain tout en respectant son champ de compétences. Il y a là une réelle convergence de points de vue autour du rôle de maître d'œuvre du cadre, souvent décrit par ailleurs dans la littérature. Cela fait référence, à mon sens, aux missions du cadre décrites dans les textes réglementaires, comme nous l'avons mis en avant dans la seconde partie de notre cadre conceptuel. Le cadre est attendu pour ses qualités de gestionnaire, d'animateur, et de transmetteur. Cela fait référence à sa mission, à son statut.

Ce dernier point est d'ailleurs mis en avant à plusieurs reprises dans les témoignages concernant la qualité et la fluidité de ses transmissions d'informations avec ses différents collaborateurs (supérieurs ou subordonnés).

J'apprécie par ailleurs retrouver dans les témoignages des éléments plus discrets mais clairement énoncés par plusieurs professionnels concernant la posture humaniste du cadre de santé. En effet, il semble évident pour les cadres, comme pour les collaborateurs, que des qualités humaines et une posture bienveillante participent à la qualité de vie au travail des personnels et que ce point incombe, dans l'esprit de tous, au cadre de santé. Il se doit ainsi de montrer l'exemple et de faire preuve d'équité vis-à-vis des agents.

Ce point rejoint directement les apports théoriques développés dans notre cadre conceptuel et renvoient à la dimension morale qu'incarne la loyauté mais aussi à sa dimension sociale en matière de respect des engagements pris envers un groupe.

Je relève également, parmi les témoignages, des liens entre les attentes en matière de confidentialité du cadre, en matière de respect de la hiérarchie et des personnes, ainsi qu'en matière d'exemplarité. Ces trois aspects, cités par une collaboratrice, une directrice des soins et un cadre de santé, définissent, sans le nommer, le lien entre loyauté et relation à l'autre que nous avons illustré par la citation de Daniel CALIN dans notre cadre conceptuel. Cet auteur identifie en effet la loyauté comme la traduction de relations non médiatisées, non écrites, où le respect se justifie par le juste rapport moral à l'autre, sans obligation dictée par une autorité supérieure.

En revanche, nous n'avons pas mis en exergue l'impact générationnel sur la caractérisation du lien professionnel entre les collaborateurs et le cadre ni sur la posture que ces derniers attendent du cadre de santé. Ce témoignage du Cadre 2 ouvre la réflexion sur un élément que nous n'avons pas traité et qui n'est pas ressorti de nos lectures. Mais en effet, nous pouvons nous questionner sur le rapport entre un mode de management de plus en plus horizontal, inclusif et responsabilisant et les liens relationnels entre collaborateurs et cadre de santé.

Le Cadre 2 nous invite à considérer la capacité du cadre dans la gestion de projets comme un nouveau curseur d'ajustement de la relation managériale. Je suis alors tentée de rapprocher les termes de « confiance », « collaboration » et de « responsabilisation » employés dans son témoignage à la terminologie que nous avons usitée dans le cadre conceptuel pour définir les constituants d'un lien de loyauté. De même, l'emploi des termes : guidance, présence, autonomisation et arbitrage auxquels les équipes font référence, s'apparentent, selon moi, aux notions développées dans le cadre théorique concernant la loyauté et le sens de l'engagement.

Cela rejoint la question suivante.

5.1.3 Le respect des engagements pris par le cadre de santé

Question : « Comment selon vous le cadre de santé fait-il preuve de respect de ses engagements pris envers l'équipe, d'une part, et pris envers sa hiérarchie, d'autre part ? »

Avec cette question, j'ai souhaité solliciter les professionnels sur le thème de la loyauté envers les autres qui se manifeste, selon les auteurs que nous avons cités, par le respect des engagements pris par la personne envers des tiers.

Les cadres de santé traduisent ce respect de leurs engagements de manière parfois distinctes, selon qu'il s'agit d'engagements envers leur hiérarchie ou envers leurs subordonnés.

Vis-à-vis de l'équipe, le respect des engagements se traduit, selon la Cadre 4, par un principe premier d'honnêteté et de sincérité sur les situations rencontrées dans le service.

Cadre 4 : « Je pense que déjà il faut être honnête, il faut être sincère avec les soignants. (...) Il faut vraiment rester honnête avec elles, rester honnête et leur dire vraiment les choses telles qu'elles sont. »

Le principe de réserve est évoqué dans le discours de cette Cadre, mais la vérité semble primordiale.

Par ailleurs, deux Cadres sur quatre répondent à la question en invoquant la notion d'actes concrets témoignés à l'équipe.

En effet, pour la Cadre 1, cela passe par le fait de mener les projets jusqu'au bout, de témoigner aux collaborateurs qu'elle va porter les actions à leur maximum de développement.

Le Cadre 2 corrobore en disant :

Cadre 2 : « le respect se traduit par des actes très concrets. (...) Quand on dit quelque chose vis-à-vis d'une équipe, il faut qu'elle en voit les fruits concrets. »

En regard, la Collaboratrice 2 parle du respect des engagements du cadre au travers de sa capacité à relayer les besoins de l'équipe auprès de la hiérarchie.

Coll. 2 : « On fait part d'un problème ou d'une demande à notre supérieur, cette supérieure va faire remonter notre demande, essayer de trouver une solution et faire le mieux possible. »

Au-delà de la capacité du cadre dans la mise en œuvre d'actions concrètes sur le terrain, je rapproche de ces propos l'idée d'une nécessaire démonstration de la part du cadre de ses qualités de persévérance et de fiabilité dans les actes qu'il entreprend au nom de l'équipe.

Je note d'ailleurs un parallèle avec les réponses de la Collaboratrice 1 qui parle de la réciprocité des engagements pris entre la cadre de santé et le collaborateur durant l'entretien annuel d'évaluation. En effet, elle évoque l'engagement du cadre au travers de son rôle d'animateur d'équipe et de son accompagnement méthodologique sur les projets, pour lequel elle met en regard l'engagement du collaborateur à respecter les délais et les objectifs fixés par le cadre.

Coll. 1 : « moi je m'engage à respecter la date et notre cadre s'engage à nous guider et à nous driver sur ce qui est difficile pour nous. »

Cette notion de fiabilité se retrouve dans la vision évoquée par deux Cadres sur quatre concernant le respect de leurs engagements envers leur hiérarchie.

En effet, les Cadres 1 et 3 invoquent le respect des délais et des objectifs fixés par leur hiérarchie comme des preuves de leur engagement.

Cadre 3 : « Moi j'ai souvent des deadlines à respecter donc c'est le respect des ultimatums, pas des ultimatums, mais des... des délais. Déjà en respectant les délais, en respectant la consigne c'est-à-dire en rendant exactement ce qu'on me demande, au moment où on me le demande. »

Ces témoignages convergent totalement avec ceux du Cadre Supérieur de Santé et de la Directrice des Soins. En effet, tous deux reconnaissent le respect des engagements pris par le cadre de santé dans sa capacité à effectuer un retour d'informations fluide et à respecter les délais impartis.

CSS : « dans les témoignages des engagements ? Tout simplement par le *reporting*. »
(...) « Aujourd'hui, c'est là où j'ai beaucoup d'insatisfaction dans ma communication avec l'encadrement, c'est que je n'ai pas encore trouvé la façon idéale d'avoir ce retour d'informations de façon fluide. »

DS : « il peut déjà en témoigner de par ses actions, c'est-à-dire ce qu'il va mettre en place au niveau du service et surtout le *reporting*. »

(...) « C'est vrai que je peux être agacée si quelqu'un ne me répond pas, si un cadre ne me répond pas parce que j'ai posé une question qui était un peu semi- urgente. »

Les termes « actes concrets » contenus dans ces réponses rejoignent les éléments avancés dans le cadre théorique concernant la loyauté. En effet, je perçois dans les témoignages que je viens de citer un rapport avec la notion de « loyauté – identité » abordée dans le cadre de références. Il ressort justement des paroles des professionnels l'idée que l'on attend du cadre de santé des comportements normés sur lequel on le jugera.

Par ailleurs, les réponses des supérieurs du cadre de santé (CSS et DS) me semblent renvoyer à leur autorité dans la ligne hiérarchique hospitalière, telle que nous l'avons décrite au travers de nos explorations théoriques sur le positionnement du cadre.

Ces réponses traduisent l'idée que le cadre de santé témoigne de sa loyauté envers la hiérarchie en déclinant honnêtement et concrètement, au sein du service, les prérogatives de la politique institutionnelle. Comme nous l'avons précisé au travers des propos de Ludovic LESAGE, la loyauté s'apparente au respect de l'institution et non pas à une notion d'obéissance imposée.

5.1.4 L'expression de la contradiction envers le cadre de santé

Si les questions précédentes cherchaient des réponses concernant l'importante de l'honnêteté et de la confiance dans le lien professionnel du cadre de santé, j'ai eu à cœur de pousser la réflexion sur la question de l'expression des opinions contradictoires.

Comment, en effet, le cadre de santé peut-il recevoir ou exprimer une forme d'opposition de points de vue dans son contexte professionnel ? Quel en est l'impact sur la qualité de ses relations professionnelles ? Comment cette contradiction est-elle interprétée par les différents protagonistes ?

Les quatre Cadres interrogés répondent unanimement au fait que la contradiction exprimée par les collaborateurs est nécessaire et qu'il faut l'accepter. Elle est, selon eux, inhérente au travail en équipe et présente l'intérêt de faire remonter au cadre de santé des éléments du terrain dont il/elle n'a pas toujours conscience.

Cadre 1 : « quand c'est une équipe, là il faut en tenir compte et puis, on ne peut progresser, on ne peut avancer que si on travaille ensemble. »

Cadre 2 : « Je pense que la parole doit être libre. On en revient à l'histoire de la confiance. Je pense que quand il y a un groupe, il y a forcément des points de vue différents, un désaccord qui s'oppose. C'est ce qui fait aussi la richesse et qui fait aussi quelque part un équilibre. »

Cadre 3 : « Non, moi je suis très, très ouverte et souvent je leur dis : « dites-moi si vous n'êtes pas d'accord, s'il y a quelque chose qui coince ». »

Cadre 4 : « je fais des réunions mensuelles avec un ordre du jour et aussi toute une partie où je leur donne la parole, où les soignants peuvent s'exprimer. »

La Cadre 1 préconise une forme de négociation avec les collaborateurs. Après un temps d'échanges et une prise de décision collégiale, elle met en place une phase de test dans le service. Les Cadres 2 et 3 préconisent également cette démarche. L'idée est de faire fructifier la contradiction exprimée.

Cadre 2 : « je pense que c'est important qu'il y ait des points de vue qui s'expriment, c'est important le temps du débat, mais après c'est important le temps de l'action. »
(...) « Essayer de leur faire prendre aussi conscience qu'une décision ça se construit ensemble. Il n'y a pas de décision idéale, mais il y a une décision de consensus. »
Cadre 4 : « On se donne une période d'essai et après on réévalue le mois d'après à la prochaine réunion et on voit ce que ça donne. »

Les positions exprimées par les Cadres de santé rejoignent l'expression des Collaboratrices interrogées.

Ces dernières mettent en effet en avant l'existence d'un espace de dialogue où leur point de vue peut être entendu par le cadre de santé et qui ouvre sur une réflexion commune.

Coll. 1 : « oui, ici c'est possible. J'ai l'espace disponible, (...), Ici, il y a un espace d'échange. »
« Moi, je sens qu'ici on a la possibilité de créer ensemble. Moi, ça me stimule intellectuellement. »
Coll. 2 : « là oui, comme nous on fait des réunions de service un peu de temps en temps, donc on a l'opportunité d'exprimer notre désaccord. »

De la même façon, le Cadre Supérieur de Santé et la Directrice des Soins se disent favorables à l'expression de la contradiction de la part des cadres de santé sous leur supervision car ils y voient l'intérêt d'un dialogue, d'une avancée. Cependant, ils mettent en exergue deux conditions à cette expression contradictoire : le temps et le lieu.

Ainsi, pour éviter tout porte à faux du CSS vis-à-vis des collaborateurs, le cadre de santé doit apporter les éléments d'une contradiction en équipe d'encadrement. Cette opposition doit s'exprimer durant la phase de construction, et non après la prise de décision, au moment des échanges avec l'équipe.

CSS : « Si c'est une contradiction, alors que nous avons pris une décision, devant l'équipe, ça ne marche pas. Là se pose la question de la confiance. »
DS : « je ne suis pas contre la critique parce qu'au contraire je pense qu'elle permet d'avancer, mais la critique constructive et la critique où il y a de la remise en question. »

Je retrouve dans ces témoignages la notion d'espace de contradiction que nous avons développé dans le cadre conceptuel. Cela corrobore l'idée d'un lien de loyauté qui se construit sur la confiance et sur l'échange.

La notion de reconnaissance évoquée dans ces verbatim reprend les éléments théoriques montrant que cette dernière offre à chaque collaborateur l'opportunité de se positionner au sein du groupe professionnel. Le cadre de santé, en créant un espace de contradiction suffisamment bienveillant, implique ses collaborateurs et gagne leur confiance.

Par ailleurs, la crainte du porte-à-faux exprimée par le Cadre Supérieur de Santé m'amène à faire le parallèle avec la question de la trahison, corollaire de la loyauté.

En effet, si le cadre se dédit de ses engagements, s'il ne respecte pas les règles sociales fixées par le contexte professionnel, il place alors son supérieur hiérarchique dans l'inconfort et renie son engagement envers sa hiérarchie.

Quelle que soit le fond de l'opinion exprimée, nous constatons que le lien de loyauté se renforce dans la manière de respecter les subordonnés, la hiérarchie et le contexte. Cela converge vers l'idée d'une loyauté qui n'est ni aveugle, ni de servitude, mais qui se construit dans l'altérité des échanges.

5.1.5 Les directives contraires aux valeurs du cadre de santé

Dans cette étude sur la notion de loyauté, j'ai voulu interroger les cadres de santé sur la problématique du conflit de valeurs. J'ai donc posé la question suivante :

Question : « En tant que cadre de santé, faites-vous face, parfois, à des situations de management où vos valeurs, vos convictions, viennent s'opposer aux directives de votre hiérarchie ? »

En effet, nous avons exposé dans le cadre théorique que la loyauté fait référence, entre autres, au respect des valeurs et aux règles reconnues par le groupe auquel on appartient. Je m'interroge donc sur les limites de cette loyauté. A quel moment précisément, se dessine-t-il pour le cadre de santé une opposition trop forte de valeurs et donc une forme de conflit de loyauté ?

Pour la Cadre 1, il semble évident qu'au-delà d'un conflit de valeurs ponctuel avec sa direction, la posture n'est pas tenable pour le cadre de santé. Dans la mesure où il porte les valeurs de l'institution au travers de son management, ces dernières doivent être suffisamment en accord avec les siennes propres.

