

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Ensemble

Helene CAPILLON

DCS@15-16

Note aux lecteurs

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

Remerciements

Je souhaite remercier Mme Male Fanny pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité au cours de la construction de ce travail. Puis Mme Le Gal Morgane qui lors de ses interventions, ses recommandations et ses suggestions m'a amené à progresser dans ma réflexion. Ensuite les cadres qui m'ont accordé du temps pour mes entretiens qui furent sources d'approfondissement de mes projections. Enfin mes amis et ma famille pour leur soutien et leur disponibilité.

Sommaire

Introduction.....	6
1 Cheminement de la problématique	7
2 Cadre de références théoriques	14
2.1 Reconnaissance.....	14
2.1.1 Pourquoi	14
2.1.2 Comment	17
2.1.3 Les critères de qualité de la pratique de la reconnaissance	18
2.1.4 Les freins à la reconnaissance	19
2.2 L'identité.....	20
2.2.1 En anthropologie sociale	20
2.2.2 En psychologie.	21
2.2.3 En philosophie	22
2.2.4 Professionnelle	23
2.3 La singularité.....	25
2.3.1 Ressources.....	25
2.3.2 Les aptitudes et les qualités	26
2.3.3 La singularité	27
2.4 La compétence.....	29
2.4.1 Définition.....	29
2.4.2 Le mode opératoire et les facteurs d'influence	31
2.5 Le rôle du cadre dans la mobilisation des compétences.....	32
2.5.1 La relation.....	32
2.5.2 Les phases constitutives d'une équipe	34
2.5.3 L'équipe potentiel en construction et l'implication	35
2.5.4 La mobilisation individuelle et la compétence collective	37
2.6 Management et émotions.....	39

2.6.1	Les émotions	39
2.6.2	Les émotions et leurs rôles	40
2.6.3	Manager par les émotions	43
2.6.4	Le management par les émotions à l'hôpital ?	44
2.7	Evolution de la question de recherche	47
2.7.1	De la compétence à la professionnalisation	47
2.7.2	Evolution	48
3	Analyse de terrain	50
3.1	La méthodologie de la recherche	50
3.1.1	Le choix de l'outil de recherche	50
3.1.2	La population enquêtée	51
3.1.3	Intérêts.....	51
3.1.4	Les structures d'exercice	52
3.1.5	Parcours professionnel	53
3.1.6	Elaboration des guides et conduite des entretiens	54
3.1.7	Exploitation des données.....	55
3.2	L'analyse des données.....	55
3.2.1	Les émotions dans les pratiques soignantes	55
3.2.2	L'identification des émotions et son intérêt	56
3.2.3	L'apport des émotions	59
3.2.4	Emotions dans le management	59
3.2.5	Émotions et compétences	61
3.3	Analyse en lien avec le cadre de références.....	63
3.3.1	Les émotions	63
3.3.2	L'identification	66
3.3.3	Management.....	71
3.3.4	Compétences.....	76

3.4 Réponse à la question de recherche et aux hypothèses.....	79
3.4.1 Réponses	79
3.4.2 Limites et portées de l'enquête.....	80
Conclusion.....	82
Bibliographie.....	84
Annexes	

Liste des abréviations

Les abréviations font l'objet de notes de bas de page.

Avertissements pratiques

Merci de bien vouloir lire dans ce travail :

Le (la) cadre de santé.

Le (la) soignant (e).

Introduction

Ce travail s'inscrit dans la formation cadre de santé réalisée à l'IFCS¹ de l'Ecole Supérieure Montsouris qui me permit de découvrir des professionnels dont les regards sur leur fonction m'invitèrent à explorer d'autres perceptions des missions d'encadrement et des acteurs de santé. Ensuite pour amorcer ce travail je me suis demandé « en quoi les capacités relationnelles du cadre de santé contribuaient à accompagner l'équipe soignante ? » Cependant cette question fut le commencement d'une réflexion sur les rapports à l'autre dans les structures de soins. Ainsi dans une première partie je vais vous présenter mon cheminement m'amenant à définir une question qui ouvra à la recherche de références théoriques. Ensuite je vous présenterai les résultats de mes rencontres avec les cadres de santé afin de répondre à ma question de recherche.

¹ Institut de Formation Cadre de Santé.

1 Cheminement de la problématique

Le métier de Cadre de Santé, réglementé par le décret n°95-926 du 18 août 1995, se voit affecté une fiche métier qui correspond à un ensemble d'actions à réaliser pour remplir des missions. La fiche métier du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de Droits des femmes titre « Management des organisations des soins ». On retrouve les verbes organiser, manager, développer et participer. Elle ne comporte pas d'indicateurs de moyens de réalisation de ces missions. Le monde de la santé a évolué pour répondre aux exigences et besoins de la société. Pour cela les politiques de santé ont modifié les organisations des structures de soins et en ce sens la fonction de cadre de santé a vu ses missions et ses champs d'actions évoluer. Au milieu de ces évolutions visant à améliorer les prestations de santé et à répondre aux critères de qualité de l'HAS², les relations humaines circulent et imprègnent les activités professionnelles. Le cadre de santé est confronté à ces complexités relationnelles dans le management d'une équipe soignante. Celles-ci résultent non seulement de la relation soignant-soigné mais aussi de celles entre les membres de cette équipe. En effet une équipe est constituée de professionnels diplômés ou non et hétérogène compte tenu des parcours professionnels intra et extra-hospitaliers, de l'ancienneté dans l'établissement et du plan de formation. Ainsi le cadre est amené à manager de jeunes diplômés, des expérimentés, des agents en évolution et ou en reconversion professionnelle. Pour moi le cadre de santé doit savoir reconnaître chacun des acteurs par leurs expériences et leurs compétences afin d'obtenir une vision globale des capacités de cette équipe et y adosser son management. A ceci, j'ajoute que je fus surprise de constater que les comportements de quelques membres de l'équipe pouvaient se modifier en fonction du cadre de santé présent et je m'interroge aujourd'hui sur les motifs de ces changements. Est-ce que cela résulte du mode de management utilisé ou de la reconnaissance de chaque professionnel dans ses complexités et ses spécificités. Ainsi j'aimerais explorer les autres finalités de cette reconnaissance qui est souvent abordée par les professionnels. De plus au cours de mon parcours professionnel, en 2011, j'ai accepté une mission de remplacement sur un poste de cadre de santé comme faisant fonction pendant 6 mois dans l'attente que le poste soit pourvu.

² Haute autorité de santé.

Ceci fut l'occasion de percevoir les relations intra équipe sous un angle différent et de recevoir les demandes des professionnels à l'égard du cadre de santé. De plus cette expérience dans cet établissement médico-social changea mon regard non seulement sur mes attentes professionnelles mais aussi sur la fonction de cadre de santé qui m'apparut plus complexe et soumise à des contraintes relationnelles. Ainsi je fus initiée aux différentes missions de cette fonction et mes opinions pré-conçues disparurent. En effet je pensai que la fonction principale du cadre de santé était la gestion de démarches administratives et je fus surprise de découvrir que ces activités ne l'éloignaient pas du patient mais étaient au service de sa prise en charge dans un souci de qualité et de sécurité.

Alors, mes échanges autour des pratiques soignantes et managériales avec mes collègues cadres furent formatifs et permirent des temps de débriefing sur la complexité des situations d'encadrement au sein des services. Je pus identifier que les situations problématiques étaient également rapportées par des cadres ayant une ancienneté dans cette fonction et que leurs expériences professionnelles contribuaient à les résoudre. Les échanges dans le collectif cadre confortaient leurs décisions et complétaient leurs techniques managériales.

Puis lors d'une mutation vers une structure hospitalière j'ai intégré un pôle dans lequel les cadres remplaçaient leurs collègues auprès des équipes pendant leurs absences. Je constatai alors des positionnements professionnels de membres de l'équipe différents d'une unité à l'autre. Je me suis demandé si cela venait de la spécialité médicale ou de la posture professionnelle.

Puis au décours d'une garde j'ai retrouvé une aide-soignante avec qui j'avais travaillé en tant qu'infirmière en 1999 dans un service de SSR³ où la cadre de santé nous apparaissait sévère. Pour autant elle avait à cœur d'être à l'écoute et de fédérer une prise en charge centrée sur les patients avec un souci de qualité et de sécurité dans les soins. Elle était attentive aux échanges avec les patients et avait mis en place un référent aide-soignant par patient dès son arrivée dans le service pour optimiser la personnalisation des soins. De plus ce service, positionné dans une ancienne abbaye affichait des chambres démunies d'équipement sanitaire et défraîchies. Ceci surprenait le patient qui arrivait de l'Hôpital moderne du Coudray. Pourtant cette approche personnalisée par le référent et les nombreux échanges

³ Soins de suite et de réadaptation.

estompaient vite ce sentiment. En 2010, ce service fut transféré sur une structure plus moderne et l'aide-soignante saisit l'opportunité pour changer de service et intégrer un service de médecine gériatrique comportant un secteur péri-opératoire. Lors de cette rencontre elle me demanda si je postulerais sur le poste vacant lié au départ à la retraite de la cadre de santé et ceci donna lieu à d'autres échanges où elle me dit « ma cadre ne souhaite pas que je plaisante et parle avec le patient » et « cela m'est difficile ». Ensuite elle ajouta qu'à chaque évaluation la cadre soulève ces points et fixe comme objectif d'avoir une retenue dans les relations auprès des patients dans les soins. Ces propos m'amènèrent à me questionner sur les difficultés qu'elle pouvait avoir pour modérer sa spontanéité envers les patients et sur sa frustration.

Puis pendant des échanges avec une infirmière d'un autre service de gériatrie qui me relatait des frictions, une perception d'un désinvestissement des soins par les professionnels et d'un manque de reconnaissance du cadre de santé, elle formula de la souffrance et un épuisement liés au décalage entre ses valeurs professionnelles et le contexte dans lequel elle exerçait. Elle m'expliquait ses douleurs dorsales induites par la tension physique qui entraînaient de longues périodes d'arrêt maladie.

Au regard de ces données je me suis interrogée sur le rôle de la reconnaissance du professionnel par le cadre de santé dans la prévention d'un épuisement. Puis sur les rapports entre le désinvestissement d'une activité et les événements professionnels. L'accompagnement de l'équipe m'apparut alors être un outil essentiel pour éviter ces manifestations. Puis en comparant l'activité de l'unité de médecine gastroentérologie où j'étais en poste de faisant fonction de cadre de santé à celle des services de gériatrie je me suis demandé si elle était plus difficile et plus contraignante et pouvait ainsi induire ces témoignages. Au vu de mon expérience professionnelle je conclus que ces services avaient des rythmes et des contraintes de travail similaires et regroupaient des patients aussi âgés. Toutefois les professionnels des deux unités les vivaient différemment et cela m'intrigua au point de sonder mes pratiques managériales. Je pris conscience du temps consacré aux professionnels pour échanger sur les activités de soins, les situations difficiles et les relations avec les patients. De plus, je les écoutai et leur accordai des moments individuels pour échanger sur leur état émotionnel. Puis j'étais attentive à reconnaître leur investissement, leur positionnement et les journées chargées en soins

et en flux de patient. Tant et si bien que je me demande si l'importance accordée aux relations soignants-cadre aurait un effet bénéfique sur l'équipe ?

De surcroît je me suis questionné sur la charge émotionnelle des soignants durant leur activité et sur sa prise en compte par le cadre de santé dans le management. En effet les soignants sont soumis à des situations d'accompagnement et de diagnostics difficiles créant des réactions émotionnelles, des projections, des doutes sur leurs capacités à gérer la situation, des appréhensions et des difficultés dans leur positionnement. Les émotions peuvent aussi émaner du patient et contraindre le soignant à les recevoir. Elles imprègnent ainsi la relation de soin.

Cela m'amène à penser que le cadre de santé peut se permettre de verbaliser ses émotions à l'égard d'une prise en soin partagée afin de créer du lien avec l'équipe, montrer que leur expression peut servir à la prise de recul et donner de l'espace à l'expression des ressentis des soignants. Je pense que si le cadre s'autorise à les formuler, il instaure un climat propice à ce que le soignant révèle les siennes sans s'exposer à un jugement de valeur venant de ses pairs et ou de la hiérarchie. Ainsi la mise en place d'analyse de pratiques professionnelles est l'occasion de montrer l'incidence des émotions dans la prise en charge et favorise un regard critique sur la situation problématique. Cette analyse devient un outil de conscientisation et de professionnalisation qui permet au soignant de progresser dans la construction de sa posture. Toutefois il peut être utile de réguler en temps réel l'impact émotionnel induit par une situation de soins pour favoriser le délestage des émotions avant de prendre congé du poste de travail. Donc ces deux étapes permettent de temporer les émotions et de se construire en les analysant dans le contexte professionnel. Toutefois je pense qu'il faut accepter le silence d'un soignant car cela a aussi un sens et peut révéler des difficultés de prise de distance face à la situation et/ou une impossibilité à mettre des mots sur le ressenti. De plus il me semble qu'il faut tenir compte qu'un mot peut ne pas être le juste reflet d'une émotion. De sorte que les analyses menées, par une personne formée à cette pratique, sont importantes et à travers la dynamique de groupe elles permettent d'explicitier les émotions.

Toutes ces réflexions autour de l'échange verbal s'appuient sur ma pratique et sur une formation réalisée en 2010, quand j'étais infirmière, intitulée « travail avec les familles » qui me fit retenir que « se permettre de dire les choses autorise l'autre à s'exprimer ».

Cette formation fut réalisée par un médiateur familial et qui me fit aborder la relation à l'autre sous une autre vision. C'est à dire que le comportement d'un individu pouvait résulter d'une mission allouée par autrui ou à laquelle il s'astreignait.

De là, je me suis transposée sur l'attitude du professionnel qui pouvait user de la même démarche dans ses pratiques. Ainsi l'agent peut adapter son comportement au regard de son ressenti sur les attentes professionnelles et de sa représentation de sa fiche de poste et de ses missions.

Le but ultime du management de l'équipe est la qualité des soins autour et pour le patient. Mais comment favoriser cette qualité et l'épanouissement professionnel ? Je suppose que si le cadre exprime ses émotions, verbalise ses valeurs, respecte l'équipe et va vers elle il y aurait un effet miroir sur le comportement des agents. C'est à dire qu'une équipe reconnue et respectée aurait tendance à avoir la même dynamique et cela amènerait à cet équilibre dans la structure professionnelle.

De plus selon Carl Rogers il faut d'abord se connaître soi-même pour pouvoir aller vers l'autre ce qui sous-entend être authentique avec soi-même. C'est cette idée qui me permit il y a deux ans d'échanger avec une aide-soignante lors de son évaluation sur la manière dont elle prenait son poste. Celle-ci arrivait avec une tension plus ou moins palpable et avait comme habitudes de travail de finir tôt ses toilettes dans l'expectative d'une complication avant la fin de la matinée. Cela n'entraînait ni maltraitance pour les patients, ni de taches non réalisées bien au contraire mais elle s'imposait une pression qui la rendait irritable et moins enclin aux relations avec les autres soignants de l'équipe. Cette évaluation fut l'occasion de questionner son rythme de travail et son regard sur la relation à l'équipe. Je pris ensuite le temps de lui expliquer que je prônai une organisation de travail sereine où cohabitent les valeurs professionnelles et l'intérêt porté au patient.

L'entretien se termina en lui demandant de bien vouloir réfléchir à nos échanges.

Au fil du temps cette aide-soignante sut trouver un rythme plus souple dans son travail et renouer des relations avec ses collègues tout en étant plus ouverte aux autres formes d'organisation de travail. De ce fait lors de la nouvelle évaluation je lui demandai l'analyse de son travail en comparaison à l'année précédente. Elle m'exprima qu'elle se sentait mieux et moins fatiguée. Je lui dis que j'avais également la même analyse au regard de ses changements.

Elle verbalisa avoir retrouvé une aisance pour communiquer avec ses collègues et qu'elle était plus sereine lors des encadrements des étudiants. J'en conclus que le

fait que je reconnaisse ses compétences lui avait permis de conforter son image professionnelle et d'envisager sereinement les axes de progression.

Puis en tant que faisant fonction de cadre de santé j'ai identifié la complexité de l'organisation du travail liée aux différences des agents. En effet le cadre est amené à manager une équipe constituée de caractères, qualités et humeurs dissemblables pour obtenir une coordination des soins auprès des patients dans un souci de qualité et de sécurité. Cette équipe est pour moi une réserve de richesses professionnelles avec de multiples visages que le cadre doit manager. Ainsi la valorisation individuelle permet de tirer profit des atouts de chaque soignant qui est conforté dans ses attributs et de cibler les points à améliorer en les identifiant avec lui. Ces activités s'inscrivent dans le rôle de leader et de régulateur du cadre auprès de l'équipe selon Mintzberg⁴ (1).

Je n'assimile pas les fonctions du cadre à du maternage et à du laxisme au regard des protocoles de soin mais à un accompagnement et un soutien de l'équipe dans les activités. Ainsi l'accompagnement prend plusieurs axes comme celui du changement, de la gestion des outils informatiques, des mutations hospitalières et également de la montée en compétence des professionnels⁵. Alors le savoir-faire du cadre permet de composer avec les humeurs des agents au sein de l'activité et de mobiliser leur potentiel en considérant l'identité et la personnalité de chacun.

Au sein de toutes ces réflexions la notion de l'émotion revient inmanquablement et m'apparaît être un levier d'accompagnement du soignant au sein de l'équipe. Je me demande alors si elle pourrait être un outil de management. Cela m'interpelle en termes de fonctionnement et d'utilisation au sein d'une structure de soin considérant que le soignant doit garder une distance professionnelle adaptée envers le patient dans ses pratiques.

De plus ces réflexions m'invitent à rechercher la notion de singularité du professionnel dans la prise en soin. Derrière ce mot j'échafaude les qualités et les traits distinctifs qui m'amènent à considérer ses ressources personnelles dans la construction de son savoir être et son savoir-faire contribuant à sa compétence.

De ce fait « **est-ce que la reconnaissance par le Cadre de Santé de l'identité et de la singularité du professionnel permet de mobiliser les ressources versus compétence ?** ».

⁴ Ingénieur et professeur expert en management. The nature of managerial work (1973).

⁵ Liste non exhaustive.

Pour appuyer mon questionnement je vais orienter mes recherches théoriques sur des écrits de psychologues, de psycho-sociologues et de philosophes. En effet il me semble que cette question cherche à expliciter les relations des individus au sein d'une société de travail et les phénomènes intrinsèques relatifs à chacun. Je commencerai donc le cadre de références théoriques par la notion de reconnaissance puis poursuivrai avec celles de l'identité et de la singularité. Ensuite j'explorerai la compétence et le rôle du cadre dans celle-ci pour revenir par la suite sur cette notion des émotions.

2 Cadre de références théoriques

2.1 Reconnaissance

2.1.1 Pourquoi

Selon C. Dejours,⁶ **(2)** le travail est un rapport à l'autre qui permet de se révéler à soi-même. Il a une notion symbolique qualitative qui donne un statut et une dignité à l'individu par le regard de l'autre dans cette entité sociale au regard de la contribution apportée. Il permet de confirmer l'existence de l'individu et d'engendrer un sentiment d'accomplissement de soi. Ensuite l'individu attend une rétribution de sa contribution. C'est ainsi que C. Dejours affirme que la reconnaissance s'apparente à une rétribution morale et symbolique en échange de la contribution à l'activité du travail. C'est à dire que le regard de l'autre permet de reconnaître la qualité de la participation dans l'organisation du travail. Cela passe donc par la notion de jugement de la part d'acteurs avec lesquels le professionnel est en interaction. Il induit aussi que l'activité de travail, indépendamment du niveau de rémunération, donne un sentiment d'utilité au professionnel dans l'entité professionnelle. Il prend ainsi une place au sein de cette société en étant reconnu comme ayant une action nécessaire à l'activité. Ce sentiment se juxtapose au sentiment de beauté qui selon C. Dejours **(3)** est assimilé à la reconnaissance de la réalisation du travail selon les normes sociétales. L'individu est identifié comme étant un acteur conforme aux usages et donc devient un membre à part entière de cette sphère collective. Ces deux sentiments permettent ensuite la construction de l'identité tout en correspond à un bénéfice moral pour la personne.

A ceci J-P. Brun⁷ et N. Dugas⁸ (2002) **(4)** ajoutent la notion de considération dans sa globalité de l'individu soumise à une authenticité de celui qui reconnaît. En effet cette considération s'appuie sur une évaluation de l'individu par les résultats produits dans le processus de travail, son investissement mais également les axes à améliorer. Ce regard doit permettre de valoriser ce qui est fait et acquis pour ren-

⁶Psychiatre et psychanalyste français, fondateur de la psychodynamique du travail.

⁷ Fondateur de la Chair en gestion de la santé et de la sécurité du travail (CGSST) au Québec, chercheur.

⁸ Psychologue au Québec.

forcer le sentiment de contribution à l'organisation. Alors elle favorise dans un aspect pédagogique une progression et « *l'éclosion de son potentiel* »⁹.

De plus cette reconnaissance est personnalisée dans un souci de considération de l'individu comme un être ayant des capacités d'expert mais aussi des besoins de confirmation de son engagement et de ses compétences dans l'exécution des tâches. Elle m'apparaît ainsi comme une pratique d'évaluation qualitative et holistique du professionnel. Elle induit une considération du professionnel dans toutes ses composantes humaines.

A cela J-P Brun **(4)** ajoute la notion de pratique régulière, personnalisée et en reprenant les idées de C. Bourcier et Y. Palobart ¹⁰ dit qu'elle « *s'exprime dans les rapports humains* » ¹¹ parce qu'elle demande du temps pour connaître la personne et lui renvoyer le sentiment de son existence et de portée de ses actions dans le regard d'autrui. Puis cette notion de personnalisation de la reconnaissance signifie qu'elle est appropriée à l'action réalisée, justifiée par l'exécution d'une tâche, proportionnelle à l'effort produit dans celle-ci et adaptée à la personne.

Cela me renvoie à la capacité d'évaluation du cadre de santé du professionnel dans sa globalité avec un regard actif. Celui-ci découle d'une volonté de recherche de ses composantes individuelles, de ses acquis, de son positionnement au sein de l'équipe et de l'objectivité dans la formulation des axes de progression. C'est à dire que le cadre prend en compte les facteurs de contingences existants dans le service comme l'intensité du travail, l'organisation établie, la spécificité du service et sa technicité. Puis il examinera son plan de formation, son parcours professionnel et enfin sa progression. Donc le cadre a un regard évaluateur qui est objectivé par les constats résultants de son observation des agents.

A ces notions de place au sein de la communauté de travail, de considération holistique et humaine s'ajoute une autre finalité psychologique de la reconnaissance. Ainsi C. Dejours indique qu'elle procure à l'individu une valeur qualitative sur ses actions et sur son positionnement professionnel mais également un sentiment « *d'unicité* »¹² **(4)** car il y a une reconnaissance de son « originalité, ingéniosité, rigueur » **(4)** qui le distinguent des autres individus dans la pratique professionnelle.

⁹ P. 18.

¹⁰ Docteurs en sciences de gestion. Québec.

¹¹ Bourcier et Palobart (1997) « la reconnaissance : un outil de motivation pour vos salariés » Paris : Les Éditions d'Organisation.

¹² P. 10.

Puis elle génère de l'estime sociale par l'utilité dans le travail et développe l'estime de soi. A contrario la non reconnaissance entraîne de la souffrance et une perte de l'estime de soi pouvant aller jusqu'au suicide selon C. Dejours **(5)**.

Ainsi Y. Prêteur¹³ indique que « *l'estime de soi désigne l'ensemble des attitudes et des sentiments que le sujet éprouve à l'égard de lui-même et qui l'orientent dans ses réactions comme dans ses conduites organisées* » **(6)**. Cette estime de soi est un processus qui traduit une capacité de prise de recul sur ses performances et ses attributs. Il porte alors un jugement qualitatif à son égard. A ceci s'ajoute une notion d'effet miroir pour l'individu de par ce que l'environnement social et professionnel lui renvoient sur ses atouts.

L'approche de J-L. Penot¹⁴ et R. Balducci¹⁵ **(7)** intègre l'estime de soi dans le développement de l'efficacité personnelle et ensuite dans celle collective. Ils décrivent une succession de représentations mentales permettant d'instaurer une dynamique d'équipe source d'efficacité pour l'entreprise. Ainsi, par la recherche de la reconnaissance comme une source de respect personnel, le professionnel développe son estime et prend conscience de sa place, de sa valeur et qu'il a une importance au sein de la structure professionnelle et sociale. Il en découle un sentiment d'équilibre et de bien être mental favorisant une diminution du stress.

Ainsi se développe la notion d'équipe et un renforcement de l'efficacité du collectif de travail. De sorte que la reconnaissance participe à l'efficience recherchée dans la société professionnelle, devient moteur de performance et une source de bien-être personnel.

A ceci N. Alter¹⁶ ajoute que cette reconnaissance, qu'il nomme horizontale par le lien agent-agent et ou agent-hiérarchique, permet de récompenser le professionnel pour ce qu'il donne par son travail à l'organisation et crée un sentiment de fierté par une valorisation de son engagement dans le don¹⁷. Ensuite par la reconnaissance « *on peut mesurer, de manière émotionnelle, la valeur dont on est professionnellement porteur* » **(8)**. Alors, cette émotion induite par la reconnaissance devient un outil de mesure de l'incidence de sa valeur participative pour le professionnel et contribue au sentiment de bien-être au travail. Ensuite pour C. Dejours

¹³ Psychologue français.

¹⁴ Universitaire français, expert en formation professionnelle.

¹⁵ Formatrice française en management.

¹⁶ Sociologue français du monde du travail.

¹⁷ Don comme travail.

(2) la reconnaissance contribue à la découverte et à la transformation de soi par ce travail source de bien-être et d'estime sociale.

De plus J-P Brun écrit que « *la reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur bien être professionnel* » **(4)**. Ceci m'indique que la reconnaissance dépasse l'outil de transformation décrit par C. Dejours car elle induit la construction identitaire de l'individu. Ainsi cette identité se fait par la reconnaissance de l'autre et chacun construit autrui.

Alors la reconnaissance semble utile à mettre en œuvre pour l'individu et être au service des autres néanmoins elle m'apparaît complexe et de ce fait je m'interroge sur ses modalités de réalisation.

2.1.2 Comment

La reconnaissance du professionnel par le cadre de santé peut prendre la forme de l'écrit par le biais de l'évaluation annuelle et cela induit un préliminaire à celle-ci. C'est-à-dire une observation attentive, équitable et analytique de l'agent par le cadre. Dans ce sens, H. Mintzberg **(1)** décrit le cadre comme un observateur actif car il est « *en permanence en train de chercher et de recevoir des informations qui lui permettent de mieux comprendre ce qui se passe dans son organisation et dans l'environnement* ». Cette compétence lui est également utile à l'évaluation de ses professionnels pour repérer l'adéquation au poste et les axes de progression. Toutefois, l'observation ne peut être la seule action amenant à la reconnaissance car comme l'indique C. Rogers¹⁸ « *bien que nous passions beaucoup de temps à nous parler, nous ne nous écoutons pas. Or être entendu par l'autre est une portée profonde, c'est ainsi que naît le sentiment de compter à ses yeux, d'être considéré et respecté pour ce que nous sommes* » **(9)**. De là l'écoute, centrale dans la relation d'aide faite par le soignant auprès du soigné et base de la communication, peut permettre au cadre de santé de reconnaître chacun des professionnels en s'impliquant dans cet allant dirigée vers l'autre, en ouvrant son esprit à autrui et en inhibant ses préjugés. Ensuite C. Rogers élargit sa réflexion à d'autres professions en ajoutant que cette notion d'écoute propice à la relation ne doit pas rester le seul

¹⁸ Psychologue humaniste américain.

fait du psychologue car elle concerne toutes les « *professions de l'humain* » et les relations qui visent à accompagner, encourager l'autre à s'épanouir et à se développer. Ces éléments peuvent être rapprochés d'une des missions du cadre de santé : la montée en compétence de ses collaborateurs inscrite dans la GPMC¹⁹.

