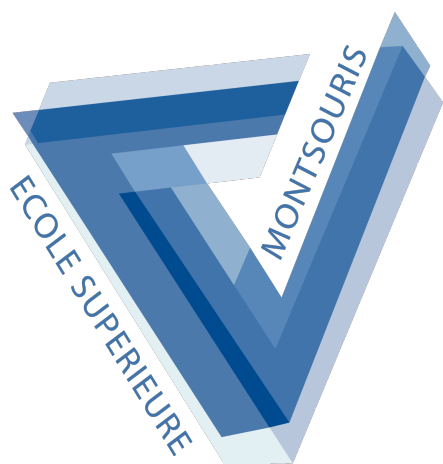


Ecole Supérieure Montsouris

Université Paris EST Créteil

Val de Marne

Diplôme de Cadre



de Santé

*Raison contre émotion :
une dualité managériale à
conquérir*

Léthisia DECHATRE

2011-2012

DCS 11-12

Remerciements

A tous les professionnels qui m'ont accordé de leur temps si précieux.

A Madame LE BASTARD pour sa guidance.

Sommaire

Sommaire	1
Introduction	3
1 Constat et cheminement	4
1.1 Constat	4
1.2 Mon cheminement	9
2 Cadre conceptuel	10
2.1 L'identité	10
2.1.1 L'identité professionnelle soignante.....	12
2.1.2 La crise Identitaire.....	13
2.2 La dynamique de groupe	16
2.2.1 Les groupes restreints.....	17
2.2.2 Les groupes secondaires ou organisation	17
2.3 Le rôle du cadre de santé dans la dynamique de groupe	18
2.4 Concept de l'intelligence émotionnelle comment l'appréhender?	20
2.5 Naissance de l'intelligence émotionnelle	21
2.6 L'intelligence émotionnelle	23
2.6.1 L'identification des émotions.....	23
2.6.2 La dynamique des émotions.....	24
2.6.3 L'expression des émotions.....	25
2.7 La régulation des émotions	28
2.7.1 La régulation a priori des émotions négatives	29
2.7.2 La régulation a posteriori des émotions négatives.....	29
2.7.3 Les émotions positives.....	30
2.7.4 Régulation des émotions et rôle du cadre	31
2.7.5 Conclusion du cadre théorique	32
3 L'ENQUETE de terrain	33
3.1 Méthodologie	33
3.2 L'outil de l'enquête	33
3.3 Elaboration de la grille d'entretien	33
3.4 Choix du terrain et des personnes	34
3.5 Les limites et points forts de l'enquête	35
3.6 Méthodologie durant les entretiens	35

3.7	Présentation des professionnels interrogés	36
3.8	Méthodologie de l'analyse catégorielle	36
4	Interprétation et analyse des entretiens	37
4.1	L'organisation managériale et la crise identitaire	37
4.1.1	Idées principales retenues justifiant la crise identitaire.....	37
4.1.2	Impact de la crise identitaire sur le management.....	42
4.2	Le management et la dynamique de groupe	44
4.2.1	Idées principales retenues, qui modifient la dynamique de groupe.....	44
4.2.2	Quelles répercussions sur le management ?	47
4.3	Les émotions qui apparaissent dans vos équipes de soins	50
4.4	La gestion des émotions dans l'équipe par le cadre de santé	52
4.4.1	Les émotions du cadre de santé.....	54
4.4.2	Quel intérêt y a-t-il à considérer les émotions dans le management ?	55
4.4.3	Connaissez-vous le concept d'intelligence émotionnelle ?	56
4.5	L'intelligence émotionnelle au service de l'équipe soignante	56
4.6	Analyse du cas selon le modèle de SALOVEY et MAYER	57
4.6.1	La perception émotionnelle.....	57
4.6.2	L'assimilation émotionnelle.....	57
4.6.3	La compréhension émotionnelle.....	58
4.6.4	La gestion des émotions	58
4.7	Ce concept permet-il d'améliorer la performance ?	58
4.8	Peut-on développer l'intelligence émotionnelle ?	59
4.9	Synthèse de l'analyse et retour sur l'hypothèse	60
5	Limites du travail	61
6	Perspectives professionnelles	62
6.1	Organisation ou réorganisation ?	62
6.2	La gestion du collectif	63
6.3	Rationalité et émotion	63
	CONCLUSION	65
	Bibliographie	67
	Annexe I Test pour évaluer la compétence émotionnelle	
	Annexe II Grille entretien	
	Annexe III Les tableaux de synthèses des entretiens	
	Annexe IV Retranscriptions d'entretiens	

Introduction

En tant que futur cadre de santé de proximité, ce qui me tient à cœur c'est de travailler avec une équipe soignante qui se sente respectée et reconnue.

Ce qui m'a surpris durant mon année de faisant fonction, c'est le positionnement du cadre. Entre la logique administrative que je découvrais et la logique soignante qui m'était familière, l'écart perçu m'a fait douter du choix professionnel que je faisais. Cette dichotomie entre les valeurs soignantes et les obligations managériales telles qu'elles étaient déclinées m'ont quelque peu désappointée. Dés lors, il a fallu faire un choix et forte de mes convictions, j'ai décidé de poursuivre.

Les cadres de santé ont pour mission, entre autre, de mener à bien des projets. Certes, mais dans un contexte que je qualifierai « en forte turbulence », où les moyens tant humains que matériels se font rares. Sur quoi miser pour réaliser ces objectifs ?

Ce que je souhaite à travers ce travail, c'est de mener une réflexion à partir de l'identité. Partant du postulat qu'un cadre manage une équipe et que cette dernière est composée d'individus.

Dans une organisation en pleine mutation comme celle où se trouve actuellement l'hôpital, quels sont les impacts sur le management ? L'individu restant la composante principale de notre système organisationnel, je souhaite comprendre les émotions qui ressortent de ces mutations subies. Est ce que les cadres les gèrent, comment ils le font et pourquoi ?

Ce travail débute par un cadre conceptuel avec une approche socio psychologique succincte de l'identité et de la dynamique de groupe. Puis il sera abordé ensuite de façon un peu plus détaillée les émotions à travers le concept d'intelligence émotionnelle.

Afin de vérifier ces concepts, une analyse sur le terrain sera menée à partir d'entretiens.

1 Constat et cheminement.

1.1 Constat

Travaillant depuis vingt trois ans dans le milieu hospitalier public, je constate depuis un peu plus d'une quinzaine d'années, que l'hôpital subit plusieurs réformes qui entraînent de véritables transformations, notamment sur les plans : politique – économique – organisationnelle - et culturelle.

Sur le plan économique, les modes de financement des hôpitaux entraînent des mesures de restrictions matériels et humaines, des regroupements de services voire leurs fermetures.

Les acteurs de terrain doivent intégrer une autre dimension aux soins, celle du « coût » au nom de l'efficacité voire de la rentabilité. Des notions qui jusqu'ici leur étaient étrangères.

Allier qualité et sécurité au moindre coût est devenu le challenge de tout hôpital public, mais ce ne sera pas là le sujet de ce mémoire.

Sur le plan organisationnel, pour mettre en place ces réformes, de nouveaux modes de fonctionnement ont vu le jour, à commencer par la mise en place des pôles induisant en leur sein une plus grande mobilité du personnel soignant. Ce qui sous-entend que ce dernier a du développer d'autres compétences techniques et théoriques pour pouvoir s'adapter dans les différentes unités du pôle.

Des procédures et des protocoles de soins ont été établis. Ce qui a pour but de sécuriser et d'uniformiser les pratiques pour pouvoir ainsi répondre aux exigences des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans lesquelles les établissements se sont inscrits.

La finalité de ces démarches reste tout de même pour une satisfaction quasi absolue des usagers.

L'élaboration de ces procédures et de leurs mises en œuvre, a représenté plus de travail pour les cadres de santé. Ils se sont vus peu à peu être éloignés des équipes de soins.

A mon arrivée parmi les cadres de santé, ces derniers m'ont témoigné de l'insatisfaction pour leur travail. Le sentiment de ne plus pouvoir agir, d'être en tête de ligne pour l'élaboration et la conduite de projets mais de ne jamais pouvoir donner leurs avis. Les projets de soins, réunions de diverses natures, évaluations des

pratiques professionnelles et du personnel sont autant de raisons qui les éloignent des services, voire empêchent, cette proximité attendue des équipes.

Les soignants témoignent avec regret de cette absence des cadres de santé dans les unités et la vivent comme un abandon.

Les cadres observent un décalage entre les compétences énoncées comme requises dans la formation initiale et les impératifs institutionnels.

Quand bien même les pratiques sont balisées par des procédures et autres protocoles, il n'en reste pas moins que l'accumulation de tous ces changements entraîne une perte de repères, verbalisée par les soignants et les cadres de santé.

Sur le plan des valeurs identitaires et culturelles, le choc n'est pas des moindres.

Les avancées technologiques ne sont plus l'apanage des équipes médicales et paramédicales, les patients prennent part à leur prise en charge et arrivent avec des convictions et des savoirs qu'ils n'avaient pas il y a 10 ans. Les patients sont devenus des clients qui ne tolèrent aucune faute, avec un pouvoir de choix faisant jouer la concurrence. Introduisant ainsi une culture du résultat qui est de surcroît alimentée par les médias qui publient régulièrement le classement des établissements de santé.

Ces avancées induisent des changements de pratiques pour les personnels et par expérience, il n'est pas simple d'en changer, cela bouscule les habitudes et ce moment d'adaptation est souvent considéré comme une perte de temps. Quand la nouvelle pratique est maîtrisée et que le bien fondé de cette dernière est acquise, il reste un brin de nostalgie vis-à-vis de l'ancienne qui s'estompe avec le temps. En revanche quand il s'agit de toucher aux valeurs c'est beaucoup plus délicat et long. Pour preuve, en 1994 un cadre infirmier, nous avait demandé de réfléchir à ce que nous produisons. La réponse d'une infirmière avait été de dire que nous n'étions pas dans une usine pour produire.

En tant que faisant fonction de cadre de santé, j'ai posé la même question l'an dernier. La réponse a été portée sur l'intérêt d'offrir des prestations de qualité pour éviter le risque que le patient parte ailleurs. Ce qui montre que dix sept ans plus tard, la primauté des soins reste souveraine avec une notion de production et de

concurrence intégrée. L'amélioration de la qualité et sécurité des soins est bien une évidence pour les soignants et pourtant, ici, vient se mêler le choc des cultures. Si l'efficacité est inscrite depuis tout temps dans les valeurs soignantes il n'en est pas de même pour l'économie. La notion de coût, d'économie n'est perçue qu'en filigrane. Lorsqu'elle est abordée, il en ressort une incompréhension qui est directement imputée aux gestionnaires et aux dirigeants de l'établissement. Et pour cause, le manque de matériel et particulièrement le manque de personnel sont vécus comme un manque de considération pour le travail fourni, avec une sensation qu'on leur demande toujours d'en faire plus.

C'est là qu'apparaissent, entre autre, les problèmes d'adaptabilités et d'investissements. Ils se traduisent par des arrêts maladie de longue durée, des difficultés relationnelles avec le cadre de santé et/ou, entre les membres de l'équipe, notamment pour les modifications de planning que cela entraîne.

Parallèlement, l'arrivée de la nouvelle génération pose souci au niveau organisationnel, en ce sens où leurs priorités sont avant tout d'ordre personnel. Ce qui les rend moins disponibles que la génération qui la précède.

L'absentéisme croissant et les nombreuses demandes de changement de service ou d'établissement sont le reflet d'un mal être.

De tout temps il a toujours existé des rivalités entre les services. Les uns faisant mieux que les autres dans l'organisation et dans la convivialité. Cette rivalité n'est pas fondamentalement mauvaise, au contraire elle suscite l'envie de vouloir faire mieux que l'« autre ». Cette rivalité bénéfique a disparu en mélangeant les équipes, laissant ainsi place au conflit : Qui imposera son organisation à l'autre ? Pourtant, les compétences des uns et des autres sont complémentaires. Ce qui est plutôt enrichissant pour une équipe, mais le manque d'enthousiasme fait occulter cette opportunité.

C'est ce que m'a permis de constater mon année de faisant fonction. Dans l'équipe que j'encadrais, chacun revendiquait son « ex identité » et mettait en avant les compétences techniques et théoriques qui leur étaient spécifiques. La mise en commun de ces dernières était plus ou moins aisée selon le degré et la capacité des personnes à vouloir partager et ou à intégrer les compétences de l'autre. Pourquoi

certaines sont plus enclins que d'autres à en être doté ? **Qu'en est-il de cette capacité?**

J'ai cherché à comprendre, et au cours de mes lectures, j'ai découvert un autre type de compétence : « la Compétence Emotionnelle ». Cette dernière, fait l'objet d'une formation de plus en plus proposée dans les entreprises. Selon MAYER et SALOVEY, elle permettrait de reconnaître ses propres émotions, celles d'autrui pour résoudre et réguler les comportements induits par les émotions.

Je m'y suis d'autant plus intéressée que les relations inter personnelles ne sont plus aussi conviviales. Bien que très professionnelles, elles se situent entre pragmatisme et raison. Le centre d'intérêt commun reste une prise en charge efficace du patient. Ce n'est pas pour autant que cela se fait dans une dynamique enthousiaste, il y a plutôt quelque chose de l'ordre de la démotivation et de l'indifférence. Ce sentiment est imprégné d'une incompréhension liée à tous ces changements, auxquels il faut faire face quasi simultanément ; entre les réorganisations et la flexibilité qui en découlent, les nouveaux modes d'encadrement des étudiants sont tout autant de raisons de perdre ses repères.

Les cadres de santé en parlent parfois avec désinvolture et/ou colère. Ces émotions, aussi légitimes soient elles, représentent une entrave à la performance, nier ces émotions ne serait il pas source de discordances entre un vécu réel non avoué ou mal dissimulé ? Il est vrai qu'exprimer ses émotions n'est pas une pratique courante pour le personnel soignant, à qui dès le début de la formation, il est préconisé de mettre ses émotions, et états d'âme entre parenthèses afin d'assurer la continuité des soins. Les transmissions inter équipe servaient lieu de parole. Ce temps s'est vu diminué pour faire face aux trente cinq heures.

Dans ce contexte socio économique difficile, **de quels moyens le cadre de santé dispose, pour impulser une dynamique à un groupe en proie à une crise identitaire ?**

Les interventions concernant l'approche de la sociologie des organisations, dispensées à l'institut de formation cadre de santé, aide à prendre de la distance et à voir sous un autre angle, les organisations telles qu'elles se dessinent.

Selon les sociologues CROZIER et FRIEDBERG dans leur livre « l'acteur et le système », ils préconisent d'analyser les causes des divergences, en partant de

l'individu pour mieux comprendre les relations qui s'opèrent. Ces relations sont interdépendantes, imprégnées d'un jeu entre zones de pouvoirs et zones d'incertitudes permettant une marge de manœuvre. Cette dernière représente une part d'autonomie où l'individu peut s'exprimer. L'avantage de repérer ces marges, c'est de pouvoir identifier le positionnement de chacun.

Connaître chaque membre de l'équipe en ce qu'il peut et ce qu'il est, permet que chacun puisse se sentir reconnu en tant que personne unique. C'est là une notion qui me paraît importante, tout comme il me paraît important de préserver ce capital humain, sans qui l'hôpital aurait bien des soucis pour être opérationnel. S'intéresser à l'individu et aux interrelations de l'équipe représente à mon sens, une plus value non négligeable pour la prise en charge du patient.

Face à ce contexte plus ou moins morose, mais bien réel, mon souhait serait de réfléchir de manière plus probante quant à l'impact de cette crise identitaire dans le management au quotidien et à cet engouement suscité par le concept de compétence émotionnelle dans les entreprises. Serait il applicable au monde hospitalier ?

Le management par l'intelligence émotionnelle, pourrait il être un levier d'amélioration de la dynamique d'un groupe sous le joug d'une crise identitaire?

De ce questionnement l'hypothèse serait :

En s'attardant à reconnaître ses propres émotions, le cadre de santé aurait une meilleure perception des émotions d'autrui. Cela permettrait de mieux comprendre ce qui impacte sur les comportements de chacun, et ainsi donc, de favoriser le développement d'une meilleure cohésion d'équipe. Ce qui représenterait une plus value.

Afin d'affirmer ou d'infirmer cette hypothèse de travail, il sera développé dans un premier temps, ce qu'est la crise identitaire, en quoi elle peut impacter sur la cohésion et la dynamique d'équipe. Dans un second temps sera présenté le concept d'intelligence émotionnelle.

1.2 Mon cheminement

Pour ce faire, mes recherches ont porté sur des écrits de psychosociologues tels que Claude DUBAR « la crise des identités » et Alex MUCHIELLI « l'identité ».

Il m'était important de comprendre ce qu'était une identité afin de mieux saisir ce que pouvait revêtir une crise identitaire et en quoi elle modifiait ou impactait le management.

L'intérêt étant alors de confronter mes représentations avec des écrits reconnus comme étant des références en ce domaine. L'approche des deux auteurs précités m'a incité à consulter d'autres articles qui ont contribué à m'ouvrir sur d'autres auteurs comme Eric ERIKSON psychanalyste Américain.

J'ai procédé de la même manière pour les autres concepts, tout en étant consciente que chacun d'eux pouvait, être un sujet de mémoire à part entière. Il me fallait toutefois les aborder pour comprendre à minima le point de départ ; à savoir l'équipe, et l'unité qui la compose ; c'est à dire l'individu. Voulant comprendre les atouts du cadre de santé pour soutenir les équipes qu'il manage dans un contexte qui me semble t-il est en pleine mutation.

2 Cadre conceptuel

2.1 L'identité

L'identité, telle qu'elle est entendue dans le langage courant, a une connotation qui serait de l'ordre de l'immuable en ce sens où elle caractérise une personne et lui donne une reconnaissance sociale. Voilà là une notion de constance que l'on retrouve avec la définition du Petit Larousse Grand format, « *identité : du latin identitas, idem, le même. Ce qui fait qu'une chose est exactement de même nature qu'une autre* »¹.

Cette définition s'appuie sur l'étymologie du mot. Il convient toutefois d'aller plus loin car, si l'identité est singulière et permet de se distinguer d'autrui, cela ne permet pas de comprendre le paradoxe entre la singularité qui caractérise la personne, donc son identité, et les ressemblances qui lui permettent d'appartenir à un groupe ou à une communauté. Si nous recherchons la singularité tout en nous identifiant à autrui, ne serait ce que par esprit de corps et ce n'est pas toujours conscient. Ces différentes notions viennent complexifier la définition préalablement donnée.

ERIKSON donne la définition suivante : « *Avoir une identité embrasse beaucoup plus que le fait d'exister. Cela implique non seulement le sentiment subjectif d'une continuité avec soi-même mais aussi la certitude d'être une personne significative pour d'autres, elles-mêmes significatives, dans la communauté immédiate* ».²

En effet, chacun de nous est fait d'une multitude d'identités :

- Héritée, qui est le patrimoine génétique propre à chacun.
- Acquise, car issue de l'histoire personnelle, des valeurs, du contexte culturel, social et professionnel.
- Visée c'est à dire ; le projet individuel, ce que l'on veut devenir.

Par ailleurs, un individu n'est jamais isolé et à besoin d'un groupe ou d'une communauté pour s'y inscrire.

¹ Petit Larousse grand format 1992

² Claudie RAMOND, (2002), 11p <http://www.quintessence-coaching.com/yakalire/articles/579.pdf> Consulté le 06/02/12

Cette multiplicité de facteurs et la pluralité des interactions lui confèrent une complexité qui pour mieux être appréhendée, sera abordée selon des théories de psychosociologues bien établies.

Pour Erikson l'identité se construit en huit stades psychosociaux, de la naissance à la mort, et s'inscrit donc dans la continuité. Pour cet auteur, il est inconcevable de tenter de comprendre une personne sans prendre en compte le contexte social, culturel et personnel du déroulement de sa vie.

Alex MUCCHIELLI explique à travers les travaux d'ERICKSON que l'identité n'existe que par le sentiment d'identité. Ce sentiment repose lui même sur un ensemble de sentiment et de processus qu'il décline en Neuf points : «

- 1) *Le sentiment subjectif d'unité personnel,*
- 2) *de continuité temporelle,*
- 3) *de participation affective,*
- 4) *de différence,*
- 5) *de confiance ontologique,*
- 6) *d'autonomie,*
- 7) *de self contrôle,*
- 8) *les processus d'évaluation par rapport à autrui,*
- 9) *les processus d'intégration de valeurs et d'identification ».*³

Selon Claude DUBAR, l'identité se déterminerait, entre autre, au travers de deux notions qu'il caractérise comme suit :

- *« Identité pour soi, il s'agit de temporalité (axe biographique)*
- *Identité pour autrui, il s'agit des formes « spatiales » relation sociale (axe relationnel) »*⁴.

La première serait intra personnelle et la seconde interpersonnelle.

C'est bien que chaque individu, au delà du champ familial, s'inscrit dans un groupe social et culturel dans lequel il est acteur. Il y partage ses valeurs, croyances, normes et y évolue. Nous sommes à la fois en quête de ce qui nous rapproche par

³Alex MUCCHIELLI, L'IDENTITE, Que sais je ?,PUF, PARIS, 2011; 8^eédition P 24

⁴ Claude DUDAR, La crise des identités, presse universitaire de France, 2010; 4^eédition P.6

souci d'appartenance, et de ce qui nous différencie, par souci de reconnaissance individuelle.

L'identité s'inscrit donc dans l'altérité avec ce qu'est l'individu par rapport à autrui et ce qu'est autrui pour ce même individu. Elle n'est pas seulement personnelle, elle est aussi sociale et relationnelle.

En résumé ces trois auteurs s'accordent sur le fait que l'identité ne peut être définie sur une seule dimension mais, est la résultante de plusieurs facteurs qui la composent du fait de leurs interrelations. Qu'en est il alors de l'identité professionnelle ?

2.1.1 L'identité professionnelle soignante

Cette dernière répond à des obligations professionnelles et se traduit par des comportements spécifiques attendus par l'employeur. L'appartenance à une profession signe une forme d'identité. Dans un hôpital, il n'est pas rare de voir une personne se présenter en déclinant son identité en précisant son nom- prénom- sa spécialité ou le service dont elle dépend. La spécialité a alors pouvoir de légitimité et permet d'asseoir une certaine crédibilité selon les situations.

Comme vu dans le chapitre précédent, il existe une interrelation entre les différents facteurs structurants l'identité. Nous pouvons alors penser que si la société change, l'identité professionnelle change au même titre que les autres identités.

Pour DUBAR « *les identités professionnelles sont représentées dans le champ des activités de travail rémunérées* »⁵. Quand ce champ d'activités est modifié pour répondre à des enjeux économiques, concurrentiels et autres, il est nécessaire qu'une organisation se mette en place pour faire face à la nouvelle demande. DUBAR reprend les travaux de Joseph A.SCHUMPETER qui définit la modernisation comme : « *la destruction créatrice qui est, selon lui, ce processus consistant, pour le capital et ses détenteurs, à détruire constamment les anciennes formes de productions et d'échanges pour les remplacer par des formes « innovantes » c'est à dire à la fois techniquement plus efficaces et financièrement plus rentables* »⁶.

⁵ Ibid., P.95

⁶ Ibid., P.97

Mais derrière ces « *formes de productions* » se trouvent souvent des hommes et des femmes pour qui cette logique de destruction n'est pas très éloquente et pour qui la finalité innovante d'efficacité au moindre coût, en d'autre terme l'efficience, n'est pas perceptible. Et pour cause, dans sa définition, Schumpeter précise bien : « *pour le capital et ses détenteurs* ». Cette logique s'applique aujourd'hui à l'hôpital et c'est ainsi que nous nous retrouvons avec une dichotomie créatrice de crise identitaire car les décideurs sont loin des valeurs de ceux qui ont choisi un métier pour être au service de l'autre.

2.1.2 La crise Identitaire

Cette crise identitaire ne peut toutefois être imputée stricto sensu à l'économie.

L'identité professionnelle s'inscrit selon deux axes que sont les compétences et les valeurs. Ces deux axes doivent être développés tout au long de la carrière professionnelle, ce qui sous entend une adaptation aux évolutions sociales, technologiques et une réactualisation de leurs acquis. Ce qui pourrait être à l'origine de la crise identitaire.

Pour C.DUBARD la crise est : « *Une rupture d'équilibre entre diverses composantes* »⁷.

Le mot « crise » est d'origine Grec « Krisis » et a pour signification décision.

Le Larousse donne la définition suivante : « Phase difficile traversée par un groupe social ».

La crise est considérée comme quelque chose de néfaste, de douloureux ou encore, fait penser à une faillite. Le plus souvent, la crise marque une scissure, une rupture avec un état antérieur. Ce qui induit un changement avec une notion d'incertitude quant à son issue.

Dans le monde hospitalier, la crise est la résultante de divers paradigmes ébranlés au nom de la modernité avec :

- Ses moyens technologiques toujours de plus en plus perfectionnés et dont chacun veut et doit bénéficier, mais que tout hôpital ne peut s'offrir;

⁷ Ibid., P.9

- De l'évolution des prises en charges avec la nécessité de rendre des comptes par le biais des évaluations qualités ;
- L'évolution des pratiques professionnelles mais également de la profession.

Le métier d'infirmière est aujourd'hui inscrit dans le cursus Master Licence Doctorat. Les modalités d'encadrement des étudiants infirmiers ont été modifiées en ce sens où les professionnels de terrains (qui eux n'ont reçu aucune formation pour encadrer) se retrouvent en première ligne pour assumer cette tâche.

- Le jeune personnel appartenant à la nouvelle donne générationnelle que Jacques LAMBERT définit comme : « *Etant constituée d'individus partageant les mêmes traits et valeurs culturels, intégrés par eux au moment de leur enfance et de leur jeunesse et ce, en relation étroite avec leur époque, et les influençant tout au long de leur vie* »⁸. Les mentalités et les approches professionnelles ont changé.
- Des changements de mentalités de la part des usagers, par le biais des sondages et autres gros titres, ils choisissent leurs établissements favorisant ainsi jouer une concurrence. Par ailleurs, ils se montrent de plus en plus exigeants en regard de celle ci, faisant jouer cette concurrence.

