

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

« L'ART DE MANAGER : QUAND LA TÊTE ÉCOUTE LE CŒUR »

Christopher BAZIRET

Sous la direction de : Jérémy THOMAS

DCS@24-25

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à Monsieur Jérémy THOMAS, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement attentif et bienveillant tout au long de ce travail. Sa disponibilité, la clarté de ses conseils, ainsi que ses remarques toujours pertinentes qui ont été déterminants dans l'orientation et l'enrichissement de ma réflexion.

Je souhaite également remercier chaleureusement mes formatrices, Madame Rachel DJIE BI IRIE et Madame Miriam BOULANOUAR, pour leur soutien constant, la qualité de leurs enseignements et la pertinence de leurs apports pédagogiques qui ont nourri mes apprentissages et m'ont permis de prendre confiance dans ma posture professionnelle. Leur présence a constitué un repère solide durant cette année exigeante.

Mes remerciements vont également à l'ensemble de mes compagnons de promotion, dont l'écoute, l'entraide et les échanges constructifs ont enrichi cette expérience collective. Les moments de partage, les questionnements communs et le soutien mutuel ont grandement contribué à rendre ce parcours formateur aussi humain qu'enrichissant.

Je n'oublie pas de remercier très sincèrement ma mère, ma sœur et mes amis, qui ont été à mes côtés à chaque étape de ce projet. Je pense tout particulièrement à Cyrielle, Hadiyatou et Angéline, pour leur patience, leur écoute et le temps précieux qu'elles ont consacré à relire et corriger ce mémoire. Leur regard critique, tout comme leur soutien moral, ont été d'une aide inestimable.

Glossaire

CNV Communication Non Violente

DRESS Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

ESM École Supérieure Montsouris

FHF Fédération Hospitalière de France

HAS Haute Autorité de Santé

IFCS Institut De Formation De Cadre De Santé

MIN Mort Inattendue De Nourrissons

QI Quotient Intellectuel

SAMU Service D'aide Médicale Urgente

USC Unité de Soins Continue

UTSP Unité Territoriale De Soins Palliatifs

Table des matières

1	<i>Introduction</i>	1
2	<i>Du contexte d'émergence à ma question de départ</i>	2
3	<i>Cadre Conceptuel</i>	7
3.1	Le milieu soignant : un environnement imprégné de crises émotionnelles..	7
3.1.1	Les émotions : moteurs d'action et leviers décisionnels dans le quotidien	7
3.1.2	L'impact des émotions sur les soignants : entre vulnérabilité et résilience	9
3.1.3	Les Défis Émotionnels du Cadre de Santé	12
3.2	Intégrer l'Intelligence Émotionnelle dans les Compétences Managériales	13
3.2.1	Développer les Compétences du Cadre de Santé : Un Processus Continu	13
3.2.2	Comprendre et développer les compétences émotionnelles	16
3.2.3	L'intelligence émotionnelle au cœur des choix managériaux	18
3.2.4	Assertivité et Communication Non Violente en Management.....	20
3.3	Émotions, feedback et équilibre de la dynamique d'équipe	23
3.3.1	Comprendre l'équipe et sa dynamique	23
3.3.2	L'influence des émotions sur la dynamique d'équipe	26
3.3.3	Renforcer la dynamique d'équipe par le feedback.....	28
4	<i>Problématique et question de recherche</i>	30
5	<i>Hypothèses</i>	31
6	<i>Méthodologie de l'enquête</i>	32
6.1	Objectifs de la démarche méthodologique :	32
6.2	Outils d'enquête : l'entretien semi-directif	32
6.3	L'élaboration du guide d'entretien	33
6.4	Outils complémentaires : auto-diagnostic de l'assertivité	33
6.5	Population cible	34
6.6	Conditions de réalisation des entretiens	35
6.7	Limites de l'enquête	35

7	<i>Analyse des résultats de l'enquête</i>	36
7.1	Diriger sans briser : émotions, écoute et adaptabilité	36
7.2	Le management à l'épreuve des générations et des services	37
7.3	De l'émotion à la reconnaissance : construire sa légitimité de cadre.....	39
7.4	« <i>Seul pour tenir debout</i> » : La solitude émotionnelle des cadres de santé	41
7.5	Travailler ensemble grâce à la compétence émotionnelle.....	43
7.6	Assertivité, communication et gestion des émotions au travail	46
8	<i>Discussion</i>	49
9	<i>Conclusion</i>	55
10	<i>Bibliographie</i>	58
11	<i>Annexes</i>	

1 Introduction

Dans le cadre de mon travail de fin d'études à l'Institut de formation des cadres de santé (IFCS) de l'École supérieure Montsouris (ESM), en vue de valider le Module 3 « Analyse des pratiques et initiation à la recherche » et le Module 6 « Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnelle », j'ai choisi d'explorer la question de la place des émotions dans le management des cadres de santé.

Les émotions, souvent perçues comme des éléments à maîtriser ou à écarter dans un cadre professionnel, s'avèrent pourtant être des éléments vecteurs de performance, tant dans la prise de décision que dans le renforcement des dynamiques collectives au sein des équipes de soin. Dans un secteur aussi exigeant que celui de la santé, où les professionnels sont confrontés quotidiennement à des situations de stress, de souffrance et à des décisions lourdes de conséquences, la gestion des émotions semble être un axe à ne pas négliger dans notre management. Le cheminement de pensée qui m'a conduit à ce sujet repose sur la nécessité de mieux comprendre l'impact des émotions dans la gestion managériale, ainsi que sur le rôle de la compétence émotionnelle dans la construction du leadership et la cohésion des équipes soignantes. L'objectif de ce travail est ainsi de proposer une réflexion sur l'intégration de ces dimensions émotionnelles dans les pratiques managériales des cadres de santé.

Dans un premier temps, je décrirai le processus qui m'a amené à choisir cette thématique, en retraçant les éléments contextuels et personnels ayant nourri cette réflexion. Puis, je présenterai le cadre conceptuel, en abordant les thèmes suivants : les émotions dans le milieu hospitalier, la compétence émotionnelle, et l'impact des émotions sur la dynamique d'équipe. Cette réflexion servira de base à l'élaboration de la problématique et de la question de recherche, ainsi qu'à l'énoncé des hypothèses de travail. Par la suite, je mènerai des entretiens avec des professionnels de santé afin de confronter mes recherches théoriques à la réalité du terrain. Il s'agira ensuite d'analyser l'ensemble de ces entretiens pour identifier les similitudes et les disparités par rapport à la théorie. Enfin, une discussion sera menée afin de valider ou non les hypothèses formulées, en tenant compte à la fois de la théorie et de la réalité du terrain.

2 Du contexte d'émergence à ma question de départ

Travailler dans le domaine de la santé en tant que soignant nécessite la maîtrise de connaissances, de compétences pratiques et de qualités relationnelles variées, afin d'accompagner les patients et leur entourage. Les professionnels de santé doivent non seulement prendre en charge les patients sur le plan physique, mais aussi les soutenir émotionnellement face à la maladie et la mort. Les soignants évoluent dans un environnement en constante mutation, où ils sont confrontés à des situations complexes et tendues. Une étude mondiale publiée en 2022, par le Conseil International des Infirmières, tend à nous rappeler, que depuis la pandémie du COVID-19 la pénurie des soignants a augmenté, celle-ci estimée déjà en amont de la crise à 5,9 millions d'infirmières manquantes¹. En parallèle, la Fédération Hospitalière de France (FHF) en 2021 met en corrélation une fermeture de lits de 6% avec cette pénurie de soignants. La démographie du personnel soignant a connu une augmentation significative entre 2013 et 2021 selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), mais cette progression a fortement ralenti depuis 2021, en restant malgré tout positive. Aujourd'hui, d'après Brendan MCCORMACK, l'image de la profession d'infirmière, accentuée par les médias, est majoritairement négative mettant en avant les mauvaises conditions de travail, le surmenage, la pénurie ainsi que le manque d'attractivité².

Ces dernières années, au-delà du manque de personnel, les établissements de santé sont également confrontés à la crise du numérique. Malgré l'essor du numérique dans les services de soins, ce développement demande aux hôpitaux des investissements considérables en matière de matériels et de cybersécurité. Selon une étude demandée par l'agence du numérique en santé, « *l'année 2023 a été marquée par une activité malveillante importante avec une augmentation sensible des attaques par rançongiciel et des vols d'identifiants* »³. Les cyberattaques obligent les établissements de santé, ainsi

¹ **International Council of Nurses**, "The Global Nursing Workforce and the COVID-19 pandemic", Sustain and Retain in 2022 and Beyond, Janvier 2022.

² **Brendan McCormack**, « Face à la pénurie mondiale de personnels infirmiers, n'oublions pas la personne », dans Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière Volume 9, Issue 1, March 2023.

³ **Agence du numérique en santé**, [en ligne], « Observatoire des signalements d'incidents de sécurité des systèmes d'information pour les secteurs santé et médico-social », Rapport de 2023, URL : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/observatoire-incidents-cybersecurite-sante-2023.pdf [consulté le 18 septembre 2024].

que par extension les cadres de santé et les équipes soignantes, à envisager des organisations spécifiques dites « dégradées ».

Ces situations de crises (crise sanitaire, cyberattaque, période épidémique...) accentuent l'effet d'évitement des professions soignants, mais également l'épuisement, le stress et le burn-out des équipes en place. Les risques psycho-sociaux des professionnels soignants sont donc au cœur des stratégies nationales en matière de prévention, de qualité de vie et des conditions de travail et de recrutement. Dans cette dynamique, la préparation des cadres de santé aux situations exceptionnelles revêt une importance capitale. Ces situations imprévisibles nécessitent une gestion rapide, efficace et adaptable. Les compétences du cadre de santé doivent lui permettre d'anticiper et de répondre à ces défis, de coordonner les équipes sous pression, et assurer la continuité des soins tout en veillant au bien-être du personnel. Cette préparation renforce à la fois la résilience des établissements et la confiance des professionnels, contribuant ainsi à leur fidélisation.

L'attractivité et la fidélisation des professionnels sont des enjeux de premier plan, particulièrement dans un contexte où la pénurie de personnel et l'augmentation des besoins en soins exacerbent les difficultés rencontrées par les systèmes de santé. Attirer des professionnels qualifiés ne se résume pas seulement à offrir des salaires compétitifs ; il s'agit également de créer un environnement propice à l'épanouissement personnel et professionnel. Cela implique d'offrir des perspectives de carrière claires, avec des possibilités d'évolution vers des fonctions à responsabilité ou de spécialisation. Les formations continues sont un levier non-négligeable, permettant aux professionnels de maintenir et d'améliorer leurs compétences tout en se sentant valorisés dans leur développement. De plus, un cadre de travail stimulant, où règnent collaboration, innovation et soutien des équipes, renforce l'engagement des salariés.