Par contre selon E. Schein²⁰ **(10)** cette reconnaissance n'est possible que dans un climat propice qui découle d'une attitude du cadre. Ainsi cette relation s'appuie sur une attitude humble de celui-ci qui favorise l'écoute, le libre-échange et la reconnaissance du rôle de chacun dans cette participation à la réalisation de l'activité. Cet espace ainsi créé permet à chaque acteur de développer son identité et son rôle dans l'entité professionnelle.

In fine ces auteurs s'accordent pour dire que la reconnaissance est une pratique riche, valorisante, source de motivation et qui s'appuie sur des savoir-faire comme le regard actif et l'écoute et un des savoir-être du cadre : l'humilité. Elle est donc une source de rapport humain qui doit être judicieusement réalisée et appréciée aux regards d'indicateurs.

2.1.3 Les critères de qualité de la pratique de la reconnaissance

Ainsi la reconnaissance se voit attribuer des critères d'évaluation de sa qualité de mise en œuvre et J-P. Brun et N. Dugas en décrivent huit **(4)** :

- La sincérité. C'est à dire l'authenticité et l'honnêteté qui permettent de notifier les forces et les faiblesses du professionnel.
- La réactivité de cette reconnaissance à l'égard de cette action menée. Ceci s'applique pour une reconnaissance qui se fait conjointement à l'action réalisée.
- La proximité hiérarchique de la personne qui reconnaît. On retrouve dans ce critère la place essentielle du supérieur hiérarchique pour connoter positivement et valoriser cette reconnaissance par le supérieur.
- La variabilité des moyens d'expression de celle-ci afin qu'ils soient en adéquation avec les attentes du professionnel. Ainsi le cadre doit pondérer la reconnaissance en s'appuyant sur l'observation du professionnel et l'écoute

¹⁹ Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

²⁰ Psychologue et professeur suisse en management. Chapitre 7. Le travail d'équipe, une aide réciproque continue.P. 121.

de ses attentes en termes de reconnaissance. Ce qui complexifie cette pratique car le cadre doit utiliser l'outil perceptible par l'acteur.

- La légitimité qui sous-entend la crédibilité et l'aspect significatif des sources de reconnaissance au regard de l'action produite.
- La personnalisation par une adaptation aux valeurs de l'individu induisant une connaissance de l'autre.
- La spécificité qui est une formulation adaptée mentionnant la gratitude face à l'effort réalisé.
- La cohérence par un lien direct avec les objectifs organisationnels.

Ces huit critères soulèvent des relations humaines dans cette pratique et une notion d'actions volontaires, réfléchies et symboliques émanant du responsable de l'action de reconnaissance. Elle s'appuie sur une proximité hiérarchique qui positionne le cadre comme un maillon essentiel favorisant son impact et elle montre le rôle prépondérant et la qualité de cette action. Ces critères soulignent également que la reconnaissance n'est pas un acte à banaliser et qu'elle doit être faite avec une pleine conscience de ses attributs et de ses conséquences. Cependant, elle peut prendre diverses formes, se doit d'être précise, justifiée et non minimalisée.

2.1.4 Les freins à la reconnaissance

Cependant il serait irréaliste de penser que sa mise en œuvre est facilitée du fait des critères de bonnes pratiques et qu'elle n'est pas exposée à des freins dans sa réalisation. Ceux-ci peuvent être d'ordre personnel et selon la CGSST **(11)** institutionnel en prenant la forme de processus organisationnels, de moyens de communications inadaptés, de normes sociales, d'une charge de travail et de facteurs intrinsèques guidant les individus. Ces derniers reprennent des difficultés à rentrer en communication avec l'autre, la peur de la perte de pouvoir et la méconnaissance d'autrui. On voit ici que l'ensemble de ces freins reposent sur des notions de rapports humains traduisant la complexité des liens sociaux et de l'allant vers autrui.

P. Desrosiers ²¹ reprend cette notion de peur de perte de pouvoir en expliquant qu'un individu présentant une fragile estime de soi peut craindre de reconnaître l'efficacité et le potentiel de l'autre. Elle explique que pourtant cela n'induit pas perdre ses capacités mais plutôt une aptitude à voir la valeur de l'autre. Elle présente ainsi l'importance de l'équilibre de l'estime de soi et indique qu'elle ne « *relève pas seulement de ce que je peux accomplir, de ce que je peux faire, de ce que je peux posséder mais relève de l'image que j'ai de moi-même comme une personne ayant de la valeur* » **(12)**. D'où la nécessité de se connaître, d'avoir une image équilibrée et authentique de soi pour favoriser la reconnaissance de l'autre sans se sentir menacé. Il y a ainsi une perception de soi, de sa valeur pour pouvoir reconnaître autrui.

Alors je peux dire que la reconnaissance crée un statut identitaire de l'autre dans l'entité, s'appuie sur une posture de l'individu qui la pratique et peut être identifiée par ses composantes. Ces dernières sont illustrées par plusieurs courants qui les explicitent, soulèvent la complexité d'élaboration de cette reconnaissance et de la construction identitaire.

2.2 L'identité

2.2.1 En anthropologie sociale

Ainsi pour L-J. Dorais²² l'identité est « *la façon dont l'être humain construit son rapport personnel avec l'environnement* » **(13)**. Il induit qu'il ne s'agit pas d'une « *qualité intrinsèque* » **(13)** mais une construction dans le subconscient de la place occupée dans la société au regard des interactions avec l'environnement. D'où je perçois que c'est un processus qui intègre une notion de variabilité du fait de ces interactions. En effet, même si certains traits de l'identité demeurent plus stables, elle se forme en parallèle de l'histoire personnelle et du rapport sociétal. De plus il explique que l'identité apparaît quand elle « *se met en acte* » **(13)** c'est à dire qu'elle devient visible dans les actions du sujet et par les réactions à celles-ci de l'environnement. Ainsi chaque individu façonne son identité dite individuelle par la manière dont il organise ses interactions. Puis L-J. Dorais lui applique une valeur

²¹ Psychologue canadienne.

²² Anthropologue canadien.

collective du fait que l'individu ne peut exister sans un équilibre dans les échanges à autrui. Cette coexistence pour L-J. Dorais n'est possible que s'il règne un contexte de partage de valeurs communes qui permet ainsi la création identitaire dans un équilibre interactif.

2.2.2 En psychologie.

Puis l'identité sociale selon A-M Costalat²³ « *s'organise dans une dynamique représentationnelle* » **(14)** par le biais d'actions lui donnant du sens. Elles traduisent le rôle identitaire dans la société et construisent ainsi l'identité individuelle. De plus elles laissent des empreintes dans la mémoire de l'individu à des fins de mobilisations ultérieures et combinent les caractères publics, normatifs et affectifs de la société à laquelle il se confronte. Elles offrent à celui-ci des outils pour ajuster ses capacités personnelles. L'action construisant l'identité devient le miroir de l'activité cognitive du sujet et lui procure une « *validation temporaire* » **(14)** de ses capacités. Celles-ci sont une source de satisfaction personnelle et le positionnent dans l'entité sociale. Ses capacités lui procurent un regard analytique sur son environnement et une réflexivité. Elle insiste sur l'importance de l'activité cérébrale dans cette construction car elle permet à l'individu de conserver un équilibre face aux multiples stimuli de la société, sachant que ceux-ci impactent sa construction identitaire. Il apparaît donc que la notion d'identité individuelle s'ancre autour de l'étude de la notion du « soi ».

Les travaux de R. L'Ecuyer²⁴ présentent une classification des attributs du concept du soi autour de « *caractéristiques (goûts, intérêts, qualités, défauts, etc.), de traits personnels (incluant les caractéristiques corporelles), de rôles et de valeurs, etc., que la personne s'attribue, évalue parfois positivement et reconnaît comme faisant partie d'elle-même* » **(15)**. A partir de cette définition, il propose une classification des attributs constituée de l'axe :

- Affectif et émotionnel qui suppose que chaque individu perçoit son identité.
- Social par une influence sur sa perception personnelle résultant du regard de l'autre.

²³ Professeur en psychologie sociale, française.

²⁴ Docteur en psychologie, le développement du concept de soi, de l'enfance à la vieillesse. presses de l'université de Montréal 1994, québécois.

- Cognitif car les perceptions sont analysées et reliées entre elles par nos fonctions intellectuelles.

Le point commun de ces différentes approches pour définir l'identité est le principe d'évolution dans la construction en fonction des interactions sociales qui favorisent l'adaptation de l'individu à l'environnement et la mise en œuvre identitaire. Ce processus positionne l'individu dans une pleine conscience de ces phénomènes par les adaptations qui en résultent mais qui sont indispensables à sa construction. Je peux ainsi dire qu'il y a un phénomène rotatif évolutif.

2.2.3 En philosophie

De plus d'après S. Manon²⁵ « *la conscience est un pouvoir de représentation permettant à l'homme d'avoir la connaissance des choses et de lui-même* » **(16)**. Ainsi elle lui permet de se situer dans son environnement, d'appréhender ses actes, ses états émotionnels et ses relations à l'autre. Cette conscience est une tutrice dénommée « savoir » guidant l'individu.

Pour autant E. Levinas²⁶ dit qu' « *être moi, c'est, par-delà toute individuation qu'on peut tenir d'un système de références, avoir l'identité comme contenu* »²⁷ **(17)** et ce moi évolue, s'identifie au travers des événements et se retrouve dans ceux-ci. Ainsi le « moi » est décrit comme identique jusque dans ses « *altérations* ». C'est-à-dire que ces dernières le conserve par cette capacité à se penser. Ainsi il incorpore les modifications pour les faire siennes. Le moi se pense lui-même et se représente les modifications pour pouvoir exister et se découvrir encore.

Puis pour B. Spinoza²⁸ « *ce qui est essentiel en l'homme est ce fait unique comportant deux aspects : le corps et son idée, c'est-à-dire le corps et la conscience* »²⁹ **(18)**. Cela souligne l'importance de la relation entre les deux parties mais aussi qu'en l'absence d'une conscience optimale l'homme demeure un homme. Au fur et à mesure qu'il prend conscience de ses connaissances il se construit et devient autre. Cette conscience est un outil et ne constitue en rien la définition unique de

²⁵ Professeur de philosophie, française.

²⁶ Philosophe français.

²⁷ Section I. Le même et l'autre. P. 25.

²⁸ Philosophe néerlandais.

²⁹ La doctrine de l'éthique. P. 63.

l'homme. L'homme est par son processus cognitif, ses interactions et par ce corps qui lui donne forme.

Ainsi en synthétisant les notions de conscience de soi, de systèmes environnementaux, d'individu acteur qui participe à la construction identitaire dans la société, je peux identifier ces éléments à des facteurs moteurs de cette complexité de l'être et des identités. Alors au sein de l'entité sociale du travail où l'individu évolue pour s'affirmer et se révéler, selon C. Dejours **(2)**, ce phénomène doit aussi se reproduire sur chaque individu et sur les autres membres de l'équipe. Ce qui peut m'explicitier la complexité des relations dans le management.

2.2.4 Professionnelle

De la même façon, pour J. Ion ³⁰ « *l'identité professionnelle, c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur* » **(19)**.

Cette définition demande une reconnaissance par le sujet de son positionnement comme acteur de travail et également une reconnaissance externe par l'entité professionnelle dont il dépend. Ainsi elle commence par un regard personnel puis se prolonge par et dans le regard de ses pairs en termes de statut. D'où j'en déduis qu'elle se crée en deux temps dont le premier est l'incorporation à une entité professionnelle et le second une valorisation du don dans le travail de l'individu dans ce contexte d'interactions.

A ceci A-M. Fray³¹ et S. Picoulet³² ajoutent que « *l'identité professionnelle commence par sa propre identité* » **(20)** et qu'elle n'est qu'un élément de l'identité individuelle qui inscrit le sujet dans « *des formes de la vie sociale* » selon C. Gohier³³ (2000) **(20)**. De sorte qu'en intégrant cette entité il se sociabilise par l'interaction au groupe, utilise les normes collectives par l'emploi du vocabulaire professionnel et l'application des bonnes pratiques collectives. Cela favorise sa reconnaissance comme membre de cette sphère. Il y a une nécessité de se fondre dans le groupe par le respect des usages de celui-ci pour y être intégré.

³⁰ Sociologue, Le travail social à l'épreuve du territoire, Paris : Dunod, 1996, p. 91

³¹ Directrice de la Recherche et de la Faculté ESCM Tours.

³² Membre de l'ESCM Tours.

³³ Professeur à l'université du Québec.

Ensuite, selon eux « *l'homme choisit son métier en fonction de sa personnalité, de ses aspirations, de ses capacités, de ses expériences mais aussi de sa sensibilité à un secteur ou à une activité précise* » **(20)** en lien avec son identité personnelle à l'instant où il opère le choix. Cette définition souligne l'impact de toutes les composantes personnelles dans cette construction identitaire professionnelle car elles orientent le sujet et définissent ses interactions avec le groupe. De sorte que ces deux identités s'enchevêtrent et évoluent au regard des actions de l'individu et des réponses du collectif professionnel. Ainsi toutes ces interactions le construisent et lui permettent d'évoluer tant sur le plan individuel que professionnel. Néanmoins, l'identité professionnelle s'inscrit dans un mécanisme continu de construction qui regroupe les représentations et perceptions de l'individu sur son secteur d'activité. Elles sont classées en trois axes.

Le premier est la perception objective des situations et la signification qu'il leurs donne dans ce monde professionnel qui l'influencent, orientent son comportement et contribuent à sa construction dans cette entité.

Le deuxième est « *la perception subjective* » **(20)** des relations interprofessionnelles qui s'associe au sentiment d'appartenance. Cela fait intervenir le personnel dans le collectif car chacune des perceptions renvoie à l'approche individuelle du monde dans lequel le sujet s'inscrit à un instant T.

Le troisième concerne le parcours professionnel et la capacité à se projeter dans l'avenir. Ceci appuie l'influence des choix personnels sur cette construction et souligne que les changements arrivant dans l'entité l'impacteront. Elle induit aussi des possibilités d'évolution offertes à l'individu qui guideront l'identité dans une direction donnée au regard de la perception de cette évolution.

Alors toutes ces représentations lui donnent une perception de son monde intérieur et extérieur. De sorte que l'identité professionnelle s'inscrit dans un processus complexe contraint par des facteurs externes, des perceptions internes et dépend de la signification qu'a l'individu de ses projections sur le travail. Ainsi en tant que cadre de santé, il me semble que je dois dans le management de chacun des membres de l'équipe, qui se construisent en faisant évoluer leur identité professionnelle, intégrer ces caractéristiques de la construction et favoriser la reconnaissance de leur utilité dans la sphère du travail. Alors je serai amenée à manager une équipe composée d'autant d'identités professionnelles qu'il y aura de représentations du monde du travail. Celles si seront regroupées en une seule entité,

par choix, affinité, besoin d'appartenance, de reconnaissance et d'identification. Pour autant les membres de cette équipe réaliseront leurs propres choix représentatifs et individualiseront leurs actions et cela au sein même du collectif auquel ils appartiennent. L'inclusion des savoirs prendra une note personnelle liée aux modèles représentatifs et aux patrimoines personnels identitaires. Ainsi chaque professionnel se construira dans ce contexte et au regard des interactions. De plus selon C. Dejours la reconnaissance dans cette psychodynamique du travail favorise le sentiment « d'unicité » par la valorisation de son « *originalité, ingéniosité, rigueur* »³⁴ (4) dans le collectif. Celles-ci font intégralement partie du patrimoine individuel du sujet et son unicité ainsi valorisée amène à le considérer comme un être singulier.

2.3 La singularité

2.3.1 Ressources

Dans le patrimoine individuel il y a des ressources qui, selon le glossaire de DIS-CAS³⁵, sont « *Tout ce qui est perçu par une personne comme pouvant contribuer à la gestion efficace d'une situation* » (21). Elles sont classées en internes et externes. La catégorie interne se compose d'une classe dite cognitive qui regroupe les connaissances, les habiletés et les stratégies et d'une de nature affective qui conditionne les attitudes. La catégorie externe, appelée intellectuelle, correspond aux savoirs, procédures et méthodes sociales, documentaires et matérielles.

Pour sa part G. Le Boterf³⁶ les nomme « équipement incorporé »³⁷ (22) en établissant une autre classification. Ainsi la première regroupe les connaissances construites au regard du milieu du travail comprenant les spécificités de l'entreprise, les savoirs procéduraux, les savoir-faire opérationnels et les expérientiels. Celles-ci lui permettent de s'adapter et d'agir en adéquation avec les normes de la structure. La seconde rassemble les attributs que l'agent possède et développe au regard de ses pratiques professionnelles. Ainsi les capacités relationnelles et les savoir-faire cognitifs lui permettent de coopérer et de traiter les informations. La dernière

³⁴ P. 9.

³⁵ Bureau privé de consultation pédagogique québécois.

³⁶ Docteur en lettres, en sciences humaines et en sociologie, psychosociologue français.

³⁷ Pp. 48-49.

peut être assimilée au patrimoine de l'agent et se compose des ressources physiologiques et émotionnelles, des connaissances générales, des aptitudes et des qualités de l'individu. Ces éléments l'aident à gérer son énergie, à s'engager et à ressentir les signaux sensoriels d'une situation de soins. Alors les aptitudes et les qualités interfèrent avec l'activité de soins et représentent une partie du patrimoine à explorer pour expliciter cette unicité du professionnel.

2.3.2 Les aptitudes et les qualités

Ainsi le terme aptitude définit une « *disposition naturelle ou acquise de quelqu'un à faire quelque chose et le fait d'être apte à* » et le mot apte est tiré du latin « *aptus* » qui signifie « *être capable de* » **(23)**. C'est donc une tendance individuelle favorisant l'action. En outre selon B. Raveleau³⁸ l'aptitude est « *une disposition entrevue comme innée qui conditionne la possibilité pour un individu d'accomplir une activité physique ou mentale, indépendamment de son environnement* » **(24)**. Ces aptitudes personnelles sont innées mais l'individu à la possibilité de les développer par le biais de la formation et de l'expérience. Il ressort de ces propos une notion de potentiel contenu chez l'individu qui sera modulé au regard de stimulations, des facteurs externes, de la construction identitaire et de l'utilisation propre de l'individu. Je peux assimiler ses aptitudes à la base du savoir-faire du professionnel.

Ensuite le mot qualité venant du latin « *qualitas* » signifie « *manière d'être, bonne ou mauvaise, de quelque chose* » **(25)** qui chez le professionnel est assimilée au savoir-être. Celui-ci étant décrit par M. De Carlo³⁹ **(26)** comme un ensemble de dispositions individuelles traduisant la personnalité du sujet. Ces dispositions sont des éléments fondateurs de l'identité du sujet, comme elle se modifient dans les interactions sociales et ont un rôle dans l'apprentissage. En outre elles étroitement liées aux autres composantes individuelles. Dans chaque structure professionnelle existe des qualités requises décrites sur les fiches de poste pouvant servir au recrutement et à l'évaluation annuelle. A ce propos G. Le Boterf⁴⁰ **(22)** ajoute que le but n'est pas de décliner toutes les qualités attendues d'un sujet mais de pouvoir

³⁸ Maître de conférences en psycho-sociologie, français.

³⁹ Maître de vie et d'école, Doctorat en didactique des langues, italienne.

⁴⁰ P. 64.

définir celles qui sont les plus pertinentes au regard de la profession ciblée sans toutefois tracer le portrait d'un professionnel idéal.

En somme les ressources, les aptitudes et les qualités sont des outils qui permettent à l'individu de se construire, de comprendre son environnement, de s'y adapter et de s'épanouir tout en exerçant une activité professionnelle. Elles s'inscrivent dans le processus identitaire et de construction individuelle en déterminent la singularité du professionnel.

2.3.3 La singularité

La première approche de ce terme le définit comme le « *fait d'être unique, irremplaçable* » **(27)** qui fait que chaque individu s'assimile à un seul élément dans une entité et ne peut être confondue avec un autre. De plus en excluant les caractéristiques physiques qui procurent cette unicité à l'homme, l'approche de M. David-Ménard⁴¹ **(28)** permet de distinguer la singularité comme résultant d'un processus de transformations cognitives des données externes en données personnelles. En raison de ses aspirations existentielles l'être opère des transpositions et des reformulations des artefacts externes. C'est le résultat qui lui confère son individualité et qui permet au « Je » de se construire par une métamorphose des substrats externes en un style reconnu et admis par le subconscient.

Mais ces modes opérationnels sont également influencés par la perception qu'a l'individu de son environnement et grâce à ses cinq sens il opère quatre phases de traitement des données. La première est l'attention portée sur les informations. La deuxième est l'interprétation de celles-ci en lien avec les connaissances internes. La troisième induit une compréhension de ces nouvelles indications entraînant une adaptation du comportement. Et pour finir elles sont mémorisées **(29)**.

De surcroît P. Corcuff⁴² en citant P. Ricoeur⁴³ qui part du principe qu' « *il est exclu que tous les membres de la même classe (ou même deux d'entre eux) aient les mêmes expériences et dans le même ordre* » décrit chaque personne comme « *un composé individuel, singulier, unique, de dispositions collectives* » **(30)**. La singularité aurait donc une première facette dite « *identité-mêmeté* » miroir d'une confi-

⁴¹ Philosophe et psychanalyste française.

⁴² Maître de conférences de science politique, algérien.

⁴³ Philosophe français.

guration personnelle des informations recueillies et une seconde qu'il nomme « *identité-ipséité* » qui est la représentation d'une continuité authentique du soi pour soi. Celle-ci symbolise la perception de l'individu de cette prolongation identitaire dans la société.

Ces diverses références littéraires précisent l'implication individuelle dans la construction de ces savoirs. Ainsi en croisant les idées qu'elles soulèvent avec les facteurs de construction de l'identité je perçois plus aisément l'influence de l'identité et de ses composantes sur la perception de l'unicité du professionnel. Il faut toutefois nuancer ces propos car un même élément peut être identifié chez plusieurs professionnels et ne pas être le fait unique d'un seul sujet. Cependant c'est la manière dont celui-ci s'exprime qui rend l'individu singulier dans son unicité.

Ensuite E. Delassus⁴⁴, s'inspirant de Rousseau⁴⁵, définit la « *perfectibilité* »⁴⁶ **(31)** comme la faculté ultime de développer d'autres facultés pour pouvoir s'adapter à son environnement. Il précise que l'homme est en équilibre entre les capacités à acquérir et les diverses situations pouvant entraîner une perte de ses facultés. Par cela il dit que reconnaître l'homme dans sa valeur c'est « *reconnaitre cette universalité de condition que chacun vit différemment selon sa complexion⁴⁷ particulière* » et explique qu'il ne faut pas se limiter aux particularités de l'homme mais regarder « *l'incarnation de l'universalité dans le particulier* » **(31)**. Il complète ses propos en insistant sur la place de cette singularité dans la reconnaissance de l'autre dans sa différence inscrite dans une universalité. Cette dernière s'incarne dans chaque individu par et avec ses variantes. Je peux en déduire que la singularité prend la forme du savoir-être et du savoir-faire dans la structure professionnelle, représentant les usages communs sous l'apparence d'un visage individuel. Celui-ci s'inscrit dans l'agir visant à s'intégrer dans un collectif et à être reconnu.

De surcroît il indique que s'attacher à aller vers autrui pour le comprendre nécessite d'intégrer les qualités et facultés propres à ce dernier. Il précise aussi qu'il faut garder à l'esprit que ces attributs peuvent disparaître ou ne pas se développer chez l'individu. Cette relation peut être transposée sur celle du cadre avec l'agent en s'inscrivant alors dans un regard objectif et dans un état de veille intellectuelle

⁴⁴ Agrégé et Docteur en philosophie, français.

⁴⁵ Philosophe français.

⁴⁶ P. 21.

⁴⁷ En philosophie, assemblage de plusieurs notions différentes pour en former une autre supérieure.

portée sur lui pour favoriser la reconnaissance objectivée de la qualité de son don dans la structure professionnelle. Puis comme l'indique E. Delassus les facultés du sujet sont influençables, variables et aussi susceptibles de disparaître. Les facultés favorisent le développement de l'individu dans l'entité du travail et lui permettent de se réaliser. Il acquiert alors un savoir-faire dans une situation donnée qui est la compétence.

2.4 La compétence

2.4.1 Définition

Pour Guy Le Boterf (32) le concept de compétence peut se définir autour d'un savoir agir et d'un savoir combiner. Ainsi si le travail consiste en l'application rigoureuse de consignes comme dans une organisation taylorienne il parle alors de « *savoir-faire en situation* » et si l'organisation laisse une liberté de prise de risques et d'initiatives il la nomme « *savoir-agir en situation* ». D'où en l'absence de consignes précises le professionnel doit faire preuve de réflexion à l'égard de l'action à réaliser pour la mettre en œuvre efficacement. Il s'inscrit dans une capacité à dépasser « *le travail prescrit* ». G. Le Boterf ajoute que ces deux savoirs peuvent coexister au sein d'une même organisation. Ces écrits traduisent que la notion de compétence est en lien étroit avec le type d'organisation de la structure et que les attentes institutionnelles conditionnent les individus dans leurs modes opératoires. Ainsi il introduit une notion de combinaison des savoirs en définissant la compétence comme ne se résumant pas à un découpage de ressources mais tel un emploi adapté, organisé et simultanément des savoirs, du savoir-être et du savoir-faire. C'est-à-dire que l'individu est un acteur responsable qui réalise une sélection précise, au sein de ses savoirs, des ressources utiles à mobiliser et à organiser pour gérer la situation. Donc l'individu acquiert des connaissances, des habiletés dites ressources externes et internes et des capacités à construire avec celles-ci. Il développe une faculté à les modeler au regard de la situation à gérer pour obtenir un plus grand contrôle dans l'action.

Celle-ci est appelée compétence réelle car elle est construite par l'individu au regard de l'environnement. Elle se différencie de la compétence requise qui corres-

pond aux attentes, déterminées dans le référentiel métier, à l'égard du professionnel.

Par la suite G. Le Boterf précise que ce schème opératoire individuel s'associe aux ressources présentes dans l'environnement du travail. La compétence ne peut exister sans l'individu qui mobilise ses ressources mais n'est pas associable qu'à un seul individu. En effet celui-ci devra mobiliser dans son environnement les ressources, les protocoles, les réseaux et ses collègues pour agir tout en respectant les règles de l'institution. Il combine alors ses savoirs à ceux de la structure pour agir individuellement auprès du patient. Par cette interaction avec autrui la compétence prend une note individuelle et collective de par la construction de nouveaux savoirs.

