

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Européenne de Bretagne

Université Rennes 2 – Bretagne Loire

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

**Quand communiquer
permet de
s'impliquer**

Sarah MARGUERITTE

Directeur de mémoire : Sophie HUITOREL

Soutenance le 23 juin 2016

Année 2015 - 2016

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Européenne de Bretagne

Université Rennes 2 – Haute Bretagne

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

**Quand communiquer
permet de
s'impliquer**

Sarah MARGUERITTE

Directeur de mémoire : Sophie HUITOREL

Soutenance le 23 juin 2016

Année 2015 - 2016

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont soutenue dans la réalisation de cette initiation à la recherche.

Je remercie, tout d'abord, Madame HUITOREL, cadre de santé supérieure du pôle imagerie, du centre hospitalier universitaire de Rennes, pour l'accompagnement et le soutien durant la formation

Je remercie, ensuite, mes correcteurs, qui ont eu la gentillesse de relire cet écrit et qui ont eu du travail...

J'adresse aux interviewées mes remerciements pour la confiance qu'elles m'ont accordée et les propos riches qui m'ont permis de construire l'analyse.

Je tiens enfin à remercier ma famille pour son soutien logistique et psychologique qu'elle m'a apporté tout au long de l'année.

« Communiquer, c'est mettre en commun ;
Et mettre en commun, c'est l'acte qui nous constitue.
Si l'on estime que cet acte est impossible,
On refuse tout projet humain. »

Albert JACQUARD

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	1
1.1	Cheminement vers une problématique	1
1.2	Mes lectures.....	4
1.3	Un entretien exploratoire.....	5
1.4	La question de recherche	8
2	LE CADRE CONCEPTUEL.....	9
2.1	La Communication.....	9
2.2	Les émotions.....	17
2.3	L'implication.....	23
2.4	La dynamique de projet.....	26
3	LA METHODOLOGIE.....	28
3.1	Présentation de la démarche.....	28
3.2	Les objectifs de la recherche.....	28
3.3	Le choix du terrain.....	29
3.4	Le choix des acteurs.....	29
3.5	Le choix des outils.....	30
3.6	L'analyse du contenu.....	32
3.7	L'analyse du recueil de données.....	33
3.8	Les limites.....	33
3.9	Les apports.....	34
4	L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION DES RESULTATS.....	35
4.1	Analyse de la méthode.....	35
4.2	Analyse contextuelle.....	35
4.3	Les cadres.....	37
4.4	Les infirmières.....	53
4.5	La hiérarchie.....	64
5	SYNTHESE.....	67
6	CONCLUSION.....	73
6.1	Limites et valorisation d'un premier travail d'initiation à la recherche.....	73
6.2	Projection de la fonction cadre.....	74
7	REFERENCES.....	77
8	TABLE DES MATIERES.....	81

1 INTRODUCTION

Tous les êtres vivants communiquent entre eux. Vivre c'est communiquer.

Notre cœur de métier nous amène à interagir entre nous. S'impliquer à un projet va-t-il de soi, comment communiquer les projets, quels moyens le cadre possède-t-il pour favoriser la dynamique du groupe ?

Ce travail d'initiation à la recherche, effectué dans le cadre du diplôme de l'institut de formation des cadres de santé de Rennes, m'initie à la méthodologie de recherche en sciences humaines et sociales et me permet d'étudier un sujet qui questionne les cadres de santé chaque jour : communiquer efficacement avec l'équipe pour une qualité de soins maximum.

Ainsi, dans un premier temps, le cheminement de la problématique m'amène à faire le point sur l'intérêt que je porte à la communication. J'entends ici, avoir la capacité à s'adapter aux événements que la vie nous propose pour s'impliquer. Avoir envie de communiquer, s'investir dans des projets et s'imprégner des valeurs du soin.

Dans un deuxième temps, le cadre conceptuel apporte une dimension psychosociale en se référant à des auteurs. Par conséquent il donne un caractère plus « scientifique » à ce travail.

L'étape suivante m'amène à développer le choix de la méthodologie de recherche, où je présente le type de recueil que j'ai souhaité faire sur le terrain et la manière dont je traite les données.

Enfin, l'analyse me porte à faire interagir les résultats des entretiens entre eux et répondre à la question de recherche.

Dans la conclusion, je critique les limites de mon travail et j'explicité mon positionnement de cadre de santé au regard de cette initiation de recherche.

1.1 Cheminement vers une problématique ...

C'est en voyageant en Afrique avec ma famille dès l'âge de 14 ans que je découvre le besoin de comprendre et de m'appliquer à me faire comprendre des autres. Se comprendre, s'entendre n'est pas qu'une histoire de langage. C'est aussi partager des valeurs, des rituels et

des habitudes de vie, puis s'intégrer pour se faire accepter en tant qu'étranger. J'en déduis qu'accepter de changer en s'impliquant permet de s'intégrer, de comprendre les autres et ainsi accepter les différences. Bien plus tard, je m'aperçois qu'un cadre de santé se doit d'adapter son comportement aux différentes situations, écouter les professionnels et les émotions, s'appliquer à faire circuler les informations entre la direction et les soignants.

La première situation professionnelle de faisant fonction de cadre que je souhaite partager est à l'origine de la question de départ et le fil conducteur de cette initiation à la recherche.

J'ai vécu ma 1^{ère} expérience de faisant fonction dans un service composé de deux unités avec une quarantaine d'agents dont le tiers de l'équipe infirmière et aide-soignante venait d'être renouvelé. Une de mes priorités était de veiller à de bonnes transmissions afin de permettre aux nouveaux professionnels de s'intégrer. Aussi je m'interroge à propos des outils nécessaires à une bonne transmission des informations courantes dans le service, entre les membres de l'équipe. Un cahier de transmissions existait mais il était « caché » et ce que j'y inscrivais n'était lu que par les anciens.

Je me concentre alors sur la manière de le rendre utilisable facilement et clairement pour tous. Selon qu'elle soit de type organisationnelle ou technique, l'information doit être accessible, écrite pour rester ou transmise à l'oral à plusieurs reprises pour être bien comprise. Les différentes façons de communiquer me questionnent :

« En quoi les moyens de communication dans un service de soin influencent-ils la qualité de l'information ? »

Je souhaite développer pour ce travail de recherche, la manière dont le cadre de santé communique avec son équipe, et comprendre la raison de l'implication au travail. La question de départ que je me pose est la suivante :

« Comment passer l'information à l'équipe pour permettre l'implication des agents ? »

Je m'appuie dès lors sur deux situations professionnelles vécues en tant que faisant fonction de cadre de santé. En outre, j'enrichis mon questionnement avec des lectures, un entretien exploratoire et deux autres situations analysées lors de mes stages à l'institut de formation des cadres de santé. Ces expériences guident ma réflexion, c'est en posant des questions que je souhaite aboutir à ma question de recherche.

Expérience de faisant fonction

Une seconde expérience de faisant fonction dans un climat tendu par un manque d'effectif important, m'interroge à propos de l'utilisation des espaces de paroles ou de coopération que le cadre peut mettre en place au sein de l'équipe. Malgré le climat tendu, je décide de maintenir la réunion d'information hebdomadaire. Finalement, le ton monte, les agents du service ont l'impression de ne pas être entendu car ils forment des remplaçants seulement pour quelques jours. Les infirmiers remplaçants ne sont pas rassurés et les experts s'épuisent. Le cadre est montré du doigt, le volume sonore augmente, je regrette d'avoir maintenu la réunion, mon souhait était de permettre à l'équipe de s'exprimer à un moment T. Le résultat a été qu'ils ont craqué et que leur cadre est devenu à leurs yeux la cause de tous leurs problèmes. Ils expliquaient que c'était la fonction cadre qui était accusée car elle représente la direction, qui ne répond pas à leurs attentes.

Je comprends qu'une limite existe entre se poser une fois par semaine avec l'équipe, passer des informations et leur proposer un moment pour qu'ils s'expriment.

Selon le contexte, l'échange n'est pas possible, il faut savoir mesurer les émotions, sentir les tensions de l'équipe et reporter le temps de parole si nécessaire.

Selon comment ils sont menés, ces temps de paroles peuvent être porteurs ou destructeurs pour l'esprit d'équipe, aussi, je m'interroge sur la manière de conduire une réunion qui peut devenir un débat :

« La manière de conduire des réunions et le ressenti des émotions par le cadre sont-ils les seuls facteurs en question face à l'implication ou au désengagement des individus lors de la mise en place d'un projet ? »

Autre situation de travail

Enfin, une troisième situation de travail autour du projet du bain thérapeutique aux soins palliatifs, me questionne quant au rôle de l'encadrant dans sa capacité à favoriser l'implication des soignants. En fait, la question ici concerne la façon de pouvoir mettre du sens dans un projet impactant directement les soignants mais dont le thème a été choisi par l'équipe médicale et psychologique. Six soignants s'étaient volontairement inscrits pour participer à ce travail de

groupe, et pourtant, ce fut un échec de présentéisme car les quatre réunions de travail prévues se soldaient avec zéro ou une personne présente. Historiquement, ce travail avait débuté car les supérieurs fonctionnels avaient relevé des manquements de la part des professionnels lors de ce soin. Ceux-ci se sont sentis juger. Susciter leur intérêt autour d'un projet pour cette activité n'a pas suffi. Je pense qu'il aurait fallu mettre de côté cette étude et leur permettre d'y revenir par un autre chemin et par eux-mêmes.

La place occupée par les supérieurs fonctionnels vis-à-vis de l'équipe sur ce projet peut être remplacée par la direction qui impose une restructuration dans un service. C'est autour de la notion du sens donné à un projet que je pense réfléchir dans ce travail de recherche. Aussi, j'illustre ma réflexion par la question suivante :

« Donner du sens à un projet non initié par les protagonistes est-il envisageable ? »

1.2 Mes lectures

Elles confirment mon intérêt à approfondir la question de l'efficacité de la communication entre un cadre et son équipe.

En effet, comme l'écrit Marie-Ange Coudray (2004), on arrive au consensus que depuis plusieurs années, le cadre de santé, au cœur des changements dans l'institution, doit savoir gérer ses propres craintes ainsi que l'inquiétude du personnel lors de l'annonce de l'évolution de la politique institutionnelle. On compte sur le cadre pour que le projet soit une réussite au sein du service et que les soignants s'impliquent positivement. L'idéal est qu'il fasse en sorte que l'inquiétude soit productive, motrice mais non inhibitrice et recentrée sur le patient. Il lui est conseillé de parler de gain plus que de perte, verbaliser le projet et le rendre réaliste pour éviter la montée des rumeurs, mesurer les points faibles pour les améliorer avec l'équipe et ainsi, stimuler, générer l'implication des individus. Par expérience, le cadre sait qu'en créant des espaces de liberté et de paroles, il aidera l'équipe à se mobiliser et passer du sentiment de la contrainte d'un changement imposé à un sentiment d'appartenance au projet annoncé. Cet espace à saisir est important, il permet aux soignants de donner du sens à leurs activités et se concentrer autour de la prise en charge du patient. Construire une identité d'équipe et une relation authentique garantissent une construction commune.

Mais à quelles conditions sont possibles ces espaces de coopération ?

Selon, Bernard Charrier (2013), Dejours et Davezies, nous livrent une solution de dynamisme du travail autour du bien-être. D'après eux, une organisation fonctionne bien lorsque les travailleurs, eux-mêmes recherchent des solutions pour améliorer un système inefficace. Cela est possible lorsque la psychodynamique du travail tend vers la réduction de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel.

Les projets de restructurations imposés sont-ils étudiés en collaboration avec les professionnels de terrain ?

En complément et parce que nous sommes des soignants, je cite Ilios Kotsou (2008). Il fait apparaître aussi la place du patient dans la dynamique du travail. Le bien-être du patient est la base primaire de notre existence en tant que soignant « il est nécessaire que le cadre de santé en prenne conscience pour atteindre la qualité dans les soins, au bénéfice du patient ».

D'une façon plus globale, Marie-Anne Dujarier (2008), nous propose d'étendre notre vision au-delà de l'hôpital vers l'organisation politique de la cité. Il est important que tous considèrent l'organisation de la politique de santé de la même manière avec les mêmes **valeurs** afin que tous se sentent concernés et puissent s'impliquer.

En d'autres termes, ces lectures répondent en partie aux questionnements des situations exposées. Annoncer des projets de changement en continu aux équipes n'est pas chose aisée. Les outils nécessaires à une bonne transmission participent du comportement du cadre. Le dynamisme, le positivisme et l'affirmation de ses valeurs donne le ton à l'ambiance de l'équipe. Donner du sens est essentiel à l'implication des soignants. C'est en recentrant les activités autour du patient que les équipes ont envie de travailler.

Je continue l'exploration pour compléter ces données. En interrogeant un cadre sur l'annonce concrète de projet, je recherche la manière de se préparer et ce qu'il ressent.

1.3 Un entretien exploratoire

Lors d'un stage réalisé pendant ma formation, j'ai mené un entretien exploratoire auprès d'un cadre responsable d'une grande équipe. Je présente en annexe 1 le tableau avec les questions et les objectifs de recherche. En annexe 2, on y trouve l'entretien retranscrit, je l'analyse en trois grandes parties.

La première partie concerne successivement la manière et les moyens que le cadre utilise pour transmettre, le rôle des émotions dans la communication et l'implication que cela génère chez les soignants. La deuxième partie est consacrée au rôle du manager, puis de la direction d'où partent les informations. Enfin, dans la troisième partie, je ferai une critique de l'utilisation de l'outil dans le but d'améliorer ma pratique lors des entretiens d'analyse.

De cet entretien, il en ressort que ce sont les informations institutionnelles qui sont les plus difficiles à transmettre car elles concernent l'organisation du service et impactent directement les agents. Ecouter permet au cadre de s'adapter et ressentir les émotions du soignant. Ainsi, la compréhension et la disponibilité des soignants dépendent de la qualité de la transmission de l'information et de la capacité du cadre à s'adapter au contexte.

Les moyens utilisés pour améliorer la qualité de la transmission sont de préparer ses objectifs pour être capable de se positionner, écrire, observer l'autre, attacher de l'importance à l'environnement, être audible.

En outre, demander à être observé par un pair peut être une source d'amélioration lors des prestations orales. De plus, il est préférable de reporter les réunions et ne pas rester rigide dans sa façon de fonctionner. En revanche, les freins à la communication avec les agents sont souvent dus à leur indisponibilité liée à la fatigue, aux conditions de travail, c'est pourquoi le cadre doit être adaptable.

Les émotions sont directement liées aux comportements dans la communication et à la qualité de la prise en charge des patients. Les intégrer permet au cadre de mieux connaître les soignants et les aborder individuellement. Nommer les émotions et garder l'équilibre permet au manager de garder la distance nécessaire et se positionner.

Ces outils sont essentiels pour donner du sens aux activités de soin. S'impliquer permet d'être force de proposition, participer aux groupes de travail et se sentir bien au travail. Les personnes qui ne s'intéressent pas n'existent pas. Par le fait, la non implication des agents n'est pas synonyme de désintéressement mais témoigne plutôt d'une manifestation d'autoprotection ou de signes de souffrance des individus.

C'est pourquoi, le rôle du cadre est de proposer des actions, motiver les agents en donnant une place à chacun, « leur donner un petit coup de pouce » (question 20), être original dans ses propositions de travail en commun pour y impliquer tout le monde.

De plus, réfléchir sur l'organisation du travail est porteur et motivant pour les équipes. Enfin, il est demandé au cadre de porter auprès des équipes les informations institutionnelles proposées par la direction de l'établissement.

Cet entretien exploratoire confirme que ce sont bien les informations institutionnelles qui sont les plus délicates à transmettre. C'est donc sur des projets initiés par la direction que je voudrais travailler. L'adaptabilité du cadre est une valeur récurrente sur laquelle je souhaite m'appuyer et observer ainsi la réalité de cet adage auprès des professionnels.

Les limites retenues lors du déroulement de l'entretien et parce que certaines réponses étaient déjà données, sont que je n'ai finalement pas posé toutes les questions prévues. Je n'avais pas non plus prévu de questions de relance pour recentrer mon sujet. Cela ne porte pas à préjudice car l'intérêt de l'entretien exploratoire est d'ouvrir le thème. Cependant il est intéressant d'y veiller lors des entretiens menés dans le cadre de l'analyse de la question de recherche.

Expériences vécues à l'école des Cadres

Enfin, sans les développer, je livre ici l'analyse d'une expérience de travail en groupe puis d'une situation de stage que j'ai vécu cette année.

Ces situations m'ont prouvé qu'il est difficile de s'impliquer lorsque le climat n'est pas favorable. Le positionnement du cadre est sollicité car transmettre en donnant du sens, en restant en adéquation avec ses valeurs et celles de l'entreprise ne va pas forcément de soi.

Les facteurs tels que le climat social du moment, la disponibilité intellectuelle des individus et la gestion des émotions de chacun interfèrent la communication entre les personnes. S'ils ne sont pas appréhendés positivement, ces facteurs peuvent produire une résistance importante à l'élaboration d'un projet. Factualiser les faits permet la mobilisation des acteurs et favorise le déblocage de la situation. Mais cela est-il suffisant ? Comment un cadre contribue-t-il à créer un environnement de travail favorable pour que les individus aient envie de s'impliquer ? La communication permet-elle au cadre de créer des espaces de coopération ? Existe-t-il d'autres facteurs qui interfèrent l'implication des soignants dans les projets ?

« Changer vraiment, ce n'est pas faire moins ou plus de la même chose, c'est faire autre chose ». Nous comprenons alors comment la communication peut aboutir à des distorsions, voir à une communication paradoxale.

1.4 La question de recherche

Au regard de mes expériences personnelles et professionnelles, de lectures, de mon entretien exploratoire, et des situations vécues lors de la formation cadre, j'observe que la manière de communiquer une information à une équipe de soins et la prise en compte des émotions par le cadre de proximité participent étroitement à l'implication et la dynamique des équipes.

Les bouleversements au sein des institutions hospitalières, l'évolution des lois de santé, les boîtes mails des cadres qui débordent d'informations diverses participent à questionner l'efficacité de la communication managériale. Conviés à de multiples réunions, la direction engage les cadres à communiquer aux équipes et maintenir un niveau optimal d'informations à propos des évolutions d'organisation de l'établissement ou de l'amélioration des pratiques professionnelles. Pour ne pas réduire le cadre simplement à une fonction de transmetteur, je souhaite chercher comment il peut aussi être un collaborateur.

C'est pourquoi je souhaite aborder la dimension de la communication et de l'implication des salariés aux projets institutionnels au sein d'un service de soins hospitaliers. Je pose alors la question de recherche suivante:

En quoi la communication du cadre de santé avec son équipe, dans une dynamique de projet, favorise-t-elle l'implication des soignants ?

Je pose alors les hypothèses suivantes :

- ❖ Adapter les outils de communication et créer des espaces de coopération au sein du service favorise l'implication des soignants.
- ❖ La considération des émotions par le cadre, lors de l'annonce d'un projet favorise l'implication des soignants.

2 LE CADRE CONCEPTUEL

La recherche scientifique autour des notions de la communication, des émotions et de l'implication va me permettre de poser un cadre à cette initiation à la recherche en sciences humaines. Je souhaite également aborder la notion de projet que je vais nécessairement utiliser comme objet central à cette triangulation.

L'approche psychosociale semble être la plus adaptée pour aborder ces notions.