Pour fidéliser, il ne s'agit pas seulement de maintenir les employés en poste, mais de les aider à trouver un équilibre durable entre leurs responsabilités professionnelles et leur bien-être personnel. L'amélioration des conditions de travail, notamment par la réduction des tâches administratives et l'aménagement des horaires, est essentielle pour limiter l'épuisement professionnel et les risques psychosociaux auxquels les soignants sont particulièrement exposés. Le stress chronique, la surcharge émotionnelle et la fatigue peuvent engendrer des troubles graves, tels que le burn-out, l'anxiété ou la dépression. Un accompagnement psychosocial efficace, avec des programmes dédiés à la gestion du stress et à la prévention de ces risques, est nécessaire pour préserver la santé mentale des

soignants. Cela permet non seulement de garantir leur bien-être, mais aussi de maintenir leur motivation et leur efficacité sur le long terme.

Les établissements de santé, désireux d'améliorer l'attractivité et la fidélisation des soignants, intègrent de plus en plus ces concepts dans leur projet d'établissement, influençant ainsi les stratégies managériales des cadres de santé au sein des services. Mais l'inscrire dans le projet d'établissement suffit-il à être attractif ? Comment les compétences du cadre de santé sont-elles mobilisées ?

Ma carrière professionnelle de soignant a été axée principalement sur le domaine de la pédiatrie. J'ai débuté en tant qu'infirmier en 2015 dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle pédiatrique pendant deux ans, puis dans un service d'urgences pédiatriques pendant cinq ans. Au fil des années et des missions confiées, mon positionnement a évolué pour tendre vers le poste de faisant fonction de cadre de santé, dont j'ai exercé les missions pendant deux ans avant d'intégrer l'institut de formation de cadre de santé. La première année, en tant que faisant fonction de cadre de santé de nuit, j'ai pu prendre de la distance avec mes anciennes fonctions et acquérir une posture de cadre, en ayant des missions axées sur la transversalité et la gestion de situations de crise ou de tension immédiate. La deuxième année, j'ai été faisant fonction de cadre de santé dans le service des urgences pédiatriques.

Dans mon parcours professionnel, j'ai été confronté à de nombreuses situations d'urgence vitale, de décès, de maltraitances infantiles, à la crise sanitaire du COVID-19, à une cyberattaque et à des périodes épidémiques hivernales cycliques en pédiatrie. Ces différents contextes génèrent des organisations spécifiques et ont une forte charge émotionnelle pour les équipes et les cadres de santé.

Parmi toutes ces situations, une a particulièrement retenue mon attention.

C'était lors d'une prise en charge d'une mort inattendue de nourrissons (MIN), situation à laquelle j'ai été régulièrement confronté, aussi bien en tant qu'infirmier qu'en tant que faisant fonction de cadre de santé, puisque l'établissement où j'exerçais était identifié comme centre de référence départemental. Ces prises en charge nécessitaient la polyvalence des équipes soignantes sur plusieurs axes : l'accompagnement des parents face au deuil, les soins prodigués à l'enfant, la formation entre pairs sur cette procédure particulière et la continuité de la gestion du flux. Dans cette situation, j'exerce comme

faisant fonction de cadre de santé depuis un mois aux urgences pédiatriques et je suis informé par le centre de régulation médicale de l'arrivée prochaine d'un nourrisson âgé d'un mois probablement victime d'une mort inattendue du nourrisson. C'est ma première MIN en tant que faisant fonction de cadre de santé. Je rejoins mon équipe, déjà occupée par l'activité du service. Mon intervention pour expliquer la situation, entraîne un silence immédiat puis une organisation presque robotique se met en place d'une partie de l'équipe (la plus expérimentée), pendant que l'autre moitié de l'équipe s'interroge sur la spécificité de la prise en charge.

Je me pose alors les questions suivantes : Est-ce à l'équipe de s'autoformer sur la prise en charge des MIN ? Je suis formé comme infirmier sur la prise en charge des MIN mais quelles sont mes missions comme cadre de santé ? Habituellement, l'équipe appelle le cadre de santé pour les soutenir, qui le cadre de santé peut-il appeler pour le soutenir ?

Dans cette situation, l'arrivée se fait en deux temps.

D'abord l'arrivée de l'enfant avec le service d'aide médicale urgente (SAMU), qui fait à l'ensemble de l'équipe des urgences l'anamnèse de la situation. A cet instant, l'équipe du service doit se répartir entre la gestion de l'activité dite « quotidienne » et cette prise en charge spécifique. Le nombre excessif de soignants voulant participer à la MIN, m'a obligé à « trancher » sur l'organisation. L'équipe médicale et paramédicale désignée fait les soins (divers prélèvements biologiques, examen général du corps, examen radiologique...) dans une salle d'examen du service. Étant en retrait, je constate que malgré la mouvance du service derrière la porte, dans la pièce, tous sont particulièrement silencieux et l'atmosphère semble solennelle. Certains rompent le silence pour s'adresser directement à l'enfant et d'autres uniquement pour poser des questions courtes, simples et demandant uniquement une réponse par « oui » ou « non ». La gestuelle reste mécanique comme lors de la préparation de l'arrivée de l'enfant.

Je m'interroge sur ma présence dans la pièce en tant que cadre de santé : Est-ce que ma présence suffit à l'équipe pour se sentir accompagnée ? Est-ce que j'aurai pu profiter de ce moment pour parler de la situation et de leur ressenti ? L'organisation, telle qu'elle a été définie, a-t-elle créé les conditions de cette ambiance ?

Dans un second temps, arrive la famille de l'enfant. Nous la recevons uniquement avec le médecin référent de la prise en charge et moi-même car aucun autre soignant souhaitait

être confronté à la famille. Ce contraste avec la situation précédente et cet instant m'interpelle : Qu'est-ce qui est différent dans cette situation ? Est-ce que cela est lié à la « peur » des soignants d'être confronté aux émotions des parents ?

Durant notre entrevue avec la famille, le médecin annonce de manière officielle le décès de leur enfant, des soins effectués et des étapes restantes dans la prise en charge. L'entretien sert également au médecin de recueil d'information pour comprendre la survenue du décès de l'enfant. Durant cet entretien, être face à la détresse des parents fut très complexe dans la gestion de mes émotions, d'autant plus que dans les bras de la mère se trouve la sœur jumelle de celle qui est venue pour une MIN. Il m'a même fallu, à un moment, prendre la sœur jumelle dans mes bras, pour soulager la maman. Je m'interroge alors sur la place de mes émotions et de façon plus générale, sur la place des émotions du cadre de santé dans ce type de situation. En tant que cadre de santé, puis-je laisser transparaître mes émotions face à mon équipe ? Les émotions effritent-elles la posture d'autorité du cadre de santé ? Comment le cadre de santé se prépare face à ces situations complexes ?

Pour l'équipe cette prise en charge semble avoir été énergivore. Les soignants vont tous retourner à gérer le flux d'activités quotidiens du service mais vont adopter une posture silencieuse après cette prise en charge spécifique, presque comme-ci elle n'avait pas existé. De cette situation avec une forte charge émotionnelle, des situations de crises exceptionnelles et du contexte socio-économique de la santé, je m'interroge de façon plus large sur les attributions du cadre de santé : Comment manager son équipe face à des situations à fortes charges émotionnelles ? Comment le cadre de santé peut-il maintenir la motivation de son équipe face à ce type de situation ? Quels avantages un manager peut-il tirer de la capacité à anticiper et identifier les émotions de son équipe ? Est-ce qu'un cadre de santé utilise des compétences en intelligence émotionnelle de manière inconsciente ?

De l'ensemble de ces réflexions découle une question de départ :

En quoi le management par l'intelligence émotionnelle permet-il au cadre de santé de maintenir une dynamique d'équipe face à des situations de crise ?
--

3 Cadre Conceptuel

3.1 Le milieu soignant : un environnement imprégné de crises émotionnelles

3.1.1 Les émotions : moteurs d'action et leviers décisionnels dans le quotidien

Cette recherche conceptuelle exige que nous commençons par explorer l'influence et l'importance des émotions dans notre quotidien, pour établir une base de compréhension partagée et une logique réflexive commune.

Le terme « *émotion* » provient du latin *e movere*, signifiant « *mettre en mouvement* » ou « *ébranler* ». Cette origine révèle que les émotions sont fondamentalement liées à une dynamique d'action, bien au-delà de simples ressentis passifs : elles provoquent un élan, une impulsion vers une réponse. Le LAROUSSE⁴ les définit d'ailleurs comme un « *trouble subit, une agitation passagère causée par un sentiment vif* », qu'il s'agisse de la peur, de la joie, de la surprise, ou de toute autre réaction affective intense, généralement suscitée par une stimulation externe. Selon Béatrice CAHOUR, chercheuse au CNRS, et Corinne VAN DE WEERDT, psychologue et ergonomiste, les émotions ne se limitent pas à un simple phénomène ponctuel ou secondaire, mais sont un élément indispensable à toute activité⁵. Elles font partie d'un flux continu et dynamique d'états émotionnels qui influencent et façonnent l'action, les interactions sociales et la réflexion. En retour, ces émotions sont également modifiées et transformées par les activités en cours et les situations qui évoluent. Parmi les émotions identifiées, on retrouve la joie, la colère, le dégoût, la surprise, la tristesse et la peur, qui jouent un rôle permettant de fuir face à un danger imminent et de faciliter l'intégration au sein d'un groupe.

Le psychologue Daniel GOLEMAN, dans son ouvrage « *L'Intelligence émotionnelle* »⁶, démontre combien les émotions sont essentielles pour nous préparer à affronter les défis du quotidien. Il explique que les émotions mobilisent notre corps et notre esprit dans des situations qui dépassent ce que notre intellect seul pourrait gérer. Cette préparation repose sur des réponses neurochimiques qui, grâce aux expériences stockées dans notre mémoire, déclenchent des réactions spécifiques selon la situation. Ainsi, en cas de

⁴<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotion/28829#:~:text=1.,avec%20émotion%20de%20quelqu'un.&text=2.,stimulation%20venue%20de%20l'environnement>

⁵ CAHOUR, Béatrice, VAN DE WEERDT, Corinne. « Émotions au travail ». Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés- 2e éd, 2019, Dunod, p.168-172.

⁶ GOLEMAN, Daniel, « L'intelligence émotionnelle, l'intégrale », édition j'ai lu, 2014, p.925.

menace ou de danger, des réponses physiologiques immédiates se déclenchent pour nous permettre de réagir. Daniel GOLEMAN souligne également qu'avec les progrès technologiques, nous avons désormais pu établir des liens solides entre les émotions et les réactions corporelles qu'elles engendrent. Chaque émotion, qu'il s'agisse de la peur, de la colère, de l'amour ou encore de la tristesse, déclenche une réponse physiologique unique qui influence nos réactions. Cependant, Daniel GOLEMAN explique que l'expression de ces réactions, qu'elle se produise dans un environnement privé ou public, reste propre à chaque individu, façonnée par sa culture et son vécu, et peut donc varier selon le contexte.