De plus selon G. Le Boterf pour compléter et construire « *sa propre façon de s'y prendre* » le professionnel doit s'appuyer sur les normes institutionnelles pour se conformer aux usages collectifs et sécuriser ses actions. Par la suite dans ce contexte de situations empreintes d'aléas et d'incertitudes, il peut ressentir le besoin de se référer à des collègues plus experts et d'utiliser les expériences individuelles et collectives. Il cherche à comprendre comment agir dans un contexte donné et quel est le mode opératoire de son environnement professionnel. Il développe ainsi une capacité réflexive sur les pratiques au regard des compétences d'autrui et des échanges avec le reste de l'équipe. Il pourra ensuite appliquer cette réflexivité à ses pratiques et adapter ses actions au contexte de prise en soins. Son analyse s'affinera et favorisera le transfert de ses acquis à d'autres situations. Il deviendra autonome en développant cette capacité de prise de recul sur ses connaissances et identifiera son potentiel et ses capacités à faire en situation. Il développera ainsi sa confiance en lui. Par conséquent il pourra expliquer pourquoi il agit et pourquoi il agit selon ce procédé. De cette façon G. Le Boterf prône le processus opératoire mental du professionnel dans l'exécution d'une action destinée au patient. L'agent développe ses compétences en incorporant les apports d'autrui, par le regard de l'autre et en mettant en œuvre ce mode opératoire individuel.

2.4.2 Le mode opératoire et les facteurs d'influence

Pour G Le Boterf ce mode opératoire permet au sujet de construire un capital de compétences en s'appuyant sur ses ressources internes, les richesses externes et aussi sur ses représentations. Ces dernières lui permettent d'organiser et de combiner les ressources pour décrire et résoudre les situations de soins dans un contexte donné. G. Le Boterf les nomme « représentations opératoires »⁴⁸ **(22)**. Elles remplissent quatre fonctions qui guident le professionnel dans cette construction. La première est la fonction cognitive qui permet au professionnel de transformer une situation floue en problématisation pour ensuite définir une stratégie de mise en œuvre. La seconde fonction dite simulation-anticipation s'assimile à une formulation d'actions hypothétiques qui permet d'identifier les facteurs incidents en résultant afin d'anticiper ces problèmes avant d'agir. C'est une investigation projective et prospective d'une situation. Puis la troisième est dite décisionnelle car elle délimite toutes les décisions possibles tout en prévoyant et planifiant au regard de celles-ci des actions. La dernière est normative car elle donne une représentation normée de la situation attendue dans un contexte institutionnel.

Cependant il explique que le professionnel a une représentation personnelle de son image et cela influence la construction de ses compétences. Cette connaissance de soi soulève deux notions de ce mode opératoire. La première est la méta-connaissance qui procure à l'individu une illustration précise de ses ressources, de ses connaissances et de sa capacité à en construire d'autres. La seconde est la métacognition qui l'informe de son fonctionnement, de sa façon de se décrire et de sa capacité à apprendre. Ces deux fonctions le positionnent comme un acteur capable d'agir et de mobiliser l'énergie utile à cette action.

En revanche si l'agent manque de confiance en soi, a une image partielle de soi et erronée de son fonctionnement, ces représentations opératoires seront freinées et manqueront d'objectivité face au contexte.

C'est pour cela que G. Le Boterf ⁴⁹ **(22)** ajoute que pour agir le professionnel doit comprendre comment et pourquoi il agit mais également « *se comprendre* ». Ce travail de compréhension personnelle demande du temps et « *s'apprend* ». Elle suppose l'intervention externe d'un acteur servant de fonction de « *médiation co-*

⁴⁸ P. 100.

⁴⁹ P. 106.

gnitive ». Ainsi, selon C. Dejours **(2)**, le cadre réalisant une reconnaissance de l'agent dans son unicité permet à celui-ci de se révéler à lui-même et de se confirmer. Il intervient donc grâce à cette reconnaissance sur les fonctions de métacognition et de méta-connaissance de l'individu. Je peux l'assimiler à un catalyseur de la connaissance de soi par la relation induite par la reconnaissance.

2.5 Le rôle du cadre dans la mobilisation des compétences

2.5.1 La relation

La relation cadre-soignant occupe une place prépondérante dans l'activité de soin et dans les pratiques managériales de par la nature des prestations et les besoins en communication qu'elles demandent. De sorte que la communication qui est dite descendante quand elle émane de la Direction et ascendante quand elle vient des équipes ou du cadre devient un outil de relation et d'intégration sociale. Ces deux modes de communication permettent de transmettre des directives ou de faire état des situations et des attentes professionnelles. Elles s'accompagnent de la communication transversale favorisant les échanges autour des pratiques et la collaboration. Ces trois formes nécessitent d'être face aux autres et de s'exposer aux représentations et/ou projections de l'autre sur les messages transmis. C'est ainsi que C. Rogers **(9)** en utilisant et en ouvrant l'approche centrée sur la personne à l'ensemble des professions de l'humain montre que la relation se base sur une authenticité de tous les acteurs. Il estime que si elle s'inscrit dans un positionnement tronqué et faussé elle ne peut perdurer à l'apparition de cette personnalité cachée. C'est pour cela qu'il déclare que « *la confiance entre deux êtres ne peut s'établir que si chacun est fiable, à soi-même et à l'autre par conséquent* » **(9)**. De ceci née une relation, qu'il désigne de « *qualité* » **(9)**, qui est favorable à instaurer un climat propice aux échanges et à la connaissance de soi. Alors le cadre doit être authentique avec soi et avec les agents pour être un des catalyseurs de cette connaissance personnelle.

D'ailleurs V. Touloumon⁵⁰ **(33)** précise qu'il y a trois niveaux de relations au sein des activités professionnelles que le manager doit prendre en compte dans son coaching d'équipe. Il s'agit de la recherche de mieux être au travail, dite relation

⁵⁰ Consultant à Alvimanagement, français.

personnelle, de la quête du mieux vivre avec ses collègues traduisant la relation interpersonnelle et du mieux vivre dans l'entreprise concernant la relation à l'entité du travail. Cela résulte de l'évolution des conditions de travail et des attentes des salariés sur la réalisation de leurs besoins dans leur structure professionnelle.

En effet M. Varasson⁵¹ **(34)** mentionne que l'assimilation du travail comme source essentielle de pouvoir d'achat se teinte depuis les années 2000 de nouvelles attentes comme la notion de plaisir et bien-être au travail.

A cela J. Salomé⁵² **(35)** ajoute qu'il existe six besoins fondamentaux à réaliser pour le développement du quotient relationnel. Il s'agit du besoin de se dire, d'être entendu, d'être reconnu, d'être valorisé, d'intimité et d'exercer une influence sur nos proches. Ceux-ci, d'ailleurs, se retrouvent dans la pyramide des besoins de A. Maslow⁵³ dans le besoin de protection et de sécurité, d'amour, d'appartenance et d'estime de soi qui permettent à l'individu de se réaliser. Ainsi dans les structures de santé, les soignants et les patients possèdent ces besoins, aspirent à leurs réalisations pour être serein dans la relation à l'autre en parallèle du développement de ce quotient relationnel. Alors en tant que cadre de santé ce sont des éléments qui m'apparaissent judicieux à jauger pour ne pas les oublier dans la considération de la construction et l'épanouissement du professionnel. Ce dernier est à ce jour un critère de pérennisation des ressources humaines car le professionnel aspire à un bien-être au travail et au plaisir dans l'exécution de celui-ci. Ainsi l'association de ses plaisirs et d'une valorisation de la qualité de son don à l'organisation par la reconnaissance personnalisée permet à l'agent de s'investir dans la structure et de contribuer à la qualité des prestations. Ainsi il développe son sentiment d'utilité et de beauté selon C. Dejours **(2)**.

De plus E. Schein déclare que le cadre de santé a un rôle essentiel dans la création d'un « *espace-temps* » propice à organiser des relations dans l'équipe. Il définit ainsi le « *travail d'équipe comme un état de relations d'aide réciproque et multiples incluant tous les membres travaillant ensemble dans le groupe.* » De sorte que « *constituer une équipe ne consiste donc pas seulement à créer une relation aidant/ aidé mais à en construire une entre tous les membres* » ⁵⁴ **(10)**. Cela sup-

⁵¹ Journaliste française.

⁵² Psychosociologue français.

⁵³ Psycho-sociologue américain.

⁵⁴ Chapitre 7. Comment parvenir à un travail d'équipe efficace ? P. 124.

pose notamment une période d'intégration de chaque individu dans le collectif équipe et que chaque membre est utile à l'autre dans cette entité.

C'est ainsi que, selon lui, le cadre a un rôle primordial auprès de chaque agent par son accompagnement autour des quatre questions suivantes :

- « *Qui dois-je être ? Quel est mon rôle dans ce groupe ?*
- *Combien d'influence et de contrôle aurai-je dans ce groupe ?*
- *Mes objectifs/besoins seront-ils pris en compte dans ce groupe ?*
- *Quel sera le degré d'intimité dans ce groupe »*⁵⁵

Ces questions symbolisent les préoccupations individuelles de l'agent en termes de place comme acteur, de pouvoir, de réussite et de respect de son espace privatif dans le collectif.

La résolution de ces questions permet ainsi la construction identitaire dans le corpus travail et le cadre revêt le nom de « *Process Consultant* »⁵⁶ par son accompagnement du professionnel dans l'appropriation du sentiment d'utilité et de beauté. De surcroît par ses capacités à fédérer l'équipe, à organiser les activités et à reconnaître l'autre, il peut permettre une libération de l'espace privatif et la satisfaction des besoins personnels dans l'entité de collectif soignant nommée : équipe.

2.5.2 Les phases constitutives d'une équipe

Alors M. Giffard⁵⁷ en nommant la classification de J. Whitmore⁵⁸ explique que le processus de formation d'une équipe requière trois stades : l'inclusion, l'affirmation de soi et la coopération **(36)**.

L'inclusion est un stade initial qui permet à chaque membre de conforter son sentiment d'appartenance et d'inclusion au collectif. Pendant cette période le professionnel recherche auprès du leader une reconnaissance. Le regard du leader lui confère un sentiment d'appartenance à l'entité dans laquelle il opère.

L'affirmation de soi se caractérise par une expression du pouvoir individuel dans le groupe afin de délimiter les jeux d'acteurs et définir les rôles de chacun. Pendant cette phase le manager doit être vigilant à l'égard de chaque membre de l'équipe

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Consultant en entreprise, français.

⁵⁸ Consultant en management et auteur d'ouvrage sur la performance, britannique.

tout en laissant ces jeux s'instaurer car ils créent un équilibre dans ce nouvel ensemble. Chaque professionnel se confronte à l'autre pour comprendre la place occupée par chacun dans l'entité tout en y prenant la sienne. Cette étape lui permet de définir son influence sur le groupe et de cerner celle des autres.

La coopération, constituant la dernière phase, se caractérise par l'entraide dans le groupe et une adaptabilité des agents aux situations de travail. C'est une phase, montrant l'engagement de l'équipe dans des projets communs, qui est marquée par un besoin d'accomplissement et « *d'être apprécié* » (36). C'est sur cette phase que le cadre peut engager l'équipe autour des projets de service et institutionnels. Il peut aussi intervenir sur les besoins exprimés à cette étape pour maintenir cet engagement. Pour autant ces trois phases ne se découpent pas aussi clairement et au moindre changement dans la composition de l'équipe des retours en arrière sont possibles. D'où il est important que le cadre favorise l'accompagnement des changements institutionnels, l'intégration des nouveaux professionnels et les évolutions de cette équipe.

2.5.3 L'équipe potentiel en construction et l'implication

A cet effet M. Giffard précise que « *s'il existait une bonne manière de manager, cela reviendrait à être dans le déni de la spécificité des situations, des équipes et des individus. Or, pour réussir nous avons besoin d'acteurs, pas d'imitateurs* » (36). Il met ainsi en avant que le management ne peut être identique dans toutes les situations et que le cadre peut être amené à ajuster ses pratiques au regard de l'équipe accompagnée. De plus, il affirme que la pratique managériale doit permettre de mettre en évidence et de valoriser la spécificité des acteurs car elle contribue à la réussite institutionnelle. Chacun des membres par son équilibre individuel y contribue. En outre, il ajoute « *Le coaching d'équipe permet de travailler cette croyance et d'accompagner les équipes en renforçant leur identité, leur originalité, leur talent spécifique et leur chemin personnel pour obtenir les résultats concrets souhaités* ». Cela implique que le cadre doit accompagner et favoriser l'émergence de cette spécificité qui est bénéfique à l'organisation. Ainsi il présente le cadre comme un catalyseur, conscient des potentiels utilisés et latents, qui accompagnent individuellement chaque agent dans la satisfaction de ses besoins.

Cela sera propice à son épanouissement et à la naissance du sentiment d'utilité dans l'entité professionnelle. Il contribue ainsi au bien-être personnel de l'agent et à son accomplissement dans une finalité collective ouvrant à une qualité des prestations au sein d'objectifs institutionnels.

De plus pour C. Rogers « *le seul savoir qui influence vraiment le comportement, c'est celui qu'on a découvert et qu'on s'est approprié soi-même* » **(9)**. Il affirme ainsi qu'au-delà l'accompagnement par le cadre l'agent opère un processus cognitif réflexif et métacognitif sur les pratiques pour assimiler des connaissances utiles à son inclusion dans le collectif.

Néanmoins, ce processus peut être accompagné voire stimulé par un agent externe ici matérialisé par le cadre de santé. Celui-ci qui pourra être amené à lui révéler un aspect méconnu ou non ressenti grâce à sa capacité d'observateur décrite par Mintzberg **(1)** et favoriser alors la montée en compétence.

De plus P. Merrill⁵⁹ **(37)** indique que l'agent représente une source d'énergie propice au développement de l'entreprise. En effet son implication dans le travail est bénéfique pour la structure car elle permet l'utilisation de ses aptitudes dans les prestations de soins. Il faut pour cela une phase préliminaire délimitant et clarifiant les objectifs à atteindre et une mise en forme d'un environnement propice à leurs réalisations. En cela ces missions relèvent des fonctions managériales selon lui.

Pour favoriser l'implication le cadre entretient des relations dites humaines avec l'équipe et s'implique dans l'organisation des actions visant à l'atteinte des objectifs institutionnels. Cela lui demande de mobiliser de l'énergie qui doit être reconnue par les dirigeants pour conserver cette culture de la fédération. De sorte que la reconnaissance par la hiérarchie joue également un rôle au sein des personnels d'encadrement. De plus par le biais de la communication le cadre de santé favorise l'intégration des personnes dans le projet et confère une vision commune de l'objectif fixé. Il sensibilise l'équipe à la qualité attendue des résultats et encourage, avec l'appui de sa direction, les prises d'initiatives et les actions innovantes propices à leur bonne réalisation. Il intervient dans la mobilisation de l'équipe et le développement personnel qui engendre le développement de compétence.

⁵⁹ Conférencier, expert en management des ressources humaines, américain.

2.5.4 La mobilisation individuelle et la compétence collective

Ainsi G. Brouillette⁶⁰ (38) décrit cette mobilisation comme une manière d'agir permettant de rassembler des forces dans un groupe pour atteindre un but commun. Elle insiste sur le fait que c'est le rôle du superviseur et sa vision du travail qui sont à la base de cette mobilisation. Pour cela le cadre de santé utilise trois axes. Le premier est le sens donné à l'objectif à atteindre. Le cadre notifie à l'agent son rôle et ses responsabilités dans l'atteinte de celui-ci. C'est la mise en mot du sentiment d'utilité dans un souci de clarification des informations.

Le deuxième est l'autonomie donnée par le cadre dans le pouvoir d'agir de l'agent accompagnée d'une formation, si besoin, pour permettre la bonne réalisation.

Le dernier axe correspond à la valorisation de l'agent par l'attention, le respect et la considération portés par le cadre à celui-ci. Tout cela avec un soutien dans et par l'action. Ainsi la valorisation et la reconnaissance du professionnel permettent la mobilisation de ses compétences. Le cadre intervient auprès de chaque agent et contribue ainsi à la mobilisation d'un ensemble de compétences.

Dans ce sens G. Le Boterf (22)⁶¹ stipule que la compétence collective se différencie d'une addition de compétences individuelles car elle résulte d'une combinaison des spécificités de chaque compétence. Il indique qu'elle existe parce que l'équipe travaille dans un environnement propice à l'émergence des compétences individuelles, marqué par une coopération des acteurs et présentant une volonté commune d'apprentissage expérientiel.

La coopération née dès lors que chacun a la possibilité de s'exprimer, de visualiser la place qu'il occupe dans le groupe et de mettre en avant ses savoirs au sein de celui-ci. En outre l'apprentissage collectif expérientiel peut être accompagné par le cadre de santé à travers des séances de débriefing, d'EPP⁶², de CREX⁶³ et de RMM⁶⁴ en lien avec la politique institutionnelle. Ces temps formalisés sont propices au dialogue collectif et sont enrichis par les discours personnels. Ils permettent de décroiser les savoirs pour améliorer et harmoniser les pratiques. Ainsi ces échanges sur ces dernières profitent des apports personnels et offrent à cha-

⁶⁰ Experte en habiletés de supervision, québécoise.

⁶¹ Pp. 138-143.

⁶² Evaluation des pratiques professionnelles.

⁶³ Comité de retour d'expérience.

⁶⁴ Revue de morbidité et de mortalité.

cun un temps de libre expression de ses compétences. Ainsi G Le Boterf **(22)**⁶⁵ les appels « *processus d'apprentissage* » et invite les cadres à explorer d'autres outils pour construire cette compétence collective. Il propose alors la mise en œuvre de responsabilités tournantes, d'organisation de complémentarité entre compétences et de relations conviviales. Celles-ci peuvent prendre la forme de rites et de fêtes. Cependant le cadre de santé peut être confronté à des difficultés relationnelles et à des soucis personnels des professionnels parasitant les activités soignantes et l'organisation dans l'équipe. Alors pour favoriser la continuité des soins, dans un souci de qualité de la prestation, le cadre de santé se doit d'accorder du temps à l'équipe pour leur apporter une écoute et de l'attention tout en recentrant la situation sur la prise en soin du patient. Il se doit d'avoir une approche objective des circonstances pour faire coïncider l'attention envers l'équipe et les prestations auprès du patient.

Cependant selon E. Schein l'aide apportée est une « *monnaie d'échange importante qui peut entraîner un déséquilibre quand elle n'est pas maniée avec sensibilité* »⁶⁶ **(10)** et cela induit une nécessité de considération du rôle et de l'estime de soi de chaque agent. Puis « *d'un point de vue émotionnel et social* » quand une personne demande de l'aide elle se place dans « *une position inférieure* »⁶⁷ et éprouve un sentiment de perte de contrôle de la situation. Il faut alors amener judicieusement l'aide en respectant l'autre pour atténuer ce sentiment d'infériorité.

Ce sentiment pour B. Spinoza est aggravé par l'esprit qui imaginant son « *impuissance* »⁶⁸ **(18)** dans la situation entretient cette tristesse et imagine d'autre blâme à son égard. Il inhibe par ce sentiment les actions de l'individu. Ainsi les émotions de l'agent le guident dans ses actions, agissent sur la place qu'il prend dans l'équipe et sur la représentation de ses capacités dans l'entité professionnelle. Alors dans l'aide apportée, le cadre peut être amené à penser au jeu des acteurs et au positionnement socio-professionnel au sein de l'équipe de chaque acteur. Il opère une analyse du sentiment de perte de contrôle et s'enquière de l'état émotionnel pour ne pas confirmer ce sentiment d'infériorité.

⁶⁵ Pp. 152-153.

⁶⁶ Chapitre 2. La vie en société, règles et rôles. P. 37.

⁶⁷ Chapitre 3. Entre supériorité et infériorité, aider et être aidé. P. 41.

⁶⁸ Partie III. De l'origine et de la nature des affects. Pp. 250-251.

2.6 Management et émotions

2.6.1 Les émotions

Il y a donc des émotions qui imprègnent le soignant et qui peuvent être classées différemment. Ainsi C. Darwin⁶⁹ (1856) est le premier à parler de « la théorie de l'évolution de l'espèce » où les émotions permettent de s'adapter pour survivre dans son environnement. Puis en 1872 il introduit l'idée de six émotions de bases chez l'individu qui relèvent de l'inné, sont universelles et « *sont pratiquement indépendantes du pays et de la culture du sujet* ». Il y a ainsi « *la joie, la surprise, la peur, le dégoût, la colère et la tristesse* » **(39)**. Celles-ci furent reprises par P. Ekman⁷⁰ qui les compléta d'une analyse sur les expressions faciales au regard des contractions musculaires symbolisant une émotion. De sorte que notre image peut laisser paraître une émotion interne et devenir visible de l'autre **(40)**. Par la suite R. Plutchik⁷¹ **(41)** ajoute à ses six émotions primaires deux émotions la confiance et l'anticipation. Il définit ainsi huit émotions primaires qu'il oppose deux à deux et détermine des émotions secondaires par une combinaison de celles primaires⁷². Il précise qu'elles sont liées à la culture, au processus cognitif du sujet ainsi qu'à ses interactions avec l'environnement. Il les représente sur une roue qui montre une augmentation de l'intensité de l'émotion quand elle se situe au centre et mettant en avant les relations possibles entre elles pour devenir secondaires. Ensuite D. Goleman ⁷³ désigne « *les émotions comme à la fois un sentiment et les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers, ainsi que la gamme de tendances à l'action qu'il suscite* » ⁷⁴ **(40)**. Il insiste donc sur l'aspect multifactoriel d'une émotion qui amène à des réactions du sujet. De plus il relate la découverte de J. Ledoux⁷⁵ qui fit la découverte d'un faisceau neuronal plus court qui permet à l'amygdale « *d'être directement alimentée en informations par les organes des sens et de déclencher une réaction* »⁷⁶. Celle-ci intervenant avant que les informations soient enregistrées dans le néocortex. Ensuite l'amygdale a la faculté de

⁶⁹ Naturaliste anglais.

⁷⁰ Psychologue américain.

⁷¹ Psychologue américain (1970). Partie 2. Qu'est-ce que l'émotion ? De l'instinct à l'émotion.

⁷² Voir annexe 5.

⁷³ Psychologue américain.

⁷⁴ Appendice A. Qu'est-ce qu'une émotion. P. 403.

⁷⁵ Psychologue américain.

⁷⁶ Tome 1. Première partie. Le cerveau émotionnel. P.39.

s'imprégner de souvenirs sans intervention de la conscience. Il y a une constitution d'une mémoire émotionnelle par un court-circuitage du néocortex au regard de l'utilisation de la voie thalamus-amygdale. Ensuite l'hippocampe mémorise les circonstances, les acteurs d'un événement ayant introduit une émotion alors que l'amygdale « *retient la saveur émotionnelle* » **(40)**. Il y a une association des deux circuits amenant à des empreintes distinctes qui seront mobilisées dans d'autres circonstances. S. Schachter⁷⁷, dans la théorie de l'étiquetage de l'expérience émotionnelle, reprend ces éléments en montrant que la « *différenciation des émotions* » se fait au regard des « *facteurs cognitifs et contextuel* » **(42)** de l'individu. En cela l'étiquetage de l'émotion ne se fera que s'il intègre les événements de la situation à ses éléments cognitifs et sociaux au regard d'une non dissociation de l'émotion à ce dernier. L'émotion prend la couleur du contexte dont elle résulte et de l'élaboration sociocognitive du sujet. De sorte que chacun peut élaborer une émotion distincte de l'autre dans la même situation. Ces empreintes guideront l'action, la relation à l'autre et à l'environnement au regard de ce qu'ils soulèvent émotionnellement.

2.6.2 Les émotions et leurs rôles

Ensuite N. Alter dit que les trois phases constitutives du don/contre don dans la relation mettent en avant « *la richesse et la subtilité de ce type d'échange, qui associe le savoir aux personnes et l'émotion aux prestations* ». ⁷⁸ **(8)**. Puis il précise que les relations de travail ne sont pas seulement cognitives, stratégiques ou fonctionnelles car elles « *produisent des sentiments, des émotions, des sympathies et des antipathies, des haines et des fidélités, des déceptions et des désirs de vivre quelque chose en commun* » ⁷⁹ **(8)**. Ainsi les émotions sont présentes dans la dynamique d'équipe, dans les pratiques et contribuent à l'inclusion de chaque individu dans le collectif. Pour autant pour B. Spinoza « *des hommes différents peuvent être affectés de différentes manières par un seul et même objet, et un seul et même homme peut être affecté par un seul et même objet de différentes manières en*

⁷⁷ Psychologue américain.

⁷⁸ Chapitre 1. Coopérer, c'est donner. P. 45.

⁷⁹ Chapitre 1. Coopérer, c'est donner. P. 46.

des moments différents »⁸⁰ **(18)**, ce qui induit que les émotions demeurent individuelles et perçues aléatoirement dans un collectif. Elles peuvent aussi être une source de désaccord et nécessiter des régulations, des interventions de plusieurs membres pour favoriser le contrôle et maintenir la dynamique du groupe.

De plus, pour D. Goleman les émotions « *sont des incitations à l'action* »⁸¹ **(40)**. Il distingue deux formes de réactions émotionnelles. Il appelle les premières fulgurantes car elles entraînent des décisions rapides lorsque les situations sont vécues comme critiques. Celles-ci s'accompagnent d'une forte certitude de l'acteur en lien avec une perception simplifiée de l'environnement et de ce fait n'entre pas « *dans le champ de la conscience* »⁸². Pour autant elles procurent au sujet une adaptation à la situation. Il définit les secondes comme des séquences lentes qui sont précédées d'une phase d'analyse pour aboutir « à un sentiment »⁸³. Celles-ci sont à l'origine de pensées qui donnent une vision plus fine du contexte et génèrent une évaluation de celui-ci. Les émotions produisent donc une activité cérébrale et permettent de visualiser sous un angle différent du rationnel la situation par une opération dans la pensée qui sélectionne les émotions à mobiliser dans l'action. En outre chaque émotion prépare le corps à une réaction précise par une sécrétion d'hormones sources de manifestations physiques. Il donne ainsi comme exemple l'effet de surprise qui augmentant le champ visuel de l'individu en lui procurant une plus grande source d'information sur la situation. Alors « *cela lui permet de mieux évaluer la situation et de concevoir le meilleur plan d'action possible* »⁸⁴ **(40)**.

Ceci pour G. Le Boterf est une « *représentation opératoire* »⁸⁵ **(22)** de l'individu dans une situation l'amenant à utiliser l'émotion comme guide pour agir en situation. Elle intègre donc le « savoir combiner » du professionnel. Pareillement B. Spinoza ⁸⁶**(18)** explique que les émotions laissent une empreinte dans l'esprit et qu'une situation identique à celle vécue sollicitera la même émotion par réaction immédiate de l'individu. D'où le fait de se représenter l'émotion, de l'intellectualiser favorise une modification de son approche et permet d'agir distinctement ultérieu-

⁸⁰ Chapitre III. Des affects. P. 245.

⁸¹ Tome 1, Chapitre 1. A quoi servent les émotions ? P. 23.

⁸² Appendice B. Les marques distinctives de l'esprit émotionnel. P. 407.

⁸³ Appendice B. Les marques distinctives de l'esprit émotionnel. P. 409.

⁸⁴ Chapitre 1. A quoi servent les émotions ? P. 24.

⁸⁵ P. 100.

⁸⁶ Partie III. De l'origine et de la nature des affects. Pp. 212-214.

rement dans une autre situation mais avec plus de contenance et ou de discernement.