Cadre 1 : « On est quand même censé porter le projet d'établissement, on est censé quand même porter les valeurs de la direction générale. Même si on n'est pas tout à fait en phase, on doit faire en sorte de l'être. »

(...) « Ma foi, après on essaie de trouver une organisation pour pouvoir trouver le juste équilibre, mais quand c'est vraiment impossible, au bout d'un moment, il faut dire : ça ne me correspond pas. »

La Cadre 3 prône la discussion et l'échange au travers d'un management bienveillant. Elle s'inquiète en effet du fait que les collaborateurs puissent donner un caractère personnel à une injonction qui leur serait formulée. Elle préconise l'ajustement du message en fonction de l'interlocuteur, tout comme la Cadre 4.

Cadre 3 : « Après je me dis aussi pour ne pas être confrontée à ces problèmes de valeurs, il y a des choses, à moi de les dire différemment à ma hiérarchie aussi. »

Cadre 4 : « c'est vrai que les valeurs, souvent ça peut nous atteindre sur certains fonctionnements, certains messages qu'on doit faire passer où on n'est pas forcément d'accord. Après il faut savoir le redire un peu différemment au niveau des soignants pour faire passer l'info. »

Ces différents témoignages convergent avec les éléments théoriques que nous avons présentés, illustrant l'idée d'une « tension antagoniste » vécu par le cadre de santé. Le dialogue semble alors être la source du maintien du cadre dans sa ligne de loyauté envers sa direction, malgré des potentielles oppositions de valeurs. Si le cadre de santé garde une certaine marge de manœuvre, s'il est en mesure d'ajuster son discours, auprès de ses collaborateurs notamment, alors il semble qu'il puisse accepter certaines injonctions contraires à ses valeurs.

Je relève en revanche la réponse sans équivoque de la Cadre 1 :

Cadre 1 : « Après, moi il m'est arrivé d'être complètement, complètement... de travailler dans des endroits où ça allait à l'encontre de mes valeurs et bien là on démissionne. »

Cette prise de position me semble parfaitement corroborer la notion de conflit de loyauté développée dans notre cadre conceptuel. En effet, ce témoignage est en complète cohérence avec nos apports théoriques sur l'expression de la loyauté qui se situe aussi dans cette capacité à ne pas accepter de renoncer entièrement à ses valeurs. Quand la contradiction n'est plus négociable, quand la conciliation n'est pas réaliste, alors, la loyauté réside dans l'honnêteté de ne plus être loyal, justement. Défendre une posture à l'encontre de ses propres valeurs relèverait donc d'une forme de trahison, envers l'autre certes, mais envers soi-même avant tout.

5.2 Le positionnement du cadre de santé :

Notre cadre conceptuel comporte une seconde partie centrée sur le positionnement du cadre de santé et les enjeux de ce dernier dans le contexte hospitalier. J'ai choisi d'interroger les cadres de santé sur ce thème au travers de 5 questions. Je confronte ensuite leurs réponses à celles des collaborateurs et des supérieurs hiérarchiques afin de percevoir des convergences ou divergences de points de vue à ce sujet.

5.2.1 La ligne hiérarchique du cadre de santé

Quelle que soit la taille de la structure dans laquelle ils exercent, les quatre Cadres interrogés expriment clairement la différence entre leur lien hiérarchique avec la direction des soins et celui, plus fonctionnel, avec la direction médicale.

Cadre 1 : « Dans une grosse structure : il y a le cadre de santé, le cadre sup, la directrice des soins. On voit tout de suite la hiérarchie. Dans une petite structure comme celle-ci, ma hiérarchie directe, c'est le directeur, mais en tout cas pas les médecins. »

Cadre 2 : « Je dépends directement du directeur. Je pense que c'est bien. Je pense que c'est bien de dépendre d'une ligne hiérarchique vis-à-vis d'une équipe médicale par exemple. Pourquoi ? Parce qu'on ne peut pas être juge et partie. »

Cadre 3 : « Pour moi l'hôpital c'est vraiment une structure extrêmement pyramidale : on a tous un chef et on obéit au chef qui obéit au chef, qui obéit au chef. On est en hiérarchie directe avec tout ce qui est en lien avec la direction des soins et puis on va être un peu plus en fonctionnel avec les autres collaborateurs. »

Du côté des Collaboratrices interrogées, je remarque que les réponses sont distinctes concernant leur conception de la ligne hiérarchique sous laquelle opère le cadre de santé.

Coll. 2 : « sous l'autorité du chef de l'établissement, du directeur. »

Coll. 1 : *[évoquant une pratique antérieure en hôpital public]* « Avant on avait un cadre de rééducation. Et après il y avait le cadre supérieur, ça fait déjà deux maillons, nous on en a qu'un. Moi je n'ai jamais compris les missions des deux. Enfin « je n'ai jamais compris », ce n'était pas très clair. »

J'é mets l'hypothèse que la confusion de la Collaboratrice 1 correspond à son profil de rééducatrice. C'est d'ailleurs un argument avancé également par la Directrice des soins qui voit, dans le parcours des professionnels rééducateurs une lecture moins claire et moins franche de ligne d'autorité à laquelle ils sont soumis.

DS : « j'ai la sensation que les cadres rééducateurs sont moins habitués que nous les infirmiers à avoir cette espèce de lignée. A leur décharge, je pense que les directeurs de soins ont mis longtemps à comprendre qu'ils s'occupaient aussi de tout le monde parce qu'on parle toujours beaucoup des infirmiers. »

J'é mets donc l'idée que pour les rééducateurs, et donc pour les cadres de santé de filière de rééducation, l'identification évidente d'une ligne hiérarchique soignante est moins ancrée dans leur culture initiale que les infirmiers, d'autant qu'en parallèle, leur pratique de terrain est extrêmement liée aux directives médicales.

Je pense que pour les cadres de santé de filière de soins, les limites du champ d'intervention du cadre ainsi que ses missions, telles que nous les avons rappelées dans la partie théorique, sont aisément reconnues et intégrées. Les réponses des professionnels issus de la filière soins appuient cette réflexion.

5.2.2 Le positionnement et la mission du cadre de santé

La question du positionnement et de la mission du cadre de santé a émergé lors de notre réflexion théorique. J'ai donc souhaité interroger les différents protagonistes sur ces deux points.

La position du cadre de santé au sein de la structure de soins est centrale. Pour la moitié des Cadres interrogés, il est le « pivot » (Cadre 1), « canalisateur et vecteur de liant » (Cadre 2).

Cadre 1 : « Il y a la logique managériale, il y a la logique soignante, et nous on est vraiment au milieu. Il faut trouver le juste équilibre. »

Cadre 2 : « Le cadre doit permettre de croiser les regards ».

Cette position clé du cadre de santé est également mise en avant par le Cadre Supérieur de Santé. Il insiste à ce sujet sur le fait que le cadre de santé n'est pas suffisamment valorisé. Ce point est également repris par la Directrice des Soins.

CSS : « Pour moi le cadre, c'est un maillon essentiel, mais souvent au travail un peu invisible. »
« (...) c'est celui sur qui repose un peu la charnière ouvrière de fonctionnement du service. C'est un acteur essentiel, assez peu valorisé à mon sens. »

DS : « (...) on dit que c'est le cadre qui est le pivot, que c'est lui qui est un peu central. Il y a un discours avec une espèce de reconnaissance dans le discours sur le rôle central du cadre de proximité. Ensuite, dans la pratique, dans la réalité, je pense qu'on sous-estime en fait les multiples tâches qu'on leur demande et les multiples fonctions (...). »

L'autre moitié des Cadres interrogés témoigne de cette position délicate pour le cadre de santé. Les injonctions de la hiérarchie laissent, selon elles, peu de souplesse, peu de négociation ou de marge de manœuvre pour le cadre de santé.

Cadre 3 : « Il faut qu'on fasse tourner les équipes et que coûte que coûte, quels que soient les moyens, quels que soient les moyens humains et matériels, il faut qu'on y aille. »

(...) « On a quand même des injonctions qui ne sont pas toujours très faciles à mettre en place. »

Cadre 4 : « On n'a pas beaucoup de marge de manœuvre en tant que cadre de santé parce qu'on doit toujours se référer à notre supérieur hiérarchique. »

(...) « On n'a pas de marge de manœuvre pour valoriser les soignants. »

Les réponses concernant la mission principale du cadre font ressortir les termes de « garant de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins » qui reviennent spontanément dans les témoignages de trois cadres sur quatre (Cadre 1, 3, 4).

Le Cadre 2 met aussi en avant la mission de coordination, et la Cadre 3, celle de l'accompagnement. Ils sont rejoints dans cette vision par les deux Collaboratrices.

Cadre 2 : « la principale : il doit coordonner, quand je dis coordonner, ça veut dire il doit organiser et communiquer. »

Cadre 3 : « Pour moi, c'est vraiment l'accompagnement. »

(...) Accompagner une équipe pour qu'elle soit dans les meilleures conditions possibles, pour qu'elle s'occupe du patient dont elle a la responsabilité. »

Coll. 1 : « pour moi organisationnelle, méthodologique, organisationnelle pour tout en fait (...) et de créer du lien dans l'équipe. »

Coll. 2 : « la mission principale du cadre ? C'est organiser le service pour que tout se déroule le mieux possible. »

(...) « Il a aussi ce rôle d'accompagnement. »

Le Cadre Supérieur de Santé fait quant à lui ressortir trois thématiques qu'il désigne comme les trois piliers de la mission du cadre de santé. Il distingue ainsi : les ressources humaines, la logistique et la qualité et sécurité des soins.

De la stabilité de ce triptyque dépend, selon lui, la bonne marche du service dont le cadre de santé est responsable.

La Directrice des Soins rappelle, elle aussi, que le cadre de santé est garant de la mission de qualité et de sécurité des soins. Elle souligne par ailleurs que le manque de temps et le fonctionnement en effectifs réduits impactent négativement la mission d'animateur d'équipe.

DS : « Enfin, pour moi c'est l'animation d'une équipe en tant que telle qu'on devrait remettre en place. »

« (...) c'est ça qui fait la plus-value d'un cadre. C'est ça qui fait qu'il est reconnu et par une direction et par les équipes. »

Les réponses des Cadres de santé concernant leur positionnement au sein de la structure hospitalière convergent avec les conclusions du Rapport Ministériel DE SIGNLY que nous avons cité dans le cadre conceptuel. Ce dernier rappelle en effet le « rôle central mais souvent invisible » des cadres de santé dans l'organisation hospitalière et souligne leur rôle de coordination et d'encadrement des équipes comme le réclament les Collaboratrices que nous avons interrogées.

En revanche, je suis surprise des réponses des protagonistes concernant la mission principale du cadre de santé. En effet, ils citent « la qualité et la sécurité des soins » sans y associer (ou même en s'en défendant) la nécessaire collaboration du cadre de santé avec l'autorité médicale du service. J'y relève ici une contradiction entre ces réponses et les paradoxes que nous avons mis en exergue dans le cadre conceptuel.

Nous avons en effet mis en avant les injonctions paradoxales auxquelles font régulièrement face les cadres de santé et nous sommes appuyés sur le Rapport Ministériel DE SINGLY mettant en évidence le rôle de lien du cadre de santé entre les deux logiques de système hospitalier.

Je suis d'autant plus surprise que ces situations paradoxales ont pourtant été évoquées dans des réponses précédentes. Je m'interroge donc sur la compréhension que les protagonistes ont pu avoir de ma question et sur le fait qu'ils aient pu être « bridés » par le cadre de celle-ci ? La question suivante a cependant permis de revenir sur le sujet.

5.2.3 Les enjeux du positionnement du cadre de santé

La réflexion théorique présentée précédemment m'a amenée à questionner la complexité de la position d'interface exercée par le cadre de santé.

Au travers des entretiens, j'ai donc souhaité recueillir le point de vue des cadres de santé, tant sur les enjeux de leur positionnement que sur la complexité de leur prise de décision.

Ainsi, concernant les enjeux de leur positionnement, les Cadres de Santé placent volontiers en avant l'enjeu du soin prodigué au patient.

Le second enjeu qui en découle pour le cadre de santé est alors de concilier le sens donné à l'action collective des collaborateurs avec les contraintes de fonctionnement imposées par la direction (Cadre 2).

Cadre 1 : « C'est là aussi que le positionnement du cadre n'est pas simple. Il faut à la fois porter les objectifs managériaux et porter les besoins de l'équipe et du patient. Il ne faut pas l'oublier. »
Cadre 2 : « Il est avant tout au service d'un patient, voire d'une population de patients. »
(...) « Pour moi, c'est donner du sens aux équipes et vis-à-vis d'une direction, c'est adapter cette avancée, ce sens, en tenant compte des contraintes. »

La Cadre 3 reprend cette idée de tiraillement du cadre de santé entre l'équipe et la hiérarchie.

Cadre 3 : « l'enjeu c'est de ne pas faire porter le stress, le poids des injonctions sur l'équipe.
(...) « je dois rester constante pour que l'équipe puisse fonctionner, tout en rendant des comptes à ma hiérarchie. »

Concernant la prise de décision, les Cadres de Santé mettent en avant la nécessaire dimension multifactorielle de toute prise de décision, rendant l'exercice particulièrement complexe.

Cadre 2 : « c'est à un instant T, à un moment donné, prendre une décision dans un contexte donné. »

Face à cette complexité, le Cadre 2 suggère une prise de décision collégiale. Il y voit une démarche éthique de la part du cadre, visant à responsabiliser les collaborateurs et à les impliquer davantage. Même si le cadre de santé reste garant de la décision finale, cette dernière est portée par l'ensemble de l'équipe, dans un schéma plus horizontal que vertical.

Cadre 2 : « (...) c'est une décision professionnelle avec un collectif, c'est-à-dire que quelque part après je l'assume, mais ça engage tout le monde. »

En parallèle, deux Cadres sur quatre s'intéressent aux conditions d'annonce des décisions à l'équipe (Cadre 3 et 4). La Cadre 3, elle, prône une prise de recul et un travail de reformulation, de choix des mots pour s'adresser à l'équipe et faire part des décisions.

Cadre 3 : « parfois c'est complexe, oui. Je dois faire attention à comment dire les choses. J'ai appris à ne pas me précipiter. »

Sur la question des enjeux du positionnement du cadre de santé, les réponses me paraissent faire écho aux éléments théoriques que nous avons étudiés concernant le lien entre loyauté et sens de l'engagement au travail.

En effet, les Cadres interrogés soulignent la difficulté de répondre aux contraintes organisationnelles tout en confortant les équipes sur le sens de leur action. Lorsque la mission du cadre devient floue, cela malmène son lien de loyauté organisationnel et, par extension, son sens de l'engagement.

Dans ce contexte mouvant, l'enjeu pour le cadre est alors de rester loyal, tant envers lui-même qu'envers ses divers collaborateurs.

Concernant la complexité de la prise de décision du cadre, les réponses recueillies me paraissent en lien avec les réflexions sur l'éthique du cadre que nous avons mises en avant.

Ainsi, en faisant appels aux valeurs communes de l'équipe, en sollicitant une décision collégiale, le cadre de santé interpelle chaque membre de l'équipe dans sa responsabilité vis-à-vis de lui-même et des autres.

Cette posture éthique permet à l'équipe de reconnaître la dimension humaine du cadre et de lui faire confiance. La prise de décision leur apparaît alors moins injonctive et alimente une forme de loyauté réciproque.