Antonio DAMASIO⁷, professeur en neurosciences, neurologie et psychologie, a montré que les émotions jouent un rôle dans le processus de prise de décision, en lien avec leur dimension physiologique. Contrairement à l'idée reçue selon laquelle les décisions rationnelles se prennent indépendamment des émotions, ses recherches révèlent qu'il existe un rapport entre l'absence d'émotions et la perturbation du raisonnement. Il a étudié des patients dont le lobe préfrontal-amygdalien était endommagé (une région du cerveau impliquée dans la gestion des émotions). Bien que leurs capacités cognitives (comme la mémoire, le raisonnement ou le langage) demeurent intactes, ces patients peinent à prendre des décisions adaptées. Souvent, ils adoptent des comportements irrationnels ou inappropriés, car ils ne perçoivent plus les signaux émotionnels qui orienteraient normalement leurs choix vers des options bénéfiques. Donc même avec une pensée logique, l'absence d'émotions peut conduire à des choix inadaptés. Ainsi, DAMASIO démontre que les émotions sont intrinsèquement liées aux décisions dites rationnelles.

Aurélie JEANTET, sociologue spécialisée dans le travail et maître de conférences, complète cette analyse dans son ouvrage « *Les émotions au travail* »⁸. Elle y distingue les notions d'émotions, de sentiments et de sensations en fonction de critères comme l'intensité, la durée, le degré de conscience... Elle souligne la complexité de la gestion des émotions, liée à leur caractère profondément personnel et unique à chacun, tout en intégrant la notion de normes sociales dans son analyse. Pour Aurélie JEANTET, les

⁷ VAN HOOREBEKE, Delphine, « *L'émotion et la prise de décision* », Revue française de gestion – N° 182, 2008

⁸ JEANTET, Aurélie, « *Les Émotions au travail* », Édition Biblis, 2021, p.337.

émotions sont en partie socialement régulées et déterminées, ce qui « *permet, mais parfois complique, notre rapport au monde, aux autres, à l'action et à nous-même* ».

Le travail, en s'inscrivant dans une dynamique sociale, intègre nécessairement la dimension émotionnelle. Les émotions jouent ainsi un rôle dans les interactions professionnelles et influencent les comportements, les prises de décision et les relations au sein d'une équipe. Il est donc pertinent d'explorer cette influence des émotions dans le milieu professionnel, et ce d'autant plus dans le cadre de métiers où les situations à forte charge émotionnelle sont fréquentes. Parmi ces métiers, celui de soignant se distingue particulièrement par la gestion quotidienne d'émotions intenses, que ce soit face à la douleur, à la détresse des patients, à des situations de crise ou encore à la mort. Cette réalité soulève la question de l'impact des émotions sur les soignants eux-mêmes : comment ces émotions influencent-elles leur pratique, leur bien-être, et la qualité des soins qu'ils prodiguent ?

3.1.2 L'impact des émotions sur les soignants : entre vulnérabilité et résilience

Dans l'exercice quotidien de leurs missions, les soignants sont constamment confrontés à des situations de forte intensité émotionnelle. Ces émotions, bien plus qu'un simple sous-produit de leur travail, sont inhérentes aux soins qu'ils prodiguent. Elles enrichissent la relation avec le patient et contribuent de façon significative à la qualité des soins. Pourtant, la gestion de cet engagement émotionnel, indispensable à leur rôle, mobilise une énergie considérable et expose les soignants à une grande vulnérabilité.

Les situations cliniques complexes, marquées par la souffrance, la détresse, la maladie, et parfois la mort, exigent des soignants non seulement des compétences techniques, mais aussi une solide capacité de gestion émotionnelle. Empathie, compassion et aptitude à tisser des relations humaines et éthiques sont essentielles à leur pratique. Marion BORENSTEIN, psychologue clinicienne et psychothérapeute, apporte un éclairage précieux sur les défis émotionnels auxquels les soignants font face⁹. Elle observe que, bien que l'expression « *c'est le risque du métier* » soit souvent utilisée pour prendre du

⁹ BORENSTEIN, Marion, 2018. « Les soignants et leurs émotions au quotidien ». Soins Pédiatrie/Puériculture [en ligne]. Septembre 2018. Vol. 39, n° 304, pp. 10-12.

recul face aux difficultés, cette approche ne suffit pas à atténuer l'impact émotionnel des expériences vécues. Pour elle, tenter de maintenir un contrôle total sur ses émotions est une démarche illusoire, vouée à l'échec. Malgré cela, de nombreux soignants mettent en place des stratégies d'évitement ou de dissimulation pour se protéger émotionnellement, adoptant ainsi une « carapace » comme si l'expression de leurs émotions pouvait nuire à leur efficacité professionnelle. Cette posture défensive rejoint les analyses du sociologue canadien Erving GOFFMAN, qui décrit « *les efforts déployés par les individus lors des interactions sociales pour dissimuler leurs vraies émotions derrière une façade* »¹⁰. En effet, cette façade peut offrir un sentiment de contrôle temporaire, mais à long terme, elle risque de renforcer la distance émotionnelle et le sentiment d'isolement chez les soignants.

Afin de soutenir les travaux de Marion BORENSTEIN sur l'importance de prendre en compte les émotions des soignants et d'identifier les ressources qui peuvent leur être proposées, Muriel DEROME, Céline D'HARCOURT et Pons LE MINTIER, psychologues cliniciens, analysent la manière dont les soignants gèrent les situations émotionnellement chargées. Ils mettent en évidence un processus qui permet aux soignants d'éviter de s'effondrer tout en maintenant « *une juste proximité, celle qui permet de soigner, de rester attentif à l'autre, sans banaliser la souffrance* »¹¹. Ils examinent les conséquences de cette gestion sur différents plans. Sur le plan intellectuel, les soignants font souvent face à des signes de fatigue qui se manifestent par un épuisement progressif, une lenteur dans les processus cognitifs, ainsi que des difficultés croissantes à se concentrer ou à mener des réflexions approfondies. Ce ralentissement intellectuel, lié à la surcharge émotionnelle, peut compliquer la prise de décision ou l'analyse des situations cliniques. Avec le temps, cette accumulation de fatigue mentale peut aussi affecter leur capacité à rester attentif aux besoins des patients, augmentant les risques d'erreurs ou de jugements biaisés.

Sur le plan somatique, pour les auteurs, les soignants ressentent les répercussions de ce stress émotionnel directement dans leur corps : tensions physiques, douleurs chroniques, fatigue musculaire, et troubles digestifs ou du sommeil sont fréquents. Cet impact somatique est souvent décrit comme un « *effet boomerang* » : dans l'instant, le soignant

¹⁰ H. TRUC, M. ALDERSON, M. THOMPSON, [en ligne], « *Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept* », Recherche en Soins Infirmier, N°97, Juin 2009, p. 34-49.

¹¹ DEROME, Muriel, D'HARCOURT, Céline et PONS LE MINTIER, Chantal, « *L'impact des situations difficiles sur les soignants* ». Soins Pédiatrie/Puériculture [en ligne]. Septembre 2018. Vol. 39, n° 304, pp. 21-25

peut avoir l'impression d'avoir bien géré la situation, d'avoir gardé le contrôle et d'avoir réagi de façon professionnelle, ce qui lui procure même un sentiment de fierté. Cependant, à distance de l'événement, un élément anodin (un souvenir, un mot, une situation semblable) peut raviver cette expérience émotionnelle, entraînant une résurgence des émotions réprimées, souvent avec une intensité inattendue, et provoquant des réactions physiques ou psychologiques imprévues. Le corps manifeste alors ce que le mental avait temporairement mis de côté, faisant resurgir le stress enfoui sous forme de manifestations somatiques ou de crises émotionnelles.

Sur le plan relationnel et psychologique, Muriel DEROME, Céline D'HARCOURT et Pons LE MINTIER expliquent que les soignants expriment souvent un sentiment d'incompréhension de la part des non-soignants, qui peuvent avoir du mal à saisir la profondeur des émotions et des épreuves vécues. Cette barrière crée un effet de « clan » où seuls les pairs semblent pouvoir réellement comprendre ce qu'ils traversent. Cela peut entraîner un éloignement progressif de leurs proches, qui se sentent exclus ou impuissants, et renforcer chez les soignants une forme de solitude émotionnelle, malgré leur proximité professionnelle avec leurs collègues. Cet engagement émotionnel intense des soignants reste souvent négligé par les structures de santé, où il manque une reconnaissance institutionnelle de cette dimension pourtant cruciale de leur travail. Cette absence de valorisation contribue malheureusement à la fatigue émotionnelle et augmente le risque d'épuisement professionnel. Elle est d'autant plus préoccupante que, lorsque l'épuisement s'installe, les soignants peuvent développer une distance émotionnelle, voire une forme de dépersonnalisation vis-à-vis des patients, ce qui compromet inévitablement la qualité des soins. Face à ce constat, les établissements de santé ont récemment orienté leurs stratégies vers la fidélisation et l'attractivité du personnel soignant, en intégrant davantage de mesures visant à réduire les risques psychosociaux et à améliorer la qualité de vie au travail et les conditions de travail. Ces démarches, bien que récentes, visent à promouvoir le bien-être des soignants afin de renforcer la pérennité des équipes et la qualité des soins prodigués. Toutefois, prennent-elles pleinement en compte les besoins émotionnels du personnel ?

Il est essentiel de repenser notre approche du soutien émotionnel au sein des équipes soignantes. Encourager une culture où les émotions ne sont pas synonymes de faiblesse ou d'inefficacité, mais bien d'une humanité nécessaire, est fondamental. Soutenir les soignants dans ce travail émotionnel pourrait non seulement contribuer à leur bien-être,

mais aussi renforcer la qualité de la relation soignant-soigné, pilier essentiel de notre mission de soins. Ce contexte place alors le cadre de santé dans un dualisme émotionnel, partagé entre l'accompagnement de ses équipes face à la charge émotionnelle et la gestion de ses propres ressentis dans un environnement exigeant.