De surcroît J. Luzi⁸⁷ explique que les émotions sont contagieuses et « *qu'une fréquence émotionnelle positive ou négative émise par un individu engendrera un écho répercuté par l'entourage* » **(43)**. En cela les émotions sont intéressantes car une personne chargée d'émotions positives sera considérée comme une « *borne énergétique* » qui permettra d'augmenter « l'énergie, l'ardeur, l'activité de l'entité dans laquelle elle évolue » **(43)**. De même l'estime de soi au regard d'une perception d'utilité, de reconnaissance et d'appréciation est une source émotionnelle dynamogène qui active la motivation de l'individu dans son contexte professionnel. Pour poursuivre il parle d'attitude « *out of the box* » **(43)** qu'il caractérise comme le développement d'une compétence permettant d'aller au-delà des normes pour être innovant face à une problématique d'activité. Cet esprit est fortement chargé en émotion et augmente le potentiel émotionnel de l'entité travail. Ainsi il associe cette combinaison à une fréquence émotionnelle propice à majorer l'efficacité de l'action et la rentabilité des prestations. Par analogie B. Spinoza démontre que « *lorsque l'esprit se considère lui-même, ainsi que sa puissance d'agir, il se réjouit, et cela d'autant plus qu'il s'imagine plus distinctement lui-même ainsi que sa puissance d'agir* » ⁸⁸ **(18)**. De sorte que le sentiment de puissance, source d'émotion positive devient un moteur dans l'action et bénéfique aux prestations. En ce sens l'émotion s'inscrit dans l'esprit comme une source de plaisir et donne un pouvoir à l'individu. Elle permet d'influencer positivement l'action dans l'immédiateté mais aussi de se projeter dans d'autres actions.

Alors dans ce contexte d'évolution continue du monde de la santé où cohabitent tarifications de l'activité et efficience les émotions semblent propices à contribuer à l'atteinte des objectifs personnels, professionnels et institutionnels. De ce fait le cadre de santé peut les utiliser dans l'équipe pour accompagner le professionnel.

⁸⁷ Conférencier sur l'intelligence émotionnelle, entrepreneur en aéronautique.

⁸⁸ Partie III. De l'origine et de la nature des affects. Pp. 248-249.

2.6.3 Manager par les émotions

Pour autant selon C-H. Colonna⁸⁹ il ne s'agit pas de « *manager émotif* » **(44)** car cela sous-entendrait que ce sont les émotions qui prennent le contrôle. Dans ce cas elles ne sont pas intellectualisées et deviennent contreproductives. Elles peuvent alors générer de l'incompréhension voire du stress. Par contre savoir les utiliser, qu'elles soient positives ou négatives, procure un outil fédérateur auprès des équipes. En effet laisser circuler les émotions permet de tisser des liens mais également d'aider à comprendre et à s'approprier un objectif. Selon lui, comprendre un objectif n'est pas suffisant pour mobiliser car il faut également donner envie de l'atteindre en lui donnant du sens. Alors quand le manager exprime ses émotions et « *met ses tripes en jeu* » **(44)** il fédère plus aisément son équipe. L'image est très forte mais si on regarde dans le monde de la santé, il est aisé de voir qu'un projet porté par le cadre et auquel il adhère est mieux accueilli et embrassé par l'équipe. A contrario, quand le manager est peu expressif physiquement à l'égard du projet, communique moins sur celui-ci, l'équipe peut être plus timorée face à sa réalisation. Puis précisant que les émotions sont prégnantes dans notre quotidien, il indique que les ignorer n'est pas judicieux car elles transpirent par et à travers nos gestes, nos postures et nos regards. Il est donc plus utile de les porter, de leur attribuer du sens et de les adapter au projet. Pour finir, il précise que cette utilisation est une conduite honnête permettant d'assumer la réalité de leurs existences et ne constitue en rien une manipulation des individus mais devient ainsi utile à l'action managériale

Ses idées sont également reprises par O. Schmouker⁹⁰ qui s'appuyant sur la définition de H. Umemuro⁹¹ indique que « *le management émotionnel, c'est la faculté pour un manager d'identifier et d'intégrer ses émotions et celles d'autrui à sa prise de décision* » **(45)**. Ainsi le cadre est en interaction avec l'équipe et réalise une analyse réflexive sur le contexte émotionnel pour agir.

Dans ce sens I. Fontaine⁹² **(46)** s'appuyant sur des études universitaires annoncent que 80% des réussites d'une personne reposent sur son quotient émotionnel.

⁸⁹ Directeur chez Albu conseil, français.

⁹⁰ Conférencier et auteur d'un best-seller sur le plaisir et la performance au travail, québécois.

⁹¹ Professeur de management à l'institut de technologie de Tokyo.

⁹² Conférencière, experte en coaching de gestion basé sur le développement de l'intelligence émotionnelle, canadienne.

En d'autres termes sur sa capacité à prendre conscience de ses émotions, à comprendre leurs fonctionnements, à en maîtriser l'énergie, à identifier et voire à influencer celles des autres. Au premier abord, cette dernière définition peut suggérer une manipulation des individus mais par une seconde approche elle montre qu'être capable d'influencer celles des autres c'est aussi pouvoir transformer une émotion négative en positive afin de conserver l'effet dynamogène de celle-ci.

Ainsi comprendre le fonctionnement d'une émotion permet d'avoir un outil de management propice à la productivité et d'instaurer un climat de bien-être au travail. En lien avec la psychodynamique du travail de C. Dejours **(2)** et les représentations opératoires de G. Le Boterf **(22)** cette compréhension de leurs fonctionnements peut être associée à l'analyse de M. Crozier⁹³ **(47)** sur le jeu des acteurs dans une organisation. En effet selon lui une intervention « *n'a d'impact, et surtout de sens, que si elle s'appuie sur les capacités des acteurs à se saisir des opportunités qu'elle crée et à élargir ainsi la liberté toujours limitée et contingente qui est la leur dans les systèmes dans lesquels ils sont engagés* »⁹⁴ **(47)**. Alors ce sens donné au projet, retenu par les acteurs, favorise leur implication et leur donne du pouvoir au sein de ce projet. De ce fait cette compréhension renverse le sentiment d'infériorité ressenti lors de la demande d'aide en lui procurant un sentiment de liberté dans l'action.

2.6.4 Le management par les émotions à l'hôpital ?

Pour compléter cette enquête réalisée en secteur industriel, celle d'A P Duarte⁹⁵ **(48)**, faite sur cinq mois en 2014 dans une structure hospitalière auprès de trente et un professionnels dont dix-sept infirmières et quatorze cadres de santé, montre que les émotions favorisent une adaptation aux situations chargées émotionnellement. Cette régulation par les émotions permet de prévenir l'épuisement professionnel, génère de l'estime de soi et procure un bien-être émotionnel. De plus une utilisation normée des émotions au sein d'une équipe favorise la création de relations interpersonnelles en permettant à chaque membre de solliciter un de ses collègues pour l'aider à gérer une situation qui lui semble compliquée. Ainsi cette

⁹³ Sociologue français.

⁹⁴ Chapitre 5. Réflexions sur le changement. P. 423.

⁹⁵ Formateur en technique management et pédagogique des soins, française.

enquête s'intéresse aux émotions au regard de l'intelligence émotionnelle comme une dynamique personnelle et d'équipe. Elle met en avant la potentialisation de leur énergie dans la gestion des situations complexes.

Elle montre aussi que les émotions sont intégrées à la structuration de l'équipe et relève l'utilité de cette deuxième forme d'intelligence de l'homme.

Puis, L. Zambello⁹⁶, s'appuyant sur les entretiens conduits en 2011 auprès de cinquante et une infirmières et cinquante-cinq aides-soignantes, parle d'introduire de l'affectif et de l'intelligence émotionnelle dans le management pour ouvrir à la réflexion « *d'un management plus humaniste* » **(49)**. Ainsi « *l'émotionnel et le rationnel serait la clé du management performant* ». Puis elle reprend la définition de P. Salovey⁹⁷, J D Mayer⁹⁸ et D. Goleman qui s'accordent pour dire que « *l'intelligence émotionnelle est l'utilisation intelligente des émotions qui demande de développer des compétences personnelles (conscience de soi, gestion de soi) et des compétences sociales (conscience des autres et gestion des relations)* ». Ainsi leur utilisation devient un outil métacognitif et d'ouverture aux autres. De plus D. Goleman⁹⁹ **(40)** explique que les centres de l'intelligence intellectuelle se situent dans le néocortex et ses activités récentes sont stockées dans les régions supérieures. Par contre ceux responsables de l'intelligence émotionnelle sont situés dans les zones profondes et anciennes du cerveau. Il énonce par la suite que l'intelligence émotionnelle est une utilisation coordonnée des centres émotionnels et intellectuels. Dans ce sens elle dépasse la réaction primaire émotionnelle.

Ensuite L. Zambello énonce la définition de D. Goleman, R. Boyatzis¹⁰⁰ et A. Mckee¹⁰¹ du « *leadership de résonance* » qui « *consiste à diriger et motiver par l'intelligence émotionnelle, en suscitant des émotions positives* » **(49)**. Ainsi ce mode de management utilise la notion de plaisir pour atteindre les objectifs professionnels. En outre l'enquête montre que la satisfaction professionnelle des soignants est augmentée si le cadre de santé est tourné vers les autres, apporte une écoute empathique et crée un climat positif propice à la performance. Ainsi le management utilisant l'intelligence émotionnel favoriserait le bien-être au travail et la performance de l'équipe. Cependant il existe d'autres techniques de management

⁹⁶ Cadre de santé CHU Bordeaux, français.

⁹⁷ Psychologue américain.

⁹⁸ Psychologue américain.

⁹⁹ Appendice A. L'intelligence émotionnelle. P. 903.

¹⁰⁰ Professeur de comportement organisationnel, expert en intelligence émotionnelle, américain.

¹⁰¹ Experte renommée en leadership, américain.

qui aboutissent aux mêmes résultats comme par exemple le slow management. Ainsi M. Barthod ¹⁰² **(50)** déclare que ce management positionne l'humain au cœur de la performance et consiste à être à l'écoute de l'équipe, à stimuler son autonomie, à aller vers elle pour connaître les difficultés, à renforcer l'estime de soi et à accompagner le développement des talents et compétences. Il est aussi associé à du temps passé auprès de l'équipe, à une attention apportée à l'écoute et à la réalisation d'actions et de prises d'initiatives des agents. Cette méthode aspire à aller vers l'équipe pour favoriser un bien-être professionnel propice à la performance de la prestation.

D'ailleurs C. Trempe¹⁰³ dans une conférence sur la motivation et la reconnaissance parle du slow management comme d'une technique en marge propice à la « *performance durable* » **(51)**. Celui-ci favoriserait le bien-être des équipes en incluant les notions de l'authenticité, d'émotion, d'écoute et d'humilité. De ce point de vue l'utilisation des émotions permet au cadre de générer un espace propice au développement de l'agir avec compétence et à la performance.

Selon G. Le Boterf ¹⁰⁴ **(22)** agir avec compétence combine trois axes : un savoir agir, un vouloir agir et un pouvoir agir. Le premier s'appuie sur la formation, le parcours et les représentations pertinentes du professionnel. Le deuxième sur le sens de l'action, l'image de soi, et le contexte incitatif enclin de reconnaissance et de confiance. Le dernier prend une note organisationnelle par les possibilités offertes par la structure en termes de délégation, d'autonomie et de ressources. Cet agir avec compétence favorise la performance que P. Lorino **(52)** ¹⁰⁵ définit comme le jugement porté sur une activité en fonction du rapport entre la valeur qu'elle crée et les ressources utilisées. Celle-ci demande à être pilotée en utilisant « *le carré magique* » qui regroupe :

- Les objectifs à atteindre.
- L'activité et ses caractéristiques techniques et socio-humaines.
- La structuration organisationnelle.
- Les profils des acteurs résultant de leurs compétences et motivations.

¹⁰² Enseignant chercheur à l'INSEEC business school, française.

¹⁰³ Présidente Directrice générale de l'association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux Québec.

¹⁰⁴ P. 121.

¹⁰⁵ Professeur à l'Ecole supérieure des sciences économiques et commerciales Business school, français.

Ainsi la performance est multifactorielle, pluridisciplinaire, complexe par ses enjeux personnels et institutionnels. Elle requière une veille exploratoire des pratiques de travail et de ses leviers d'améliorations par chaque acteur. Elle s'appuie sur les compétences professionnelles issues des processus mentaux de l'agent et de l'accompagnement.

2.7 Evolution de la question de recherche

2.7.1 De la compétence à la professionnalisation

Dans ce sens G. Le Boterf ¹⁰⁶ **(22)** explique que la compétence existe « *par la personne qui la porte* » et que celle-ci est dite professionnelle dès qu'elle peut gérer une situation complexe en agencant le savoir agir avec les savoirs combiner, transposer, apprendre et s'engager. Le savoir combiner est une capacité du soignant à utiliser ses ressources internes et celles de l'environnement pour en tirer profit dans l'action. Le savoir transposer s'appuie sur la mémorisation des situations, la prise de recul et sur la capacité à utiliser ses méta-connaissances afin de modéliser et repérer les signes contextuels pour guider l'action. Ainsi le professionnel est capable de savoir quelles sont ses connaissances et comment il fonctionne pour alors opérer une sélection des informations stockées afin de les mettre en œuvre dans la situation. Il sait pourquoi il agit et pourquoi il agit de cette façon. Puis le savoir apprendre du soignant se caractérise par la transformation des situations vécues en expériences additionnées à la description du mode opératoire. Ce processus de réflexivité permet d'apprendre à apprendre. De par son analyse des expériences rencontrées il opère une intellectualisation de la situation en identifiant les éléments susceptibles d'être transférés ultérieurement et en les intégrant à ces processus cognitifs. Il réalise un schème qui pour J. Piaget¹⁰⁷ représente une régularité construite par tâtonnement dans l'action et « un canevas des actions répétables » **(53)**.

Enfin le savoir s'engager comprend le positionnement du soignant dans la prise de risques, le savoir entreprendre et l'éthique professionnelle.

¹⁰⁶ Pp. 124-135.

¹⁰⁷ Philosophe et psychologue suisse.

C'est ainsi que ces éléments participent à la structuration des outils pédagogiques guidant l'apprenant vers la professionnalisation. En ce sens cette dernière commence dans la formation et se poursuit dans le parcours professionnel. Pour G. Le Boterf il existe trois paliers dans la professionnalisation¹⁰⁸ **(22)**. Le premier est le débutant dont le trait principal est une méconnaissance de ses potentialités et de l'utilisation qu'il peut faire de ses ressources. Celui-ci recherche des modèles pour continuer sa construction et affiner sa capacité d'analyse des situations. Il a un faible recours à l'intuition et s'appuie sur les règles et procédures quel que soit le contexte. Le second est le confirmé montrant une faculté de prises d'initiatives et une maîtrise des principales étapes du processus de la construction des compétences. Il sait décider les actions à mener pour atteindre un objectif et raisonne en fonction du contexte et du diagnostic. Il sait adapter les règles et les procédures à la situation. Le dernier est dit expert par une maîtrise de ses compétences et une habileté à en construire d'autres. Il agit spontanément car il repère rapidement les éléments dans la situation et sait faire fi des procédures car elles sont intégrées à ses savoirs. Il ne se réfèrera aux protocoles que dans une situation « inhabituelle de rupture »¹⁰⁹. L'ensemble de ses étapes sont facilitées par un contexte professionnel empreint de collaboration, de reconnaissance et d'analyse de pratiques. Au sein de celles-ci les émotions peuvent être verbalisées pour ensuite être utilisées afin d'adapter son comportement ultérieurement en situation. Elles sont ensuite plus aisées s'il le soignant s'engage dans sa professionnalisation singulière. Il est alors acteur de son évolution et avance étape par étape en prenant en considération son environnement professionnel dans toutes ses dimensions.

2.7.2 Evolution

Au début de ce travail je m'interrogeai sur la finalité de la reconnaissance et de l'accompagnement de l'agent par le cadre de santé ainsi que sur leurs rôles dans la prévention de l'épuisement professionnel. Après cette phase exploratoire, ces deux notions me semblent bénéfiques au bien-être de l'agent et à la construction de l'estime de soi. Puis je me suis demandé en quoi le cadre pouvait influencer les

¹⁰⁸ Le professionnel et le professionnalisme. Pp. 126-131.

¹⁰⁹ Fiche 44. Le troisième niveau du professionnalisme. P. 131.

pratiques des soignants ? Il m'apparaît maintenant que le savoir-être et le savoir-faire du cadre de santé participent à la construction d'un contexte de travail propice à l'épanouissement professionnel et à la construction des compétences. De plus je supposais que les relations entre le cadre et les soignants étaient importantes pour construire une notion d'équipe et en ce sens les apports des différents auteurs m'indiquent qu'elles participent et contribuent à l'accompagnement de la professionnalisation. Mon dernier questionnement concernait les émotions comme outil de management d'une équipe. Je peux désormais dire que le cadre de santé utilisant l'intelligence émotionnelle ou le management émotionnel fédère l'équipe, collabore au renforcement de l'estime de soi et à la construction des compétences favorables à la performance individuelle et institutionnelle mais aussi à la qualité des prestations.

A la lecture de ces réponses et des apports théoriques initiés par la question de départ « Est-ce que la reconnaissance par le Cadre de Santé de l'identité et de la singularité du professionnel permet une mobilisation des ressources versus compétences ? » je peux dire de la reconnaissance qu'elle permet de créer un cadre de travail salubre à la mobilisation des compétences.

Puis je constate que les émotions permettent de s'adapter aux situations et que leurs régulations participent à la prévention de l'épuisement professionnel. Elles génèrent de l'estime de soi et un sentiment de bien-être. De sorte que l'utilisation intelligente des émotions demande de porter un regard authentique sur soi et un allant vers les autres intégrant la gestion des relations.

En ce sens les références portant sur les émotions m'interpellent et ainsi je souhaite explorer :

« En quoi la reconnaissance des émotions des agents par la cadre de santé contribue-t-elle à l'accompagnement de la professionnalisation ? »

Afin d'élaborer mon guide d'entretien me permettant de conduire mes échanges avec des cadres de santé, je propose les hypothèses suivantes :

Hypothèse n°1 : la reconnaissance des émotions des agents facilite la relation de confiance propice à la construction professionnelle.

Hypothèse n°2 : la reconnaissance des émotions des agents permet d'identifier les compétences au sein de l'équipe.

3 Analyse de terrain

3.1 La méthodologie de la recherche

3.1.1 Le choix de l'outil de recherche

Au regard du contexte de ma recherche je souhaitais rencontrer uniquement des cadres de santé afin de recueillir leurs opinions du fait des questionnements sur l'impact des pratiques managériales mises en étude dans ce travail. De plus désireux d'obtenir directement leurs réponses, le guide d'entretien me semblait être le plus adapté pour ne pas interpréter les réponses écrites. Ensuite je ne voulais pas utiliser la méthode du questionnaire car elle nécessite de reprendre des réponses sans connaître le contexte de celles-ci qui me semble appréciable dans le cadre de cette recherche. En cela l'entretien pouvait être un moyen de reformulation me permettant de confirmer l'exactitude de ma compréhension de leurs idées. Ils m'autorisaient également à observer leurs réactions aux questions et y associer l'intonation de leurs réponses spontanées. En effet une mise en mots par écrit peut demander un temps de réflexion inhibant cette part instinctive qui me semble importante dans la recherche sur les émotions. En outre un même mot peut être interprété différemment en fonction des représentations. Dès lors l'entretien me donnait l'avantage d'associer un mot à une manifestation corporelle et m'autoriser à leur demander d'explicitier leurs réponses en dehors d'une reformulation dans le cas où je ne la comprenais pas.

Ensuite pour construire cet outil je me suis demandé qu'elles seraient les questions les plus aptes à apporter des réponses aux hypothèses que j'avais formulé sans toutefois les orienter. Elles devaient me permettre d'amener les cadres de santé à approfondir leurs réflexions pour faciliter mon analyse et m'éclairer plus précisément sur leurs postures professionnelles. Ainsi je choisis de conduire des entretiens semi-directifs qui au regard des questions posées laissaient une liberté d'expression et ouvraient à un approfondissement des réponses. Enfin rencontrer le cadre au sein de son travail inscrivait l'entretien dans un contexte professionnel qui permit aux cadres de faire des mises en relations.

3.1.2 La population enquêtée

Le tableau ci-dessous représente le lieu de formation, l'année d'obtention du diplôme cadre, le type de structure où ils exercent et la nature du service de prises en soins des cadres de santé et de l'infirmier faisant fonction de cadre de santé avec lesquels je me suis entretenue.

	IFCS	Année du Diplôme	Structure	Service
Cadre	AP-HP Pitié Salpe- trière	2002	Hôpital	Oncologie Adultes
Cadre	Montsouris	2003	Médico-social	EHPAD
Cadre	Saint Anne	2008	IFPP ¹¹⁰	Formation infirmière 1 ^{ère} année
Cadre	Saint Anne	2010	Hôpital	Rhumatologie
Cadre	Saint Anne	2005	Hôpital	Urgences adultes
Cadre	Croix Rouge	2005	Hôpital	Pédopsychiatrie Hôpital de jour
Infirmier FFCS	IFSI Dreux	DE 2008	Maison des adolescents	Pédopsychiatrie Accueil et orientation

3.1.3 Intérêts

Le choix d'un panel de cadre exerçants au sein de différentes spécialités avait comme finalité d'avoir des situations de prises en soins par les équipes sources de technicité, d'accompagnement au long court, de situation de crise, de soins palliatifs et d'expositions à des décès de patients que ce soit lors d'une prise en soins chronique ou aigue. Le but était de pouvoir recueillir des données auprès de cadres qui accompagnent des agents ayant un niveau dans la professionnalisation

¹¹⁰ Institut de formation des professions paramédicales.

différent. Je souhaitais découvrir comment ils opéraient face à cette mixité professionnelle amenant à une collaboration entre des professionnels experts et débutants.

Puis les entretiens dirigés vers des cadres ayant de l'ancienneté dans le diplôme visaient à recevoir des réponses favorisées par une prise de recul sur leurs expériences professionnelles, leurs pratiques managériales sources de nombreuses situations. Néanmoins, le regard de l'infirmier faisant fonction de cadre de santé me semblait être un comparatif appréciable avec les cadres pour voir l'impact de la formation cadre sur leurs pratiques managériales.

3.1.4 Les structures d'exercice

Ainsi pour me permettre de répondre à ma question de recherche j'ai fait le choix de rencontrer six cadres de santé et un infirmier faisant fonction de cadre de santé. Ainsi j'ai choisi un cadre de santé exerçant en institut de formation pour savoir si les émotions à cette étape de la professionnalisation étaient prises en compte. Puis un cadre dans un établissement médico-social dont les agents interviennent auprès de résidents âgés avec une déficience mentale ou venant de leur domicile. Ensuite un cadre au sein d'un secteur de pédopsychiatrie dont les professionnels sont en contact avec des enfants présentant des troubles du comportement et/ou des maladies comme l'autisme et également avec leurs parents. Puis un cadre pratiquant dans un service des urgences, accueillant essentiellement des adultes mais ayant un secteur de traumatologie ouvert aux enfants. Ce service me semblait intéressant en termes de prise en charge de courte durée et aigue. Le cinquième cadre exerce en service d'oncologie-hématologie composé d'un secteur d'hospitalisation de jour pour une activité de courte durée mais chronique au regard de la durée des chimiothérapies et un secteur d'hospitalisation traditionnelle accueillant des patients pendant plusieurs mois et relevant souvent d'un accompagnement en soin palliatif. Le dernier est en secteur de médecine accueillant des patients de classes d'âges très variées en hospitalisation de jour et complète. Quant à l'infirmier faisant fonction il est en secteur de psychiatrie pour les adoles-

cents et gère le centre de planification familiale. L'équipe qu'il encadre est amenée à faire des interventions extérieures sur des situations d'urgence (IPPI)¹¹¹.

3.1.5 Parcours professionnel

Les cadres ont réalisé leur formation dans les instituts de Montsouris, Saint Anne, l'AP-HP et la Croix rouge en région parisienne. Le fait d'avoir des formations issues de plusieurs instituts me semblaient profitables pour obtenir des avis divergents ou complémentaires pouvant résulter de mises en forme différentes des consignes réglementaires de la formation cadre de santé. Ils ont une ancienneté dans leur diplôme allant de 11 et 13 ans.

Depuis l'obtention de leur diplôme deux cadres sont retournés dans le service où ils étaient en poste d'infirmier faisant fonction de cadre de santé et y exercent actuellement. Le cadre de la pédopsychiatrie est ergothérapeute de formation initiale et en cela son regard sur les soins techniques me semblait intéressant à découvrir.

Le cadre formateur présente une expérience professionnelle de 13 ans en institut de formation infirmière et a fait le choix de ne pas exercer en service de soins. Le cadre des urgences a 23 ans d'ancienneté dans ce service. Ensuite le cadre de la médecine présente un parcours professionnel au sein d'un institut de formation et en en service de chirurgie orthopédique également comme cadre de santé. Puis le cadre d'oncologie a exercé dans d'autres secteurs de médecine et au sein du service des urgences adultes. Le cadre en établissement médico-social a exercé auprès de professionnels en secteur de psychiatrie adulte comportant des admissions en situation de crise. Enfin l'infirmier faisant fonction de cadre est diplômé depuis 8 ans et présente un parcours de prise en charge psychiatrique adulte et depuis 2 ans travaille auprès de professionnels accompagnant des adolescents. En échangeant sur leurs parcours professionnels je m'aperçus que le panel était plus riche que celui espéré et en cela je pu bénéficier d'un large éventail de récits de leurs situations d'accompagnement des professionnels.

¹¹¹ Intervention post immédiate psychothérapeutique.

3.1.6 Elaboration des guides et conduite des entretiens

Les entretiens s'articulèrent autour de 7 questions qui devaient me permettre de répondre à ma question de recherche et aux hypothèses formulées. Pour cela je me devais d'être précise dans leur formulation sans induire la réponse. Je ne voulais pas non plus obtenir des réponses généralisables et souhaitais recueillir leurs perceptions personnelles et non un résumé d'un travail prescrit par une fiche de poste. De sorte que je les ai construites en laissant une marge propice à une ouverture dans la réponse et les ai introduites dans l'ordre ci-dessous. Celui-ci me semblait permettre d'introduire une chronologie dans l'entretien et visait dans un premier temps à poser le cadre de ma recherche pour ensuite préciser son orientation. En outre lors de la demande d'entretien je fus évasive sur le thème de ma recherche pour ne pas introduire une anticipation des réponses et ou des recherches préalables permettant de répondre au regard de l'objet de recherche.

Ainsi avec la première question « Quel(s) lien(s) entre émotions et pratique soignante ? » je voulais savoir si les cadres s'attachaient aux émotions dans les pratiques et comment ils les percevaient.

La seconde « Comment identifiez-vous les émotions des agents ? » visait dans un premier temps à savoir s'ils le faisaient et quelles méthodes ils utilisaient pour cela.

Ensuite avec la question « Quel(s) serait (ent) pour vous, en tant que cadre, l'intérêt d'identifier les émotions des agents ? » je souhaitais d'abord savoir s'ils y trouvaient une utilité et recueillir ensuite la finalité escomptée au sein d'une entité professionnelle.

Avec la quatrième, « En quoi cela pourrait avoir un impact dans la relation avec l'agent, au sein de l'équipe ? », je voulais identifier s'ils projetaient des incidences collectives d'une identification individuelle.

Ensuite en demandant « Comment intégrez-vous les dimensions émotionnelles inhérentes à la pratique soignante dans votre management ? » je souhaitais découvrir les méthodes utilisées au regard des émotions dans les pratiques managériales et déterminer le temps consacré à cela.