2.1 La Communication

La communication peut être envisagée sous plusieurs angles. Ainsi, je donnerai plusieurs définitions du dictionnaire enrichies de l'article 83 de la Loi portant sur les droits et obligations des fonctionnaires. En effet, les droits et les devoirs peuvent à mon sens être soit une aide soit un frein à la communication d'un projet par le cadre. Ensuite nous considérerons la communication mécanique et systémique, avant d'introduire la notion du sens dans la relation et interroger ce que peut engendrer la rumeur.

2.1.1 Les définitions

Dans le petit Larousse illustré 2016 :

La communication est « l'action d'établir une relation avec autrui ». Elle unit la parole à l'acte de communiquer, c'est à dire « entrer en relation avec quelqu'un, entrer en contact ».

Ce peut être aussi plus simplement un « exposé fait devant un groupe » : le quotidien du cadre de proximité en quelque sorte.

Le petit Larousse nous offre une troisième définition de la communication dans le champ sociologique comme étant « l'ensemble de moyens et de techniques permettant la diffusion d'un message ».

La définition de la compréhension nous intéresse également, c'est la « faculté de saisir spontanément la réalité de quelque chose et intellectuellement les causes et conséquences qui se rattachent à telle chose et qui l'expliquent. »

Guillaume Leroutier (2011), écrit que Grégory Bateson est à l'origine de la notion de la métacommunication. « Méta-communiquer, c'est communiquer à propos de la communication. « Méta » est un terme grec qui signifie « au-dessus de ». Méta-communiquer c'est donc se placer « au-dessus » de l'échange en cours ». « Cela revient à faire une pause dans cet échange pour communiquer à propos de son contenu, de son évolution, de ses qualités, de ses obstacles ou de ses manques. La métacommunication peut donc concerner le contenu de l'échange ou la relation elle-même ».

2.1.2 La législation

Rappeler la législation sur les droits et obligations des fonctionnaires permet-elle de simplifier le rapport à la communication ?

Il s'agit de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 dite loi Le Pors, elle détaille les droits et les obligations des fonctionnaires.

Les droits concernent les missions professionnelles des fonctionnaires et leur qualité en tant que citoyen. Ainsi, la liberté d'opinion, art.6 2^{ème} et 6^{ème} alinéa de la Loi 83-634 rappelle :

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires : «Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques [...] « Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

1° Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés au deuxième alinéa du présent article ;

2° Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;

3° Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés ».

Les fonctionnaires, au service de l'intérêt général, sont soumis à des obligations professionnelles et morales. Ainsi, le devoir d'obéissance hiérarchique, à l'article 28 de la loi du 13 juillet 1983 rappelle :

« Tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie administrative, 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 ».

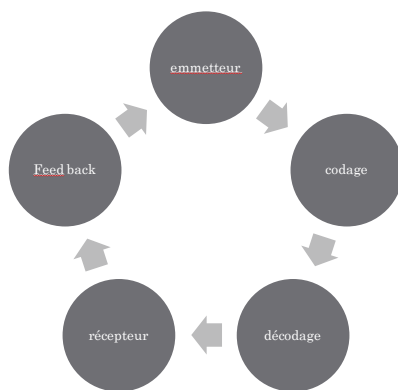
La subordination hiérarchique impose également de se soumettre au contrôle hiérarchique de l'autorité supérieure compétente et de faire preuve de loyauté dans l'exercice de ses fonctions. Le devoir d'obéissance impose enfin au fonctionnaire de respecter les lois et règlements de toute nature. Les documents légaux qui doivent être respectés par le cadre sont ceux émanant de la Constitution, des lois, des règlements, des instructions ou des notes de services.

2.1.3 La communication mécanique

D'après le Cnrtl¹, dans le contexte linguistique, psychologique ou des sciences sociales, la communication est définie comme « un processus par lequel une personne émet un message et le transmet à une autre personne qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles ». Cette marge d'erreurs peut-être due, soit par l'émetteur, au codage de la langue parlée ou écrite, au langage gestuel ou autres signes et symboles, soit par le récepteur, au décodage du message, bref au véhicule ou au canal de communication emprunté.

Dans son ouvrage « la psychologie de la communication », Jean Claude Abric, professeur de psychologie sociale du 20^{ème} siècle, met l'accent sur l'importance du climat créé dans la communication humaine. En effet, il dit que c'est « la qualité de la relation qui génère la qualité de la communication ».

¹ Cnrtl : Centre national de ressource textuelle et lexicale



Le modèle de Shanon: la notion de Feed-Back

La théorie de l'information de Shanon aborde la notion de feed-back. L'émetteur envoie un code (langage compréhensible par le récepteur) par un canal, qui est le support qui véhicule le message. Le récepteur décode et s'approprie le message. Enfin le feed-back contrôle, régule et traite les erreurs.

A ce stade, Shanon n'introduit pas les facteurs psychosociaux (normes, valeurs, signification des informations partagées par les individus).

Cette vision est confirmée par Bonald, politicien et philosophe du 19^{ème} siècle, « sans communication point de signes, point de parole, point d'idée par conséquent ».

Nous développerons l'information dans la partie suivante car c'est un concept inclus dans l'approche systémique.

2.1.4 La communication systémique

D'après la théorie de la communication sociale, « l'approche systémique des relations humaines est une façon d'observer les relations humaines qui reconnaît l'interaction comme le principe fondamental de ce qui se dit. Adopter l'approche systémique, c'est changer de regard et s'intéresser à la circulation des informations dans les relations humaines ». Elle permet plus en finesse de déchiffrer les enjeux cachés derrière la communication.

L'information existe sous deux formes et est incontournable dans l'analyse des systèmes d'organisation. Il y a l'information circulante, c'est celle que l'on véhicule par les notes de services et ce qui permet d'observer s'il y a un décalage entre les directives et le terrain. Il y a l'information structurante, c'est ce que l'on construit en communiquant.

Ainsi le Cnrtrl définit les types d'informations. Tout d'abord l'information formelle est « une information théorique et abstraite de notions et de règles ». Elle donne plus d'importance à l'apparence qu'au fond. L'information informelle est « une information qui se dégage de tout formalisme ». Par exemple, qui a lieu à la pause-café.

C'est en mettant en évidence les obstacles qui existent dans le domaine de la communication interindividuelle ou en groupe, que les sociologues Bateson ou Watzlawick, et d'autres issus de l'école de Palo Alto, nous expliquent comment adapter et améliorer notre communication.

Paul Watzlawick en 1967 dit : « Il est impossible de ne pas communiquer », il explique que la communication n'est pas uniquement orale, elle peut être non verbale, écrite ou d'ordre intentionnel. Elle n'est pas forcément consciente et prête facilement à l'interprétation.

En outre, il considère l'influence des émotions importante, car mal maîtrisée elle peut entraîner soit le blocage du feed-back, soit la fermeture de la conversation et ainsi favoriser l'interprétation.

Cependant, Paul Watzlawick évoque « le filtrage », le phénomène de la désirabilité sociale ou de « l'envie d'être aimé ». Il explique que c'est un comportement que le cadre peut facilement adopter par mégarde. Le filtrage peut être favorisé lors de l'annonce à une équipe fatiguée d'un projet institutionnel imposé, par exemple.

Ainsi, Watzlawick, théoricien de la communication et du constructivisme évoque que communiquer n'est pas un acte isolé, c'est un processus complexe. Il existe, d'après lui, différentes manières pour l'améliorer. Faire attention à l'action mais aussi à son contexte et adapter son langage en fonction des interlocuteurs. Factualiser, veiller à l'existence du feed-back et reformuler si besoin, sont des attentions simples auxquelles il faut penser. De plus, pratiquer l'écoute active et la métacommunication sont des atouts permettant de faire immerger les idées déroutantes et responsabiliser les interlocuteurs. En résumé il propose de travailler ensemble, de collaborer vraiment.

Viennent appuyer l'importance de la communication dans la relation humaine, les propos de Vilfredo Pareto (1968), sociologue économiste du début du 20^{ème} siècle. Il dit que « la langue est le véhicule de communication entre les hommes. Elle s'impose à eux comme un système de normes dont l'utilisation permet la cohérence et l'intelligibilité des contenus de communication ».

De plus, d'après Merleau-Ponty (1945), « la communication ou la compréhension des gestes s'obtient par la réciprocité de mes intentions et des gestes d'autrui, de mes gestes et des intentions lisibles dans la conduite d'autrui ».

2.1.5 Le sens et la communication

La définition du sens par le Cnrtl, d'un point de vue philosophique et d'après Aristote, est « la faculté de mettre en commun et coordonner les données de tous les sens en les rapportant à un même objet et permettant ainsi la perception de celui-ci ».

Dans son livre, Walter Hesbeen (2011) précise que « Ce n'est pas d'un langage commun dont a besoin une équipe pour œuvrer ensemble et s'orienter dans la même direction, mais bien d'une compréhension commune de ce qui se dit lorsque l'on se parle. Le langage commun est un leurre qui procure l'illusion de se comprendre et mène à bien des difficultés dans la pratique quotidienne ».

Il existe plusieurs niveaux sémantiques dans la communication permettant d'expliquer la manière dont s'imbrique la compréhension des informations pour soi et pour les autres. Il y a tout d'abord le contenu qui contient l'information, puis il y a la relation. Le contenu et la relation sont inséparables dans la communication et lui donnent un sens. Enfin, le niveau de l'inconscient dont on ne sait dire pourquoi ni comment on a compris certaines choses, est comme une révélation qui nous permet de changer soit nos valeurs, soit notre style de vie ; et permet ou pas aux individus de s'impliquer.

Comme Walter Hesbeen (2007) l'écrit , le cadre de proximité est un atout pour accompagner la recherche de sens, « il est un guide, soucieux du cheminement individuel de chacun et aide le soignant à devenir acteur unique auprès du patient et auteur du système à l'échelle de l'unité, du service et de l'hôpital ».

D'après les notes de cours d'Anne Joyeau (2016), Universitaire de l'IGR de Rennes, il faut définir ses propres valeurs pour justifier les décisions donne du sens aux actions. Pour mieux comprendre les décisions prises lors de changement imposés, il faut trouver des points de repères et en fixer d'autres.

Si un dilemme éthique émerge, il y a nécessité à créer des espaces de discussions pour s'interroger et proposer des alternatives, en amont de l'action. « ...l'une des principales difficultés de l'éthique tient dans le fait que les valeurs ne sont pas forcément partagées par tous : chacun agit selon ses propres valeurs, issues de son histoire, de sa culture.. », d'où un risque de conflits et de tensions interpersonnelles ou individuelles. C'est pourquoi le manager doit faire preuve d'écoute, d'ouverture d'esprit, d'empathie et être capable de faire des concessions.

La finalité de l'esprit éthique est la crédibilité, la cohérence et la transparence dans la communication. Individuellement il est important de comprendre ce qui nous guide car c'est ce qui guide l'autre également. Cela entraînera nécessairement une estime de soi, un bien-être au travail, un accord avec soi-même et autrui.

2.1.6 La communication bienveillante et la rumeur

D'après un blog concernant la communication vraie, la communication bienveillante et authentique permet « d'entrer profondément et véritablement en contact avec ce qui se passe en nous pour ensuite l'exprimer clairement à l'autre, sans lui nuire, et avec de meilleures chances d'être entendu ».

A l'inverse, il n'y a pas de communication sans rumeur. Ainsi, les sociologues² la définissent avec leurs mots.

Allport et Postman explique que « la rumeur naît car l'information doit être crue, on cherche à convaincre ».

Thomas Shibutani sociologue américain développe la raison pour laquelle la rumeur se propage : « le principe est de donner du sens à des faits inexplicables » ; ou encore, Jean Noël Kapferer (1990), dit que « la rumeur propose une réalité que le groupe n'aurait pas dû connaître. Celui qui la colporte en tire un bénéfice personnel ».

² <http://pascalfroissart.online.fr/1-extern/mich-04.pdf> p.5-7

D'après lui, neuf rumeurs sur dix sont noires et relatent des effets négatifs « la valorisation négative des « autres » implicite la valorisation positive du « nous » ». Ainsi, la rumeur renforce la cohésion sociale. Les rumeurs « roses » quant à elles sont la réalisation d'un désir collectif, mais plus rare ; et enfin l'attribution pour qu'il existe un garant de la véracité du récit.

Le climat d'incertitude professionnelle et les multiples lois qui se succèdent sur les gouvernances hospitalières participent à la propagation de l'effet rumeur. La rumeur se construit lorsqu'il y a une incertitude ou de l'anxiété, lorsque les équipes ont le sentiment de ne pas maîtriser leur avenir. S'il n'y a pas de réajustement informatif adapté de la part du manager ou de la direction, la rumeur s'alimente, grossit et comble le vide.

Peut-elle être une stratégie managériale ?

La rumeur est-elle complémentaire de l'information ?

Georges Nizard (2008), cadre de santé, pense que le manager doit être capable de diffuser un maximum d'information par le contact direct. «On ne manage pas les hommes par correspondance ». Le personnel cherche l'information et le contact. Ainsi il se sent reconnu et appartient au groupe.

J.N. Kapferer, cadre de santé, propose une méthodologie en quatre étapes pour anticiper les rumeurs, applicable par les cadres : détecter les sujets créant de l'incertitude ; établir de la confiance et de la crédibilité en parlant avec transparence et en restant cohérent dans les décisions prises ; informer régulièrement les personnels ; surveiller les effets des rumeurs.

Définis selon Michel Louis Rouquette dans l'ouvrage « Légendes et rumeurs » (1999), il existe quatre raisons de lutter contre la rumeur, pour le bien-être de la relation interpersonnelle au sein de l'équipe. Ce sont l'instabilité, la reconstruction, l'implication (qui dépend de l'intérêt de la rumeur pour l'individu, s'il la trouve intéressante ou pas, il la colportera plus ou moins) et la négativité.

En conclusion, je reprends les propos de Jean-Claude Abric (2012). « Bien communiquer et être performant nécessite de bonnes conditions matérielles, de rester en contact, de la satisfaction, de l'émergence et de la reconnaissance d'un Leader ». Cela permettra de régler

les problèmes, d'éclairer la situation à résoudre et offrir une représentation objective qui donne du sens et permet une cohésion forte.

2.2 Les émotions

2.2.1 Les définitions du ressenti et des émotions

D'après la définition proposée par le Cnrtrl, le ressenti est le fait « d'éprouver une sensation physique, en tant que telle, agréable ou désagréable ».

Le ressenti, d'après la définition du wikipédia désigne en philosophie et en psychologie, « une forme de rancune ou d'hostilité. Le ressentiment est un sentiment d'hostilité à ce qui est identifié comme la cause d'une frustration ».

Le Cnrtrl définit une émotion comme une « conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur ».

Quant au Larousse, l'émotion est un « trouble subi, une agitation passagère causée par un sentiment de peur, de joie, de colère...».

Daniel Goleman (2014), docteur en psychologie clinique, définit l'émotion comme étant à la fois « un sentiment et les pensées, un état psychologique et biologique ainsi que la gamme des tendances à l'action qu'il suscite ».

Un peu d'histoire nous emmène vers Charles Darwin qui étudie les phénomènes émotionnels chez les mammifères; William James et Carl Lange dont l'hypothèse explique le déclenchement des émotions; Sigmund Freud qui les avait largement étudiées lors de ses travaux développe plus spécifiquement les états psychopathologiques ; enfin, Charles Sherrington avait débuté l'étude neurophysiologique des circuits du cerveau qui sont impliqués dans les émotions.

Comme l'écrit Damasio (2005), professeur de neurosciences et psychologie, la recherche sur les émotions date des années 1900 mais elle n'est sérieusement prise en compte dans les organisations que dans les années 2000. Damasio écrit ne pas avoir souhaité opposer la raison

et les émotions car elles sont en relation, ni opposer la cognition et les émotions car il considère que les informations cognitives sont envoyées sous la forme des émotions par le biais des sentiments.

2.2.2 Différents types d'émotions

Ilios Kotsou (2008), chercheur en psychologie des émotions, nous transmet qu'il existe les émotions de base et les émotions secondaires. Il fait référence pour cela à Ekman, psychologue américain, pionnier dans l'étude des émotions et leurs relations aux expressions faciales.

Les émotions primaires sont identifiables par certains critères bien définis. Elles sont brèves et ne se manifestent que pendant quelques secondes, elles correspondent à une cognition, il y en a six : la peur, la tristesse, le dégoût, la colère, la joie, la surprise.

Les émotions complexes sont la combinaison de deux émotions opposées. On les nomme également « émotions sociales » car elles sont liées à la culture, l'éducation ou les relations sociales vécues de ceux qui les éprouvent.

La roue des émotions de Plutchik (1980), psychologue américain, illustre la combinaison d'émotions primaires et secondaires. Ainsi, par exemple, la joie et la confiance produisent l'amour ; la tristesse et le dégoût produisent le remord ou la peur et la colère produisent la jalousie. Cf. en annexe 3.

Paul Watzlawick (1983) aborde le thème de la « peur de communiquer et d'être jugé ». Il pense que ces phénomènes sont liés à la personnalité et apparaissent lorsqu'on est face à sa hiérarchie. Prenons l'exemple du stress. La définition en psychologie dans Cnrtl explique que c'est « une agression de l'organisme par un agent physique, psychique et émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation ».

Le stress n'est pas une émotion mais la conséquence d'un trop plein d'émotions. Repris dans un roman « L'hôpital, le dessous des cartes » (2015), le stress est défini par les auteures selon l'Accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 comme « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose

son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. [...] l'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses ».

D'après Harmut et Renault (2012), il existe deux types de manifestations du stress. Soit il se retourne contre soi, on est alors anxieux, il y a un risque majeur de burn out. Soit il se dirige contre les autres, on se retrouve alors en position de harceleur.

Par conséquent, il est intéressant de reprendre la définition de l'anti-stress vu par le Cnrtil. « tout agent ou toute substance qui, par son action stimulante permet à un individu de retrouver sa vitalité, son moral ».

Le cadre doit-il être un anti-stress pour l'équipe qu'il encadre ?

2.2.3 L'intelligence émotionnelle au travail

Zambello, L. (2014), cadre de santé, explique que depuis 2007, les multiples contraintes et les nouvelles gouvernances, les organisations renouvelées et la création des pôles, les concepts managériaux et la gestion participative engendrent une incompréhension des soignants et de la démotivation, alors que l'hôpital qui change a besoin d'énergies pour réussir. Le cadre de santé en collaboration avec la direction, a toute sa place pour s'inscrire dans une démarche réflexive, analyser ses pratiques et faire preuve de créativité managériale dans une unité de soin.

L'intelligence émotionnelle permet la compréhension approfondie de soi et des autres. Créer un climat émotionnel favorable est une ressource pour le cadre de santé. Être sensibilisé à l'intelligence émotionnelle lui permettra de se connaître, de repérer ses propres limites, de maîtriser ses émotions. Ainsi, il pourra adapter son information aux soignants, en reconnaissant et acceptant les niveaux d'implication et de raisonnement de chaque membre de l'équipe. C'est en pratiquant l'écoute active et en exprimant le fait qu'il comprend et respecte les difficultés de chacun que le cadre stimulera l'intégration de tous.

Dans ce même article, la cadre de santé reconnaît qu'une des clés d'un management performant est l'intégration de l'émotionnel et du rationnel. Le plaisir au travail est un facteur de qualité qui devient un indicateur de la performance.

D'après l'article « Réflexion sur la notion d'affectivité » de Dominique Szeligo, (2013) cadre de santé, il est intéressant pour le cadre de trouver la bonne distance émotionnelle et d'essayer de faire coexister les émotions et la raison dans son cadre de travail. Ainsi, le cadre de proximité a un rôle de régulation des émotions au sein de l'équipe, en tenant compte des contextes familiaux des agents. Il doit être capable d'accepter l'expression d'un surpoids émotionnel exprimée parfois par des actes salvateurs (s'asperger d'eau dans un couloir). Ils donnent une âme à l'équipe, une identité émotionnelle.