3.1.3 Les Défis Émotionnels du Cadre de Santé

Occupant une position clé dans les interactions organisationnelles, le cadre de santé doit faire face à des défaillances structurelles, un manque chronique de ressources, ainsi qu'à la gestion de conflits, qu'ils soient interpersonnels ou institutionnels. Dans leur étude « *Manager sans perdre son âme* »¹², Catherine GLEE-VERMANDE, docteure en sciences de gestion et agrégée d'économie gestion, et Frederik MISPLEBLOM BEYER, professeur de sociologie à l'université, mettent en lumière ses contradictions inhérentes à la fonction de cadre. Autrefois perçu comme un privilège, le statut de cadre est aujourd'hui souvent vécu comme un fardeau, soumis à une pression hiérarchique constante et à des attentes croissantes de la part des équipes. Le cadre de santé se retrouve parfois isolé et démuni face à certaines difficultés. Ces derniers se retrouvent fréquemment partagés entre l'impératif de performance économique et leur aspiration à un management à la fois bienveillant et participatif. Ce paradoxe, exacerbé par les réformes multiples et une politique socio-économique instable, engendre un profond malaise chez de nombreux cadres, confrontés à une crise identitaire marquée par des conflits de valeurs et une quête de sens.

En plus d'assurer le fonctionnement de leurs équipes, les cadres de santé doivent gérer les émotions de leurs collaborateurs, une responsabilité souvent sous-estimée dans leur quotidien. Cette dimension émotionnelle, bien qu'omniprésente, reste peu abordée, notamment en ce qui concerne leurs propres ressentis, qu'ils hésitent à partager avec leurs équipes. Pierre-Philippe DUJARDIN, Enseignant-formateur à l'Institut de formation des cadres de santé, et Valérie LEPINE, professeure des universités, mettent en avant cette lacune, en soulignant que les cadres doivent constamment jongler entre l'expression de leurs émotions et leur régulation, afin de préserver un leadership stable et efficace¹³.

¹² GLÉE, Catherine, MISPELBLOM BEYER, Frederik, « *Manager sans perdre son âme* », Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2012/45 Vol. XVIII, p.251-273.

¹³ P. P DUJARDIN, V. LÉPINE, [en ligne], « Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ? », Santé publique, Vol.30, 2018, p.507-516

Cependant, cette gestion émotionnelle est rarement intégrée dans les politiques organisationnelles ou les dispositifs de soutien, ce qui laisse selon eux, ces professionnels souvent démunis face à ces défis.

Hervé FRANCESCHI, Conférencier International en Intelligence Relationnelle, rejoint Pierre-Philippe DUJARDIN et Valérie LEPINE, sur le caractère émotionnel de l'activité managériale, marqué par des ressentis variés et parfois contradictoires, qui évoluent selon les situations rencontrées¹⁴. Parmi les principales sources de tensions identifiées par les auteurs, la gestion des ressources humaines apparaît comme un facteur récurrent de stress et de frustration. Conflits interpersonnels, problèmes de performance ou tensions internes sont autant de défis qui exigent une attention constante. En parallèle, la prise en charge des patients, bien qu'elle soit centrée sur la qualité et la sécurité des soins, génère des dilemmes éthiques et des conflits de valeurs, ajoutant une pression supplémentaire sur les cadres.

Ces réalités illustrent la nécessité d'une meilleure reconnaissance de la gestion des émotions dans le cadre managérial. La gestion des émotions, bien qu'indispensable, reste une dimension souvent invisible dans le rôle des cadres de santé, complexifiant encore davantage leur quotidien. Dans ce contexte, le développement des compétences du cadre de santé et notamment celles émotionnelles, pourrait exercer une influence sur leur management.

3.2 Intégrer l'Intelligence Émotionnelle dans les Compétences Managériales

3.2.1 Développer les Compétences du Cadre de Santé : Un Processus Continu

Le concept de compétence, est important dans la gestion des ressources humaines et la formation, et il évolue afin de s'adapter aux nouveaux contextes de travail. Depuis les années 1960, il est souvent associé à la trilogie savoir, savoir-faire, savoir-être. Cependant, Guy LE BOTERF, Docteur d'État en lettres et sciences humaines et docteur en sociologie, propose une vision plus dynamique et concrète de la compétence, qu'il désigne par le terme "savoir-agir"¹⁵. Selon lui, un professionnel compétent ne se résume pas à une simple accumulation de connaissances et de compétences. Posséder un grand

¹⁴ **Franceschi, Hervé**, « *Les émotions dans le management : un levier puissant pour les professionnels de santé* », Soins cadres, Volume 33, Issue 150, 2024, Pages 8-11.

¹⁵ **LE BOTERF, GUY** « *Compétence et navigation professionnelle* », Édition d'Organisation, 2000, p.332

nombre de savoirs et de savoir-faire ne garantit pas nécessairement la compétence dans une situation particulière. Être compétent, pour Guy Le Boterf, c'est avant tout être capable de "savoir agir" en situation. Cela implique de concevoir et mettre en œuvre une pratique professionnelle adaptée et d'adopter la bonne approche pour atteindre les objectifs fixés, en mobilisant à la fois des ressources internes et externes. De plus, un professionnel compétent tire des enseignements de sa pratique pour améliorer ses actions futures, ce qui fait de la compétence un processus continu d'adaptation et d'apprentissage. Cette conception de la compétence est également partagée par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui la définit comme un savoir-agir en situation, fondé à la fois sur des acquis théoriques et pratiques, mais aussi sur des aptitudes personnelles et la capacité à travailler en équipe¹⁶. La compétence se révèle ainsi multidimensionnelle : cognitive, technique, relationnelle, affective, et inclut des capacités à gérer l'incertitude et à interagir positivement en équipe. Dans le domaine de la santé, le management joue un rôle clé dans le développement et la gestion de cette compétence, en s'attaquant aux problèmes techniques ou comportementaux qui peuvent nuire à la qualité des soins.

Qu'en est-il des compétences spécifiques du cadre de santé ?

Le cadre de santé occupe une position importante dans le fonctionnement et l'évolution des structures de santé. Un rôle qui a considérablement évolué pour répondre aux transformations constantes du secteur. Sa mission ne se limite plus à la simple surveillance des activités, mais s'inscrit dans une gestion stratégique englobant la coordination des soins, l'optimisation des ressources et le pilotage d'équipes pluriprofessionnelles. Cette expansion de responsabilités nécessite une mise à jour permanente de ses compétences techniques, comme la maîtrise des outils de gestion et des indicateurs de performance, ainsi que de ses compétences organisationnelles, notamment dans la planification, l'anticipation et la prise de décision stratégique.

Le référentiel des activités du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin¹⁷ ainsi que la fiche métier,¹⁸ mettent en lumière l'importance des compétences managériales avancées. Le cadre de santé doit non seulement piloter des projets, mais aussi gérer le changement et résoudre des problématiques dans des environnements souvent

¹⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/has-gcs_synthese_eval_competchences_vd.pdf

¹⁷ <https://www.ancim.fr/uploads/Ref-activites-et-competchences.pdf>

¹⁸ **DESSERPRIT, Gilles.** « *Cadre de santé En 17 notions* », Dunod, 2016, p.238.

imprévisibles. Ces compétences reposent sur une expertise transversale, incluant la gestion des conflits, la négociation et la priorisation des tâches pour répondre aux besoins urgents et variés des équipes et des patients. On pourrait représenter la fonction du cadre de santé comme avec cette modélisation représentée dans la figure 1, illustrant ainsi cette dynamique.

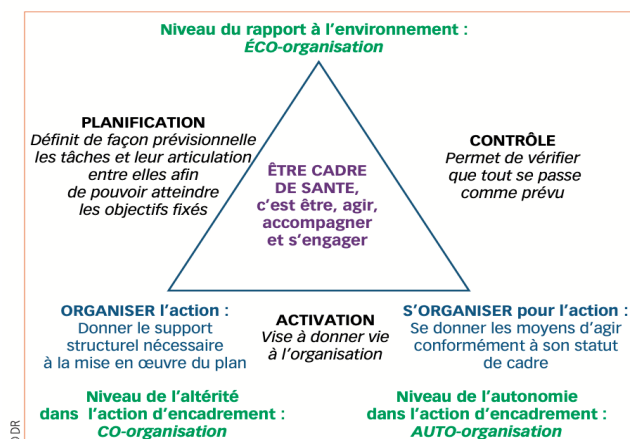


Figure 1. Modélisation de la fonction cadre de santé souhaitée.
Source : Peyre P. La fonction « cadre de santé » : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui, Journées AFSCET, 20 et 21 octobre 2006, Université de Pau, Faculté des Sciences.

Selon Philippe Zarifian, Sociologue français, « *La compétence est une intelligence pratique sur la situation qui s'appuie sur des connaissances acquises, et qu'il les transforme avec d'autant plus de force que la situation lui permet une certaine autonomie* ». ¹⁹

Au-delà des compétences techniques et organisationnelles, les compétences comportementales, communément appelées soft skills, sont de plus en plus développées dans l'exercice des fonctions des cadres de santé. Dans leur ouvrage « *Le réflexe soft skills : Les compétences des leaders de demain* », Fabrice MAULEON, Julien BOURET et Jérôme HOARAU citent la définition de Clive MUIR, enseignant universitaire, selon laquelle « *les soft skills désignent la dimension interpersonnelle de la vie professionnelle. Ce sont des attitudes et des comportements manifestés lors d'interactions avec d'autres personnes, et qui influencent les résultats de ces échanges* ». ²⁰ Parmi ces compétences, la communication joue un rôle pour instaurer une relation de confiance, favoriser la circulation de l'information et garantir une compréhension optimale au sein des équipes. L'adaptabilité, quant à elle, permet au cadre de santé de s'ajuster aux évolutions constantes et aux imprévus spécifiques aux environnements de santé. La capacité à fédérer des équipes autour d'objectifs communs est un autre aspect des soft skills. Cela

¹⁹ TERRANEO, Fabienne et AVVANZINO, Nadia, « *Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives.* » Recherche en soins infirmiers, 2006, Vol. 87, n° 4, pp. 16-24. [Consulté le 8 décembre 2024].

²⁰ MAULÉON, Fabrice, BOURET, Julien, HOARAU, Jérôme. « *Le réflexe soft skills Les compétences des leaders de demain* », 2014, Paris, Dunod. Stratégies et management, URL : <https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/le-reflexe-soft-skills--9782100701124-page-5?lang=fr>

permet de créer un climat de travail propice à la collaboration, à la performance collective et à la motivation des équipes. Des compétences telles que la gestion des conflits, la négociation et la capacité à prioriser les tâches sont également indispensables pour maintenir une organisation fluide et efficace, tout en répondant aux besoins des équipes et des patients.

L'intelligence émotionnelle est une compétence également intégrée dans les soft skills, pour permettre de reconnaître, comprendre et gérer les émotions, tant les siennes que celles des autres.