Après, avec la sixième « En quoi la reconnaissance des émotions participe à la construction de la compétence ? » mon intention était de cerner leurs conceptions des émotions dans la construction professionnelle des agents.

Enfin avec la question « Comment les émotions agissent sur les capacités de l'agent ? » j'attendais qu'ils expriment leurs perceptions des émotions sur l'activité du professionnel.

Je ne souhaitais pas induire de réponse ni les orienter dans une direction type au cours des entretiens de sorte que lors de ceux-ci et au regard de leurs réponses j'ai choisi de ne reformuler que lorsqu'il me semblait prudent de me faire confirmer le sens donné à leur réponse et de laisser libre court à leur développement.

3.1.7 Exploitation des données

Au cours de l'entretien de chaque cadre des thèmes semblaient revenir régulièrement ainsi que la notion de confiance dans l'équipe. En cela le temps de retranscription me permit de confirmer cette première impression. Ensuite lors de la première lecture de ces données je mis en évidence les thèmes de l'identification, de l'intérêt et du management. Ensuite par une seconde lecture visant à reprendre et à regrouper chacune des idées soulevées à l'intérieur de chaque question et les positionner dans les thèmes ressortirent la compétence, les émotions et leurs apports. De sorte que des idées se croisèrent et d'autres se distinguèrent traduisant des perceptions plus personnelles des cadres.

3.2 L'analyse des données

3.2.1 Les émotions dans les pratiques soignantes

Pour les cadres l'émotion se définit comme un ressenti, négatif ou positif, qui fait de l'individu quelqu'un de vivant. Le soignant est décrit comme un acteur rempli d'émotion qui soigne avec ce qu'il est et en ce sens il ne peut les mettre de côté. Il est un être d'émotion réalisant des prestations auprès des patients. Il soigne également avec ce qu'il dégage résultant de ses émotions. Pour les cadres cette in-

tervention de ce que l'on est se retrouve dans tout travail de relation à l'autre. Ainsi les pratiques et les émotions sont décrites comme étant très liées.

Puis dans les pratiques soignantes il y a le soignant en tant que professionnel et en tant qu'être humain. Alors la réaction première dans la manière dont il conduit les soins est humainement guidée et par conséquent dirigée par les émotions. Bien que les émotions personnelles devraient être mises un peu de côté, pour pouvoir prendre professionnellement en charge le patient, les cadres expliquent que cela demeure parfois difficile. Ils pensent ainsi que dans les pratiques de soins, les soignants sont dans l'émotion de prise en charge et qu'ils ne peuvent être soignant sans elle. En outre les émotions se trouvent du côté du soignant et du patient en impactent la prise en soin. Le patient renvoie des émotions qui sont parfois difficiles à recevoir et peuvent générer du mal être, une incapacité à y répondre et un mécanisme de défense chez le soignant. Cette émotion peut être plus ou moins bien maîtrisée en fonction du patient présent et entraîner une difficulté de prise de distance. Alors les émotions de l'autre interfèrent dans le soin et obligent le soignant à faire avec lors de ses prises en soins. Pour eux le soignant n'est pas dans un mécanisme de réalisation mais dans une adaptation de ses émotions et de ses pratiques au regard de la situation. Puis il apparaît une difficulté à gérer les émotions qui nécessite un apprentissage pouvant être complexe. Cependant ils leur semblent important d'avoir une certaine spontanéité dans les pratiques et cela constitue pour eux la particularité des émotions personnelles. Alors cette spontanéité est décrite comme nécessaire à être pour pouvoir faire. Enfin un soin raté dégage une ou des émotions qui font appréhender le prochain et voire entraîne une réticence à une exécution ultérieure. Il y a alors de l'affect dans l'image que le soignant renvoie au patient et cela joue sur ses émotions. De ce fait, Il existe un lien entre l'émotion et la pratique à un instant T.

3.2.2 L'identification des émotions et son intérêt

Les cadres identifient les émotions des agents par trois axes au regard de leur observation de l'agent, de ses réactions et d'une connaissance de celui-ci.

En effet sans cette dernière il semble difficile pour les cadres de savoir dans quel état d'esprit se trouve l'agent. Le premier axe résulte de ce que le cadre voit. En

effet les attitudes de l'agent telles que les questionnements multiples, un repli sur soi, un mutisme, un visage montrant des signes évidents d'une tension et le non verbal traduisent, selon eux, l'état émotionnel du professionnel. Puis il y a des traces visibles d'une dégradation dans le comportement de l'agent qui prennent la forme par de réactions physiques telles que les pleurs, la colère, l'énervement et les libérations spontanées sous formes de cris. Les cadres sont conscients qu'ils ne peuvent voir que ce que l'agent veut bien leur montrer. Pour autant ils tendent à nuancer cela par cette attention portée à l'autre qui permet de détecter cet état émotionnel. Le deuxième est ce qu'ils entendent, comme par exemple des rires excessifs qui peuvent être destinés à attirer l'attention du cadre et être extériorisés parfois inconsciemment. Le dernier est ce qu'ils perçoivent comme « l'humeur du jour » qui peut être un indicateur précieux des émotions présentes que les cadres identifient sans avoir besoin de les rechercher.

Pour eux, l'identification des émotions permet d'apporter une attention particulière à l'équipe, d'être à l'écoute, de l'accompagner dans son quotidien et d'être encadrant. Pour autant ils n'oublient pas que les soignants ne sont pas toujours dans la demande et que la réaction induite par l'émotion est parfois peu perceptible. Les cadres s'attachent donc à être attentifs. Puis l'identification favorise la prévention et le désamorçage des conflits au sein de l'équipe du fait que le comportement individuel a un impact sur le groupe et donc sur sa gestion. Un repérage précoce des émotions évite qu'elles soient trop présentes et préserve la prise en charge correcte et adaptée du patient. Ainsi les cadres disent pouvoir détecter quand cela ne va pas, être aidant et faire attention à chaque soignant pour qu'il soit au mieux dans sa sphère professionnelle. Cette attention portée à l'autre instaure une relation particulière, une reconnaissance de l'agent et une relation de confiance bilatérale qui deviennent propices à de bonnes relations professionnelles. De plus elle donne aux cadres la possibilité d'exprimer à l'agent son ressenti, d'éclaircir une problématique et de confirmer ou d'infirmier une représentation de celui-ci. Celle-ci peut résulter d'une perception qui peut être erronée ou incomplète du professionnel. L'identification est pour les cadres, un moyen d'échange avec l'agent sur ce qu'il montre à l'autre. Puis elle permet à l'agent de mettre des mots sur son ressenti, ses émotions pour avancer, murir, et passer à autre chose. Ainsi il peut faire de cette situation une expérience positive ou négative dont il pourra tirer des leçons. Au niveau collectif l'identification par les cadres et les agents donne lieu à

une gestion commune des émotions pour éviter de les « ramener à la maison » et revenir au travail avec un mal de ventre ou d'autres signes cliniques. De plus elle peut être un moyen de proposer individuellement et ou collectivement des formations. Elle sert aussi pour certains des cadres de support à l'application des directives de l'HAS en termes de bientraitance en explicitant ce qui est fait dans l'unité de soins. Elle permet ainsi de proposer des axes d'amélioration afin de respecter les consignes.

Ensuite l'identification permet de prendre soin de l'agent, comme lorsque l'agent repère celles du patient pour en prendre soin, afin de prévenir le burn-out pouvant aboutir à des arrêts maladie, générer des signes cliniques tels que des dorsalgies, des céphalées, de l'insomnie et de l'irritabilité. Il peut même engendrer de la maltraitance verbale ou physique envers le patient qui est impliqué dans cette chaîne des émotions. Pour les cadres ces réactions ont des conséquences sur la personne soignée et aussi sur sa prise en soins. Ainsi les tensions émotionnelles et l'énerverment du soignant peuvent induire et majorer un mécontentement, une colère et des plaintes du patient. D'où la finalité de cette identification est la prise en soin de qualité du patient. Par cette attention portée à l'équipe les cadres disent qu'ils sont vécus comme prenant soin des agents, les considérant en tant que personnes ayant une histoire, des difficultés et une existence autre que celle de soignant. Ainsi les cadres expriment reconnaître chaque membre de l'équipe et estiment que même s'ils n'ont pas les réponses à toutes leurs questions ils leurs montrent qu'ils ne sont pas passés à côté d'eux. Ils normalisent par cette attitude que les pratiques soignantes s'accompagnent d'émotions. Ils aspirent par cette identification et cette attention à ce qui fait sens au niveau individuel puisse le devenir au niveau collectif. Pour eux, cela crée des interrelations professionnelles sereines.

En outre, le fait que les cadres montrent une certaine émotion dans la gestion des émotions traduit qu'ils sont des personnes et ainsi qu'ils s'ouvrent aussi à l'autre en montrant quelque chose d'eux. Les cadres s'attachent à aller vers le soignant pour lui permettre de s'exprimer. Ainsi celui-ci peut livrer son ressenti au cadre et ou à l'équipe et leur montrer ses émotions. Cette manifestation est, selon les cadres, un signe de bonne santé d'une équipe. Cette notion de confiance ainsi créée favorise l'émergence des émotions, de l'authenticité de chacun et aboutit à un bien être dans le travail.

Enfin cette identification permet d'étayer l'évaluation et l'appréciation de l'évolution professionnelle car elle met des mots sur la manière dont il aborde le patient avec ses émotions, celles de ce dernier et précise l'image que l'on peut donner à voire à celui-ci. De plus elle donne du sens à l'image que le soignant doit ou peut renvoyer au patient pour ne pas majorer son mal être. Cette identification prend alors une seconde finalité qui est l'intérêt personnel d'être attentif à soi pour l'être auprès de l'autre dans le soin.

3.2.3 L'apport des émotions

Ils identifient que les émotions positives sont rarement évaluées mais qu'elles sont une source de participation, de créativité, d'action, de dynamisme dans l'équipe et bénéfiques pour les projets. L'agent manifestant une joie de vivre est un élément moteur au sein de l'unité. De plus la peur et l'hésitation permettent de prendre du recul sur une situation. Les cadres s'attachent à différencier les émotions du domaine privé ramenées dans la sphère professionnelle que l'agent n'arrive plus à gérer et ils essaient de ne pas les manager tant qu'elles n'interfèrent pas dans l'activité de soins. A contrario des émotions négatives peuvent traduire un mal être personnel, professionnel et s'accompagner de revendications. Elles empêchent l'agent de s'adapter au changement et de s'intégrer dans l'équipe. Cette relation de forme conflictuelle ou source d'opposition régulière avec le cadre peut impacter l'équipe et devenir un frein pour les projets, pour les prises en charge et pour la qualité des soins.

3.2.4 Emotions dans le management

Les cadres considèrent que dans le management participatif ce sont les soignants qui véhiculent les valeurs, les font grandir et évoluer. Pour eux le cadre se doit d'être en adéquation avec l'équipe et de tenir compte de celle-ci dans son management.

Les cadres expliquent que pour prendre en charge le patient il faut prendre soin de soi. Dans ce sens, ils prennent le temps de l'expliquer au soignant pour qu'il

fasse attention à lui pour être au mieux avec le patient. Ensuite ils parlent d'un management empathique, qui en s'appuyant sur la connaissance de l'équipe et dans un climat de respect réciproque, favorise l'observation des comportements et l'interpellation des agents. Celle-ci a pour fin de leur permettre de s'exprimer ou de leur signifier qu'ils ont l'impression d'un mal être chez eux. Ils mettent en œuvre ce management en favorisant une écoute sans jugement et en réassurant l'agent.

Les cadres sont aussi dans l'émotion dans leurs pratiques et ils sont amenés à les gérer pour intervenir auprès de l'équipe. Ils interviennent alors en pointant les faits ou en réconfortant le professionnel. Les cadres, selon eux, sont multi-identitaire en passant par la réassurance, les recommandations, les mises au point et les valorisations. Pour cela les cadres doivent être vigilants, ne pas tomber dans l'extrême, se protéger pour que les émotions des agents ne soient pas trop envahissantes et savoir respecter le silence de l'autre. De plus sachant que chaque soignant a des émotions, pour eux cela est difficile de manager sans les intégrer ou en les niant.

En outre, ils pensent qu'il faut ne pas tout dévoiler mais également savoir exprimer ses émotions et montrer quand « *la coupe est pleine* ». Ceci montre le « *côté humain* » du cadre dans ses pratiques. Ils disent que cette expression est possible quand il existe un climat de confiance et que le cadre fait partie « *intégrante* » de l'équipe. C'est-à-dire qu'il n'est pas seulement le manager « *d'une équipe X* ». Puis ils donnent du sens aux émotions en sachant que parfois ils sont conscients de passer à côté. Enfin, les émotions sont intégrées aux réunions de synthèse qui concernent les prises en charge tout en créant un climat qui permet de s'autoriser à dire, à ajuster ses pratiques dans un consensus d'équipe. Cela permet de réfléchir ensemble et de trouver du positif pour que le soignant prenne du recul sur une situation. Puis, ils expliquent que pour l'agent ces échanges avec l'équipe peuvent lui permettre de comprendre comment il fonctionne en « *jetant tout sur la table* ». Il va alors trouver du sens pour être plus bienveillant et bien traitant avec le patient.

De plus intégrer les émotions au management leur permet, en fonction de l'état émotionnel « *du jour* », de véhiculer ou d'adapter le message à faire passer voire à reporter cette action pour que le message soit entendu et intégré. L'émotion devient un indicateur de l'équipe. De plus, parler des émotions aide les cadres à signaler à l'agent son droit à l'erreur ou à la non réussite dans l'exécution d'un geste technique afin de générer d'autres émotions chez celui-ci. Il pourra alors apprivoiser son stress pour en faire un « *stress bénéfique à l'action* ».

3.2.5 Émotions et compétences

Les cadres expliquent que les émotions peuvent avoir un effet positif ou négatif sur l'agent en le boostant ou en le freinant. Ainsi le professionnel qui a des émotions négatives ne pourra être complètement opérationnel. Il pourra agir mais les émotions deviendront une barrière à l'action. Elles interféreront en fonction de ce qu'est le soignant, de sa connaissance de lui et également de sa confiance en lui. Selon les cadres, l'analyse de pratique peut permettre au soignant de mieux se connaître et d'échanger sur ses doutes pour se remettre en question. La connaissance des émotions telles que la peur et la panique demandent de la réassurance. Les cadres disent qu'un agent apprend tout au long de sa vie professionnelle et c'est d'ailleurs une obligation pour lui car il n'est pas un surhomme. Il faut ainsi qu'il en soit conscient pour pouvoir progresser dans ses pratiques. De plus ils affirment que les collègues peuvent intervenir en apportant de l'aide ou des informations mais, selon eux, le cadre est là pour l'accompagner, réexpliquer, poser des axes de formations avec lui et le positionner avec des agents encadrants.

Puis ils remarquent que certains professionnels se servent de leurs émotions pour « rebondir », composer puis faire avec lors d'une situation de prise en soins. Les émotions agissent alors à cet instant en fonction de l'état du soignant et de ce qu'il perçoit chez l'autre. Pour autant les cadres expliquent que les émotions peuvent entraîner une projection, un transfert et ou guider le soignant dans son action. Son histoire personnelle peut intervenir dans sa pratique en faisant surgir une émotion lors de celle-ci. L'émotion le construit, lui donne de l'expérience et l'amène à savoir qui il est et qui sont les autres. Pour cela les émotions, qu'elles soient modérées ou non, doivent être parlées et comprises. Il faut que le soignant sache pourquoi il a agi comme cela et pourquoi il a eu tel ressenti, telle émotion dans cette situation pour pouvoir ensuite s'ajuster. Le fait d'être l'humanise et dans ses pratiques pour qu'il soit dans l'empathie il faut qu'il ait éprouvé et qu'il éprouve encore. L'émotion peut le positionner dans une dynamique empathique ou défensive l'amenant à accompagner ou à agresser la personne soignée ou sa famille. Puis l'émotion, selon un des cadres, peut amener le professionnel à rentrer en concurrence et ou à être motivé dans un projet. C'est-à-dire que l'émotion perçue chez

l'autre, l'amenant à en éprouver une aussi, devient une source de motivation dans l'atteinte d'un objectif et ou l'implication dans un projet institutionnel.

Les cadres mentionnent que cette analyse de ce qu'on vit, de ce qu'on est puis de comment on peut s'ajuster en tant que professionnel et ou individu favorise le développement des compétences. Le soignant a des capacités professionnelles, des connaissances et des aspects humains et relationnels. Ils précisent ces composantes du soignant s'inscrivent dans un aspect humain du soin. Pour eux, mettre des mots et donner du sens relie à un savoir-faire qui donne cette compétence. De plus ce cheminement amène le professionnel à l'expérience et aux diverses compétences dans sa structure. Les émotions sont décrites comme faisant parties du savoir-être, de la manière dont le soignant se comporte et impacte la compétence en situation précisent-ils. En effet celle-ci est présente dans l'action en situation. Il y a ainsi dans la situation une association de connaissances, de savoir-faire et de savoir combiner chez le professionnel pour pouvoir agir. Les émotions contribuent à construire des techniques qui pourront aider le soignant dans d'autres situations et ensuite à avoir « une expertise » sur comment il gère la situation pour qu'elle ne le mette pas à mal. L'émotion devient une connaissance par rapport à une situation pour construire une compétence et avoir une meilleure connaissance de soi et de ses limites. La reconnaissance des émotions participe à la construction des compétences en lien avec l'aspect relationnel du soignant et de la façon dont il s'adapte pour aborder le patient. De sorte que chaque situation est unique au regard du professionnel qui l'agit.

Ensuite, ils disent que la reconnaissance des émotions, associée à leur connaissance de l'agent, amène le professionnel à une progression dans l'acquisition des compétences en lui proposant des choses pour réajuster ses pratiques et sa gestion de ses émotions. Ainsi les cadres concluent que le fait de pouvoir reconnaître les émotions, repérer les difficultés et les mettre en lumière peut permettre de proposer des formations à l'agent.

3.3 Analyse en lien avec le cadre de références

3.3.1 Les émotions

Les cadres présentent la notion d'émotion comme étant un signe d'existence du soignant et cela m'évoque la représentation de l'individu par un autre sujet au regard de ce qu'il donne à voir. Cette image qu'il renvoie est la matérialisation de son identité qui devient visible pour l'autre. Ainsi selon A-M. Costalat celle-ci correspond à l'identité sociale qui « *s'organise dans une dynamique représentationnelle* » (14) d'où le soignant prend une forme sociale reconnue par ses pairs. Les émotions assimilées à l'existence du soignant dans l'entité professionnelle donnent vie à l'identité personnelle, le positionnent comme vivant et lui confèrent une valeur de réalité aux yeux de l'autre.

De plus comme l'identité n'est visible que lorsqu'elle « *se met en acte* » selon L-J. Dorais (13) les émotions seront dans les actions de l'individu pour rendre compte de cette identité. L'individu est reconnu par ses actions donnant vie à son identité. Il y a une normalisation aux yeux de l'autre de son existence et de ses émotions symbolisant le côté affectif de la société. Cette dernière est alors constituée de plusieurs individus dont l'existence prend la couleur des émotions.

Puis, selon L-J. Dorais (13), cette identité traduit une construction dans le subconscient du rapport à la société et de la place occupée. D'où le soignant par ses émotions construit son rapport à la société grâce à ses interactions avec son environnement professionnel, trouve une reconnaissance de soi et continue à se construire. Il acquiert un statut aux yeux du cadre et de ses pairs au moyen de cette normalisation de son existence par ses émotions.

Le cadre positionne également le soignant comme un acteur intervenant avec ses émotions auprès du patient. Pour eux, elles sont personnelles et en cela elles confèrent une unicité au soignant. Cette dernière selon C. Dejours (2) permet au soignant de développer l'estime de soi, lui donne une réalité et un sens dans cette entité professionnelle par ce regard porté sur lui.

De plus les cadres estiment que les émotions sont présentes dans tout travail de relation auprès de l'autre. En cela C. Rogers (9) dit qu'il demande une authenticité de chacun des acteurs pour être opérationnel. Alors le soignant par ses émotions dans son rapport à l'autre doit être authentique. C'est-à-dire qu'il doit savoir se

regarder, ne pas se cacher derrière un appareil et laisser son identité se révéler à l'autre. Ainsi les émotions du soignant reflètent ce qu'il est puis ce dont il a conscience. Elles permettent au professionnel d'exprimer son identité à travers elles. Il peut ainsi s'inscrire dans une vérité à l'autre, se positionner dans sa sphère socio-professionnelle. Il peut les utiliser pour laisser vivre son identité personnelle et professionnelle devant autrui. Cette authenticité demande du temps et un travail sur soi selon C. Rogers **(9)**. En effet être authentique demande non seulement de se connaître mais d'accepter de se dévoiler à l'autre de par la crainte du jugement et de ne pas correspondre aux attentes sociales. Ainsi être authentique devant autrui soulève aussi d'autres émotions.

Dans un second temps les cadres disent que le soignant est guidé par les émotions dans ses pratiques. Elles sont donc un outil qui lui permettent d'agir en situation et donnent selon N. Alter une richesse, une subtilité au don dans la relation et des « *désirs de vivre quelque chose en commun* » **(8)**. Alors les émotions permettent au soignant de faire, de s'intégrer au collectif, en ayant une existence dans le regard de l'autre, mais également de partager une activité, un objectif et d'être tout simplement un être humain dans sa relation à l'autre. En cela N. Alter **(8)** explique que le travail n'est pas seulement cognitif mais est aussi un lieu d'émotions venant de chaque individu et permettant de traduire l'intérêt portée aux autres. Ensuite pour B. Spinoza **(18)** les émotions relevant d'une seule situation peuvent être vécues différemment selon les individus et ainsi générer d'autres relations amenant chacun à s'exprimer inégalement sur la même situation. Ces émotions deviennent des liens sociaux tout en construisant chacun et en traduisant l'activité de l'esprit. En effet chaque individu en montrant et ou exprimant les émotions résultant de la situation entre en communication avec les autres et peut échanger sur celles-ci. Il établit ainsi un lien dit social avec le groupe au regard d'un partage des émotions émergentes dans cette situation unique qu'elles soient différentes ou non.

Ensuite bien qu'assimilant les émotions à un outil, ils sont conscients qu'elles sont bilatérales, parfois difficiles à endurer, à contenir et que leur gestion demande une capacité de prise de recul sur le contexte de soin, sur les ressentis personnels et les manifestations émotionnelles d'autrui. Le professionnel a des interactions avec son environnement, opère des processus d'assimilation pour pouvoir s'adapter au vu des émotions et retrouver un nouvel équilibre. Pour cela le soignant effectue une analyse favorisant cette incorporation et cette appropriation. Ensuite, selon B.

Spinoza **(18)** chaque émotion laisse une empreinte dans l'esprit déterminant les réactions ultérieures. De sorte que le soignant lors d'une émotion peu analysée ou rejetée peut être gêné pour exercer auprès des patients et perdre son sentiment de puissance par l'action, décrit par E. Schein **(10)**, occasionnant une atteinte de sa considération personnelle. Puis face à ses difficultés ressenties et cet envahissement émotionnel pénétrant dans son espace personnel, il peut mettre en place des mécanismes de défense visant à les atténuer ou les proscrire. Mais les cadres expliquent alors qu'ils observent une modification de leur comportement et qu'ils présentent des manifestations somatiques. Ces signes peuvent être, selon eux, pour solliciter de l'aide ou une matérialisation consciente ou non de leur mal être psychologique. Ces mécanismes peuvent lui apporter une réponse temporaire, contribuant à l'agissement, mais s'avèrent souvent insuffisants lors d'une nouvelle situation soulevant des émotions. Alors apparaissent d'autres manifestations de mal être et un sentiment de perte de contrôle qui selon E. Schein **(10)** entraîne un sentiment d'infériorité voire d'humiliation. De plus selon B. Spinoza **(18)** le sentiment de puissance est nécessaire à être et à agir car il intègre le processus de construction personnelle et d'épanouissement dans le rapport à l'autre. Alors le soignant restant avec sa problématique, aléatoirement perçue ou se manifestant par un non verbal, du mutisme ou des comportements excessifs comme les rires, l'énerverment et les demandes incessantes, perd le contrôle sur soi et auto-entretient sa vision pessimiste sur ses capacités dans les prestations. De plus ce mal être peut selon les cadres s'exprimer physiquement par des larmes, des cris, des manifestations inadaptées verbales ou physiques envers le patient et dans ces conditions sont néfastes à la qualité des soins et sources de plaintes. Le soignant malmène la représentation objective du patient sur la profession soignante et devient une source de problématiques collectives dans les prises en soins.

Néanmoins, selon les cadres le soignant prend deux postures dans son exercice professionnel. La première est la spontanéité induite par ses émotions attestant de son humanité prodrome d'une qualité des soins. Cette première manifestation est dite « *fulgurante* » par D. Goleman **(40)** et procure au soignant les moyens d'agir dans l'immédiateté. Elle s'observe dans une situation critique ou acceptable émotionnellement. Il n'y aurait donc pas toujours d'analyse des émotions. Néanmoins cela peut s'assimiler à la traçabilité positive laissée par les émotions. Cette empreinte est liée au sentiment de joie, de plaisir qui ne demandent pas de travail

cognitif car elles sont source de stimuli agréable n'amenant pas de perte de repère pour le sujet. Cette empreinte n'est pas obligatoirement liée à une expérience professionnelle et peut remonter à l'enfance sachant que la construction identitaire débute à cette période et se poursuit par les interactions avec l'environnement. Les émotions étant incorporées deviennent des éléments structurants du « Moi » et s'apparentent à une relative spontanéité professionnelle. La seconde est la posture analytique de l'émotion pour entreprendre sans être inhibé et sans générer de l'affect suite à l'image qu'il montre au patient ou que celui-ci lui renvoie. Il y a une intellectualisation de l'émotion car elle interpelle le « Moi », la conscience et demande à être incorporée soit par les mauvaises représentations qu'elle éveille soit par ce que le soignant n'y a pas été confronté préalablement. G. Le Boterf (22) appelle ce processus « *représentation opératoire* » qui s'imprègne de l'histoire du sujet, des capacités cognitives, et des liens avec les pairs et la société. Les émotions traversent aléatoirement les différentes sphères de l'individu et les cadres disent identifier chaque acteur par celles-ci. C'est à dire que les émotions signent la particularité du soignant au regard de ce qu'il donne à voir au cadre. Les émotions accompagnent le savoir-être et en cela elles permettent au cadre de définir chaque acteur. Pour autant au regard du processus d'intellectualisation des émotions, cette identification est ponctuelle puis sujette à se modifier. Cependant, selon moi, le cadre par sa connaissance de l'agent remarque cette évolution et approfondit progressivement cette perception des collaborateurs. Alors les émotions sont sources de processus intellectuels chez le soignant et impactent ceux du cadre de santé qui l'accompagne.