De plus, un cadre sensible à l'empathie est capable de ressentir l'état émotionnel d'autrui sans ressentir lui-même la même émotion. Ainsi, il est intéressant que le cadre soit dans une posture managériale et puisse impulser une vitalité créatrice. Cela lui permettra de communiquer son enthousiasme, sa satisfaction, sa confiance en l'équipe et créer un climat émotionnel favorable aux innovations, à la création et à la performance. L'autre effet bénéfique est alors celui du patient qui y puise de l'énergie, du réconfort, du bien-être et de la bienveillance.

2.2.4 L'intelligence émotionnelle et le management

Il existe plusieurs façon d'envisager les émotions, ainsi les fervents de l'intelligence émotionnelle pensent qu'on peut maîtriser les émotions, alors que des professionnels tels que Sylvaine Pascual (2010), coach et consultant spécialisée dans la reconversion professionnelle, dit que les émotions ne se maîtrisent pas car elles sont une réponse automatique du système reptilien-limbique à une situation perçue comme problématique. Tous sont d'accord cependant sur le fait que les émotions sont nos plus fidèles alliées et qu'elles nous fournissent des indications sur ce que nous vivons à l'instant où nous les ressentons. En explorant les émotions, il est possible d'identifier l'état de défense et combler le besoin qui nous manque. En effet, notre équilibre dépend de la satisfaction de nos besoins physiologiques et fondamentaux qui sont eux-mêmes renseignés par les émotions.

Max-Neef Manfred, économiste chilien, référencer par Kotsou (2008) établit une matrice des besoins. Il envisage les besoins comme interactifs et en connexion entre eux. Il en dénombre neuf : la subsistance, la protection, l'affection, la compréhension, la participation, le loisir, la création, l'identité et la liberté. La grille de Max-Neef permet « d'analyser les conflits, considérés comme ayant pour origine des besoins insatisfaits ».

Ce sont les sociologues qui plus tard, dans les années 1970 reprennent la notion de prendre en compte les individus et leur avis, leur vécu au sein des entreprises. Prendre en considération les émotions des salariés permet une meilleure cohésion au travail entre les individus.

2.2.5 Les émotions et la relation

D'après le Cnrtil, la relation dans le champ psychosocial est le lien impliquant une interdépendance, une interaction avec un milieu.

D'après les cours magistraux « d'économie et de sociologie du travail et des organisations » de Gulliver Lux (2016), universitaire de l'IGR de Rennes, je reprends un historique des relations en entreprise.

C'est Weber dans les années 1920-1930 qui s'intéresse aux relations étroites des individus entre eux. Elton Mayo en 1932 parle de l'importance des « sentiments, des attitudes et des relations entre les membres de l'établissement » pour que l'entreprise s'organise de manière formelle et informelle. Les études empiriques de l'époque participent à la découverte de l'existence des hommes dans l'entreprise et qu'il « faut prendre en compte l'opinion des gens pour organiser leur poste de travail » (Barnard, 1940, l'homme est une machine).

Cité par Roger Lantéri dans l'article en ligne « La congruence selon Rogers », Carl Rogers définit trois attitudes fondamentales à la relation. La première attitude à adopter est la congruence. Elle est selon lui, la porte d'entrée vers l'authenticité, « ça ne sert à rien de montrer un sentiment alors qu'on en ressent un autre ». La deuxième attitude est la considération positive inconditionnelle. Elle autorise l'acceptation totale et inconditionnelle des interlocuteurs, sans faire intervenir les critères moraux, éthique et sociaux. Enfin, la troisième attitude fondamentale à la relation est la communication vraie ou la compréhension empathique qui permet d'intégrer dans la relation nos émotions, nos besoins et ceux des autres. Les émotions semblent efficaces pour entendre et traiter des échanges compliqués avec les collaborateurs. Les utiliser efficacement, permet de baisser la pression lors d'un conflit, de clarifier les enjeux lorsqu'une décision doit être prise et de faire passer un message difficile. Quand une relation entre des individus est fluide, les émotions sont considérées comme motrices. Au contraire, quand les relations se tendent, les émotions prennent le contrôle

naturellement. Le facteur déclenchant entraîne un besoin insatisfaisant qui produit une émotion et déclenche une réaction.

A leur tour, Marshall Rosenberg et Thomas Gordon, élèves de Carl Rogers synthétisent ses travaux dans le but de décoder le message d'alerte envoyé par l'émotion, identifier le facteur déclenchant et comprendre le besoin caché, non exprimé clairement.

La méthode de communication qu'ils proposent est de lier quatre éléments fondamentaux pour se faire comprendre: la clarté des propos accompagnée d'un comportement logique ; le pragmatisme face à une déception, c'est-à-dire accepter et se remettre au travail ; l'enrichissement et l'humain : mieux on se comprend, meilleurs sont nos choix ; l'Universel c'est-à-dire que nous ressentons tous des émotions et c'est en interagissant avec la conscience de les avoir que nous nous comprenons mieux.

Goleman (2014) dit qu'en utilisant l'intelligence des émotions, on peut développer des compétences personnelles (conscience et gestion de soi) et des compétences sociales (conscience des autres et gestion des relations), ainsi il est possible de reconnaître et maîtriser ses propres émotions et celles des autres. Les émotions sont sources d'information, d'énergie et d'influence. Leur reconnaissance donne une compréhension approfondie des autres et de soi.

Il écrit également que le cadre de santé doit être à l'écoute de la réalité émotionnelle collective. Cela permet l'écoute empathique de l'autre et favorise un climat positif. « Une perception juste des émotions a un impact sur la qualité des relations et la satisfaction qu'elles apportent ».

Plus le cadre gère ses propres émotions et les utilise dans la résolution des problèmes plus il apprécie celles des autres, ainsi, la satisfaction de l'équipe augmente.

Pour Goleman (2014) encore, le rôle de la parole est de déclencher et ranger les émotions. Verbaliser les affects permet à celui qui les exprime de les ordonner et ceux qui écoutent d'en ressentir l'expérience et de se les représenter. Le silence peut signifier un ressenti et ainsi communiquer une émotion. Le cadre, lors d'une réunion, se positionne comme le régulateur de l'équipe, il contrôle le groupe lors de l'expression des émotions et peut alors l'orienter vers la réalisation du projet.

Un paradoxe de l'auteur permet de nous interroger : « les émotions paraissent essentielles pour obtenir une bonne communication et pourtant elles ne semblent pas être considérées ou pris en compte dans les décisions les plus tendancieuses en matière de gestion humaine ».

2.3 L'implication

2.3.1 Plusieurs définitions de l'implication et de la motivation

D'après le Cnrtl, l'implication est une « relation logique entre deux phénomènes telle que la vérité ou la réalité de l'un fait connaître avec certitude la vérité ou la réalité de l'autre. C'est l'implication réciproque ».

En linguistique, l'implication entre deux propositions est « la relation telle que, la première étant vraie, la seconde est nécessairement vraie ».

Ou encore, au sens usuel, l'implication peut être entendue comme « ce qui est impliqué par quelque chose, ce qui est contenu sans être exprimé, c'est une conséquence ».

Quant à la motivation, Cnrtl propose trois orientations intéressantes:

En philosophie, c'est « alléguer les considérations qui servent de motif avant l'acte et de justification à cet acte, à postériori ».

En psychologie, on parlera d'un « ensemble de facteurs dynamiques qui orientent l'action d'un individu vers un but donné qui déterminent sa conduite et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement présent ».

Enfin, en psychopédagogie, la motivation est « l'ensemble des facteurs dynamiques qui suscitent chez un élève le désir d'apprendre ».

Dans le Petit Larousse illustré 2016, l'implication est « l'état d'une personne impliquée dans une affaire, sa participation ».

Le verbe « s'impliquer » est synonyme de « se consacrer à » ou « s'investir dans ».

La motivation est plus simplement décrite comme une justification. En linguistique, on parle de « la relation entre la forme et le contenu d'un signe ». Enfin, le domaine de la psychologie

évoque « un processus physiologique et psychologique responsable du déclenchement, de la poursuite et de la cessation d'un comportement ».

Le verbe « motiver » signifie « créer chez quelqu'un les conditions qui poussent à agir, encourager ».

Dans ses articles, Vincent Chagué (2008 a et b), consultant en management, écrit qu'il est important pour le cadre d'instaurer un climat de confiance. Et ainsi il y a nécessité absolue de sa part d'assimiler, s'imprégner de l'information qu'il souhaite passer. Il doit en amont, aller au bout de l'analyse des données qu'il va lui-même transmettre et ainsi apporter de la cohérence en évitant de la confusion. Il doit être conscient de sa propre complexité.

Walter Hesbeen (2007), dans son article « Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité du service », évoque la différence entre la qualité des soins et la qualité du soin. La première est imposée par des chartes ou des notes provenant de la hiérarchie, c'est l'implication au service d'une structure. Elle peut être évaluable et qualifiable. La seconde est portée par le professionnel qui imprègne de soin les soins qu'il procure au patient. Le soignant a auparavant effectué un travail personnel de posture, c'est sa dimension culturelle, sociale et ses valeurs qui sont valorisées dans cet acte. Pour permettre cela, l'institution doit veiller à l'atmosphère qui règne dans les services en témoignant de la considération aux personnes.

Walter Hesbeen (2007) s'interroge également sur la pertinence de placer uniquement le patient « au cœur des préoccupations ». En effet, le soignant sera capable de donner de soi dans le soin à partir du moment où, au sein de l'entreprise il fait lui-même partie des préoccupations managériales et humaines. En reprenant les termes de ce docteur en santé publique, « la hiérarchie ne peut décider de l'implication du professionnel », il ne peut que la favoriser en prenant en compte l'individu à part entière. Ainsi, le soignant pourra de manière authentique « imprégner de la qualité dans les gestes et les soins qu'il donne ». En outre, il s'interroge à propos de la question « du sens des pratiques » et de « la considération de la personne » expliquant que c'est une difficulté mise en évidence avant la question financière. Le cadre peut intervenir pour que le savoir-être s'équilibre avec le savoir-faire, en offrant un espace de liberté au soignant afin qu'il ne se sente pas juste une fonction dans l'institution.

L'implication est-elle possible dans notre contexte actuel ?

2.3.2 Le lien avec la Motivation et la Satisfaction

Sandra Enlart (2010), psychologue clinicienne, nous propose un historique de la motivation. La motivation apparaît dans les années 1920. Rapidement, les dirigeants se rendent compte qu'en associant la motivation à la satisfaction et l'implication, la productivité était meilleure.

L'implication pour Sandra Enlart est l'attachement au travail de la part du salarié et l'importance de l'attitude qu'il observe à l'égard du travail par rapport aux autres domaines de la vie. L'attitude concerne la représentation que l'on a de soi, la relation à sa propre image. L'implication est liée à la satisfaction car elle peut amener à être comblée ou déçue. En ce sens, elle dépend de l'organisation de l'institution qui doit répondre aux attentes des salariés. En outre, l'implication trouve sa source en l'individu. Elle sera différente selon les valeurs morales, religieuses et sociales du pays.

Enfin, l'implication, d'après la psychologue, est liée au besoin d'accomplissement et de réussite de chacun et permet lorsque ce besoin est comblé, d'obtenir de l'efficacité. Le « locus of control » montre que l'implication est intimement liée aux expériences de réussite ou d'échec de l'individu et est mesurable.

Sur le plan individuel, l'implication débouche sur une estime de soi et engendre une construction de soi valorisée. En outre, vue par le biais de l'entreprise, l'implication offre la mobilisation d'énergie vers le travail. L'efficacité et la qualité du travail sont meilleures, s'il y a identification au rôle professionnel et aux valeurs de l'entreprise. Si en plus, elle gère les attentes des salariés, la satisfaction se surajoute.

Pour confirmer ces propos, voici dans « cadre de santé.com », une citation l'explicitant : « Participer activement n'est pas motivant en soi ; la source de motivation réside dans le sentiment de liberté, le choix de participer ou non, la preuve de son existence ».

D'après les notes de cours de Loïc Brémaud (2015), Professeur à l'université de Rennes 2 en Sciences humaines et sociales, il cite Herbert A. Simon. Pour l'économiste et psychosociologue américain, la rationalité limitée est un concept de l'analyse systémique, « un individu ne cherche pas la solution optimale mais la situation satisfaisante », « il agit en

interaction avec d'autres individus et n'est pas infallible ». De plus, « sa vision de la réalité est limitée à son expérience humaine et n'a qu'une connaissance partielle des enjeux et des situations, ses perceptions étant influencées par son milieu d'origine ».

2.3.3 Les valeurs

Fanny Petit (2005) décline les principes de la fonction publique. Au nombre de huit, ils sont l'égalité, la continuité, l'adaptation, l'accessibilité, la neutralité, la transparence, la confiance et la fiabilité. Les quatre premiers ont valeurs juridiques, les autres se retrouvent dans la charte des services publics de 1992. Tout fonctionnaire du secteur public se voit l'obligation de les respecter.

Selon Mesdames Chauvel et Morlé, infirmières, (1993) il existe « une multitude de valeurs mais nous nous attacherons à définir celles qui nous semblent être les plus importantes pour l'infirmière. D'après nous, ces valeurs sont au nombre de dix: la tolérance et le respect, l'écoute et la communication, la patience, les soins individualisés, l'attachement et la séparation, l'empathie, la sympathie ». Ces valeurs mises en évidence ne sont évidemment pas les seules. Aux yeux des auteures, il est important que chacun prenne conscience de ses valeurs. Pour chaque soignant, elles sont évidemment tournées vers le patient.

2.4 La dynamique de projet.

Le mot projet vient du latin « problema » qui signifie une question, une interrogation et « projectum » qui signifie se projeter.

Corinne Sliwka, cadre supérieur de santé, formateur à l'IFCS de l'AP-HP reprend les propos de Jean-Pierre Boutinet.

Ce professeur en psychosociologie explique que la complexité d'un projet est liée à sa dimension humaine. Le projet requiert des compétences techniques, humaines et éthiques. Ainsi, dans une organisation de travail, le projet articule deux ensembles qui à priori,

s'opposent. Tout d'abord, ce sont les dirigeants de l'entreprise. Ils fixent les règles, la politique et l'objectif du développement. Ensuite apparaissent les salariés dont les valeurs définissent la culture de l'entreprise. Ces valeurs sont dépendantes de l'histoire de l'entreprise, des métiers qui y sont pratiqués et de l'origine des individus qui y travaillent, c'est le contexte. L'association de ces deux ensembles construit le projet à venir, ils ne s'opposent plus. « Le projet tisse un lien social et apporte de la coopération et de la cohésion ».

La citation de Margaret Mead met en avant que tout groupe est capable de produire et de créer, à condition de lui faire confiance et le laisser agir :

"Ne doutez jamais qu'un petit groupe d'individus conscients et engagés puisse changer le monde. C'est même la seule chose qui ne soit jamais produite." (Margaret Mead).

En reprenant les cours de Gulliver Lux, les définitions suivantes nous permettent d'expliquer la raison de la réussite ou des difficultés rencontrées lors d'un projet :

La dissonance cognitive oblige le salarié à prendre une direction contraire à ses valeurs.

La cohérence instrumentale et la cohérence psychologique permettent de dépasser l'une pour rechercher l'autre. La dernière renvoie à l'expérience de ceux qui sont en rupture avec les procédures et les conditions de travail établies.

Pour garantir ces éléments, il faut qu'il y ait la cohérence cognitive. Elle concerne le monde cognitif des personnes. Ce qu'elles connaissent, croient ou sentent à propos d'objets, d'elles-mêmes, d'autres et/ou des relations entre ces éléments. Chacun d'entre eux étant associés à une représentation.

Mais les jeux de pouvoirs, les jeux psychologiques et les tensions font que cela s'oublie. En tant que cadre, il faut se positionner et piloter en ce sens.

Le cadre devra adapter son management selon le projet à mener et selon le contexte. Pour rassurer l'équipe, il pourra être un leader technique ou charismatique. Pour donner du sens au projet, il faut travailler le savoir être et construire le leader ship selon le contexte.

3 LA METHODOLOGIE

3.1 Présentation de la démarche

La méthode de recherche choisie pour réaliser ce travail est la démarche hypothéico-déductive. Cette méthode scientifique consiste à formuler une ou plusieurs hypothèses à partir d'une question de recherche, puis observer ou questionner le terrain à l'aide d'outils, et en déduire des principes. Elle est à la base de la démarche expérimentale, théorisée en particulier par Roger Bacon en 1268. Pour Bacon, « aucun discours ne peut donner la certitude, tout repose sur l'expérience ».

En outre, la question de la vérification d'une hypothèse renvoie en particulier au « problème de l'induction, au cœur de la philosophie des sciences empiristes qui considère que la connaissance se fonde sur l'accumulation d'observations et de faits mesurables, dont on peut extraire des lois générales par un raisonnement inductif, allant par conséquent du concret à l'abstrait ». A l'inverse, Popper pense que « l'on part de la théorie, et on ne se sert de l'observation que pour tenter de l'infirmier ».

Ces deux théories expriment bien selon moi la particularité d'un travail de recherche qui est en fait un aller-retour entre le monde théorique et le monde empirique et non pas seulement l'application de l'un ou l'autre domaine.

3.2 Les objectifs de la recherche

Les objectifs de la recherche sont issus de la problématique que j'ai formulée à l'aide d'une question, je la rappelle ici :

En quoi la communication du cadre de santé avec son équipe, dans une dynamique de projet, favorise-t-elle l'implication des soignants ?

Je propose alors deux hypothèses, que je chercherai à vérifier ou à infirmer :

- ❖ Adapter les outils de communication et créer des espaces de coopération au sein du service favorisent l'implication des soignants.
- ❖ La considération des émotions par le cadre, lors de l'annonce d'un projet favorise l'implication des soignants.

3.3 Le choix du terrain

Je choisis comme terrain pour les entretiens, un centre hospitalier de la région Bretagne ayant la même capacité d'accueil que celui qui m'emploie. En effet, après avoir réalisé un stage au CHU et observé les relations fonctionnelles et hiérarchiques, je considère que la communication d'un CHU est plus compliquée dûe notamment à un arbre hiérarchique plus complexe.

C'est lors du stage pédagogique que je souhaite les mener. En amont, je les ai organisés avec la collaboration de la cadre référente de l'IFSI du centre hospitalier.

Le choix de l'unique hôpital comme lieu de récolte des données est volontaire pour plus de cohérence dans l'analyse.

3.4 Le choix des acteurs

Je souhaite interroger quatre cadres de santé de proximité et quatre infirmiers, professionnels de la fonction publique hospitalière, ayant vécu un projet au sein de leur service sur les trois dernières années. Ce projet devra être commandité par la direction de l'établissement, les cadres n'auront pas le choix de le mettre en place. Je qualifie de « binôme » un couple « cadre / infirmier » qui appartient au même service et qui a vécu au même moment un projet identique. Je cite dans l'analyse entre parenthèse et par des sigles le numéro de la question et s'il s'agit du cadre ou de l'infirmière, suivit du numéro de l'entretien : (Q1 ; C1), (Q5 ; I1)...

Choisis au regard de la question de recherche, je porte un intérêt à croiser les points de vue de deux types de professionnels, ceux qui communiquent l'information sur le projet et ceux qui

reçoivent cette information. Cela me permettra de mesurer l'écart des ressentis du cadre et de l'infirmier, ressentis différents qui existent nécessairement entre ce que l'on dit et ce que l'autre perçoit en réalité. De plus, l'intérêt de la double représentativité est de croiser les regards autour de la communication d'un projet.