5.3 La construction des liens de loyauté du cadre de santé :

Cette troisième partie de l'analyse de contenu est en correspondance avec la dernière partie de mon questionnaire. J'ai souhaité interroger les professionnels plus frontalement sur la notion de loyauté afin de mieux cerner comment les Cadres de Santé appréhendent la loyauté dans leur pratique managériale au quotidien.

5.3.1 Le dilemme du cadre de santé face aux attentes du corps soignant et du corps de direction

L'élaboration de ce cadre théorique m'a conduite à l'idée que le cadre de santé est confronté à une situation de dilemme face aux attentes, à priori divergentes, de ses collaborateurs et de sa hiérarchie. J'ai alors souhaité connaître le ressenti des Cadres de Santé quant à ce potentiel dilemme.

Ainsi, la Cadre 1 reconnaît que la logique soignante dont elle est issue est différente de celle d'un supérieur hiérarchique issue d'une branche administrative et que cela engendre forcément, tôt ou tard, un dilemme. La Cadre 3 corrobore ce propos en mettant en exergue la différence de préoccupations et d'objectifs des deux corps professionnels face à laquelle le cadre de santé doit faire « tampon » selon elle.

Le Cadre 2, quant à lui, reconnaît la position centrale du cadre face à ces deux polarités mais ne la qualifie pas de dilemme.

La Cadre 4 ne se reconnaît pas dans la situation exposée, ni dans cette terminologie.

Notons que, spontanément, la Cadre 1 suggère de résoudre ce dilemme par le dialogue, afin de trouver un équilibre, un compromis. Le Cadre 2 la rejoint dans son propos en proposant de se faire le traducteur des deux entités qui ne se comprennent pas.

Cadre 2 : « essayer de montrer que les visions ne s'opposent pas, mais que les filtres sont différents. Chacun n'a pas forcément les mêmes éléments. »

Je repère dans ces témoignages une forme de retenue, de pudeur face à l'emploi du mot dilemme pour deux, voire trois, cadres sur quatre.

Si les situations décrites lors des entretiens évoquent cependant assez clairement une situation de dilemme, le terme semble déranger.

Je perçois de ces réactions que le terme « dilemme » semble mettre le cadre de santé en défaut, comme s'il signait un échec, plutôt que l'espoir d'une résolution, comme nous l'avions suggéré dans le cadre conceptuel, et comme le font spontanément les Cadres 1 et 2.

5.3.2 Les marques de loyauté du cadre envers ses collaborateurs

La loyauté du cadre s'inscrit, selon trois Cadres sur quatre, dans les manifestations de reconnaissance de la part du cadre de santé et de valorisation des collaborateurs.

Cadre 1 : « La loyauté, c'est ça, c'est respecter aussi le travail des uns et des autres, montrer qu'on n'est pas indifférent à leurs problèmes, les rassurer beaucoup, etc. et c'est une forme de loyauté. »

Cadre 2 : « La loyauté, c'est déjà la reconnaissance et donc déjà quand on demande quelque chose en termes de mission à quelqu'un, le minimum c'est déjà de le reconnaître. »

(...) « La présence est aussi un élément du lien (...). C'est passer le matin pour dire un bonjour. C'est reconnaître l'autre, l'interpeler par son prénom. »

Cadre 4 : « Il faut valoriser les soignants, il faut savoir les remercier, ... même si on n'a pas beaucoup de marge de manœuvre. »

Cette loyauté se décline également au travers de la réalisation des actions sur lesquelles le cadre s'est engagé envers ses collaborateurs et dans l'accompagnement dont il fait preuve. Cette vision est d'ailleurs partagée par les Collaboratrices interrogées.

Cadre 2 : « C'est de l'accompagnement. L'histoire de la loyauté repose aussi sur des aspects d'accompagnement très concret, d'être missionné, en les mettant référent. »

Cadre 3 : « La loyauté, pour moi, ça passe par l'écoute, par le respect. Et c'est donnant- donnant. Et je leur ai dit qu'on ne fait rien les uns sans les autres. Donc je leur demande de s'engager aussi. C'est une confiance réciproque en fait. »

Coll. 2 : « Je pense que déjà au niveau loyauté, comme je disais, comme il y a l'accompagnement du cadre. »

« Faire comprendre et essayer d'agir avec son équipe quand quelque chose ne va pas ou même être là quand quelque chose va bien. Montrer qu'on est là, en toute circonstance, en fait. »

Coll. 1 : « de s'engager à faire ce qu'il a dit et moi je trouve aussi de venir régulièrement »

« Je crois que de nous laisser nous tromper c'est une vraie qualité parce que je n'aurais pas pensé que ça puisse être un atout pareil. »

Enfin, il est à noter que la Collaboratrice 1 voit l'arbitrage du cadre comme une marque de loyauté envers ses subordonnés.

Coll. 1 : « Je crois que j'attendrais d'un cadre qu'il se positionne. (...) Je pense que c'est important pour moi de me dire que le cadre est là pour apaiser les tensions. »

Je retrouve dans ces témoignages plusieurs composants de la loyauté que nous avons exposés dans le cadre théorique. En effet, la reconnaissance et la valorisation des collaborateurs décrivent les qualités humaines du cadre de santé et s'inscrivent dans la composante sociale de la loyauté. Il s'agit de cette « loyauté envers les autres » que nous avons décrites et qui se traduit par

un respect et une écoute des collaborateurs. Il est intéressant de constater également que la confiance est envisagée dans sa réciprocité par les Cadres interrogés.

Par ailleurs, je remarque que le témoignage de la Collaboratrice 1 concernant l'arbitrage du cadre de santé fait référence à son positionnement et à son équité. Cela fait écho à la loyauté que le cadre peut manifester au travers de son respect des règles, mais aussi des valeurs communes.

5.3.3 Les marques de loyauté du cadre de santé envers sa hiérarchie

La Cadre 1 juge que la juste représentation de l'entreprise et la défense des objectifs de la direction sont des marques de loyauté du cadre envers sa hiérarchie.

Cadre 1 : « (...) il faut qu'un cadre aille quand même dans le sens de l'entreprise. On la représente quand même. Ça c'est un paramètre important et puis du coup, aller aussi dans les objectifs, dans le sens des objectifs généraux de la direction. »

L'application du devoir de réserve constitue également selon elle, une marque de loyauté.

Pour les Cadres 2 et 3, la loyauté passe par le respect des engagements pris et leur réalisation concrète.

Cadre 2 : « déjà, je pense qu'on ne peut pas promettre des choses qu'on ne peut pas tenir, parce que là quelque part votre légitimité va en prendre un coup. »

La loyauté se manifeste aussi, selon eux, au travers des capacités de gestion et d'animation de leur service.

Cadre 4 : « Je pense que le cadre de santé qui assure ses missions, je veux dire qui n'est pas en difficulté. Il faut déjà qu'il ait un bon rapport avec son cadre sup, il faut qu'il y ait une écoute, une entente, une entraide pour que ça fonctionne ça, c'est clair. »

En parallèle, pour le Cadre Supérieur de Santé, la loyauté rejoint la notion de confiance.

CSS : « C'est une notion un peu complexe la loyauté. Loyauté par rapport à qui ? Par rapport à quoi ? (...) Je dirais que cela va rejoindre la notion de confiance dont je parlais tout à l'heure. »

Il est rejoint en ce sens par la Directrice des Soins.

DS : « Autour de la loyauté, ce sera principalement la confiance, le retour, l'échange, la discussion et aussi avoir une marge d'autonomie parce que moi je fais confiance aux cadres. »

(...) « Pour moi, la loyauté c'est ça. Elle est basée sur de la confiance, mais de la confiance qu'on renvoie aussi et qu'on incarne. »

La loyauté, selon eux, se manifeste également au travers de l'honnêteté et de la transparence dans la relation professionnelle. Cela tient à la capacité du cadre de santé à tenir ses engagements, mais aussi à sa franchise pour transmettre à sa hiérarchie les situations délicates.

CSS : « Je pense que c'est une loyauté par rapport aux missions que l'on doit avoir et que c'est plutôt cette honnêteté de dire : ça, je sais faire, ça je ne sais pas faire, ça j'ai besoin d'aide, ça je sais gérer. »

DS : « La loyauté c'est d'être capable de faire remonter quand on est dépassé par quelque chose. »
« Le *reporting*, c'est exposer : là j'ai un souci, là je n'ai pas de soucis (...). La marque de la loyauté ça va être ça : d'être dans un discours fluide et franc. »

Enfin, la loyauté consiste aussi, pour la Directrice des Soins, à exposer clairement les règles qui régissent la relation et à les respecter. Il s'agit alors d'anticiper un manquement de loyauté, une trahison.

DS : « Quelque part, la loyauté peut se jouer là dans ce contrat-là. C'est en lien avec la loyauté, c'est-à-dire que ce n'est pas un coup de traître. »

Ces témoignages mettent clairement en lumière la notion de loyauté envers l'employeur qui se traduit par le respect du contrat de travail et la défense des intérêts de l'entreprise. Il s'agit du concept de « *loyauté du mercenaire* » auquel nous avons fait référence dans le cadre théorique.

Par ailleurs, je constate que le Cadre Supérieur de Santé et la Directrice des Soins accordent une grande importance à la notion de confiance. Cela rejoint le concept de « *loyauté-identité* » décrit dans le cadre conceptuel. La confiance est à la fois donnée et reçue. L'institution attend du cadre qu'il défende ses intérêts et lui assure en retour son soutien. La collaboration se construit sur la confiance et chaque partie attend de l'autre un comportement loyal.

5.3.4 Typologie et temporalité des liens de loyauté du cadre de santé

J'ai invité les Cadres de santé à s'exprimer concernant la représentation des formats de loyauté qu'ils construisent avec leurs divers collaborateurs. Je les ai aussi questionnés sur la temporalité d'élaboration de ces liens en cherchant à savoir s'ils distinguaient une priorité dans l'élaboration d'un lien avant l'autre.

Ces questions sont résolument en lien avec une de mes hypothèses de recherche.

► Typologie des liens de loyauté :

Au sujet de la typologie de leurs liens de loyauté, tous les Cadres de Santé interrogés soulignent les divergences de points de vue et d'objectifs entre les différents corps de collaborateurs.

Ils rappellent que si l'objectif final est commun, à savoir la qualité des soins prodigués aux patients, les visions et appréciations du corps soignant diffèrent de celles du corps de direction.

En ce sens, le cadre de santé développe des liens de loyauté de typologies différentes.

Cadre 1 : « Donc oui, ça peut être différent, même si initialement l'objectif est le même ce sont les soins dédiés aux patients. La primauté, c'est celle-ci, mais par des chemins différents. »

Cadre 2 : « c'est là que je reviens à une seule loyauté, mais avec des abords différents. »

Cadre 3 : « Ils sont différents car les missions sont différentes. Avec les rééducateurs, il s'agit du soin, avec la hiérarchie, il s'agit d'appliquer les directives. »

Cadre 4 : « Ils sont différents. Je ne saurais pas vous expliquer vraiment pourquoi. Il y a quand même une partie qui est identique. Ça, c'est clair. Mais nos missions sont différentes. » (...)

« La mission rend le rapport, le lien un peu différent. »

Ainsi, le lien de loyauté tissé avec la hiérarchie s'inscrit dans un respect des règles et des objectifs managériaux fixés. Celui construit avec les collaborateurs s'inscrit, quant à lui, dans une dynamique de coordination des soins et d'accompagnement des équipes.

C'est donc cette contradiction entre les attentes des deux corps professionnels qui permet d'avancer l'idée d'un lien de loyauté de nature différente avec chacun.

Cette conception fait en partie écho aux situations paradoxales évoquées dans le cadre conceptuel, en référence à la notion de dilemme.

Le lien de loyauté peut alors être envisagé comme une posture choisie, délibérée et surtout dynamique, s'ajustant au gré de l'évolution de la relation et du contexte.

Par ailleurs, je relève que le Cadre 2 précise que la loyauté n'est pas double. Le discours ne peut être double selon lui. La notion d'honnêteté du discours et de l'engagement est mise en avant.

Cadre 2 : « Je pense que la loyauté doit rester la même. Elle doit rester la même. S'il y a une loyauté, il y a une loyauté. Après ce qu'on dit aussi dans le management : il faut être assertif : dire les choses posément, calmement, (...) ».

Si cette remarque m'a d'abord surprise, je rattache ce point de vue à la loyauté que le cadre entretient envers lui-même. En effet, cette posture du Cadre 2 ne me paraît pas en contradiction avec les témoignages précédents. Elle confirme plutôt, selon moi, qu'il est nécessaire pour le cadre de santé de s'appuyer sur ses valeurs personnelles s'il veut pouvoir ensuite ajuster son lien de loyauté à chacun des deux corps professionnels.

➤ Priorisation des liens de loyauté :

Les Cadres de Santé 1, 3 et 4 estiment que le premier lien se crée avec la hiérarchie, au moment même de l'embauche. La confiance exprimée à ce moment-là constitue la première étape du lien de loyauté avec le corps de direction.

Cadre 1 : « Dans la mesure où le directeur retient votre candidature, vous avez déjà, ça veut dire qu'il vous a fait confiance donc vous lui devez ça. Donc oui. Je dirais que ça commence avant le lien que l'on peut tisser avec les soignants, mais après ça en fait partie. On a d'abord ce lien avec la direction, normal, ça commence par là. »

Cadre 3 : « Oui, dans mon cas. En premier, le lien de loyauté s'est construit avec ma hiérarchie puisqu'elle m'a recrutée. Dans les échanges préalables à l'embauche, il y a eu un lien privilégié avec ma cadre supérieure, sur des valeurs communes. C'est ce qui a permis de développer la relation de confiance. »

(...) « Je suis quelqu'un de très loyale. Je suis honnête et au clair avec mes valeurs. Donc la relation est basée sur l'échange. »

Cadre 4 : « Après, vis-à-vis de la hiérarchie, je pense que la loyauté est plus rapide parce qu'on se comprend plus. On a une formation managériale toutes les deux, dans les deux missions donc forcément on se comprend un peu plus facilement et plus rapidement. »

Le Cadre 2 replace cette temporalité dans la construction même du lien et la relie à la notion de confiance. Plutôt que de répondre sur un ordre de création, il souligne que c'est la création même de ce lien qui prend du temps. Elle se développe, selon lui, à travers un cheminement commun, un dialogue et des actes concrets.

Cadre 2 : « c'est pour ça que la relation doit prendre du temps. Elle ne doit pas être forcée, mais elle doit aussi se créer. Donc il faut du temps. Elle se construit à partir des actes concrets. »

(...) « les liens de loyauté dans la temporalité ça se crée. Ce n'est ni trop tôt, ni trop tard, ça se fait au fur et à mesure. »

(...) « Il n'y a pas d'abord l'un et puis après l'autre. C'est peut-être d'abord de se parler au début. Qu'est-ce que l'autre attend ? Qu'est-ce que l'un attend de l'autre aussi pour ne pas qu'il y ait de forme d'incompréhension envers l'autre. »

Il est rejoint dans son propos par la Cadre 4.