L'organisation s'en trouve impactée. Pour reprendre la définition de MINTZBERG concernant l'organisation : « *Action collective à la poursuite de la réalisation d'une mission commune* »⁹. Il divise cette organisation en six parties avec :

- un sommet stratégique (d'où sont prises les décisions),
- une technostucture (où se trouve entre autre, le service des finances),
- le support logistique (les services informatique, soutenance et autre),
- le centre opérationnel (représenté par le personnel soignant et autre ouvrier qualifié ou pas,

⁸Jacques LAMBERT, (2012), Qu'est ce que l'approche générationnelle, <http://www.nouvelle-donne-generationnelle.com/article-qu-est-ce-que-l-approche-gnenerationnelle-59761289.html> consulté le 6 mars 2012

⁹ Henry MINTZBERG, « Le management, voyage au centre des organisations » 1989 aux éditions d'Organisation, P12

- La ligne hiérarchique qui sert de relais entre le sommet hiérarchique et le centre opérationnel,
- L'idéologie dont il dit : « *Elle se nourrit des traditions et des croyances d'une organisation et c'est ce qui la distingue d'une autre et c'est ce qui insuffle une certaine existence à travers le squelette de sa structure* »¹⁰.

Ces parties doivent être coordonnées entre elles, c'est ce qui définit une organisation interne.

L'hôpital est un microcosme de la société dans laquelle il s'inscrit. Il en est le miroir dans son fonctionnement et dans ses demandes. Dans un contexte de consumérisme croissant, avec une forte notion du « tout, tout de suite », les usagers en attendent tout autant de leur hôpital. Les demandes de soins se font alors sur le même mode. Or les soins et la santé ne sont pas des biens qui se monnaient comme n'importe quel autre bien. C'est ainsi que parfois les usagers ont des exigences auxquelles l'hôpital ne peut répondre et ce sont souvent les équipes soignantes qui, de par leur proximité, sont les premières « incriminées ».

Le facteur humain est la principale composante d'un hôpital. Il convient de s'y attarder et plus particulièrement en ce qui concerne le corps infirmiers et les cadres de santé.

Je fais ici le choix d'aborder ces deux catégories de professionnelles, car si la première forme le noyau dur du corps soignant, la seconde est au carrefour des décisions par sa position hiérarchique et « *est partie prenante dans divers système d'action en relation les uns avec les autres* »¹¹ c'est à dire en position « de marginal sécant » tel que nous l'a décrit M.CROZIER dans la position multifonctionnelle du cadre.

Cette position à la croisée des décisions, place les cadres de santé dans une organisation dont la finalité se veut rationnelle. Or ils se retrouvent parfois en opposition avec leurs propres valeurs, tiraillés entre dilemme hiérarchique et positionnement managériale. Pourtant il est attendu d'eux qu'ils soient fédérateurs, force de propositions et particulièrement rassurants. « *L'identité subjective de l'acteur prends, par ailleurs, ses racines dans le sentiment d'identité qui donne la cohérence et*

¹⁰ Roger AÏM, l'essentiel de la théorie des organisations, l'extensoéditions, P 42

¹¹ Michel CROZIER, Erhard FRIEBERG, l'acteur et le système, Edition du seuil, 1977, P.86

l'orientation dynamique à l'être tout entier». ¹² Peu leur importe ce que peut représenter ce travail invisible de liens à tisser, à tendre et à détendre entre les différentes parties. Cela reste le leitmotiv des cadres de santé, qui veulent rendre efficace et harmoniser un « vivre ensemble » pour contribuer à la satisfaction du personnel et par conséquent, à de meilleures prestations rendues aux patients et à leurs familles.

Ce qui m'intéresse, c'est de comprendre sur quelle base le cadre de santé construit sa dynamique de groupe ?

2.2 La dynamique de groupe

C'est KURT Lewin qui, en 1944, inventa le terme de dynamique de groupe. Il base ses recherches en s'appuyant sur le modèle de l'électromagnétisme et définit le groupe comme : « *un champ de forces qui s'exercent à l'intérieur d'une zone de liberté laissée par les institutions sociales* ». ¹³ Pour lui, il existe dans les groupes des forces positives qui insuffleraient une énergie positive, et des forces négatives qui seraient au contraire des forces de rétention. Suivant les événements vécus, les unes s'opposent aux autres ce qui entraîne un déséquilibre créant ainsi une dynamique qui œuvre pour le maintien de cet équilibre. « *La dynamique des groupes est la science des lois qui relient les conduites d'un groupe au système des forces agissant en son sein* » ¹⁴. Cette dynamique dépend donc de l'interrelation des individus au sein d'un champ de force.

La somme de ces individus forme un groupe avec pour point commun des normes, des valeurs, des objectifs qui les rassemblent. « *Les conduites humaines, en effet, sont à envisager comme la résultante non seulement du champ des forces psychologiques individuelles, mais de celui des forces propres au groupe auquel l'individu appartient* » ¹⁵. Plus le groupe est « ancien » plus les forces propres au

¹² Alex MUCCHIELLI, L'IDENTITE, Que sais je ?, PUF, PARIS, 2011; 8^e édition ; P . 120

¹³ Stephane DEBROSSES, (2007), notion de groupe : la dynamique de groupe, <http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/136-notion-de-groupe-la-dynamique-de-groupe.html> consulté le 30/03/2012

¹⁴ Encyclopédia universalis, (2004) dynamique de groupe <http://1libertaire.free.fr/Dynamiquedegroupe.html> consulté le 21/12/2011

¹⁵ Ibid

groupe seront présentes. La dynamique de groupe est la résultante d'une interrelation. Mais de quel groupe parle-t-on ?

Charles Horton COOLEY (1864 – 1929) sociologue Américain, a été le premier à faire la distinction entre le groupe primaire ou restreint, et le groupe secondaire ou organisation.

2.2.1 Les groupes restreints

Le groupe primaire se caractérise selon COOLEY par : « *des relations directes de présence à présence* »¹⁶. Cette définition exclue le contexte. LEWIN, étudiera la psychologie des groupes restreints qu'il définira comme étant des groupes allant de 3 à 15 personnes avec comme caractéristique : « *permettre à chacun d'avoir une perception différenciée de chacun des autres; Des relations d'affinité (sympathie, antipathie, indifférence) s'établissent entre les membres ; la division des tâches, au sein du groupe, et la fréquence de ses réunions découlent de l'adhésion à des buts communs* »¹⁷.

Il y a là deux notions essentielles, les relations d'affinité et l'adhésion à des buts communs. En regard de ces caractéristiques, les équipes de soins s'apparentent aux groupes restreints. La notion de perception de l'autre me semble importante en ce sens où c'est en reconnaissant l'autre dans sa diversité que l'on peut potentialiser les ressources du groupe. L'adhésion a des buts communs, la dispensation de soins et la prise en charge des patients ; c'est ce qui unit très souvent les équipes de soins et qui favorise la cohésion. Le partage de ces mêmes valeurs et l'histoire du groupe induisent le sentiment d'appartenance.

2.2.2 Les groupes secondaires ou organisation

Ils sont de tailles plus importantes « *rassemblent un assez grand nombre d'individus en vue de tâches différenciées et régissent les rapports de ces individus, entre eux et par rapport à l'institution, selon des structures et des règles de fonctionnement*

¹⁶Cours de psychologie sociale DIJON, par CARNEGIE, Représentations sociales :Condition de/ notion de groupe : sentiment d'appartenance, <http://psychoweb.dnsalias.org/index.php/post/Notion-de-Groupe-%3A-Origine-du-concept> consulté le 01/04/2012

¹⁷ Ibid

préétablies »¹⁸. Ici, apparaît la notion de tâches différenciées et le rapport à l'institution selon des règles, ce qui est le cas de l'hôpital.

Pour les règles de fonctionnement préétablies, le cadre de santé a en charge de les faire appliquer. Il ne pourra cependant atteindre les objectifs attendus par l'institution, qu'en établissant une communication empathique avec son équipe ; dans le but de coordonner les actions. Ce qui me pose question ici c'est comment fait le cadre de santé pour maintenir une dynamique d'équipe dans les organisations actuelles où les objectifs ne sont pas toujours clairement définis ?

2.3 Le rôle du cadre de santé dans la dynamique de groupe

A ce jour cette fonction répond aux exigences du décret N° 2001-1375 du 31 décembre 2001, portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, et où l'article 4 stipule : « *Les agents du grade de cadre de santé exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements* »¹⁹.

Par ailleurs, la fiche métier mise en annexe V, figurant dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, donne la définition suivante de la fonction : « *Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* »²⁰.

Il y a là des termes bien définis, sur une base indéniablement rationnelle. Or si l'on s'en réfère à Henry MINTZBERG, il y aurait dans le management une part qui reviendrait à l'intuition.

En regard des travaux menés par Herbert SIMON économiste et sociologue, MINTZBERG s'accorde à dire que : « *la façon de rendre la gestion plus efficace est de coupler les processus analytiques et intuitifs* »²¹. Le cadre de santé doit à la fois décider

¹⁸ Ibid

¹⁹ <http://www.legifrance.gouv.fr>

²⁰ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr> consultée le 01/04/12

²¹ Henry MINTZBERG, *Le management Voyage au centre des organisations* ; Edition d'Organisation, deuxième édition 2011 p 87 à 140 ; p120

et agir dans son management au quotidien. Qu'est ce que le management et de quelles compétences doit-il alors faire preuve?

Le management selon MINTZBERG : « *Processus par lequel ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation, essayent de la diriger ou, du moins, de la guider dans ses activités* ». ²² Pour diriger et guider, il faut bien quelques acquis.

Jusqu'ici les compétences requises relèvent d'un savoir faire tel que le stipule la fiche métier de la fonction publique hospitalière, le cadre de santé a pour fonction, entre autre, d'animer – mobiliser et entraîner une équipe. La définition du mot animer vient du mot latin « animare » qui veut dire : « *donner du mouvement, du dynamisme à un lieu, un groupe* » ²³. Le cadre de santé veille à la satisfaction des patients quant aux prestations offertes, mais il veille également aux bonnes conditions de travail et au bien être de son équipe.

Or, rien ne figure concernant tout le travail non quantifiable et pourtant bien réalisé. Ce temps d'observation, de prises de décision pour lequel il est difficile de donner une définition. Cette part d'intuition qui relève d'automatisme et/ou de l'instinct n'est pas reconnue. Et pour cause MINTZBERG fait remarquer que : « *la plupart des psychologues, afin de se donner la crédibilité des scientifiques sérieux, ont longtemps négligé cette dernière (intuition)* » ²⁴.

Etymologiquement, l'intuition vient du mot latin « intueri », qui signifie : « *regarder attentivement à l'intérieur de soi* » ²⁵, cela sous entendrait qu'une part des décisions prises dépendrait de l'aptitude à laisser l'intuition s'exprimer?

Ce qui revient à parler de l'estime de soi, mais alors comment la développer ? C'est peut être ce que propose le concept de l'intelligence émotionnelle.

²² Ibid P14

²³ Le petit Larousse grand format, édition 1992, p71

²⁴ MINTZBERG,op.cit., p.87

²⁵ L'utilisation de l'intuition dans la prise de décision des dirigeants de PME : proposition d'une échelle de mesure multidimensionnelle, <http://www.strategie-aims.com> consulté le 01/04/12

2.4 Concept de l'intelligence émotionnelle comment l'appréhender?

L'intelligence selon le dictionnaire Larousse, est un mot dérivé du latin *intelligere* qui signifie « comprendre » et la définition est donnée comme suit : « Faculté de comprendre, de saisir par la pensée ».

Très souvent lorsque l'on parle d'intelligence, c'est le quotient intellectuel (QI) qui est sous entendu. Ce dernier se mesure par le biais de divers tests (dont Binet a été le pionnier) qui visent à mettre en évidence les possibilités, qu'ont les personnes et notamment les enfants, à comprendre.

Les tests de QI sont bien souvent basés sur la capacité de raisonnement et de logique, ce qui leur confèrent une place non négligeable notamment dans l'éducation. Or une étude faite par des chercheurs montre que le QI : « ... *ne mesure pas certaines grandeurs qui, pourtant, seraient intuitivement classées comme un facteur d'intelligence, comme la capacité à comprendre la musique, ou à percevoir les émotions des autres* »²⁶.

Cet article fait en Janvier 2010, par un chercheur Nicolas Gauvrit tente de nous démontrer que le QI ne prend pas en compte tous les champs de compétences d'un individu.

Blaise PASCAL en son temps avait écrit : « *le cœur a ses raisons que la raison ne connaît pas* ». Introduisant ainsi deux axes ; l'un évident, l'autre indémontrable répondant à l'intuition. Cette approche était spéculative car difficile à démontrer à l'époque. Aujourd'hui l'avancée technologique telle que l'imagerie par résonance magnétique et le scanner permettent de le vérifier sans pour autant accéder à la vérité absolue, puisque toute vérité est provisoire, assujettie à l'évolution et au changement.

Toutefois, ces avancées technologiques ont montré l'existence de deux cerveaux, le droit émotionnel et le gauche rationnel. Ils sont tous deux interdépendants, lorsque l'un est plus sollicité, il contrôle l'autre et vice versa. Par exemple, dans les moments de colère, la raison est dominée.

²⁶ <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1323> consulté le 04/02/2012

Le contrôle de l'émotion serait placé sous l'influence d'une partie du cerveau appelé « amygdale » qui a de nombreuses connexions avec d'autres régions du cerveau notamment le cortex préfrontal et l'hippocampe.

« L'amygdale est une structure cérébrale essentielle au décodage des émotions, et en particulier des stimulus menaçants pour l'organisme »²⁷.

Autres découvertes dues aux avancées technologiques, il s'agit des travaux du neurologue Antonio Damasio qui a démontré que les émotions étaient indispensables à la survie et qu'il existait un lien entre les facultés cognitives, émotions et prise de décision. Il le démontre principalement à partir de deux cas cliniques Phineas et Elliott. Le premier avait eu le crâne traversé par une barre de fer entraînant de graves lésions au niveau du cortex préfrontal (siège du contrôle cognitif). Il a été mis en évidence que le lien entre raison et émotion avait été endommagé, et qu'il était submergé par ses affects incontrôlés.

Pour le second, il avait une tumeur bénigne située dans la zone centrale du lobe préfrontal. Son intervention chirurgicale avait été concluante, mais pas son retour en société. Eliot a été renvoyé de son travail, il avait du mal à décider, faisait de mauvais placements en bourse, alors qu'il s'y connaissait, et il n'en était pas pour autant troublé, sa personnalité avait été affectée. Il était en mesure de connaître, mais pas de ressentir.

Le Docteur DAMASIO a démontré que l'absence d'émotions empêche d'être rationnel.

Les capacités cognitives à faire face à une situation sont en fonction des capacités de l'individu à analyser pour pouvoir agir. Les émotions ont alors une fonction de signal qu'il convient de ne pas ignorer.

2.5 Naissance de l'intelligence émotionnelle

Ce concept est né des travaux de Peter SALOVEY et John MAYER en 1990 qui donne la définition suivante : « Une forme d'intelligence qui suppose l'habilité à contrôler ses émotions et celles des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser

²⁷ L'amygdale-le cerveau à tous les niveaux, institut de recherche en santé du Canada, http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_04/i_04_cr/i_04_cr_peu/i_04_cr_peu.html consulté le 04/02/2012

cette information pour orienter ses pensées et ses actions »²⁸. Pour ces deux auteurs, l'intelligence émotionnelle est la capacité de contrôler ses émotions puis celles des autres, d'utiliser les émotions comme moyen d'information pour orienter la prise de décision.

Trois auteurs ont été précurseurs de ce concept. En 1920 THRONKINE psychologue Américain parlait d'intelligence sociale comme étant : « *la capacité d'identifier ses propres états internes motivations et comportements (ainsi que ceux des autres), et à interagir avec autrui de manière optimale sur base de ces informations* »²⁹

Définition qui se rapproche de la première citée ci-dessus. Dans cette approche, les émotions prennent un caractère d'information qui permet l'interaction avec autrui.

En 1940 WESCHLER (connu pour ses travaux sur le QI) déclare que « *l'intelligence cognitive n'explique pas toute la variance dans l'adaptation de l'être humain à son environnement* »³⁰.

En 1983 GARDNER parle d'intelligences multiples, intra personnelle et interpersonnelle.

En 1995 GOLEMAN contribue à rendre public ce concept à travers son livre intitulé « l'intelligence émotionnelle ».

En se référant aux travaux du Docteur DAMASIO et aux quelques approches sus-citées, il apparaît que les émotions sont des vecteurs d'informations. Elles permettraient à l'individu de s'adapter en fonction de leurs apparitions et du contexte dans lequel elles apparaissent. Ce qui sous entend que les émotions peuvent revêtir différentes formes suivant les situations. Cela revient à parler d'une dynamique puisqu'il y a une relation entre la situation vécue, les émotions qu'elle suscite, et les capacités d'adaptation de la personne.

Moira MIKOLAJCZAK précise que le terme d' « intelligence » est réservé aux domaines de la cognition. Elle parle alors de compétences émotionnelles et non plus

²⁸ Intelligence émotionnelle et management, Ilios KOTSOU, Groupe De Boeck, Bruxelles 1^{re} édition P.22

²⁹ Evelyne STUMPF, émotions et pratique professionnelle, <http://infolingu.univ-mlv.fr/english/Bibliographie/bodarwe.pdf> consulté le 09/03/2012

³⁰ http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/risp_emotion_08/e_stumpf.pdf consulté le 03/10/2011

d'intelligence émotionnelle. Dans ce travail les deux termes seront à lire indifféremment puisqu'il s'agit d'un seul et même concept.

2.6 L'intelligence émotionnelle

En s'appuyant sur le model de SALOVEY et MAYER :

« *L'intelligence émotionnelle se décline en quatre compétences :*

1. *La perception émotionnelle, ou habilité à percevoir et exprimer les émotions ;*
2. *L'assimilation émotionnelle, ou facilitation émotionnelle de la pensée ;*
3. *La compréhension émotionnelle, ou habilité à comprendre et raisonner au sujet d'émotions même complexes ;*
4. *La gestion des émotions, ou habilité à gérer ses émotions et celles d'autrui »³¹.*

Le premier point renvoie à la capacité à percevoir les émotions, le second à l'action de l'émotion sur la pensée, le troisième à comprendre les émotions et les utiliser pour raisonner, le quatrième consiste à la régulation de ses émotions pour augmenter son potentiel émotionnel. Ces mêmes auteurs proposent un test qui informe sur les compétences à développer.

2.6.1 L'identification des émotions

Etymologiquement le mot émotion vient du latin « *exmovere* » qui signifie : « *mouvement vers l'extérieur* »³². Ce qui sous entend que l'émotion est un état personnel qui permet un lien avec l'extérieur. Pouvoir reconnaître leurs manifestations liées à un contexte et/ou à une situation et devient ainsi un moyen d'adaptation.

Ne pas exprimer les émotions, peut engendrer des troubles. Le principal d'entre eux est appelé « alexithymie » qui du grec signifie : le « A » est privatif, « lexis » veut dire mot et « thymie » l'humeur. Ce terme a été créé par le professeur de psychiatrie SIFNEOS en 1973.

³¹ Ilios KOTSOU, Intelligence émotionnelle et management, Groupe De Boeck, Bruxelles, 2008, 1^{re} édition, 22P; 177 pages

³² Ibid 29P

M. MIKOLAJCZAK, se base sur les recherches menées par quatre chercheurs (BASTIN, TAYLOR, BAGBY, et PARKER) pour qui l'alexithymie se caractérise comme suit :

« 1- Une difficulté à identifier ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles,
2- une difficulté à exprimer les états émotionnels,
3- un mode de pensée opératoire tourné vers les aspects concrets de l'existence »³³.

C'est une notion qui est considérée comme étant un déficit émotionnel. Suivant son intensité, elle a des répercussions sur la santé et les relations sociales. Pouvant aller de la dépression en passant par des troubles de la dépendance, voire l'isolement affectif et social. Il apparaît ici l'importance que peut revêtir l'expression des émotions à la fois pour la personne et à la fois pour son entourage.

2.6.2 La dynamique des émotions

Comme nous l'avons vu dans la dynamique de groupe, il s'agit d'un équilibre entre les forces négatives et positives. En ce qui concerne les émotions, il existe également des émotions négatives et positives. En fonction de l'expression des unes ou des autres, il s'instaure une communication. Elles sont ou peuvent être contagieuses, au même titre que les forces qui s'opèrent dans la dynamique de groupe.

Souvent, les émotions traduisent notre perception, mais ce serait une erreur de ne pas prendre en considération les normes émotionnelles qu'imposent parfois la société, la culture ou la profession. Ce qui a pour conséquence, l'expression opposée de la pensée. Si l'on prend le cas de l'hôpital, il a fallu attendre 2009, avec l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier pour que soit mentionné « l'étudiant apprend à reconnaître ses émotions ... »³⁴. Jusqu'alors les émotions étaient plus souvent passées sous silence au risque de déroger à la gestion conventionnelle des émotions en rigueur.

³³ Moïra MIKOLAJCZAK , Les compétences émotionnelles, Dunod, Paris, 2009,40P

³⁴ Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, berger-levrault ; 42p

Ilios KOTSOU cite le Docteur DAMASIO pour qui : « *les émotions deviennent des sentiments à partir du moment où nous établissons cette relation de cause à effet entre les transformations de notre corps et ce qui les a suscitées* »³⁵.

Pour comprendre cette relation il semble judicieux de commencer par connaître l'émotion à travers son expression et sa régulation.

2.6.3 L'expression des émotions

Les émotions se révèlent selon diverses formes, le verbal, para verbal et le non verbal. Nous avons vu qu'elles étaient décodées dans l'amygdale mais elles s'inscrivent également dans la mémoire. C'est ce qui nous permet de les identifier parfois de manière subjective.

Moïra MIKOLAJCZAK, chercheur à la Faculté de psychologie de l'Université catholique de Louvain, s'appuie sur un chercheur suisse Klauss SCHERER qui catégorise les manifestations de l'émotion en cinq dimensions.

- 1- Les pensées suscitées par la situation, ce que provoque l'événement.
- 2- Les modifications biologiques, qui sont souvent une réaction en chaîne commençant par la stimulation de l'amygdale, puis elles sont physiologiques avec comme effet par exemple, l'accélération du rythme cardiaque et neuro-végétative qui se traduit par des sueurs et/ou palpitations.
- 3- Les tendances de l'action, souvent les émotions nous poussent à agir. Par exemple, face à la peur, une des réactions possible sera la fuite.
- 4- Les modifications expressives et comportementales, souvent spontanées, les expressions faciales et comportementales, les postures sont autant de renseignements qu'il convient d'observer car sont révélateurs, à moins que l'individu ne les dissimule.
- 5- L'expression subjective, fait appel au ressenti.

Ces cinq dimensions ne sont pas toujours de pair, mais à travers elles, le cadre de santé peut trouver des éléments d'appui dans sa relation à l'autre. Bien entendu la prise en compte d'autres facteurs est à considérer.

³⁵ Ilios KOTSOU, Intelligence émotionnelle et management, Groupe De Boeck, Bruxelles 1^{re} édition, P29, 177 pages.

Les émotions ont une fonction qui va au delà du ressenti. Elles nous permettent d'agir en fonction de ce que nous ressentons, il est nécessaire de les décoder pour pouvoir comprendre leurs présences.

M. MIKOLAJCZAK fait une différence entre l'émotion, l'humeur, l'affect et le tempérament.

- « *L'humeur : déclenchée par un élément qui n'est pas nécessairement identifiable et n'ont pas de corrélat comportemental ou physiologique.*
- *L'affect est un terme plus général reprenant à la fois les émotions et les humeurs.*
- *Le tempérament réfère à la toile de fond, l'état émotionnel de base de l'individu »³⁶*

L'intérêt de cette différence est de pouvoir repérer ce qui relève de la ponctualité et de ce qui pourrait être récurrent, pouvoir détecter ce qui relève de l'émotion et de ce qui relève de l'humeur. Connaître le tempérament de ses collègues devient un atout, car il permet de mieux adapter la communication avec la personne dans le respect de ce qu'elle est et ce qu'elle peut, c'est s'adapter à ses canaux de communications.

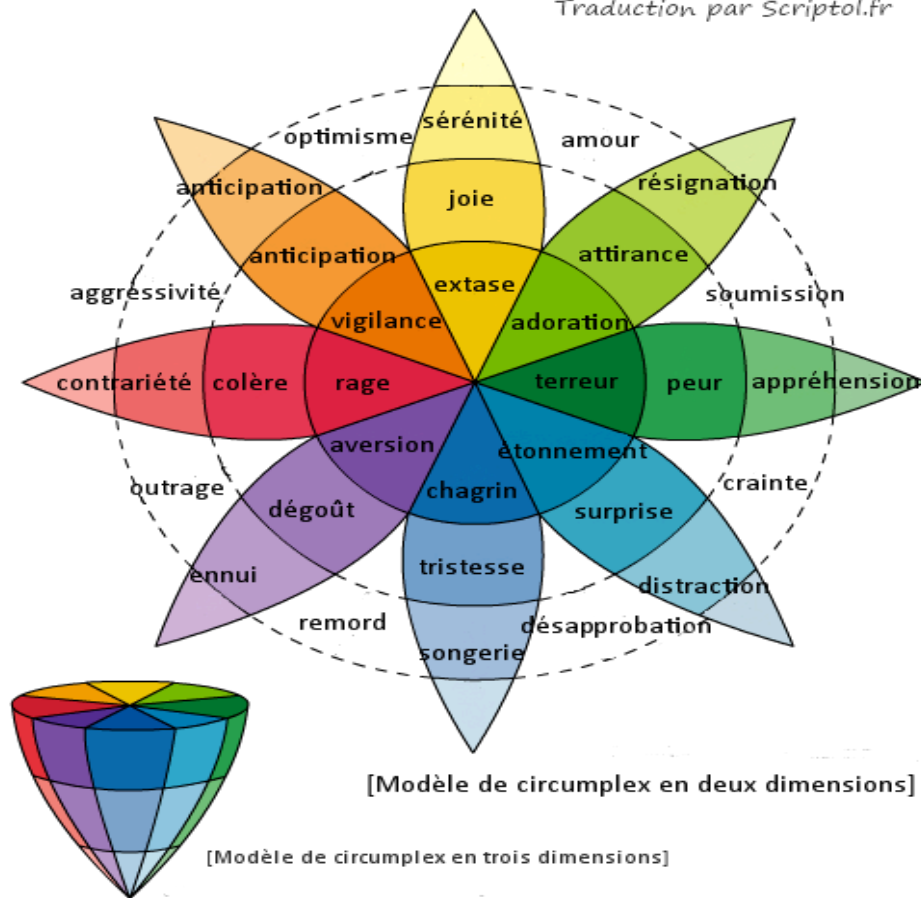
Suivant les auteurs, les émotions sont classées différemment, il sera proposé ici le modèle de PLUTCHIK psychologue Américain qui classe les émotions en deux catégories. Les primaires au nombre de 8, elles forment quatre paires opposées ; exemple à la joie s'oppose la tristesse, et les sections inférieures et supérieures reflètent le niveau d'intensité. L'émotion est représentée dans une continuité qui varie en intensité. Elles se combinent entre elles, par exemple l'anticipation et la joie donneraient comme indicateur émotionnel l'optimisme. La roue des émotions de PLUTCHIK est représentée ci dessous³⁷.