3.2.2 Comprendre et développer les compétences émotionnelles

Les compétences émotionnelles englobent l'ensemble des capacités qui permettent à une personne de reconnaître, comprendre, exprimer, gérer et utiliser de manière efficace ses émotions ainsi que celles d'autrui. Ces compétences, qui influencent autant la vie personnelle que professionnelle, trouvent leurs premières bases théoriques dans les travaux de Edward THORNDIKE, psychologue américain, en 1920²¹. Ce dernier introduit le concept d'intelligence sociale, qu'il considère comme une composante du quotient intellectuel (QI). Il insiste sur l'aptitude à percevoir ses propres états internes, motivations et comportements, tout en comprenant ceux des autres, afin de favoriser des interactions sociales harmonieuses et adaptées. En 1990, Peter SALOVEY, enseignant et président de l'université de YALE et John D. MAYER, psychologue américain, ont formalisé le concept d'intelligence émotionnelle, en s'appuyant sur les recherches de Gardner sur les intelligences multiples et différentielles²². Pour ces personnes, l'intelligence émotionnelle correspond bien à une forme d'intelligence sociale qui repose sur la capacité à raisonner et englobe aussi l'aptitude à maîtriser ses propres émotions, à gérer celles des autres, à les différencier et à s'en servir pour orienter tant sa pensée que ses actions. Elle se décline en plusieurs dimensions : la reconnaissance et l'identification des émotions, leur expression adéquate, leur utilisation pour orienter la réflexion, leur compréhension et leur gestion pour favoriser le développement personnel et relationnel.

²¹ **MIKOLAJCZAK, Moïra** « chapitre 1. Les compétences émotionnelles : historique et conceptualisation », Les compétences émotionnelles, 2014, DUNOD

²² **DEJOUX Cécile, DHERMENT-FÉRÈRE, Isabelle et al** « intelligence émotionnelle et processus de décision », Management et prospectives, 2011, Volume 28, p.67-81.

Cette approche met en évidence l'importance des émotions dans le fonctionnement cognitif et social.

Le concept a franchi les frontières académiques grâce à Daniel GOLEMAN, qui a popularisé l'intelligence émotionnelle dans son ouvrage « *L'Intelligence émotionnelle* »²³. Daniel GOLEMAN insiste sur la complémentarité entre l'intelligence émotionnelle et l'intelligence cognitive. Il affirme que si le quotient intellectuel (QI) joue un rôle dans la réussite, c'est souvent l'intelligence émotionnelle qui permet aux individus de s'épanouir pleinement, tant sur le plan personnel que professionnel. Il souligne également que ces compétences émotionnelles ne sont pas figées : elles peuvent être développées à travers un apprentissage et une pratique intentionnelle. Daniel GOLEMAN rejoint ainsi les travaux de DAMASIO, cités précédemment, qui démontrent que les émotions ne sont pas seulement des réactions, mais des éléments fondamentaux pour guider la prise de décision et les comportements rationnels.

Tous s'accordent à dire que l'intelligence émotionnelle est l'utilisation intelligente des émotions qui demande de développer des compétences personnelles (conscience de soi, gestion de soi) et des compétences sociales (conscience des autres et gestion des relations). « *Ces cinq grandes compétences semblent former le cœur autour duquel s'articulent ou duquel découlent toutes les autres comme représenté dans le tableau suivant :* »²⁴

Les cinq compétences émotionnelles de base

	Versant intrapersonnel (soi)	Versant interpersonnel (autrui)
	Les personnes ayant des compétences émotionnelles élevées...	
Identification	... sont capables d'identifier leurs émotions	... sont capables d'identifier les émotions d'autrui
Compréhension	... comprennent les causes et conséquences de leurs émotions	... comprennent les causes et conséquences des émotions d'autrui
Expression	... sont capables d'exprimer leurs émotions, et de le faire de manière socialement acceptable	... permettent aux autres d'exprimer leurs émotions
Régulation	... sont capables de gérer leur stress et leurs émotions (lorsque celles-ci sont inadaptées au contexte)	... sont capables de gérer les émotions et le stress d'autrui
Utilisation	... utilisent leurs émotions pour accroître leur efficacité (au niveau de la réflexion, des décisions, des actions)	... utilisent les émotions des autres pour accroître leur efficacité (au niveau de la réflexion, des décisions, des actions)

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit.

²³ GOLEMAN, Daniel, « *L'intelligence émotionnelle, l'intégrale* », édition j'ai lu, 2014, p.925

²⁴ MIKOLAJCZAK, Moïra « *chapitre 1. Les compétences émotionnelles : historique et conceptualisation* », Les compétences émotionnelles, DUNOD, 2014.

Ainsi, les compétences émotionnelles, bien qu'elles puissent sembler abstraites, s'expriment à travers des pratiques concrètes et adaptatives. Elles jouent un rôle déterminant dans la qualité des relations, la résolution de problèmes complexes et la réussite dans divers environnements. Il est donc essentiel d'explorer leur impact dans le domaine du management.

3.2.3 L'intelligence émotionnelle au cœur des choix managériaux

Dans le milieu managérial, les compétences émotionnelles jouent un rôle de plus en plus central. Elles facilitent la gestion des interactions interpersonnelles, soutiennent le travail collaboratif et renforcent la capacité d'adaptation à des environnements en constante évolution. La maîtrise des émotions est particulièrement déterminante en cas de stress ou de crise. Par exemple, dans des métiers tels que ceux des soignants, l'intelligence émotionnelle permet d'ajuster l'état émotionnel du professionnel aux exigences spécifiques de la situation. Cela contribue à des décisions plus éclairées, une communication adaptée et des actions en adéquation avec les besoins du contexte. Dans une étude publiée en 2009, Lisa BELLINGHAUSEN, docteure en psychologie et consultante en comportement humain, souligne l'importance cruciale d'intégrer les compétences émotionnelles au référentiel de compétences des cadres²⁵. Cela vise à équiper davantage les professionnels confrontés en permanence à des situations nécessitant une grande capacité d'adaptation. Les émotions ne peuvent être évitées dans un contexte professionnel, il faut donc les comprendre et les gérer.

La recherche menée en 2014 par Élodie MORGUE et Dorota LESZCZYŃKA, enseignantes et chercheuses, explore l'impact des émotions sur la performance managériale en partant du postulat que le climat émotionnel au sein d'une équipe joue un rôle déterminant²⁶. Leurs travaux mettent en avant qu'un environnement émotionnellement stable et positif contribue à limiter l'apparition du stress chronique, souvent à l'origine de dysfonctionnements individuels et collectifs. Ils démontrent également que l'intelligence émotionnelle du manager, c'est-à-dire sa capacité à

²⁵ JACQUET, Stéphane, « *Le management émotionnel : Vers une prise en compte de l'intelligence émotionnelle en entreprise ?* » sur le CREG, publié en 2017.

²⁶ É. MORGUE et D. LESZCZYŃKA, « *Impact de l'émotion sur la performance managériale : études de cas de management en France* », IPAG Business School, 2014.

comprendre et à gérer ses propres émotions tout en percevant celles des autres, peut prévenir des conséquences négatives telles que le stress ou le burn-out. Cette compétence, selon les chercheurs ainsi que Daniel GOLMAN, va plus loin en permettant non seulement d'aider les collaborateurs à s'épanouir et à donner le meilleur d'eux-mêmes, mais aussi en réduisant les biais cognitifs susceptibles d'altérer la qualité des décisions du manager. Par ailleurs, l'intelligence émotionnelle joue un rôle clé dans le domaine de la négociation, où les émotions sont au cœur de la communication interpersonnelle et des relations sociales au sein d'une équipe. Ainsi, la capacité à analyser et maîtriser les interactions émotionnelles devient un levier stratégique pour gérer les échanges et construire des relations harmonieuses, tant dans le cadre des prises de décision que dans les dynamiques d'équipe. Cette notion est soutenue par les travaux de Lionel BOBOT, qui souligne que le profil du négociateur influence directement les leviers qu'il choisit d'utiliser dans ses stratégies de négociation²⁷. En effet, selon son profil, un négociateur pourrait privilégier certains outils ou approches spécifiques pour atteindre ses objectifs. De plus, la recherche met en lumière la corrélation positive entre l'intelligence émotionnelle et des compétences essentielles en négociation, telles que la créativité, la capacité verbale et l'aptitude au raisonnement. En d'autres termes, un haut niveau d'intelligence émotionnelle favorise non seulement l'adaptabilité du négociateur dans des situations complexes, mais renforce également ses capacités à générer des solutions innovantes, à communiquer efficacement et à raisonner de manière stratégique pour parvenir à des accords fructueux.

L'utilisation de l'intelligence émotionnelle par les managers s'avère être un élément central dans le processus de recrutement des nouveaux collaborateurs. Selon Stéphane JACQUET, professeur et conférencier, dans son article *"Le management émotionnel : Vers une prise en compte de l'intelligence émotionnelle en entreprise ?"*, l'intégration de l'intelligence émotionnelle prend de plus en plus de place dans les méthodes de sélection des candidats²⁸. Des outils de recrutement inspirés du modèle de Daniel GOLEMAN ont ainsi émergé, permettant d'évaluer des dimensions clés des compétences émotionnelles. Ces dimensions incluent la conscience de soi, la régulation de soi, la conscience des autres et la régulation des relations. L'objectif de l'intégration de l'intelligence émotionnelle

²⁷ **BOBOT, Lionel**, « *L'intelligence émotionnelle est-elle un atout en négociation commerciale ?* », Management et Avenir 2010, n°31.

²⁸ **JACQUET, Stéphane**, « *Le management émotionnel : Vers une prise en compte de l'intelligence émotionnelle en entreprise ?* » sur le CREG, publié en 2017.

dans le recrutement est de mieux comprendre comment un candidat réagit et interagit au sein de l'équipe, en tenant compte de sa capacité à gérer ses émotions, à s'adapter aux besoins et aux dynamiques du groupe, ainsi qu'à établir des relations harmonieuses et adaptées. Cette approche dépasse les compétences techniques en mettant en avant la capacité du collaborateur à s'épanouir dans son environnement professionnel, à s'adapter au changement et à gérer des situations complexes ou stressantes de manière sereine et constructive. Ainsi, l'intelligence émotionnelle devient un atout dans le recrutement, favorisant non seulement une meilleure intégration des nouveaux employés, mais aussi une efficacité accrue au sein de la relation d'équipes.

Ce processus va bien au-delà de la simple sélection des individus : il s'agit également de créer une dynamique d'équipe positive et performante. Un environnement de travail où l'intelligence émotionnelle est valorisée permet de renforcer la collaboration, de faciliter la gestion des conflits et d'encourager l'innovation au sein des groupes. À cet égard, la gestion de l'intelligence émotionnelle va de pair avec l'assertivité du manager, qui joue un rôle essentiel dans le développement d'une culture de communication ouverte et respectueuse. En explorant cette notion, il est pertinent d'examiner comment l'assertivité, combinée à l'intelligence émotionnelle du manager, favorise la mise en place de dialogues constructifs et bienveillants, et soutient l'approche de la communication non violente.