Cadre 4 : « Je pense que la loyauté ça demande, quand un cadre arrive dans un service, ça demande un certain temps. Ce n'est pas du jour au lendemain qu'elle fait sa place. Je pense qu'il lui faut un petit moment pour faire sa place, pour que sa façon de manager et de travailler puisse être comprise aussi par les soignants. »

Si la Cadre 3 souligne, elle aussi, le besoin de temps pour construire le lien, elle ajoute à cela la nécessaire réciprocité de la confiance et du respect pour construire le lien de loyauté.

Cadre 3 : « Dans une seconde étape, la relation se crée avec l'équipe. Car ça prend du temps. C'est d'ailleurs plus fragile. Ça peut être plus facilement remis en cause dans un groupe où il y a des leaders, des suiveurs, des opposants. »

(...) « Je dois souvent réexpliquer. Rappeler mon souci de l'équité dans l'équipe et aussi que ce lien dépend de leur propre attitude, de leur façon de s'adresser à moi, de respecter le statut du cadre en retour. »

Je recueille avec grand intérêt l'avis des Cadres interviewés qui témoignent quasiment tous de la création du lien de loyauté avec leur hiérarchie antérieure à celle du lien avec leurs subordonnés.

En effet, le lien de loyauté avec la hiérarchie se crée dès l'embauche par l'intermédiaire d'une confiance d'emblée accordée. Ce lien est tissé d'autant plus rapidement, selon eux, qu'il s'agit d'une relation duelle avec chacun des supérieurs dans la ligne hiérarchique.

A ce titre, les Cadres interrogés insistent sur la longueur du processus de création du lien de loyauté avec l'équipe, nécessitant des temps de dialogue et de collaboration plus chronophages qu'avec la hiérarchie. Il ressort également qu'il s'agit moins, dans ce cas, d'un postulat de départ.

La confiance doit se gagner au travers d'engagements sur des actions communes. Le lien de loyauté qui en découle est alors plus complexe à forger et plus délicat à maintenir.

Je remarque, au travers de ces réponses, que les Cadres ne parlent pas exactement de priorité dans la création de ces deux liens de loyauté. Ils reconnaissent simplement l'antériorité de l'un par rapport à l'autre du fait de leur propre histoire avec l'institution qui les emploie. Au-delà donc de la question de la priorité du lien, il s'agit plutôt d'une question de temporalité nécessaire à la création de ce dernier.

5.3.5 Dualité du positionnement du cadre de santé : comment accepter ? et pourquoi ?

Dans notre approche théorique, nous avons mis en exergue la position d'interface du cadre de santé, entre le corps soignant et le corps de direction. J'ai alors souhaité comprendre dans quelle mesure le cadre de santé reconnaissait et acceptait cette dualité et comment il parvenait à la surmonter dans sa pratique professionnelle.

J'ai donc interrogé les cadres de santé sur ces deux points.

➤ Acceptation de la dualité de la position du cadre de santé :

Il semble tout d'abord qu'il ne s'agisse pas tout à fait d'accepter cette dualité de la position du cadre de santé, mais plutôt de l'envisager comme un postulat à prendre en compte.

Cadre 1 : « On ne l'accepte pas vraiment je pense. On sait que c'est quelque chose qu'on ne peut pas contourner. Quand on décide d'être cadre, on sait déjà qu'il va y avoir cette dualité. Donc il faut l'accepter. Il faut l'accepter et puis essayer de trouver l'équilibre entre les deux. »

Cadre 2 : « Ça fait partie du jeu. Il faut la prendre en compte, mais ça doit ne pas être un élément qui nous tétanise, en se disant que ça fait partie du jeu. J'en tiens compte. »

Selon les Cadres de Santé interrogés, l'acceptation de la dualité de la position du cadre passe par l'ajustement et la prise de recul. Il s'agit de se recentrer sur des objectifs à plus long terme, de se placer dans une perspective moins immédiate.

Je perçois ainsi dans les propos du Cadre 2 l'idée de ne pas se laisser trop happer par les exigences de chaque polarité et trouver le bon compromis.

Cadre 2 : « il faut être clair dans sa tête en se disant : je n'agis pas en fonction d'une direction, et d'une équipe. C'est aussi en tant que cadre, vers quel cap je vais ? »

(...) « Après c'est de m'ajuster aussi par rapport aux exigences d'une direction et s'adapter aussi par rapport aux possibilités d'une équipe. »

La Cadre 3 reprend cette idée d'une prise de recul nécessaire dans le cas où le cadre est tiraillé entre les exigences des uns et les injonctions des autres. Elle gère alors la dualité de sa position en prenant le temps de préparer ses échanges.

J'y vois une forme de stratégie développée par le cadre de santé pour supporter la dualité de sa position.

Cadre 3 : « En prenant le temps de la réflexion. En se posant avant d'agir. J'ai parfois agi trop immédiatement. Il est parfois nécessaire de réfléchir à comment on va annoncer les directives (...). L'idée n'est pas de leur cacher les choses mais en partie de me préserver de réactions que je ne pourrai pas porter. L'idée est de me préparer pour mieux accompagner les équipes. »

➤ Intérêt de cette acceptation dans le quotidien du cadre de santé :

L'acceptation par le cadre de santé de sa position duelle semble lui procurer une forme d'apaisement. D'avoir raisonné, intégré pour soi ce principe de dualité, lui permet de mieux la vivre au quotidien.

Cadre 1 : « Ça apporte dans la mesure où on a pris conscience que cette dualité de toute façon est imparable. Déjà on va le vivre mieux. »

Les Cadres de Santé mettent en avant le dialogue et la recherche de consensus comme évitement à l'inconfort de la dualité de leur position. Ils rebondissent sur le caractère incontournable de ce positionnement central en cherchant à rapprocher les polarités autour d'un objectif commun et la recherche d'un consensus.

Cadre 1 : « À partir du moment où il y a quand même une concertation possible avec la hiérarchie, qu'il y a un dialogue possible, on finit toujours par trouver à peu près un compromis. »

Cadre 2 : « C'est un consensus, mais pas un consensus mou. C'est de dire voilà il y a cette vision-là de l'équipe, il y a la vision de la direction et comment on va essayer d'harmoniser et jamais tout de suite les opposer, mais peut être montrer le complémentaire et avancer avec eux. »

Cadre 3 : « C'est la qualité du dialogue, cette communication qui permet au cadre d'être serein, confiant dans sa posture. Et cela passe aussi par le fait de montrer son humanité, c'est à dire de reconnaître quand on s'est trompé, de pouvoir en discuter avec ses collaborateurs et aussi à s'excuser. »

Il est à noter que si la Cadre 4 ne se retrouve pas dans la position duelle que nous avons exposée, elle confesse cependant qu'en cas de conflit, elle cherche d'emblée à instaurer un dialogue avec les équipes et convie même parfois sa hiérarchie si le sujet est trop brûlant.

Cette posture me semble rejoindre, à demi-mots, les propositions des trois autres Cadres concernant la mise en place d'un espace de dialogue. C'est en cohérence avec les réflexions sur les espaces de contradiction que nous avons évoqués dans le cadre théorique.

Cadre 4 : « C'est vrai que moi les conflits, je suis un peu anti conflit, j'essaie de régler les choses assez rapidement. »

(...) « Et donc, j'essaie au plus vite de régler les problèmes en réunissant les personnes concernées, en demandant de l'aide à ma N+1, si toutefois je sens que c'est trop compliqué pour moi. »

Pour éviter l'inconfort de cette position, où le cadre de santé est tiraillé entre deux polarités, le Cadre 2 interprète différemment sa position. Il se place dans une vision horizontale et triangulaire des échanges, et non plus verticale et linéaire. Ainsi, le cadre de santé n'est plus ENTRE les corps soignants et de direction, mais il s'articule avec eux.

Cadre 2 : « Il n'est pas au milieu. Il y a un troisième trépied. Il y a l'équipe, la direction et là je le mets de manière claire horizontale et non pas verticale parce que sinon le cadre est en sandwich. Moi je le mets comme ça avec un décalage par rapport aux deux, pour justement faire converger, donner du sens, faire une triangulation. »

Cette démarche de triangulation permet au cadre de santé de responsabiliser chacun des acteurs dans ses actions. Il y a triangulation des échanges et de fait, une responsabilité partagée entre les protagonistes. En ce sens, le cadre de santé ne porte pas seul le poids de la décision finale, le poids de l'arbitrage.

Cadre 2 : « Avec chacun son rôle propre, une équipe a son rôle, la direction a son rôle et le cadre a son rôle. Et que ces trois rôles doivent converger vers un même sens, mais chacun a son rôle à jouer. Je reviens à cette notion de responsabilité. »

(...) « c'est comment on peut responsabiliser chacun parce que sinon c'est trop facile de tout faire porter sur le cadre. Ce serait trop facile. »

Cette proposition fait écho, selon moi, à la démarche éthique du cadre que nous avons développée dans la partie théorique. L'altérité créée au travers des échanges et de la recherche d'un consensus participe à la reconnaissance mutuelle des individus, à l'affirmation d'une confiance partagée et donc au tissage d'un lien de loyauté.

5.3.6 Réflexions libres autour du concept de loyauté

Question : le terme de loyauté vous a-t-il surpris pour évoquer ces relations professionnelles ?

Coll. 2 : « Ça m'a semblé un peu fort parce qu'en soi, pour moi la loyauté, c'est quelque chose qu'on a dans la famille ou avec les amis, ce n'est pas forcément un terme que j'aurais utilisé pour une relation professionnelle. »

(...) « J'aurais plutôt utilisé le terme de confiance. C'est vrai que loyauté c'est fort comme mot. Après je comprends ce qu'il englobe, mais je trouve que c'est fort quand même. »

(...) « Pour moi, la confiance s'inclut dans la loyauté. »

CSS : « Dans la relation que j'ai avec un cadre, je n'y ai jamais réfléchi sous ce terme-là. Maintenant que vous l'évoquez, forcément ça évoque plein de choses. Est-ce que ça me surprend, oui, parce que je n'y avais jamais réfléchi en ce sens-là. La loyauté pour moi, ce n'est pas les représentations. Comme je vous l'ai dit, j'attends beaucoup plus de la confiance, mais est-ce qu'on ne fait pas le même lien entre confiance et loyauté ? Sûrement. »

DS :

« non. C'est vrai que ce n'est pas un terme, c'est un terme qui est en nous et qui a mon avis est fort. Il est très, très fort en nous, mais on ne l'exprime jamais tel quel. »

(...) « il est sous-entendu, mais c'est un peu comme si c'était un mot tabou qu'il ne faut pas évoquer. »

(...) « On ne l'utilise pas parce que c'est un terme un peu désuet et qu'on se dit... mais en tout cas, pour moi, ça imprègne complètement les relations. Ça m'a fait rigoler parce que je me dis : oui c'est vrai, en fait, c'est central. Mais on ne l'exprime jamais tel quel. On n'en parle jamais. »

(...) en fait, c'est un terme qu'on retrouve dans les équipes de direction, plus qu'au niveau des pratiques de soins et c'est vrai qu'un directeur général peut dire : « moi, j'attends de la loyauté avec mes collaborateurs. » Comme quoi c'est bien un fil conducteur qui est partout. Mais c'est vrai que je l'entends plus dans cette fonction de directrice que je ne l'entendais dans la fonction un peu plus clinique alors qu'en fait, on ne parle que de ça. On n'attend que ça les uns des autres, à mon avis. »

Cette réflexion libre des personnes interviewées m'interpelle particulièrement dans la mesure où les professionnels reconnaissent ne pas avoir forcément intégré le terme de loyauté dans leur conception des liens professionnels. Elles n'en nient pas l'existence mais lui préfèrent l'usage du terme de « confiance ».

Je note alors une cohérence entre leurs opinions et le cadre théorique que nous avons développé dans la mesure où la confiance est, selon eux, incluse dans la notion de loyauté. Je traduis leur emploi du qualificatif « fort » comme la retranscription de la pluralité des notions que porte le concept de loyauté.

Je suis par ailleurs particulièrement intéressée par le point de vue avancé par la Directrice des Soins. Il traduit le paradoxe qui semble exister entre la position centrale du concept de loyauté dans les relations professionnelles et son expression pourtant sous-entendue sur le terrain. La loyauté est au cœur des relations entre les professionnels de l'institution soignante mais personne ne se risque à la verbaliser. Chacun la revendique et l'attend de l'autre en retour mais personne n'ose la nommer.

La lecture de ce témoignage m'invite à avancer l'idée que de DIRE sa loyauté serait, en quelque sorte, risquer de trahir la puissance morale contenue dans ce concept.

6 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE CONTENU

Suite à cette analyse de contenu, je dispose des éléments nécessaires pour confronter mes résultats à mes trois hypothèses initiales et répondre, ensuite, à ma question de recherche.

Ainsi, une des trois hypothèses était :

- L'équipe de soins reconnaît la loyauté du cadre dans sa capacité à mettre en place une relation de confiance avec elle.

Cette hypothèse est validée par notre analyse de terrain.

En effet, nous l'avons détaillé à plusieurs reprises, les professionnels de santé ne parlent pas directement de loyauté mais expriment et attendent de leur cadre des marques de confiance. Il s'agit de leur manière de témoigner du lien de loyauté qu'ils construisent dans leurs relations professionnelles avec leur supérieur hiérarchique.

Une seconde hypothèse proposée en début de recherche était :

- La hiérarchie attend du cadre une loyauté de représentation.

Cette hypothèse est également validée par notre enquête.

L'engagement des cadres de santé à respecter les directives de leur hiérarchie et à défendre les objectifs de l'institution s'est révélée marquée chez les personnes interviewées. Elles mettent en avant leur devoir contractuel et placent cette loyauté sous la ligne d'autorité hiérarchique dont elles dépendent. En regard, les Cadres Supérieurs interrogés ont confirmé cette attente, en plus de la confiance.

La troisième hypothèse que nous avons formulée était :

- La priorité d'une construction de loyauté avec l'équipe permet au cadre de santé de tisser, ensuite, un autre format de loyauté avec sa hiérarchie.

Cette hypothèse n'est en revanche pas validée. Il ressort en effet de notre exploration deux éléments qui invalident notre proposition initiale et proposent presque une formulation inverse à notre hypothèse.

En effet, il apparaît qu'au-delà d'une priorisation consciente et volontaire de la part du cadre dans la construction de ses liens de loyauté, il s'agit plus d'une temporalité qui s'impose à lui. La priorisation s'impose du fait du processus de recrutement. Le premier lien de loyauté du cadre se tisse donc avec sa direction et correspond à son statut dans la ligne hiérarchique.

Il semble alors que ce soit ce premier lien de loyauté tissé avec la hiérarchie qui permette ensuite au cadre de construire, dans le temps, une autre forme de loyauté avec l'équipe.

L'analyse de validité de ces trois hypothèses me permet alors de répondre à la question de recherche qui a guidé ce travail :

La création de deux typologies de loyauté permet-elle au cadre d'accepter le dilemme de loyauté inhérent à sa position d'interface entre équipe et hiérarchie ?