³⁶ Moïra MIKOLAJCZAK , Les compétences émotionnelles, Dunod, Paris, 2009, P16.

³⁷ <http://www.scriptol.fr/robotique/plutchik.php> consulté le 26/04/2012

Roue des émotions de Plutchik

Traduction par Scriptol.fr



Les émotions complexes doivent être décomposées en émotions de bases. Ces dernières sont souvent construites sur des expériences vécues qui restent en mémoire.

De ce catalogue des émotions, apparaissent celles qui sont négatives de celles qui sont positives.

Moïra MIKOLJCZAK parle d'outil pour mesurer l'intelligence émotionnelle, qui consiste en un questionnaire mis en annexe I. Ce test permet de mesurer les traits de personnalité, il est composé de questions simples pour lesquelles tout le monde (à l'exception des personnes psychotiques et démentes), peut répondre. Par ailleurs M. MIKOLAJCZAK et Olivier LUMINET ont mené une étude sur la gestion du stress : « les individus ayant un score d'IE-trait élevé tendent à évaluer les situations stressantes le plus souvent comme un challenge tandis que les individus ayant un score d'IE-trait

faible tendent à les évaluer comme une menace »³⁸. Ils ont démontré à travers cette étude, que les infirmières qui ont un niveau élevé d'intelligence émotionnelle étaient moins sujettes au burn out et aux plaintes somatiques. Elles géraient avec plus de facilités les situations stressantes, car elles étaient moins polarisées sur la gestion de leur propre stress.

Ce dernier pourrait servir au cadre de santé de santé, lors de recrutement, en permettant d'avoir un aperçu des compétences émotionnelles de la nouvelle recrue.

2.7 La régulation des émotions

Nous gérons tous, à des moments différents, et suivant des situations différentes, nos émotions. De l'omission à la gestion, les stratégies pour y faire face ne manquent pas.

Les émotions s'inscrivent dans notre patrimoine intellectuel suivant un code qui lui a été inculqué au travers de l'éducation (un garçon ça ne pleure pas), de la culture (une femme n'exprime pas sa colère) mais également par la profession (ne pas afficher ses émotions). De ces différents paramètres découle la gestion des émotions, du refoulement à l'expression, il existe différentes stratégies d'adaptation.

M. MIKOLAJCZAK parle de quatre types de régulation des émotions selon le modèle J.J GROSS psychologue Américain qu'il présente de la façon suivante³⁹.

	Diminuer	Augmenter
Emotion négative	Diminuer l'anxiété liée a une échéance imminente, ou la tristesse occasionnée par une rupture sentimentale, etc.	Augmenter l'expression de tristesse dans le cas des employés de pompes funèbres, etc.
Emotion positive	Masquer sa joie lorsque l'on a obtenu une promotion qu'un collègue espérait ou lorsqu'on a réussi un examen qu'un ami a raté, etc .	Essayer de profiter un maximum du dernier jour des vacances, augmenter son intérêt pour un cours, etc .

³⁸ L'effet modérateur de l'intelligence émotionnelle sur la réponse psychologique et biologique au stress http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/moira/images/pdf/Actes_EL_stress.pdf consulté le 01/05/2012

³⁹ Moïra MIKOLAJCZAK , Les compétences émotionnelles, Dunod, Paris, 2009, p 139

Pour ce psychologue, les émotions sont gérées selon deux formes. La première consiste à minimiser les émotions négatives, c'est à dire en cachant les ressentis. Ce qui est également appelé la dissonance émotionnelle, en référence aux travaux de HOCHSCHILD. La seconde en augmentant les émotions positives, c'est à dire en faisant perdurer un moment de bien être par exemple. Or, il ajoute que pour les émotions négatives il existe deux stratégies pour les réguler, la régulation a priori et la régulation a postériori.

2.7.1 La régulation a priori des émotions négatives

Elle consiste à repérer le contexte et la situation afin de « *désamorcer l'émotion avant qu'elle ne se manifeste* »⁴⁰. Il s'agit là d'anticipation c'est ce que font les cadres de santé, quand, pour préserver leurs équipes, ils repoussent à une date ultérieure une information ou un objectif, pour se donner le temps de les y préparer. *Pouvoir anticiper les émotions qu'ils vont ressentir dans différentes situations, et en tenir compte au moment de présenter une décision, facilite la régulation des émotions* »⁴¹. Or qui dit anticipation, dit incertitude et il faut tenir compte de différents biais.

Moïra MIKOLAJCZAK en distingue trois principaux :

- Le biais d'impact, l'intensité et la durée des émotions seront évalués de manière erronée en les surestimant ou en les sous-estimant.
- Le biais de projection, confondre notre ressenti à un instant « T » avec ce que suscitera réellement l'événement.
- Le biais de mémoire car cette dernière étant sélective et donc non totalement fiable.

2.7.2 La régulation a postériori des émotions négatives

Cette dernière intervient pour moduler les émotions qui ont émergé dans une situation donnée.

Certains cadres de santé préconisent de positiver les situations, mais qu'en est il lorsque le contexte ne s'y prête pas ?

⁴⁰ ibid, p156

⁴¹ ibid p 156

Ce serait à mon sens nier l'expression des émotions et donc prendre le risque que l'équipe ne se sente pas reconnue.

Une fermeture de service, où l'annonce est faite sans avoir pris le temps de préparer l'équipe, il paraît difficile de trouver des arguments positifs à ce contexte. Nous avons vu dans la dynamique de groupe que, plus le groupe est ancien, plus les forces propres au groupe seront présentes. Il y a donc de fortes chances pour que la seule chose qui soit perçue par les individus, ce soit l'éclatement de cette équipe qui signe leur appartenance professionnelle, ainsi que le sentiment de sécurité que celle-ci leur procure. Vouloir rendre rationnelles des situations en ne se basant que sur des impératifs managériaux et, en occultant les états émotionnels que cela implique, c'est ne pas mesurer l'impact sur les individus.

Pour Ilios KOTSOU « *Une fois que l'émotion est atténuée et qu'une écoute empathique a conduit à une meilleure compréhension, le cheminement vers les solutions est facilité* »⁴². C'est bien qu'il faut laisser colère et crainte s'exprimer pour pouvoir avancer, et que les émotions négatives sont aussi utiles aux managements, à condition d'avoir suffisamment d'empathie.

Rappelons que l'empathie est cette capacité à pouvoir comprendre ce que l'autre ressent sans l'éprouver soi-même. C'est ce qu'Ilios KOTSOU appelle « *le neurone miroir* ». Être à l'écoute des émotions et des besoins de l'autre permet de mieux le comprendre.

2.7.3 Les émotions positives

Ilios KOTSOU donne la définition suivante « *habilité à faire de nos émotions un point fort, à les utiliser pour être plus créatifs ou créer un environnement motivant* »⁴³. Elles sont souvent synonymes de bien-être, rendent, plus jovial, plus disponible et plus ouvert à autrui, cet altruisme se révèle fédérateur dans une équipe. Ce qui permet également d'être plus assertif.

M. MIKOLAJCZAK s'appuie sur les études de CUNNINGHAM pour dire que : « *Les personnes chez qui on a induit des émotions positives portent un intérêt plus marqué à se lancer dans un grand nombre d'activités sociales, physiques ou de*

⁴² Ilios KOTSOU, Intelligence émotionnelle et management, Groupe De Boeck, Bruxelles 1^{re} édition 200P ; p153

⁴³ *ibid*, p120

loisirs »⁴⁴. Ce qui induit une motivation et une augmentation des liens sociaux. Nous avons vu que la dynamique de groupe était la résultante d'une interrelation. Ce qui nous mène à penser qu'il existe une émotion collective.

2.7.4 Régulation des émotions et rôle du cadre

Laisser les émotions s'exprimer, c'est permettre une transparence et par la même, une meilleure cohérence. Un cadre de santé en colère qui ne l'exprime pas aura une attitude, une gestuelle, un faciès qui dénotera de son discours (si discours il y a). Cette attitude peut prêter à confusion et avoir des effets néfastes pour l'organisation et pour l'équipe.

Par ailleurs, nous avons vu que les émotions pouvaient être contagieuses, le risque est alors que cette ambiance se propage et perdure. Ce qui est générateur de stress et de démotivation avec une déferlante de comportements délétères pour l'équipe, et l'établissement.

A contrario, un cadre qui exprime clairement les raisons de sa colère aura pour effet d'harmoniser son être et son paraître, ce qui sera à la fois bénéfique pour le cadre de santé lui-même et pour son équipe. A condition que cette colère soit ponctuelle et justifiée.

Permettre une discussion avec des avis divergents a l'avantage de construire en recueillant l'avis de tous. C'est donc permettre l'expression des différentes émotions et ressentis. Il se peut là aussi que les comportements, par opposition par exemple aux décisions, aux changements etc, soient non productifs. Mais connaître l'opinion d'autrui permettra au cadre de santé d'agir.

L'authenticité dans l'expression des émotions apporte un équilibre et une confiance qui sont autant d'atouts pour le cadre de santé lui-même et pour fidéliser son équipe. Cette dernière sera plus encline à travailler dans une atmosphère où l'échange convivial et honnête est de mise.

La recherche d'une qualité de vie prime de plus en plus sur la vie professionnelle. Vouloir occulter cette donnée est à mon sens une erreur car le cadre de santé doit prendre en compte cette mutation pour reconnaître l'individu dans sa singularité. Par ailleurs, nous avons vu que l'identité était à la fois personnelle, mais

⁴⁴ Moïra MIKOLJCZAK , Les compétences émotionnelles, Dunod, Paris, 2009 ; p 197

également, sociale et relationnelle. Il y va de même pour l'émotion, elle est, et nous l'avons vu, multifactorielle voire multidimensionnelle.

2.7.5 Conclusion du cadre théorique

Nous avons vu que l'individu se construit selon deux axes. : L'un personnel d'ordre génétique, l'autre est social et relationnel.

L'équipe de soins est un groupe primaire où règne une interdépendance entre ses membres. Cette équipe s'inscrit dans un hôpital qui lui, est un groupe secondaire avec des règles et des répartitions de tâches pour assurer son fonctionnement. Le cadre de par son rôle d'interface entre toutes les instances trouve ici toute sa place.

Le contexte social actuel implique des modifications qui impactent sur les individus et qui, par voie de conséquences, se répercutent sur les équipes que les cadres de santé ont à manager. De ces impacts, découlent des comportements qui se traduisent par l'expression, ou pas, d'émotions.

Ce cadre conceptuel m'a permis de découvrir comment « lire » une émotion, l'importance de la reconnaître et de l'exprimer; ce que pouvait apporter sa gestion en terme de dynamique de groupe.

Si l'on en croit les différents auteurs, le cadre de santé étant au cœur de ces interrelations de par sa place de « marginal sécant », aurait tout intérêt à ne pas occulter cette part émotionnelle. En l'exprimant, cela lui permettrait de se faire reconnaître.

Le « pouvoir » de ces émotions et leurs impacts restent encore à mesurer.

A ce stade de mon travail, j'ai souhaité aller recueillir l'avis de professionnels sur le terrain afin de comprendre leur façon de faire et leurs points de vue à ce sujet.

3 L'ENQUETE de terrain

3.1 Méthodologie

Je me suis posée différentes questions.

Tout d'abord, le choix du terrain, Public, Privé ?

Après réflexion, l'expression des émotions s'exprime autant dans le public que dans le privé .J'optais donc pour des demandes de RDV sans distinction pour ce domaine.

Ensuite quel corps ? Aide soignant ? Infirmier ? Cadre de santé ? Cadre supérieur ? Directeur des soins ? Mon sujet portant sur le management et les « éléments » à prendre en compte pour manager, il m'a paru plus judicieux d'interroger la filière cadre.

3.2 L'outil de l'enquête

J'ai fait le choix pour une enquête qualitative avec des entretiens semi-directifs.

Mon sujet traitant des émotions, il me semblait plus pertinent de rencontrer les acteurs de terrain. L'intérêt premier étant de pouvoir recueillir leurs propos de manière spontanée, de favoriser l'échange et ce qui pouvait se dégager en terme d'émotions.

Les entretiens permettent de poser des questions ouvertes, qui offrent le libre choix des réponses qui font la particularité de chacun. C'est pourquoi les questions n'ont pas toujours été posées ni dans le même ordre, ni tout à fait de la même manière.

Cette méthode permet d'étayer certaines réponses, ou à l'inverse de recentrer plus facilement sur le sujet. Ce qui représente un avantage précieux que n'offre pas le questionnaire. Par contre l'analyse est plus complexe qu'un questionnaire en ce sens où il faut établir des liens en ce qui les rassemble.

3.3 Elaboration de la grille d'entretien

Me destinant à la fonction cadre au terme de cette formation, l'intérêt premier de ces entretiens, était de recueillir l'avis de professionnels confirmés. La place

laissée à la compétence émotionnelle, sa plus value pour le cadre de santé dans le contexte politique et socio-économique actuel.

Sous la guidance de mon directeur de mémoire, la grille d'entretien a été élaborée. Le choix des questions a été d'abord dans un souci de clarté afin de ne pas induire de réponses. Il fallait qu'elles soient en adéquation avec le thème de ce mémoire, et qu'elles puissent répondre à mon hypothèse qui était :

En s'attardant à reconnaître ses propres émotions le cadre de santé aurait une meilleure perception des émotions d'autrui. Cela permettrait de mieux comprendre ce qui impacte sur les comportements de chacun, et ainsi donc, de favoriser le développement d'une meilleure cohésion d'équipe.

Mon directeur de mémoire m'a aidé dans le choix des mots et a validé la grille d'entretien qui est en annexe II.

Avant de les réaliser sur le terrain, j'ai testé la grille auprès de deux étudiantes de la promotion.

Cette grille est organisée autour de trois thèmes :

1. La crise identitaire
2. La dynamique de groupe
3. Le concept de l'intelligence émotionnelle

Les thèmes comprennent chacun trois à quatre questions. Des questions de relances étaient prévues mais n'ont pas été utilisées.

3.4 Choix du terrain et des personnes

En accord avec mon directeur de mémoire j'ai mené six entretiens, auprès de trois cadres supérieurs de santé et de trois cadres de santé de proximité. Deux directeurs de soins avaient donné leur accord, mais faute de temps (de par leur emploi du temps) les entretiens n'ont pu avoir lieu.

Afin de ne pas être partie prenante, ou d'induire des biais par mon vécu lors de l'analyse, j'ai préféré ne pas mener d'entretiens dans mon établissement de référence. Les premières réponses positives pour un entretien, ont été d'un établissement privé d'intérêt collectif ainsi que d'un établissement de l'assistance publique des hôpitaux de Paris. C'est ainsi que ces deux types d'établissements ont été retenus. Ce qui n'a nullement posé soucis pour l'analyse.

La prise de contact s'est faite par courrier électronique en déclinant mon identité et mes coordonnées, mon IFCS d'appartenance. Le sujet du mémoire présenté suivant les thèmes principaux : la crise identitaire, la dynamique et l'intelligence émotionnelle. Le temps approximatif de l'entretien (45 mn) et le choix d'enregistrement avec principe de confidentialité. Des cadres de santé ont renvoyé un email me demandant de les contacter par téléphone, d'autres m'ont appelé pour fixer un RDV.

3.5 Les limites et points forts de l'enquête

Consciente du nombre restreint d'entretiens, l'analyse ne peut être considérée comme étant un résultat absolu à la signification exhaustive.

Le terme d'intelligence émotionnelle a parfois suscité de l'appréhension, ce qui m'a valu 3 refus.

En point fort, c'est avant tout la qualité et la richesse des échanges. Un personnel qui, bien que parfois, « dépité, suivant les sujets abordés » reste motivé pour leurs équipes et les patients.

3.6 Méthodologie durant les entretiens

Les entretiens se sont tous déroulés dans des endroits calmes.

Afin de recueillir les informations spontanément, les questions n'ont pas été transmises à l'avance. Chose qu'auraient souhaité trois cadres.

Les questions n'ont pas forcément été posées dans le même ordre car parfois les réponses étaient données en amont. La grille n'a donc pas toujours été respectée.

Après avoir réalisé deux entretiens, il m'a paru plus simple de décomposer le concept de l'intelligence émotionnelle selon le model de SALOVEY et MAYER avant de demander s'ils connaissaient ce concept. L'idée étant de faire voir ce que ce concept pouvait apporter de plus pour le management des cadres de santé.

3.7 Présentation des professionnels interrogés

	Cadre1	Cadre2	Cadre3	Cadre4	Cadre5	Cadre6
Services	Médecine	Psychiatrie	Chirurgie	Consultation Hématologie	Hôpital de jour Hématologie	Maternité
Age	59 ans	/	54 ans	55 ans	56 ans	45 ans
Ancienneté infirmière	8 ans	16 ans	23 ans	12 ans	8 ans	12 ans
Ancienneté cadre de santé	3 ans	15ans	1 ans	16 ans	28 ans	4 ans
Ancienneté cadre de santé supérieur	19 ans	5 ans	12 ans	/	/	/
Type d'établissement	ESPIC	ESPIC	ESPIC	Hôpital public	Hôpital public	Hôpital public
Durée de l'entretien	1H20	1h35	1h10	55MN	1h20	1h20

La population ciblée, a une ancienneté de cadre de santé, allant 4 à 28 ans dans la fonction, avec une diversité dans leurs parcours professionnel. Ils ont donc tous assez de recul pour apporter des avis objectifs sur le sujet traité.

Les cadres supérieurs interrogés ont tous une fonction de proximité, et les réponses données ne diffèrent pas des cadres de proximité. Les réponses seront donc traitées en même temps. Pour plus de clarté, ils seront appelés ; Cadre 1, Cadre 2, Cadre 3, Cadre 4, Cadre 5, et Cadre 6.

3.8 Méthodologie de l'analyse catégorielle

Bien que les questions n'ont pas été posées dans le même sens pendant les entretiens, le fait d'avoir élaboré la grille suivant trois thèmes a été aidant pour l'analyse.

Comme cela nous a été enseigné au cours de notre formation, au moment de la relecture, j'ai regroupé en unité de sens pour cibler les idées principales, les idées secondaires et les écarts par rapport aux réponses attendues. Ces données ont été

synthétisées sous forme de tableaux mis en annexe III. Deux tableaux par thème, l'un avec les mots clés caractérisants l'item, et l'autre, avec les mots clés représentant l'impact sur le management, voire les solutions possibles.

Ce qui a permis de recenser de façon un peu plus précise les idées principales et de les comptabiliser. Puis, je les ai restituées sous forme de diagrammes en barre, qui malgré le petit effectif, reste approprié pour des données qualitatives. Les données formulées sous forme de diagramme sont à titre visuel, et ne représentent pas de valeurs statistiques.

L'objectif étant de vérifier mon hypothèse qui est, je le rappelle : En s'attardant à reconnaître ses propres émotions, le cadre de santé aurait une meilleure perception des émotions d'autrui. Cela permettrait de mieux comprendre ce qui impacte sur les comportements de chacun, et ainsi donc, de favoriser le développement d'une meilleure cohésion d'équipe. Ce qui représenterait une plus value.

4 Interprétation et analyse des entretiens

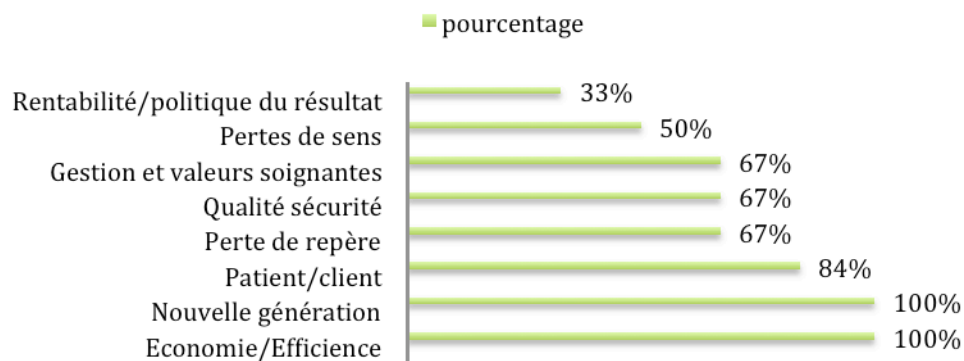
L'interprétation est en regard de chaque pourcentage calculé sur le nombre de réponses données spontanément par les cadres. Exemple sur 6 cadres, deux, ont parlé spontanément de la rentabilité et de la politique de résultat, ce qui fait un total de trente trois pour cent). L'analyse sera faite en mettant en lien ces résultats avec le cadre conceptuel présenté en première partie.

4.1 L'organisation managériale et la crise identitaire

4.1.1 Idées principales retenues justifiant la crise identitaire

L'ensemble des cadres interrogés s'accorde à dire que l'hôpital traverse une crise identitaire.

idées principales retenues justifiant la crise identitaire à l'hôpital



4.1.1.1 Les causes majoritaires sont, selon les cadres :

L'économie et l'efficience

Elle induit les contraintes budgétaires et les restrictions auxquelles il a fallu faire face presque du jour au lendemain.

Comme le dit le Cadre 2 : « La souffrance des soignants étaient perceptibles parce qu'il a fallu revoir les organisations avec diminution de personnel et cela s'est fait très brutalement,... sans la moindre explication ou préparation ».

Le cadre 3, le perçoit comme un manque de reconnaissance : « on a l'impression de ne pas être compris, eux (l'administration) ont un discours économique, avec des nombres, des ratios qui sont, ...Comment dire,... imperméables ».

Le cadre 1 dit : « il y avait quand même une éthique de soins soignante. A l'heure actuelle il y a un démantèlement de tout cela et maintenant on ne parle que de la rationalisation et de la logique économique ».

La notion d'efficience a été abordée par tous les cadres qui admettent le fait de devoir intégrer la notion du moindre coût. Tous regrettent que les choses n'aient pas été anticipées dans les organisations et dans tout autre changement que cette notion a induit.

Le manque de reconnaissance dont témoignent les cadres se traduit par une souffrance en lien avec cette dichotomie imposée par la rationalité du système et le prendre soin. Il s'agit d'un changement radical dans la culture soignante qui ne se fait pas sans heurt.

Deux cadres ont abordé la rentabilité

Le cadre 1 : « *maintenant, je pense qu'on a encore ça entre les médecins et les soignants, mais d'un côté les médecins se sentent forcés avec une logique de rentabilité, d'activité qui vraiment, leur met la pression* ».

Le cadre 4 : « *Eux (les médecins), il faut qu'ils soient rentables, il faut qu'ils fassent du chiffre* ».

En ce qui concerne la nouvelle donne générationnelle :

Le cadre 1 précise que la loi sur les 35h a contribué à cet individualisme « *les gens ne pensent plus qu'à poser leurs jours.... La vie privée a pris le dessus* ».

A ce sujet, les cadres 6 et 2 ont tous deux émis leurs craintes quant aux nouveaux diplômés qui vont arriver.

Le cadre 6 « *nous manquons de personnels dans les services comment les encadrer correctement, comment cela va se passer avec les nouveaux diplômés qui n'ont pas reçu la même formation ?* ».

Le cadre 2 « *l'individualisme l'emporte sur le collectif...., nous avons une nouvelle génération qui arrive avec une transition quasiment nulle.*»

Les cadres 4 et 5 sont toutes les deux, dans des services où ne sont admis que des soignants ayant au minimum trois ans d'ancienneté.

Le cadre 4 : « *Elles ont déjà une expérience professionnelle quand elles arrivent ici il faut avoir trois ans de diplôme minimum, c'est dans les comportements que ça change. Elles sont plus individualistes, elles changent au même titre que la société change* ». Il l'impute plus à un phénomène social. L'individu est vu ici sous un angle plus large que la sphère professionnelle.

Ce qui a été le plus souvent mis en exergue, c'est un individualisme croissant et un rapport au travail qui n'est plus le même, tant dans l'esprit d'équipe, que dans la relation aux patients. Cet aspect est vécu comme une crainte quant à la perte de savoir et de savoir faire principalement.

Le patient

Cinq cadres sur six ont parlé des exigences des patients. Pour certains c'est vis-à-vis du personnel et pour d'autres, c'est vis-à-vis de l'institution.

Le cadre 2 l'aborde plus en terme de représentations de l'hôpital qui ne correspondent plus aux attentes du patient. « *Les représentations de l'hôpital ne sont plus les mêmes, la gratuité disparaît, les durées de séjours diminuent* ». Il est vrai que les transformations organisationnelles que subit l'hôpital modifient les « habitudes » des patients. Eux aussi lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, se retrouvent confrontés entre leurs représentations et une réalité qu'ils ne percevaient peut être pas vraiment.

Vis-à-vis du patient aussi, il faut faire face à une mutation, comme le témoigne le cadre 6 « *son positionnement face aux soins a changé il a des exigences* ».

Entre gestion médicale et valeur soignante

Il y a une incompréhension qui s'accompagne d'une souffrance face aux nouveaux modes d'organisations. Les cadres y font face avec en plus, un positionnement d'interface entre administration, équipe médicale et équipe soignante.

Le cadre 4 fait remarquer qu'ils ne sont plus consultés pour les décisions : « *les médecins s'appuyaient sur les cadres pour prendre des décisions, maintenant ça ne se fait plus* ».

Le cadre 3 « *l'activité, elle est médicale que ce soit médecin ou chirurgien, les soignants eux ils sont là dans un service, mais ils ne produisent rien du tout...* ».

On ressent ici à la fois une perte de pouvoir décisionnel, et par conséquent d'action dans l'organisation. Il s'installe alors une dichotomie entre le sommet hiérarchique et le centre opérationnel avec une majoration du cloisonnement entre le monde médical et paramédical.

Le cadre 1 précise qu'il y a un durcissement des relations entre les médecins et les équipes soignantes. Les uns étant dans une logique d'activité/ rentabilité, et les soignants dans une logique de qualité /sécurité à laquelle ils ne peuvent plus répondre.

Une enquête menée par l'ordre des infirmiers va en ce sens. C'est bien que le malaise ressenti à ce sujet est général sur le territoire.

Pour le Cadre 3 « *Au niveau crise identitaire, on est l'interface entre les équipes (médicales et soignantes) et l'administration, on est vraiment malmené par moment. On se sent un peu tout seul à défendre ce en quoi on croit, puisqu'on est de formation infirmière* ».

Faisant ici référence aux valeurs soignantes, nous voyons là tout ce que peut représenter le monde des finances par rapport au monde soignant.

Les répercussions se retrouvent dans la perte de repères, la perte de sens.

Pour le cadre 3, cette perte de sens est principalement due à un manque de cohésion dans le corps cadre « *chacun donne le sens qu'il veut à ce qu'il fait* ».

Le cadre 4 l'explique en ces termes : « *Les décisions sont prises, les projets sont lancés, nous ne sommes même plus au courant, tu te demandes à quoi tu sers ? Si, tu sers à ramasser après coup, mais que veux tu ? Plus personne n'ose dire NON* ».