3.2.4 Assertivité et Communication Non Violente en Management

L'assertivité, introduite au XXe siècle par le psychologue américain Andrew SALTER, désigne la capacité à s'exprimer et à défendre ses droits et opinions. Être assertif, c'est savoir exprimer ses idées clairement et défendre son point de vue tout en tenant compte des opinions des autres. Cette approche favorise des échanges transparents, renforçant ainsi la fiabilité et la cohésion au sein des équipes, tout en contribuant à des relations professionnelles plus adaptées. En France, Éric SCHULER, a popularisé ce terme en 1992 dans son ouvrage *"Comment s'affirmer - l'assertivité au quotidien"*. Ce concept repose sur « l'aptitude à faire face à une situation quelconque, à définir clairement sa position, à la faire connaître, à la défendre sans agressivité tout en admettant des différences de la part des autres ».²⁹ L'auteur identifie, en plus de l'assertivité, trois autres

²⁹ SCHULER, Éric, « *S'affirmer au quotidien* », les éditions de l'homme, 1998, p.212

comportements prédominants chez les individus : la fuite/passivité, l'agressivité/compétition et la manipulation/influence. Ce concept, bien qu'universel, revêt une importance particulière dans le domaine du management, où il peut transformer les dynamiques d'équipe. Selon Éric Schuler, une personne adoptant une attitude de fuite ou de passivité se distingue par un repli sur soi et une tendance à dissimuler ses véritables pensées ou émotions. Cela limite la communication et peut entraîner un désintérêt croissant pour ses missions. En revanche, un manager affichant un comportement agressif ou de compétition est souvent persuadé de sa propre efficacité et considère ses collaborateurs comme moins performants, nécessitant d'être "secoués". Cependant, ce type de manager n'a pas toujours conscience de l'impact de sa manière de faire sur les autres. L'attitude manipulatrice ou influente se caractérise par un intérêt apparent pour autrui, mais s'appuie sur une dissimulation stratégique des informations, ne partageant que celles qui servent directement à atteindre des objectifs personnels. Cette approche, bien que parfois efficace à court terme, présente un risque majeur : elle érode la confiance de l'interlocuteur, ce qui peut fragiliser et compromettre durablement les relations. Il souligne l'importance, pour un manager, de reconnaître ces tendances comportementales afin de favoriser le développement d'une attitude assertive. Dans le contexte professionnel, où les interactions interpersonnelles sont indispensables, développer l'assertivité permet d'instaurer des relations d'entraide avec les collègues et d'exprimer ses opinions de manière constructive, que ce soit envers ses supérieurs ou ses collaborateurs. En écho à l'importance d'identifier et de développer une attitude assertive, mise en avant par l'auteur montre qu'un manager assertif, en adoptant une communication respectueuse et ouverte, peut prévenir les conflits et favoriser une collaboration constructive. Cette démarche permet à chacun de s'exprimer librement, de poser des questions, de remettre en question ou d'émettre des critiques de manière posée, tout en gardant le contrôle de ses émotions.

C'est ici que l'intelligence émotionnelle entre en jeu, en permettant au manager de gérer ses émotions et celles des autres pour maintenir une communication sereine et adaptée. Éric SCHULER, dans son livre, met en avant que les enfants, par nature, font preuve d'assertivité, une qualité qu'ils tendent à perdre à mesure que l'éducation impose ses cadres et bride leur spontanéité. Ce changement s'étend également à l'intelligence émotionnelle, un domaine où la culture, l'expérience de vie, et l'éducation jouent un rôle déterminant dans la formation de nos comportements et, par conséquent, dans l'expression de nos compétences émotionnelles. Selon Daniel GOLEMAN,

l'apprentissage émotionnel commence dès les premiers instants de la vie. En grandissant, le développement de l'intelligence émotionnelle peut être influencé par divers facteurs, ce qui affecte la capacité des individus à reconnaître, comprendre et exprimer leurs émotions librement, ainsi qu'à interagir avec les autres de manière authentique et empathique.³⁰ De même, un manager ne possède pas naturellement une intelligence émotionnelle et une assertivité affirmée. Ces compétences se développent avec le temps, au fur et à mesure qu'il apprend à écouter et à comprendre les besoins de son équipe, tout en affirmant ses positions de manière claire et bienveillante. Lorsque l'assertivité se combine avec l'intelligence émotionnelle, elle devient un outil essentiel pour instaurer un climat de confiance et de respect mutuel, encourager l'engagement réciproque au sein des équipes, et établir des accords basés sur des intérêts communs. Cette approche contribue également à une meilleure gestion des relations professionnelles, favorisant des interactions plus authentiques et efficaces.

L'assertivité invite à une communication alignée, où les mots et le non-verbal se soutiennent, offrant ainsi une clarté et une force de conviction accrues. Il ne s'agit pas seulement de s'affirmer, mais aussi de le faire de manière respectueuse et empathique, ce qui conduit naturellement à une approche de communication non violente (CNV)³¹. Cette méthode, popularisée par Marshall ROSENBERG, psychologue américain, promeut une approche de communication consciente et empathique, où l'affirmation de soi se réalise sans agressivité. En encourageant le respect mutuel et l'écoute active, elle favorise une compréhension réciproque et renforce la collaboration au sein des équipes. Selon l'auteur, la CNV « *repose sur une pratique de langage qui renforce notre aptitude à conserver nos qualités de cœur même dans des conditions éprouvantes.* »³² La communication non violente se distingue par son processus structuré, reposant sur plusieurs étapes clés. Elle débute par une observation objective des faits, dépourvue de tout jugement, suivie par l'identification et l'expression des sentiments suscités par ces faits. Cette prise de conscience des émotions permet de faire émerger les besoins sous-jacents, souvent à l'origine des tensions. L'acceptation de ces besoins, tant pour soi que pour autrui, constitue une étape essentielle avant de formuler des demandes précises et non ambiguës. Ce cheminement, ancré dans une communication positive, encourage un dialogue ouvert

³⁰ **GOLEMAN, Daniel**, « *l'intelligence émotionnelle, l'intégrale* », édition j'ai lu, 2014, p.925

³¹ **KELLER, Françoise**. « Pratiquer la Communication Non Violente Passeport pour un monde où l'on ose se parler en sachant comment le dire ». Paris, InterEditions. Accompagnement et Coaching, p.19-35.

³² **ROSENBERG, Marshall**, « *les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs)* », Edition La Découverte, Décembre 2019

et constructif. L'objectif fondamental de la CNV, selon Marshall ROSENBERG, n'est pas d'exercer un contrôle sur autrui ou de modifier leur comportement pour répondre à nos attentes personnelles. Au contraire, elle cherche à établir des relations empreintes de sincérité et d'empathie, fondées sur une compréhension mutuelle des besoins, afin de trouver des solutions qui conviennent à toutes les parties concernées. Cette approche trouve notamment une application précieuse dans la gestion des conflits. Contrairement aux médiations traditionnelles, qui se concentrent sur la recherche d'un compromis direct, la CNV privilégie l'exploration des besoins profonds des protagonistes. Cette démarche permet d'apaiser les tensions en proposant des solutions durables et adaptées. Grâce à son approche structurée, la CNV peut permettre de transformer des échanges potentiellement conflictuels en opportunités de dialogues constructifs. En instaurant une communication empathique et respectueuse, elle renforce la cohésion des équipes, améliore les relations et contribue à une gestion plus efficace des crises émotionnelles. Pour un cadre de santé, cette méthode constitue ainsi un outil précieux, tant pour prévenir que pour résoudre des conflits, tout en maintenant un environnement de travail serein et collaboratif.

Dans ce contexte, l'articulation entre l'assertivité, la communication non violente et l'intelligence émotionnelle met en lumière l'impact des émotions sur les dynamiques d'équipe. Comprendre et intégrer ces dimensions dans les interactions professionnelles permet de mieux appréhender les relations interpersonnelles, où les émotions jouent un rôle central dans la cohésion, la motivation et la gestion des conflits au sein des équipes.

3.3 Émotions, feedback et équilibre de la dynamique d'équipe

3.3.1 Comprendre l'équipe et sa dynamique

La notion de « groupe » occupe une place centrale dans la réflexion sur les dynamiques sociales et humaines, tant par son origine étymologique que par son évolution historique. MATHEY Estelle et MERILLOU Florence, professeures de lettres, rappellent que le terme « *groupe* », emprunté à l'italien « *gruppo* », est apparu au XVII^e siècle.³³ Ce n'est qu'au milieu du XVIII^e siècle qu'il a commencé à désigner une réunion de personnes. Auparavant aucun mot ne désignait ces groupes en dehors des membres de la famille. Issu

³³ MATHEY, Estelle et MERILLOU, Florence, « travailler et faire travailler en équipe », éditions d'organisation, 2009, p.192.

d'une racine étymologique proche du mot « *nœud* », le terme véhicule des notions d'unité, d'égalité et de relations étroites entre les membres, évoquant l'image d'un cercle. Selon elles, bien que l'appartenance à un groupe procure un sentiment de sécurité, elle génère également une crainte du jugement. Cependant, elle reste cruciale pour la construction de l'identité, car elle favorise des interactions qui contribuent à l'épanouissement individuel au sein d'une communauté.

Le groupe se caractérise donc par l'existence de liens et d'interactions interpersonnelles qui tissent une toile relationnelle entre ses membres. En revanche, l'équipe se distingue par une organisation structurée et orientée vers la réalisation d'un objectif commun. Roger MUCCHIELLI, psychologue, reprend la réflexion du professeur Robert LAFON et illustre cette distinction en affirmant que le terme d'« *Équipe viendrait du vieux français esquif, qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes ou des chevaux en attendant l'époque des remorqueurs. On a parlé un jour d'équipe de travailleurs pour réaliser une œuvre commune, puis d'équipe de sportifs pour gagner un match. Il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble* ».³⁴ Donc si l'équipe s'appuie sur les interactions humaines caractéristiques du groupe, elle se distingue par sa capacité à structurer ces relations autour d'une finalité partagée, favorisant une cohésion et une action collective efficaces.

Dans le contexte hospitalier, l'équipe est au centre de l'organisation du travail, contribuant directement à l'amélioration de la qualité des soins. Bien plus que la simple coordination des actions, les équipes hospitalières sont des espaces d'apprentissage collectif et de régulation des missions. Ces fonctions sont essentielles pour prévenir les désorganisations ou les crises qui pourraient compromettre l'efficacité des soins. La Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs souligné l'importance du travail collaboratif, en promouvant des programmes comme « *le programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte* ».³⁵ Cela visant à aligner les objectifs individuels avec ceux de l'institution. Ces initiatives permettent de réduire les événements indésirables, d'assurer une prise en charge sécurisée des patients et de renforcer l'équipe comme une véritable barrière de sécurité. L'équipe devient ainsi un rempart contre le burn-out et un levier

³⁴ MUCCHIELLI Roger « *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective* », collection formation permanente, 2017, p.203.

³⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/s-engager-dans-le-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

permettant de maintenir la continuité et l'efficacité des soins dans un environnement complexe. Cette définition souligne l'importance de la coopération, de l'organisation et de l'objectif partagé dans la dynamique de l'équipe.

La notion de dynamique d'équipe, introduite par Kurt LEWIN en 1944, désigne l'ensemble des forces qui influencent le fonctionnement d'un groupe, telles que les rôles, les moyens de communication, le type de leadership, les normes collectives et les objectifs partagés.³⁶ Selon LEWIN, la qualité des interactions sociales, marquées par les échanges émotionnels positifs ou négatifs, façonne la dynamique collective et impacte la performance de l'équipe. Une cohésion forte, fondée sur la solidarité des membres et leur identification au groupe, constitue un facteur essentiel de productivité, d'innovation et de résilience. Les professeurs d'université Marc DUMAS, Florence DOUGUET et Youssef FAHMI reprennent cette idée dans leur étude consacrée aux équipes soignantes, en mettant en avant plusieurs facteurs essentiels de la dynamique collective.³⁷ Ils soulignent l'importance de la proximité interprofessionnelle, du partage de valeurs communes et de la prise de décision collective, des éléments renforcés par une communication efficace, qu'elle soit formelle, à travers des réunions ou des transmissions, ou informelle, via des pratiques d'entraide spontanée. L'interdépendance des rôles, illustrée notamment par le travail en binôme entre infirmier et aide-soignante, favorise la complémentarité des compétences et contribue à l'efficacité des soins. Pour ces auteurs, la confiance et le soutien mutuel constituent des piliers de la cohésion, créant un climat favorable à la satisfaction professionnelle et à la qualité du travail. Ils mettent également en avant le rôle du cadre de santé dans la dynamique d'équipe. Celui-ci, en véritable médiateur et fédérateur, facilite la communication, renforce l'esprit d'équipe et contribue à décloisonner les relations interprofessionnelles. Plus qu'un simple gestionnaire, il incarne selon eux un leader participatif, impliquant les soignants dans les prises de décision et valorisant leur engagement. Ainsi, dans le contexte des soins, la dynamique d'équipe s'exprime à travers une organisation collaborative et participative, soutenue par un cadre de santé engagé, garant de la cohésion et de l'efficacité collective.

Comme l'indiquent MATHEY et MERILLOU, si l'appartenance au groupe procure un sentiment de sécurité, elle peut également générer des craintes, telles que la peur du jugement, pouvant fragiliser l'harmonie collective. Cette gestion des émotions constitue

³⁶ **MAISONNEUVE, Jean** « *La dynamique des groupes : Courants de recherche et notions de base* », Presses Universitaires de France. Que sais-je ? 2014, p.9-23.

³⁷ **DUMAS, Marc, DOUGUET, Florence, FAHMI, Youssef**, « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 2016, n° 20, vol. 5, p.45-67.

un enjeu majeur pour le cadre de santé, décrit par Marc DUMAS, Florence DOUGUET et Youssef FAHMI comme un médiateur et fédérateur. Comment le cadre peut-il alors gérer les tensions émotionnelles tout en maintenant la cohésion et l'efficacité de l'équipe ?

3.3.2 L'influence des émotions sur la dynamique d'équipe

Dans le cadre de la dynamique d'équipe, il est essentiel d'analyser l'impact des émotions, qui influencent à la fois l'intégration individuelle et la cohésion collective. Aurélie JEANTET évoque la relation réciproque entre groupe professionnel et socialisation émotionnelle.³⁸ Elle souligne que l'intégration dans une équipe dépend de la capacité des membres à exprimer et partager les émotions jugées conformes aux normes du métier. Dans certaines professions, des émotions comme l'empathie sont valorisées, tandis que d'autres, comme la peur, peuvent être stigmatisées. Cette socialisation contribue à définir une culture professionnelle partagée qui façonne les interactions au sein du groupe. Dans le prolongement de cette réflexion, Marc LORIOL, Directeur de recherche au CNRS, et Sandrine CAROLY, Professeure en ergonomie, soulignent l'importance des normes émotionnelles propres à chaque métier.³⁹ Ils expliquent que certaines émotions, considérées comme légitimes dans une profession, peuvent être perçues comme des faiblesses dans une autre. Par exemple, la peur est acceptée chez les infirmières confrontées à la violence, mais elle est taboue chez les policiers, dont la culture professionnelle valorise la maîtrise de soi. À l'inverse, les policiers peuvent ressentir du dégoût ou de la peur face à la mort, tandis que chez les soignants, ces émotions sont souvent réprimées, et leur expression peut entraîner l'exclusion sociale par les collègues. Cette distinction illustre comment les normes émotionnelles influencent la solidarité ou la marginalisation au sein des équipes. Ils approfondissent cette analyse en soulignant les conséquences négatives des déviations aux normes émotionnelles. Ils expliquent que les professionnels exprimant des émotions jugées inappropriées, comme la peur, la honte ou le dégoût, risquent de perdre la confiance de leurs collègues. Cette dissonance émotionnelle peut provoquer leur mise à l'écart ou des sanctions implicites. Ils montrent

³⁸ JEANTET, Aurélie, « *Les Émotions au travail* », Édition Biblis, 2021, p.337.

³⁹ LORIOL Marc et CAROLY Sandrine, « *Le contrôle des émotions au travail. Le cas des infirmières hospitalières et des policiers de voie publique* », 2008, dans « *Le langage social des émotions étude sur les rapports au corps et à la santé* », de FERNANDEZ, LÉZÉ et MARCHE, dans *Anthropos*, p76-104.

ainsi que les émotions ne sont pas seulement des expériences personnelles, mais qu'elles jouent un rôle dans le maintien des hiérarchies sociales et des normes collectives au sein de l'équipe. De plus l'impact du refoulement émotionnel est illustré par les travaux de Fanny DUBOIS et Guy LEBBER, sociologues, qui, à travers une étude par observation participante, mettent en avant le lien entre honte, culpabilité et maltraitance.⁴⁰ Ils démontrent que la honte, notamment lorsqu'elle est liée aux émotions ressenties face à certaines situations peut conduire à des dérives telles que des comportements maltraitants envers les patients. Leur étude montre que, sans espace collectif de verbalisation, ces émotions peuvent devenir destructrices, non seulement pour le professionnel, mais également pour la qualité de la dynamique d'équipe.

Bien que les émotions puissent fragiliser le collectif, elles peuvent aussi en renforcer la cohésion lorsqu'elles sont gérées collectivement. Caroline ARNAL, enseignante, souligne l'importance du groupe dans la régulation émotionnelle, observant que l'expression des émotions au sein d'une équipe permet de prévenir l'effondrement psychologique des membres.⁴¹ Cette prise en charge collective se concrétise par des échanges, des partages d'expériences et la mise en récit des émotions difficiles, créant ainsi un environnement où l'entraide émotionnelle devient un véritable pilier face aux défis du métier. Ces propos rejoignent ceux de Michèle GROSJEAN, professeure de psychologie du travail, qui identifie trois modes de régulation émotionnelle au sein d'un collectif, chacun influençant la dynamique de l'équipe.⁴² « *La régulation par empathie* » consiste à partager des émotions comme la joie, la peine ou la colère, renforçant la solidarité entre collègues grâce à des échanges sincères. « *La régulation par mise à distance* » se fait à travers des moyens comme l'humour ou la narration, permettant de prendre du recul face à des situations difficiles tout en maintenant la cohésion du groupe. Enfin, « *la régulation par réassurance* » intervient lors de crises, comme après une erreur professionnelle, en apportant soutien et réconfort pour soulager la culpabilité et restaurer la confiance au sein de l'équipe.

En somme, ces auteurs convergent pour montrer que les émotions, loin d'être purement individuelles, sont au cœur des dynamiques collectives. Elles peuvent être sources de tensions et de clivages, mais également de solidarité et de résilience. La capacité d'une

⁴⁰ DUBOIS, Fanny, et Guy LEBBER. « *Aide-soignante en gériatrie : ou quand le dégoût devient incontournable* ». *Le social à l'épreuve du dégoût*, édité par Dominique Memmi et al., Presses universitaires de Rennes, 2016,

⁴¹ ARNAL, Caroline « *Professionnaliser ses émotions : une injonction qui divise* », la nouvelle revue du travail, 2015

⁴² GROSJEAN, Michèle « *La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier* » Revue internationale de psychosociologie, 2001, Vol. VII, p.339-355.

équipe à réguler collectivement ses émotions, en soutenant ses membres et en intégrant des pratiques de partage, est essentielle pour maintenir une dynamique harmonieuse, renforcer la cohésion et prévenir l'usure professionnelle. Il apparaît donc pour un cadre de santé de prendre en considération ces dynamiques émotionnelles pour accompagner son équipe, en facilitant la régulation émotionnelle et en veillant à préserver un environnement de travail équilibré et solidaire.

3.3.3 Renforcer la dynamique d'équipe par le feedback

Le cadre de santé s'efforce constamment d'améliorer la dynamique d'équipe afin d'optimiser la qualité des soins et la gestion des imprévus. Dans ce contexte, le feedback émerge comme un outil pour renforcer cette dynamique, en influençant à la fois la motivation des membres de l'équipe et leurs émotions. Bien que le feedback soit principalement associé à la pédagogie, il s'avère également utile pour améliorer la coopération et la communication au sein d'une équipe de soins. Christelle BOSC-MINÉ, maître de conférences, recense plusieurs définitions du feedback dans la littérature.⁴³ FISHER et TAYLOR (1979) ainsi qu'ASKEW et LODGE (2000), définissent le feedback comme un processus d'échange d'informations entre un émetteur et un récepteur, permettant d'évaluer les actions entreprises. Ces auteurs voient le feedback comme une forme de communication, similaire aux retours d'un enseignant à un apprenant. De manière plus approfondie, BALZER, DOHERTY et O'CONNOR (1989), ainsi que MASON et BRUNING (2001), élargissent cette définition en considérant le feedback comme l'ensemble des informations issues des conséquences des actions, qu'elles soient positives (réussites) ou négatives (échecs, écarts par rapport aux objectifs).

En 2012, BOUD et MOLLOY, professeurs universitaires, proposent une approche dynamique du feedback, le percevant non seulement comme un moyen de corriger des erreurs, mais aussi comme un outil favorisant le développement de l'autonomie et de la réflexion critique.⁴⁴ Selon eux, le feedback ne se résume pas à une simple transmission d'informations, mais s'inscrit dans un processus continu et progressif, dans lequel l'équipe joue un rôle actif. Elle doit non seulement recevoir les retours, mais aussi les

⁴³ BOSC-MINÉ, Christelle, « Caractéristiques et fonctions des feedback dans les apprentissages », L'Année psychologique, 2014/2 Vol. 114, p.315-353.