Je réponds pour la positive à cette question mais souhaite cependant y apporter des précisions.

Les données empiriques recueillies au travers des entretiens nous ont permis de mettre en avant que la problématique du cadre n'est sans doute pas de prioriser ses liens de loyauté mais de réussir à construire deux typologies de loyauté qui soient cohérentes et se rattachent à des principes supérieurs communs.

En intégrant sciemment ces deux formes de loyauté dans son management, le cadre de santé peut vivre mieux sa position d'interface entre corps soignant et corps de direction. Il peut même tenter, nous l'avons vu, de concilier les objectifs des deux corps en modulant sa position CENTRALE vers une position de « dialogue en TRIPTYQUE ».

CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de mener une réflexion approfondie sur une thématique particulièrement centrale pour moi. En effet, la perspective d'une prise de fonction de cadre de santé dans un service où j'ai précédemment exercé, m'a invitée à questionner la position d'interface du cadre de santé et à définir ses liens de loyauté avec les soignants et la direction.

La démarche exploratoire que j'ai ainsi menée m'a permis de mettre en évidence la construction pour le cadre de deux typologies de loyauté, l'une envers l'équipe et l'autre envers la hiérarchie.

En revanche, la recherche d'une priorisation dans la construction de ces deux liens de loyauté, a révélé que mon hypothèse initiale n'était pas valide. J'en tire un enseignement riche en réalisant que cela est sûrement dû à mon inexpérience en matière d'encadrement. En effet, je n'ai jamais vécu cette position d'interface entre équipe et hiérarchie et j'ai sans doute manqué de perspective en ne me plaçant pas au centre de cette bipolarité.

Par ailleurs, ce travail m'a permis de distinguer une autre temporalité dans la construction des liens de loyauté du cadre de santé.

Il s'agit de la loyauté que le cadre entretient avant tout envers lui-même. Elle consiste à s'appuyer sur ses propres valeurs, ses idéaux pour mieux accepter les situations paradoxales dans lesquelles le place sa position d'interface.

C'est, dans un second temps, que le cadre pourra se positionner au cœur du triptyque formé avec l'équipe et la hiérarchie et tisser des liens de loyauté aux reliefs différents.

« Transposée aux situations managériales, la « sagesse pratique » introduite par Paul Ricœur traduit l'effort pour le cadre de santé de trouver la solution la plus juste face au conflit de valeurs. »⁵⁸

La réalisation de ce mémoire s'est révélée riche d'enseignements sur mon propre parcours professionnel. J'ai en effet mené un cheminement réflexif important qui m'a permis de comprendre des situations passées d'incompréhension, voire de tension, vécues avec mes supérieurs hiérarchiques.

Je réalise aujourd'hui, grâce à la mise en lumière des différents concepts abordés dans ce travail, que je n'ai sans doute jamais correctement appréhendé la ligne d'autorité hiérarchique dont je dépendais.

Je ressors grandie de cette réflexion. La lecture que je possède aujourd'hui des liens professionnels du cadre de santé m'offre une plus grande sérénité à l'aube de ma future prise de fonctions.

⁵⁸ Cidalia MOUSSIER, Cadre supérieur de santé, *Cadre de santé... une posture éthique*, Objectif Soins et Management, Avril/Mai 2018, p. 30

BIBLIOGRAPHIE

ADICEOM Françoise, *Place de chacun dans une dynamique participative*, in Distance professionnelle et Qualité du soin, Pascal PRAYEZ, coll. Fonction Cadre de Santé, 3^{ème} édition, Lamarre, 2017, 233 pages, p.145-146

BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, Nathan, 1992

BOUROUMA Djémila, AMIOT Patricia, *Cultiver la loyauté, une nécessité managériale*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.30-32

CALIN Daniel, *Explorations autour de la notion de loyauté*, Enfances et Psy, ERES, 2012/3 n°56, p.26- 34

COCARD Denis, *La confiance, une question essentielle dans le management hospitalier actuel*, Soins Cadres n°96, novembre 2015, p.41-43

DAMART Sébastien, *Management et loyauté, lien organisationnel et engagement*, Dossier Loyauté et management, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.14-17.

DEBROSSE Denis, SIMON Pierre, *Chefs de pôle : quel rôle dans le future loi HPST ?*, Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Ministère de la Santé et des Sports, Tome 2, Les Annexes, p.124.

DELASSUS Éric, *Faire régner la confiance pour cultiver la loyauté*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.18-22

DENAISS Vanessa, *Le management par la confiance, entre autonomie et contrôle*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.51-52

DE SINGLY Chantal, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009, 124 pages

DURAND Jean-Pierre, *L'éthique du cadre de santé*, Soins - n° 754 - avril 2011, p.50-51

GRASSIN Marc, *Dialoguer pour s'ajuster*, Objectif Soins & Management, n°259, Octobre/novembre 2017, p.50- 52.

GRAVIER Magali, *D'une loyauté à l'autre*, Politique Européenne, L'Harmattan, 2003/3 n°11, p.79-98

GUILLOU Maëlle, « *Loyauté et management de proximité à l'hôpital* », Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.33-35.

LE FAILLER Annie, *La question de la loyauté entre le cadre supérieur de pôle et le médecin chef de pôle*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.43-46

LEPINE Valérie, *Choisir d'être manager dans l'hôpital public ou l'histoire d'une loyauté mise à l'épreuve*, in Les Cadres de Santé et la Reconnaissance au travail, Dominique BOURGEON, Lamarre, coll : Fonction cadre de santé, avril 2012, p. 211 – 225

LESAGE Ludovic, *Loyauté et management par la confiance*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.54

MARIE Frédérick, *Prendre soin de la loyauté des cadres de santé*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.36-38.

MIEG Catherine, *Soignant et manager, l'éthique au cœur du métier*, Soins Cadres, n°109, février 2019, p.30- 33

MOUSSIER Cidalia, *Cadre de santé... une posture éthique*, Objectif Soins & Management, Avril/Mai 2018, p. 29 -31

PEOCH Nadia, *Les dimensions de la loyauté dans la relation managériale*, Soins Cadres n°108, novembre 2018, p.26-29.

QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc, *Manuel de Recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, 2006, 256 pages

SCOTTI Jean Charles, *Cadre de santé : management et éthique*, Chronique, Droit Déontologie & Soins n°14, 2014, p. 516–526.

WEBOGRAPHIE

Code de la Santé Publique, Article L6143-7 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031929367&dateTexte=&categorieLien=id>

[Consulté le 13 mars 2019]

Document de travail de la DGOS dans le cadre des travaux de réingénierie sur le diplôme de cadre de santé, 2012. :

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiY6_2GqJziAhXm4IUKHS25B9cQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ifchureennes.fr%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F09%2FCadres_sante_Ref_activites_et_compences_apres_18_12_2012.pdf&usq=AOvVaw1UuaQ23-NS4DFsZiip9WTE

[Consulté le 27 décembre 2018]

La loi n°83- 634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CCD39AEDC1BA1D2601AB43958EFE9853.tplgfr38s_3?cidTexte=JORFTEXT000000504704&dateTexte=20190313

[Consulté le 13 mars 2019]

PLAN « HÔPITAL 2007 » :

www.cadredesante.com

[consulté le 12 mars 2019]

Site du dictionnaire Littré : <https://www.littre.org/definition/loyauté> , [consulté le 6 mars 2019]

Site du dictionnaire Larousse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> , [consulté le 6 mars 2019]

Site de Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr> , [consulté le 6 mars 2019]

Site LegiFrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2001/12/31/2001-1375/jo/texte>

[consulté le 12 mars 2019]

ANNEXES

Annexe 1 : Grille de l'entretien exploratoire

Annexe 2 : Introduction aux entretiens semi-directifs

Annexe 3 : Grille de l'entretien destiné aux cadres de santé

Annexe 4 : Grille de l'entretien destiné aux collaborateurs

Annexe 5 : Grille de l'entretien destiné aux cadres supérieurs de santé et directeurs de soins

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien du Cadre 2

ANNEXE 1 :

GRILLE DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE

Questions pour l'entretien exploratoire :

- En tant que cadre de santé, comment décrieriez-vous votre positionnement entre l'équipe soignante et la hiérarchie ?
- Votre position de manager vous place-t-elle dans une situation de conflit avec vos subordonnés ?
Si oui, laquelle ? Et pourquoi, selon vous ?
- Ressentez-vous un désaveu de vos anciens collègues soignants concernant votre changement de statut ?
- Comment qualifieriez-vous votre position de cadre de santé vis-à-vis de votre hiérarchie ?
- Selon vous, qu'attend votre hiérarchie de votre rôle de cadre de santé ? Quels sont les enjeux ?
- *Si la personne n'a pas évoqué le sujet de la loyauté :*
Selon vous, le cadre de santé est-il confronté à un conflit de loyauté entre l'équipe soignante et la hiérarchie ?
Pourquoi ?

Annexe 2 :

INTRODUCTION AUX ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Introduction :

Bonjour,

Je suis étudiante cadre de santé à l'ESM.

Dans le cadre de mon mémoire de recherche, j'élabore une réflexion sur le positionnement du cadre de santé dans ses relations professionnelles.

Avec votre accord, cet entretien sera enregistré afin d'en faciliter l'analyse ensuite.

Votre anonymat sera respecté.

Chapeau destiné aux cadres :

Quel âge avez-vous ?

Quelle fonction exercez-vous aujourd'hui ?

Depuis combien de temps ?

Quelle est votre profession initiale ?

Dans quel type d'établissement exercez-vous ?

Dans quel service ?

Combien de personnes encadrez-vous ?

Quelles sont les différents types de personnels que vous encadrez ?

Chapeau destiné aux collaborateurs :

Quel âge avez-vous ?

Quelle fonction exercez-vous aujourd'hui ?

Depuis combien de temps ?

Quelle est votre profession initiale ?

Dans quel type d'établissement exercez-vous ?

Dans quel service ?

Chapeau destiné aux cadres supérieurs de santé et aux directeurs de soins :

Quel âge avez-vous ?

Quelle fonction exercez-vous aujourd'hui ?

Depuis combien de temps ?

Quelle est votre profession initiale ?

Dans quel type d'établissement exercez-vous ?

Dans quel service ?

Combien de personnes encadrez-vous ?

Quelles sont les différents types de personnels que vous encadrez ?

Annexe 3 :

GRILLE DE L'ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES DE SANTE

La Loyauté :

- En tant que cadre de santé, comment définiriez- vous vos relations professionnelles avec vos collaborateurs ? Et avec votre hiérarchie ?
 - Quels sont vos liens ?
 - Comment les caractérisez- vous ?
 - En quoi sont-elles différentes ?
- Comment, selon vous, le cadre de santé fait-il preuve du respect de ses engagements pris envers l'équipe, d'une part ? Et envers sa hiérarchie, d'autre part ?
 - Pouvez- vous donner des exemples issus de votre pratique ?
- Selon vous, quelle posture la hiérarchie attend-elle de la part d'un cadre de santé ?
- Selon vous, quelle posture les collaborateurs attendent-ils du cadre de santé ? Quelle relation souhaitent-ils que le cadre établisse avec eux ?
- En tant que cadre de santé, faites-vous face, parfois, à des situations de management où vos valeurs, vos convictions, viennent s'opposer aux directives de votre hiérarchie ?
 - Si oui, pouvez- vous donner un exemple ?
- En tant que cadre de santé, vous semble-t-il important de permettre l'expression de la contradiction de la part de vos collaborateurs ? Comment interprétez-vous ces opinions contradictoires au sein de l'équipe que vous supervisez ?
 - Le vivez- vous comme un défi, une confrontation ?
 - Est-ce, selon vous, une nécessité dans le lien relationnel ?
 - Pouvez- vous donner un exemple ?

Positionnement du cadre :

- Quelle représentation avez-vous du positionnement du cadre au sein de la structure hospitalière ?
- Quelle est, selon vous, la mission principale du cadre de santé ?
- Selon vous, sous quelle(s) autorité(s) opère le cadre de santé ? Dans quelle(s) ligne(s) hiérarchique(s) se situe-t-il ?
- Quels sont, de votre point de vue, les enjeux du positionnement du cadre de santé vis-à-vis de l'équipe et vis-à-vis de la hiérarchie ?
 - Selon vous, qu'attend l'équipe de la part du cadre dans son positionnement vis- à-vis de la hiérarchie ? Et réciproquement ?
 - Pouvez-vous donner un exemple ?
- Selon vous, la prise de décisions, par le cadre de santé est-elle complexe dans l'environnement hospitalier actuel ? Et pourquoi selon vous ?

Éléments managériaux et Loyauté :

- Considérez- vous que le cadre de santé soit confronté à un dilemme entre les attentes du corps soignant et celles du corps de direction ?
Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
Pouvez- vous préciser votre point de vue ?
- A travers quels éléments managériaux le cadre de santé peut-il manifester d'une forme de loyauté envers l'équipe ?
- A travers quels éléments managériaux le cadre de santé peut-il manifester d'une forme de loyauté envers la hiérarchie ? Quels en sont les marqueurs ?
 - Pouvez- vous donner des exemples ?
- Ces deux liens de loyauté ont-ils la même typologie ? Sont-ils semblables d'après vous ?
- Ces liens de loyauté se construisent-ils, selon vous, dans la même temporalité ?
Y en a-t-il un qui se forge avant l'autre dans la construction de la relation avec les collaborateurs et la hiérarchie ?
- Comment, selon vous, le cadre de santé peut-il accepter la dualité de sa position entre équipe et hiérarchie ?
- Selon vous, que peut apporter au cadre de santé cette acceptation de la dualité de sa position, dans sa pratique quotidienne ?
- Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous auriez souhaité traiter ?

Annexe 4 :

GRILLE DE L'ENTRETIEN DESTINE AUX COLLABORATEURS

La Loyauté :

- En tant que professionnel de santé, comment définiriez-vous vos relations professionnelles avec votre hiérarchie ?
 - Quels sont vos liens avec le cadre de santé de proximité ? Avec la direction des soins ?
 - Comment les caractérisez-vous ?
- Quelle posture attendez-vous du cadre de santé ? Quelle relation souhaitez-vous qu'il/elle établisse avec l'équipe ?
- Comment, selon vous, le cadre de santé peut-il témoigner du respect de ses engagements pris envers l'équipe ?
- Considérez-vous que vous ayez l'opportunité d'exprimer votre désaccord et des opinions contradictoires à celles exposées par le cadre de santé ?
Est-ce important selon vous ? Pouvez-vous donner un exemple ?
 - Est-ce pour vous une volonté de défi, une recherche de confrontation ?
 - Pensez-vous que cette possibilité d'expression soit nécessaire dans la construction du lien relationnel avec le cadre de santé ?

Positionnement du cadre :

- Sous quelle autorité exercez-vous ?
- Quelle est, selon vous, la mission principale du cadre de santé ?
- D'après vous, sous quelle(s) autorité(s) opère le cadre de santé ?
Dans quelle(s) ligne(s) hiérarchique(s) se situe-t-il/elle ?