Je fais en sorte d'interviewer des personnes que je ne connais pas pour éviter une difficulté liée à la distanciation et la projection implicite au moment de l'analyse.

Les caractéristiques des acteurs sont explicitées en annexe 4 sous la forme d'un tableau. Elles nous indiquent les lieux d'exercice des acteurs, l'ancienneté de leur fonction et du binôme constitué.

3.5 Le choix des outils

3.5.1 L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est l'outil que j'utilise dans ce travail de recherche. Le thème du mémoire étant la communication, il me semble congruent d'installer une relation de confiance en communiquant face à face avec mon interlocuteur. Il s'agit ici d'un processus d'interaction interindividuelle, cohérent avec le champ de la psychologie sociale, utilisée dans la partie conceptuelle. J'illustre l'entretien semi-directif par une citation de Quivy, R. et Campenhoudt, L.V. (2006) chercheurs en sciences sociales dont je me suis inspirée pendant les entretiens : « Ainsi, s'instaure en principe un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions d'un évènement tandis que par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur ».

L'entretien semi-directif me permet, en outre, de confronter des discours légèrement orientés tout en laissant la liberté aux interviewées d'exprimer leurs ressentis et peut-être ouvrir ce travail de recherche vers une autre dimension. L'intérêt de ce type d'entretien permet alors de ne pas observer un ordre strict des questions prévues mais de prévoir d'y revenir logiquement à un autre moment si les réponses ne sont pas amenées spontanément.

3.5.2 Les conditions d'entretien

L'entretien se déroule en différentes phases que je propose de détailler.

Au préalable de l'entretien et à ma demande, ma référente formatrice du stage a confirmé qu'il n'était pas nécessaire d'écrire une demande formalisée comme au CHU. J'ai contacté les cadres qu'elle avait ciblé au regard de ma problématique, dans leur service. Les réponses des quatre cadres ont été positives, nous prenons alors rendez-vous et je précise que notre rencontre durera environ quarante minutes. C'est alors que je demande l'autorisation au cadre d'interviewer en parallèle une infirmière du service ayant vécu la même situation de restructuration.

Au moment de l'entretien, je me présente à nouveau puis je demande l'autorisation d'enregistrer les propos recueillis, en rappelant les clauses de confidentialité, les règles d'anonymat puis la destruction des enregistrements audio une fois le travail de recherche terminé. J'utilise une courte phrase d'introduction aux questions afin de les situer dans le contexte de « la communication d'un projet faite par le cadre à l'équipe ». Je note avant l'enregistrement les caractéristiques de l'interviewée. Le principe de l'exercice est d'amener l'acteur à oublier qu'on est dans une situation de recherche. Je souhaite, par cette introduction, instaurer la confiance et l'expression la plus libre possible pour l'interviewée.

Enfin, je pose les questions dans l'ordre au début puis je rebondis en fonction du récit de mon interlocuteur, ou bien j'utilise des questions de relance prévues lors du premier test de l'entretien. Je garde l'objectif lors de mes interventions de tester mes hypothèses lors de l'analyse.

Je clôture l'entretien en remerciant la professionnelle.

3.5.3 Le guide d'entretien

Deux entretiens et leurs guides sont réalisés, un pour le cadre et un pour l'infirmière. J'effectue un premier entretien test avec un étudiant cadre avant de les faire valider par ma directrice de mémoire. Cela m'a permis de me rendre compte que je devais plus développer

mes concepts afin d'être plus pertinente. De plus, j'ai relu précisément la méthodologie et j'ai reconstruit mes questions afin qu'elles répondent plus précisément à la problématique. J'ai également, réajusté le contenu en y ajoutant des questions de relance, que je mettrai en évidence dans les transcriptions si elles apparaissent.

En annexe 5, je présente les objectifs de ce que je vais rechercher chez les cadres de santé, au regard de la question de recherche et des hypothèses posées. L'élaboration d'un questionnaire permet de conserver un certain ordre du déroulé de l'entretien bien que l'interviewée ait la liberté de développer une idée qu'il trouve importante.

En annexe 6, je présente les objectifs de ce que je vais rechercher chez les infirmiers.

Finalement, croiser les données des cadres et des infirmiers concerne le registre de la communication mécanique, à savoir si le message est correctement passé. Je chercherai également à déterminer ce qui a pu ou pas interférer la compréhension de chacun.

3.6 L'analyse du contenu

La première étape a été de transcrire tous les entretiens par binôme, disposés en annexe 8. Cette étape laborieuse m'a permis de me rappeler de données qui m'avaient échappé, d'entendre le ton général de l'interviewée et d'en dégager une ambiance. Je m'aperçois de ma posture pendant l'entretien en réécoutant l'enregistrement. Ainsi des détails sont apparus tels que le manquement de certaines questions car elles sont dépendantes de l'orientation des réponses de l'acteur. En revanche, j'ai rebondi sur des données qui m'ont permis d'ouvrir d'autres aspects non attendus. Je me suis rendue compte également de la difficulté à respecter les silences. Pourtant, comme le signifie Goleman, « le silence peut signifier un ressenti et ainsi communiquer une émotion ». C'est peut-être parce que les silences parlent beaucoup, qu'ils nous poussent à la parole ?

La deuxième étape était la construction d'une grille d'analyse du contenu des entretiens, disponible vierge en annexe 7, travaillée en collaboration avec Madame Roby, professeur universitaire en sciences humaines et sociales, qu'elle valide ensuite. Cette grille a été complexe à remplir et étoffée au fur et à mesure de l'analyse de chaque entretien. Complétée par les

verbatim puis par l'analyse que je faisais de chaque acteur, elle m'a permis de ranger les données dans la partie analyse.

J'ai également tenté de repérer et relever ce que je n'avais pas prévu.

J'ai sciemment fait un point régulier sur les propos des cadres et des infirmières au fur et à mesure de l'analyse. Cette démarche, pouvant paraître répétitive, permet au lecteur de continuer la lecture de manière plus fluide et plus agréable.

3.7 L'analyse du recueil de données

L'analyse du recueil des données des entretiens, est réalisée à l'aide de la démarche qualitative.

Le premier intérêt est d'observer la manière utilisée par le cadre pour s'exprimer à l'équipe en fonction des informations qu'il a lui-même reçu. Le deuxième intérêt est d'examiner ce que cette communication induit comme travail en amont pour le cadre et si d'après lui, l'équipe s'est impliquée dans le projet. Parallèlement, le regard de l'interlocuteur me semble intéressant, et permet de distinguer ce qu'il a réellement entendu et interprété du message, s'il en a compris le sens et l'intérêt, pour réussir à s'impliquer ou pas. Enfin, le ressenti de chacun à travers les projets menés dévoileront sans doute l'état d'esprit qui règne aujourd'hui à l'hôpital public.

3.8 Les limites

Une limite serait de ne pas savoir finalement si les entretiens réalisés ont été correctement menés car ils ne sont ni directifs ni libres entièrement. Au final, il faut attendre d'analyser les données pour savoir s'ils étaient pertinents ou pas.

Une deuxième limite est le manque de pertinence du choix des acteurs infirmiers. Le choix est biaisé car ce sont les cadres des services qui les ont choisis. Etant sur un lieu qui m'était inconnu, le principe de réalité s'est imposé, je ne pouvais pas refuser le choix des cadres et il n'était pas possible de choisir au hasard. Pour autant, j'analyserai leurs propos avec la réserve qu'ils pourraient sensiblement être du même avis et que les relations aient été harmonieuses.

Le choix du type de projet institutionnel mené dans une équipe, peut faire varier la composante de l'investissement. En effet, quand on n'a pas le choix, il faut tout de même le mener et se décider à un moment, surtout s'il est pertinent.

3.9 Les apports

L'expérience du contact avec une personne inconnue, entendre des propos si intimes et émotionnellement forts m'a agréablement surpris. Cette relation m'a semblé authentique, comme si le corporatisme soignant n'avait pas de barrière, les interviewées ont livré leurs émotions et leur vécu sans retenue.

4 L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION DES RESULTATS

4.1 Analyse de la méthode

J'ai longuement réfléchi pour déterminer la question de recherche. En effet, ma question de recherche oscillait entre étudier l'articulation de la communication entre le cadre avec sa direction hiérarchique et celle du cadre avec son équipe. J'ai finalement opté pour la relation du cadre et de l'équipe au sein de l'unité. Or, tous les entretiens menés avec les cadres de santé narrent l'histoire du projet à partir de leur communication (ou pas) avec la direction de l'établissement hospitalier. Cette articulation prend beaucoup de place dans le discours également des infirmiers. Aussi, je réserve une place à l'analyse de l'intégration ou pas du cadre au projet par la hiérarchie et le ressenti par rapport à cette intégration ou pas. La communication du projet que le cadre transmettra à l'équipe diffèrera peut-être ainsi que l'implication de l'équipe et par conséquent la manière de mener le projet.

L'analyse se déroule en trois parties principales : les cadres, les infirmières et la hiérarchie. L'intérêt de l'analyse est d'y faire raisonner les concepts évoqués dans le cadre conceptuel.

Je débute par l'analyse contextuelle pour avoir une idée globale du profil des interviewées, dont les propos transcrits sont la base de cette réflexion.

4.2 Analyse contextuelle

Comme le montre le tableau des caractéristiques des acteurs interviewés en annexe 4, j'ai rencontré pour les entretiens des femmes de tous âges, dont l'ancienneté du binôme est en majorité de deux ans. Ce critère indique que les personnes se connaissent suffisamment. J'entends par ce propos que le biais de la méconnaissance de l'autre n'a pas sa place alors que celui de l'a priori ou de l'analyse de l'autre est réel.

Le projet du binôme 1 était l'informatisation du service des urgences avec le logiciel « Résurgences ».

Le projet des binômes 2, 3 et 4 concernait une restructuration et les déménagements de plusieurs services, associés à des évolutions d'effectifs. Les projets des binômes 2 et 3 étaient liés par la réorganisation de leur spécialité.

Trois des projets (N° 1, 2 et 3) ont été menés dans le passé, aussi les acteurs ont effectué une analyse de la situation vécue avec du recul. Une d'entre elle (n° 4) vivait le projet actuellement.

Les entretiens des cadres duraient en moyenne quarante minutes. Les propos recueillis l'ont été d'une manière plus fluide, ils semblaient plus authentiques. Les cadres exprimaient plus facilement leurs émotions. Ils semblaient avoir moins d'appréhension au premier abord malgré des situations vécues, parfois douloureuses.

La durée moyenne des entretiens des infirmières était de vingt-cinq minutes mais les questions étaient moins dirigées. J'ai ressenti chez certaines personnes moins d'aisance à l'expression orale. L'expression des émotions des infirmières paraissait moins évidente.

Les entretiens se déroulaient au calme dans un bureau du service, une seule des quatre cadres (n°3) a été dérangée à trois reprises.

Le thème de la communication est abordé de plusieurs manières. Quelles répercussions peuvent avoir l'intégration rapide ou pas des encadrants au projet décidé par la direction ? La notion d'injonction est-elle amplifiée du fait d'une non-intégration ? Les acteurs ont-ils entendu et compris les mêmes propos, ayant vécu un même projet dans un service de soin ? La particularité de la fonction professionnelle accentue-t-elle la différence du ressenti par les acteurs ?

Je vais tenter lors de l'analyse des entretiens, de mettre en évidence les concepts évoqués dans les hypothèses, que je rappelle ici :

Hypothèse 1 : Adapter les outils de communication et créer des espaces de coopération au sein du service favorise l'implication des soignants.

Hypothèse 2 : La considération des émotions par le cadre, lors de l'annonce d'un projet favorise l'implication des soignants.

Que les hypothèses soient confirmées ou infirmées par le contenu des entretiens, je les confronterai à la question de recherche, dans la partie de la synthèse. Je rappelle ici la question :

En quoi la communication du cadre de santé avec son équipe, dans une dynamique de projet, favorise-t-elle l'implication des soignants ?

4.3 Les cadres

4.3.1 Intégration du cadre au projet par la direction

Rappelons que les quatre projets menés dans les services retenus pour cette étude, sont imposés par la direction de l'hôpital.

A la question de l'intégration du cadre au projet par les commanditaires, les réponses diffèrent selon le type de projet à réaliser.

Les acteurs autour du projet d'informatisation du service ont été intégrés rapidement à la décision « très tôt depuis le début » (Q3 ; C1). Le partage autour de ce type de projet semble être plus évident car il porte concrètement sur les activités des professionnels.

En revanche, pour les cadres ayant subi une restructuration entraînant des déménagements et des changements d'effectifs, l'intégration par leur hiérarchie ne s'est pas réalisée d'emblée et plutôt trop tard au regard de leurs ressentis « quand tout avait été décidé » (Q2 ; C3) ou encore « Je n'ai pas été inclus dans le premier projet » (C4). Ils ont le sentiment de ne pas être considérés par leur hiérarchie. La difficulté première relevée par C2 est l'ordre donné par sa hiérarchie d'annoncer la restructuration avant elle. Or cela mettait en difficulté la cadre qui ne pouvait répondre aux agents « j'aurais voulu bien en amont, c'était l'enfer de ce point de vue, moi ça ne m'a pas convenu du tout » (Q1 ; C2).

L'intégration et l'information des cadres par leur direction n'est pas identique selon le projet à mener.

Les mots employés par deux cadres sont difficiles à contextualiser mais ils sont réels et en rapport avec leur non-intégration d'emblée au projet par la direction « c'était l'enfer » (Q1 ; C2) ou « Pas entendu sur les problématiques. Gâchis de temps et d'énergies lors des

déménagements annulés par fautes d'écoute de la direction des soins » et « c'est comme ça et puis débrouillez-vous ; on m'a dit de prendre mes gouttes » (Q8 ; C3). On sent un vécu fort dans les propos de ces 2 cadres qui ont vécu leur restructuration en parallèle.

Pourtant, au regard du cadre conceptuel qui met en valeur les propos de Walter Hesbeen, les professionnels de santé, pour s'impliquer ont besoin d'être considéré par l'institution, ou la direction. De plus comme le dit Walter Hesbeen, « le professionnel pour ne pas se sentir juste une fonction dans l'institution », a besoin de se savoir considérer et ainsi il pourra mettre du sens dans les pratiques au quotidien, notamment pour le cadre, dans la communication de la restructuration à l'équipe. Comme l'écrit Laurence Zambello, la réflexivité et l'expérience de terrain du cadre a toute sa place en collaboration avec la direction.

On observe que dès le début de la mise en place du projet, les clés de l'implication sont contrariées par la non-écoute et la non-considération des individus clés, les cadres. On note, tout de même que le cadre 1 part avec de meilleures conditions dans l'élaboration du projet. Ainsi il est possible, de la part de la direction d'observer une attitude structurante et bienveillante avec ses collaborateurs.

Un délai pour annoncer le projet va-t-il permettre au cadre de rassembler l'énergie nécessaire et adapter son information ?

4.3.2 Le délai d'annonce

S'octroyer un éventuel délai pour le cadre afin de se préparer avant d'annoncer un projet à l'équipe est-il intéressant ?

4.3.2.1 La législation

Ce temps de recul n'est manifestement pas nécessaire quand la relation est transparente et claire « Pas besoin d'un délai particulier et de toute façon on n'avait pas le choix c'était une demande institutionnelle et qui venait de l'ARS » (Q4 ; C1) et « tous les services d'urgences

doivent être informatisés voilà c'est une mise aux normes quelque part voilà c'était comme ça » (Q4 ; C1). Le cadre l'annonce de cette manière à l'équipe. L'équipe peut alors s'inscrire dans le contexte, aucune ambiguïté n'est possible.

Au regard de la loi Le Pors n°83-634 du 13 juillet 1983, les fonctionnaires ont le droit d'exprimer leurs opinions mais si les décisions prises sont légales, elles deviennent des obligations professionnelles et morales. Le cadre n'a pas le choix et doit œuvrer à son application.

Les valeurs et les principes de la fonction publique sont applicables à tous mais pas de la même façon. C'est au cadre du service de les faire respecter au sein du service pour le bien-être du patient.

En lien avec l'amélioration de leurs pratiques, le rappel à la Loi peut être très moteur. La congruence d'un projet accompagné d'une communication référée avec la législation favorise l'intégration de l'équipe.

Mais faire passer l'information en se protégeant derrière la Loi n'éloigne-t-il pas
humainement le cadre de l'équipe ?

4.3.2.2 La mise à distance

Le recul peut permettre au cadre de communiquer avec stratégie dans le but d'investir et redonner du dynamisme à l'équipe « l'ancien projet n'avancait pas, il était refusé et donc nous ça nous laissait un temps » (Q3 ; C1) et « j'écoute et je recueille les propos de chacun, je pèse les choses et fait se confronter les individus sur leurs avis différents » (Q11 ; C4). Le cadre, en adaptant son information autour de discussions permet d'une part l'intégration de l'équipe et d'autre part, l'acceptation de la direction à un projet élaboré finement.

Les cadres C2 et C3 disent avoir mal vécu les situations par manque de considération, alors ils n'ont semble-t-il pas pris ou pas eu le temps de prendre du recul avec les équipes. « La direction des soins voulait l'annoncer ; on a dû garder des choses pour nous. Je ne sais plus combien de temps, tellement cette notion du temps a été très particulière » (Q4 ; C2) puis « en septembre on sait qu'on déménage en décembre. Ça se précipite à ce moment-là. Il aurait fallu un an. L'horreur » (Q3 ; C2) ; « les bruits de couloirs étaient déjà là, je ne suis pas pour cacher des

choses à l'équipe, je leur ai dit d'une façon la moins pénible pour eux » (Q4 ; C3). On ressent ici la difficulté voir l'impossibilité de garder indéfiniment des secrets, les soignants sentent ce qui se prépare.

Au regard de l'entretien exploratoire, le cadre interviewé exprime indirectement la nécessité de se préparer, de ne pas dire les choses trop spontanément. « J'écris tout avant pour ne pas oublier, je fais très attention au lieu, à la position, je regarde énormément pendant que j'interviens, le comportement des autres, de ceux qui m'écoutent. Je m'interroge toujours sur le fait d'être audible par tous, est-ce que mon vocabulaire et ma syntaxe sont adaptés et compréhensibles pour chacun. Je suis toujours en questionnement, c'est vraiment le truc super difficile, où je m'interroge [...] c'est un métier où je me mets en danger régulièrement parce que je ne suis pas très à l'aise dans la communication » (Q6 ; entretien exploratoire).

A ce stade, nous observons 3 situations différentes :

La première semble idéale, C1 a été intégrée au projet et s'est servi de la loi pour annoncer le projet.

La deuxième situation montre C4 comme un cadre pragmatique. Malgré la non-intégration au premier projet (qui a été annulé), elle prend du recul et en élabore un autre plus adapté, avec la collaboration de l'équipe. D'après Rosenberg et Gordon, « le pragmatisme permet aux individus dynamiques d'accepter la déception et de se remettre au travail ».

La troisième situation englobe les cadres C2 et C3. Ni intégrées au projet par leur direction, ni capables de prendre du recul au moment de l'annonce du projet, ces cadres sont en difficultés.

Pour autant, les outils de communication diffèrent-ils selon les situations sus décrites ?

4.3.3 Les outils de communication de l'annonce du projet

Parce que ne pas adapter les situations au changement et recevoir des injonctions incessantes bloquent le feed-back et l'envie de communiquer ; la réflexivité positive, la reconnaissance des individus, l'utilisation de supports pratiques, la stratégie et la prise de recul sont à employer sans modération, par tous dans les organisations de travail.