3.3.2 L'identification

Pour les cadres l'identification des émotions est une pratique intégrant leur management qui s'inscrit dans une volonté d'aller vers l'équipe, s'appuie sur leurs capacités d'observations et sur la connaissance de l'équipe. Pour aboutir à une fiabilité de cette dernière il faut prendre du temps, instaurer un climat serein, propice aux valeurs humaines dans les relations à l'autre et le regarder méticuleusement. Le temps est nécessaire car les êtres humains et leurs relations sont complexes. En effet il existe des phénomènes de défense au regard de l'autre qui s'estompent

lorsqu'on accepte de s'ouvrir à autrui, de le laisser entrer dans sa sphère plus intime et de ne plus l'identifier à un étranger dangereux. Cette notion d'étrangeté est pour B. Spinoza **(18)** le propre de l'homme qu'il nomme « muable » au grès de ses actions et ses affects. Alors ces transformations génèrent des moments d'errance psychologique chez l'individu qui ne se reconnaît plus et malmène l'ouverture à autrui. En effet l'autre l'expose aussi à un sentiment d'insécurité par cette perte de repère qu'il occasionne. Cette insécurité pour E. Schein **(10)** provoque un sentiment d'infériorité et de tristesse, nommée humilité par B. Spinoza **(18)** au regard du sentiment soulevé de faiblesse. De plus chaque individu a des représentations de son environnement, de l'image qu'il renvoie, de l'image à laquelle il aspire et des individus qu'il côtoie contribuant déjà à freiner la relation et à positionner des barrières psychologiques. De ce fait créer un contexte serein c'est travailler à éliminer ou atténuer ces barrières en montrant des représentations et des verbalisations similaires auxquelles le sujet peut se référer et ensuite s'y projeter. Il y a une identification d'autrui comme un être semblable favorisant une prolongation de soi dans l'autre.

Puis ce rôle d'observateur actif du cadre est décrit par Mintzberg **(1)** comme le positionnant dans une recherche permanente d'informations, de signes de changement ou de problèmes utiles pour comprendre et agir dans l'environnement professionnel. Pour les cadres ce regard est source de relation et permet la création de liens avec chaque membre de l'équipe. Il offre des informations sur les capacités du soignant, sur son positionnement et précise l'évaluation du professionnel en permettant de repérer l'ensemble de ses actions auprès du patient et de ses collègues. L'identification est donc une pratique à visage humain inhérente au management des agents et contribuant à l'organisation des activités de soins. De plus la connaissance de l'agent procure au cadre une vision plus précise du comportement, des attitudes et l'autorise à l'interpeller en dehors de sollicitations de sa part. Cette dernière lui montre qu'il compte dans le regard du cadre, qu'il occupe une place au sein de cette entité professionnelle et qu'il existe comme être humain. En effet le cadre s'intéresse à ses affects en dehors d'une attente de technicité utile aux prestations auprès des patients. Il y a une expertise du cadre qui ne s'apparente pas à celle du psychologue mais qui provient de cet engagement à identifier l'autre par ses composantes individuelles, professionnelles et en interactions avec la sphère collective. Les cadres décrivent cet engagement comme une

proximité à l'équipe qui simplifie les relations, les échanges d'informations et concourt aux résolutions des problématiques au sein de l'unité. Les rencontres entre le cadre et l'agent peuvent prendre des formes informelles comme une pause-café ou cigarette mais demeurent personnelles pour encourager l'agent à s'exprimer. Elles constituent aussi un temps propice à lui signifier que l'attention est portée sur lui. Le cadre de santé personnalise l'accompagnement en procurant une place à la singularité de l'agent dans l'espace commun de l'équipe. Ainsi le cadre en identifiant les émotions lui permet d'exprimer et de faire vivre sa singularité au sein d'un collectif malgré la protocolisation des soins. Selon P. Ricoeur cela contribue à faire vivre l'« *identité-ipséité* » **(30)** par la continuité de soi pour soi et de son unité dans l'entité externe. En ces termes l'identité donne un sens à l'authenticité de l'agent. L'individu est en adéquation avec sa représentation personnelle et l'image qu'il montre à l'autre. Il se retrouve dans le regard d'autrui et n'est pas contraint à prendre un masque, à dissimuler ses désirs et ses valeurs dans cette entité. Cependant selon B. Spinoza **(18)** ce prolongement de soi sur l'autre est aussi un effort du sujet pour persévérer dans son être au sein du collectif et ne pas induire de rupture ni de déséquilibre. Il y a ainsi une lutte interne personnelle pour être induisant un frein plus ou moins perçu à l'ouverture de soi vers l'autre. Pourtant en se prolongeant dans cette entité le soignant trouve sa place, s'identifie à une sphère professionnelle et développe le sentiment d'utilité par le bien-être ressenti. Il y a ainsi une discordance plus ou moins visible entre le désir de continuité de soi et celui d'être reconnu comme appartenant au groupe. De plus pour C. Dejours **(2)** la reconnaissance de l'individu renforce ce sentiment en contribuant à son engagement dans le travail et l'invitant ainsi à donner aux autres par le respect de son être singulier.

Ensuite les cadres expriment que dans les manifestations physiques de l'agent ils recherchent le sens caché pour l'accompagner sans émettre de jugement. En effet pour eux il ne peut être soignant sans humanité ni émotion dans ses pratiques et ainsi quel que soit l'émotion de l'agent, elle ne peut être un motif de discrimination de celui-ci mais doit s'apparenter à une objectivation d'un état interne en lien avec les prestations de soins auprès du patient. En ce sens le cadre aspire à véhiculer cette notion d'émotion dans le management, normalise l'expression de celle-ci pour accompagner et soutenir le soignant dans ses pratiques auprès de la personne soignée. Il apparaît d'abord ici la notion d'« *entrepreneur du cadre* » selon

Mintzberg **(1)** auprès de l'équipe qui exploite les opportunités offertes par les émotions. Puis par cet accompagnement des émotions et la notion d'humanité du soignant il est un « *symbole* » auquel l'agent peut s'identifier en y retrouvant ses valeurs. En plus de ces deux aspects par l'attention portée à l'agent ainsi que sa reconnaissance source de dignité, de confirmation de soi pour C. Dejours **(2)** favorisant l'engagement dans l'action, le cadre peut être identifié à un « *régulateur des ressources humaines* ». De sorte que l'accompagnement individualisé de l'agent par l'identification de ses émotions lui permet de se confirmer à lui-même tout en étant libéré d'une crainte de jugement, d'avoir une considération de sa singularité et de donner du sens aux émotions dans ses pratiques. Elles deviennent agent de liaison entre le cadre et le soignant et positionnent ce dernier dans une entité riche en stimuli apte à la poursuite de sa construction identitaire.

De cette relation particulière naît, selon les cadres, une confiance bilatérale contribuant aux bonnes pratiques et corroborant la position de chacun dans le groupe. En cela J. Whitmore **(36)** explique que c'est la première phase de la genèse d'une équipe qui par l'affirmation de soi dans le collectif ouvre ensuite à la collaboration dans les prestations de soins. Alors l'association de la reconnaissance individuelle et celle des émotions prend part à la construction de l'équipe et à la collaboration. En conséquent le cadre par un maniement individuel des émotions intervient sur le collectif. Il contribue à l'individualisation et accompagne l'individuation¹¹² de chacun au sein de l'équipe. Puis au sein de cette équipe les cadres expliquent que les émotions individuelles peuvent être gérées collectivement en sollicitant un autre soignant dans une situation difficile pour essayer de diminuer les incidences individuelles. L'entraide met en jeu des acteurs ayant des représentations différentes et en cela le regard individuel peut se modifier par les échanges qui peuvent favoriser la contenance des émotions dans la sphère professionnelle tout en atténuant l'apparition des signes physiques d'un mal être psychologique. De même la normalisation de l'expression des émotions et les échanges autour de celles-ci par le cadre atténuent le sentiment de perte de contrôle du soignant qui est dans la position de demandeur d'une aide selon E. Schein **(10)**. Les échanges collectifs peuvent aussi se faire sur une séance formalisée d'analyse de pratique, grâce à un intervenant formé, pour permettre d'intellectualiser collectivement et individuelle-

¹¹² Processus de distinction de l'individu devient une unité autonome, indivisible, selon Carl Gustave Jung (psychiatre suisse).

ment les émotions grâce à une prise de recul sur les situations. Chaque professionnel s'engage à respecter l'autre dans ses verbalisations et peut s'enrichir dans le contact aux autres en étant dans une écoute empathique. Cette écoute selon C. Rogers **(9)** traduit une authenticité dans la relation à l'autre, à soi-même et permet d'exister dans le regard externe. Cette authenticité se retrouve dans les analyses de pratiques par la place donnée à chacun, à l'écoute et au respect des sphères individuelles à l'intérieur du groupe. En effet les échanges restent au sein de cette séance et ne doivent pas conduire à un mépris de l'autre, de son vécu et de son histoire personnelle. Cela permet également au professionnel selon G. Le Boterf **(32)** de confronter et confirmer ses pratiques dans le regard des autres soignants et aux normes institutionnelles pour pouvoir construire son savoir-faire. Cela renforce le « *sentiment de beauté* » de l'agent décrit par C. Dejours **(2)**. En effet le regard normalise la pratique en l'identifiant comme conforme aux règles collectives. De sorte que l'agent peut exister en s'identifiant comme correspondant à la normalité professionnelle. Ensuite, le partage des expériences professionnelles permet à chacun de les faire siennes par le processus cognitif. Il y a une construction du soi dans les interactions à l'autre et chacun appuie ainsi son identité professionnelle selon C. Gohier **(20)**.

Ensuite l'identification devient un indicateur des besoins en formation utilisé par le cadre pour définir au sein de l'équipe les axes à inscrire dans le plan de formation individuel et en adéquation avec celui du projet de service. En effet l'accès à la formation est un droit mais constitue aussi un devoir pour chaque soignant afin de rester opérationnel dans les prestations offertes aux patients. L'image perçue par le cadre devient un des reflets du bien-être individuel, collectif et lui permet de stimuler alors l'expression des émotions pour aboutir à une prise de conscience des besoins en formation par l'agent. Ainsi pour C. Rogers **(9)** le seul savoir qui peut influencer le comportement d'un individu est celui qu'il a découvert et intégré et c'est à cet effet que le soignant doit pouvoir en prendre conscience pour s'investir dans la formation et rechercher une aide directe ou non dans l'institution. Alors le cadre, par cet accompagnement individuel identifiant les émotions, guide l'agent vers l'investigation de ses besoins. Cependant les cadres estiment ne pas avoir toutes les réponses aux interrogations des agents et souhaitent par l'identification associée à l'accompagnement individuel et à l'attention portée confirmer la valeur et l'utilité de chaque acteur dans le collectif. Selon C. Dejours **(2)** les cadres parti-

cipent au sentiment d'utilité du soignant puisque cette attention lui donne la valeur de sa contribution dans le travail.

Donc l'identification des émotions est interprétée par les cadres comme un facteur de lien social, de reconnaissance individuelle dans un collectif, de bien-être et révélatrice des besoins en formation de chaque acteur et d'une équipe. Elle est utilisée pour aller vers chaque agent, favoriser la collaboration, les réflexions d'équipe et la construction personnelle. Elle permet d'animer les analyses de pratiques en donnant ainsi du sens aux émotions et en ouvrant à une aide extérieure pour le cadre dans l'accompagnement de l'équipe.

3.3.3 Management

Les cadres présentent un management participatif dans lequel ils considèrent les soignants comme des acteurs véhiculant les valeurs professionnelles. Ceci induit en premier qu'il y a une identification des soignants à une entité professionnelle et également une reconnaissance de valeurs communes à faire vivre. De plus pour être en congruence avec leurs projections sur la qualité des soins et leurs valeurs professionnelles ils prennent garde d'être attentifs dans leurs pratiques managériales à celles de l'équipe et de les valoriser pour les mettre en œuvre. Cela met en exergue l'idée de plusieurs élaborations du management pour chaque cadre. Ainsi il adapte son approche de l'équipe en fonction de ce qu'elle donne à voir, de ses aspirations, de la culture de service, de son histoire et des représentations de leurs fonctions soignantes personnelles puis collectives. Néanmoins ses pratiques managériales s'appuient aussi sur ses attentes de l'équipe et ses aspirations concernant sa fonction. Toutes ces représentations, les situations de management, de soins et de proximité avec les patients et leurs familles génèrent des émotions de sorte que celles du cadre doivent aussi être intellectualisées afin de ne pas entraver ses missions et les responsabilités qui lui incombent. Néanmoins la spontanéité émotionnelle du cadre peut être un signe d'humanité favorisant l'identification de l'équipe au cadre et sa légitimation à leurs yeux au-delà de celle du diplôme et du lien hiérarchique. Il y a par identification une reconnaissance du cadre comme tel et une intégration à l'équipe. En ce sens les cadres expriment qu'il ne faut pas uniquement « *manager l'équipe* ». De plus l'ouverture vers l'équipe se matériali-

sant par l'attention individuelle, le temps passé au contact des agents pour évaluer l'activité et les difficultés puis répondre à leurs demandes peut être rapproché du « *slow management* » bien que les cadres l'identifient comme participatif ou empathique. En effet pour M. Barthod (50) l'utiliser consiste à mettre l'humain au cœur du management et prendre le temps pour être à l'écoute et auprès de chacun. Ce qui infère ici c'est que la dénomination du management important peu au regard de la manière dont il est mis en œuvre, de ce qu'il sous-entend et de ses finalités. Les cadres expriment que cette gestion des émotions leurs incombent afin de les ajuster au regard des autres ou de les libérer quand cela est judicieux dans le contact à l'autre. Ils estiment ensuite qu'ils ne doivent pas montrer toutes leurs émotions à l'équipe mais que certaines deviennent propices à introduire une réflexion collective et engager dans un projet les professionnels. Cela est selon C-H. Colonna (44) un outil de fédération et de sens auprès des équipes. Puis les cadres s'attachent à composer avec celles des agents pour les objectiver par une transparence dans l'expressions de leurs émotions et une retenue adéquate invitant les agents à faire de même. Ils renvoient une image à laquelle l'agent peut s'identifier. Puis le temps qu'ils accordent pour débattre, poser le contexte et libérer les émotions donne un nouveau regard sur celles-ci. Ils s'attachent à mettre des mots sur du subjectif pour objectiver les émotions et leur donner du sens dans les pratiques auprès des patients. Alors elles permettent d'agir, de se construire, d'évoluer et de se confirmer et de s'affirmer à soi-même avec cette continuité du soi offerte par l'authenticité présente. Ils incitent le soignant à ne pas culpabiliser au regard des émotions en inhibant cette vision réprobatrice de son savoir être. Cette libération devient élément moteur auprès de l'agent qui aura distingué qu'une verbalisation ajustée favorise l'action.

Ensuite l'ouverture du cadre à l'équipe et à la compréhension des émotions dans les pratiques montrent qu'il se tourne aussi vers l'aspect humain du soignant mais en ayant une pleine conscience que celui-ci arrive avec son histoire personnelle, son identité et son parcours professionnel le façonnant et impactant son comportement. Ils précisent cette notion en insistant sur leur volonté de ne pas intervenir dans la gestion de la sphère personnelle même s'ils sont conscients qu'ils ne peuvent s'en dessaisir dans l'accompagnement de l'agent. De plus le fait qu'ils repèrent la présence de la sphère personnelle à l'intérieur de celle professionnelle indique à l'agent qu'ils ont reconnu son état émotionnel. Les échanges inscrits dans

une écoute empathique atténue ce poids émotionnel permettant au soignant une prise de distance sur ses émotions et d'être plus opérationnel dans les activités soignantes. Cette attention lui montre l'intérêt portée à sa valeur singulière en dehors de sa considération comme acteur de soins. Elle contribue à l'estime personnelle qui selon J. Luzi est dynamogène **(43)**. Cette source de contentement est instigatrice de la motivation amenant l'agent à agir et à s'investir dans le service. Alors en considérant les problématiques personnelles de l'agent sans s'immiscer dans sa sphère personnelle, d'ordre intime, le cadre participe à l'effet énergétique de l'émotion de celui-ci et l'amène à l'investissement qui contribue selon J. Luzi à la productivité de l'établissement.

De plus par l'incorporation du rôle des émotions dans son approche du soignant il l'invite à modifier sa représentation de celles dites négatives. Ainsi l'agent en confrontant son émotion aux expériences collectives, aux visions de ses collègues et du cadre peut comparer leurs appréciations à son ressenti. Il pourra ensuite réaliser une analyse et pourra peut-être trouver un autre sens à cette émotion subie et apprendre d'elle. Donc le cadre reconnaît les émotions, les valorise, montre leur utilité pour l'activité de soins par l'impact cognitif et l'humanité qu'elle octroie aux prestations envers le patient. Les cadres rapportent alors qu'un soignant exposant son émotion au regard du patient montre que la prestation n'est pas uniquement une technicité. L'émotion devient ainsi un des supports de la prise en soin soumise à une dextérité technique. Le soignant peut alors l'utiliser pour être, éprouver celle du patient, lui apporter une écoute empathique tout en étant opérationnel par la maîtrise du soin. De sorte qu'il s'affirme devant ses pairs, sa hiérarchie et le patient. Il se confirme à lui-même comme existant et utile.

Toutefois ils modèrent leur propos en disant que les soignants n'expriment pas tous naturellement leurs émotions, que cette gestion n'est pas aisée et demande du temps pour être maîtrisée. Il faut alors laisser du temps, un espace à chaque professionnel pour les exprimer et les montrer. Ainsi, je pense que ce temps leur permet d'appivoiser les émotions, d'exister et de vivre avec puis de les transformer en ressources internes propices à leur évolution et à l'épanouissement professionnel. De plus dans cette approche du temps ils expliquent que le soignant souhaite être opérationnel dans l'exécution des gestes techniques immédiatement et l'être dans le regard des autres. De ce fait cela génère vis-à-vis d'une technicité plus ou moins maîtrisée un malaise, une crainte d'échec et de jugement de ses

pairs. De sorte qu'ils indiquent que leur rôle est de le positionner comme un apprenant en lui notifiant que chacun à toute étape de son parcours professionnel a des éléments à intégrer, doit se former continuellement et modifier ses pratiques du fait de l'évolution des techniques ou de changement de service. Il accompagne le professionnel pour qu'il apprenne de ses erreurs en normalisant cette évolution progressive et les différentes étapes utiles pour la construction d'une dextérité. De plus ils signifient aux professionnels débutants que les soignants dit experts ont également des journées « off » source de stress mais qu'elles sont relativisées par une capacité de gestion des émotions. Il me semble aussi nécessaire de leur mentionner que cette capacité a été acquise au cours des expériences et que leurs pratiques et leurs échanges accompagneront cette acquisition. Puis les cadres reprennent avec l'agent ce stress ressenti pour lui donner du sens dans l'action, qu'il lui soit bénéfique, qu'il épargne l'estime du soignant et optimise la prise en soins du patient. Ils tendent à une utilisation par le professionnel des manifestations corporelles du stress. Celles-ci résultent d'une stimulation de l'hypothalamus, du système nerveux autonome et du tronc cérébral par l'amygdale. Il y a alors une production d'adrénaline, entre-autre, conditionnant la réaction de l'individu. En ces termes D. Goleman (40) tend à démontrer qu'il existe un processus cognitif et hormonal dans l'émotion pour affirmer que celle-ci dite subjective répond à un processus objectivable. De ce fait il valorise l'intelligence émotionnelle. Puis il résulte de ce mécanisme des manifestations organiques comme l'accélération du système cardiaque et une stimulation des réactions corporelles de l'agent. Ces dernières semblent propices aux cadres à être et savoir-faire auprès du patient sans être inhibé. Mais cela suppose que le soignant puisse prendre du recul par son processus cognitif en s'appuyant sur la situation, le non jugement et la normalisation du manque de dextérité par le cadre dans ses pratiques managériales. Enfin les cadres soulignent qu'en fonction des émotions les soignants n'agissaient pas de manière identique, les utilisaient aléatoirement et avaient des approches différentes des pratiques et du patient. Ceci soulève la procédure d'interprétation de l'émotion par l'agent puis les souvenirs laissés par celle-ci dans l'hippocampe et l'amygdale et ses représentations au regard des cultures sociétales. De sorte qu'il y a le ressenti du soignant, ce qu'il s'imagine devoir ressentir ou être autorisé à exprimer et l'impact du poste occupé associé au sens qu'il lui donne. En cela pour E. Levinas (17) l'individu se représente son environnement, se pense et pro-

jette sa pensée sur autrui pour pouvoir resté le même dans les modifications qui s'imposent à lui et le contraignent. Puis les observations des cadres interrogent la manière de recevoir l'émotion de l'autre et l'image qu'il donne à voir par son vécu émotionnel. Le soignant est donc confronté aux émotions externes colorées par ses représentations et doit se positionner dans ce contexte. Les cadres par leurs pratiques managériales s'ouvrant aux émotions amènent les soignants à analyser également cet impact pour leur permettre de soutenir l'action en étant empathique. Cette dernière met en évidence le duel cognitif qui s'impose au soignant de façon consciente ou non. De sorte que la source de mal être est parfois difficile à identifier et peut être masqué par les représentations.

Ensuite ils relèvent l'effet dynamogène de l'émotion dite positive sur l'agent matérialisé par un engouement pour les activités transversales et les projets de service. Ils utilisent alors cet agent comme un collaborateur ressource dans le service. De plus cette énergie positive peut se transmettre aux autres soignants, favoriser la motivation collective, la collaboration dans un projet institutionnel et contribuer à la notion d'équipe. Ensuite les cadres expliquent que les émotions positives font rarement l'objet d'évaluation du fait qu'elles ne soulèvent pas de problématique. Il me semble alors judicieux de les valoriser pour mettre en évidence ce phénomène dynamogène et initier une transformation cognitive des émotions dites négatives. Il me semble aussi que ce n'est pas l'émotion qui est positive ou négative mais leurs représentations et leurs conséquences sur l'action. Ainsi la colère peut être vécue négativement car elle ne permet pas la prise de recul sur la situation et renvoie une image de rejet des autres qui ne souhaitent y être exposé. Pourtant elle est décrite positivement par un des cadres au regard de l'importance qu'elle confère à l'action engagée. En effet suite à l'abandon de l'acteur principal la perception de la colère hiérarchique permit à un autre agent de se projeter dans le projet. La colère permit de matérialiser l'implication requise pour ce projet et donna du sens à l'objectif à atteindre. Elle déclencha la motivation chez les autres acteurs. De ce fait dans leurs pratiques managériales les cadres sont conscients de l'effet miroir des émotions, des « *fréquences* » qu'elles dégagent et qui selon J. Luzi **(43)** impactent les autres acteurs des soins. Alors il me semble utile de normaliser l'expression des émotions pour éviter le refoulement et l'emprisonnement du soignant. L'émotion contribue à sa construction identitaire et professionnelle en libérant les affects et en leur attribuant un sens.

Cet effet des émotions est également bénéfique pour le patient car le professionnel ayant une fréquence émotionnelle positive procure au patient un sentiment de satisfaction. A contrario les cadres expliquent que l'énerverment des soignants génère de l'agacement, des plaintes et un mécontentement chez les patients. D'où l'intérêt pour le cadre de santé d'initier une transformation des émotions comme le souligne C-H. Colonna **(44)**. C'est ainsi pouvoir donner un sens à une émotion pour qu'elle devienne moteur et apporte une satisfaction personnelle tout en étant professionnel dans son activité.

En outre le principe de non scission des sphères émotionnelles amène à considérer que l'image renvoyée par le patient combine celles-ci. D'où l'émotion du patient lors de son hospitalisation n'est pas obligatoirement justifiée par la prise en soins ou destinée au soignant. De ce fait en tant que cadre et en lien avec la formation « travail avec les familles » il me semble utile de pouvoir en parler avec les soignants pour les soustraire d'un sentiment de responsabilité face aux émotions du patient. Ces échanges donnent ainsi du sens aux émotions de l'autre en les identifiant comme étrangères au soin.

De plus par ce mélange du personnel au professionnel, que ce soit pour les émotions et les identités, il revient à chacun de combiner ces deux faces pour agir. En cela l'écoute dans le management qu'il soit participatif, empathique ou « slow » est utile pour aider le professionnel à extérioriser pour savoir-faire. Les cadres insistent alors sur « *il faut éprouver pour être* » qui les guident dans leur accompagnement d'une l'équipe et dans l'organisation des analyses de pratique. Ainsi leur management s'appuie sur une approche personnalisée de l'agent au regard de ses identités, de ses émotions, de ce qu'il donne à voir, de ses représentations et de ses capacités de prise de recul.

3.3.4 Compétences

En premier, les cadres expliquent que le soignant agit avec ce qu'il est, ses connaissances, sa confiance en lui, en les autres et ses combinaisons émotionnelles. Ceci montre que les cadres admettent cette notion de multifacettes du soignant et des multiples façons d'agir qui en résultent. En cela B. Raveleau **(24)** explique que chaque individu a des aptitudes innées qui existent indépendamment de son envi-

ronnement et arrive avec un patrimoine l'amenant à agir de façon prédisposée dans son univers professionnel. Puis il en développera d'autres à partir des interactions à l'environnement sans pour autant renier son capital. Il réalise une incorporation des artéfacts externes pour maintenir son équilibre interne, sa continuité dans la société et à agir en adéquation à l'entité professionnelle. Ces facteurs de contingences le construisent. Pourtant selon P. Ricoeur **(30)** les individus plongés dans le même univers n'ont pas les mêmes expériences de sorte que chacun d'entre eux se construira différemment. Il y a dans cette entité professionnelle un mélange de complexités et d'harmonisations des pratiques avec des contraintes aléatoirement perçues par chaque acteur. Pour autant il faut s'identifier pour investir un groupe et se construire de sorte que les compétences de chacun émanent de cette complexité. De plus pour s'épanouir, se découvrir et se confirmer à soi dans l'action le soignant opère un processus cognitif nommé « combinatoire » par G. Le Boterf **(32)** qui s'imprègne de ce contexte et des émotions qu'il soulève. Ensuite la notion de confiance soulignée par les cadres, regroupant l'estime de soi, le regard de l'autre, les représentations, permet au soignant de ressentir son environnement comme propice à l'action. De ce fait la confiance implique aussi la reconnaissance de ses pairs, de la hiérarchie générant une émotion positive disposant l'individu à apprendre de l'entité professionnelle. Puis le soignant est dans un phénomène adaptatif rotatif avec son environnement en incorporant les connaissances pour pouvoir rétablir le déséquilibre qu'elles produisent. Le soignant est inséré dans un contexte lui précisant les modes opératoires et le laissant libre de les choisir dans d'autres circonstances selon G. Le Boterf **(32)**. De ce fait il doit pour être compétent associer son savoir-être, son savoir-faire et son savoir combiner tout en étant dans ce principe évolutif lié à son adaptation à l'environnement empreint d'émotions. De plus, selon moi, donner les outils au soignant pour travailler sur les émotions c'est lui permettre de construire son savoir-faire pour opérer dans l'entité professionnelle. De plus par les évolutions du contexte de soins et les émotions d'autrui cet accompagnement doit s'adapter. Il pourra alors laisser de nouvelles empreintes dans chaque individu et favoriser l'identification. Puis il y a dans cet espace professionnel les émotions personnelles qui affectent le savoir-faire, le savoir-être du soignant et ceux du collectif mais qui sont aussi selon G. Le Boterf une « *soupe de sécurité* » pour les soignants par les moments festifs partagés. Les émotions naissantes au sein de l'équipe contribuent aux pratiques col-

lectives et sont des sources de savoir être et de savoir-faire. En ce sens elles collaborent à la création d'une compétence collective et le pouvoir de transposer cet impact, cette traçabilité laissée par les émotions dans une autre situation ouvre à la notion de compétence du soignant.