Éléments managériaux et Loyauté :

- Quelles marques de loyauté attendez-vous du cadre de santé ?
Et comment peut-il développer un lien de loyauté avec l'équipe ?
- Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous auriez souhaité traiter ?

Annexe 5 :

GRILLE DE L'ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES SUPERIEURS DE SANTÉ ET DIRECTEURS DE SOINS

La Loyauté :

- En tant que directeur des soins, comment définiriez- vous vos relations professionnelles avec les cadres de santé ?
 - Quels sont vos liens ?
 - Comment les caractérisez- vous ?
- Qu'attendez-vous d'un cadre de santé ? Quelle relation souhaitez-vous qu'il/elle établisse avec vous ?
- Comment, selon vous, le cadre de santé peut-il témoigner du respect de ses engagements pris envers la hiérarchie ?
Pouvez- vous donner des exemples issus de votre pratique ?
- En tant que directeur des soins, comment interprétez- vous, vivez- vous l'expression d'opinions contradictoires de la part d'un cadre de santé ?
Pouvez- vous donner un exemple ?
 - Le vivez- vous comme un défi, une confrontation ?
 - Est-ce, selon vous, une nécessité dans le lien relationnel ?

Positionnement du cadre :

- Quelle représentation avez-vous du positionnement du cadre au sein de la structure hospitalière ?
- Quelle est, selon vous, la mission principale du cadre de santé ?
- Selon vous, sous quelle(s) autorité(s) opère le cadre de santé ?
Dans quelle(s) ligne(s) hiérarchique(s) se situe-t-il ?

Éléments managériaux et Loyauté :

- Quelles marques de loyauté attendez-vous du cadre de santé ?
Et comment peut-il/elle manifester sa loyauté envers la hiérarchie ?
 - Quelles sont les éléments concrets de cette loyauté ?
 - Pouvez- vous donner des exemples ?
- Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous auriez souhaité traiter ?

Annexe 6 :

RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN DU CADRE 2

Justine : allons-y, en tant que cadre de santé, comment définiriez-vous vos relations professionnelles avec vos collaborateurs et avec votre hiérarchie ?

Interviewé : ce sont des liens de confiance. Ce sont avant tout des liens de confiance. Et après, au-delà du lien de confiance, c'est aussi avoir conscience qu'ils sont avant tout des professionnels qui ont des compétences. Voilà. Pour moi, voilà. Mon postulat c'est que si, on ne peut pas avoir confiance, c'est quand même difficile de travailler ensemble, ça part de là, pour moi.

Justine : que ce soit avec les collaborateurs ou avec la hiérarchie ?

Interviewé : oui, c'est une question de confiance. Après, tout est possible, je dirais. Bien sûr qu'il y a des personnes, je ne vais pas dire que tout le monde est égal, mais si la valeur est basée sur une relation de confiance, beaucoup de choses sont possibles. Je ne dirais pas tout, mais beaucoup de choses sont possibles. Après, il faut tenir compte des personnalités des gens, il faut tenir compte que certains ont plus d'aptitudes que d'autres dans leur métier et tout ça, ce qui fait la diversité, mais avant tout c'est la confiance ça, c'est essentiel.

Justine : très bien. Selon vous, comment le cadre de santé fait-il preuve du respect de ses engagements pris envers l'équipe d'une part, et envers sa hiérarchie d'autre part ?

Interviewé : par rapport à la question, ça veut dire au niveau du respect de ses engagements ?

Justine : des engagements qu'il a pris envers ses collaborateurs et envers sa hiérarchie ?

Interviewé : le respect se traduit par des actes très concrets. Il se traduit par des actes concrets. Quand on dit quelque chose vis-à-vis d'une équipe, il faut qu'elle en voit les fruits concrets. Un exemple concret : on part sur un projet, je ne sais pas si le projet aboutira parce que ça, je ne peux pas le garantir. Par contre, on va tout mettre en œuvre pour élaborer le projet, le mettre en œuvre, qu'il y ait des actions concrètes, que ça ne repose pas que sur des paroles.

Justine : qu'il y ait du visible, du tangible.

Interviewé : oui, oui. Il n'y a pas que des paroles, mais il y a des actes. Ça se traduit par des groupes de travail, ça se traduit par la mise en place... Quand on s'engage, c'est comme dans toute relation humaine, quand on s'engage, on le fait. On n'est pas que dans le dire, on le fait aussi. Si je dis voilà, on va faire ça, il faut qu'ils y voient le concret. Après ce qui est difficile je dirais pour le cadre c'est qu'il n'y a pas de puissance non plus. C'est souvent ça d'ailleurs qui est compliqué. On a une volonté, on a un souhait, on a une envie et on veut s'engager parce qu'on est de bonne foi, mais à côté, on n'a pas tous les éléments, toute la liberté et toutes les possibilités de faire. C'est pour ça que, sans être prudent, mais c'est comment s'assurer quand en tout cas quand on dit un « oui » qu'on va pouvoir y aller. Après je ne garantis pas le

résultat, mais en tout cas on va tout mettre en œuvre pour. Je ne sais pas si c'est clair ?

Justine : si, si tout à fait, parfait. Selon vous, quelle posture la hiérarchie attend-elle du cadre de santé ?

Interviewé : alors ça, c'est aussi des représentations. Comment s'imagine une hiérarchie entre autres administrative, je vais faire le distinguo entre une hiérarchie administrative et puis sans avoir une hiérarchie..., je dépends de la hiérarchiquement du directeur. Il y en a qui peuvent dépendre des médecins, mais très concrètement, c'est déjà deux visions différentes entre les médecins de ce qu'ils peuvent attendre d'un cadre et de ce qu'un directeur administratif peut attendre d'un cadre. On est un peu à la croisée des chemins. Souvent là aussi on est traducteur entre les deux mondes. On le voit bien là. Le directeur n'est pas un ennemi des médecins et inversement, ça ne peut pas être soi, mais en fin de compte on est l'interface qui essaie de décoder, transcoder ce que l'un peut attendre de l'autre et ça se traduit par la mise en œuvre, une fois deux plus. Le cadre doit mettre en œuvre les choses

Justine : et c'est là que se situe l'attente de sa hiérarchie ?

Interviewé : oui, ce qui n'est pas une tâche facile parce qu'on est toujours pris entre deux feux. Avec un directeur qui a ses préoccupations de gestion, de finances, mais 'est un humain aussi. Est-ce qu'on peut s'imaginer un médecin, un directeur administratif a aussi des bons sentiments, ce n'est pas quelqu'un purement d'administratif, c'est avant tout un humain. Mais il a plein de contraintes Et puis, parfois, inversement, le médecin a aussi ses contraintes. Et en fait, c'est la convergence des contraintes de chacun qu'il faut essayer de faire que ça puisse quand même matcher.

Justine : c'est ce rôle-là. En regard, selon vous, quelle posture les collaborateurs attendent-ils du cadre de santé dans le sens de quelle relation souhaitent-ils que le cadre établisse avec eux ?

Interviewé : là c'est pareil, il n'y a pas de réponse unique parce que, l'évolution vis-à-vis du cadre et des générations change. Est-ce qu'on voit, comme on pourrait avoir une vision un peu passéiste qui, à mon avis, n'est plus d'actualité, un peu le chef, le guide qui emmène l'équipe et qui a un côté assez vertical. En général, les jeunes générations ont moins d'appétence pour ça.

Justine : elles sont moins sensibles à ça.

Interviewé : oui. Sachant quand même qu'il faut qu'elles comprennent qu'il y a quand même quelques règles de vivre ensemble. Et puis inversement, il y a aussi, mais c'est dans la tête aussi des personnes qui ont un peu plus d'expérience et qui ont connu un autre modèle qui est plus vertical et on est moins sur des modes projet, mais c'est plutôt en mode exécution (ça et puis ça et ça). Moi je pense que la vérité n'est pas ni dans l'un, ni dans l'autre, en sachant quand même qu'il y a une tendance actuelle, on passe quand même d'un système vertical à quelque chose de plutôt horizontal. Ça ce sont des paroles. Comment ça se traduit concrètement ? Justement, c'est partir sur des modes projets. Comment donner les outils à des professionnels pour gérer des projets ? Comment ils puissent faire remonter des besoins ? En fin de compte, c'est les impliquer et les responsabiliser aussi. À un moment donné, c'est toujours facile. D'ailleurs, c'est assez marrant : une petite

anecdote comme ça. Beaucoup veulent de l'autonomie, mais l'autonomie n'est pas libre totale, elle est faite de contraintes aussi. À un moment donné et on le voit bien aussi : « oui, oui, non, mais ça, je sais faire ». Souvent aussi, beaucoup, ils savent. Ils n'ont pas fait grand-chose encore, mais ils savent beaucoup. OK. Et puis il faut les laisser. On pourrait essayer de les convaincre. Je pense que pour certains, il faut qu'ils se prennent un peu, je vais être trivial, un peu des murs et puis maintenant on va construire ensemble. Ce n'est pas qu'ils sont incompétents dans leur métier, c'est qu'ils n'ont pas la compétence sur tous ces modes de faire en termes de projets, d'accompagner et que ça ne dépend pas que d'eux et près il y a au-delà de cette méthode, de ces techniques de suivre un projet, c'est aussi après l'aspect de la légitimité. Mais voilà, en synthèse on va dire que pour être en adéquation avec le contexte actuel, on quitte ce mode vertical avec quelque chose de plus horizontale. Moi je le perçois comme ça.

Justine : en tant que cadre de santé, faites-vous face parfois à des situations de management où vos valeurs, vos convictions viennent de s'opposer à votre hiérarchie ?

Interviewé : ça l'a été. C'est pareil là aussi. Sur les neuf ans que je suis à Châtillon, il y a eu six directeurs. Il y avait avec deux directeurs, on n'avait pas du tout la même vision des choses et c'est vrai que ça m'a interpellé. Un exemple très concret. Il y avait dans mes équipes des rebelles et on m'a demandé si j'étais prêt à m'en séparer. Je n'étais pas du tout dans cet esprit-là parce que c'est professionnel. Ce sont des professionnels tout à fait compétents et tout ça. Ils remettaient un peu en cause certaines choses, mais si on n'est pas d'accord, il faut tout de suite les gens s'en séparer... Il n'y a plus d'échanges, il n'y a plus de débat. Donc non.

Justine : donc il y avait un conflit de valeurs ?

Interviewé : oui, il y avait un conflit entre se dire : je ne suis pas d'accord avec cette position.

Justine : ça ne me correspond pas.

Interviewé : j'ai des arguments factuels qui font que ce sont des professionnels qui remplissent leur mission. Ce n'est pas parce que ça ne vous convient pas, je vous demande en quoi ça ne vous convient pas. A part dire « non » parfois, mais ils ont souvent raison. Je vais être très concret, par exemple une orthophoniste qui avait repris plusieurs fois une famille parce qu'elle apportait des aliments, entre autres types semoule et tout ça, il y avait des risques de fausses routes et tout. La directrice qui, en fin de compte devait connaître ces personnes-là, disait : « mais, c'est n'importe quoi » et l'orthophoniste s'était opposé en disant : « je ne suis pas d'accord ». Ça n'avait pas plu. Donc on avait remis en cause les compétences, voire comment se fait-il qu'on ose, qu'on ose remettre en question les propos d'une directrice. Elle, elle était restée purement professionnelle, ce qui avait dû surement déranger. Ce n'est pas parce qu'on est directeur, qu'on a tous les droits.

Justine : d'accord, OK. Ça rejoint la question suivante en fait : en tant que cadre de santé, vous semble-t-il important de permettre l'expression de la contradiction de la part de vos collaborateurs ? Comment interprétez-vous ces opinions contradictoires au sein de l'équipe que vous supervisez ?

Interviewé : je pense que la parole doit être libre. On en revient à l'histoire de la confiance. Je pense que quand il y a un groupe, il y a forcément des points de vue différents, un désaccord qui s'oppose. C'est ce qui fait aussi la richesse et qui fait aussi quelque part un équilibre. On pourrait avoir une mono pensée qui ferait qu'on pourrait avoir des dérives. C'est toujours bien entre guillemets les « contre visions ». C'est important qu'elles s'expriment. Après, il est vrai que, au-delà qu'elles s'expriment, c'est qu'est-ce qu'on en fait ? Est-ce qu'on reste à la croisée des chemins ? A un moment donné, il faut prendre des décisions aussi. Là, c'est aussi en tant que cadre de prendre conscience, c'est peut-être un grand mot, mais en tout cas, de donner des informations pour que quand les missions sont prises, elles ne sont pas prises... (en tout cas, c'est pareil, c'est un point de vue) elles ne sont jamais prises comme ça, d'une manière lapidaire « j'ai décidé donc c'est comme ça ».

Justine : péremptoire.

Interviewé : je pense que c'est important qu'il y ait des points de vue qui s'expriment, c'est important le temps du débat, mais après c'est important le temps de l'action.

Justine : de la décision

Interviewé : oui, elle peut être collégiale. Après, ce n'est pas parce que la majorité pense ça qu'elle a forcément aussi raison. A un moment donné aussi, ça renvoie à une notion beaucoup plus importante : la démocratie ce n'est pas toujours la majorité parce que si c'est vous en tant que responsable, de laisser le groupe dériver vers quelque chose parce qu'un groupe peut penser ça, mais il n'a peut-être pas tous les éléments. Vous, en tant que responsable, c'est de les alerter. On voit bien aussi parfois les effets de meute, ce n'est pas la meute qui a raison. Essayer de leur faire prendre aussi conscience qu'une décision ça se construit ensemble. Il n'y a pas de décision idéale, mais il y a une décision de consensus.

Justine : faire comprendre se fait grâce à ce dialogue.

Interviewé : oui.

Justine : et du coup, il renforce du coup la relation professionnelle entre l'équipe, plutôt que de n'être pris que comme une confrontation directe et stérile, l'idée c'est de construire à partir de cela.

Interviewé : voilà, c'est de dire qu'il y a un échange avec différents points de vue et ça, c'est la richesse d'avoir différents points de vue. On pourrait partir aussi, on pourrait avoir une équipe béni oui, oui, mais est-ce que tous les éléments ont été pris en compte ? Qui fait que « oui, oui, oui » et puis en fin de compte le responsable n'a pas toujours raison. Il peut se tromper, parce que lui n'est pas toujours sur le terrain, il ne voit pas tout et de fait cette richesse d'échange c'est essentiel pour pouvoir, et encore une fois je le redis, pour pouvoir prendre une décision la plus ajustée. Il n'y a pas de solution idéale, par contre quand une décision est prise, elle est prise. On peut douter parfois, mais je dirais que le bon sens et l'intelligence collective fait qu'on s'ordonne des ajustements. On met en place les choses et on voit au bout de trois mois, on fait un point et voilà. Mais arrêtons de brainstormer et puis, à un moment donné, de ne pas avancer. Je pense que ça, ne pas décider, c'est décider de ne pas décider.

Justine : quelle représentation avez-vous du positionnement du cadre au sein de la structure hospitalière ?