4.3.3.1 Les outils imposés par la direction

Le projet du service du cadre C4 a mis du temps à se décider. Une fois le projet accepté, l'absence d'adaptation de la date de mise en place a provoqué un sentiment de mal-être. « Dans le sens où on a été prévenu tard et on a perdu du temps ça aurait évité que la tension monte qu'il y ait plus d'inquiétudes et du coup peut-être qu'on y serait déjà ».

Pour C2, l'injonction de la direction explique que le cadre n'a pas fait de réunions ou informé l'équipe lui-même.

On s'aperçoit ici que mis à part le projet n°1, les autres projets ne prennent d'emblée pas le même chemin vers la cohésion. Au contraire, on se rapproche plus de la dissonance cognitive. Celle-ci est provoquée par la non considération de la part de la hiérarchie vis-à-vis des paramètres de temps et par les injonctions imposées aux cadres.

Cela n'a pas empêché les soignants de discuter entre eux de manière informelle « annonce informelle au début car pas le droit de parler avant la direction puis formelle par petits groupes après l'annonce officielle » (Q4 ; C2)

Les situations non adaptées pour une annonce sereine peuvent naître de différentes manières. Soit les bruits de couloir ont précédé l'information du cadre « informelle avec bruits de couloirs au départ » (Q3 ; C3), soit le projet n'était pas encore tout à fait défini (C4).

Pas en accord avec le projet, le cadre attend volontairement l'annonce officielle de la direction pour qu'elle prenne ses responsabilités « puis annonce officielle par la direction des soins pour qu'ils assument leur responsabilités » (Q5 ; C3).

Au regard du cadre conceptuel, on comprend qu'il y a un décalage entre la direction et les professionnels de terrain. Lorsque l'information circulante est plus importante que l'information structurante, il n'est pas possible d'annoncer sereinement un projet. En effet, s'il y a un décalage entre l'annonce et les bruits de couloirs, il y a un risque d'entraîner des rumeurs.

De plus, en rapport avec la communication bienveillante et la rumeur dans le cadre conceptuel, nous illustrons ici les propos de Thomas Shibutani sociologue américain. Il est important pour un cadre d'être conscient du « principe de donner du sens à des faits inexplicables » et éviter le climat d'incertitude professionnelle car il peut conduire à la rumeur. Le cadre demande alors à

la hiérarchie un réajustement par la prise de ses responsabilités et ainsi il conserve une cohérence psychologique avec son équipe.

4.3.3.2 Les outils à valoriser

L'annonce du projet aux équipes par les cadres s'effectue de plusieurs façons, informelles ou formelles. La particularité de la situation de C1 est que l'information formelle a précédé les informations informelles. Intégrée au projet, le cadre y a mis du sens, la communication vers l'équipe est plus simple et directe car elle est justifiée « la communication ça marche c'est-à-dire le franc-parler, il n'y a pas de non-dit, faut pas essayer de cacher ou de faire avaler des couleuvres aux gens, il faut être authentique » (Q8 ; C1). Les informations informelles sont présentes plus pour entretenir le projet : « présentation du futur logiciel lors d'une petite réunion » puis « tous les jours à tous les moments » (Q8 ; C1).

Les autres cadres n'ont pas eu le choix de subir les informations informelles avant l'annonce officielle de la direction. C'est pourquoi il est sans doute important que la collaboration cadre et direction soit la plus précoce possible.

La particularité du projet proposé au cadre C4 est qu'il a été abandonné. C'est le deuxième projet envisagé par la cadre, en collaboration avec son équipe qui a été retenu a posteriori.

Pour préparer la réflexion autour d'un nouveau projet, le cadre a mis en place des supports tels qu'une boîte de suggestion, un tableau où les soignants pouvaient noter les points positifs ou à améliorer. La reconnaissance de l'équipe en leur donnant la possibilité de s'exprimer a facilité son intégration et a permis qu'elle s'approprie le projet « je veux donner un temps à tout le monde pour se poser et vraiment que les choses soient mises à plat avant de repartir sur cette nouvelle organisation sinon ça fonctionnera pas » (Q7 ; C4). Positiver la relation et les actions est un outil de management participatif à ne pas négliger « c'est une méthode de communication que je n'ai pas voulu parler de points négatifs je mets en avant ce qui va bien je les encourage beaucoup après je dis quand ça va pas mais je tiens à ce qu'on réfléchisse à ce qu'on peut faire pour que ça aille mieux » (Q8 ; C4). Enfin, impliquer en faisant réfléchir les individus et les amener à trouver une proposition est satisfaisant et motivant « j'ai profité d'une

réunion de congés annuels et je leur ai demandé simplement si eux n'avaient pas une idée de restructuration [...] puis on a demandé à la direction de prendre position aussi et qu'elle fasse une vraie réunion officielle » (C4).

La finesse stratégique du cadre C4 a porté ses fruits, il y a acceptation de la part de la direction à enterrer un projet qu'elle avait dans un premier temps imposé. L'étude puis l'acceptation d'un autre projet qui émerge de la réflexion de l'équipe souligne la capacité d'écoute et d'adaptation de la direction.

La prise de recul est présente dans une situation parmi les quatre entretiens. Le calme et la détermination du cadre C4 montre que c'est une méthode qui fonctionne et qui lui a permis d'organiser par étape l'avènement du projet « c'est qu'au bout d'un moment il faut lever un peu la tête [...] on ne tourne pas le problème dans le bon sens il faut s'en extraire pour le comprendre et je suis là pour ça » (Q11 ; C4).

Au regard de la définition de la métacommunication de Bateson, on peut rapprocher cette distance volontaire de C4 en lien avec sa stratégie. Le positionnement de C4 est déterminé et sans doute rassurant pour l'équipe qui se sent écouté.

Une difficulté supplémentaire s'impose aux cadres 2, 3 et 4. Celle de s'accorder à plusieurs services lors d'un projet. Cela reflète la réalité de la vision que certains cadres ont de leur position dans l'institution « C'est difficile un projet de service parce que nous ne sommes pas les seuls. Nous, nous sommes le dernier maillon de la chaîne de tous ces grands projets » (Q7 ; C2).

« Le contenu et la relation sont inséparables dans la communication et lui donnent un sens » (Hesbeen W.). On peut dire que l'information fait sens lorsqu'elle est proposée.

Le bilan des difficultés s'alourdit pour certains, pas pour d'autres :

Ainsi, C1 a été intégré, s'est servi de la loi pour informer, ne partage pas son projet avec d'autres services de l'établissement. Il a annoncé de manière formelle et poursuit les informations de manière informelle au fur et à mesure du projet.

C2 n'a pas été intégré au projet, n'a pas pu prendre du recul au moment de l'annonce du projet, a reçu l'injonction de ne pas annoncer le projet avant la direction et doit s'accorder pour les déménagements et la restructuration de son unité avec d'autres services de l'établissement.

C3 n'a pas été intégré au projet, n'a pas pu prendre du recul au moment de l'annonce du projet et doit s'accorder pour les déménagements et la restructuration de son unité avec d'autres services de l'établissement. L'annonce du projet était informelle au départ puis formelle par la direction plus tard. En revanche, elle précise ne rien avoir caché à l'équipe et demande à la direction de prendre ses responsabilités. Un climat tendu est en place.

C4, malgré la non-intégration au premier projet (qui a été annulé), prend du recul et en élabore un autre plus adapté, avec la collaboration de l'équipe. Elle use de stratégie pour motiver les soignants. Malgré cela, la date du projet n'est pas adaptée par la direction et le cadre doit également s'accorder pour les déménagements et la restructuration de son unité avec d'autres services de l'établissement.

4.3.4 L'implication

4.3.4.1 L'influence des écarts

L'intérêt de demander s'il y avait un écart des attentes du cadre au moment de l'annonce du projet et l'implication des soignants au projet permet de savoir si les conditions de l'annonce du projet ont eu une influence sur l'implication des soignants.

4.3.4.1.1 *Les écarts constructifs*

Il y a congruence entre les attentes du projet et le résultat obtenu lorsque les attentes sont à la fois les causes et les conséquences du changement. Le projet d'informatisation est plus concret aux yeux des professionnels que les restructurations et les changements d'effectifs. En effet, il devient un outil de travail et impacte directement les activités et l'organisation des soignants « traçabilité des prescriptions ; la tenue du dossier. Que les choses soient plus écrites » (Q6 ; C1) et « il a fallu mettre des groupes on avait quatre infirmières référentes au début qui étaient détachées du planning » (Q5 ; C1).

En outre, lorsqu'il y a congruence entre les attentes des cadres et des équipes, les risques de déception sont moins probables. Même si le projet n'est pas terminé, les attentes du cadre 4 sont depuis le début de sa réflexion centrées sur celles de l'équipe qu'elle encadre. Non impliquée au départ par la direction, on observe que le dynamisme et l'adaptabilité du cadre sont importants et peuvent faire évoluer positivement la situation en faveur de l'équipe. Tout d'abord parce qu'elle les a fait réfléchir à un projet plus adapté que le premier « ce projet c'est vraiment pour l'équipe à l'origine » (C4), ensuite parce qu'elle espère que cela apportera du mieux être à l'organisation « j'attends la même chose que les soignants » et « j'espère qu'on ne va pas être déçus qu'on ne va pas tomber de haut c'est la crainte aussi de l'équipe parce qu'on attend beaucoup cette nouvelle organisation » (C4).

Manifestement, on observe qu'il n'y a pas d'écart non plus lorsque la congruence n'a pas lieu entre les commanditaires et l'encadrement. « Par rapport à l'équipe, c'était de retrouver la cohésion d'équipe d'avant [...] avec un même sens des prises en charge. C'était ça qui m'importait pour le patient » (question 11, C2) et « elles ont retrouvé cette cohésion d'équipe. Moi, j'en suis satisfaite parce que, ça permet une prise en charge des patients qui est de qualité » (question 18, C2) et « les agents sont là pour le patient, c'est notre priorité donc j'essaye de remettre en place cela se concentrer sur les patients » (Q11 ; C3).

Le sens recherché dans les résultats des quatre entretiens obtenus est que malgré les difficultés de communication avec la direction, la cohérence instrumentale prend le pas sur la cohérence psychologique pour le bien être du patient. Au regard du cadre conceptuel et des valeurs

déclinées dans la fonction publique, on pourrait penser que sans les nommer les soignants priorisent ces notions. Cette hypothèse sera à vérifier de nouveau dans l'analyse des entretiens des infirmières.

4.3.4.1.2 *Les écarts critiques*

De prime abord, C3 ne répond pas de façon identique aux autres cadres à la question des attentes malgré mes relances, le comportement de l'équipe semble lui être secondaire. Est-ce parce qu'il est débordé par ses émotions ou parce qu'il fait confiance à l'équipe et ne doute pas du résultat qu'il obtient finalement « Cohésion d'équipe et prendre bien en charge des patients » ? (Q15 ; C3)

Ses préoccupations sont davantage centrées sur les écarts concernant sa relation avec les dirigeants « mes attentes étaient que ce soit clair, il n'y a pas eu de concertation, on n'a pas voulu voir les choses en face on avait toujours dit que c'était insalubre ils n'ont pas voulu voir, ça a disjoncté parce que la flotte coulait sur les câbles électriques » (question 10, C3).

Le désir d'être entendu et écouté pour prévenir des difficultés et la réalité de ne pas avoir été pris en compte ou même soutenu par la hiérarchie est marquée « que ce soit clair, ils n'étaient pas présents même après des appels au secours, je mets une bouteille à la mer, j'appelle au secours (ter) » (Q10 ; C3) et « je n'ai jamais eu rien vu de la hiérarchie pour nous aider » (Q10 ; C3). On observe une implication non choisie de la part de C3. Elle mène le projet et critique le système. Ce comportement est paradoxal mais il est tout à fait congruent avec la Loi 83-634 concernant la liberté d'opinion garantie aux fonctionnaires et le devoir d'obéissance hiérarchique.

Un autre biais peut avoir du sens pour C3, il s'agit de son départ à la retraite imminent. Il n'y a plus de nécessité à plaire pour continuer puisque le chemin s'arrête « très dépitée de voir ce fonctionnement, très heureuse de partir en retraite uniquement à cause de ça très déçue parce que ça fait quarante ans que je suis dans cet établissement de voir une aussi mauvaise gestion aucune collaboration à part sur le terrain » (Q11 ; C3).

Pour savoir si les cadres étaient intéressés ou pas par le projet, je leur ai demandé s'ils étaient en accord avec celui-ci. A 100% les cadres reconnaissent la nécessité du projet. Finalement, les organisations travaillées ou l'outil de travail changé (le logiciel informatique) ont montré une qualité supérieure de prise en charge des patients, la cohésion et la collaboration des équipes.

Outre ces résultats, je rappelle ici qu'il n'y a pas eu d'écart entre les attentes et les résultats obtenus ci-dessus. La particularité de C3 est de se positionner en rupture avec la hiérarchie dont il n'a obtenu aucun soutien demandé.

Voyons à présent en détail les outils dont se sont servis les cadres pour favoriser l'implication des soignants.

4.3.4.2 Les outils de l'implication

Les cadres de santé utilisent différents outils pour impliquer les équipes.

La référence aux textes législatifs a tendance à imposer l'implication aux équipes « on n'a pas le choix donc rappeler la Loi forcément, les normes » (Q7 ; C1). Néanmoins « de façon diplomate, il faut donner du sens à la pratique » (Q8 ; C1) le sens est explicite et les salariés comprennent l'enjeu du travail à fournir.

Donner le choix des affectations aux salariés qui subissent les restructurations ou adapter le planning pour faciliter un peu leur vie personnelle est un outil d'implication utilisé par les cadres interviewés. « Tous les effectifs ont été revus puis donner le choix aux agents des affectations » (Q1 ; C2) ; « le planning est un outil d'implication » (Q14 ; C3). Cependant, le principe de réalité est souvent en défaveur du salarié car les postes disponibles dans les services ne sont pas extensibles et au final la désorganisation personnelle des salariés est réelle.

Les actions concrètes effectuées par les cadres recouvrent souvent la communication directe, simple « le franc-parler, y a pas de non-dit » (Q8 ; C1) permet d'être authentique et favorise la compréhension des agents « faut pas essayer de cacher ou de faire avaler des couleuvres aux

gens faut être authentique » (Q8 ; C1), ainsi le personnel ressent la transparence et est davantage disposé à s'engager dans un travail de groupe.

Individualiser la relation permet aux professionnels de se sentir considérés. Cela témoigne la confiance entre les acteurs au sein d'une équipe : « j'observe beaucoup et je suis attachée à faire attention à chacun d'eux en tant qu'individu parce que ça fait partie de la reconnaissance et pour moi quand quelqu'un est reconnu dans son travail et en tant que personne, ça incite à donner ».

Les groupes de travail sont des outils indispensables à l'implication de tous.

En effet, la participation des équipes aux travaux proposés est visible, ils s'engagent tous avec la volonté d'améliorer leurs pratiques et leur organisation. A l'unanimité, les cadres expriment la participation des équipes aux travaux proposés concernant les nouvelles organisations à venir, sur les tâches précises de leurs activités, sur les déménagements « équipe paramédicale impliquée sur le travail de paramétrage sur 6 mois »(Q 5 ; C1) et « Ça a fédéré les gens ça a créé une certaine solidarité » (Q13 ; C1) ; « la cohésion d'équipe, ça permet une prise en charge des patients qui est de qualité » (Q18 ;C2) et « dans la difficulté, on se rassemble » (Q18 ; C2) ; « Les équipes qui s'entendent ont pu se soutenir en créant des espaces de collaboration » (Q14 ; C3); « intérêt dès qu'on commence à en parler je trouve que c'est porteur d'un nouvel intérêt et entre eux ça créé des discussions sur ce qu'on pourrait améliorer, ça fourmille d'idées » (Q19 ; C4). La co-construction et le sentiment d'appartenance au projet donnent envie de participer, de faire mieux, de réussir.

Comme repris dans le cadre conceptuel l'association de facteurs dynamiques apportés par le cadre engendre la réaction de l'équipe.

« Participer activement n'est pas motivant en soi ; la source de motivation réside dans le sentiment de liberté, le choix de participer ou non, la preuve de son existence ».

L'appartenance du cadre aux mêmes valeurs de soin que l'équipe, permet la confiance des équipes avec le cadre et par conséquent l'implication des soignants « je suis soignante à l'origine je suis infirmière donc pour moi le travail en équipe est primordial on ne peut pas tourner sans le travail en équipe donc je fais partie de l'équipe on est une équipe tous ensemble » (Q10 ; C4).

Au-delà de l'implication des équipes aux groupes de travail, on ressent la fierté des cadres d'avoir permis la formation d'une nouvelle dynamique au sein de l'équipe. Cette dynamique traduit l'implication, la solidarité et la cohésion des professionnels. Comme l'écrit Vincent Chagué « plus on est heureux de travailler, plus on coopère ». Cela s'applique à tous les niveaux professionnels.

4.3.5 Les émotions

Les émotions sont exprimées plus naturellement lorsque les individus vivent des difficultés mais comme l'écrit Carl Rogers, « elles prennent le contrôle et entraînent des réactions » plus ou moins maîtrisées selon sa propre connaissance de celles-ci.

Par contre, les ressentis ne sont pas formulés par les cadres qui vivent mieux leur positionnement autour du projet. Il semblerait être moins naturel d'exprimer ses ressentis lorsque l'on vit bien une situation ou lorsqu'on est heureux. Néanmoins comme l'écrit a contrario Carl Rogers, « les émotions deviennent motrices lorsque la relation est fluide » et par conséquent sont favorables à l'avancement des projets.

C'est pourquoi, les émotions fortes sont exprimées d'emblée, sans retenue, accompagnées d'une sorte de culpabilité du cadre « j'ai exprimé mes émotions qu'il ne faut sans doute pas montrer mais bon je ne suis pas parfaite, je les ai montrées » (Q3 ; C3) ; « en fait je me demande si je ne me sentirais pas coupable si ça ne marchait pas parce que je suis à l'initiative de cela » (Q18 ; C4). La culpabilité pouvant être la « réaction de l'émotion ». Dans ce cas les termes utilisés sont davantage de l'angoisse, de la colère, de l'agacement et de l'épuisement. La tension ressentie est directement liée à la non connaissance des effectifs ou des conditions de travail à venir des salariés « Comment on se projette ? Il y avait beaucoup beaucoup de tension, beaucoup d'inquiétude ». (Q1; C2)

On peut également se poser la question du « filtrage » évoqué par Paul Watzlawick dans la communication de C3 avec son équipe. C3 a-t-elle besoin de compenser en se faisant aimer de

l'équipe avec qui elle semble avoir un comportement maternel ? Cela sera à confirmer ou infirmer par I3.

Pour se projeter et s'impliquer, il est nécessaire d'avoir les tenants et les aboutissants du projet en cours sinon les émotions peuvent débordées et prendre le dessus « ça a été l'horreur, ça a été un fiasco ce truc » (Q1 ; C2). La répétition de « beaucoup » « horreur » « inquiétude », nous rappelle la définition du stress dans le cadre conceptuel. En effet, ce trop plein d'émotions est répété à plusieurs reprises dans les entretiens des cadres C2 et C3.

L'inquiétude est un sentiment récurrent à toutes les situations de changement. Nous pourrions relier ces émotions au thème de la « peur de communiquer et d'être jugé » abordé par Paul Watzlawick. Il pense que ces phénomènes sont liés à la personnalité et apparaissent lorsqu'on est face à sa hiérarchie.