Le cadre 2 : « *Difficile de trouver un équilibre entre ce que nous avons connu et ce que l'on vit* ».

Le cadre 1 : « *Notre logique c'est de prendre soin, tandis que là, la logique médicale est sous une pression de rentabilité* ».

Une forme de souffrance et de nostalgie transperce à travers ces quelques verbatims, avec un manque de reconnaissance et de visibilité, à laquelle vient s'ajouter, peut être pas une perte de valeurs, mais dans tous les cas une modification des valeurs.

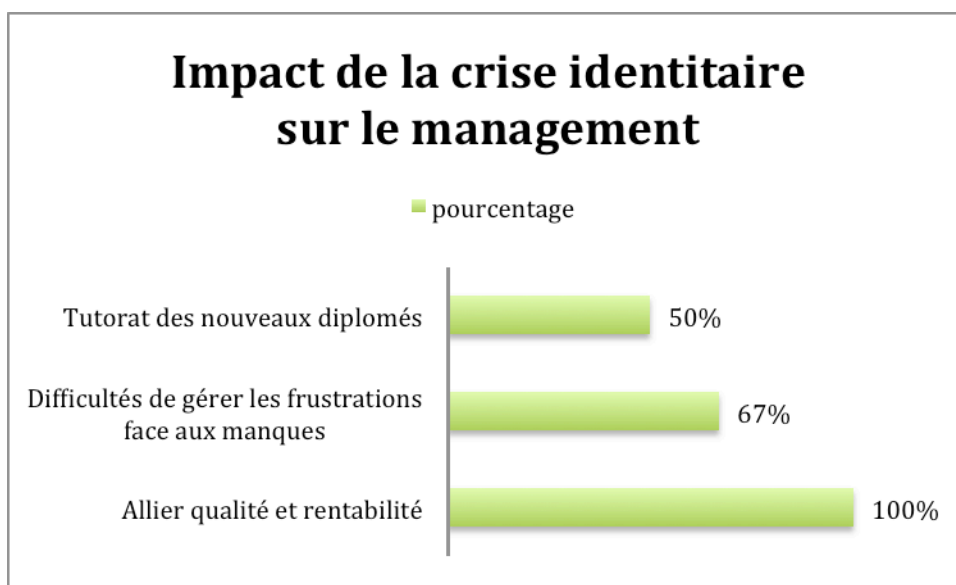
Pour ce qui est de la qualité

Le Cadre 3 résume ce que les trois autres cadres ont exprimés à ce sujet : « La T2A a créé un gouffre. Les médecins sont beaucoup plus proches de leurs secrétaires que de leurs équipes soignantes ». Et elle ajoute : « *Quand la T2A arrive, on vous explique que les salaires représentent 70% du budget, qu'il faut revoir les effectifs,une infirmière pour dix à onze patients. Je pense que les équipes deviennent hostiles dès lors que ça impacte la qualité, elles mettent en avant la sécurité en disant qu'elles ne sont pas assez nombreuses pour assurer la prise en charge de tant de patients* ».

Il y a plusieurs facteurs de causalité à cette crise identitaire et à la définition de la modernité de SCHUMPETER, donné dans le cadre conceptuel, C.DUBARD précise que : « *cette modernité pose problème....sans doute parce qu'elle semble plus destructrice que créatrice, plus incontrôlable que maîtrisée, plus dangereuse que*

prometteuse »⁴⁵. Quoiqu'il en soit, il faut faire face, et tous les cadres interrogés, à un moment ou à un autre, ont signalé que leur intérêt était avant tout que le patient soit correctement pris en charge. C'est bien que cette valeur du « prendre soin » garde toute sa primauté.

4.1.2 Impact de la crise identitaire sur le management



4.1.2.1 En quoi la crise identitaire impacte le management ?

Nous pouvons constater que le critère de **la qualité et la sécurité** n'apparaît pas spontanément dans les idées principales mais est tout de même à 67%. Alors qu'à gérer, elle représente une difficulté reconnue par tous.

Le cadre 1 précise : « *Ils traversent une crise identitaire, ..., parce qu'il y a une évolution de toute la société. Forcément, l'hôpital n'est pas en dehors de ces changements là* ».

Le cadre 5 : « *L'hôpital est devenu une entreprise et le malade est devenu client. Le patient vient pour ses soins, il n'a aucune patience et porte plainte à la moindre occasion* ». Pour ce cadre c'est la notion d'impératif et d'intolérance qui lui est difficile, mais elle rajoute sur un ton enthousiaste : « *Mais quelque part, ça nous a obligé à expliquer plus ce que l'on fait* »

⁴⁵ Claude DUDAR, La crise des identités, presse universitaire de France, 2010 ; 4^e édition, P99

Cadre 4 « *les équipes sont fatiguées et n'ont plus envie de s'investir, les 35 h c'est bien mais pour qu'ils prennent tous leurs jours, c'est difficile. Les effectifs au lieu d'être augmentés, ils ont été revus à la baisse !* ».

La gestion du personnel devient compliquée quand celui-ci se fait rare. La qualité et la sécurité, bien qu'ils soient des enjeux majeurs, ils deviennent de plus en plus difficiles à assurer.

A ce sujet, une enquête a été menée au niveau national par l'ordre des infirmiers en date du 11 avril 2012. Elle met en évidence ce problème de qualité et de sécurité des soins. Le personnel paramédical, n'arrive pas à se faire entendre. Cette enquête stipule entre autre que : « *Près d'un infirmier sur deux estime ne pas pouvoir assurer une sécurité des soins optimale à ses patients en regard de ses conditions* »⁴⁶.

4.1.2.2 Quels sont leurs moyens d'actions ?

Pour le Cadre 2 « *il faut donner du sens à ce que l'on fait en lien avec les restrictions* » il ajoute « *Quand vous avez une équipe qui change d'un seul coup il faut assurer une transmission des savoirs, là c'est faire en sorte que les deux générations se rencontrent pour le partage des valeurs* ».

Cadre 1 : « *s'il y a des médecins qui ont une entrée, il faut quitter la réunion, s'occuper du patient ... Il faut aller tout de suite à la priorité, au plus vite, ... au fond les soignants sont là pour soigner, on a choisi ça. Mais revenons à l'essentiel qu'est ce qu'on peut faire pour que les patients soient le mieux soignés* ».

Cadre 4 : « *On se débrouille avec ce qu'il reste, mais jusqu'à quand ?* ».

Le Cadre 3 déplore le manque de communication en ces termes : « *Les cadres sont des personnes sensées qui ont de bonnes idées, de bonnes perceptions organisationnelles et qui sont un peu dérangeants parce qu'ils parlent qualité, charge de travail. Ils ne parlent pas que chiffres et ça dérange, donc on évite qu'il y ait un collectif* ».

La crise identitaire est multifacette, elle est gérée au mieux par chacun et toujours dans l'intérêt du patient. Les uns font attention aux demandes qu'ils formulent, les autres font en sorte de ne pas « surajouter » des tâches

⁴⁶ Ordre national des infirmiers <http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites/articles/les-infirmiers-alertent-les-pouvoirs-publics-et-les-candidats-a-lelection-presidentielle-sur-la-qualite-et-la-securite-des-soins-a-lhopital.html>

supplémentaires. Le malaise et le mal être est perceptible. En termes d'émotions, les différents éléments cités précédemment, sont autant de raisons pour les faire naître.

Pourtant, la crise identitaire que traverse l'hôpital n'est pas niée par les autorités hiérarchiques, comme il est permis de le constater ne serait ce qu'à travers les deux textes qui suivent.

Dans le rapport de SINGLY de 2009 nous pouvons trouver entre autres recommandations, celle-ci : « Proposition n°14 : inclure dans le référentiel de certification de la Haute Autorité en Santé un item sur l'implication des cadres hospitaliers dans les processus de décision »⁴⁷. Proposition éloquente au vu du contexte actuel. Par ailleurs la loi HPST du 21 juillet 2009 son titre II est intitulé : Amélioration de l'accès à des soins de qualité. Ce qui ressort de ces entretiens, c'est la difficulté et parfois l'incapacité d'honorer cette demande.

Cadre 1 : « quand il y a douze à quinze entrées, on n'a pas le temps de figoler ».

Cadre 4 : « On va à l'essentiel ! »

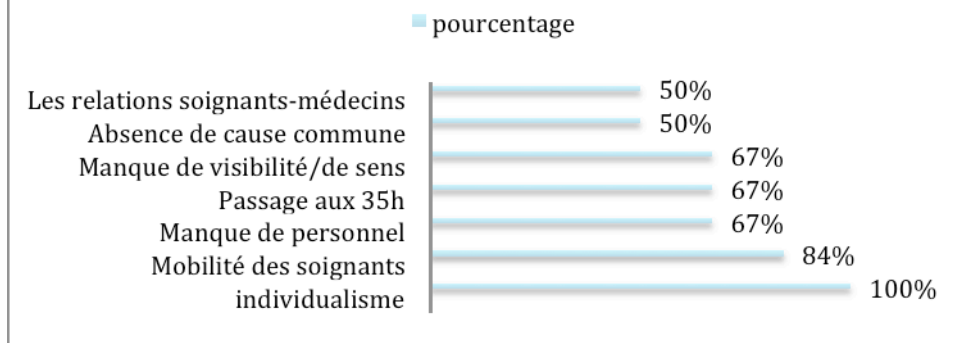
Non pas que la qualité soit synonyme de figolage, mais la prise en charge globale du patient est quelque chose à laquelle les soignants tiennent. Ne plus pouvoir y faire face s'apparente à une prise en charge inachevée, ce qui entraîne une insatisfaction du travail accompli. Pour le soignant la qualité n'y est plus.

4.2 Le management et la dynamique de groupe

4.2.1 Idées principales retenues, qui modifient la dynamique de groupe

⁴²Rapport de SINGLY : http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/images/pdf/CADRE/rapport_chantal_de_singly.pdf

Idées principales retenues, qui modifient la dynamique de groupe



L'individualisme

Il a été abordé par tous les cadres, pour certains il serait dû au trente cinq heures. C'est ce que précise le cadre 1 « *Ils ne pensent plus qu'à poser leurs jours de congés* ».

Pour d'autres il serait le résultat d'un fait sociétal, ou encore un fait générationnel, comme vu précédemment.

La mobilité

Elle a été abordée par cinq cadres. Aucun ne la voyait sous l'angle du partage et pour cause, cette mobilité ne fait pas appel à l'épanouissement professionnel puisqu'il s'agit de remplacements à un instant « T » de manière impromptue. C'est à dire, ne mobilise que les compétences basiques communes à tous les services.

Le cadre 1 : « *c'est à dire une IDE arrive, prend ses transmissions, puis on l'envoie dans un autre service ! On s'en fiche de l'infirmière et ça c'est ce qui est devenu le plus dur dans mon métier* ».

Cette mobilité au pied levé a une autre conséquence que le cadre 4 relève comme suit : « *la mobilité et le turnover, rien de tel pour casser une dynamique d'équipe* ».

Pour K.LEWIN, « *le groupe est un tout, il ne se réduit pas à la somme de ses individus* »⁴⁸, sont sous entendues ici les valeurs propres au groupe, ses représentations, ses règles de fonctionnement. Toutes ses caractéristiques qui font que les individus se reconnaissent et s'identifient à ce groupe qui est sécurisant et structurant.

Manque de personnel

Il se répercute sur les équipes mais également sur les cadres qui régulièrement doivent user de stratagèmes pour que le travail soit fait.

Le cadre 1 fait apparaître la sécurité que peut procurer un groupe en disant « *Elles ont du mal à aller travailler dans d'autres services, mais il faut dire que j'en ai vu commencer la journée et qu'on envoyait dans un autre service en milieu de matinée* », il ajoute « *On m'a demandé de faire les plannings avec tant de personnes en réduisant le temps de travail. Sans créer de poste* ».

Cadre 2 « *On a lissé les plannings sans aucune autre compensation* ».

Cadre 4 : « *Les équipes sont fatiguées de remplacer* ».

Trente cinq heures

Les trente cinq heures ont eu un côté bénéfique pour les équipes.

Cadre 5 précise : « *Les 35h ont apporté plus de confort pour les soignants, cela a favorisé la cohésion de l'équipe par une meilleur disponibilité dans le service* ». Ce même cadre à ajouter « *Notre effectif est correct, nous nous sentons un peu privilégiés c'est vrai. Il n'y a qu'en période de vacances où c'est un peu plus tendu, on ne va pas se plaindre* ». Un effectif correct serait il devenu un privilège ?

La cadre 6 déplore le manque d'information « *Quand la communication passe par les syndicats et les agents, et que toi tu es la dernière informée en termes de crédibilité et de gestion du management, ça devient compliqué* ».

La décision de mise en application des 35h avec l'idée de flexibilité et de création d'emploi, n'a pas tout à fait été suivie comme nous pouvons le constater.

⁴⁸Encyclopédia universalis, 2004,dynamique de groupe

<http://libertaire.free.fr/Dynamiquedegroupe.html>

Pour autant, nous voyons là, que la valeur qui réunit le plus le corps soignant, c'est la qualité et la sécurité avec comme point d'ancrage le patient.

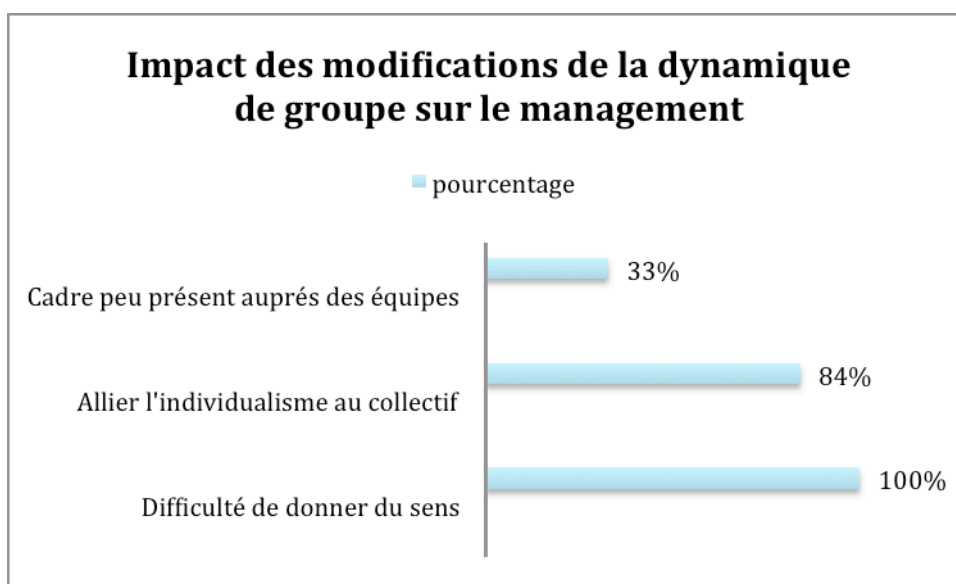
La relation médecins - soignants

Le cadre 4 sur un ton désappointé dit: « *Les médecins ne connaissent même pas les infirmières qui sont pourtant là depuis longtemps. C'est un service de consultations mais tout de même...ils ne disent parfois même pas bonjour !* ». Il ne s'agit pas que de reconnaissance, mais aussi de respect.

Le cadre 1 : «*Mon objectif de cadre, c'était d'harmoniser les relations entre les groupes soignants et médicaux, mais ça c'est durci parce qu'on est de plus en plus séparé* »

Pour le cadre 5, les infirmières sont mieux considérées par les médecins :« *les choses ont évolué, l'avis des infirmières est davantage pris en compte* ». Il y a là une notion de considération, salvatrice sûrement, et non négligeable en termes de reconnaissance. Force est de constater qu'au-delà du contexte environnemental, la relation à autrui est personne dépendante.

4.2.2 Quelles répercussions sur le management ?



4.2.2.1 Les points évoqués par les cadres

Tous les cadres ont évoqué la difficulté à donner du sens par manque de visibilité et donc, la difficulté de se projeter.

Le cadre 3 estime qu'il n'y a plus le même rapport à la hiérarchie : « *il y a trente six ans, quand j'ai commencé, on sentait une vraie hiérarchie qui passait par l'encadrement et aujourd'hui, j'ai l'impression qu'il n'y en a plus et qu'il y a plein de choses qui se délitent* ». Il introduit ici la notion de normes, de règles, qui relie également les individus au sein d'un groupe. Ce rapport à la hiérarchie, est considéré comme étant une entrave à la cohésion et à l'esprit d'équipe.

Le cadre 6 : « *Un individu ne peut être bien que quand les objectifs sont clairs* ». Il faut pouvoir s'adapter au contexte du moment.

Le cadre 1 aborde le sujet en ces termes : « *La posture que j'ai, c'est de vivre le moment présent, mais ça ne va pas impacter sur l'évolution de l'hôpital* ». Il choisit un management au jour le jour.

L'individualisme bien que présent pour tous les cadres, tous ne le traitent pas. Ce qui peut s'expliquer par un certain fatalisme, comme faisant partie intégrante de la nouvelle donne générationnelle ; ou par un manque de temps de la part des cadres. Pour le cadre 4 : « *la conscience professionnelle existe toujours, mais il n'y a plus de cohésion. C'est difficile de créer un esprit d'équipe* ».

En revanche, cet individualisme ne touche pas que les équipes soignantes, il se retrouve également dans le corps cadre, comme en témoigne le cadre 3 : « *on n'a pas de collectif, parce qu'on n'a pas la même vision des choses, on n'a pas les mêmes intérêts, on n'a pas ... On est de plus en plus seul. Chacun se concentre sur les valeurs de son métier* ». Elle rajoute, « *Chacun va chercher du sens à ce qu'il fait, mais collectivement je n'en suis pas certaine* ».

Les Cadre 4 et 1 ont tous deux relevé le fait d'avoir de plus en plus de tâches administratives et de réunions.

« *Aujourd'hui on passe notre temps sur ordinateur, c'est autant de temps que nous ne passons pas avec les équipes* ».

« *On a des indicateurs à remplir, ça nous prend plus de temps que d'être auprès des patients et apporter une réponse humaine. C'est là ou je dis que la logique économique a pris le dessus* ».

Nous avons vu dans le cadre conceptuel que : « *la dynamique des groupes est la science des lois qui relie les conduites d'un groupe au système des forces agissant en son sein* ». Or, nous voyons que le manque de visibilité empêche la projection et par

voie de conséquence, représente une entrave à l'élaboration de projet et donc, la planification d'objectifs. Si chacun met le sens qu'il veut en amont, et que l'individualisme l'emporte en aval, nous pouvons comprendre que la cohésion ne soit pas de mise dans un tel contexte.

4.2.2.2 Leurs moyens d'actions

Le cadre 6 dit : *« J'utilise les audits qualité comme moyen de fédérer. Tous ces outils qui sont vécus comme du « flicage », c'est à nous de les rendre attrayants en prouvant leurs intérêts ».*

Ce cadre adapte son management, en familiarisant son équipe avec ce qui est vécu comme n'appartenant pas à la culture soignante. Cette approche peut modifier les représentations et favoriser ainsi, l'intégration de nouveaux modes de fonctionnements.

Le cadre 2 *« Il faut regarder comment le groupe fonctionne. Il faut ramener au milieu de tout cela l'intérêt du collectif et du groupe ; finalement les gens finissent par s'apaiser, mais il n'est pas question de changer les caractères »*, il ajoute *« Pour fédérer il faut créer des temps d'échanges par exemple sur des cas clinique, les gens se sont retrouvés dans le partage de sens autour du patient ».*

Selon ce cadre, il faut partir de l'existant des interactions à l'intérieur du groupe en respectant le « caractère » de chacun, et en prenant comme point d'encrage le patient.

C'est également ce que fait le cadre 1: *« Il faut au moins répondre aux besoins de reconnaissance de la personne au travail pour une meilleure qualité de soins pour le patient ».*

A ces propos peuvent être rajoutés ceux du cadre 3 lorsqu'il dit : *« cette santé qui a un coût, pour lequel on va devoir faire des économies, je pense que c'est notre rôle d'expliquer, d'accompagner, tout en expliquant les valeurs en lesquelles on croit. Le rôle du cadre est foncièrement là ».*

Axel HONNETH, philosophe et sociologue Allemand, distingue trois sphères de reconnaissance nécessaires à la réalisation de soi.

« -La première est la sphère de l'amour qui se rapporte aux liens affectifs unissant une personne à un groupe restreint.

-La seconde est celle juridico-politique du droit : c'est parce qu'un individu est reconnu comme sujet de droits et de devoirs, qu'il peut comprendre ses actes comme une manifestation, respectée par tous, de sa propre autonomie.

-La troisième est celle de la solidarité »⁴⁹.

Si la première sphère se rapproche de la définition de K.LEWIN du groupe restreint avec cette notion de lien qui unit, la deuxième sphère fait penser à ce que disait le cadre 3 concernant le rapport à la hiérarchie. Ces normes qui balisent, qui à la fois contiennent et à la fois permettent une marge de manœuvre.

C'est ce que nous expliquent M. CROZIER et E. FRIEDBERG lorsqu'ils abordent les jeux de pouvoir et les zones d'incertitudes. Selon eux, c'est à travers ces dernières que l'individu développe son autonomie et donc ses relations à l'autre dans l'organisation. Ils précisent : *« Les membres d'une organisation ne sont pas attachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose »⁵⁰*. Ces jeux représentent les interactions et les interdépendances qui constituent la vie d'un groupe.

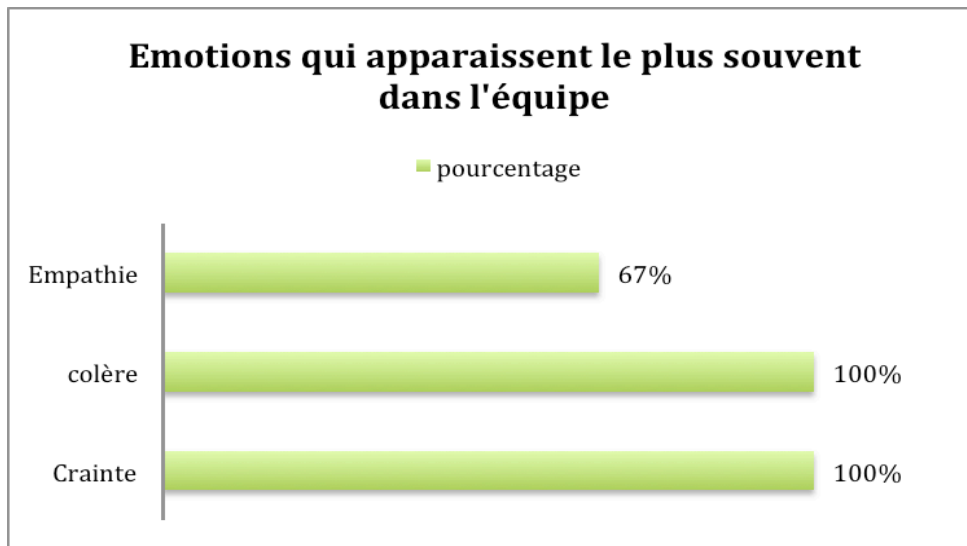
Ce qui amène à la troisième sphère de HONNETH c'est à dire la solidarité.

Le cadre 5 a fait remarquer que son équipe faisait des repas de temps en temps au restaurant, que parfois elle l'invitait et que ça contribuait à l'esprit d'équipe et à la solidarité.

4.3 Les émotions qui apparaissent dans vos équipes de soins

⁴⁹ HONNETH et l'expérience sociale de la dépossession de soi, <http://www.implications-philosophiques.org/ethique-et-politique/philosophie-politique/honneth-et-l'experience-sociale-de-la-depossession-de-soi/>

⁵⁰ Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, L'acteur et le système, Editions du seuil, 1977, p 386



Les notions de crainte et de colère ont été abordées en regard du contexte actuel. La colère par le manque d'effectif, les remplacements dans les autres services, le manque de reconnaissance de la part du personnel médical. Cette colère a été entendue par les cadres de santé, qui eux ont montré une mine désemparée en en parlant. Comprenant à la fois les enjeux économiques, et à la fois les équipes tout en regrettant de ne pas être entendu.

Par ailleurs les cadres eux mêmes éprouvent une colère quant aux manques de communication et de considération, dont ils se sentent « victimes » comme en témoignent ces quelques exemples :

Le cadre 1 : « *Enfin voilà, je ne demande pas le tapis rouge, mais on ne sait plus rien* ».

La crainte, est plus en regard du manque de stabilité. Elle peut être exprimée et être de degrés différents, qui vont de la crainte d'aller remplacer dans un autre service, à la perte de son emploi.

Cadre 1 en parlant de la fonction cadre dit : « *On est en mutation il se passe plein de choses ce n'est pas bien défini, du coup ça malmène tellement les gens qu'ils ne savent même pas si le lendemain leur poste existera* ». Apparaît ici une incertitude qui n'existait pas dans le monde hospitalier « La perte de l'emploi ».

Le Cadre 3 « *On ne sait pas de quoi demain sera fait* ».

Les incertitudes liées au changement d'organisation ne sont pas anodines et ont fait l'objet d'études, afin de comprendre les réactions des individus durant ces périodes.

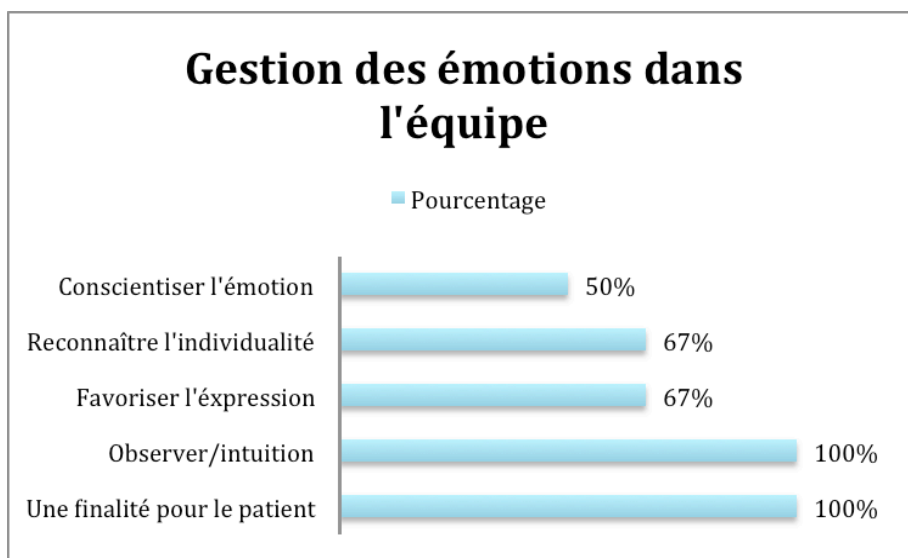
Pour K. LEWIN, le changement suit un cheminement caractérisé par trois phases: la décristallisation, le déplacement et la recristallisation.