Ensuite les cadres soulignent que l'agent peut être aidé par ses collègues dans la gestion des émotions m'amenant à penser à la notion de tutorat par les pairs qui s'associe à celui dit « collectif » pour les gestes techniques. De ce fait il contribue à l'affirmation du soi et procure de la satisfaction au soignant. Cette dernière étant une émotion positive amenant à l'effet dynamogène. Puis le tutorat hiérarchique permet de positionner l'agent dans l'entité professionnelle en confirmant sa reconnaissance puis de l'accompagner dans l'expression et l'apprentissage de la gestion des émotions. Il favorise ainsi l'affirmation du soi dans l'acquisition de savoir-faire. Il permet aussi au professionnel de se fixer des axes de progression comme le soulignent les cadres par le biais du plan de formation personnelle et les évaluations individuelles. En outre, en identifiant les émotions sources de contraintes pour le soignant le cadre l'accompagne dans cette demande comme par exemple celle de la gestion du stress proposée par l'établissement. Cela soulève une ambiguïté dans le contexte professionnel par la notion que les émotions personnelles doivent rester en dehors du milieu du travail et l'élaboration en parallèle de formations en lien avec celle-ci. Il y donc une formalisation, une normalisation des émotions dans les soins et une reconnaissance institutionnelle par une intégration au processus formatif visant à l'amélioration des pratiques. Pour autant derrière cette formalisation des émotions dites professionnelles existent les personnelles qui sont difficilement dissociables. De ce fait dans l'abord formatif l'institution accompagne le professionnel dans ses deux constructions identitaires visant à apporter un bénéfice au patient par une qualité des soins et une efficacité dans la prestation. Cette dernière est ici envisagée comme l'énergie utilisée par le soignant pour accomplir une tâche au regard de ses processus cognitifs. Alors par le biais de la formation, du tutorat par les pairs et de l'identification des émotions le professionnel élabore ses savoirs et éprouve moins de difficulté à agir. Il se professionnalise. En ce sens G. Le Boterf **(22)** montre que le soignant passe de novice à expert par ces différents processus et en interaction avec l'environnement. De plus les émotions renvoyées par le patient dans le cadre d'un accompagnement en soins palliatifs et ou les périodes douloureuses font également l'objets de formations impli-

quant l'institution dans la construction du professionnel et de ses compétences au regard de son référentiel métier. Pour autant dans ce principe formatif les émotions interviennent en termes de capacité à apprendre les informations, de compréhension des attentes et d'interrogations sur les transpositions en situation. Les fonctions cognitives sollicitées font intervenir le cortex profond et les centres du cortex intellectuel pour la gestion des émotions puis les compétences demandent un processus d'assemblage du savoir, savoir-faire, savoir-être et combiner. Ces deux mécanismes s'associent, se confrontent et se rejoignent en sollicitant le soignant tout en pouvant le déstabiliser. En ce sens l'environnement comme le cadre peuvent être des soutiens pour ce professionnel. Le professionnel prend conscience progressivement de ses capacités, de ses difficultés et de sa professionnalisation par la satisfaction dans l'exécution d'une tâche et la gestion des situations complexes. Ces expériences le remplissent, affirment sa position, l'amènent à donner à autrui et à s'ouvrir vers le tutorat de l'autre. Néanmoins il peut redevenir novice face à une nouvelle technologie ou un changement de service, pour autant ce patrimoine construit par ces interactions cognitives lui permet de s'adapter plus aisément, de progresser plus vite pour ainsi transférer ses émotions dans l'atteinte des objectifs. Il y a une professionnalisation progressive du soignant dans l'entité marquée par les émotions et les interactions qui ont un rôle prépondérant.

3.4 Réponse à la question de recherche et aux hypothèses

3.4.1 Réponses

Il s'avère ainsi que les émotions sont utiles aux professionnels. Dans ce sens la première hypothèse à ma question de recherche « en quoi la reconnaissance des émotions des agents par la cadre de santé contribue-t-elle à l'accompagnement de la professionnalisation ? » qui était « la reconnaissance des émotions des agents facilite la relation de confiance propice à la construction professionnelle » peut être validée. Néanmoins, à la suite de ces entretiens, confrontés aux références théoriques, je peux ajouter que la reconnaissance des émotions d'autrui est un signe d'ouverture à l'autre qui lui permet de s'identifier et d'exister. L'autre s'ouvre à son tour en amenant ainsi un climat propice au travail imprégné d'une confiance réciproque entre les acteurs par la suppression du sentiment de danger.

Puis pour ma seconde hypothèse « la reconnaissance des émotions des agents permet d'identifier les compétences au sein de l'équipe » je peux distinguer que d'une part cette reconnaissance met en avant l'apport du collectif dans les émotions que ce soit dans leurs gestions ou leurs analyses. Puis qu'elle amène à une construction individuelle et collective des savoirs en ouvrant au partage et à la dynamique de groupe. Enfin qu'elle permet de valoriser les capacités de l'agent au regard des émotions et de mettre en avant ses besoins en formation. De ce fait le cadre en reconnaissant les émotions des agents peut établir une cartographie des compétences existantes dans le service. En conséquence la seconde hypothèse est validée. Je peux cependant ajouter que la reconnaissance des émotions des agents par le cadre de santé accompagne le soignant dans sa professionnalisation en identifiant ses singularités, ses besoins et ses capacités au regard de sa construction identitaire dans un climat de confiance. Puis elle permet de le solliciter pour qu'il les exprime individuellement et ensuite lors puisse échanger lors de temps formalisés avec ses confrères. De sorte que cette reconnaissance individuelle le positionne dans son unicité et dans ses interactions à autrui à des fins de construction personnelle et professionnelle. Enfin cette reconnaissance des émotions de l'agent amène à une considération de son existence, de son utilité qui favorisent l'estime du soignant préliminaire au désir de progression. Je peux donc conclure qu'elle contribue à une individuation et à une reconnaissance individuelle de l'utilité sources de confiance en soi.

3.4.2 Limites et portées de l'enquête

Au regard de l'outil utilisé je peux dire que dès l'élaboration des hypothèses et du guide d'entretien j'ai commencé à définir quels seraient les contacts utiles à prendre et pouvant avoir un rapport judicieux avec l'objet de ma recherche. En ce sens j'ai effectué une sélection des secteurs d'activités qui peut ne pas être représentatif des projections des cadres de santé. Dans ce même contexte j'ai réalisé 7 entretiens et je ne peux donc pas dire que cela est exhaustif.

De plus comme chaque individu s'exprime au regard de son identité et de ses représentations il se peut que ce panel soit une partie du collectif cadre sensible aux apports et incidences des émotions dans les pratiques soignantes. Alors les ré-

ponses obtenues reprennent la singularité de chacun d'entre eux et m'ont amené à les relier entre elles. Il y a donc des spécificités qui n'ont pas été abordé comme le management « directif » par exemple. De sorte que si j'avais effectué un tirage aléatoire des cadres le panel des réponses aurait été peut-être plus hétérogène.

De plus lors des entretiens et en lien avec les réponses obtenues je n'ai pas effectué de relance car je craignais de les orienter vers des réponses confirmant ma question de recherche. Il y aurait alors eu des manipulations dans le procédé de recherche. Pour autant celles-ci auraient pu être productive et aujourd'hui je pense qu'en adaptant mes relances les échanges seraient devenus encore plus riches en informations voire sortant du cadre de ma recherche. Pour autant je me devais d'être sélective pour rester dans le contexte de celle-ci et les réponses ont été au-delà de mes attentes et furent intéressantes dans leurs écarts.

Ensuite ces entretiens sont dits « principaux » **(54)** puisqu'ils cherchent à répondre à des hypothèses au regard de leurs expériences professionnelles et demandent à être complétés par des entretiens de « contrôle » pour vérifier les premières analyses.

En outre je pourrai aller à la rencontre des professionnels pour recueillir leurs perceptions de leur reconnaissance et de la prise en compte de leurs émotions. Puis je pourrais identifier s'ils font des liens entre cette gestion et leur professionnalisation. En ce qui concerne les étudiants, grâce au stage réalisé en IFPP durant ma formation cadre de santé, j'ai pu identifier que ces éléments étaient perçus comme bénéfiques et ils en faisaient un retour positif aux formateurs.

Conclusion

Au début de ce travail je pensais que les capacités relationnelles du cadre de santé influençaient l'accompagnement de l'équipe dans les situations de soins et leurs pratiques. Puis à l'éclairage des apports du cadre de références je perçus que la reconnaissance individuelle et singulière de l'agent au sein du collectif favorisait la construction identitaire, l'estime de soi propice au bien-être professionnel et la performance de la structure de soins dans un contexte culturel.

Maintenant je constate que les émotions au regard de ce travail de recherche et des rencontres avec des cadres de santé me semblent intéressantes à prendre en considération pour ouvrir à une réflexion sur leurs incidences dans les pratiques. Puis au regard de leurs utilisations dans les prises en soins et la professionnalisation. En effet je m'aperçois que les émotions représentent un autre outil propice à accompagner la professionnalisation et la construction personnelle. Ainsi elles rentrent dans les processus cognitifs qui permettent au professionnel de s'imposer progressivement dans son milieu tout en s'inscrivant dans une continuité temporelle. Elles permettent l'engagement du soignant dans l'action et une projection de l'équipe dans les objectifs institutionnels. Elles représentent pour moi une autre méthode d'accompagnement et d'être favorisant le respect de la singularité du soignant et du sentiment d'utilité. Toutefois je pense que la reconnaissance des émotions ne peut constituer le seul outil de management et peut ne pas convenir à tous les professionnels au regard des difficultés d'expression. Pour autant les reconnaître auprès des autres soignants peut permettre par un effet miroir de laisser l'agent progresser seul, en fonction de ses besoins et de ses demandes dans cette gestion. Il faudra alors opérer différemment auprès de celui-ci pour accompagner la professionnalisation tout en mesurant celui-ci car selon moi tous les acteurs n'ont pas les mêmes attentes.

Néanmoins ce travail m'invite à réfléchir au bon équilibre à trouver dans cet accompagnement pour ne pas se laisser envahir par les émotions de l'autre au-delà de la gestion des émotions et afin de ne pas se faire manipuler par l'autre. En effet savoir s'arrêter sur les émotions peuvent amener à penser au sentiment de vulnérabilité qui constitue une brèche pour l'autre.

De sorte que je me demande si le cadre ne devrait pas se faire soutenir dans cette forme d'accompagnement par ses pairs et ou sa hiérarchie. Ensuite, il me semble que la cohésion du cadre avec l'équipe médicale peut être bénéfique au regard de l'impact sur la vie et l'atmosphère d'une unité de soins.

Pour poursuivre ma recherche je me demande s'il faut être reconnu soi-même dans ses émotions au sein de ses pratiques managériales par sa hiérarchie pour pouvoir accompagner l'autre ? Alors ces questionnements sur la considération du « professionnel » m'invite à explorer d'autres approches des relations humaines comme celle décrite par I. Sainsaulieu¹¹³ dans sa présentation du pouvoir des acteurs. Mais également la notion de l'alchimie humaine décrite par V. Cespedes¹¹⁴ dans son ouvrage intitulé « Mélangeons-nous » afin d'explicitier et d'ouvrir à cet ensemble.

¹¹³ Professeur et chercheur en sociologie, français.

¹¹⁴ Professeur de philosophie actuellement essayiste et romancier, français.

Bibliographie

Ouvrages

(1) Mintzberg Henry. Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre. 2^eéd. Paris : Eyrolles. Editions d'organisations, 2014, pp. 71-93.

(8) Alter Norbert. Donner et prendre. La coopération en entreprise. 2^e éd. Paris : Editions la Découverte, Paris, 2010, p. 193.

(10) Schein Edgar. Aider. Une dynamique relationnelle—en duo, en groupe, au travail.... 3^e éd. Paris : Interéditions, 2015.181 p.

(17) Levinas Emmanuel. Totalité et infini. Essai sur l'extériorité. 15^e éd. Paris : Le livre de poche, juin 2014, 343 p.

(18) Spinoza Baruch. Ethique. 6^e éd. Paris : Le livre de poche, octobre 2015, 627 p.

(22) Le Boterf Guy. Ingénierie et évaluation des compétences. 4^e éd. Paris : Editions d'Organisation, 2002, 563 p.

(23) Le petit Larousse illustré. Aptitude. 2^e éd. Paris : Larousse, 2015, p. 95.

(25) Le petit Larousse illustré. Qualité. 2^e éd. Paris : Larousse, 2015, p. 953.

(27) Dictionnaire Hachette. Singularité. 2^e éd. Paris : Hachette, 2005, p. 1500.

(40) Goleman Daniel. L'intelligence émotionnelle intégrale. 3^e éd. Paris : J'ai lu, 2014, 921 p.

(47) Crozier Michel, Friedberg Erhard. L'acteur et le système. 2^e éd. Lonrai : Editions du Seuil, avril 2014, p. 423.

Revue

(49) Zambello Laurence. L'intelligence émotionnelle : une piste de réflexion pour le cadre de santé. Soins cadres, 11/2014, n°92, pp. 41-44.

(52) Lorino Philippe. Performance du contrôle à l'enquête. Soins Cadres, 11/2014, n° 92, pp. 14-18.

Documents en ligne

(2) Dejours Christophe. La question de la reconnaissance. In : Souffrance en France [en ligne]. Dailymotion, 20/10/2009. Disponible sur <http://www.dailymotion.com/video/xav598_3-la-question-de-la-reconnaissance_news>. (Consulté le 28/12/2015).

(3) Dejours Christophe. La reconnaissance au travail. In : De la reconnaissance à l'estime de soi [en ligne]. Sciences humaines. Mis à jour le 7/01/2013, octobre 2002, n°131. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_2661.html>. (Consulté le 28/12/2015).

(4) Brun Jean-Pierre, Dugas Ninon, (2002). La reconnaissance au travail : Une pratique riche de sens [en ligne]. Québec : Chair en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, octobre 2002, pp. 9-20. Disponible sur <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/reconn-trav_02.pdf>. (Consulté le 6/12/2015).

(5) Dejours Christophe. « Espace de travail » : Comment sortir de la souffrance [en ligne]. Dailymotion, 27/04/2015. Disponible sur <http://www.dailymotion.com/video/x2o4s09_espace-de-travail-comment-sortir-de-la-souffrance_school>. (Consulté le 13/03/2016).

(6) Prêteur Yves. L'estime de soi [en ligne]. Résonances mensuel de l'école Valaisanne, novembre 2002, n°3, pp. 5-6. Disponible sur http://issuu.com/resonances22/docs/no_03_lestime_de_soi >.

(Consulté le 28/12/2015)

(7) Penot Jean-Louis, Balducci Rose. L'estime de soi au cœur du management [en ligne]. Le Mans : Geresco, 24/04/2015, pp. 15-16. Disponible sur <https://www.la-librairie-rh.com/livre-developpement-personnel/l-estime-de-soi-au-coeur-du-management-esoi.html> >. (Consulté le 25/10/2015).

(9) Randin Jean-Marc. Carl Rogers : l'apôtre de l'écoute [en ligne]. Psychologies, 2015. Disponible sur <http://www.psychologies.com/Culture/Maitres-de-vie/Carl-R-Rogers> >.

(Consulté le 9/11/2015).

(11) Chair en gestion de la santé et de la sécurité du travail. Des entraves à la reconnaissance [en ligne]. In : La reconnaissance au travail. Université Laval, 2014. Disponible sur <http://www.cgsst.com/fra/manifestation/les-entraves-a-la-reconnaissance.asp> >.

(Consulté le 7/11/2015).

(12) Desrosiers Pierrette. Freins à la reconnaissance [en ligne]. In : Intelligence émotionnelle. YouTube, 23 avril 2014. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=OyXXPpHerEw> >. (Consulté le 28/12/2015).

(13) Dorais Louis-Jacques. La construction de l'identité [en ligne]. Département d'anthropologie. Université Laval, 2004, pp. 2-3. Disponible sur <https://www.erudit.org/livre/CEFAN/2004-1/000660co.pdf> >.

(Consulté le 29/12/2015).

(14) Costalat-Founeau Anne-Marie. Identité, action et subjectivité. Le sentiment de capacité comme un régulateur des phases identitaires [en ligne]. Connexions, 01/2008, n°89, pp. 63-74.

Disponible sur <<https://www.cairn.info/revue-connexions-2008-1-page-63.htm>>. (Consulté le 29/12/2015).

(15) L'écuyer René. Méthodologie de l'analyse. Développement de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi [en ligne]. Presse université du Québec, 1990, p. 133. Disponible sur

<<https://books.google.co.in/books?id=p9EhulwiyZMC&q=131#v=onepage&q=133&f=false>>. (Consulté le 30/12/2015).

(16) MANON Simone. La conscience de soi est-elle une connaissance de soi ? [en ligne]. Philolog, 12 décembre 2007. Disponible sur

<<http://www.philolog.fr/la-conscience-de-soi-est-elle-une-connaissance-de-soi/comment-page-1/>>. (Consulté le 30/12/2015).

(19) Lesur Éric. De l'espace professionnel à l'espace éducatif : une analyse comparative des pratiques de deux professionnels de la petite enfance [en ligne]. Pensées plurielles, 02/2008, n°18, p. 139.

Disponible sur

<<http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm>>. (Consulté le 13/03/2016)

(20) Fray Anne-Marie, Picouveau Sterenn. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail [en ligne]. Management & Avenir, 08/2010, n°38, pp. 72-88. Disponible sur

<<http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm>>.

(Consulté le 30/12/2015).

(21) DISCAS. Ressources [en ligne]. In : glossaire de termes pédagogiques. Disponible sur <<http://csrqn.qc.ca/discas/glossaire/ressource.html>>.

(Consulté le 31/12/2015)

(24) Raveleau Benoit. Aptitudes issues de l'expérience [en ligne]. In : l'ABC de la VAE. Toulouse : Eres, 2009, pp. 81-83. Disponible sur
<<http://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae--9782749211091-page-81.htm>>.

(Consulté le 31/12/2015).

(26) De Carlo Maddalena. Réflexions sur une compétence difficile à cerner : le savoir-être [en ligne]. Ela. Etudes de linguistique appliquée, 01/2013, n°169, p. 97. Disponible sur
<<http://www.cairn.info.ezproxy.u-pec.fr/revue-ela-2013-1-page-93.htm>>. (Consulté

le 01/01/2016).

(28) Monique David-Ménard. Ouverture « singularité » dans la psychanalyse, singularité de la psychanalyse [en ligne]. Rue Descartes, 12/1998, n° 22, pp. 7-9. Disponible sur
<http://www.jstor.org/stable/40979695?seq=1#page_scan_tab_contents>.

(Consulté le 01/01/2016).

(29) Assistance scolaire personnalisée. Comment un individu devient il acteur dans une organisation ? Sciences de gestion, 2016. Disponible sur
<http://www.assistancescolaire.com/eleve/1STMG/sciences-gestion/visiter-le-cours/comment-un-individu-devient-il-acteur-dans-une-organisation-1stmg_sdg_01>.

(Consulté le 01/01/2016).

(30) Corcuff Philippe. Figures de l'individualité, de Marx aux sociologies contemporaines [en ligne]. Espace temps, 12/07/2005. Disponible sur
<<http://www.espacetemps.net/articles/figures-individualite/>>.

(Consulté le 01/01/2016)

(31) Delassus Eric. De l'individu à la personne [en ligne]. HAL. Archives-ouvertes, 25/08/2013, pp. 19-22. Disponible sur
<<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00853937/document>>.

(Consulté le 31/12/2015).

(32) Le Boterf Guy. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Dossier : Les compétences de l'individuel au collectif [en ligne]. Soins cadres, 02/2002, n° 41, 3 p. Disponible sur

<<http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>>.

(Consulté le 01/01/2016).

(33) Touloumon Vincent. Manager dans la complexité. Épisode 1 [en ligne]. Management & développement durable, 7 février 2015. Disponible sur

<<http://www.alvi-management.fr/2015/02/manager-dans-la-complexite-maslow-episode-1/>>. (Consulté le 29/12/2015).

(34) Varasson Marie. Les nouvelles règles du management [en ligne]. Le nouvel économiste, 16/28 février 2015, pp. 7-14. Disponible sur

<<http://www.itg.fr/sites/default/files/Nouvelles-regles-management-nouvel-Economiste-2015-02-24.pdf>>. (Consulté le 30/12/2015).

(35) Revaz Nadia. Echos du forum petite enfance sur l'estime de soi- Jacques Salomé [en ligne]. In : Dossier estime de soi. Résonances mensuel de l'école valaisanne, Novembre 2002, n°3, p. 16. Disponible sur

<http://issuu.com/resonances22/docs/no_03_lestime_de_soi>.

(Consulté le 30/12/2015)

(36) Giffard Michel. La performance collective [en ligne]. 17/06/2013. Disponible sur

<<http://www.michelgiffard.fr/articles/la-performance-collective-quel-accompagnement>>.

(Consulté le 31/12/2015).

(37) Merrill Peter. Le meilleur des personnes. ISO.10018 aide à appliquer ISO 9001 15 [en ligne]. ISOfocus, novembre 2012. Disponible sur

<<http://www.iso.org/iso/fr/news.htm?refid=Ref1679>>. (Consulté le 31/12/2015).

(38) Brouillette Geneviève. Savoir mobiliser son équipe [en ligne]. CQRHT, 15 décembre 2015. Disponible sur

<<http://cqrht.qc.ca/savoir-mobiliser-son-equipe/>>. (Consulté le 31/12/2015).

(39) Fagot-Barraly Régis. Que faire de nos émotions ? [en ligne].

Disponible sur <<http://www.psycho-ressources.com/bibli/les-emotions.pdf>>. (Consulté le 05/05/2016).

(41) Vincent Elisabeth. Les émotions [en ligne]. Toulouse : Les essentiels Milan, 2013.

Disponible sur

<<https://books.google.fr/books?id=eq4C-eT1ZXQC&pg=PT9&lpg=PT9&dq=les+%C3%A9motions+de+plutchik&source=bl&ots=tuwjn7griY&sig=5jtertexJB9xFRU3dtOjZVYwXFw&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjiusihssLMAhXDvRoKHUEwBM44HhDoAQg3MAU#v=onepage&q=les%20%C3%A9motions%20de%20plutchik&f=false>>. (Consulté le 05/05/2016).

(42) De Bonis Monique. Connaître les émotions humaines [en ligne]. Editions Mardaga, 1996, 240 p.

Disponible sur

<https://books.google.fr/books?id=2YRDOntFVI0C&pg=PA57&lpg=PA57&dq=la+th%C3%A9orie+de+l'identification+cognitive+de+schachter&source=bl&ots=k6_4Bhc85a&sig=A7sBNbjWcb-3aExvKaN4_yd5qak&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjj7sTI78LMAhWCWhQKHR5qC7gQ6AEIJzAB#v=onepage&q=la%20th%C3%A9orie%20de%20l'identification%20cognitive%20de%20schachter&f=false>. (Consulté le 05/05/2016).

(43) Luzi Joe, Sean. Michel et Augustin : recette...d'un climat émotionnel positif [en ligne]. RH info, 13 juin 2013, partie 1/5. Disponible sur

<<http://www.rhinfo.com/thematiques/management-et-conditions-de-travail/michel-et-augustin-recette-dun-climat-emotionnel>>. (Consulté le 01/01/2016).

(44) Colonna Charles Henri. Oui oui oui au management émotionnel ! [en ligne]. Les Echos, 14 mai 2014. Disponible sur <http://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-97611-oui-oui-oui-au-management-emotionnel-1007567.php>>. (Consulté le 02/01/2016).

(45) Schmouker Olivier. Connaissez-vous le management émotionnel ? [en ligne]. Les affaires, 23 janvier 2013. Disponible sur <http://www.lesaffaires.com/blogues/olivier-schmouker/connaissez-vous-le-management-emotionnel/553417>>. (Consulté le 01/01/2016).

(46) Fontaine Isabelle. Le quotient émotionnel : fondation de la réussite [en ligne]. Le manager urbain, 2015. Disponible sur <http://le-manager-urbain.com/le-quotient-emotionnel-fondation-de-la-reussite/>>. (Consulté le 02/01/2016).

(48) Duarte Anne Paule. Gestion des situations de crises à l'hôpital : l'apport de l'intelligence émotionnel [en ligne]. Recherche-en-terrain-hospitalier, mai 2015, pp. 8-12. Disponible sur <http://www.recherche-en-terrain-hospitalier.org/Working%20paper%203%20-%20APD%20-%20Intelligence%20emotionnelle.pdf>>. (Consulté le 02/02/2016).

(50) Barthod Mireille. 5 règles pour installer le slow management dans son entreprise [en ligne]. Dirigeant.fr, 08/07/2015. Disponible sur <http://www.consulendo.com/Et-si-vous-essayiez-le-Slow.html> >. (Consulté le 16/03/2016).

(51) Trempe Carole. Motivation et reconnaissance : la méthode québécoise [en ligne]. Association des cadres supérieurs, mars 2014. Disponible sur <http://www.acssss.qc.ca/volet-international-2/france-2014/>>. (Consulté le 02/01/2016).

(53) Fondation Jean Piaget. Schème [en ligne]. 03/03/2016. Disponible sur http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/oeuvre/index_notions_nuage.php?NOTIONID=239 >. (Consulté le 16/03/2016).

(54) Poyen Alain. Méthodologie de l'entretien [en ligne].

Disponible sur <<http://alain.poyen.free.fr/utc.fr/~poyen/methodo.html>>. (Consulté le 05/05/2016).

Images

(A) Scriptol. Roue des émotions de Plutchik. Traduction française [en ligne].2010-2014. Disponible sur <<http://www.scriptol.fr/robotique/plutchik.php>>.

(Consulté le 5/05/2016).

(B) Ideoscripto. Circumplex émotionnel [en ligne].03/01/2013.

Disponible sur

<<http://mindandmap.blogspot.fr/2013/01/circumplex-emotionnel.html?view=snapshot>>. (Consulté le 05/05/2016).

Table des Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien.

Annexe 2 : Entretien n°3.

Annexe 3 : Entretien n° 6.

Annexe 4 : La roue des émotions de R. Plutchik.

Annexe 5 : La combinaison des émotions.

Annexe 1 : Guide d'entretien.

Quel(s) lien(s) entre émotions et pratique soignante ?

Comment identifiez-vous les émotions des agents ?

Quel(s) serait (ent) pour vous, en tant que cadre, l'intérêt d'identifier les émotions des agents ?

En quoi cela pourrait avoir un impact dans la relation avec l'agent, au sein de l'équipe ?

Comment intégrez-vous les dimensions émotionnelles inhérentes à la pratique soignante dans votre management ?

En quoi la reconnaissance des émotions participe à la construction de la compétence ?

Comment les émotions agissent sur les capacités de l'agent ?

Annexe 2 : Entretien n°3.

Quel(s) lien(s) entre émotions et pratique soignante ?

Quel lien entre émotions et pratiques soignantes c'est marrant que tu me poses cette question-là car pour moi c'est tellement lié. Ainsi quand on est dans nos pratiques de soins on est dans l'émotion de prise en charge.

Dans une émotion qu'on va plus ou moins bien maîtriser selon le patient qu'on va prendre en charge. Mais pour moi un soignant il est rempli d'émotions, il n'est pas lisse. Pour moi une émotion c'est quelque chose qui fait de nous quelqu'un de vivant et de pas lisse. On n'est pas dans un mécanisme de pratiques mais plutôt dans l'adaptation de ses émotions et de ses pratiques au regard de la situation qu'on rencontre.

Comment identifiez-vous les émotions des agents ?