Cette peur est liée inexorablement à la non-maîtrise de tous les détails et la réalité de l'objectif directionnel pour la restructuration qui est de baisser les effectifs « J'ai peur en fait que les effectifs calculés soient trop justes mais après qui vivra verra [...] La crainte c'est qu'on supprime mais quand ça va être réévalué est-ce qu'on pourra renégocier ? » (Q16 ; C4)

En contrepartie, l'expression d'un ressenti positif du travail achevé est exprimée par les cadres « fière du travail effectué » (C1 ; C2 et C3) et « En tant que cadre ça m'a permis de m'impliquer, de prendre mon poste, de connaître les agents et voir les potentiels dans l'équipe, les leaders positifs et négatifs » (Q13 ; C1).

« Je n'ai pas d'outils en particulier (rire) là c'est beaucoup de l'intuitif, des émotions et de l'observation » (Q10 ; C4) ainsi ce sont les valeurs soignantes qui guident le cadre. Nommer les émotions, permettra l'intégration et la réunion des professionnels autour du bien-être du patient.

D'après le logiciel « Tropes », nous pouvons dégager quelques précisions techniques des entretiens. Associer cette analyse à celle du ton employé par chacun des cadres reflète l'état d'esprit de l'analyse.

Ainsi, le style de l'entretien de C1 est argumentatif, ancré dans le réel. Le débit de parole paraît plutôt sûr et fluide. Les propos n'ont pas l'air hésitants bien qu'ils soient structurés par la

répétition des mots tels que « euh » (41 fois), « voilà » (26 fois) et « donc » (36 fois). La pensée exprimée ressemble à la description qu'elle fait du projet mené.

C2 hésite, observe des pauses, d'après Goleman, « elle communique ». Le volume de sa voix est fort en début de phrase et diminue fortement en fin de phrase. L'impression donnée est qu'elle se remotive à chaque question mais témoigne aussi d'une grande lassitude.

C3 est très énergique. Elle semble hyperactive, est beaucoup sollicitée (l'entretien est interrompu à trois reprises contre zéro fois pour les trois autres cadres). L'énergie qu'elle dégage ressemble plus à de l'énerverment qu'à une hyperactivité positive.

C4 a un ton plus monotone, elle semble se contenir. En plein projet, on sent un cadre qui se contient, reste concentré, réfléchi.

4.3.6 L'auto-analyse des cadres

L'auto-analyse est différente pour chacun. Il n'y a pas de doute quand on est en confiance, on avance « je ne changerai pas la façon de faire » (Q14 ; C1) ; malgré les difficultés le résultat positif l'emporte « la communication a permis la satisfaction » (Q22 ; C2) ; l'usure des années et la bataille ne permettent pas toujours de voir que la réussite « je suis contente de partir à la retraite déçue des organisations qui n'écoutent pas les soignants au service des patients » (Q11 ; C3) ; les projets permettent d'évoluer si on reste un praticien réflexif « j'ai appris ces dernières années à prendre du recul [...] ça a fait évoluer mon positionnement [...] je ne tergiverse plus et malgré les gens mécontents ben voilà on est obligé de prendre des décisions et on avance ». (Q21 ; C4)

En d'autres termes, d'après le Cnrtil, « s'exprimer est la manifestation d'un sentiment, d'une émotion, d'une façon d'être ».

En somme, reprenons ici ce que chaque cadre a vécu :

C1 : a été intégré, s'est servi de la loi pour informer, ne partage pas son projet avec d'autres services de l'établissement. Il a annoncé de manière formelle et poursuit les informations de manière informelle au fur et à mesure du projet. Il a obtenu du personnel supplémentaire pour travailler sur le projet. Il reconnaît la nécessité du projet, il n'y a pas eu d'écart entre les attentes

et les résultats obtenus : qualité supérieure de prise en charge des patients, cohésion et collaboration des équipes. Ne changera pas sa façon de faire.

C2 : n'a pas été intégré au projet, n'a pas pu prendre du recul au moment de l'annonce du projet, a reçu l'injonction de ne pas annoncer le projet avant la direction et doit s'accorder pour les déménagements et la restructuration de son unité avec d'autres services de l'établissement. Il reconnaît la nécessité du projet, il n'y a pas eu d'écart entre les attentes et les résultats obtenus : qualité supérieure de prise en charge des patients, cohésion et collaboration des équipes. Ne changera pas sa façon de faire. Epuisée aujourd'hui, l'appréciation positive et la fierté l'emporte tout de même.

C3 : n'a pas été intégré au projet, n'a pas pu prendre du recul au moment de l'annonce du projet et doit s'accorder pour les déménagements et la restructuration de son unité avec d'autres services de l'établissement. L'annonce du projet était informelle au départ puis formelle par la direction plus tard. En revanche, elle précise ne rien avoir caché à l'équipe et demande à la direction de prendre ses responsabilités. Un climat tendu est en place. La particularité de C3 est de se positionner en rupture avec la hiérarchie dont elle n'a obtenu aucun soutien demandé. Autrement, elle est fière de l'équipe car les résultats obtenus sont essentiels : qualité supérieure de prise en charge des patients, cohésion et collaboration des équipes. Cependant, énergique et campée dans sa position de lutte, elle ne regrette pas de partir à la retraite.

C4 : malgré la non-intégration au premier projet (qui a été annulé), prend du recul et en élabore un autre plus adapté, avec la collaboration de l'équipe. Elle use de stratégie pour motiver les soignants. Malgré cela, la date du projet n'est pas adaptée par la direction et le cadre doit également s'accorder pour les déménagements et la restructuration de son unité avec d'autres services de l'établissement. Elle reconnaît la nécessité du projet, il n'y a pas eu d'écart entre les attentes et les résultats obtenus : qualité supérieure de prise en charge des patients, cohésion et collaboration des équipes. Le projet n'étant pas fini, C4 est concentrée et utilise à bon escient ses émotions.

Observons maintenant les propos des infirmières et analysons les différences ou les similitudes avec ceux des cadres.

4.4 Les infirmières

4.4.1 L'intégration des infirmières au projet par les cadres

Dans l'entretien 1, un groupe de quatre infirmières a été sollicité pour être formé en amont au logiciel « Résurgences », c'est une infirmière de ce groupe qui a été interrogée. C'est lors de son entretien que je réalise qu'elle fait référence à l'ancienne cadre au début de l'entretien puis à la cadre interviewée, par la suite. N'ayant pas repéré ce biais pendant l'entretien, je n'ai pu rebondir à ce sujet. Cependant, en matière de référence à l'intégration au projet, l'infirmière parle plus de la direction que du cadre du service. Elle est satisfaite de son intégration « on a été intégré dès le départ [...] c'était intéressant d'avoir rendez-vous avec la direction des soins » (Q7 ; I1). En effet, les soignants se sont sentis intégrés, écoutés et considérés « c'est important pour nous de se sentir écoutés. Ce sont les soignants qui sont auprès des patients » (Q7 ; I1). Pour I1, la direction par son comportement intégrateur réussit simplement à produire de la co-construction avec les infirmières paramétrés³ « Plus on est heureux de travailler, plus on coopère » (Vincent Chagué).

En revanche, l'équipe non formée, reste inquiète car ne reçoit pas les mêmes informations que les autres « C'est ce qu'on faisait là-haut en paramétrage qu'ils n'ont pas compris » (Q10 ; I1). Un décalage se met en place dans l'équipe, cela va-t-il avoir une influence sur la cohésion et l'implication de toute l'équipe au projet ? Cette inquiétude semble se rapprocher du stress défini selon l'Accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 : « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ».

Les infirmières ayant vécues des restructurations ont le sentiment de ne pas avoir été intégrées clairement au départ du projet « consultées un peu trop tard une fois que tous les travaux ont

³ Soignants formés au paramétrage du logiciel informatique « Résurgences » en vue de son installation dans le service quelques mois plus tard.

été décidés c'est bien pour ça que ça a posé problème » (Q3 ; I2). Elles considèrent le manque de relation avec la direction comme étant l'origine du problème de non intégration au projet.

L'infirmière qui est en train de vivre le projet de restructuration en chirurgie considère qu'elle n'a pas été intégrée « l'annonce se fait par le cadre de santé mais elle le fait une fois que tout est défini » (Q2 ; I4). Elle semble être en rupture avec la cadre du service et la hiérarchie de l'établissement « j'ai l'impression qu'on nous l'a imposé en nous donnant tout le bon mais... [...] et la réévaluation dans six mois moi j'y crois pas » (Q8 ; I4).

Je constate néanmoins un biais pendant l'entretien avec I4. J'apprends au cours de l'entretien son départ imminent vers un autre service. J'ai tout d'abord pensé qu'elle n'était pas la personne idéale pour s'entretenir avec moi. Finalement, elle n'était pas obligée, elle a accepté et a saisi l'occasion d'exprimer les émotions de son vécu. Il était difficile de lui parler de son implication car il me semble que son désinvestissement du projet était déjà engagé. Aussi, je n'ai pas suivi toutes les questions préparées, j'ai sciemment rebondi sur son ressenti, les émotions ayant pris le dessus. La fin de l'entretien a donné raison à mon intuition « non » (Q16 ; I4) à la question « Avez-vous été impliqué au projet ? ».

On pourrait imaginer que le comportement de la direction répété pour cette infirmière a eu raison réciproquement sur son propre comportement : « La communication s'obtient par la réciprocité de mes intentions et des gestes d'autrui, de mes gestes et des intentions lisibles dans la conduite d'autrui ». (Merleau-Ponty).

Parallèlement, les soignants s'interrogent au sujet de la non-intégration du cadre au projet, par la direction. En effet, les soignants considèrent le cadre comme une clé non négligeable pour repérer les problèmes sur le terrain et orienter logiquement la direction « la direction avait planifié à leur manière qui n'était pas forcément la bonne puisque concrètement sur le terrain ils ne savent pas comment ça se passe je pense. Et c'est là où le cadre intervient car au quotidien, lui il sait très bien comment nous on gère les choses » (Q8 ; I3). Les problèmes envisagés sous cet angle témoignent d'un respect que les soignants ont pour leur cadre.

« Une perception juste des émotions a un impact sur la qualité des relations et la satisfaction qu'elles apportent. » (Goleman)

Un point sur le vécu des infirmières :

I1 : reconnaît avoir été intégré au projet mais davantage par la direction que par le cadre. La collaboration inter-professionnalité se met en place. En revanche, les infirmières non-intégrées se sentent mises à part.

I2 et I3 : disent ne pas avoir été intégrées par la direction assez tôt et ne saisissent pas la raison du retard d'implication au projet de leur cadre par la direction.

I4 : dit ne pas avoir été intégrée au projet. Elle est en rupture avec le cadre, la direction et l'équipe. Quittant le service, elle n'est sans doute pas objective.

4.4.2 Les outils de communication

Les annonces du projet aux équipes sont différentes, oscillant entre le formel et l'informel, l'écrit et l'oral. Il ne semble pas y avoir de règles précises. En revanche les annonces du projet de chaque service et le comportement de chaque infirmière sont cohérents.

Aussi, I1 a reçu un affichage au début pour s'inscrire sur le groupe des paramétreurs et il n'y a eu aucune discussion avec le cadre « On n'en a pas discuté en équipe. Il n'y a pas eu de communication du projet par le cadre » (Q4 ; I1). On comprend alors le détachement de la relation avec le cadre.

De plus, on sait que ce projet d'informatisation des urgences est imposé par l'ARS, ce projet ne laissait pas le choix aux acteurs de l'évolution de leur outil de travail, aussi l'implication était de rigueur.

A l'inverse, I2 a vécu une annonce au fil de l'eau, informelle et à l'oral « pas de date clé, discussions informelles, on sentait les choses » (Q2 ; I2). Le problème du manque d'information de la hiérarchie au cadre, montre que ce sera une difficulté tout au long du projet. Lorsqu'une équipe vit le changement sans être clairement informée, elle est inquiète. Cette inquiétude peut-être un indicateur de risques psychosociaux.

D'une manière identique, I3 reçoit les informations que peut lui donner le cadre « au compte-goutte, avec les informations qu'elle avait [...] un peu sur le tas [...] pas en réunion formelle [...] annonces se faisaient aux moments des pauses quand on en parlait [...] Info écrites » (Q2 ; I3).

La prise de recul de certains cadres peut ne pas être saisi entièrement par les soignants, « l'annonce se fait par le cadre de santé mais elle le fait une fois que tout est défini par la DRH et la DSI, une fois que tout est bien structuré [...] la cadre nous dit ce qu'elle a envie de nous dire ou ce qu'elle a le droit de nous dire [...] on entend des choses à gauche des choses à droite donc il y a toujours des nuances de noir des nuances de blanc et au bout d'un moment on sait plus sur quel pied danser. Qu'est-ce qui va être fait ? Qu'est-ce qui ne va pas être fait ? Ce qui met en porte à faux les équipes ce qui est très inconfortable on ne sait pas à quelle sauce on va être mangé » (I4)

Nous pouvons ici nous rapprocher de l'économiste sociologue Herbert qui évoque « la vision de la réalité limitée des professionnels, due à la connaissance partielle des enjeux ».

Cela pourrait entraîner de la résistance de la part des professionnels d'où l'importance pour le cadre, comme l'énonce Walter Hesbeen, d'apporter de la cohérence et de la transparence pour éviter la confusion.

Les plannings sont un outil de communication lors de projets importants. Les cadres ont bien repéré cela et semblent agir en conséquence « la souplesse avec les plannings » (Q11 ; I2).

La communication régulière et multipliée, au fur et à mesure des événements par le cadre ainsi que la communication authentique sont très importantes. « Quand il y a des réunions elle met des feuilles à plusieurs endroits pour ne pas qu'on les loupe elle nous dit verbalement elle est tout le temps dans le service [...] elle n'est pas cloîtrée dans son bureau échanges formels et informels » (Q10 ; I2).

Les propos de Georges Nizard confirment ceux de l'infirmière I2 : « On ne manage pas les hommes par correspondance, le personnel cherche l'information ET le contact ».

Faisons à nouveau un point sur le vécu des différents cadres :

I1 : reconnaît avoir été intégré au projet mais davantage par la direction que par le cadre. Il y a co-construction en inter-professionnalité. En revanche, les infirmières non intégrées se sentent mises à part. L'annonce était tout d'abord formelle puis informelle mais elle n'a pas eu le choix car la loi impose la mise en place du logiciel. Elle a le même niveau d'information que le cadre.

I2 : dit ne pas avoir été intégrée par la direction assez tôt et ne saisit pas la raison du retard d'implication de leurs cadres au projet également. Elle reçoit d'abord des informations informelles, il n'y a pas de date clé d'où l'installation d'une inquiétude. Elle n'a pas le même niveau d'information que le cadre et témoigne de la souplesse dans les plannings.

I3 : dit ne pas avoir été intégrée par la direction assez tôt et ne saisit pas la raison du retard d'implication du cadre au projet également. Elle reçoit d'abord des informations informelles qu'elle reçoit au fur et à mesure par le cadre. Elle n'a pas le même niveau d'information que le cadre et témoigne de la souplesse dans les plannings.

I4 : dit ne pas avoir été intégrée au projet. Elle est en rupture avec le cadre, la direction et l'équipe. Quittant le service, elle n'est sans doute pas objective. Elle n'a pas le même niveau d'information que le cadre. et parle du premier puis du second projet et témoigne de la souplesse dans les plannings.

4.4.3 L'implication

4.4.3.1 Les écarts de propos avec le cadre

Il n'y a pas d'écart manifeste entre les dires des cadres C1, C2 et C3 et les infirmières respectives. Elles se sentent intégrées au projet, au niveau du service grâce à l'investissement concret que le cadre leur proposera sur des travaux de groupe concernant l'organisation des tâches, le déménagement et le bien-être du patient (qui reste la préoccupation première des soignants). Il y a cohérence du message entre l'émetteur et le récepteur. « C'est la qualité de la relation qui génère la qualité de la communication. » (Abric)

L'intégration est négative en ce qui concerne 3 infirmières sur 4 « pas au niveau institutionnel » (Q14 ; I2). Seule, l'infirmière qui travaille concrètement sur l'outil informatique ressent cette implication institutionnelle.

La régulation des propos de I3 avec C3 montre que le cadre a réussi à protéger l'équipe soignante de l'angoisse et des différents qu'elle avait avec la direction. En effet, l'équipe est en confiance et exprime être motivée grâce à l'encadrement rapproché du cadre. En revanche, l'équipe exprime clairement l'absence de la direction « Par anticipation pour expliquer les choses, on n'a jamais vu personne » (Q13 ;I3).

Il est étrange de se rendre compte de la différence qui s'opère entre l'émetteur et le récepteur des propos du binôme 4. Le cadre affirme avoir rendu libre la réflexion des soignants pour proposer d'autres idées à la direction.

Pourtant, I4 remet en cause les propos du cadre « Alors l'annonce se fait par le cadre de santé mais elle le fait une fois que tout est défini par la DRH » (I4). Le manque de confiance envers la hiérarchie et le cadre sont clairement exprimés « j'ai l'impression qu'on nous l'a imposé en nous donnant tout le bon mais la réévaluation dans 6 mois moi j'y crois pas » (Q ; I4) « le cadre ne fait pas partie de l'équipe » (Q ; I4) En analysant le dernier entretien, je me questionne sur la réponse de I4. En effet, il me semble qu'elle parle du premier projet qui a été annulé puis du second pour lequel le cadre a fait réfléchir l'équipe.

Finalement, « Ce n'est pas d'un langage commun dont a besoin une équipe pour œuvrer ensemble et s'orienter dans la même direction, mais bien d'une compréhension commune de ce qui se dit lorsque l'on se parle ». (Hesbeen W).

La raison des conditions de la non implication par manque de motivation individuelle sera connue plus tard pendant l'entretien, l'infirmière I4 quittera le service le lendemain. Ainsi, l'implication n'est pas mesurable puisqu'il n'y a plus à en avoir « la restructuration est arrivée je me suis dit le projet est pas mal j'ai quasiment regretté de partir et là vu comment ça va tourner je ne suis pas mécontente de partir je suis heureuse » (I4)

La déception ressentie par I4 souligne les propos de Sandra Enlart. L'insatisfaction et le manque de motivation ne peuvent pas générer de l'implication.

En majorité, trois infirmières sur quatre disent que les soignants se soudent pour avancer dans le projet. La cohésion le partage et la solidarité sont bien présents.

4.4.3.2 Donner du sens au projet

Toutes les infirmières ont trouvé que le projet avait du sens à différents niveaux, soit par gain en ratio effectif / patient soit par fierté d'avoir réalisé un si grand projet « On n'a jamais remis en cause le bien fondé, l'intérêt le sens le fondement du projet on voyait l'intérêt de bouleverser les organisations » (Q5 ; I2) et « on y a été gagnant au final au ratio soignant / patient donc le projet en lui-même on a adhéré » (Q5 ; I2) ; «intéressant de pouvoir améliorer les conditions de travail et les conditions pour les patients [...] d'avancer tous ensemble et d'y être arrivé » (Q9 ; I3).

Les raisons du sens au projet sont un peu différentes.

En ce qui concerne I4, le ton sarcastique qu'elle emploie donne du sens à sa façon d'envisager son rejet du projet « Un beau projet parce qu'il va donner du dynamisme à l'hôpital » (Q6 ; I4) « ça a pas été fait pour le personnel on a des patients qui seront un peu plus lourds » (Q5 ; I4).