- La décristallisation, période durant laquelle sont remis en question les perceptions, les habitudes et les comportements. C'est le moment où il faut s'adapter, sans avoir vraiment pris conscience du changement. Il se caractérise par une réticence et/ou un refus de toutes propositions car cela implique l'abandon d'habitudes au profit d'autres.
- Le déplacement, serait le moment de transition où il y a une initiation aux nouveaux modes de fonctionnement. Phase qui correspond à tester, voire adopter de nouvelles façons de faire.
- La recristallisation, correspond à l'intégration des nouveaux comportements et attitudes qu'impose la situation. Les nouveaux comportements et attitudes redeviennent des habitudes.

Ces notions sont, à mon sens, importantes à connaître, elles permettent de comprendre en fonction de la situation, les comportements du moment. Et pouvoir ainsi mieux adapter le management.

Par ailleurs, qui dit changement, dit rupture avec un état antérieur. La rupture entraîne un deuil qui selon KÜBBLER ROSS se décompose en cinq phases : le refus – l'irritation – le marchandage – la dépression et l'acceptation. Cette colère et cette crainte pourraient être expliquées en regard de la deuxième phase « l'irritation ». Ce qui sous-entend qu'il y a encore du chemin à faire avant d'atteindre l'acceptation.

4.4 La gestion des émotions dans l'équipe par le cadre de santé



Tout au long des entretiens et, comme certains exemples cités nous le montrent, les cadres ont dit recentrer leurs actions autour du patient il est ainsi, le premier élément fédérateur d'une équipe.

Le deuxième élément qui leur permet de gérer les émotions c'est l'observation.

Cadre 4 : « Mon management est à l'instinct, j'observe et je suis disponible. »

Cadre 3 : « On s'adapte au quotidien, on fait en sorte que le climat soit paisible pour que les équipes travaillent dans un climat apaisé, serein et ne voient pas trop les difficultés ».

Cette observation est avant tout pour repérer les situations mais pas pour intervenir systématiquement.

Cadre 4 : « Faut pas toujours intervenir, faut les laisser aussi se gérer. Nous avons une communication fluide, mon bureau est toujours ouvert. Il faut être attentif, une personne qui va mal, travaille mal, et ça peut être délétère ».

Il apparaît ici, la dimension de la performance au travail.

Cadre 6 : « Le suivi individualisé est indispensable pour les connaître, ensuite il y a la gestion au quotidien. Faut observer, si au bout du deuxième jour je vois que ça ne va toujours pas, je tends une perche, mais je ne force pas la main. Si ça impacte sur le travail, là oui, j'interviens ».

Nous voyons là que l'émotion dégagee, qui se traduit par, « ...je vois que ça ne va toujours pas », fait de l'émotion un moyen de communication. Le repérer et le prendre en compte, témoigne d'une régulation a posteriori.

Cadre 5 : « Je les écoute, et puis je les connais, et j'arrive à ressentir quand quelque chose ne va pas. Elles ont confiance en moi et me confient beaucoup de choses ça leur permet de mettre des mots sur ce qu'elles vivent, surtout quand nous avons beaucoup de décès. Parfois c'est difficile, ce sont des patients qui sont suivis pour de longue durée souvent ».

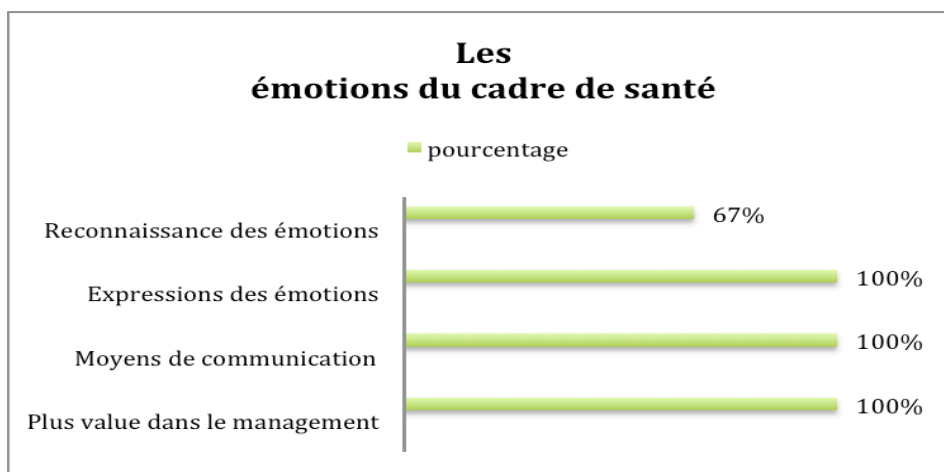
Cadre 4 : « Je n'interviens jamais à chaud, souvent le lendemain et avec humour quand c'est possible, en plus, ça permet à chacun de réfléchir ».

Cette réflexion est effectivement nécessaire pour conscientiser l'émotion, afin que les manifestations physiologiques s'estompent.

La gestion des émotions est propre à chacun et n'obéit pas à une règle stricte, mais elles font partie du quotidien des cadres. Les moyens sont diversifiés pour

favoriser l'expression de ses dernières, toujours avec pudeur et respect ; de manière subtile sans vouloir être intrusif. C'est aussi ça reconnaître l'individualité.

4.4.1 Les émotions du cadre de santé



Les cadres ont dit exprimer leurs émotions auprès de l'équipe quand il le fallait.

Cadre 6 : « *Moi aussi ça m'arrive de ne pas être en forme pour X ou Y raisons. Eh bien je leur dis, et au moins ça évite les mauvaises interprétations, comme « elle est en colère, qu'est ce qu'on a fait ? »* ». En posant les choses, ce cadre préserve un certain équilibre relationnel du groupe. Il s'agit là d'une régulation a priori puisqu'elle relève les faits afin d'éviter une tension qui pourrait être néfaste.

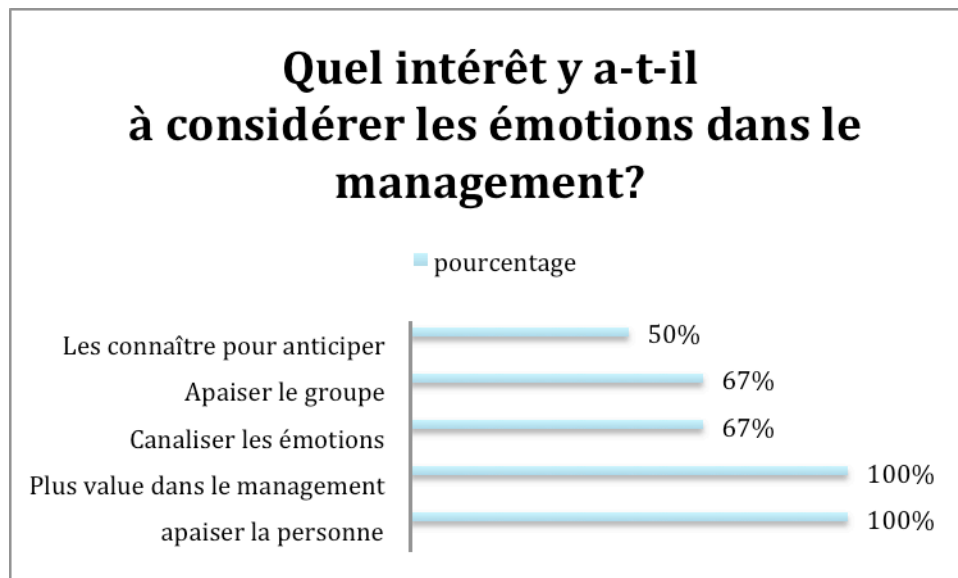
Tous ont reconnu que le fait d'exprimer leurs émotions permettait d'assainir le climat, voire d'instaurer une confiance. Cadre 1 : « *dès fois, je suis moi-même déstabilisé, alors je vais voir les soignants et je me défoule en discutant avec eux* ». Il ajoute : « *Il faut gérer les émotions, parce que parfois une personne, peut mettre un climat émotionnel en vrac, ça c'est dur, parce que le cadre est là pour gérer l'ambiance mais ce n'est pas non plus « Zorro ». S'il y a une personne très négative dans le groupe, il est obligé de composer avec elle. On peut trouver des remparts mais souvent la personne s'exclue ou est exclue. Le groupe au début soutient puis ensuite finit par l'écarter* ».

Ce que pointe ici ce cadre, M. MIKOLAJCZAK en parle en faisant référence aux travaux de HOCHSCHILD concernant l'expression d'émotions non ressenties appelée également la dissonance émotionnelle. C'est cette différence qu'il peut exister entre

une émotion ressentie et l'émotion « affichée ». Le cadre 3 en parle très bien : « *on met des couches successives de masques, de temps en temps, on en enlève un. Les émotions étaient circonscrites, suivant aussi l'éducation reçue, etc... c'est en lien avec plein de choses fondamentales* ».

L'authenticité est quelque chose de fondamentale dans le management comme dans toutes relations d'ailleurs. A mon sens, elle permet d'instaurer une confiance.

4.4.2 Quel intérêt y a-t-il à considérer les émotions dans le management ?



Pour assurer autant que possible un climat paisible, tous s'accordent à dire qu'exprimer et repérer les émotions représente une plus value dans le management.

Pour le cadre 5 : « *Surtout dans les pathologies lourdes, c'est important d'avoir un bon relationnel entre nous, et ça passe par l'expression de plein de choses pas toujours agréables, mais il faut que ça sorte .Les patients reviennent souvent, c'est un vrai plus pour eux. Ils reviennent confiants et le disent* ».

Cadre 2 : *On n'a pas besoin de grand-chose pour voir que quelque chose ne va pas, il suffit d'observer et de le dire à la personne. C'est lui montrer qu'on lui porte un intérêt, lui dire qu'on est là sans l'obliger à parler. Je suis convaincu, avec le temps et l'expérience, que ça permet à l'autre d'être plus attentif au patient* ».

Cadre 6 « Par exemple, les nouvelles diplômées qui ne peuvent pas entendre qu'elles ont des difficultés. *On se retrouve parfois à gérer des hystéries collectives, on a des équipes, il faut éviter ces situations, on analyse, on adapte, on tamponne* ».

4.4.3 Connaissez-vous le concept d'intelligence émotionnelle ?

Trois cadres en avaient vaguement entendu parler, les trois autres ne le connaissaient pas. Il est difficile de dire que ceux qui en avait entendu parlé avait un management plus efficace ou différent. Cependant, tous étaient convaincus que la gestion des émotions avait une plus value dans le management, pour la dynamique d'équipe et pour le patient.

4.5 L'intelligence émotionnelle au service de l'équipe soignante

Des divers entretiens réalisés, il s'est avéré que la gestion des émotions était en fonction des personnes et du contexte.

Le cadre a divers moyens pour repérer les jeux et les enjeux qui s'opèrent, et qui lui sont nécessaires pour manager au quotidien. L'observation, la communication verbale et non verbale, les échanges formels et informels, sont autant de moyens pour repérer et analyser ce qui se joue à un instant « T ». Tous les différents échanges qu'il entretient avec son équipe, lui permettent d'établir une relation.

Pour aborder concrètement ce sous-titre, je l'illustrerai par un petit cas concret relaté par le cadre 6.

« J'avais une infirmière très appréciée de l'équipe, très compétente, elle avait 20 ans d'ancienneté dans le service. Pour des raisons qui lui étaient personnelles, elle était moins performante, arrivait en retard ou ne venait pas. L'équipe avec qui elle partageait beaucoup, connaissait son histoire et l'avait un peu prise en « pitié ». L'équipe compensait en se répartissant son travail.

Je savais que ça ne durerait pas et que l'équipe finirait par s'épuiser, mais je savais aussi la place qu'elle occupait dans l'équipe.

Je l'ai incité à aller voir un médecin, car ça n'allait pas bien et je ne pouvais attendre qu'une erreur soit commise. Elle refusait de s'arrêter prétextant ruminer encore plus chez elle. Je ne voulais donc pas lui demander de rester chez elle, ce qui aurait eu des conséquences sur son moral et sur celui de l'équipe qui lui était très attachée.

Régulièrement j'avais des mises au point avec elle. Mon but était de lui faire comprendre qu'elle n'éprouvait plus de plaisir à venir travailler et que peut être aller dans une autre équipe qui ne connaissait pas son histoire, lui serait plus bénéfique. Non pas pour ne plus partager mais pour pouvoir partager d'autres choses. Cela lui permettrait de tourner une page, alors qu'ici trop de personnes peuvent la lui rappeler. Chose qu'elle a fini par comprendre. J'ai commencé par lui faire faire des remplacements dans d'autres services pour qu'elle puisse identifier celui qui lui conviendrait le mieux. Ce qui a créé un léger désaccord avec mon cadre supérieur qui aurait souhaité que j'aie plus vite pour la changer de service. Mes arguments ont été entendus et j'ai pu lui laisser le temps de faire son choix. Une fois qu'il y a eu un poste vacant dans le service qu'elle désirait, le changement s'est fait et c'est elle qui a annoncé son départ à l'équipe. Aujourd'hui, elle va beaucoup mieux. De temps en temps elle revient nous voir et est volontaire pour venir remplacer lorsque nous avons un besoin ».

4.6 Analyse du cas selon le modèle de SALOVEY et MAYER

Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, ce modèle se décline en quatre compétences.

4.6.1 La perception émotionnelle

La première compétence, est la capacité à reconnaître ses émotions et à les exprimer. L'infirmière est ancienne dans l'équipe et possède des compétences reconnues par son cadre et par ses collègues. C'est ce qui lui vaut la solidarité de ses collègues qui suppléent ses absences et ses retards en se partageant son travail. Nous retrouvons ici la troisième sphère de la reconnaissance décrite par HONNETH.

Elle partage son histoire avec ses collègues qui la prennent en pitié. Ce qui témoigne de sa capacité à exprimer ses émotions.

De son côté, la cadre de santé perçoit le mal être de l'infirmière, et en discute avec elle faisant ici preuve d'habileté en identifiant les émotions d'autrui et en s'entretenant avec elle.

4.6.2 L'assimilation émotionnelle

La cadre de santé fait comprendre à l'infirmière son manque de plaisir à venir travailler, et l'intérêt à recommencer dans un autre service. La nouvelle équipe ne connaissant pas son histoire, ne pourrait pas la lui rappeler. Cette dernière après

l'avoir compris a été partie prenante pour son changement de service. C'est parce que la cadre de santé a pris le temps de discuter avec l'infirmière des différents enjeux que celle-ci a pu comprendre.

4.6.3 La compréhension émotionnelle

L'infirmière était moins performante, et occasionnait une surcharge de travail pour le reste de l'équipe qui assurait ses « tâches ». La cadre de santé aurait pu écouter son cadre supérieur et faire un changement de service plus rapidement. Or elle savait que l'équipe lui était attachée, et qu'il y avait un double enjeu. A la fois pour l'infirmière qui aurait pu le prendre pour une sanction et pour l'équipe qui l'aurait vécu comme une injustice.

Par ailleurs, il lui fallait faire quelque chose, avant que l'infirmière ne commette une erreur, et avant que l'équipe s'épuise.

La cadre de santé a pris en compte les émotions de l'infirmière et de l'équipe ; et a mesuré les causes et les conséquences que cela pouvait engendrer.

4.6.4 La gestion des émotions

La cadre de santé a géré sur plusieurs plans :

- Avec l'infirmière en prenant le temps de lui expliquer et être ainsi acteur de son changement
- Avec l'équipe, car si l'infirmière était partie cela aurait déstabilisé l'équipe. Il s'agit d'une ancienne infirmière de l'équipe, appréciée par ses pairs, nous pouvons penser qu'elle est porteuse aussi de l'histoire de cette équipe, avec tout ce que cela peut représenter en termes de culture, valeurs et de transmissions, de savoirs et savoir faire.
- Avec son cadre supérieur à qui il a fallu qu'elle justifie ce temps nécessaire pour que le déroulement des choses soit plus serein.

En revanche, si le cadre supérieur avait sommé son changement sans plus attendre, il va de soi que les tensions émotionnelles auraient été de mises.

4.7 Ce concept permet-il d'améliorer la performance ?

Ce cadre a fait preuve, à mon sens, d'intelligence émotionnelle en prenant une décision après avoir mesurer les risques et les avantages que pouvait engendrer le

départ inopiné de cette infirmière. C'est ce que nous avons vu dans la régulation a priori des émotions. Au final, cette infirmière a pu s'investir ailleurs.

N'ayant pas trouvé d'hôpitaux où la formation sur l'intelligence émotionnelle était proposée, j'ai donc cherché des articles. Une étude a été menée dans une équipe de soins en 2010 par J.QUOIDBACH chercheur en psychologie à l'université de LIEGE et M. HANSENNE Docteur et professeur en psychologie. Ils ont démontré que la performance au travail dans les équipes de soins tenait à la régulation des émotions positives : « *les résultats de notre étude laissent apparaître une corrélation positive significative entre la moyenne des équipes en matière de régulation des émotions et la qualité des soins* »⁵¹.

Ils mettaient toutefois en garde contre des formations qui ne se limitaient qu'à repérer et prendre en compte les émotions d'autrui sans apprendre à les réguler.

Par ailleurs, nous avons vu dans le cadre conceptuel, l'étude menée par M. MIKOLAJCZAK et O.LUMINET le lien entre le niveau de compétence émotionnelle et la gestion du stress.

4.8 Peut-on développer l'intelligence émotionnelle ?

M.MIKOLAJCZAK, préconise « *la politique à petit pas* »,⁵² partant du principe que le changement doit se faire progressivement dans le temps.

La cadre de santé s'est basée sur l'émotion que représente le « plaisir et le partage au travail », pour expliquer à l'infirmière le bénéfice qu'elle aurait en allant travailler dans un autre service. Cette conscientisation de son émotion, a fait que l'infirmière a été actrice de son changement. Le temps qui lui a été imparti, lui a permis de cheminer.

Le cadre supérieur qui voulait accélérer le départ était dans la réaction, le cadre de santé était dans l'action en donnant du temps. Se pose alors les jeux de pouvoirs et d'intérêts. La cadre de santé a mesuré le risque que ça pouvait engendrer sur l'infirmière et sur la dynamique de groupe. La cadre de santé supérieur a changé

⁵¹ Gérer les émotions pour des équipes de soins plus cohésives et performantes
<http://www.hospitals.be/pdf/vol8n3p32.pdf> consulté le 17/05/2012

⁵² Moïra MIKOLAJCZAK, Les compétences émotionnelles, Dunod, Paris, 2009 ; p252

d'avis parce qu'elle a pu et su écouter. Nous voyons là toute l'importance de la communication.

L'intelligence émotionnelle et la compétence émotionnelle ne font qu'un. Or pour développer une compétence, il faut avant tout que la personne soit partie prenante et c'est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de développement personnel. La compétence pourrait, à elle seule, être traitée comme sujet de mémoire.

Le cadre 6 ne connaissait pas le concept de l'intelligence émotionnelle, c'est bien qu'il existe un capital propre à la personne et qui au gré de chacun peut être développé à condition de le vouloir et de le pouvoir.

4.9 Synthèse de l'analyse et retour sur l'hypothèse

Cette analyse croisée avec le cadre conceptuel, montre que la crise identitaire est multifactorielle. Elle n'est pas sans conséquence sur la dynamique du groupe et sur le management.

Par les responsabilités que leur incombe leur fonction, les cadres de santé développent des stratégies d'adaptation principalement en regard de ces trois axes :

- L'organisation
- Les interactions entre les individus
- L'individu

Les réponses qu'ils souhaitent apporter, sont en faveur d'une cohésion et d'un bien être au travail pour leurs équipes, avec comme finalité, la qualité et la sécurité des soins.

Force est de constater qu'eux-mêmes sont en souffrance, ils témoignent entre autre d'un sentiment d'impuissance, et de manque de reconnaissance. Leur pouvoir décisionnel s'est amoindri, ils se retrouvent confrontés à une réalité quotidienne difficile à gérer. De surcroît, il existe un manque de visibilité avec lequel il leur est difficile de donner du sens. Chacun adopte alors une gestion qui lui est propre. Ce qui me pose question : est ce que les projets de soins déclinés par les directeurs de soins ne sont plus à même d'assurer cette cohésion ?

Les cadres de santé assurent au quotidien leur fonction, avec pour souci majeur le patient, qui est au final l'acteur fédérateur.

A première vue, en lisant l'analyse, donner du sens est une des grandes difficultés qui rend le management difficile. C'est peut être aussi la reconstruction

d'une culture, la prise en compte de besoins émergents, qui sont générateurs d'autant d'incompréhensions simultanées. Nous savons que le changement était source d'angoisses puisqu'il représente une rupture, un deuil. Et comme pour tout deuil, il faut du temps, celui de la reconstruction. Il me paraît difficile de concevoir le management sans prendre en considération les trois axes cités en début de paragraphe.

L'enquête a montré que les émotions étaient, latentes ou patentées, selon les capacités de la personne à les gérer. Mais au delà de les exprimer, c'est surtout leur régulation qui est importante. Les cadres rencontrés, n'avaient pas bénéficié de formation sur l'intelligence émotionnelle. Pour autant, les émotions n'étaient pas taboues ou mises de côté, bien au contraire. Tous les géraient, et le cas concret utilisé dans l'analyse, illustre assez bien à mon sens, en quoi l'intelligence émotionnelle est un atout pour le cadre de santé, pour l'équipe qu'il manage, et pour l'institution. L'hypothèse de départ qui était : « En s'attardant à reconnaître ses propres émotions, le cadre de santé aurait une meilleure perception des émotions d'autrui. Cela permettrait de mieux comprendre ce qui impacte sur les comportements de chacun, et ainsi donc, de favoriser le développement d'une meilleure cohésion d'équipe. Ce qui représenterait une plus value », me semble être vérifiée.

5 Limites du travail

J'ai rencontré des difficultés pour définir le contexte. Partir de la restructuration ? Du changement ? L'un faisait appel à l'autre mais ce n'était pas exactement ce dont je voulais parler. Mon premier questionnement portait, sur les moyens dont disposaient les cadres pour soutenir leurs équipes, dans le contexte instable que je connaissais ? Le concept de l'intelligence émotionnelle qui m'avait aidé durant mon année de faisant fonction était-il vraiment intéressant ou n'était ce qu'une lubie passagère à laquelle j'avais succombée ?

Sous la guidance de mon directeur de mémoire, j'ai établi un plan qui a mis en exergue les différents concepts à développer.

Pour chaque concept, il a fallu faire des choix aux dépens d'autres, pour rester suffisamment cohérente avec l'ensemble du sujet choisi. Il persiste tout de même le sentiment d'avoir été superficielle et pour cause, toutes les lectures

abordées ouvraient sur d'autres réflexions intéressantes auxquelles je n'avais pas pensé. Suis-je hors sujet ?

Les entretiens ont très vite remédié à ce questionnement. La rencontre avec les professionnels de terrain m'a prouvé que mes représentations de départ, étaient partagées par tous quelque soit l'institution. Mon sujet n'était pas une utopie, croiser la théorie avec leurs doutes, réflexions, et analyses, m'a permis de reconfigurer ma vision et mes attentes professionnelles.

6 Perspectives professionnelles

L'hôpital n'en est pas à sa première mutation, si l'on reprend son histoire à travers le temps le constat se fait aisément. La culture soignante y a évolué peut être pas au même rythme, mais en tous les cas, elle n'a pas stagné.

Les valeurs et la culture sont des facteurs qui influent l'adhésion ou pas du corps qu'elles représentent. Notre culture soignante est en reconstruction, nous y avons tous notre part de responsabilité.

6.1 Organisation ou réorganisation ?

Commencer par observer l'organisation de l'institution. Sa politique managériale, la place qu'elle accorde au cadre, les liens transversaux inhérents à la fonction. Il me paraît judicieux de repérer l'activité réelle du cadre dans l'institution. Quelles sont les attentes de celle-ci, et quel est son degré de cloisonnement.

Pouvoir partir de l'existant avec comme devise : « intuition oui, illusion non ». Donc, identifier rapidement ce que je vais devoir développer en termes de compétences pour pouvoir m'adapter et être disponible efficacement.

Le décalage entre le prescrit et le réel, nous l'avons vu, est source de souffrance. Pourtant c'est inéluctable en ces temps d'incertitude. Se dire je veux des objectifs clairs, oui, mais ne nous leurrions pas, les institutions elles mêmes sont dans le tâtonnement.

Pouvoir créer un collectif cadre avec une véritable cohésion. Ce qui pourrait permettre de fédérer autour de valeurs communes.

6.2 La gestion du collectif

Ce dernier s'inscrit dans un savoir et un savoir-faire qu'il a choisi et que le contexte modifie. Le temps d'adaptation aux nouveaux modes émergents, est source d'angoisse et d'instabilité. Cela ébranle la vie du groupe.

Fédérer en développant une communication fluide, sur des temps formels et informels me paraît nécessaire. Nous avons vu que les cadres exprimaient leurs ressentis, pour éviter de mauvaises interprétations ; les équipes soignantes en ont tout autant besoin. Parfois, elles ont juste envi d'exprimer une insatisfaction qu'il convient d'écouter et d'entendre. Sans pour autant attendre de réponses, elles connaissent le contexte, mais pouvoir échanger sur les modes de fonctionnements, envisagés ou à envisager, reste un moyen qui invite à l'investissement personnel.

Revaloriser par le travail bien fait est également source de reconnaissance, tout comme il est important de réajuster quand c'est nécessaire.

6.3 Rationalité et émotion

Au terme de ce travail, il me semble difficile d'envisager l'un sans l'autre. Les raisons qu'impose le système ne laissent pas indemnes les organisations et les individus qui les composent.

Parallèlement, les émotions débordantes ou mal gérées, engendrent des dysfonctionnements délétères pour l'individu, pour le groupe dont il est issu et pour l'organisation dont il fait partie.

Pour autant il convient d'éviter le risque de sombrer dans une dimension affective qui n'est nullement propice au travail. Il est parfois difficile de reconnaître la frontière entre l'émotion et la manipulation.

Envisager une formation concernant l'intelligence émotionnelle semblerait opportun. Bien entendu plusieurs conditions doivent être réunies, à commencer par la volonté de l'institution d'investir dans une telle formation. Il faudra alors argumenter le bien-fondé de celle-ci, le coût d'opportunité et les avantages au long cours.

L'adhésion de la personne à vouloir développer sa compétence émotionnelle est indispensable.

Dans la fiche métier cadre, une des activités est la gestion et le développement personnel. Il est désormais possible de s'appuyer sur le décret 20011-2014 du 30

décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Ce texte pourra être un argument supplémentaire.