Alors c'est multicritère il y a ce que je vois au quotidien, il y a ce que j'entends et il y a ce que je perçois. Et on rentre dans un service où moi j'ai une équipe qui n'a pas été très en mouvance, qui est très fidèle à ce service-là, donc je les connais, je les connais même bien

Elles ont des stigmates des fois ou elles mettent en place des mécanismes de défense quand elles sont dans des émotions qui sont trop envahissantes.

Tant la difficulté pour moi, c'est toujours de faire la part des choses entre le domaine de la sphère privée qu'on ramène au boulot et qu'on n'arrive plus du tout à gérer et à faire fi et puis les émotions qui sont en liens avec les situations de soins qui pourraient être traumatisantes. Voir envahissantes. C'est la Sphère qui est un peu compliquée. Après comment je m'en aperçois ? Ou elles mettent en place des choses très physiques avec des pleurs d'énervement de la colère, ça peut être de la tristesse, des pleurs, des larmes ou alors ce peut être du mutisme. Mais elles sont rarement en demandes. C'est à dire que quand elles sont dans des émotions compliquées à gérer elles ne poussent pas la porte tout de suite pour dire « là il y a un truc qui vient de me choquer, je m'en sort pas, je n'arrive pas à prendre de la distance, la bonne distance professionnelle. Je me sens trop impliquée ». Cela elles ne le font pas.

Aussi une émotion qui est souvent le cas aux urgences c'est le rire, ça rigole mais ce sont des rires pas adaptés. Le moindre truc est bon à rire et ce sont des rires qui sont très forts. Quand je ris comme ça je sais que vous allez m'entendre et ça va vous interpeller. Nous, la grande chose qu'on a ici cependant aux urgences c'est que dans les situations qui sont compliquées on a du mal à évaluer les émotions positives, à dire « le plaisir » d'avoir bien pris en charge un patient, à dire que cela provoque du plaisir.

On est plutôt dans l'évaluation des émotions envahissantes qui pourraient créer un Burn-out ou qui pourraient aller jusqu'à l'arrêt maladie, qui pourraient faire en sorte que le soignant ait des déviances vis-à-vis des patients de l'ordre de la maltraitance qu'elle soit physique, enfin physique j'espère pas, mais en tous cas verbale. Cela on le voit. C'est sûr qu'on est plutôt dans cette recherche-là, que celle de je suis contente d'avoir travaillé aujourd'hui, de j'ai bien pris en charge mes patients et je leur ai apporté des bonnes choses.

Cependant la grande chance qu'on a aux urgences, c'est que l'on est une équipe

pluridisciplinaire nombreuse et que dans les situations de soins qui sont un peu compliquées, pour lesquelles il y a des émotions difficiles à gérer et qui se sont installées, alors on peut passer la main à quelqu'un d'autre. Et ça du coup ça s'auto gère. Alors dans cette autogestion là les émotions qui pourraient être compliquer à gérer, qu'on ramène à la maison ou l'on revient le lendemain en pensant qu'on en peut plus, avec un mal au ventre ou en développant des signes cliniques, on les gère un peu mieux.

Quel(s) serait (ent) pour vous, en tant que cadre, l'intérêt d'identifier les émotions des agents ?

D'identifier les émotions des agents justement ?

Alors dans un premier temps, moi je pense qu'en tant que cadre on est en tant qu'encadrant et accompagnant d'une équipe. On se doit de repérer et de faire attention à ce que nos équipes aillent bien ou qu'elles soient le mieux possible dans la sphère professionnelle.

On n'est pas là pour gérer la sphère personnelle, quoi que quand ça a une interférence sur la vie professionnelle on est obligé plus ou moins de gérer ou dans tous les cas d'être dans l'écoute.

Alors comme on est dans un accompagnement et un encadrement, repérer des émotions ça peut être aussi le moyens et le moment de pouvoir proposer ou individuellement ou collectivement des formations. Hors tu vois je pense, comme ça, j'imagine, que dans les services comme l'oncologie on va développer des formations sur l'accompagnement de la mort en soin palliatifs. Pour nous je sais qu'à une époque nous sentions que l'équipe était beaucoup dans l'agressivité. C'était une équipe qui n'allait pas bien. Il y avait un clivage entre les médecins et les paramédicaux et ils étaient dans un irrespect total de « comment on s'adresse à l'autre ». Ils s'insultaient à mots couverts mais devant tout le monde. En amont, quand nous avons pu repérer ça enfin nous avons monté une formation sur la gestion de la violence, de l'agressivité et sur le respect. Donc en tant que cadre ça c'est important de le repérer. Ensuite où c'est important de le repérer c'est quand l'HAS par exemple sort de nouveaux critères. Moi si je me souviens bien de mémoire nous sommes passées de la gestion de la maltraitance à la gestion de la bientraitance et quand il faut mettre ça en place dans son équipe, il faut déjà étiqueter en quoi nous sommes maltraitant et du coup pourquoi nous sommes maltraitant et alors quand nous savons pourquoi on est maltraitant du coup on peut proposer des axes d'amélioration dans l'équipe et mettre en place des actes de bientraitances par exemple.

C'est en cela que c'est important que le cadre repère les émotions de ses soignants. Et où c'est important qu'il les repère, c'est que plus précocement on les repère moins ils prennent de la place et moins ils prennent de la place et plus le patient est pris en charge de manière adaptée et correcte.

L'idée au bout de tout ça, c'est que le patient s'y retrouve et qu'il ne soit pas maltraité.

En quoi cela pourrait avoir un impact dans la relation avec l'agent, au sein de l'équipe ?

Le fait de le repérer et de repérer que c'est plutôt un agent et pas un groupe, une communauté, moi j'ai envie de dire, d'abord qu'il y a une communauté d'aide-

soignante, d'infirmière, d'ASH, de brancardiers, de conducteurs et d'ambulanciers par exemple pour les urgences et ça peut être un groupe, ça peut être une équipe dédiée c'est à dire une équipe qui tourne tout le temps en même temps. L'idée de le repérer individuellement c'est de dire à l'autre « j'ai bien vu que ça n'allait pas où j'ai vu que ça allait mieux ou j'ai vu que ça allait bien pour vous ».

Donc ça va participer ceci dit à étayer l'évaluation annuelle qui est comme même très importante, qui est aussi un moment où je fais le point de l'année et si tu n'as pas pu repérer un moment que ton agent était ou est en difficulté et que du coup il va mieux, du coup tu le pointes et tu fais le bilan ou alors qu'il était en difficulté et que ses difficultés là se sont aggravées, c'est le moment où tu vas pouvoir le faire. Ou alors s'il avait des difficultés, parce que je n'attends pas une évaluation annuelle pour dire à un agent « vous êtes en difficulté, est-ce qu'on peut en discuter, est ce qu'on peut voir ce qui se passe ? »

Si t'as déjà vu l'agent c'est le moment de faire le point en disant est ce que ça va mieux ? pourquoi ça va mieux ? est-ce que ça va moins bien ? L'idée c'est toujours d'accompagner peut-être pas au quotidien mais d'être vigilant à l'autre.

C'est surtout cela. Et dans un groupe, c'est de repérer pourquoi dans un groupe le groupe ne va pas bien. Est-ce que c'est le fait d'un individu au sein de ce groupe-là ? Est-ce que c'est le groupe en entier qui a vécu une situation de soin tellement traumatisant qu'ils en n'ont pas parlé ? Des fois c'est très anodin, ce n'est pas forcément parce qu'ils vont perdre un patient parce qu'il fait un arrêt devant eux qu'ils vont pas être bien. Des fois c'est des choses beaucoup plus subtiles et ça dans la masse de patients qu'on gère, ça peut des fois passer inaperçu et pourtant c'est souvent le petit grain de sable, le tout petit truc qui semble très anodin dans la prise en charge qui peut mettre à mal une équipe.

D'où l'idée de le repérer, c'est de l'accompagner et c'est l'accompagnement des équipes j'en suis sûr, c'est à ça que cela me servirait.

Comment intégrez-vous les dimensions émotionnelles inhérentes à la pratique soignante dans votre management ?

Comment je les intègre dans mon management ?

Alors d'abord dans mon management moi je suis dans un management très participatif. C'est-à-dire que je suis quelqu'un qui pense que c'est l'équipe qui doit véhiculer les valeurs du service, qui doit les faire grandir et qui doit les faire évoluer. Ce n'est pas moi qui dois impulser ça, même si je dois être en adéquation avec ce que l'équipe a envie de faire et ça c'est une première chose.

Pour le coup, dans mon management la gestion des émotions c'est un management d'empathie, moi je suis très dans l'empathie. Alors c'est une équipe que je connais bien, depuis très longtemps, qui m'a connu en tant qu'infirmière aussi, enfin pour la plupart, donc nous sommes dans une relation de respect et donc moi je l'intègre. C'est une facilité pour moi de connaître cette équipe comme ça parce que quand il y a une difficulté c'est plus facile pour moi d'interpeller. La plupart je les appelle par leur prénom et non pas par leur nom de famille et je peux leur dire est ce qu'on pourrait se voir 2 mn ou à un moment on va se prendre un café ensemble ou on va aller fumer une cigarette puisque certain fume.

C'est de poser les choses de manière indirecte en disant j'ai l'impression que tu ne vas pas bien, je trouve que tu as des cernes, je te sens très fatigué en ce moment et derrière ça souvent suit autre chose. Donc dans mon management je suis aussi dans le prendre soin de mon équipe. Je ne suis pas que dans le prendre

soin du patient, je suis dans le prendre soin de l'équipe que je gère, donc je suis vraiment dans un management empathie en fait.

Même moi, je suis quelqu'un qui est dans l'émotion, je suis capable de maîtriser je ne suis pas quelqu'un qui se met en colère quand j'ai un agent qui est en difficulté et qui met en place des actes de l'ordre de la maltraitance. Je ne suis pas dans « l'engueulade » ce n'est pas le but, je suis dans je pose les choses. Cependant quand j'ai un agent qui craque je suis en capacité de lui proposer un mouchoir et de le prendre dans mes bras. Et quoi qu'on en dise, parce qu'il paraît que ça ne se fait pas je le ferais encore. Alors certains diront que c'est du maternage pourquoi pas. Je pense qu'un cadre de toute façon à un moment ou un autre est la maman, le papa, la grand-mère, la grande sœur et la petite sœur. Il passe par toutes les parties et les identités possibles et imaginables. Il est des fois, la maîtresse qui tape et qui punit parce que voilà ça fait partie de notre métier que d'être comme ça. Dans tous les cas moi je ne le renie pas, je l'accepte. Et l'idée c'est surtout pas de tomber dans l'extrême il faut être vigilante, il faut savoir se protéger, ne pas se faire envahir et ne pas être envahissante. Il faut respecter le silence des autres. Il faut respecter le fait qu'il n'ait pas envie de dire. Mais ce qui est important, il me semble, c'est de toujours pointer à son équipe ou aux agents de son équipe j'ai vu, je vous dis que j'ai vu, maintenant ou vous m'en parler ou vous ne m'en parlez pas. Je pourrais pas vous aider si vous ne m'en parlez pas ou peut-être que vous n'avez pas besoin que je vous aide, si vous ne m'en parlez pas. C'est toujours leur pointer qu'on a vu.

En quoi la reconnaissance des émotions participe à la construction de la compétence ?

En la réassurance d'abord. C'est-à-dire dans ce que j'ai fait alors que je pense que je l'ai pas bien fait parce que je n'ai pas été assez vite pour plein de raisons que ce soit. Dire à l'autre « on a le droit à un moment de ne pas être un expert dans l'acte de soins qu'on pose » c'est lui dire vous avez le droit de progresser, en quoi vous n'avez pas été dans une compétence optimale au moment où vous avez posé l'acte de soins. Puis c'est aussi repérer des actes de formation et aussi repérer peut-être que le matériel n'est pas adapté et ce qu'il nous manque, que cet agent est un novice et qu'il a besoin de devenir expert. Donc c'est le rassurer aussi en lui disant que de toute façon on est novice, on devient un jour expert et qu'entre le novice et l'expert il y a un delta d'expérience à avoir et que le processus est normal. On réassure. Moi c'est ce que je dis toujours aux étudiants qui sont des obsédés de la technicité, à juste titre car cela fait partie de leur processus de formation, à un moment dans le soin l'acte technique devient le support à la relation et non pas le contraire. Et selon qu'on est novice ou expert à un moment ou un autre quand on est dans la maîtrise totale de ce qu'on fait, même quand on loupe parce que par exemple poser une perfusion, il y a des jours on a beau être une super championne de la voie veineuse et bien il y a des jours où on est fatiguée et on loupe même « les boulevards ». Mais quand on est un expert on le sait, on se connaît et du coup on n'en prend pas cas et on passe la main à quelqu'un d'autre. Alors que chez les plus jeunes, alors chez les novices en tous les cas, il y a je ne sais pas quoi comme une culture de la réussite et il faut qu'on arrive à tout prix. Et du coup repérer les émotions c'est permettre de dire à l'autre vous avez le droit de ne pas réussir tant que ne pas réussir ne devient pas délétère pour le patient. Et du coup quand tu induis cela chez un agent, tu gères des émotions différentes

chez lui et donc son stress il le vit différemment. Moi c'est ce que je dis toujours le stress c'est essentiel dans les soins tant qu'il ne devient pas handicapant. Le stress c'est une barrière ça permet d'être vigilant. Quand il est trop présent il te fait perdre tous tes moyens. Donc le repérer et puis apprendre à l'autre à apprivoiser ce stress là et à en faire un bon stress c'est en ça que je réponds à ta question.

Comment les émotions agissent sur les capacités de l'agent ?

On est dans la réassurance dans la peur et dans la perte de capacités. Et cela passe jusqu'à la panique. Donc quand on a bien repéré ça et qu'on l'explique à un agent moi je dis toujours, qu'ils aient 20 ans de boutique ou qu'ils en aient que deux mois, on apprend tout au long de sa vie, tout le temps, d'abord c'est une obligation professionnelle et on est pas des devins, on n'est pas des sur homme ou des sur femme, on ne peut pas être au « taqué » tout de suite et ce qui est important c'est d'en être conscient. Et quand on en est conscient pour le coup c'est là qu'on progresse énormément. Les agents disent toujours « mais les autres ils vont dire » et bien les autres on « s'en fou », du coup les autres c'est mon problème en tant que cadre. Aujourd'hui les autres ce n'est pas le vôtre, c'est pas votre problème à vous les autres. Ils ne sont pas très importants ou dans tous les cas ils pourraient l'être pour vous apprendre des choses que vous ne connaissez pas, pour des renseignements. Mais dans la réussite de ce que vous faites il n'y a que vous qui pouvez faire des choses pour vous et quand vous vous sentez en difficulté c'est votre cadre qui va vous aider à progresser parce qu'avec vous il va poser des axes de formation, il va vous réexpliquer, il va vous accompagner et il va aussi vous mettre à travailler avec des personnes qui vont être encadrantes.

Annexe 3 : Entretien n°6.

Quel(s) lien(s) entre émotion et pratique soignante ?

En tant que manager ou en tant que soignante de formation initiale ce qui me vient c'est que pour moi l'émotion c'est un ressenti, c'est être. Donc effectivement on soigne avec ce qu'on est, il me semble notamment en psychiatrie notamment. Non dans tout ce qui est travail « relationnel » mais qui se développe davantage en psychiatrie ou en pédopsychiatrie. Je pense que c'est important d'avoir une certaine spontanéité dans nos pratiques et que cette spontanéité, cette particularité des émotions, de ses propres émotions est nécessaire à être pour pouvoir faire

Comment identifiez-vous les émotions des agents ?

Emotions, les positives, les négatives... ; on les identifie par rapport aux réactions qu'elles impliquent ces émotions

En tout cas me concernant quand j'ai une émotion positive je suis plus dans l'action, dans la créativité.

L'émotion plus négative comme la peur éventuellement ou l'hésitation permet de prendre du recul dans certaines situations. Donc ce que j'identifie chez l'autre « bah » c'est ce qu'il me montre, ce qu'il veut bien me montrer. Ce n'est parfois pas très perceptible non plus la réaction que cela induit une émotion. Et puis si elle est négative ou positive on n'en fait pas la même chose non plus. Et puis si elle est montrée dans une relation duelle ou si elle est montrée dans un groupe c'est aussi différent à gérer, mais en tout cas ça fait partie de la personne et ça crée automatiquement des interrelations particulières dans ce qu'il montre ou dans ce qu'il éprouve en tout cas.

Quel(s) serait (ent) pour vous, en tant que cadre, l'intérêt d'identifier les émotions des agents ?

L'intérêt C'est le choix de ce mot ?

L'intérêt de pouvoir les identifier c'est de pouvoir échanger avec le professionnel sur son ressenti, sur ses émotions, sur ce qu'il montre à l'autre et ça permet de le reconnaître il me semble. Et ça favorise à mon sens la relation de confiance de part et d'autre d'ailleurs si je peux développer qu'un cadre puisse montrer une certaine émotion aussi.

Tout est relatif aussi dans la gestion des émotions mais ça montre que le cadre est une personne lui aussi et que de pouvoir montrer à l'autre quelque chose de soi puisque l'émotions est propre ça permet aussi d'instaurer une relation particulière, une relation de confiance qui est propice à de bonnes relations professionnelles. Il me semble. C'est intéressant pour moi de me questionner là-dessus du coup parce que je n'y ai pas réfléchi.

En quoi cela pourrait avoir un impact dans la relation avec l'agent, au sein de l'équipe ?

La relation de confiance, une meilleure reconnaissance de l'autre et puis des interrelations professionnelles plus sereines au niveau du contexte de l'équipe que

cela favorise. Je pense que si l'agent professionnel peut s'autoriser à montrer des émotions à son collègue ou à faire part de ressentis dans une situation clinique, une situation particulière au cadre ou à l'équipe cela montre aussi la bonne santé de l'équipe aussi

S'il existe cette relation de confiance cela favorise l'émergence de ses émotions. En tout cas l'authenticité de chacun et un mieux-être il me semble dans le travail

Comment intégrez-vous les dimensions émotionnelles inhérentes à la pratique soignante dans votre management ?

Comment je l'intègre. En tout cas sur tout ce qui est réunion d'équipe, réunion de synthèse où on élabore autour de la conduite de soins pour tel ou tel enfant. Là automatiquement il y a des émotions qui apparaissent positives ou négatives. Je favorise un climat qui permet, ce n'est pas d'aujourd'hui et ce n'est pas non plus le pays des « bisounours » mais le travail sur les trois dernières années notamment, avec les deux équipes sous ma responsabilité de pouvoir s'autoriser à être et à dire et du coup à pouvoir ajuster ses pratiques dans un consensus d'équipe.

Pour exemple, la récemment, j'ai un agent qui s'autorisait à dire « ce patient me fait peur » il a pu exprimer cette émotion dans un soin particulier où cet enfant qui est mal communiquant l'agrippe, le griffe, lui tire les cheveux et se sent complètement démuni. Et elle ressent là physiquement à un moment précis son incapacité à être, des transpirations, elle est sidérée, elle ne peut plus, elle n'avance plus et du coup ça majore l'anxiété chez le patient qu'elle a en face.

D'avoir pu exprimer cette émotion-là dans cette situation là, ça a permis aussi au restant de l'équipe, au médecin qui était aussi présents de réfléchir sur pourquoi cet enfant est comme ça, comment on peut trouver un dispositif qui permet aux soignants de prendre un peu de recul dans une situation complexe et à l'agent même de comprendre comment il fonctionne parce que là il jette tout sur la table. Donc ça aide à trouver du sens et à être encore plus bienveillant, plus bien-traitant avec le jeune ou avec l'enfant.

En quoi la reconnaissance des émotions participe à la construction de la compétence ?

Là dans l'analyse de ce qu'on vit, de ce qu'on est et de comment on peut s'ajuster en tant que professionnel mais en tant qu'individu en premier lieu dans ses pratiques je pense qu'elles sont liées ces deux questions.

Comment les émotions agissent sur les capacités de l'agent ?

Je ne sais pas si on peut parler de compétences émotionnelles, j'en sais rien en tout cas il faut pouvoir les gérer.

Une autre situation qui me vient en tête est une famille qui revendique, qui ne comprend pas pourquoi son enfant va mal, qui veut pas entendre le diagnostic et qui renvoie une certaine agressivité. Cela renvoie à chaque professionnel en fonction de son état aussi à ce moment-là différentes émotions. Soit on est dans une dynamique très empathique où là on comprend, on accompagne ou alors très défensive et on ne supporte pas cette agressivité, on répond par l'agressivité. Enfin tout un tas d'émotions multiples en fonction de ce qu'on est, mais ce qu'on est de façon globale, mais de ce qu'on est à ce moment-là aussi et de ce qu'on perçoit

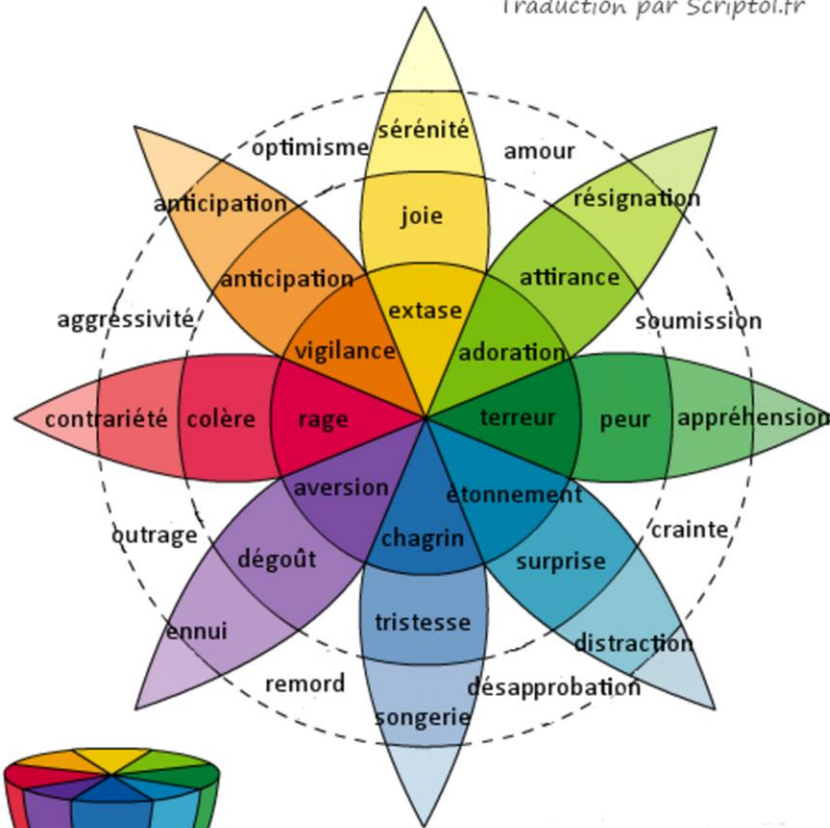
chez l'autre

Ces émotions là si elles restent modérées, si elles peuvent être parlées elle favorise le développement des compétences mais il faut qu'elles puissent être comprise à mon sens. Comprendre pourquoi on a réagi comme ça, pourquoi on a tel ressenti, telles émotions vis-à-vis de telle ou telle situation pour pouvoir s'ajuster toujours. Mais le fait d'être ça humanise aussi le soignant. Il a des émotions donc ce n'est pas une machine, donc pour autant qu'il puisse répondre, être dans l'empathie. Il faut donc qu'il ait éprouvé et qu'il éprouve des choses aussi.

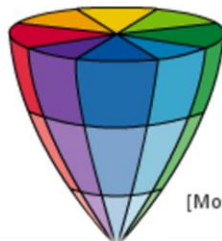
Annexe 4 : La roue des émotions de R. Plutchik. (A).

Roue des émotions de Plutchik

Traduction par Scriptol.fr



[Modèle de circumplex en deux dimensions]



[Modèle de circumplex en trois dimensions]

Annexe 5 : La combinaison des émotions. (B).

Combinations & Opposites

„A mixture of any two primary emotions may be called a dyad.“

[often felt] PRIMARY DYADS	[sometimes felt] SECONDARY DYADS	[seldom felt] TERTIARY DYADS	OPPOSITES
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> joy trust </div> <p style="text-align: center;">love</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> joy fear </div> <p style="text-align: center;">guilt</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> joy surprise </div> <p style="text-align: center;">delight</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> joy sadness </div> <p style="text-align: center;"><i>conflict</i></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> trust fear </div> <p style="text-align: center;">submission</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> trust surprise </div> <p style="text-align: center;">curiosity</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> trust sadness </div> <p style="text-align: center;">sentimentality</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> trust disgust </div> <p style="text-align: center;"><i>conflict</i></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> fear surprise </div> <p style="text-align: center;">alarm</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> fear sadness </div> <p style="text-align: center;">despair</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> fear disgust </div> <p style="text-align: center;">shame</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> fear anger </div> <p style="text-align: center;"><i>conflict</i></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> surprise sadness </div> <p style="text-align: center;">disappointment</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> surprise disgust </div> <p style="text-align: center;">?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> surprise anger </div> <p style="text-align: center;">outrage</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> surprise anticipation </div> <p style="text-align: center;"><i>conflict</i></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> sadness disgust </div> <p style="text-align: center;">remorse</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> sadness anger </div> <p style="text-align: center;">envy</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> sadness anticipation </div> <p style="text-align: center;">pessimism</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> disgust anger </div> <p style="text-align: center;">contempt</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> disgust anticipation </div> <p style="text-align: center;">cynism</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> disgust joy </div> <p style="text-align: center;">morbidness</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> anger anticipation </div> <p style="text-align: center;">aggression</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> anger joy </div> <p style="text-align: center;">pride</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> anger trust </div> <p style="text-align: center;">dominance</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> anticipation joy </div> <p style="text-align: center;">optimism</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> anticipation trust </div> <p style="text-align: center;">fatalism</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> anticipation fear </div> <p style="text-align: center;">anxiety</p>	

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

Ensemble

Capillon Hélène

MOTS CLÉS

Reconnaissance. Emotion. Compétence.
Professionnalisation.

KEY WORDS

Recognition. Emotion. Competence.
Professionalization.

RÉSUMÉ

Comment accompagner une équipe dans la montée en compétence dans une structure hospitalière du fait des complexes relations humaines et des émotions qui se dégagent des soins ? Ceci m'amène à réfléchir à la reconnaissance du travail réalisé dans toutes ses dimensions. Dans une volonté d'amélioration continue des prestations auprès des patients, je pense qu'il faut valoriser la singularité du professionnel dans les pratiques soignantes au sein d'une prise en charge collective. Les entretiens avec les cadres de santé montrent que l'ouverture à l'autre crée une relation de confiance réciproque. La reconnaissance de l'acteur de soin lui confirme son sentiment d'utilité dans l'entité professionnelle. Ensuite l'identification des émotions du soignant par le cadre de santé favorise l'accompagnement dans la gestion des émotions. Elles deviennent des sources d'échanges et contribuent à développer l'individuation au sein du collectif. Elles servent d'outil de professionnalisation mais selon certaines conditions.

ABSTRACT

How to accompany a team in the rise in competence in a hospital structure because of the complex human relations and emotions which emerge from the care ? This leads me to think of the recognition of the work completed in all its dimensions. In a will of continuous service improvement near the patients, I think that is necessary to develop the professional singularity in the care practices within a collective service. The discussions with the nurse manager show that the opening to the other creates a reciprocal trust relationship. The recognition of the actor of care assure his feeling of utility in the professional entity. Moreover, the identification of professional's emotions by the nurse manager contribute to the accompaniment in the management of the emotions. They become sources of exchanges and contribute to develop the individuation within the team. They are used as tool of professionalization but according to certain conditions.