Dans la collaboration pluridisciplinaire, I1 trouve du sens « Cette collaboration était intéressante et donnait du sens, cela explique pourquoi on travaille tous aujourd'hui, pour les patients. Juste un peu de temps que tout le monde trouve sa place. Quand on communique on y arrive. Je trouve cela très positif » (Q15 ; I1).

Plusieurs visites de la direction au sein du service ont eu lieu, l'origine du projet par l'ARS est connue de tous. Cela donne du sens et favorise l'envie de collaborer et de s'impliquer au niveau institutionnel.

L'écoute et la disponibilité du cadre envers l'équipe favorise l'implication. En effet, lorsque les soignants ressentent de la confiance, reçoivent de l'aide et se sentent compris par leur cadre, il y a de la cohérence psychologique et donc les professionnels s'impliquent en majorité

« on s'est senti impliqué dans tout ça car elle ne faisait pas les choses dans son coin, c'était vraiment avec notre façon de voir les choses aussi. » (Q15 ; I3)

Se projeter, permettre de visualiser l'avenir une fois le projet réalisé permet aux soignants de se motiver « ça nous a motivé car on savait que ça allait être sans doute mieux pour les patients. Et pour nous aussi niveau organisation. Donc pour le projet je trouvais que c'était une bonne chose » (Q9 ; I3)

4.4.3.3 Les groupes de travail

Les groupes de travail ont été différents selon les types de projets réalisés.

Ainsi pour le projet d'informatisation, c'est le travail en collaboration avec la direction qui est mis en avant. « On travaillait beaucoup avec la direction des soins, ce travail a mis en évidence certaines pratiques qui étaient protocolaires mais pas forcément connues de la direction » (Q12 ; I1) et « travail en collaboration avec les médecins » (Q12 ; I1). Les infirmières « paramétreurs » ont également travaillé avec d'autres professionnels non-soignants. « On a eu une formation avec les créateurs du logiciel et un ingénieur en informatique sur l'hôpital » (Q15 ; I1)

Pour les infirmières des projets 2 et 3, il s'agissait essentiellement de travailler sur l'organisation des déménagements et des activités en écrivant les nouvelles fiches de poste « déménagement; organisation [...] travaux de groupe de concertation et de réorganisation de service » (Q13 ; I2) ; « organiser le déménagement, le transfert des patients on nous demande notre avis » (Q ; I3)

Comme l'écrit J.P. Boutinet : « Le projet tisse un lien social et apporte de la coopération et de la cohésion ».

Malheureusement le lien social engendré souvent par les projets ne fait pas l'unanimité. La résistance au changement est bien réelle. « Est-ce qu'il y aura les épaules adéquates ça c'est un autre problème [...] y a un travail de fond à refaire la façon de retravailler en équipe » (Q ; I4). Dans le cas présent, je n'ai pas creusé le biais de la démotivation et des difficultés sans doute

relationnelles avec le cadre du service et ses collègues. Cependant, l'infirmière quittant le service dans cet état d'esprit risque de propager une rumeur dans le service d'après.

4.4.3.4 Le patient

Les attentes des infirmières sont tournées et centrées vers le patient.

En évidence, trois d'entre elles reconnaissent que les projets sont un mieux-être pour le patient et que l'aboutissement du projet leur a permis, en tant que professionnels, d'améliorer la qualité de leur prise en charge. Ce qui les pousse finalement à s'impliquer. Ces trois infirmières sont celles dont le projet est terminé.

Quant à l'infirmière 4, elle ne parle pas du patient. Enfermée dans la résistance, elle a des difficultés à observer objectivement les faits et mettre en avant les valeurs soignantes. , qu'elle a certainement en tant qu'infirmière.

Une question supplémentaire attise leur curiosité. Elle concerne le manque de considération des autres professionnels de l'établissement pour les patients. Les soignants ne comprennent pas comment le patient ne puisse être au cœur des préoccupations de chacun dans un établissement hospitalier. « Jamais jamais jamais ne sortait de sa bouche le mot patient il était question de peinture de cloison de machin mais jamais jamais le mot patient [...] nous ce qui nous touche c'est le patient » (Q12 ; I2). La répétition du mot « jamais » et la façon décidée et appuyée avec laquelle elle exprime le désintérêt pour le patient montre à quel point cela la choque. Les attentes des soignants sont concentrées sur l'objet de soin: le patient. Il existe effectivement un gros décalage avec l'administration d'un établissement de soin. Les professionnels des travaux sont concentrés sur leurs priorités, la mise en œuvre est à destination des patients mais ces professionnels ne sont pas censés être en contact avec les patients. Les priorités ne sont évidemment pas similaires, le soignant reste garant de la bonne prise en charge du patient sous la responsabilité du cadre de santé.

Les valeurs et les principes de la fonction publique sont applicables à tous mais pas de la même façon. C'est au cadre du service de les faire respecter pour le bien-être du patient. Selon Mesdames Chauvel et Morlé, citées dans le cadre conceptuel, « il est important que chacun

prennent conscience de ses valeurs. Pour chaque soignant, elles sont évidemment tournées vers le patient ».

Au regard du cadre conceptuel, nous pouvons également citer Goleman qui fait apparaître la place du patient dans la dynamique de travail. « Le bien-être du patient est la base primaire de notre existence en tant que soignant [...] il est nécessaire que le cadre de santé en prenne conscience pour atteindre la qualité dans les soins, au bénéfice du patient »

4.4.4 Les émotions

De la même manière que chez les cadres, peu d'émotions sont traduites quand les ressentis sont positifs. Ainsi, les émotions ne sont pas verbalisées, c'est la satisfaction du résultat qui est exprimée à l'aide de termes positifs « Cette collaboration était intéressante et donnait du sens » (Q15 ; I1) et « Je trouve cela très positif » (Q15 ; I1).

L'inquiétude des autres infirmières du service d'informatisation est légitime car elles n'ont pas le même niveau de connaissance que les paramétreurs. Comme le dit Marie-Ange Coudray, le cadre doit parvenir à rendre cette émotion motrice en informant le professionnel et en recentrant ses préoccupations vers une meilleure prise en charge du patient.

C'est l'occasion pour le cadre de se repositionner comme le pilote de l'équipe. Elle favorise la mise en place du logiciel par les paramétreurs.

A l'inverse, les infirmières 2 et 3 expriment plus d'émotions en utilisant des termes de guerre « ça a été un combat » ou « ça a été un combat » ou en usant de mots interrogatifs « c'était un sketch quoi ? » (Q4 ; I2). Sur le plan non verbal également en posant des silences, en soufflant, en riant. Au final c'est le positif qui prend le dessus malgré l'appréhension (I3) et la solidarité qui l'emporte dans un contexte de bataille (I2)

« On arrive à se dire les choses sans laisser les tensions prendre la main » (I3). L'inquiétude générée par les tensions peut être considérée comme une émotion secondaire. Positionnée dans le registre de la peur, elle provient de deux émotions primaires qui peuvent être celles de l'appréhension et de l'inquiétude.

Le problème se déplace quand l'équipe se met à être inquiète pour le cadre. Importance de la distance du cadre pour « protéger le soignant afin que leur mission principale reste centrée sur le patient. « Plus le cadre gère ses propres émotions et les utilise dans la résolution des problèmes plus il apprécie celles des autres ainsi, la satisfaction de l'équipe augmente. » (Goleman).

La communication non verbale de I4 est très présente et exprime des émotions. Le ton découragé, les souffles répétés et les phrases non terminées démontrent une forte insatisfaction de la professionnelle, tant au quotidien que de sa présence à l'entretien.

Ici, les propos de Watzlawick prennent tout leur sens « il est impossible de ne pas communiquer» (Watzlawick, 1967).

Proposons un point sur le vécu des infirmières :

I1 : La collaboration interdisciplinaire et la visite de la direction sur le terrain lui donne envie de s'impliquer car le projet a du sens. Le travail interdisciplinarité permet une meilleure prise en charge du patient. L'accompagnement du cadre lui permettra de transmettre à l'équipe en place.

I2 : le sens est donné par l'amélioration des conditions de travail grâce au gain du ratio patient / soignant. Le travail de groupes sur les organisations est réel et permet une meilleure prise en charge du patient.

I3 : il existe une cohérence psychologique avec le cadre et la projection positive lui donne du sens. Le travail de groupes sur les organisations permet une meilleure prise en charge du patient.

I4 : le sarcasme lui permet de donner du sens à son rejet du projet. Elle semble ne pas avoir confiance en ses collaborateurs, ce qui l'empêche de se préoccuper du patient.

Toutes les infirmières s'étonnent de la non prise en compte du patient par les autres catégories professionnelles de l'établissement.

4.5 La hiérarchie

La direction de l'hôpital où les entretiens ont été réalisés est remise en cause par trois des quatre cadres et trois des quatre infirmières interrogées. Les points communs sont l'intégration tardive des professionnels aux projets et un ressenti de non considération d'eux-mêmes et des valeurs soignantes. Le cadre et l'infirmière du projet numéro un sont satisfaits de la collaboration interdisciplinaire qui a eu lieu « Groupe collaborant : nous, informaticien une équipe de la direction des soins » (Q5 ; C1). Ainsi, on pourrait imaginer une collaboration plus active avec des directeurs communicatifs et empathiques, à l'image de la réalisation du projet d'informatisation. Alors, le ressenti des équipes deviendrait plus positif et contradictoire avec la citation de J.C.Abric « une minorité rigide perçue comme butée perd toute capacité d'influence » (J.C.Abric).

Sachant que trois des projets ont été menés la même année et le quatrième annulé puis ré amorcé l'année suivante, on peut se poser la question suivante :

Le temps imparti à l'élaboration de plusieurs projets en même temps pour la direction dans un même établissement est-il suffisant ?

Les directions des établissements sont elles-mêmes amendées par des tutelles qui leur imposent des réductions budgétaires, notamment en cas de « retour à l'équilibre ». Ainsi, la direction de l'établissement n'a peut-être pas le choix. L'objectif central de tous ces projets est la réduction des effectifs, ce qui le dessein de collaboration sceptique aux yeux des agents.

La mainmise des tutelles sur un établissement de santé influence-t-elle les relations de collaboration autour des projets entre la direction et les salariés ?

Quoiqu'il en soit, la direction peut accéder à l'observation sur le terrain, des organisations, écouter et échanger avec les acteurs de soin.

Mettons en avant les propos de Margaret Mead :

« Ne doutez jamais qu'un petit groupe d'individus conscients et engagés puisse changer le monde. C'est même la seule chose qui ne soit jamais produite ».

Il est possible pour la direction de reconsidérer ses décisions et expliquer les objectifs et les résultats escomptés, à chaque groupe qui vit une restructuration.

Ainsi, il est très probable, à l'identique du projet 1 que les soignants se sentiront considérés en tant qu'individus et acteurs appartenant à l'organisation. Acteurs parce qu'ils réfléchiront en équipe pluridisciplinaire et en amont du projet, aux meilleures décisions de l'agencement des locaux, des priorités matérielles, pour le bien-être des salariés et par conséquent celui des patients.

Dans le cadre conceptuel, on retrouve les propos de Walter Hesbeen expliquant que l'institution doit veiller à la sécurité et aux qualités de vie au travail des salariés pour qu'eux-mêmes puissent prendre soin des patients.

En outre, au regard des lectures de la problématique, Marie-Ange Coudray exprime que « l'institution doit veiller à l'inquiétude des salariés lors de l'annonce d'un projet [...] à l'aide du cadre qui recentre les soignants sur le patient, alors l'inquiétude peut devenir motrice et impliquante ».

Reprenons l'étape du projet d'informatisation quand la direction a finalement déclenché des moyens humains « devant l'ampleur du travail à effectuer [...] collaboration pluridisciplinaire pendant plusieurs mois. Et le groupe d'informaticiens aussi faisait remonter les difficultés à la direction et devant l'ampleur de la tâche ils ont déclenché des moyens » (Q5 ; C1).

En référence au cadre conceptuel et au principe de la communication systémique qui est de « savoir changer de regard et s'intéresser à la circulation de informations » c'est en utilisant la collaboration à bon escient que le cadre persuade et prouve ses besoins. La direction est alors en capacité de comprendre et d'évoluer dans ses décisions. Cela a permis l'évolution du regard institutionnel des soignants qui ont réinterrogé leurs pratiques et travaillé en collaboration avec d'autres classes professionnelles.

Cependant il persiste un sentiment d'isolement du cadre. Il se situe entre l'équipe qui se construit et la hiérarchie qui n'est pas toujours disponible. Ce sentiment est lié à la non compréhension d'une direction parfois distante, ne concertant pas les professionnels

directement pour des changements au sein de leur service. Ainsi nombre de complications pourraient être évitées et l'implication de tous, facilitée.

Organiser des groupes de travail entre la direction et les cadres, à l'image de ce qui se pratique dans les services, permettrait de parler des difficultés lors de la mise en place des projets et mieux collaborer. Prévoir ces ateliers en amont et après la réalisation des projets désamorcerait peut-être le mal-être de certains cadres.

Dans son livre « L'économie des émotions », Emmanuel Petit, économiste (2015) explique que les processus affectifs sont de plus en plus pris en compte dans l'économie des entreprises.

« Cela bouscule le modèle standard de l'économie fondé depuis plus d'un siècle sur la rationalité du comportement ».

5 SYNTHÈSE

Je souhaite répondre aux hypothèses proposées puis à la question de recherche en croisant les propos des binômes. Je rappelle en premier lieu chacune des hypothèses proposées :

Hypothèse 1

Adapter les outils de communication et créer des espaces de coopération au sein du service favorisent l'implication des soignants.

Le point commun du cadre et de l'infirmière du binôme 1 est qu'ils s'impliquent tous les deux, grâce aux travaux de groupes et à l'écoute des supérieurs hiérarchiques. Nous pouvons considérer qu'au regard des propos recueillis auprès du binôme 1, la communication entre tous les acteurs au niveau institutionnel, dynamise et implique. Le résultat de cette implication est la satisfaction de tous.

Malgré la différence de temporalité à l'intégration du projet, le binôme 2 n'a pas conscience du projet au même niveau. La cadre ne ressent pas de considération de la part de la direction mais mesure l'intensité du travail à fournir. Quant à l'infirmière, elle ne comprend pas que la direction n'ait pas entendu le besoin des travaux et elle mesure la désorganisation à venir.

Malgré qu'il y ait un fort décalage idéologique entre l'institution directionnelle et l'équipe de terrain, celle-ci est soudée entre les collaborateurs de terrain (médecins, cadre, soignants).

Malgré que le cadre remette en question sa propre attitude, « j'aurais bien désobéi » (Q20 ; C2) l'infirmière est satisfaite de l'accompagnement du cadre car la prise en charge des patients est de qualité aujourd'hui.

Ainsi, l'implication est ressentie par le cadre et l'infirmière au sein du service grâce à l'organisation de groupes de paroles, à la communication triangulaire (médecin / cadre / équipe) et continue. Ainsi, la communication utilise différents outils, par mail, oral et écrit. Le résultat est positif pour la qualité des soins « Dans la difficulté on se rassemble » (Q18 ; C2).

Pour le binôme 3, les bruits de couloirs sont présents donc les annonces au fur et à mesure des événements permettent de diminuer les appréhensions. N'ayant pas ressenti de soutien, ni d'investissement physique de la hiérarchie auprès des équipes, le cadre se positionne pour donner du sens aux équipes, de la confiance et de l'écoute, grâce notamment aux groupes de travail.

La confrontation du binôme 4 « ça aurait pu être pire » (Q9 ; C4) et « on n'a pas été impliqué » (Q16 ; I4) prouve que le cadre privé d'information n'a pas de marge de manœuvre avec l'équipe qu'il accompagne. Pourtant, il est un outil d'aide incontournable à la réalisation d'un projet. Dans une démarche d'amélioration de la qualité des relations entre la hiérarchie et les équipes, la direction a tout intérêt à intégrer le cadre dès la réflexion du projet. Expert du terrain, il sera la clé de l'implication des soignants. D'ailleurs, « c'est au quotidien qu'on fait la communication » « entre eux ça créé des discussions sur ce qu'on pourrait améliorer [...] ça fourmille d'idées ». Le changement d'attitude de la direction dynamise et motive.

Au regard des propos des binômes, on peut affirmer que les outils de communication et les espaces de coopération favorisent l'implication des soignants. Intégrés ou pas au projet par la direction, les soignants s'impliquent grâce au cadre, et pour les patients. En revanche, il est possible de faire en sorte que le cadre vive mieux cette situation. Le soutien mutuel existe et est crescendo : le cadre supérieur prend soin du cadre, qui prend soin du soignant. Celui-ci, alors, sera disposé pour prendre soin du patient. Cependant, ce soutien se limite au niveau de la sphère fonctionnelle directe du cadre.

C'est parce que le cadre se sent bien qu'il sera un bon accompagnateur, un encadrant responsable et mature, un leader participatif. Pour cela, il est important que la direction soigne sa communication avec lui, pour le bien-être des autres.

D'après les notes de cours de Jean-René Ledoyen (2016), enseignant et responsable de la formation des directeurs de soins à l'EHESP de Rennes, ces propos sont confirmés par le « projet d'accord-cadre sur la qualité de vie au travail dans la fonction publique » du 12 janvier 2015. Les démarches innovantes impulsent une nouvelle dynamique et donne la parole aux agents en mettant en place des espaces d'expressions sur le travail. Je cite les droits consacrés dans le présent accord : « la reconnaissance de l'agent comme acteur de l'organisation de son travail ; le droit d'expression directe des agents sur le contenu et l'organisation de leur travail ;

le droit au respect de la séparation entre vie personnelle et vie professionnelle ; le « droit à la déconnexion » de tout moyen de communication et d'information en dehors des heures de service ; le droit de recours en cas de refus de l'autorisation d'exercer en télétravail ».

Nous pouvons confirmer l'hypothèse 1 : Adapter les outils de communication et créer des espaces de coopération au sein du service favorisent l'implication des soignants.

Hypothèse 2

La considération des émotions par le cadre, lors de l'annonce d'un projet favorise l'implication des soignants.

La réalité des projets de restructuration aujourd'hui, est vécue pour la plupart dans la douleur par manque de temps. Les cadres et les équipes sont déçus et touchés face au peu d'écoute et de considération de leur hiérarchie. Professionnels experts du terrain, leurs idées sont souvent bénéfiques et permettent de cibler rapidement les problèmes. Elles peuvent ainsi devenir économiques de temps et d'argent.

Les émotions se mélangent parfois lorsque les projets se succèdent. Et pourtant, les cadres et les soignants s'impliquent malgré la difficulté des projets à mener, le découragement et la déconsidération. On observe que des cadres sont même capables de s'impliquer malgré leur désapprobation. Les valeurs soignantes et l'intérêt qu'ils portent au bien-être des équipes leur permettent de se concentrer sur la qualité des soins dispensés au patient.

Les inquiétudes et les incertitudes de ne pas pouvoir toujours se projeter est bien présent. Le départ d'I4 et les propos qu'elle rapporte de ses collègues de vouloir quitter le service si les choses ne changent pas sont-ils liés? D'après elle, il faut que le cadre se positionne d'avantage pour que les relations de travail s'améliorent et soient moins pesantes.

Dire que les émotions « débordent » serait de considérer les émotions sur un plan négatif. Or, ce sont elles qui parlent, qui amplifient la communication, qui rapprochent. Les émotions permettent l'implication en ce sens où elles humanisent la relation. On rentre dans une sphère

plus restreinte avec son interlocuteur. On voit que le binôme 1 qui rencontrait la direction lors de réunions et d'échanges s'est impliquée rapidement et est devenue motrice auprès de l'équipe car elle comprenait les enjeux.