CONCLUSION

La composante humaine qui caractérise l'hôpital ne peut être occultée au profit d'une idéologie économique.

Certes, des efforts doivent être entrepris pour que notre grande institution perdure, mais pas au détriment de l'éthique soignante.

Il n'est pas question de revendiquer pour revendiquer, mais d'être suffisamment précis, sur ce en quoi nous ne dérogerons pas.

Accompagner le changement n'est pas nouveau, l'hôpital a évolué dans ses pratiques et dans ses valeurs, comme en témoigne son passé. Mais vouloir maintenir un fonctionnement qui ne correspond plus aux besoins et aux moyens serait une utopie. Pour y faire face, différents paradigmes sont à repenser, à redéfinir, à reconstruire. C'est le cas des organisations, des métiers, de notre culture.

Le cadre de santé de par sa position « centrale » peut, être force de proposition, parce qu'il est au plus proche des patients, des équipes soignantes, des médecins... et au cœur de l'organisation, encore faut-il qu'il soit entendu.

C'est une des raisons pour laquelle, le corps cadre doit se former pour ériger à l'unisson sa fonction, ses missions, ses valeurs. D'abord pour asseoir une légitimité qui lui est due, mais qui en réalité, est bien souvent bafouée. Ensuite, parce qu'il est le vecteur de transmission, de l'information, des savoirs, des décisions.

Aujourd'hui, il s'agit, pour ce collectif cadre, d'être partie prenante des changements qui s'opèrent. Se focaliser uniquement sur les gestions, les organisations, les bilans d'activités, sans prendre en compte l'individu serait réducteur, ce qui n'est d'ailleurs pas le cas. Les cadres témoignent d'un mal être, et ne sont pas dupes de celui de leurs équipes. Ils font en sorte d'y remédier et les émotions font partie de leurs moyens d'évaluations.

Cette dimension que peut apporter l'intelligence émotionnelle est à intégrer dans nos pratiques. Elle ne représente pas à elle seule la clé de voûte du management, mais l'ignorer, c'est accepter de se priver d'une compétence capable de corrélérer la raison et l'émotion.

A tout bien y réfléchir, l'intelligence émotionnelle, s'inscrit dans les niveaux d'exigences et d'obligation de résultats, car une fois l'émotion exprimée, la personne est plus encline à se concentrer sur ses missions et donc plus efficace et plus rentable.

Le concept est alors au service de l'efficience tout en développant un humanisme. Ou bien, doit-on laisser le monde de la santé être gouverné par des normes économiques au risque de voir apparaître une déshumanisation ?

Bibliographie

Roger AÏM, l'essentiel de la théorie des organisations, lextensoéditions, 5^e édition , 2012, 142p

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, L'acteur et le système, Editions du seuil, 1977, 386 p

- ✚ Chapitre III : L'analyse stratégique des systèmes d'action comme démarche sociologique P252 - 288
- ✚ Chapitre V : Le changement comme phénomène systémique p 375 - 466

Claude DUDAR, La crise des identités, presse universitaire de France, 2010 ; 4^eédition,228 P

- ✚ Chapitre I Dynamiques historiques des formes identitaires
- ✚ Chapitre III la crise des identités professionnelles
- ✚ Chapitre V Construction et crises de l'identité personnelle

Alex MUCCHIELLI, L'IDENTITE, Que sais je ?,PUF, PARIS, 2011; 8^eédition

Ilios KOTSOU, Intelligence émotionnelle et management, Groupe De Boeck, Bruxelles 1^{re} édition 200P

Henry MINTZBERG, Le management Voyage au centre des organisations ; Edition d'Organisation, deuxième édition 2011, 703P.

- ✚ Chapitre I La profession manager p21 - 177

Moïra MIKOLJCZAK, Les compétences émotionnelles, Dunod, Paris, 2009, 308P.

Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, berger-levrault.

SITOGRAPHIE

- ✓ Claudie RAMOND, (2002), 11p
<http://www.quintessence-coaching.com/yakalire/articles/579.pdf>

- ✓ Jacques LAMBERT, (2012), Qu'est ce que l'approche générationnelle,
<http://www.nouvelle-donne-generationnelle.com/article-qu-est-ce-que-l-approche-gngerationnelle-59761289.html>
- ✓ Evelyne STUMPF, émotions et pratique professionnelle,
<http://infolingu.univ-mlv.fr/english/Bibliographie/bodarwe.pdf>
- ✓ Stephane DEBROSSES, (2007), notion de groupe : la dynamique de groupe,
<http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/136-notion-de-groupedynamique-de-groupe.html>
- ✓ http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/risp_emotion_08/e_stumpf.pdf
- ✓ Encyclopédia universalis, (2004) dynamique de groupe
<http://1libertaire.free.fr/Dynamiquedegroupe.html>
- ✓ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouvfr>
- ✓ <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ✓ Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) - IPRPS
www.iprps.be/pdf/TEIQue.doc
- ✓ L'utilisation de l'intuition dans la prise de décision des dirigeants de PME : proposition d'une échelle de mesure multidimensionnelle,
<http://www.strategie-aims.com>
- ✓ <http://www.scriptol.fr/robotique/plutchik.php>

- ✓ L'effet modérateur de l'intelligence émotionnelle sur la réponse psychologique et biologique au stress
http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/moira/images/pdf/Actes_EI_stress.pdf

- ✓ Ordre national des infirmiers,
<http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites/articles/les-infirmiers-alertent-les-pouvoirs-publics-et-les-candidats-a-lelection-presidentielle-sur-la-qualite-et-la-securite-des-soins-a-lhopital.html>

- ✓ Gérer les émotions pour des équipes de soins plus cohésives et performantes
<http://www.hospitals.be/pdf/vol8n3p32.pdf>

- ✓ <http://www.implications-philosophiques.org/ethique-et-politique/philosophie-politique/honneth-et-l'experience-sociale-de-la-depossession-de-soi/>

DICTIONNAIRE

Le petit Larousse grand format, édition 1992

Rapport consulté

http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/images/pdf/CADRE/rapport_chantal_de_singly.pdf

ANNEXES

ANNEXES I

Test pour évaluer la compétence émotionnelle

Facteurs et échelles	Des scores élevés sur cette échelle reflètent...	Exemple d'item
F 1: Bien-être		
Humeur positive	...un sentiment de bien-être se traduisant par une humeur globalement positive	<i>"J'ai fréquemment des pensées positives"</i>
Optimisme	...une tendance à prendre la vie du bon côté et à "voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide"	<i>"J'ai tendance à voir le verre à moitié vide plutôt qu'à moitié plein"</i>
Estime de soi	...un degré de satisfaction élevé par rapport à soi-même et à ses réalisations	<i>"Je ne suis pas capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens" (R)</i>
F 2: Contrôle de soi		
Régulation émotionnelle	...une facilité à mettre en œuvre des stratégies de régulation efficaces lorsque ses émotions ne sont pas adaptées au contexte	<i>"Je suis généralement capable de me calmer assez vite après m'être énervé(e) sur quelqu'un"</i>
Maîtrise de l'impulsivité	...une tendance à réfléchir avant d'agir, à peser le pour et le contre avant de prendre une décision, à ne pas céder d'emblée à ses désirs	<i>"J'ai tendance à foncer tête baissée sans beaucoup planifier" (R)</i>
Gestion du stress	...une facilité à maintenir son niveau d'efficacité en dépit de la pression, à mettre en œuvre des stratégies efficaces en situation de stress	<i>"Lorsque je suis sous pression, j'ai tendance à perdre le contrôle" (R)</i>
F 3: Emotionnalité		
Perception émotionnelle	...une facilité à identifier ses propres émotions ainsi que celles d'autrui	<i>"Il me suffit d'observer quelqu'un pour comprendre comment il/elle se sent"</i>
Expression émotionnelle	...une facilité à décrire et exprimer ses émotions à autrui.	<i>"Je trouve difficile de parler de mes sentiments intimes, même à mes plus proches amis"</i>
Empathie	...une facilité et une tendance à se mettre dans la peau d'autrui et à considérer les choses de ce point de vue également	<i>"Je trouve généralement difficile de voir les choses à partir du point de vue d'une autre personne" (R)</i>

Compétences relationnelles	...une facilité et une tendance à développer et à maintenir des relations profondes et riches avec autrui, à écouter, et à être responsable de ses proches	<i>"Je n'aime vraiment pas écouter les problèmes de mes ami(e)s"</i> (R)
F 4 : Sociabilité		
Compétences sociales	...une facilité à fonctionner en public ...une capacité à s'exprimer clairement, à négocier et à influencer les décisions d'autrui.	<i>"Je pense que je pourrais faire un bon vendeur"</i>
Régulation des émotions d'autrui	...une facilité à gérer ou à influencer les émotions d'autrui (ex. les consoler ou les déprimer)	<i>"Si je le voulais, il me serait facile de rendre quelqu'un triste"</i>
Assertivité	...une tendance à être franc et direct, à exprimer ses besoins et désirs de manière claire mais non violente. Une volonté d'être leader plutôt que suiveur.	<i>"Lorsque je ne suis pas d'accord avec quelqu'un, il m'est facile de le lui dire"</i>
Les deux sous-échelles suivantes n'appartiennent pas à un facteur en particulier. Elles interviennent directement dans le calcul du score total		
Adaptabilité	...une facilité à s'adapter à de nouveaux environnements	<i>"Je trouve difficile d'abandonner les choses que je connais et que j'aime"</i> (R)
Motivation intrinsèque	...une tendance à être motivé intrinsèquement plutôt qu'extrinsèquement	<i>"Généralement, je n'ai pas besoin de beaucoup d'incitants pour donner le meilleur de moi-même"</i>

⁵³: <http://www.teique.be>

www.iprps.be/pdf/

Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) - IPRPS
www.iprps.be/pdf/TEIQue.doc

⁵³ : <http://www.teique.be>

ANNEXE II
Grille d'entretien

Grille d'entretien

I) La crise identitaire :

1) Avez vous le sentiment que l'hôpital traverse une crise identitaire ?

Questions de relances

- Nouvelle réforme hospitalière ;
- Mutation des valeurs professionnelles ;
- Rapports à la valeur travail

2) Si oui, avez vous une situation qui pourrait illustrer ce sentiment ?

3) Cela a-t-il un impact sur le management ? Si oui en quoi ?

Questions de relances

- Management dans les actes ;
- Dans les gestions de projets ;
- Rapport à la hiérarchie.

II) La dynamique de groupe :

4) Avez vous constaté des modifications dans la dynamique de groupe de votre équipe?

Si oui, pouvez vous me donner un exemple concret ?

Questions de relances

- Désinvestissement, de quelle façon cela se traduit il ?
- Relations interpersonnelles ? En quoi ont elles évoluées ?
- Valeur travail et choc générationnel.

Besoin d'être rassuré pour la génération « Y » (comportement erratique, fluctuant)

Si non, comment expliquez vous cette stabilité ?

5) Quelles émotions apparaissent le plus souvent ?

Questions de relances

- Colère
- Tristesse

- Peur
- Joie
- Empathie

Les traitez vous ?

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

- 6) Avez vous une approche managériale particulière pour gérer la, ou les émotions ? Si oui, pouvez vous m'en parler ?

III) La compétence émotionnelle :

- 7) Que signifie pour vous le concept d'intelligence émotionnelle, ou compétence émotionnelle ?

- 8) Est ce là une notion qui vous semble appropriée au management hospitalier ?

- Si oui, en quoi l'est elle, et comment la mettre en place?
- Si non, pourquoi ?

- 9) Pensez vous que ce concept puisse représenter une plus value dans le management à l'hôpital ?

Si oui, en quoi ?

Si non, pourquoi ?

Le talon sociologique

- 1) Age

- 2) Fonction :

- Ancienneté dans la fonction IDE?
- Ancienneté dans la fonction Cadre de santé?
- Ancienneté dans la fonction Cadre supérieur ?

- 3) Etablissement Public/ Privé

ANNEXE III

Les tableaux de synthèses des entretiens

1) La crise identitaire

1.1 Idées principales concernant la crise identitaire

Tous les cadres s'accordent sur le fait que l'hôpital traverse une crise identitaire. Selon eux elle serait

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Réponses attendues
Economie/efficienne	X	X	X	X	X	X	X
Nouvelle génération	X	X	X	X	X	X	X
Patient/client	X	X		X	X	X	X
Pertes de repères	X	X		X		X	X
Qualité/sécurité	X		X		X	X	X
Pertes de sens		X	X	X			X
Rentabilité/politique de résultat		X				X	X

<p>Ecart (réponses attendues)</p>	<p>non</p>	<p>Durcissement des relations Médecins/ soignants</p>	<p>Manque de personnel, remplacé par un personnel étranger qui n'a pas les mêmes valeurs, la même culture. -La gratuité disparaît.</p>	<p>Les métiers sont re- questionnés dans leurs missions. Médecins sont plus proches des secrétaires que des soignants.</p>	<p>Les médecins s'appuyaient sur les cadres pour prendre des décisions maintenant ça ne se fait plus.</p>	<p>Les choses ont évolué, l'avis des infirmières est davantage pris en compte.</p>	<p>La place du malade en tant qu'acteur.</p>
---	------------	---	---	--	---	--	--

Phrases marquantes	Perte de logique humaniste.	Par les médias, l'hôpital ne représente plus la même chose : accueil, durée de séjours, prise en charge. Donner du sens à ce que l'on fait en lien avec les restructurations.	Chacun donne le sens qu'il veut à ce qu'il fait.	Plus de cause commune.		Un personnel à qui nous devons rappeler régulièrement les missions du service public.	
-----------------------	-----------------------------------	---	---	---------------------------	--	--	--

1.2 Impact de la crise identitaire sur le management

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6
Allier qualité et rentabilité	X	X	X	X	X	X
Difficulté de gérer les frustrations face aux manques	X		X	X		X
Tutorat des nouveaux diplômés		X		X		X

Phrases marquantes	Difficile de travailler avec différentes logiques. Les médecins pensent. activité/ rentabilité, les soignants ont du mal à suivre le rythme. La fonction cadre elle même est mal définie	Difficile de trouver un équilibre entre ce que nous avons vécu et ce que nous vivons .	Il y a une méconnaissance de la part de nos dirigeants, de ce qui est fait au quotidien par les cadres et les cadres supérieurs. Il n'y a pas de collectif cadre chacun se concentre sur ses représentations.	Les décisions sont prises sans même connaître notre organisation. On se débrouille avec ce qu'il reste mais jusqu'à quand ? Plus personne n'ose dire « non ».	A comparer avec d'autres hôpitaux nous n'avons pas tant de manque.	-
--------------------	--	--	---	---	--	---

2) Dynamique de groupe

2.1 Les principales idées relevées, qui modifient la dynamique de groupe

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Réponses attendues
Individualisme	X	X	X	X	X	X	X
Mobilité des soignants	X	X		X	X	X	X
Manque de personnel	X		X	X	X	X	X
Le passage aux 35h	X	X		X	X		X
Manque de visibilité/de sens	X	X	X	X			
Manque de cause commune	X		X	X		X	
Durcissement des relations Médecins/soignants	X		X	X		X	
Ecart (réponses non)	Désillusions	Le rapport	Dépend de	La conscience	Les 35h ont	Par manque de	

attendues)	Morosité	au travail à changé. Ils sont moins disponibles	l'encadrement Il y a de la colère quand on touche à la qualité et la sécurité.	professionnelle existe toujours mais il n'y a plus de cohésion. Difficile de créer un esprit d'équipe.	apporté Plus de confort pour les soignants cela a favorisé la cohésion de l'équipe par une meilleure disponibilité dans le service.	personnel soignant, l'encadrement des étudiants s'en ressent. Les nouveaux soignants ont du mal à entendre qu'ils ont des difficultés ceux qui arrivent risquent de l'être davantage.	
Phrases	La vie	C'est le	Notre rôle est	Perte de la			

marquantes	sociale a pris le dessus	nombrilisme qui l'emporte. Il faut regarder comment le groupe fonctionne.	essentiel dans l'accompagnement des équipes. Faire au mieux dans l'intérêt du patient.	reconnaissance des medecins			
------------	--------------------------	---	--	-----------------------------	--	--	--

2.2 Impact des modifications de la dynamique de groupe sur le management

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6
Difficulté de donner du sens.	X	X	X	X	X	X
Allier l'individualisme et le collectif	X	X		X	X	X
Cadre peu présent dans les équipes	X					X

<p>Phrases marquantes</p>	<p>Il faut avoir une reconnaissance du travail pour une meilleure performance. Nier l'individualité est une erreur. Je dois harmoniser les relations Médecins soignants.</p>	<p>Donner du sens en recentrant sur le patient. Favoriser les temps d'échanges et de partage autour d'un cas clinique par exemple. Le cadre doit ramener l'intérêt au collectif.</p>	<p>Savoir s'adapter en gardant son âme. Permettre une dynamique aux équipes avec une autonomie. Accompagner le changement en défendant nos valeurs.</p>	<p>Leur permettre une autonomie. Les responsabiliser</p>	<p>J'ai une équipe très soudée. Nous ne prenons que des diplômés de trois ans d'expérience</p>	<p>Tous ces outils de qualité vécu comme du « flicage » c'est à nous de les motiver en rendant le contenu attrayant. Créer une interdépendance entre eux pour favoriser l'échange circulaire. Créer des objectifs</p>
---------------------------	--	--	---	--	--	---

3) La compétence émotionnelle

3.1 Emotions qui apparaissent le plus souvent dans l'équipe

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Réponses attendues
Crainte	X	X	X	X	X	X	X
Colère	X	X	X	X	X	X	X
Empathie	X	X			X	X	X
Ecart (réponses non attendues)	Emotions particulières selon d'autres cultures.						

Phrases marquantes	La prise en charge humaine demande beaucoup d'énergie surtout pour les conflits.	Nous sommes dans un service « protégé » car ici l'expression est libre.	Savoir ce qu'il y a derrière l'expression exprimée.	Les émotions sont très peu exprimées au cadre.	Je connais bien mon équipe et je ressens les choses	Equipe soudée, se connaissent bien entre elles	
--------------------	--	---	---	--	---	--	--

3.2 Gestion des émotions qui apparaissent dans l'équipe

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Réponses attendues
Une finalité pour le patient	X	X	X	X	X	X	X
Observation et/ou intuition	X	X	X	X	X	X	X
Favoriser leurs expressions	X	X			X	X	
Reconnaître l'individualité	X	X			X	X	
Conscientiser l'émotion	X			X		X	X
Ecart (réponses non attendues)							

Phrases marquantes	Je tamponne, écoute. Prendre en compte la part émotionnelle de chacun sans jugement.	Comprendre l'individu sans faire de paternalisme Prendre du recul. Il faut être à l'affût des plus petites choses pour les valoriser.	L'émotion perçue traduit quelque chose de différent.	Faut pas toujours vouloir réguler, faut laisser l'équipe se gérer aussi. Quand la situation le permet je la règle souvent les choses avec humour ça passe mieux.	Il y a une relation de confiance avec mon équipe	je fais souvent éponge et cherche à comprendre avec une attention particulière pour celles qui ont des difficultés	
--------------------	---	---	--	---	--	--	--

3.3 Les émotions du cadre de santé

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Réponses attendues
Moyens de communication	X	X	X	X	X	X	X
Expression des émotions	X	X	X	X	X	X	X
Reconnaissances des émotions	X		X		X	X	
Ecart (réponses non attendues)							

<p>Phrases marquantes</p>	<p>L'équipe est ma source et ma raison d'être. Il faut trouver soi même ses propres ressources. Quand je suis moi même déstabilisé, je m'emporte je dois l'admettre.</p>	<p>Permet de recueillir « l'état »de la personne.</p>	<p>Le cadre ne doit pas montrer ses émotions à l'équipe ça peut impacter sur la prise en charge. Parfois on s'isole quand ça ne va pas. On est de plus en plus seule.</p>	<p>Faut dire les choses souvent le lendemain pour ne pas laisser « périr » les choses</p>	<p>Je suis au clair avec ce que je pense et ce que je suis .</p>		
---------------------------	--	---	---	---	--	--	--

3.4 Quel intérêt à gérer les émotions

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Réponses attendues
Plus value dans le management	X	X	X	X	X	X	X
Apaiser la personne	X	X			X	X	X
Apaiser l'ambiance au travail	X	X			X	X	X
Les canaliser pour éviter la propagation	X	X			X	X	
Les connaître pour anticiper		X			X	X	
Ecart (réponses non attendues)							

Phrases marquantes	Une personne à elle seule peut mettre une équipe « à plat ».	Permet que la personne se libère et soit plus disponible pour le patient.	On se sert de ce que l'on perçoit pour analyser et comprendre.	Gérer les équipes c'est le faire avec ce que l'on est .	Notre fonction est avant tout basée sur l'échange .	Gestion des émotions pour que le malade s'y retrouve.	
--------------------	--	---	--	---	---	---	--

3.5 La notion d'intelligence émotionnelle

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6
Connaissez-vous le concept de l'intelligence émotionnelle ?						
Oui						
Non						
Plus ou moins	X	X	X			
Pas du tout				X	X	X

ANNEXE IV

Retranscription des entretiens du cadre 1,

Du cadre 2 et

Du cadre 3

Retranscription entretien cadre 1

Question 1 La crise identitaire

C1 : La crise identitaire

Je pense qu'à l'hôpital y a plein de niveaux .D'abord de par son financement, pour moi, la première cause c'est ça, l'importance des budgets, l'aspect économique de l'hôpital qui semble être la primauté de toutes les décisions. On a le sentiment que bien sur on fait de la qualité, mais tout ça c'est des pré-requis qu'on nous demande de faire. Mais ce qui compte le plus c'est la finance, ce qui rapporte, ce qui entraîne la diminution des effectifs, la rationalisation. Ce qui entraîne une perte des repères que l'on avait pris depuis 70, où on parlait d'humaniser l'hôpital. Alors est ce que nous l'avons humanisé. Je ne suis pas sur, mais **il y avait quand même une éthique de soins soignante. A l'heure actuelle il y a un démantèlement de tout cela et, maintenant on parle que de la rationalisation et de la logique économique.** On a connu l'hôpital où, même si on se trompait, peut être on ne se donnait pas les moyens, c'était de bonne conscience mais c'était quand même pour les soignants la logique humaniste et, avec des valeurs humaines qui étaient mises en avant qui pouvaient motiver et faire avancer les équipes. Il y avait souvent un type de management plus paternaliste, mais on se rejoignait sur ces valeurs là. Alors **maintenant, je pense qu'on a encore ça entre les médecins et les soignants. Mais d'un côté, les médecins se sentent forcés, avec une logique de rentabilité d'activité qui vraiment leur met la pression.** Les infirmières elles, suivent cette augmentation d'activité, et en même temps, on essaye toujours de réduire les effectifs en disant qu'il y aura toujours une meilleure organisation possible. Effectivement souvent ça suit, on arrive, les effectifs sont réduits mais y a des choses qui sont abandonnés. Comme les RDD, ils sont de plus en plus simple, bientôt on aura plus que deux trucs à cocher. Faut pas rêver, on ne peut plus demander de faire des choses, déjà on avait énormément de mal à ce que les infirmières fassent des formulations écrites, et maintenant on retourne en arrière, on a fait un travail, mais ce n'est pas réaliste de demander à une infirmière de faire des transmissions ciblées trop élaborées. Il faut

aller tout de suite à la priorité au plus vite. Par exemple, nous en médecine interne vu la durée de séjours des patients, **quand il y a douze à quinze entrées le Lundi on n'a pas le temps de figoler.**

Les 35h ont diminué ce temps de transmissions ?

C1 : Oui, mais nous avons quand même trois jours de temps de récupération pour les transmissions. Les infirmières viennent 15mn avant l'heure du début de la prise de post théorique. Ces 15mn sont multipliés par le nombre de jours travaillés. Ca fait à peu près trois jours par an.

Sinon, **ils traversent une crise identitaire pour d'autre raison aussi, parce qu'il y a une évolution de toute la société. Forcément l'hôpital n'est pas en dehors de ces changements là.** Il y a plein de phénomènes actuel, la qualité des audits, on fait des courbes, on relève plein de ... Mais j'ai l'impression que c'est dans tous les boulots, on inspecte de très près, on est vraiment dans cette logique de devoir prouver ce qu'on fait, comment on fait, on a des indicateurs à remplir, ça nous prend plus de temps que d'être auprès des patients et apporter une réponse humaine. C'est là où je dis que la logique économique a pris le dessus.

La qualité ici, on ouvre des paravents dans tous les sens, ça a du bon parce qu'il y a des choses qu'il fallait mesurer, évaluer, et réajuster, mais quand même beaucoup d'énergie de prise, et après il y a toujours autre chose à mesurer, on ne fait que ça, et en fin de compte, et bien moi, je n'ai pas le temps de faire des réunion de service, c'est sur le tas. J'en fais mais c'est 15mn maxi et en plus il faut battre le rappel et si on nous demande, s'il y a des médecins qui ont une entrée, faut quitter la réunion, s'occuper du patient.

Ce que je voulais dire, c'est que la crise d'identité c'est la même dans d'autres entreprises qui ne sont pas « hôpital ». C'est à dire la « réunionite », des réunions qui n'en finissent pas, toujours des nouveaux objectifs, on rajoute toujours une couche, et une couche, comme les lois. Alors là y a une nouvelle concurrence humaniste, ça peut être un objectif

Mais ce n'est pas pris en considération, au jour d'aujourd'hui, ça ne fait pas partie des certifications

C1 : ça pourrait l'être avec les questionnaires de satisfaction, on pourrait mesurer l'impact qu'a le dialogue avec le patient. On fait plein d'essai sur le médicament, il y a des choses où on ne fait aucun essai à savoir le relationnel,

l'environnement positif. Enfin, il y a plein d'autres techniques, mais qui sont écartées totalement parce que ce n'est pas l'objet. Il n'existe pas d'indicateurs en soins infirmiers, alors que ça on le sait depuis les années 70. On a pensé qu'en essayant de faire écrire les IDE, en essayant d'un peu plus conceptualiser les démarches, on allait être intégré, amené Silence. En fin de compte on est pas intégré. Moi je ne trouve pas. Ce n'est pas mesuré.

3) Selon vous quel est l' impact sur le management ?