Interviewé : par rapport à l'activité d'où je suis, ce n'est pas forcément moi, c'est en fonction du contexte parce qu'ayant travaillé dans différentes structures... Je pense que le cadre est canaliseur, est vecteur au sein d'une structure de faire le liant, de faire le liant. Par exemple, tout à l'heure, on disait il doit permettre quand on aborde un sujet, de prendre en compte à la fois une vision de direction avec ces éléments (financiers, RH), une vision forcément des équipes de soin avec leur vision de passion et sur laquelle ils sont garants. Et puis vous, avoir cette capacité de détachement pour dire : quand on agrège l'ensemble de ces éléments, à un moment donné c'est coordonner aussi les choses, mais pas seul. On voit bien de toute façon, la décision est prise d'une manière... les situations de nos jours sont tellement complexes qu'on ne peut plus être sur une vision du compliqué, mais on est sur une vision du complexe, donc il y a plein de variables à prendre en compte. C'est pour ça que c'est important d'avoir les différents points de vue et d'acteurs et le cadre doit permettre ces croisées de regard.

Justine : quelle est selon vous la mission principale du cadre de santé ?

Interviewé : la principale : il doit coordonner, quand je dis coordonner, ça veut dire il doit organiser et communiquer. On n'organise pas et on ne communique pas si à avant tout, il n'y a pas un cadre et un sens. Voilà. La mission si on doit la résumer : on doit coordonner. Et bien sûr, c'est pour ça que c'est toujours sur la fonction, il en est responsable. Il en est responsable, c'est la cerise sur le gâteau dans l'aspect que c'est ça aussi qui permet qu'il soit impliqué et d'être aussi dans le côté rendre compte.

Justine : garant.

Interviewé : garant, il est garant.

Justine : selon vous, sous quelle autorité opère le cadre de santé, dans quelle ligne hiérarchique se situe-t-il ?

Interviewé : là factuellement vu qu'il y a un organigramme sur Châtillon, je dépends directement du directeur. Je pense que c'est bien. Je pense que c'est bien que de dépendre d'une ligne hiérarchique vis-à-vis d'une équipe médicale par exemple. Pourquoi ? Parce qu'on ne peut pas être juge et parti. Ce qui est intéressant, c'est que comme toute société démocratique, il faut des pouvoirs et des contre-pouvoirs. Si vous n'avez qu'une équipe médecin qui a la main mise sur les cadres qui font la même activité de soins, c'est forcément mono pouvoir. Le médecin décide et le cadre exécute. Là, en fin de compte, d'être sous la ligne administrative et hiérarchique, ce qui est intéressant c'est qu'il faut tenir compte de la réalité de gestion, de finances, de RH, d'un aspect administratif, mais toujours et c'est ça la force, comme on vient d'une culture, on vient d'une culture de soins, on vient au service avec un regard contradictoire vis-à-vis d'un médecin. Le médecin est médecin, mais il n'a pas forcément une vision globale des choses. Il ne sait pas tout le médecin.

Justine : quels sont de votre point de vue les enjeux du positionnement du cadre de santé vis-à-vis de l'équipe et vis-à-vis de la hiérarchie ?

Interviewé : l'enjeu est avant tout... Je vais le décaler parce que pour moi c'est ça aussi qui fait que j'y vois du sens en tant que cadre. Il est avant tout au service d'un patient, voire d'une population de patients. À partir de là, parce que justement on travaille en santé, c'est ce qui permet aussi dans les enjeux vis-à-vis d'une équipe administrative ou une équipe médicale, voire d'une équipe que l'on est amené à accompagner, au-delà de l'encadrement c'est un accompagnement d'équipe. C'est avant tout de donner du sens pour : quel service on va rendre ? L'enjeu c'est donner du sens aux équipes ça, c'est une chose petite pour l'équipe médicale ainsi qu'au niveau d'une direction administrative c'est de tenir compte du contexte dans lequel on évolue. Je ne sais pas si ça répond vraiment à la question.

Justine : si, en partie, c'était vraiment de se demander : qu'attend l'équipe d'un côté et la hiérarchie de l'autre de ce positionnement et quels sont les enjeux que cela peut représenter ?

Interviewé : pour moi c'est donner du sens aux équipes et vis-à-vis d'une direction, c'est adapter cette avancée, ce sens, en tenant compte des contraintes.

Justine : ce serait de répondre aux attentes de chacun.

Interviewé : voilà, ce n'est pas toujours facile parce qu'il y a des éléments contradictoires et tout ça. Après, c'est comme une pelote de laine. Il faut toujours prendre un bout. Si on parle de PMSI à des thérapeutes, ça n'a aucun sens et ils ne verront pas comment ils peuvent évoluer dans leur pratique si, par rapport à leur culture, qu'on va accompagner les personnes en préparant, en anticipant ce retour à domicile, ce retour à l'emploi, comment on pourrait s'y prendre. Par un effet mécanique, il y aura derrière une durée moyenne de séjour qui pourra se faire, on pourra répondre, on oublie souvent, au besoin du patient, voire à ses attentes et que nous on ne soit pas juste dans notre univers à nous.

Justine : selon vous la prise de décision par le cadre de santé est-elle complexe dans l'environnement hospitalier actuel et pourquoi, selon vous ?

Interviewé : comme je le disais tout à l'heure, elle est complexe parce qu'elle n'est pas unique dans l'idée qu'il y a plein d'éléments, de paramètres à prendre en compte et qu'il n'y a pas une vérité. C'est toujours une histoire, après c'est une vision personnelle, pour moi ce n'est jamais binaire. Il y a tout l'arc-en-ciel au milieu et c'est à un instant T, à un moment donné, prendre une décision dans un contexte donné. Ce qui fait, parce qu'on oublie souvent : ah, mais c'est ta décision, c'était absurde et tout ça. Oui, parce qu'il n'y a pas de décision... C'est pour ça qu'elle peut être collégiale et agréger tout le monde parce que ce n'est pas que le cadre qui peut se tromper. S'il n'a pas été aussi bien éclairé vis-à-vis d'une équipe qui ne lui remonte pas forcément les bonnes informations et tout ça, après c'est à lui aussi de donner aux équipes, de faire remonter certaines informations. Je ne vais pas être suffisamment clair, mais c'est de dire c'est le cadre qui prend la décision, mais il a besoin derrière, à un instant T de prendre une décision et il doit l'assumer.

Justine : cela ferait appel à une forme d'éthique dans son management ?

Interviewé : oui.

Justine : pour cette prise de décision complexe ?

Interviewé : oui, en tout cas ce n'est pas ma conception de prendre une décision pour un groupe de mon côté tout seul. Si on prend une décision, et ce n'est pas une décision personnelle, c'est une décision professionnelle avec un collectif, c'est-à-dire que quelque part après je l'assume, mais ça engage tout le monde. C'est un peu trop facile aussi de dire je vais donner l'exemple : « les fauteuils que tu as commandés ne vont pas ». Très bien, mais on a réfléchi ensemble. On s'est donné les moyens et les outils pour prendre une décision. Au final, peut-être que je n'ai pas bien tranché, j'assume ça, mais ce que je ne veux pas entendre dire c'est : « ah, mais c'est toi maintenant ». Très bien, mais si j'ai pris cette décision, je ne l'ai pas prise tout seul, enfermé dans mon bureau, c'est que je me suis appuyé sur vous. Je n'ai pas pris les bons éléments, OK je suis responsable. Mais à un moment donné, c'est aussi la responsabilité de tout le monde, même s'il y en a un qui porte la décision officielle.

Justine : oui, c'est assumer le fait d'avoir tranché mais re-responsabiliser les collaborateurs sur le fait qu'il y a une responsabilité partagée.

Interviewé : c'est essentiel parce que sinon on reste sur un schéma vertical.

Justine : et quelque part c'est ce qui va permettre d'assumer cette complexité de situation ?

Interviewé : oui, et c'est là aussi où on voit toute l'ambivalence d'une équipe qui veulent l'autonomie pour leur propre liberté, souvent individuelle, mis dès que ça chauffe, on va dire : il n'y a plus personne et ça, c'est non. Par contre, au même titre que je disais qu'il y avait une histoire de confiance, je permets aussi (je le dis après je ne sais pas si c'est entendu) on est quand même dans cette culture-là, on a le droit à l'erreur. On peut se tromper, ce n'est pas grave. Je préfère qu'on me le dise et après on essaie de réajuster que de mettre ça sur le tapis et à un moment donné on découvre que voilà. Ce n'est pas comme ça qu'on grandit.

Justine : oui et c'est plutôt malhonnête.

Interviewé : oui, oui. Après je n'ai pas de jugement par rapport à ça. Ce que je me dis c'est que ça ne nous fait pas grandir dans l'idée qu'on reste un peu dans le côté médiocre. Voilà, machin. On apprend tous de nos erreurs. C'est un adage facile à dire, mais on apprend tous de ça et c'est de le permettre. On va réajuster. L'erreur ce serait de ne pas rectifier les choses.

Justine : considérez-vous que le cadre de santé soit confronté à un dilemme entre les attentes du corps soignants et celles du corps de direction, et si oui pourquoi ?

Interviewé : c'est la vision très bipolaire, manichéenne, comme si le troisième, le bouc-émissaire était un peu aux croisées des chemins, le cadre, ce qui n'est pas faux. On est toujours entre les deux.

Justine : c'est ... je le redis : considérez-vous que le cadre de santé soit confronté à un dilemme entre les attentes du corps des soignants d'un côté et du corps de la direction de l'autre.

Interviewé : je ne dirais pas que je suis pris dans un dilemme par contre ce que je vois c'est que c'est deux regards, deux positions qui de fait, chacun reste dans son monde et parfois ne se comprend pas. Nous, on est au milieu et c'est encore là, une

fois deux plus l'importance de faire voir le point de vue de l'autre en codant et transcendant les messages.

Justine : traducteur

Interviewé : en termes de traducteur, oui.

Justine : c'est ce qui justifie cette posture managériale entre les uns et les autres, entre ces deux pôles ?

Interviewé : oui, et de ne pas... essayer de montrer que les visions ne s'opposent pas, mais que les filtres sont différents. Chacun n'a pas forcément les mêmes éléments. Quand on est dans la santé, en tous cas je l'espère, c'est cette vision quand même toujours de mettre la population de patients au centre et de se dire : non, amis attendez on est là pour quoi ? Ça, déjà, ça permet au moins de se regarder, de mettre un tiers qui est le patient.

Justine : et puis de replacer sur des valeurs communes plutôt que de les confronter.

Interviewé : c'est ça.

Justine : plus par méconnaissance ou mésentente de la position de l'autre ?

Interviewé : oui, oui. Avec des représentations, et pourtant étant d'origine soignante on va dire, je trouve un peu le côté facile de dire : « la direction, ils pensent à l'argent, à la gestion, à tout ça ». Ce n'est pas si simple que ça. Ce n'est pas seulement ça. Ce n'est pas seulement ça.

Justine : à travers quels éléments managériaux le cadre de santé peut-il manifester d'une loyauté envers l'équipe, selon vous ?

Interviewé : c'est complexe comme question.

Justine : oui

Interviewé : dans les outils managériaux

Justine : dans les éléments managériaux, dans ce qu'il va construire dans la relation pour aller vers une forme de lien de loyauté avec l'équipe.

Interviewé : oui, de ce que je m'en fais de la question. La loyauté, c'est déjà la reconnaissance et donc déjà quand on demande quelque chose en termes de mission à quelqu'un, le minimum c'est déjà de le reconnaître. Ce n'est pas : je me décharge sur toi, je te délègue ça et ça, par contre, ce n'est pas toujours facile parce que ce n'est pas toujours compris. De nos jours, encore, on a l'impression que c'est sur un mode contrôle, fliquage, ce n'est pas du tout ça. C'est : je te donne cette mission, elle n'est pas simple. Même si certains croient parce qu'ils ne savent qu'ils ne savent pas que c'est simple : « non, mais laisse-moi, je vais me débrouiller ». Quand on leur demande, ce n'est pas un contrôle, c'est : « tu en es où ? Comment tu as avancé ? ». Parfois ils n'ont même pas conscience qu'ils n'ont pas tous les outils, qu'ils ne savent pas faire. C'est de l'accompagnement. L'histoire de la loyauté repose aussi sur des aspects d'accompagnement très concret, d'être missionné en les mettant référent. C'est aussi de l'identifier : tu es le référent de ça, je te confie ma confiance sur cette mission et puis je reviendrai vers toi pour savoir où tu en es sur

une histoire de rendre compte. Tu ne me rends pas des comptes, c'est me rendre compte ensemble.

Justine : c'est toujours cette question de la confiance en fait.

Interviewé : l'aspect de la loyauté, je ne sais pas s'il y a des outils, mais de lui signifier en le mettant référent, de les accompagner avec ce côté échange.

Justine : ça fait appel à la notion de confiance en fait.

Interviewé : oui, à la notion de confiance.

Justine : et de soutien, d'accompagnement ?

Interviewé : oui.

Justine : on n'est pas juste dans une délégation en laissant la personne cheminer toute seule, mais on reste dans un échange.

Interviewé : on reste dans un échange et puis de ne pas attendre à la fin et de dire que ça ne va pas.

Justine : d'être dans le contrôle final, mais pas dans le...

Interviewé : de ne pas être dans le « ça ne va pas ». Voilà, il n'y a pas de monde parfait. C'est mon souhait, c'est mon ambition. Après il y a la réalité, c'est l'histoire du temps. Comme on doit aussi accompagner tout le monde. En tout cas, c'est de s'accorder du temps. J'essaie de m'en accorder avec les équipes, je le fais de passer régulièrement sur les plateaux techniques et ils le voient. On est repéré. C'est assez marrant d'ailleurs. Il y en a certains de l'équipe, quand j'ai été amené à passer de responsable de réadaptation à l'ensemble du plateau technique, il y en a qui m'ont clairement dit : « tu es moins disponible, mais c'est normal parce que maintenant tu as tout le plateau ». On te voit, pas moins souvent, mais en tout cas, on voit que tu es beaucoup plus pris. Eux ont observé, moi je n'avais pas fait attention à ça. Eux ont vu clairement : « tu marches plus vite dans les couloirs ». De petites choses comme ça.

Justine : la présence est aussi un élément du lien ?

Interviewé : oui, et moi très concrètement, ma porte n'est jamais fermée. Ça, c'est important. Si je n'ai pas le temps, on diffère, mais il faut toujours accueillir la demande. Il faut être disponible.

Justine : cette disponibilité fait partie de ces éléments managériaux à manifester à l'équipe.

Interviewé : oui parce qu'il y a tous ces mots : respect, confiance et tout ça qui sont des mots, mais comment ça se traduit concrètement ? C'est passer le matin pour dire un bonjour. C'est reconnaître l'autre, l'interpeler par son prénom. Voilà. Ça peut être des éléments simples, mais c'est fait. Quand je reviens, un exemple très concret aussi, quand je reviens de vacances je ne me mets jamais derrière l'ordinateur. Ça, c'est un conseil. On fait le tour, les gens vont vous voir : « vous avez passé de vacances ? » et tout ça. On discute un petit peu. Ça prend souvent la matinée quand

même et l'après-midi, maintenant avec ce monde des mails et là on a 180 mails et en fin de compte, quasiment il n'y a plus que 10 mails qui sont à traiter. Que 10 mails, alors que si j'avais passé ma matinée à lire tous les mails, j'arrive vers les équipes et je dis tiens : « il y a un problème ? », « de quoi tu me parles ? C'était un problème il y avait trois semaines », si je suis parti trois semaines. Ce n'est plus d'actualité. Et c'est marrant ça. Et c'est un exemple très concret : quand je reviens, c'est plus prendre des nouvelles, discuter avec les personnes et là déjà on a une bonne vision du moment et de la température de l'équipe à ce moment-là.