En revanche, les relations entre les binômes 2 et 3 n'ont pas eu lieu avec la direction. Il n'y avait pas de contact humain, l'implication a quand même eu lieu sur le plan des valeurs soignantes et parce que ce contact humain s'est effectué dans la sphère restreinte du service.

L'expression des émotions du cadre 3 même si elle ne le souhaite pas montre ses sentiments. On peut dire que sa vulnérabilité n'a pas fait peur à l'équipe au contraire.

Le problème est de réfuter les émotions « on préfère agir que dire qu'on est en colère ». Mais elles sont là, on ne les maîtrise pas. Les identifier et les repérer permet de les cadrer et de les traiter à l'aide de techniques comme la communication vraie, par exemple. Alors la raison reprend ses droits, travailler pour le bien-être des patients et des professionnels est à nouveau possible car l'esprit est libéré.

Quant au binôme 4, on note que ses émotions sont synonymes de rupture avec la hiérarchie et ses collègues. C4 a vécu deux projets et se sent mieux avec le deuxième car il lui appartient.

La prise en compte des émotions favorise l'implication des soignants ou du moins ne la dessert pas. Elle humanise les relations et apaise, c'est en ce sens que les valeurs des soignants se mobilisent. Nommer les émotions et les vivre en équipe participent à lier les individus entre eux. Le cadre alors, rassure et se positionne comme un régulateur et un « anti-stress ».

Une limite dans la méthodologie est à souligner pour la résolution de cette hypothèse. En posant la question sur ce que les acteurs ressentaient au moment de l'annonce du projet, j'ai limité mes questions à l'individu lui-même. Pour répondre mieux à la question concernant les émotions, il aurait été intéressant de demander aux interviewés ce qu'ils pensaient des émotions de l'autre. La corrélation de l'hypothèse et du questionnaire sont à améliorer.

La question de recherche

Je vais à présent tenter de répondre à la question de recherche que je rappelle ici :

**En quoi la communication du cadre de santé avec son équipe,
dans une dynamique de projet,
favorise-t-elle l'implication des soignants ?**

La communication du cadre avec son équipe, dans une dynamique de projet favorise l'implication des soignants car elle se présente sous diverses formes complémentaires.

En organisant le travail au quotidien, le cadre prévoit des temps de rencontres et de réflexion. Cependant dans les situations décrites et sur le terrain, peu de temps est réellement envisageable. C'est en permettant l'expression de chacun associée à une certaine liberté au travail et en adaptant son comportement à l'imprévisible que le cadre créera une ambiance propice au respect de chaque individualité et à l'implication de tous au sein de l'unité.

Reprenons l'idée créatrice et innovante de la cadre interrogée lors de l'entretien exploratoire. Elle aménage un groupe de travail autour de l'organisation des tâches incluant tous les soignants et offre à chacun, la possibilité d'y apporter un peu de sa richesse sans restreindre le nombre de participants. Ainsi, au lieu de désigner seulement quelques individus de l'équipe, chaque soignant est libre de s'organiser, ne culpabilise pas de ne pas pouvoir être présent à chaque réunion et finalement tous les agents ont répondu présent au fil des réunions programmées.

Cette expérience opposée à tous les niveaux à celle du groupe de travail sur le bain thérapeutique de la situation trois de la problématique, a porté les fruits d'une cohésion sociale et d'échanges alors que l'autre n'a fait qu'amplifier l'échec de travailler ensemble.

La communication du cadre centrée et organisée autour d'intérêts communs permet la cohésion et la solidarité.

C'est en s'entretenant individuellement avec chaque agent que le cadre peut réajuster et surtout valoriser l'implication des soignants. Dans le contexte des entretiens, toutes les cadres sont fières du travail fourni par les soignants. Elles les reçoivent individuellement dans le cadre d'un entretien programmé pour faire le point et remercier ou valoriser l'engagement de chacun. C'est en accueillant les critiques constructives des soignants et en les valorisant que ceux-ci s'impliqueront de nouveau et que le cadre pourra réajuster et faire remonter son expérience de vécu du projet.

Même s'il y a de la résistance, celle-ci est un mode de communication. C'est parce que la résistance déclenche des réactions et du dynamisme que la communication va se mettre en route. Quoiqu'il en soit, les agents soutenus par le cadre parviendront à la rendre productive. Tout d'abord parce que nous sommes soignants, et le bien-être du patient est notre priorité. Ensuite parce que nous sommes des êtres humains, et la survie du groupe nous oblige à se rassembler pour avancer.

Par moment la communication existera sous la forme de négociation puis évoluera positivement vers de la production. Ou l'inverse.

L'adaptabilité du cadre est de rigueur et lui permettra de mener le changement au sein de l'unité.

La communication favorise l'implication des agents dans la dynamique d'un projet. Malgré l'existence parfois, d'une communication bloquée, les soignants ont de multiples ressources pour s'impliquer.

6 CONCLUSION

6.1 Limites et valorisation d'un premier travail d'initiation à la recherche

L'élaboration de ce travail de recherche est pour moi la première véritable occasion d'écrire et de conceptualiser mes questionnements de soignante depuis l'obtention du diplôme d'infirmière.

Malgré les encouragements de mes supérieurs hiérarchiques, je n'ai jamais investi l'écriture autrement qu'à travers les transmissions dans les dossiers de soins infirmiers ou la rédaction de comptes rendus de réunions lors de mon exercice professionnel.

La rédaction de ce mémoire et les rapports de stage rédigés cette année au cours de la formation cadre, m'ont permis de dépasser mes appréhensions de la production écrite. J'ai manifestement pris du plaisir à rédiger.

Poser par écrit ses idées permet de les organiser, d'avancer dans sa réflexion et de se poser des questions. C'est ainsi que les questionnements de la problématique m'amènent à formuler des hypothèses et une question de recherche qui m'accompagne tout au long de ce mémoire.

Recueillir les propos de professionnels que je ne connais pas, sur un sujet sensible, celui de la communication dans un contexte de changement, est assez émouvant. En effet, j'ai ressenti beaucoup de confiance et accueilli comme une confidence les paroles de chacun. C'est avec respect que je souhaite aborder l'analyse de leurs propos. Ce n'est pas la partie la plus évidente mais la plus intéressante car elle reflète la réalité du terrain avec authenticité.

L'élaboration du cadre conceptuel sur les notions empruntées dans les hypothèses et la question de recherche contextualisent mes pensées. Pour autant, certains éléments que je n'attendais pas lors des entretiens sont énoncés par les interviewées.

Ces éléments concernent le sujet que j'avais mis de côté (la communication avec la hiérarchie). Mon choix est de centrer davantage la recherche sur l'articulation de la communication entre l'équipe et le cadre. Ainsi, j'adapte le cadre conceptuel et je développe légèrement la pression politico économique qui accable la direction de l'établissement, au risque de sortir du cadre de la question de recherche. Pour autant, il me semble que les deux mondes dont on dit qu'ils sont différents (les soignants et l'administration) doivent aujourd'hui s'accorder et travailler ensemble. Manifestement les équipes l'ont compris car ils l'intègrent largement dans leur discours.

C'est notamment grâce à l'ensemble de ces données que je réponds à mes questions initiales, à la question de recherche et à mes hypothèses.

Intégrée au sein d'une équipe et d'un pôle, c'est en partageant avec d'autres professionnels que nous pourrions ensemble, en collaborant, rendre par écrit le témoignage de nos expériences et de nos pratiques réflexives.

L'écriture est un moyen pour reconnaître les compétences multiples au sein d'une équipe et valoriser le travail des acteurs.

6.2 Projection de la fonction cadre

C'est en affirmant par écrit et par oral, plus aisément mes valeurs soignantes et les valeurs de la fonction publique, en m'appuyant sur des outils enseignés à l'école des cadres et en pratiquant les différentes manières de communiquer que je m'apprête à reprendre le chemin de l'hôpital.

C'est également après avoir analysé mes erreurs de management en tant que faisant fonction et en assumant la soignante et la future cadre que je suis devenue aujourd'hui, que je me projette. En tant qu'encadrant de proximité, je souhaite collaborer pour valoriser la pluridisciplinarité et

m'inscrire dans l'ouverture de l'hôpital public en extra-hospitalier et vers les réseaux médico-sociaux. L'hôpital de demain nous invite à co-construire et faire cohabiter nos activités.

Ainsi, organiser des travaux de groupe en créant des espaces de réflexion permet de valoriser ce qui fonctionne déjà au sein des établissements. En référence aux notes de cours d'Anne Joyeau et tiré des cahiers de l'actif n°402/403, co-construire accède à la compréhension réciproque et « invite les professionnels à s'interroger sur les pratiques de travail en équipe, favoriser leur organisation et s'intéresser au sens de cette démarche en faveur des usagers » (Loi du 2 janvier 2002).

Le « projet d'accord-cadre sur la qualité de vie au travail dans la fonction publique » du 12 janvier 2015 inscrit officiellement les directions dans la démarche d'inclure les soignants et les usagers aux réflexions communes au sein des établissements.

Communiquer comme je souhaite manager, m'amène à me positionner comme un cadre gestionnaire. L'année à l'école des cadres nous invite à obtenir le master 1 GRH (gestion en ressources humaines). Etre gestionnaire à mes yeux signifie être responsable en tant que professionnel de santé, en économie pour gérer les stocks et les ressources du service dans le pôle.

A mon sens c'est également s'inscrire en tant que citoyenne appartenant à une organisation dans la ville.

Enfin, être professionnel de santé et citoyenne, c'est être réaliste vis-à-vis de la dépendance politico économique des établissements de santé par rapport à la cité. En équipe élargie avec le médecin, le cadre coordonnateur, les représentants des usagers, du personnel et des directions, nous devons travailler ensemble pour rendre l'hôpital attrayant et économiquement viable.

Cela ne peut se dissocier du discernement éthique qui invite les professionnels à s'interroger sur eux-mêmes. A s'interroger également sur leurs relations aux autres, vers la collaboration et la confiance avec l'équipe et les usagers.

Je veux être un cadre qui prend soin des soignants, les valorise en fonction de ce qu'ils réalisent.
Je souhaite pour cela, prendre en compte les émotions de chaque individu pour qu'il se sente acteur dans l'institution.

Enfin, je veux positiver notre métier de soignant car nous vivons à une époque où le travail est productif et motivant.

7 REFERENCES

Ouvrages

- Abric, J.-C. (2012). *Psychologie de la communication, Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin.
- Bonald, L. (1800). *Essai analytique sur les lois naturelles de l'ordre soc.* p. 122. Paris.
- Coudray, M.-A. (2004). *Le cadre soignant en éveil*. Broché.
- Dujarrier M.A. (2008). *L'idéal au travail*. Editions Le monde Presse universitaire de France.
- Enlart, S. (2010). Motivation, satisfaction et implication. In (Aubert, N). 9^{ème} édition. *Management. Aspect humains et organisationnels*. (p.173-202). Paris : Presse Universitaire de France.
- Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle : intégrale*. J'ai lu.
- Hesbeen, W. (2007). Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité du service. In Hesbeen, *Perspective soignante N°30*. p.39-51. Seli Arslan S.A.
- Hesbeen, W. (2011). *Cadre de proximité. Un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien des soins*. Elsevier Masson.
- Kapferer, J.N. (1990). *Rumeurs le plus vieux média du monde*. Paris : Seuil.
- Kotsou, I. (2008). *Intelligence émotionnelle et management. Comprendre et utiliser la force des émotions*. Editions De Boeck Université.
- Merleau-Ponty (1945). *Phénoménologie de la perception*. p. 215. Paris : Gallimard.
- Pareto, V. (1968). *Le Traité de sociologie*. p. 270. Genève : Librairie Droz.
- Petit, E. (2015). *Economie des émotions*. La découverte.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion : A psychoevolutionary synthesis*. Harper and Row
- Quivy, R. ; LV. Campenhoudt, L.-V. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales* (3^{ème} édition). Paris : Dunod.
- Renard, J.-B. (1999). *Rumeurs et légendes urbaines*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Ruiller, C. (2015). *L'hôpital, le dessous des cartes*. p. 254. Les Etudes Hospitalières.

Watzlawick P. (1983). *Faites vous-même votre malheur*. Editions du seuil.

Articles

Chagué, V. (2008a). Comment améliorer la coopération au sein de l'équipe soignante? *Soins cadre n°65*. p.39-51.

Chagué, V. (2008b). Comment prévenir ou le cas échéant manager les rumeurs à l'hôpital? *Soins cadre n°66*. p.10-13.

Damasio A.R. (2005). L'erreur de Descartes. *La raison des émotions*. © ODILE JACOB.

Nizard, G. (2008). La rumeur peut-elle être une stratégie managériale? *Soins cadre N°66*. p. 32.

Sliwka C. (2004). Dynamique de projet. Le rôle déterminant du cadre.

Szeliga, D. cadre de santé au chu B. (2013). Intelligence émotionnelle et management, (220), 54.

Zambello, L. (2014). L'intelligence émotionnelle au travail: une piste de réflexion pour le cadre de santé. *In Soins Cadre N° 92*, pp. 41-44. Elsevier Masson.

Législation

Ministère de la décentralisation et de la fonction publique. (1983). *Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits des obligations des fonctionnaires*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504704&dateTexte=20080116>

Pages web

Blog La communication vraie. <http://www.maestrio.com/nos-outils-et-methodes/communication-vraie>

Charrier, B. (2013). *Le bien-être au travail : un enjeu managérial*. Disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/bien-etre-au-travail-un-enjeu-managerial>

Chauvel, G. ; Morlé,(1993). Dix valeurs pour les soins infirmiers. *In Objectif Soins, n° 17*. Disponible sur : <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/SOCIOLOGIE%20SANTE/DIX%20VALEURS%20SI.pdf>

La communication interpersonnelle de l'école de Palo Alto.
<http://www.cvconseils.com/communication.html>

Lanteri, R. (n.d.) La congruence selon Rogers... et ma propre expérience de cette dernière. (Article adapté de C. Rogers). Disponible sur : [file:///C:/Users/sarah/Downloads/congruence selon c rogers.pdf](file:///C:/Users/sarah/Downloads/congruence%20selon%20c%20rogers.pdf)

Leroutier, G. (2011). La métacommunication : un outil de compréhension et d'action pour le coach. *SICPNL*. Disponible sur : <http://sicpnl.org/articles3.asp?i=52>

Centre national de ressources textuelles et lexicales (Cnrtl). Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9motion>.

Pascual S. (2010). De l'importance de la distinction entre stress et émotions. *Ithaque Coaching*. Disponible sur : <http://www.ithaquecoaching.com/articles/de-limportance-de-la-distinction-entre-stress-et-emotions-998.html>

Petit, F. (2005). dialogues, propositions, histoires pour une citoyenneté mondiale. Disponible sur : http://base.d-p-h.info/fr/corpus_auteur/fiche-auteur-461.html

Théorie de la communication : l'approche systémique des relations humaines. Disponible sur :
<http://jbesse.info/s3/theoriecommunicationcm/>

http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2001.badra_1&part=37099

Notes de cours.

Brémaud L. (2015). Notes de cours : L'analyse stratégique. IFCS CHU Rennes : 16 octobre 2015.

Lux, G. (2016). Notes de cours : Outils de management. IFCS CHU Rennes : 16 février 2016.

Joyeau A. (2016). Notes de cours : L'intégration de l'éthique dans les pratiques de management. IFCS CHU Rennes : 19 janvier 2016.

Ledoyen J.-R. (2016). Notes de cours : Le rapport d'activité. IFCS CHU Rennes : 10 mai 2016

8 TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	1
1.1	Cheminement vers une problématique	1
1.2	Mes lectures	4
1.3	Un entretien exploratoire	5
1.4	La question de recherche	8
2	LE CADRE CONCEPTUEL.....	9
2.1	La Communication.....	9
2.1.1	Les définitions.....	9
2.1.2	La législation.....	10
2.1.3	La communication mécanique	11
2.1.4	La communication systémique	12
2.1.5	Le sens et la communication.....	14
2.1.6	La communication bienveillante et la rumeur	15
2.2	Les émotions	17
2.2.1	Les définitions du ressenti et des émotions	17
2.2.2	Différents types d'émotions.....	18
2.2.3	L'intelligence émotionnelle au travail.....	19
2.2.4	L'intelligence émotionnelle et le management	20
2.2.5	Les émotions et la relation	21
2.3	L'implication.....	23
2.3.1	Plusieurs définitions de l'implication et de la motivation	23
2.3.2	Le lien avec la Motivation et la Satisfaction.....	25
2.3.3	Les valeurs	26
2.4	La dynamique de projet.	26

3	LA METHODOLOGIE	28
3.1	Présentation de la démarche.....	28
3.2	Les objectifs de la recherche.....	28
3.3	Le choix du terrain	29
3.4	Le choix des acteurs	29
3.5	Le choix des outils.....	30
3.5.1	L'entretien semi-directif	30
3.5.2	Les conditions d'entretien.....	31
3.5.3	Le guide d'entretien.....	31
3.6	L'analyse du contenu.....	32
3.7	L'analyse du recueil de données	33
3.8	Les limites.....	33
3.9	Les apports.....	34
4	L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION DES RESULTATS.....	35
4.1	Analyse de la méthode.....	35
4.2	Analyse contextuelle	35
4.3	Les cadres	37
4.3.1	Intégration du cadre au projet par la direction	37
4.3.2	Le délai d'annonce	38
4.3.2.1	La législation.....	38
4.3.2.2	La mise à distance	39
4.3.3	Les outils de communication de l'annonce du projet.....	40
4.3.3.1	Les outils imposés par la direction.....	41
4.3.3.2	Les outils à valoriser	42
4.3.4	L'implication.....	44
4.3.4.1	L'influence des écarts.....	44
4.3.4.1.1	Les écarts constructifs	45

4.3.4.1.2	Les écarts critiques.....	46
4.3.4.2	Les outils de l'implication	47
4.3.5	Les émotions	49
4.3.6	L'auto-analyse des cadres.....	51
4.4	Les infirmières	53
4.4.1	L'intégration des infirmières au projet par les cadres	53
4.4.2	Les outils de communication	55
4.4.3	L'implication.....	57
4.4.3.1	Les écarts de propos avec le cadre	57
4.4.3.2	Donner du sens au projet	59
4.4.3.3	Les groupes de travail.....	60
4.4.3.4	Le patient	61
4.4.4	Les émotions	62
4.5	La hiérarchie	64
5	SYNTHESE	67
6	CONCLUSION	73
6.1	Limites et valorisation d'un premier travail d'initiation à la recherche	73
6.2	Projection de la fonction cadre.....	74
7	REFERENCES	77
8	TABLE DES MATIERES	81

RESUME

Le cadre de santé est au cœur de la communication entre les différents acteurs de l'hôpital. Il évolue dans un contexte de projets à outrance, participant ainsi à la modernisation des organisations de la santé hospitalière. Afin d'être compris par les équipes, il doit respecter les valeurs soignantes, faire preuve d'écoute, de compréhension et d'empathie envers ses collaborateurs. Que reflètent ces termes réellement ? La collaboration, les émotions permettent-elles au cadre d'être plus efficient dans sa communication ? Un paramètre indispensable à l'implication de tous est central : la hiérarchie directionnelle. Elle est le commanditaire principal des grands projets de restructuration. Permet-elle au cadre, par l'intégration de celui-ci, de collaborer et porter le projet au sein de l'équipe ? Le bien-être du patient dépend de l'implication des soignants au projet et donc, de la collaboration de tous les acteurs réunis de l'établissement.

MOTS CLES

Communication – Valeurs Soignantes – Emotions – Collaboration - Implication