Il faut adopter une posture. La posture pour moi, on est dans un système économique, politique de valeurs, avec remise en question, on est dans une crise mais moi ma posture, c'est de dire qu'est ce que je peux faire dans la situation où je suis, et ce que je peux faire pour que les soignants, malgré tout ce qui ne va pas. Qu'est ce que je peux faire pour qu'ils aient un sentiment de satisfaction, et que le patient soit bien soigné. Je pense toujours que le noyau individuel a un impact même si le système...Euh... autrement il n'y aurait pas d'espoir. Même si le système semble emballer dans une mauvaise direction, je pense que c'est la volonté individuelle, ou d'un petit groupe autour de valeurs, qui peut faire changer les choses ou tout au moins, répondre aux besoins de reconnaissance de la personne au travail pour une meilleure qualité de soins pour le patient. Je ne sais pas si je suis convaincu, mais bon c'est la posture que j'ai. Sinon on tombe dans le négatif

Quand on est dans une posture de management c'est quand même difficile. Ok la Crise Identitaire elle est là, la crise de société, la crise des valeurs, de ci de là, mais au fond les soignants sont là pour soigner, on a choisi ça. Mais revenons à l'essentiel, qu'est ce qu'on peut faire pour que les patients soient le mieux soignés, comme si c'était nous même, et que les soignants qui passent le clair de leur temps y trouvent satisfaction. Et qu'on s'entende bien entre nous, parce que ce n'est pas évident non plus.

Cela ne change pas. Notre service a faillit partir parce que ça ne rapporte plus. C'est pas dans la politique. Le chef de service a trouvé des appuis, les gens se sont défendus, on a eu gain de cause. L'hôpital, peut être qu'il va évoluer, et que justement, cela sera à domicile qu'il faudra donner les soins, ou alors, se sera de vraiment faire de la prévention, ou on ne donnera plus du tout de soins, mais on sera

plutôt à un autre niveau. **La posture que j'ai, c'est pour vivre le moment présent, mais ça ne va pas impacter sur l'évolution de l'hôpital.**

Vous vous voulez dire que votre position et pragmatique sans visibilité

Oui c'est ça

Vous en discutez avec vos équipes ?

Non , on a pas trop le temps, et puis ça, ils ont du mal à l'admettre. **Elles ont du mal à aller travailler dans d'autres services, mais il faut dire que j'en ai vu commencer la journée et qu'on envoyait dans un autre service en milieu de matinée** Quelque part, elles ont un métier, déjà ils ont du mal à imaginer d'aller dans un autre service, alors imaginer que leur métier puisse évoluer vers une autre forme. Vous savez, le sentiment de sécurité, il est tellement fort que ce genre de discussions on l'a entre cadre, mais pas avec les équipes.

Dynamique de groupe

Cette dynamique s'est trouvée modifiée avec les 35h et les RTT. C'est indéniable, Sans faire de politique, je suis même pour la réduction du temps de travail si on avait embauché du personnel. Tandis que là, on m'a demandé de faire les plannings avec tant de personne, en réduisant le temps de travail. Sans créer de poste, ou alors un nombre tellement restreint, je crois 7 ou 8 postes soignant pour tout l'établissement. Donc voilà on a rationalisé et ça, ça a changé la dynamique de groupe, puisque les gens se sont mis à penser à leur RTT avant tout, puis à leurs jours fériés, les heures à récupérer, les jeunes un peu plus et comment je vais gérer ça, et si je pouvais en avoir plus ce serait mieux. Même les gens qui sont battants, qui travaillent, ils engrangent sans savoir vraiment ce qu'ils vont faire des ces jours à prendre. Mais les autres aussi, ça change l'état d'esprit de penser tout le temps à ça. **Les gens ne pensent plus qu'à poser leurs jours.... La vie privée a pris le dessus.** C'est général il n'y a pas qu'à l'hôpital

La Dynamique de groupe, c'est un peu cette désillusion, cette morosité. De toute façon, quoi qu'on fasse, c'est sur les petits qu'on tape. J'ai constaté une modification dans la Dynamique de Groupe, c'est à dire mon équipe soignante et médicale, je trouve que ça c'est durci. **Mon objectif de cadre, c'était d'harmoniser**

les relations entre les groupes soignants et médicaux, mais ça c'est durci parce qu'on est de plus en plus séparé.

Vous pensez que c'est plus cloisonné ?

Oui

Vous pensez que c'est dû à quoi ?

Notre logique, c'est prendre soins, tandis que là la logique médicale est sous une pression de rentabilité, ils se sont pris aux jeux et puis cet esprit d'entreprise qui a du bon, mais qui a aussi du négatif. Esprit d'entreprise qu'on retrouve chez les jeunes de 20 ans qui arrivent sans scrupules avec cet esprit d'entreprise, d'écraser l'autre ? L'individualité forcenée

Alors, ben la dynamique de groupe à cause de ça, c'est difficile de défendre IDE, AS, et les différentes catégories, mais cette rivalité existait aussi avant.

Les modifications c'est plutôt dans le moral, et puis la dynamique de groupe. C'est qu'il faut mettre le pied à l'étrier tout le temps, on a pas trop de repos, il n'y a pas tellement de temps, on est comme une usine, il faut produire, produire, produire, on ne sait pas quand ça va s'arrêter. C'est pour ça que les réunions c'est bien, mais les médecins n'ont que faire de nous voir en réunion. Ils ne se disent pas que c'est de l'huile pour la production, alors là non .

Sinon les autres changements dans la dynamique de groupe c'est, on nie l'individualité du professionnel. On réajuste les effectifs, **c'est à dire une IDE arrive, prend ses transmissions, puis on l'envoie dans un autre service, on s'en fiche de l'infirmière, et ça, c'est ce qui est devenu le plus dur dans mon métier.** C'était arriver à préserver ça. Maintenant on a vraiment... on s'est gargarisé. L'hôpital, il faut le gérer comme une entreprise, oui, mais il y a des limites quoi. Je pense que dans les entreprises c'est pareil, si les gens on les blackboule d'un endroit à l'autre, sans leur donner une certaine reconnaissance. Quand on commence une journée avec un projet de soins, et que l'infirmière y met sa technicité, mais elle y met sa vision etc , quand on la change, ben ça démotive quoi .

Donc en fait y avait plus moyen de se défendre quelque part, c'était bien défini ce qu'il y avait à combattre, mais là c'est plus insidieux.

Donc j'essaye de maintenir une stabilité, en prenant en compte tout cette instabilité, et en essayant d'y répondre. **Il faut au moins répondre aux besoins de reconnaissance de la personne au travail pour une meilleure qualité de soins pour le patient**

Quelles émotions apparaissent le plus souvent au sein de votre équipe ?

L'émotion la plus récurrente, c'est le manque de reconnaissance, souvent, on nous prend pour des pions, les médecins ne nous disent pas bonjour, il faut encore changer le patient de chambre alors que je viens de faire le ménage.

Les émotions où ils se sentent dévaloriser, sont les premières

Les secondes, sont beaucoup les conflits entre les personnes, de jalousie,

Les émotions avec les familles ou les patients qui sont exigeants de plus en plus. Quand un patient refuse qu'un soignant s'occupe de lui.

Les plus grosses émotions sont véhiculées par le chef de service, car très émotive, a des réactions épidermique. Si elle a une émotion, elle l'a déverse partout. Forcément ça met en ébullition, et mon rôle, c'est de tamponner... alors comment je la traite.

Le facteur premier des déclenchement des perturbations émotionnelles, ça peut être beaucoup de patients qui décèdent, ou qui ne vont pas bien, mais pas tellement en ce moment. C'est plus le chef de service qui s'engueule avec d'autres médecins. Ca nous mène une vie impossible. Comment je le traite, j'essaye de tamponner, de l'écouter, de rester zen, car elle peut être très agressive. Elle vient dans mon bureau, c'est pas quelqu'un de distant, elle dit pas bonjour, elle rentre ici, déverse son truc, je ne dis rien, j'absorbe parce que si je dis quelque chose... j'essaye de dire très très peu, je l'écoute en ayant l'air compatissant et de ne pas la rejeter parce que sinon là, c'est le feu partout.

Après c'est avec les équipes, j'arrive à les traiter quand moi même, je ne suis pas trop déstabilisé et que je me dis, bon ça va passer y a des choses plus graves, il faut maintenir le cap pour les soignants mais des fois, je suis moi même déstabilisé, alors je vais voir les soignants et je me défoule en discutant avec eux, en leur disant que ce qui compte, c'est que nous on continue de s'entendre et de soigner correctement les patients, et finalement ça nous resserre, on crée un meilleur esprit d'équipe.

Et vous même comment faites vous pour vous ressourcer ?

C1 : C'est pas toujours facile de gérer ces émotions, des fois ça fait des trous là (en montrant l'estomac). Silence

Même si je ne suis pas cadre de proximité, je suis proche de l'équipe mais je ne fais de différence dans les niveaux, et je ne me sens pas au dessus. Parfois ils peuvent se sentir agressé parce que je leur demande par exemple : pour quoi t'as pas fais ça, mais ma conception profonde c'est, si je suis là, c'est grâce à eux, ma raison d'être c'est eux. Donc toutes les formes de pouvoir qu'on exerce, c'est important d'avoir cette notion. Mais ce n'est pas pour autant qu'il faut être la petite main et à toujours devoir ce justifier. Non ce n'est pas ce que je veux dire. J'aime bien m'asseoir avec eux et discuter de tout avec eux. Et puis je me sens assez mobile Si je décide que si c'est pas bien rangé, ben je fais avec eux, au début ils rigolent et finalement ça déteint et finissent par le faire eux même.

Donc pour gérer les émotions, c'est l'écoute, le dialogue, au fond des fois c'est dur. Il y a des émotions sur des cultures différentes ou c'est déstabilisant. Des fois des gens entre dans mon bureau. Pas facile de gérer des émotions. Mettre deux personnes en conflit dans mon bureau... J'ai abandonné, parce que j'ai vu deux cultures différentes opposées, une des deux c'est griffer le visage.

Pour gérer les émotions, parce que des fois une personne, ça peut mettre un climat émotionnelle en vrac. Ca c'est dur, parce que le cadre est là pour gérer l'ambiance, mais ce n'est pas non plus zorro. S'il y a une personne vachement négative dans le groupe, il est obligé de composer avec, on peut trouver des remparts, mais souvent la personne s'exclue ou est exclu. Le groupe au début soutien, puis ensuite, fini par l'écarter.

Il faut arriver à rester soi même et avoir des ressources à l'extérieur.

Ce que signifie le concept d'intelligence émotionnelle

Pour moi c'est prendre en compte toute la part émotionnelle dans le management, non pas pour en tirer profit, mais pour mettre en valeur les qualités de chacun. Si on ne sait pas faire un compliment à la personne, s'intéresser aux gens ...Je trouve que ça à un intérêt de s'intéresser. Et puis c'est savoir qu'à un moment quelqu'un va être perturber parce qu'il a par exemple, perdu un membre de sa famille

et que dans le service, il ne pourra pas faire face à ça, et que dans l'équipe, il peut avoir une attitude différente. Donc le prendre en compte, et le gérer.

Parfois, je mets une étiquette à quelqu'un, mais en vrai, c'est parce qu'il me fait peur, et ces étiquettes peuvent détruire. Mais je dis les choses parfois au quart de tour mais je le dis.

Y a des gens quand on discute entre collègues, on dit, on a tel objectif puis on va y arriver. Première étape y a, si deuxième y a ça, et tout va rouler, et toi, pourquoi tu ne l'as pas fait ... ce n'est pas la vraie vie, il faut reconnaître toute cette part émotionnelle pour mener quelque chose. Il faut que les gens, la façon dont vous les percevez, comme des individus à part entière avec la part émotionnelle, et vous fait qu'ils le sentent, et si vous ne voyez pas cette partie là...

CI organisation des soins ne veut plus dire grand-chose. L'encadrement n'est pas pris en compte, pas plus que les émotions, que la communication, ni autre. Les directions, si elles veulent qu'on avance dans la qualité des soins, dans la productivité etc, il faut quand même que les cadres ne soient pas malmenés, maltraités, qu'on sache ce qu'ils sont. **Enfin voilà je ne demande pas le tapis rouge, mais on sait plus rien.** Ils veulent réduire en grande quantité l'encadrement, il n'existe plus de schéma. Plus de projet pour les cadres sup. **On est en mutation il se passe plein de chose, c'est pas bien définit, du coup, ça malmène tellement les gens, qu'ils ne savent même pas si le lendemain le poste existera.** On ne se doute pas les émotions que cela crée, jusqu'à en perdre le sommeil et se demander à quoi on sert, je suis nul, qu'est ce que je fais ici ?

Est ce que ce concept représente une plus value

Oui, car si on ne met pas cette part là dans le management, on va peut être réussir à réduire les effectifs d'encadrement, mais à un moment, on va avoir de la souffrance au travail, de plus en plus, SILENCE.

Parce qu'en plus, faut pas rêver je suis rester dans la proximité, mais à quel prix ? De 8h du mat à 20h le soir 5j/5. Je le vis bien, parce que je m'en vais dans un an . Je fais ce que je peux, mais s'il m'en restait 10 je serais encore plus malade.

On a vu des jeunes arrivés dans les directions avec qui je n'ai pas de valeurs partagés, je ne sens pas les valeurs partagées. Donc le fait de partir m'aide à supporter, car comment faire sans la proximité.

59 ans
DE 82
CDS 90
CDSS 93
ESPIC établissement santé privé intérêt collectif

Retranscription entretien cadre 2

Est ce que l'hôpital traverse une crise identitaire ?

Que l'hôpital traverse une crise identitaire, je crois que c'est un constat qu'on peut faire assez simplement. J'ai envie de dire que les repères qu'on avait, que ce soit les professionnels de santé, ou même les personnes, les clients extérieurs, ou en tout cas le patient à l'extérieur, au travers de ce qu'il entend dans les médias, ou de ce qu'il peut lire, a le sentiment quand même que effectivement, l'hôpital n'est plus la représentation qu'il en avait il y a encore une dizaine d'années. Avant que l'on ne parle beaucoup de l'hôpital sous la forme d'une entreprise, j'ai envie de dire, avant que ne rentre dans l'hôpital le concept de la T2A. C'est à dire de la rentabilité, de l'économie budgétaire. Et ça, ça a beaucoup modifier les euh ! SILENCE <<au delà de l'image, parce que ce n'est pas tellement l'image de l'hôpital, elle est ce qu'elle est >>. Mais c'est ce que les personnes peuvent y trouver à l'intérieur, en terme d'accueil, en terme de délai, en terme de prise en charge, en terme de tout ça. **Les représentations de l'hôpital ne sont plus les mêmes, la gratuité disparaît, les durées de séjours diminuent.**

Donc l'identité de l'hôpital qui était un lieu qui recevait tout le monde et, quasiment gratuit très souvent, ça c'est en train de disparaître quand même, pour passer à autre chose. Donc sous cette forme là, oui, il y a ce changement d'identité. Est ce que l'on doit, pour autant, parler de crise ? Je pense que les dernières années, cinq, dix dernières années, oui ça remue beaucoup depuis que l'on a, par rapport à l'hôpital 2007, le projet 2012, ça, ça remet quand même pas mal les fondements, et où les gens ont le sentiment de ne pas s'y retrouver.

Donc, on est dans une phase, là effectivement, de turbulence, voire de crise, il faut mesurer les propos quand on parle de crise identitaire, d'où le fait que j'atténue un peu, euh ! Pas turbulence mais ... **Difficile de trouver un équilibre entre ce que nous avons connu et ce que l'on vit**

Effectivement, on traverse là un moment où tout le monde se cherche un peu, et on essaye de redonner, au moins du sens à ce que l'on fait, et à la façon dont on le

fait, en lien avec toutes les restrictions qu'on a pu connaître ces derniers temps. En tout cas, si je devais parler de l'institution dans laquelle je travaille, c'est évident que, euh ! Quand on a les échanges entre cadres de soins, ou qu'on a les échanges avec le personnel, IDE ou autre, par rapport à ce qui existait il y a encore cinq, six ans dans cet établissement, plus personne ne s'y retrouve vraiment. On a même passé une période, où ce qu'on pouvait percevoir, c'était **une souffrance du personnel soignant, c'était extrêmement perceptible, parce qu'il a fallu revoir les organisations avec diminution de personnel et cela s'est très brutalement**, dans ce moment où il fallait tout revoir, en terme d'effectif, en terme d'organisation, et il n'y avait pas eu euh ! Enfin le sentiment général, c'est que ça s'était fait très brutalement. Pas avec une préparation, pas avec une explication euh ! Plus ou moins, parce que, une explication rationnelle, ce n'est pas évident à trouver, en tout cas, les personnes avaient le sentiment qu'on les avait mis devant un état de fait, et on leur demandait de faire avec cette nouvelle réalité, mais sans pour autant qu'elles aient été préparées à quoi que ce soit. Et que c'était donc du coup, très brutal. Je pense que l'être humain a cette capacité à s'adapter aux différentes choses, mais pour autant, c'était quand même très violent. Cela fait quatre, cinq ans qu'il est demandé de veiller aux effectifs aux projets, il faut veiller justement en terme d'activité, qu'on soit toujours au maximum des capacités, voire un peu au delà du maximum, si c'est possible. Et puis en terme de gestion économique, si je peux dire, de revoir un peu certaines organisations, donc, c'est vrai que ça a fait quand même quelques grincements de dents, alors même que ce qui avait été demandé à notre département de psychiatrie était bien en deçà de ce qui avait été demandé en médecine chirurgie obstétrique.

On a réfléchi à : comment répondre à la demande de la direction ? Pour les équipes soignantes, on a revu les plannings autrement, pour essayer de lisser un peu les présences et les absences, pour faire en sorte qu'il y est beaucoup moins d'appel aux vacataires, parce que c'était quand même assez open. Donc ça change les mentalités. **On a lissé les plannings sans aucune autre compensation.**

Ce ne sont pas les seules raisons qui peuvent changer les mentalités aujourd'hui ?

Non, on est d'accord, la nouvelle génération, la façon dont les gens se positionnait actuellement dans leur emploi, et ce qui attirait encore plus mon attention, c'est le choix qu'ils font actuellement de travailler dans ce milieu, sans en prendre vraiment la dimension. C'est à dire que, on vient travailler à l'hôpital comme on irait travailler dans une entreprise ou dans un bureau, alors même que... Je ne sais pas mais, quand on fait le choix de travailler, de faire ce boulot, on sait que derrière tout ça il y a de l'humain que ça, ça doit être pris en compte.

Il y a une culture qui vient de l'entreprise, on n'est pas indispensable et il y a cette notion d'interchangeabilité ou on peut passer d'un poste à un autre du jour au lendemain. Ce n'était pas ça l'esprit du soin, c'était quelque chose où on accompagnait les gens, donc quand on parle d'accompagnement, en principe, on se projette sur du temps, alors que là, ce n'est pas du tout ça. Ils viennent, ils font leurs trucs dans la journée, il est vingt heures, c'est l'heure où ça se termine, qu'il y est une relève évidente ou pas évidente, on en n'a rien à faire. C'est assez surprenant. Donc c'est vrai qu'il y a tout un travail à faire, mais on ne va pas... On verra !

Est ce que cela a un impact sur le management ?

C'est évident parce que ...ça ne veut pas dire qu'auparavant il n'y avait pas pour le manager le souci d'expliquer les tenants et les aboutissants du soin, ce n'est pas du tout ça. Je bénis encore les cadres qui m'ont formé, leurs présences, la façon dont ils m'ont accompagnés les premiers temps. Je les remercie infiniment. Il y avait déjà ce souci d'être proche pour donner du sens au boulot. Mais c'est encore plus important aujourd'hui. L'impact de cette nouvelle organisation hospitalière modifie complètement cette notion là. Est ce qu'on va s'y retrouver, je ne sais pas ! Mais en même temps je suis très sensible aux différentes remarques qui sont faites. Les quelques années qui viennent de passer laissent un goût amer. On a le sentiment que les gens ont envie d'amorcer une marche arrière pour rééquilibrer les choses. Peut être pas pour retourner à l'état d'avant,

Parce que peut être que c'était trop, probablement. Mais là on est dans un extrême, c'est difficile à maintenir sinon... Mais il n'y a pas eu de transition. Mais il y a un entre deux à trouver pour que tout le monde s'y retrouve un peu, et surtout l'utilisateur, parce que pour l'instant il est au milieu de tout ça. Pour l'instant il est un peu laissé pour compte.

Pourquoi vous dites ça, la loi HPST le place au centre. Vous n'y croyez pas ?

C'est toute la différence entre la théorie et la pratique, c'est assez terrible.

On n'arrête pas de mettre le doigt sur des choses importantes ...la condition humaine mais c'est ... assez terrible ce paradoxe... Silence. On fait tout le contraire !

Pour nos équipes, eh bien là je vais vous faire le lien avec la dynamique de groupe elle est aussi impactée.

En quoi l'est elle ?

Les gens viennent faire leurs jobs, un collègue me disait : « je suis encore obligé d'organiser le planning des IDE sinon elles se crêpent le chignon : qui va là, etc...! ».

Elles pourraient le faire d'elle même, mais en fait elles ont besoin d'une tutelle en permanence... Silence

Vous pensez qu'il n'y a plus cette part d'autonomie ?

Tout à fait, alors qu'elles le revendiquent en permanence, mais ça ne marche pas. Il faut quelqu'un derrière. Les choses sont évidentes, on pourrait penser que ça va de soi, eh bien ça ne va pas de soi. Alors est ce que c'est notre culture qui veut ça ? Je ne pense pas. Globalement je pense que si on travaille sur les organisations sur les théories, c'est parce qu'il faut mettre des règles.

Les modifications dans cette dynamique, il y en a beaucoup pour plusieurs raisons. A un moment donné, on n'a pas vu cette population soignante vieillir et on n'a pas réalisé que cela allait laisser un vide considérable. Quand on fait appel à de la main d'œuvre étrangère, comment on n'a pas pris un coup d'avance ! ça n'aurait jamais du se passer. Il a fallu y faire face, et une fois de plus, il n'y a pas eu ce transfert de connaissance. On parle beaucoup du tutorat, mais comment est ce qu'on fait du tutorat quand on est à un pour vingt patients ? Ils s'imaginent que ça se fait comment ? Par injection ! Ou on colle un truc sur l'autre et ça marche !

L'individualisme l'emporte sur le collectif... Nous avons une nouvelle génération qui arrive avec une transition quasiment nulle.

Le tutorat je suis désolé mais ça suppose qu'on ait du temps pour transmettre les méthodes de travail et ça ...silence.

Résultat des courses on se retrouve avec des gens comme vous et moi, et des gens qui sortent de l'école, et avec cette avancée dans la vie qui font que les mentalités ne sont pas du tout les mêmes, et rien pour absorber de manière progressive. Parce que quand vous avez dans une même équipe 5 ou 6 jeunes qui arrivent en même temps, vous n'avez pas la transition. Quand vous avez une équipe qui change d'un seul coup il faut assurer une transmission des savoirs, là c'est faire en sorte que les deux générations se rencontrent pour le partage des valeurs.

C'était quelque chose que nous avons fait ici. Il y a 6 ans environ, il y a eu un creux dans les effectifs et on a du faire du recrutement, mais ça ne fonctionnait pas. On a pris un peu de recul avec le médecin responsable de l'unité, et on s'est rendu compte que pour les années d'expériences on était passé d'une moyenne de 70% à 15% d'expérience, ce qui fait très peu d'expérience. Cette équipe avait partagé peu de choses. On s'est interrogé pour savoir quoi faire en interne pour fédérer cette équipe, comment faire un apport d'expérience pour ces nouveaux. Parce que jeune ou moins jeune, quand on arrive quelque part on a besoin de cette transmission pour pouvoir vous sentir à l'aise. Il a fallu mettre en place des temps d'échanges qui s'appuyaient sur des cas clinique. Ces temps d'échanges, l'idée c'était que les plus expérimentés puissent argumenter leurs façons de faire, écouter les plus jeunes sur des expressions comme : « *Ben nous ça nous gave* », on pouvait rebondir sur leur gavage pour voir comment le rendre moins insupportable. Ce patient qui répète sans arrêt la même chose nous agacera toujours mais au bout d'un moment c'était redonner du sens au soin et voilà. Ces temps d'échanges ont duré environ un an et demi, et c'est vrai que ça a permis d'améliorer et d'amorcer autre chose en terme de dynamique de groupe, plutôt que d'entendre : « *toi tu m'embêtes avec tes trucs* » mais plutôt « *ben toi tu devrais prendre plus de temps en faisant ça parce que ...* » il faut expliquer les choses, dire comme ça sans explication, ça n'apporte pas grand chose.

Chacun a pu mettre du sens sur ce que l'autre faisait

Tout à fait, c'était pas ...Il fallait dépasser l'idée qu'un tel faisait mieux que l'autre, ça ne se discute pas en ces termes là. C'est comment nous derrière on peut réagir, ou comment on peut répondre à la demande parce que si on n'est pas

suffisamment cohérent entre nous, le patient peut jouer du clivage sur des choses précises c'est donc important d'aller dans le même sens. Le but de ce travail en interne c'était ça. Comment construire un projet de soins solide, de manière à ce que les interactions des uns et des autres avec ce que l'on a de notre histoire propre, puisque ça aussi ça intervient dans la façon dont on se positionne sur sa journée de boulot. Ce qui fait qu'aujourd'hui, je ne suis pas très bien, mais il n'y a pas d'incidence majeur dans la prise en charge et c'est ça le plus important.

Vous parlez de l'intérêt de la reconnaissance de l'autre ?

Oui complètement. Silence

On a toujours un ou deux éléments dans une équipe qui travaillent autrement. Soit parce qu'ils viennent bousculer un peu le cadre, soit parce qu'ils prennent une place un peu à part. Il faut être suffisamment tranquille pour le faire, mais ce que l'expérience me permet de dire, **c'est que, si vous laissez chacun à sa place avec ce qu'il est, tout en essayant de ramener au milieu de tout ça l'intérêt du travail, du collectif et du groupe ... finalement les gens finissent par s'apaiser, mais il n'est pas question de changer les caractères des gens pour autant.**

Au bout d'un moment il vaut mieux comprendre ce qui les pousse à se mettre autant en évidence ...Sans faire de paternalisme. On peut juste prendre un peu de recul et s'interroger.

Vous aussi êtes pris par un quotidien, comment faites vous ?

Effectivement, parfois c'est une tierce personne qui intervient et qui me fait penser à prendre du recul. On n'a pas ce réflexe, tout le temps, de se poser les questions par rapport à ce qu'il se passe. Mais tout de même, il faut penser à relever la tête, pour voir les choses et, où on se situe, sinon... Voir comment on peut négocier et ramener les choses.

Quand je dis « on » C'est nous le groupe, comment il fonctionne ce qui va et qui ne va pas. Même quand j'étais infirmier. **Pour fédérer il faut créer des temps d'échanges, par exemple sur des cas clinique, les gens se sont retrouvés dans le partage de sens autour du patient.** C'est toujours une question qui m'interpellait... Comment fonctionne le groupe.

Je me rappelle quand j'étais jeune infirmier, j'étais dans une équipe fournie, c'était la belle époque. Mais quand même, par rapport aux anciens, on se sentait privilégié d'avoir une discussion avec les anciens. Sur comment on fonctionnait, on essayait de comprendre comment on travaillait, et même quand il y en avait une qui travaillait trop, on lui disait puis on passait à autre chose. On n'avait pas besoin de le dire à la collègue etc, non, on en parlait entre nous. On a besoin des échanges, si chacun est cloisonné dans son truc c'est dommage.