Justine : et la relation se crée là-dessus.

Interviewé : oui, oui. Exactement.

Justine : du coup, à travers quels éléments managériaux le cadre peut-il manifester d'une forme de loyauté envers sa hiérarchie, quels en seraient les marqueurs ?

Interviewé : c'est toujours cette complicité de dire la loyauté, les outils ou les marqueurs.

Justine : comment ça se traduit en fait ? Quelles sont les actions ?

Interviewé : déjà, je pense qu'on ne peut pas promettre des choses qu'on ne peut pas tenir, parce que là quelque part votre légitime va en prendre un coup. A un moment donné, on va dire c'est le cadre du bla-bla. Moi j'y tiens beaucoup.

Justine : ce n'est pas crédible.

Interviewé : non, il faut que ça se traduise par des aspects concrets. Comme je le disais tout à l'heure, quand on a dit : « tiens on faire l'entretien », on s'y engage et on prend une date. Quand on dit : « tiens sur telle action, je ne sais pas, au niveau d'une activité comme là on a le projet Parkinson, très concrètement c'est créer un environnement suffisamment bon pour que les choses se passent et qu'on ne soit pas pris par l'hyper organisation, mais que derrière en coulisse, toutes les choses soient faciles. Il faut que les professionnels puissent aussi être à l'aise, mais j'avoue que j'ai du mal à répondre à cette question.

Justine : c'est la vôtre. Est-ce que du coup vous seriez d'accord avec l'hypothèse qu'il y a peut-être deux typologies, deux formats de loyauté : l'un envers l'équipe et l'autre envers la hiérarchie et qui ne sont pas forcément de même nature, ils ne sont pas tout à fait semblables ces liens.

Interviewé : je pense que la loyauté doit rester la même. Elle doit rester la même. S'il y a une loyauté, il y a une loyauté. Après ce qu'on dit aussi dans le management : il faut être assertif : dire les choses posément, calmement, une vérité, pas proportionnée parce qu'une vérité peut être entendue d'une manière violente ou d'une manière trop arrondie. Mais dire les choses clairement. Si je te le dis clairement, tu me diras après, si c'est agressif, si c'est maladroit. Si tu le dis trop arrondi, clairement ça peut être compliqué ce curseur parce que c'est en fonction de chaque personne et le cadre est un être humain comme tout le monde. Il a aussi ses défauts, on va dire. Par contre, c'est toujours être très clair par rapport aux choses. Je ne vais pas avoir un double discours si c'est la question. Pour moi il ne doit pas y avoir une double loyauté, il n'y a qu'une loyauté. Après ce sont des visions et des appréciations différentes. Bien sûr qu'un directeur n'y connaît rien par rapport à des

problématiques de patients, je ne dis pas que ce n'est pas sa préoccupation, mais il n'est pas là pour ça. Mais quand je dis : on a besoin de ce type de matériel, c'est parce que je lui transcode vis-à-vis des patients, et inversement je dirais à l'équipe : j'ai demandé, mais on ne peut pas tout avoir. Il a fallu faire des compromis. Je ne dis pas derrière avec un sous-entendu : le directeur (avec ce discours) il ne pense qu'à l'argent. Non, parce que là quelque part c'est mettre de l'huile sur le feu. Et là, il faut toujours garder la tête froide et c'est là que je reviens à une seule loyauté, mais avec des abords différents. Des abords différents.

Justine : selon vous, ces liens de loyauté se construisent-ils dans la même temporalité ou y en a-t-il un qui se forge avant l'autre dans la construction avec les collaborateurs et avec la hiérarchie ?

Interviewé : si on parle de loyauté, on parle de confiance. Pour moi, il y a deux choses. Il y a le fait de mon regard candide ou aussi ce n'est pas donner sa confiance comme ça, tout de suite, malgré que j'étais un peu comme ça parce que pour moi c'était un postulat. Après, il faut reconnaître et je pense que c'est de part et d'autre, c'est pour ça que la relation doit prendre du temps. Elle ne doit pas être forcée, mais elle doit aussi se créer. Donc il faut du temps. Elle se construit à partir des actes concrets. Je reviens toujours à ça, parce qu'il y a des moments où on a monté un projet et c'est en se rencontrant aussi qu'on apprend à se connaître et à apprendre à se faire confiance. Ce n'est pas : »je te laisse ma confiance « parce que ça m'arrange bien et inversement j'ai confiance en toi, mais en fin de compte je contrôle tout ce que tu fais. La personne s'en rend compte à un moment donné. A un moment donné on lui dit un discours et puis en même temps dans les actes, ce n'est pas ça. C'est pour ça qu'il faut aussi responsabiliser les personnes, leur donner aussi des projets, mais sur cette histoire de liens.

Justine : oui de relations, de liens de loyauté.

Interviewé : les liens de loyauté dans la temporalité ça se crée. Ce n'est ni trop tôt, ni trop tard, ça se fait au fur et à mesure.

Justine : il n'y a pas un lien qu'il est nécessaire de créer avant l'autre ? Il n'y a pas, selon vous, de priorité dans une construction d'une relation, d'un lien avant de pouvoir tisser l'autre relation ?

Interviewé : je ne sais pas s'il y a une histoire entre guillemets « d'ordre ». Je pense que si c'est du lien humain. On va le remettre dans un contexte. On est dans un contexte professionnel, ce qui nous anime tous c'est comment, vis-à-vis du patient, on va pouvoir lui apporter un service rendu, un soin, une thérapie et donc c'est comment on va faire converger les intelligences collectives, on va dire, pour être au service de. C'est-à-dire que notre dénominateur commun, c'est cette population de patients. Après ça, c'est des mots, comment ça se traduit ? Par des actes. Il n'y a pas d'abord l'un et puis après l'autre. C'est peut-être d'abord de se parler au début. Qu'est-ce que l'autre attend ? Qu'est-ce que l'un attend de l'autre aussi pour ne pas qu'il y ait de forme d'incompréhension envers l'autre. Et après c'est de voir si ces choses sont faites, parce que là aussi, il y en a qui vont peut-être parler et ils vont se rendre compte. Cela peut être de bonne foi ou de mauvaise foi, mais je pars du principe que l'être humain est bon, donc ce n'est pas qu'il est de mauvaise foi, mais c'est que lui va s'imaginer que ce qu'on a convenu ensemble, il l'a fait, mais il ne l'a peut-être pas fait comme on l'aurait souhaité. C'est peut-être là qu'on va discuter : « c'est fait, mais ce n'est pas bien fait ». Je ne sais pas si je suis clair ?

Justine : si, si, très bien. Comment, selon vous, le cadre de santé peut-il accepter la dualité de sa position entre équipe et hiérarchie ?

Interviewé : il faut être clair dans sa tête en se disant : je n'habite pas en fonction d'une direction, et d'une équipe. C'est aussi en tant que cadre vers quel cap je vais ? Mais pas moi, simplement parce que... et je dirais même au-delà du directeur parce que le directeur répond aussi à un contexte. C'est tous avoir cette vision de vers où on va tous et moi je ne fais pas seulement avec ce que dit mon équipe ou ce que dit mon directeur, c'est aussi d'avoir ma propre vision et ma propre opinion. Après c'est de m'ajuster aussi par rapport aux exigences d'une direction et s'adapter aussi par rapport aux possibilités d'une équipe, aux possibilités d'une équipe parce que son temps à soi n'est pas forcément le temps d'une équipe. Là parfois c'est un peu compliqué parfois parce qu'on a parfois des adjonctions et on est pris dans le temps et puis les équipes sont dans autre chose et ça, ce n'est pas simple.

Justine : du coup de savoir où est le cap c'est ce qui permet de gérer, de supporter, d'accepter cette dualité qui se crée ?

Interviewé : c'est ça, c'est sûr que si on ne regarde que là à l'instant présent et qu'on ne se projette pas, c'est difficile.

Justine : selon vous que peut apporter au cadre de santé cette acceptation de la dualité et dans sa position dans sa pratique quotidienne ? Ça rejoint un petit peu ce qu'on vient de dire avant, ça précise par rapport à cette question d'acceptation de la dualité. Selon vous que peut apporter au cadre de santé le fait d'accepter la dualité de sa position en fait au quotidien ?

Interviewé : on va dire que ça fait partie du jeu. Ça fait partie du jeu. Il faut la prendre en compte, mais ça doit ne pas être un élément qui nous tétanise, en se disant que ça fait partie du jeu. J'en tiens compte.

Justine : j'en prends acte.

Interviewé : j'en prends acte.

Justine : la conscientiser peut permettre...

Interviewé : oui, oui, oui de dire et puis après c'est aussi une personnalité en tout cas de mon côté, la vérité n'est jamais ni aux extrêmes ni.... C'est un consensus, mais pas un consensus mou. C'est de dire voilà il y a cette vision-là de l'équipe, il y a vision de la direction et comment on va essayer d'harmoniser et jamais ce côté tout de suite opposable, mais peut être complémentaire et d'avancer avec eux. Ce n'est pas faire un truc un peu mou, quelque chose vraiment, mais où on fait converger ces forces pour pouvoir avancer, mais toujours avec un cap dans l'idée de : qu'est-ce que le patient a besoin ?

Justine : et c'est ça qui au quotidien permet au cadre de supporter ces dualités, ces oppositions qui peuvent émerger grâce à ...

Interviewé : oui, en tout cas, c'est un peu synthétique par rapport à tout ce que j'ai pu dire. Il ne faut pas que le cadre se mette à la fois bourreau et victime. Il n'est pas au milieu. Il y a un troisième trépied. Il y a l'équipe, la direction et là je le mets de

manière claire horizontale et non pas verticale parce que sinon le cadre est sandwich. Moi je le mets comme ça avec un décalage par rapport aux deux, pour justement faire converger, donner du sens, faire une triangulation.

Justine : une triangulation et une distance, il y a un léger pas en arrière pour ne pas être écartelé entre deux polarités, mais vraiment créer.

Interviewé : c'est ça, et selon les forces, qu'on soit étiré d'un côté ou de l'autre.

Justine : créer des équilibres, créer du lien.

Interviewé : oui.

Justine : et un triptyque, quelque part c'est donner de l'équilibre aussi

Interviewé : c'est ça, c'est vraiment un trépied et dans l'idée, il ne doit pas être juste la variable d'ajustement.

Justine : ou l'arbitre permanent

Interviewé : oui, oui, exactement. C'est pour ça que la vérité n'est pas au milieu.

Justine : j'imagine, c'est l'image du trépied donc vous venez de parler qui me fait penser à cette idée pour finir d'un partage de responsabilité que vous avez évoqué tout à l'heure.

Interviewé : c'est ça.

Justine : ce n'est pas juste trancher, il faut trancher, il faut prendre à un moment donné une décision, mais elle n'est pas péremptoire, elle émane forcément de cette triangulation des échanges.

Interviewé : c'est ça, c'est ça. Avec chacun son rôle propre, une équipe a son rôle, la direction a son rôle et le cadre à son rôle. Et que ces trois rôles doivent converger vers un même sens, mais chacun a son rôle à jouer. Je reviens à cette notion de responsabilité. Officiellement, il y a un directeur, il faut très cohérent, mais c'est comment on peut responsabiliser chacun parce que sinon c'est trop facile.

Justine : de tout faire porter.

Interviewé : bien sûr.

Justine : en l'occurrence, le cadre puisqu'on en parle.

Interviewé : oui, tout à fait. Ce serait trop facile.

Justine : très bien. Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé que vous auriez aimé traiter ou préciser autour du thème que nous avons abordé ?

Interviewé : il n'y a pas un thème en particulier. Après, ce qu'il faut avoir en tête, je dirais qu'il n'y a pas un bon et un mauvais management. Il y a un management adapté à la situation, au contexte. Je pense que là aussi on est dans une évolution, on est sur un monde réseau. Ce qui se passe à l'extérieur forcément impacte l'hôpital. On voit bien qu'il y a un changement de société, de génération, mais pas

seulement. On ne peut plus, et ce ne serait pas adapté, manager comme il y a 10 ans ou 20 ans, ce n'est pas possible. Ce n'est pas possible. J'en reviens là, c'est toute l'ambivalence aussi pour les équipes d'avoir de plus en plus d'autonomie, mais sans avoir derrière aussi ce côté de porter la responsabilité. Et c'est là qu'il faut être vigilant. S'il y a un point de vigilance, c'est là. Il ne faudrait pas penser qu'on quitte un monde et que ce serait un monde meilleur. On en revient encore une fois de plus, ce serait une vision manichéenne et bipolaire et ce n'est pas ça. C'est d'avoir quelque chose d'adapté face à un contexte. Et l'élément qui me semble important parce que c'est sorti, la loyauté c'est vrai, mais... en plus, on est dans un domaine ou quand même il y a de l'humain et donc je pense qu'il ne faut jamais oublier que les outils, les méthodes, c'est essentiel, mais avant tout il ne faut pas oublier les valeurs. Les choses reposent là. Je pense que là ça permet aussi de remettre tout le monde d'équerre. À un moment donné c'est bien beau, mais il est où le respect ? Elle est où la loyauté ? Elle est où ? C'est bien beau de dire tout ça, mais concrètement ça se traduit comment ? Pour finir, je pense que parfois il faut en revenir, c'est extrêmement novateur, c'est simplement déjà d'échanger. Je le dis souvent. C'est de refaire du lien. A un moment donné, on se réfugie derrière les nouvelles technologies et tout ça, comme si c'était un peu le truc facile, mais je pense que parfois au lieu d'un coup de téléphone, ça prend du temps certes, mais parfois c'est beaucoup de temps investi pour justement une meilleure relation. À un moment donné, on croit qu'en faisant un mail en deux minutes, parfois il vaut mieux prendre cinq minutes, mais c'est du temps investi pour après.

Justine : pour la qualité des valeurs partagées, la relation et justement une forme de confiance sur le long terme

Interviewé : tout à fait.

Justine : d'une loyauté qui s'exprime grâce à ces échanges qui se tissent en fait.

Interviewé : on est vraiment sur le lien humain. En plus, en étant confronté, quand on est des thérapeutes... c'est comme si vis-à-vis d'un patient, vous vous engagez à faire quelque chose avec lui et puis vous ne le respectez pas. Forcément le lien de confiance n'est pas. C'est pareil avec d'autres, avant d'être des patients ou d'être des thérapeutes ce sont des humains. Il faut toujours avoir cette notion sociologique de ce qu'on dit à quelqu'un, et est-ce qu'on peut le tenir ou pas ? Donc voilà sur quoi je terminerai.

Justine : très bien, merci beaucoup.