Dans cette organisation < médecine, chirurgie, obstétrique> l'équipe de psychiatrie de liaison est sollicitée de plus en plus pour intervenir dans ce département, non pas pour les malades, mais pour les équipes. Elles sont demandeuses parce qu'il y a une vraie souffrance

par rapport à cette organisation. Se pose la question de trouver un temps de parole pour ses équipes soignantes. Et de plus en plus avec cette certification. Les staffs ne suffisent pas, c'est pour les patients. Il faut trouver un temps où les gens se posent et comment ils se sentent dans le service. Les organisations ne prennent pas le temps de le faire.

Prendre en considération l'autre, c'est extrêmement important ce serait bien que ça puisse se répandre. Il faut l'inculquer.

Pour vous, quelles sont les émotions qui se manifestent le plus ?

La tristesse et le burn out, c'est ce que je rencontre le plus. Surtout quand je suis de garde le WE, j'ai un peu plus de temps pour discuter avec les équipes et c'est ce que j'entends.

Les cadres que je rencontre on en parle et ont le même sentiment.

Il faut rassurer les gens, être tout le temps à l'affût des petites choses qu'ils font, pour le leur faire remarquer et dire que c'est bien. J'essaie autant que je peux de leur renvoyer des choses positives. Le fait que les médecins ne reconnaissent pas le travail qu'ils font, voilà ...silence.

Pour vous ça représenterait quoi la compétence émotionnelle ?

Une notion qui a apparue il y a une quinzaine d'années avec l'idée que quand on manage, il y a tout une partie qu'on ne sollicite pas et qui pourrait être intéressante dans la fonction. Je ne suis pas convaincu qu'il y ait une transmission de

savoir faire par rapport à ça. Je rattache ça à ce que l'on pourrait imaginer de l'empathie. Est ce qu'on peut se mettre à la place des autres tout le temps, ou de ce que l'on ressent, ou nous font ressentir, mais bon ... Je crois que c'est assez ... enfin, régulièrement on parle de nos émotions. Je n'ai pas le sentiment que ça n'existait pas.

Pourquoi dites vous, je n'ai pas le sentiment que ça n'existait pas ?

Parce que j'ai l'impression que c'est mis en exergue, parce que les gens l'oublent.

On doit avoir en tête, que se poser, prendre du recul, regarder comment ça fonctionne, ça devrait être un principe de base. Et ça effectivement,

La compétence émotionnelle comment on peut la définir ? Je dirai que si on peut travailler sous cette forme là, c'est un plus pour l'organisation, quelque soit l'endroit et encore plus dans la santé. Si on est capable de renvoyer des choses positives et pas toujours négatives, et je pense que c'est ... pour une dynamique de groupe, on ne peut pas mieux faire, et ça c'est quelque chose qu'il faut avoir en tête quand on prend cette fonction. Il faudrait que ce soit un réflexe. On peut dire au gens quand ils font mal, il faut aussi leur dire quand c'est bien, parce que ça crée des équilibres et ça permet aux gens de s'y retrouver.

Donc voilà, comment on travaille avec ça ? Eh bien de cette façon là, je pense. Il arrive qu'au travers des échanges, on puisse mettre en évidence les choses.

Sans être dans la recherche absolue que les gens vous racontent leur histoire, je pense qu'on est suffisamment amène et attentif avec ceux avec qui on travaille, pour qu'on puisse percevoir les moments où ils sont, plus ou moins, bien ou mal. C'est quelque chose que je dis très simplement « *tiens ça n'a pas l'air d'aller* » ça ne mange pas de pain, et les gens nous disent, oui ben voilà, ou ne disent rien.

Quand c'est fait tranquillement, dans le couloir quand on se croise, ce n'est peut être pas le moment propice, mais c'est pas la peine que j'appelle cette personne dans mon bureau avec une rencontre formelle, la personne risque de se fermer. C'est quelque chose que je fais souvent... silence... parce que je trouve que ...je parlais d'empathie tout à l'heure, ce n'est pas forcément ça, mais je suis convaincu d'avoir le sentiment, ne serait ce que surtout si c'est sa hiérarchie... j'ai l'impression avec les années de pratique, ça permet à l'autre d'être un peu plus attentif. **On n'a pas besoin de grand-chose pour voir que quelque chose ne va pas. Il suffit d'observer et de**

le dire à la personne. C'est lui montrer qu'on lui porte un intérêt, lui dire qu'on est là sans l'obliger à parler. Je suis convaincu avec le temps et l'expérience, que ça permet à l'autre d'être plus attentif au patient.

Je dis ça, parce que j'ai le souvenir d'un échange entre une infirmière qui avait pris en charge une toute jeune infirmière. C'était dans un service pas simple, où les infirmières avaient des actes assez compliqués ce qui stressait et angoissait la plus jeune au point qu'elle voulait quitter le métier. Au début quand je voyais cette jeune infirmière, je pensais qu'elle était sévère, on avait le sentiment qu'on ne pouvait pas l'approcher. J'observais l'échange entre ces deux infirmières, où l'une tentait de calmer l'autre en lui faisant remarquer tout ce qu'elle savait faire, que ce qui comptait, c'était d'être proche du patient, et que si elle la sentait stressée, ça pouvait la stresser aussi etc. . J'ai revu cette jeune infirmière quelques années après, et je lui ai demandé comment ça se passait, l'infirmière ne voulait plus changer et aimait ce qu'elle faisait. Je me suis dit que ce qu'elle a reçu comme transfert, c'était énorme. Alors c'est sûr, elle en avait aussi envie, mais il y a eu cette rencontre avec son aîné qui a une compétence énorme, en plus elle est extrêmement proche du patient.

Il faut bien sur s'assurer que les gens soient détendus, mais il faut que toi aussi, tu le sois suffisamment Ce sont des notions tellement importantes à transmettre, et quand on a tout ça en tête c'est aidant.

Je suis convaincu que, oui, c'est utile. Et à mon avis, ça aide à supporter, à mieux accepter toute cette souffrance qu'on trouve dans le monde hospitalier. Si on a le sentiment que nous aussi, on est sujet à l'attention des autres en termes de reconnaissance et en terme de tout ce que l'on veut.

Age

IDE = 81

Cadre = 96

Cadre de santé = 2007

Etablissement = ESPIC

Souhaitez vous rajouter quelque chose ?

Non mais si vous avez besoin d'approfondir n'hésitez pas.

Retranscription entretien Cadre 3

Pensez que l'hôpital traverse une crise identitaire ?

CDS3 Je n'avais pas mis le terme sous une crise identitaire, tout le malaise que l'on peut ressentir aujourd'hui, mais oui, pourquoi pas.

Nous vivons dans un monde de paradoxe, où il faut faire de la qualité, de la sécurité, en même temps qu'être efficient, rentable, faire de l'activité, dans un contexte de plus en plus procédurier ; et avec de moins en moins de moyens. Les effectifs humains et matériels sont contingentés je dirai.

Il y a le contexte de l'hôpital qui est économique, en pleine restructuration, et du coup, les métiers s'en trouvent impactés puisque les métiers sont revus, réquisitionnés sur ses missions.

L'encadrement est concerné de plein ...silence ... fouet. On l'a fait évoluer pour qu'il soit le collaborateur du médecin. Aujourd'hui on ne sait plus où il est, il sert un peu à tout, il fait pompier tous les jours, et ces définitions de fonctions qu'on a défini à une époque, aujourd'hui on ne sait plus trop où il se trouve. Je ferai une différence entre le cadre de proximité que l'on trouve à proximité des équipes et l'encadrement euuuuuh supérieur. Les encadrants qui encadrent les cadres. Aujourd'hui on a bien besoin des cadres de santé, on nous le fait bien ressentir partout, mais par contre, les encadrements supérieurs, on se demande bien ce qu'ils font là tous les jours.

Il y a deux crises d'identité je dirai, il y a l'encadrement de proximité et l'encadrement des cadrestout cela avec, et qui est déstabilisé par la T2A. On sent ...enfin on a fait des cadres, des collaborateurs, des médecins, et d'autre part, on est face à une administration, une direction des établissements qui.....enfin c'est ce que l'on perçoit..... a du mal à cerner ce que l'on peut faire ; et on ...enfin je pense que je ne suis pas la seule.....on a un manque de reconnaissance total, de ce qui peut être fait au quotidien sur le terrain avec les équipes, avec les cadres eux mêmes. Euh et on a l'impression d'une méconnaissance totale de ce que l'on peut faire au quotidien. On a les équipes médicales avec qui on est amené à travailler. Et face à nous, on a une administration avec des chiffres, des ratios, des indicateurs, alors que l'on peut très bien comprendre auxquels on peut adhérer par moment, avec plus de difficulté pour

certain, parce qu'en face de nous, on a des patients, des maladies, des charges de travail, et on est pas dans le même discours. Donc, **on a l'impression de ne pas être compris. Eux on un discours économique, avec des nombres, des ratios qui sont ...Comment dire ! Imperméable.** Et nous, on est en tout cas, en charge de travail et l'interprétation des chiffres n'est pas forcément la même, on ne s'entend pas forcément, et ça fait des gros clash par moment.

Du coup, on se demande ce que l'on fait ...enfin... pour ma part, mon souci, moi, c'est le patient, la qualité de ce qu'on va lui donner tous les jours comme soins, et en regard de ça, des équipes qui viennent travailler avec plaisir et qui soiteuh qui aient des moyens de travailler et qui euh, puissent être totalement disponible pour le patient et pas préoccupées par leurs effectifs, leurs moyens rationalisés et tout ça. En fin de compte, on a l'impression de se battre contre des moulins à vent, en voulant faire comprendre des choses incompréhensibles à une direction, qui elle, ne parle que par ...euh... Voilà! Vous avez 30 patients, vous devez avoir tant d'infirmières et si vous en avez un de plus, tant pis. **Au niveau crise identitaire on est l'interface entre les équipes (médicales et soignantes) et l'administration, on est vraiment malmené par moment, et on se sent un peu tout seul à défendre ce en quoi on croit. Puisqu'on est de formation infirmière** alors peut être que, quand il n'y aura que des gestionnaires avec des chiffres, eux seront moins malheureux que nous mais euh. Ils seront moins torturés que nous.

La crise identitaire parce qu'aujourd'hui ...euh...je pense que le cadre de service a toute sa légitimité, et ça, l'administration en est bien consciente. L'encadrement supérieur lit, je pense que pour l'administration aujourd'hui, il n'a plus du tout ...euh....enfin j'ai bien peur qu'ils n'aient plus de légitimité pour l'administration. Je pense qu'elle les voit parfois des doublons ...Silence...parfois des..... résiliences.... pas de plus value en terme d'encadrement d'équipe et d'organisation et voilàeuh..... et de ... euhils parlent plutôt transversalité, missions transversales . Un cadre sur l'hygiène, un cadre sur ci, un cadre sur ça. Eux, ils parlent...silence...ils ont des visions transversales sur des missions transversales mais pas telles qu'on les connaît. Donc c'est vrai que ...Silence... pourquoi pas ! S'il y a une organisation, qui fait que tout l'encadrement puisse travailler dans le même sens, se reposant sur les mêmes valeurs avec un vrai projet de soins, quelque chose de bien structuré mais ...euh ...c'est vrai aussi, qu'on sent bien que les administrations,

aujourd'hui, elles se posent la question de ces cadres qui pour eux sont là en plus, ils sont superflus. Donc, il faut leur trouver des missions et ne pas les remplacer dès que l'un s'en va. Du coup on ne s'y retrouve pas, l'avenir n'est pas clarifié, on ne sait pas ce que va devenir l'hôpital, et du coup... euh... on fonctionne un peu au jour le jour. Quand ça manque, on fait au mieux, **on s'adapte au quotidien, on fait en sorte que le climat soit paisible pour que les équipes travaillent dans un climat apaisé, serein, et ne voient pas trop les difficultés.** On ne sait pas de quoi l'avenir sera fait, on ne sait pas ce que l'on attend de nous. On fait au mieux dans l'intérêt du patient. On pourrait trouver des satisfactions, ce n'est pas toujours très rose. C'est vrai que la proximité trouve encore une satisfaction auprès des équipes de soins et des patients, chose que n'ont plus les cadres supérieurs. Silence ... Le sens que l'on a à donner tous les jours est malmené quand même.

Vous pensez que les cadres de proximités ont plus de visions d'avenir ?

Au moins, on a l'avenir à moyen terme. Je pense qu'un service ne peut pas ne pas avoir de cadre. Il est proche des soignants et des équipes donc là, le cadre de proximité, il a toute sa légitimité. Il peut donner du sens à ce qu'il fait. Chose que le cadre supérieur n'a pas.

Et vous pensez qu'un cadre pour deux services avec en tout soixante patients à une proximité ?

Non.

Le cadre n'y est plus. Là on ne croit plus à la plus value du cadre. La fonction a évolué au fil du temps, mais non formalisé. Donc aujourd'hui on en fait ce que l'on veut. C'est cet inconfort de positionnement qui est difficile et aujourd'hui, pour ce ressourcer, c'est être avec, et auprès des équipes. C'est la seule reconnaissance qu'on peut avoir.

Chacun se concentre sur son métier avec les représentations qu'il en a. pour l'administration on doit être corvéable tout le temps douze heures par jour.

Dynamique de groupe

On a pas de collectif parce qu'on a pas la même vision des choses, on a pas les mêmes visions des choses, on a pas euh, les mêmes capacités à se projeter, à reconnaître que c'est un métier qui est en refonte, en mouvance... long silence..... Et le

collectif cadre, y en a pas. Pour moi il n'existe pas, ou alors deux, trois personnes qui vont s'entendre. Mais **on a pas de collectif parce qu'on a pas la même vision des choses, on a pas les mêmes intérêts, on a pas ... On est de plus en plus seul. Chacun se concentre sur les valeurs de son métier,** mais c'est une façon de se protéger aussi, parce que...comment dire ? On ne va pas dans le même sens, alors est ce qu'il y a un chef d'orchestre, responsable ou pas responsable, c'est une grande question. Est ce qu'on a mis les chances pour que ce collectif existe, ou est ce qu'il est gênant pour les institutions, et que c'est une vraie volonté qu'il n'y ait pas ce collectif ?? Quelque part, que ce soit l'administration ou le corps médical, ils seraient peut êtreIls auraient moins de poids. **Les cadres sont des personnes sensées qui ont de bonnes idées, de bonnes perceptions organisationnelles et qui sont un peu dérangeants parce qu'ils parlent qualité, charge de travail, ils ne parlent pas que chiffres et ça dérange, donc on évite qu'il y ait un collectif.**

Quand j'ai commencé mes études infirmières, **il y a 36 ans, on sentait une vraie hiérarchie qui passait par l'encadrement, et aujourd'hui, j'ai l'impression qu'il n'y a plus et qu'il y a plein de choses qui se délitent,** alors que les nouvelles générations sont plus demandeuses de sens. Avant on était un peu comme à l'armée, on entrait dans une organisation, on ne se posait pas trop de question et voilà. Mais aujourd'hui, alors que les gens sont plus demandeurs de sens on voit bien que ce n'est pas donné. **Chacun donne les sens qu'il veut à ce qu'il fait** mais collectivement je n'en suis pas sur. Non !

On a accru le pouvoir médical, et ça fait que, l'administration se retrouve et se resoumet au pouvoir médical, et les soignants ne sont plus pourvoyeurs. **L'activité, elle est médicale, que ce soit médecin ou chirurgien, les soignants sont là dans un service, mais ils ne produisent rien du tout.** La T2A a créé un gouffre. Les médecins sont beaucoup plus proches de leurs secrétaires que de leurs équipes soignantes. On est en train de reproduire des choses qui s'effaçaient peu à peu. Le pouvoir médical n'a pas que du bon. Long silence... Au lieu de créer un nouveau modèle, on revient à un ancien modèle. On a connu, ou avait connu, une évolution positive, et on revient en arrière.

De tout ceci, y a t-il un impact sur les équipes ?

Je pense que ça dépend de l'encadrement dont il bénéficie.

On peut encore les protéger par les projets qu'on va leur donner, par les valeurs qu'on va impulser et défendre, par la dynamique que soi-même on va impulser. En étant très pédagogue, et en expliquant tout ce qui bouge dans le monde de l'hôpital, l'environnement de la santé, ...silence toute cette économie de la santé, ces coûts qui deviennent de plus en plus difficile, **cette santé qui a un coût pour lequel, on va devoir faire des économies, ... euh..., je pense que c'est notre rôle d'expliquer, d'accompagner, tout en expliquant les valeurs en lesquelles on croit. Le rôle du cadre est foncièrement là.** Après des patients et des soignants, pour que les équipes continuent à administrer les soins avec la qualité qu'il faut, sans qu'ils ne soient pollués par la T2A qui va faire qu'on va être plus sur telle intervention plutôt que celle là. On a un vrai travail pédagogique.

Vous pensez que les équipes ne s'en aperçoivent pas ?

Si elles s'en aperçoivent. Tant qu'elles ne sont pas touchées en terme d'effectif, elles ne s'en aperçoivent pas trop. Mais dès que la T2A arrive, on vous explique, les salaires c'est 70% du budget, qu'il faut revoir les effectifs Et quand ça passe par la rationalisation, ils s'en aperçoivent de plein fouet. Et ils s'en aperçoivent aussi quand on ne veut pas remplacer pour X raison. Je pense que les équipes deviennent hostiles dès lors que ça impacte la qualité, et mettent en avant la sécurité, en disant qu'elles ne sont pas assez nombreuses pour assurer la prise en charge de tant de patient. Les équipes sont impactées dès lors qu'on parle effectif, et pas charge de travail.

Ici, on a encore un pool de remplacement avec un effectif encore acceptable. Les surplus ont disparus. Une infirmière pour dix à onze patient, ce qui est difficile pour certains services lourds, mais ce n'est pas entendu à l'administration. On se bat contre les moulins à vent. Mais tout de même, on souffre moins que certaines institutions qui sont à une infirmière pour 25 patients.

Comment cela s'est il passé quand vous avez réduit vos effectifs ?

Nous étions très bien doté en personnel. Tous les petits surplus que nous avions ont disparu, les infirmières coordinatrices, tous ces petits plus on ne les a plus. Donc les infirmières sont toutes au soins, avec une infirmière pour 11 ou 12 patients, ce qui n'est pas cohérent dans tous les services, certaines pathologies sont plus lourdes que d'autres, avec des pansements qui peuvent durer plus d'une heure et

plusieurs fois dans la journée. Mais ça l'administration ne l'entend pas, ce n'est pas entendable.

Ce qui est pénible, pour nous les cadres, c'est de travailler sans aucune vision d'avenir, **on ne sait pas de quoi demain sera fait**. Je me dis que si j'avais dix ans de moins ça me poserait encore plus de problèmes, mais il faut s'adapter sans y perdre son âme, ne pas y perdre ses valeurs. Ce qui est inquiétant, c'est que cette crise identitaire impacte la profession. Aujourd'hui on a du mal à recruter des cadres de santé, on ne trouve pas. Quelque part ...silence

Vous l'expliquez comment ?

Peut être que les gens n'ont plus envie de faire ce métier parce qu'il est rempli de contraintes.silence...

Vous pensez que c'est du à la complexité de la fonction ?

Oui, et aussi, parce qu'il n'est reconnu d'aucune manière ni financièrement , ni par l'administration qui ne voit pas tout ce que l'on peut faire, personne ne reconnaît ce que vous mettez en place, ce que vous faites....silence...voilà ! Tout est normal pour eux. Et c'est pareil partout, dans d'autres structures aussi. Je crois que les administrations ont de la chance d'avoir des encadrants consciencieux qui ont le souci de vouloir bien faire. Si il n'y avait pas quelqu'un pour pallier à tout, aux services, aux patientsy a des institutions qui seraient tombées à l'eau.

Nous sommes faisant fonction maintenant, avant de faire l'école des cadres et nous savons ce qui nous attend en sortant.

Oui, d'un autre côté, il y a de belles satisfactions avec les équipes, avec les patients, et ça ce sont les plus belles reconnaissances. Quand je lis les enquêtes de satisfactions, c'est une énorme satisfaction, qui a bien plus de valeur qu'une administration qui vous dit une fois tous les dix ans « *ah ben ça marche bien chez vous* ». C'est un métier où on peut toujours avoir cette reconnaissance avec les équipes et les patients. Et je le referais si c'était à refaire parce que ...euh ... c'est un métier ...euh, on cherche du sens à tout ce que l'on fait, et même si y a pas de collectif cadre et tout, on peut mettre en place des choses, on accompagne notre équipe pour qu'elle soit toujours dans cette dynamique d'acquérir des connaissances, de se

former...On a un rôle essentiel à amener nos équipes à se fonder sur des valeurs. On a énormément d'autonomie auprès de nos équipes, alors après, il faut que ce soit en lien avec l'institution. On a encore une marge avec nos équipes. C'est la source qui nous permet d'avancer. C'est ce qu'on doit apporter aux équipes, la satisfaction au travail et le leur permettre. A une autre échelle (politique je ne pense pas).

Notre rôle est d'accompagner les équipes dans cette évolution.

Quelles émotions apparaissent le plus souvent au sein de votre équipe ?

La colère, ...long silence ... souvent en ce moment, c'est ça.

Connaissez vous le concept d'intelligence émotionnelle ?

Moi j'avais lu un article sur l'intelligence émotionnelle, dans soins cadre je crois, qui m'avait beaucoup plus parce que ...Oui je serai d'avis à dire que...euh, pendant des années, on a dit du cadre qu'il ne devait pas montrer ses émotions, qu'il devait être, comment dire, exemplaire. Mais derrière, pour moi, il y avait quelqu'un de froid qui montrait une apparence lisse. Pas de ...de... de... de... démonstrations quelconques. Alors que j'avais vu lu que le cadre avait le droit d'être en colère, d'être ému, d'être content et que ça pouvait impacter la gestion des émotions de son équipe. En tout cas, il pouvait s'appuyer sur les émotions qu'il pouvait traduire. Ben moi, ça me parle, parce qu'il y a des jours où nous ne sommes pas identique ... y a des jours où on abatrait des montagnes, et d'autres pas, où le contexte nous déprime plutôt qu'il nous enchante etdu coup on ne fait pas les mêmes choses, même si on ne veut pas. Je pense que ce que l'on perçoit pour nous même, on le perçoit au sein des équipes que l'on manage. Des moments où ils vont bien, d'autres, moins bien. Donc à un moment, les rassurer et être à distance, à d'autres.

Je ne connais pas bien le concept, mais ce que j'avais lu m'avait interpellé sur le plus que pouvait apporter cette capacité à prendre en compte ses émotions.

Sur le terrain vous le traduisez comment ce plus ?

Ben quand vous avez une équipe face à vous, en colère, parce qu'elles sont pas en nombre etc.... derrière cette colère, il y a autre chose. Derrière cette colère, il y a quelque chose pour la colère, c'est une réaction épidermique. Que derrière, il y a une incompréhension, une inquiétude... Et qu'il faut plus écouter la personne, plutôt que

de sanctionner sa colère et de se dire « *elle me fait suer, c'est une coléreuse* »...l'émotion que l'on reçoit en première intention traduit quelque chose de différent. Quand je suis en colère, c'est qu'il y a quelque chose derrière, c'est que j'ai été soit blessée, soit atteinte, je me dis que pour la personne qui est en face de moi, ben ! C'est la même chose. Donc qu'est ce qu'il y a derrière, qu'est ce qu'elle essaye de me dire, et qu'est ce que je peux faire pour désamorcer.

On dit intelligence émotionnelle, ça fait penser qu'on se sert de ce que l'on perçoit soi même, pour essayer d'analyser ou de comprendre ce que l'on perçoit soi même. On essaye de mettre des masques.

Il y a aussi l'intelligence de la situation et ce n'est pas une question de capacité intellectuelle, c'est une question de perception et d'intuition pour laquelle on met des actions. C'est un plus ...Euh , en plus dans un métier comme le notre, qui est fait de relations humaines tous les jours .

On fait les choses sans savoir que c'était ça.

Est ce que ça rentrera dans les cursus ?

Toutes les émotions ne sont pas positives, il y en a qui parfois, nous mettent mal à l'aise, qui freinent et déstabilisent. Existe t-il des méthodes pour apprendre à les gérer ?

On nous a rabâcher pendant des années...silence... si on veut être honnête, **on met des couches successives de masques. De temps en temps, on en enlève un. les émotions étaient circonscrites, suivant aussi l'éducation reçue etc... c'est en lien avec plein de choses fondamentales.**

Voudriez vous rajouter quelque chose ?

Non, on a vu tout, mais j'aimerais bien une bibliographie.

Talon sociologique

Age 54

DE 77 (35ans)

Cadre

Cadre de santé 12 ans

ESPIC

ANNEXE V

La fiche métier cadre de santé (unité de soins)



Cadre responsable d'unité de soins

Famille :	Soins
Sous-famille :	Management des soins
Code FPT :	06/D/25
Code Rome :	J1502
Code métier :	05U20

▶ Information générale

Définition :

Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

Autres appellations :

Cadre de santé
Surveillant

Prérequis :

Exercice professionnel de 4 ans

▶ Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

▶ Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe / en réseau



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

Diplôme de cadre de santé

DCS@11-12

TITRE DU MEMOIRE

Raison contre émotion : une dualité managériale à conquérir

AUTEUR

Léthisia DECHATRE

MOTS-CLES

Crise identitaire
Dynamique de groupe
Intelligence émotionnelle

KEYWORDS

Identity crisis
group dynamics
Emotional intelligence

RESUME

Les profondes mutations socio-économiques entraînent des changements de paradigmes auxquels le monde hospitalier doit faire face. Comment les cadres de santé s'organisent t'ils pour soutenir les équipes de soins avec des moyens en forte baisse ?

Ce travail a pour objectif l'étude des techniques d'encadrement avec d'une part La prise en compte des contraintes sociétales et institutionnelles et d'autre part la préservation du capital humain des équipes de soins.

La première partie de cette étude abordera la crise identitaire vécue par le milieu hospitalier et son impact sur la dynamique de groupe.

Nous évoquerons ensuite le concept d'intelligence émotionnelle.

La seconde partie présentera l'analyse d'une enquête menée auprès de cadres de santé de différents secteurs

ABSTRACT

Due to the profound social and economic changes of recent years, hospitals must now confront changing paradigms. How are healthcare managers adapting their organizational strategies to support their teams in view of decreasing resources? This study will explore management techniques taking into account both societal and institutional constraints as well as the preservation of human capital. The first part of this paper will address the identity crisis experienced by the hospital and its impact on group dynamics. The role of emotional intelligence in this context will also be evaluated. The second part of this study will analyze a survey of healthcare managers from different sectors.