⁴⁴ BOUD, D and Molloy, E, « Rethinking models of feedback for learning: The challenge of design », Assessment & Evaluation in Higher Education, January 2012.

rechercher, les interpréter et les utiliser pour s'améliorer. Le feedback devient ainsi un levier d'amélioration constante, influençant aussi bien les actions présentes que futures, même dans des contextes complexes. Dans cette perspective, CHRISTELLE BOSCOMINÉ, en s'appuyant sur les travaux de MASON et BRUNING, distingue deux formes de feedback : la vérification, qui évalue l'exactitude d'une réponse, et l'élaboration, qui guide l'individu vers la bonne réponse ou l'aide à approfondir ses connaissances.

Le feedback est vecteur dans la motivation et l'engagement des membres de l'équipe. Son efficacité varie cependant en fonction du type de tâche et du contexte. DINA VAN DIJK et AVRAHAM N. KLUGER, professeurs d'université, suggèrent que le feedback positif est particulièrement stimulant lorsque la tâche est intrinsèquement motivante, tandis qu'un feedback négatif peut être plus efficace pour des tâches moins engageantes ou imposées.⁴⁵ Toutefois, BOUD et MOLLOY soulignent que la crainte du jugement peut nuire au traitement du feedback, surtout lorsqu'il est perçu comme une attaque personnelle plutôt qu'une critique constructive. Un ton inadapté ou un manque de dialogue peut ainsi engendrer des émotions négatives, comme la frustration ou la démotivation, affectant la dynamique d'équipe.

Le feedback est donc un outil pour le cadre de santé, car il joue un rôle dans l'amélioration de la communication et de la cohésion au sein de l'équipe de soins. En encourageant un échange d'informations transparent, le cadre de santé aide à résoudre les problèmes plus rapidement, à améliorer la coordination des projets et à instaurer un climat de confiance qui favorise une meilleure efficacité dans l'accomplissement des tâches. Un feedback régulier et constructif permet également de repérer les points forts des membres de l'équipe tout en identifiant les domaines à améliorer, contribuant ainsi à leur développement professionnel.

Ce processus permet d'instaurer une culture d'apprentissage continu, ce qui est indispensable dans un environnement où la qualité des soins et la collaboration sont primordiales. L'efficacité du feedback dans ce contexte dépend de la manière dont il est transmis et perçu, car des retours mal formulés ou trop directs peuvent nuire à la dynamique de l'équipe, engendrer des tensions et diminuer la motivation de ses membres.

⁴⁵ Dina VAN DIJK et Avraham N. KLUGER, "Task type as a moderator of positive/negative feedback effects on motivation and performance: A regulatory focus perspective", *Journal of Organizational Behavior*, Novembre 2011.

4 Problématique et question de recherche

Nous avons vu au travers de ce cadre conceptuel, que l'intelligence émotionnelle est aujourd'hui reconnue comme une compétence dans le management des cadres de santé, influençant à la fois la dynamique d'équipe et la prévention des risques psychosociaux. Bien au-delà d'une simple attitude empathique, elle repose sur une capacité à comprendre, réguler et utiliser les émotions de manière constructive, aussi bien pour soi que pour les autres. Dans un environnement hospitalier marqué par une forte charge émotionnelle, les cadres de santé jouent un rôle dans la gestion des tensions et la création d'un climat de travail bienveillant et collaboratif. Ils doivent non seulement faire face à leurs propres émotions, mais aussi soutenir celles de leurs équipes, ce qui exige une posture managériale adaptée, alliant écoute, communication et maîtrise de soi.

Selon la littérature, un cadre de santé doté d'une intelligence émotionnelle développée est plus à même de favoriser une communication assertive et authentique, essentielle pour désamorcer les tensions et instaurer un climat de confiance. En identifiant les émotions de ses collaborateurs, il peut ajuster son mode de management en fonction des besoins spécifiques de chacun, stimulant ainsi leur motivation et leur engagement. Face à un stress constant, la capacité du cadre à réguler ses émotions et celles de son équipe devient un outil de résilience, permettant de limiter les effets délétères des situations à fortes charge émotionnelle et de préserver la dynamique collective.

Toutefois, cette compétence présente aussi des limites. La nécessité de gérer simultanément ses émotions et celles des autres peut engendrer une surcharge mentale et un risque d'épuisement professionnel pour le cadre lui-même. Par ailleurs, selon Emeric KUBIAK, expert en sciences comportementales, à force de vouloir maintenir un équilibre émotionnel au sein de l'équipe, il peut être amené à négliger ses propres besoins, ce qui affecte son bien-être et sa prise de décision.⁴⁶ Selon lui, une intelligence émotionnelle trop développée peut également freiner l'innovation en mettant l'accent sur l'harmonie relationnelle au détriment de la prise de risque et de l'expérimentation. Enfin, certains cadres peuvent éprouver des difficultés à exprimer des feedbacks négatifs par crainte d'altérer la cohésion du groupe, ce qui peut nuire à l'efficacité managériale.

⁴⁶ KUBIAK, Emeric, « Arrêtez de tout miser sur l'intelligence émotionnelle. » HBR France [en ligne]. 17 juillet 2020. URL : <https://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2020/07/30727-arretez-de-tout-miser-sur-lintelligence-emotionnelle/>

Ainsi, ma réflexion soulève la question suivante :

En quoi l'intelligence émotionnelle des cadres de santé contribue-t-elle à créer une cohésion et à optimiser la performance de son équipe dans des contextes à forte charge émotionnelle ?

5 Hypothèses

Ainsi, à partir de la problématique précédemment exposée, de la question de recherche qui en découle et des explorations menées, deux hypothèses peuvent être formulées :

- Un cadre de santé doté d'une intelligence émotionnelle développée, adoptant une posture assertive et pratiquant la communication non violente, favorise une cohésion d'équipe durable en adaptant son style de management aux besoins émotionnels de ses collaborateurs.
- Un style de management plus direct, fondé sur une prise de décision rapide et une distinction nette entre les émotions et le travail, permet d'améliorer l'efficacité et la réactivité des cadres de santé dans les environnements hospitaliers, sans impacter la cohésion de l'équipe.

6 Méthodologie de l'enquête

6.1 Objectifs de la démarche méthodologique :

Afin de mener à bien ce travail de recherche, j'ai choisi de confronter les éléments théoriques développés dans mon cadre conceptuel à la réalité du terrain. Cette approche s'inscrit dans une volonté de croiser théorie et pratique, en cherchant à comprendre dans quelle mesure les concepts identifiés dans la littérature trouvent une résonance concrète dans l'expérience quotidienne des cadres de santé. L'objectif principal de cette démarche est donc de collecter des données directement auprès des professionnels, afin de valider, nuancer ou infirmer les hypothèses formulées en amont. L'enquête de terrain vise ainsi à s'appuyer sur les vécus, ressentis et perceptions des cadres de santé pour enrichir ma réflexion, en mettant en avant comment les émotions influencent, façonnent, ou parfois compliquent leur posture managériale.

6.2 Outils d'enquête : l'entretien semi-directif

J'ai opté pour l'utilisation de l'entretien semi-directif comme principal outil d'enquête. Ce choix, fortement encouragé par mon institut de formation, s'est imposé comme cohérent avec l'objectif de ma recherche, centrée sur la compréhension des expériences des personnes interrogées. Dans une démarche visant à explorer des dimensions sensibles et complexes, telles que les émotions dans l'exercice du management, il m'est apparu pertinent d'utiliser une méthode permettant une liberté d'expression suffisante pour recueillir des témoignages authentiques, sans enfermer les participants dans des réponses préformatées. L'entretien semi-directif permet de collecter des données riches, nuancées et ancrées dans le réel, en laissant aux participants la possibilité d'exprimer librement leurs perceptions, ressentis et expériences, tout en offrant un cadre structurant qui assure une cohérence par rapport aux axes d'investigation de mon étude. Contrairement à un questionnaire fermé ou à un entretien rigide, ce format permet d'instaurer une véritable relation d'échange : il favorise l'adaptation en temps réel aux propos des participants, stimule l'exploration grâce aux relances et reformulations, facilite l'observation de mon interlocuteur et donne accès à des éléments souvent inédits. Cette flexibilité méthodologique s'est révélée particulièrement précieuse dans le cadre de mon sujet, où

l'expression émotionnelle et la subjectivité des vécus professionnels sont au cœur de l'analyse.

Ainsi, les entretiens semi-directifs m'ont permis non seulement d'approfondir la manière dont les émotions influencent ou complexifient la posture managériale des cadres de santé, mais aussi d'appréhender la subtilité des mécanismes émotionnels.

6.3 L'élaboration du guide d'entretien

Afin de structurer efficacement les entretiens, j'ai élaboré un guide d'entretien (cf. Annexe I) en collaboration avec mon directeur de mémoire. Ce guide s'appuie sur les concepts centraux issus de ma question de recherche ainsi que sur les hypothèses théoriques formulées dans mon cadre conceptuel. La construction du guide a suivi une logique d'entonnoir : il s'agissait de débiter par des questions généralistes, invitant les cadres de santé à s'exprimer librement sur des aspects larges et globaux du thème, puis de resserrer progressivement le questionnement afin d'approfondir les points émergents au fil de l'échange. Les questions ouvertes ont été privilégiées afin de favoriser une expression spontanée et nuancée des participants. En complément, j'ai préparé des questions de relance spécifiques, destinées à clarifier, enrichir ou recentrer l'entretien en fonction des réponses fournies. Dans un souci d'instaurer un climat de confiance propice à un échange sincère et sans retenue, chaque entretien débutait par la présentation des consignes générales ainsi que de la thématique abordée. Cette introduction visait à rassurer les participants, à rappeler le cadre bienveillant de l'entretien et à souligner l'importance de la liberté d'expression dans cette démarche de recherche.

6.4 Outils complémentaires : auto-diagnostic de l'assertivité

En complément des entretiens, j'ai proposé aux cadres de santé participants de réaliser un auto-diagnostic de leur assertivité, basé sur la méthode de Thomas GORDON, psychologue américain. Cet outil a également été partagé dans le cadre d'un enseignement sur le positionnement du manager (cf. Annexe II). Ce concept, présenté précédemment dans mon cadre conceptuel, permet d'identifier les comportements relationnels habituels (fuite, agressivité, manipulation ou assertivité) et d'établir un lien entre les compétences émotionnelles et les pratiques managériales. Mon objectif était également de mettre en évidence la congruence des cadres interrogés et leur capacité à utiliser consciemment l'assertivité.

6.5 Population cible

La population cible de mon étude est constituée de cadres de santé diplômés exerçant dans des services de soins où, selon moi, les émotions sont non seulement omniprésentes, mais également structurantes dans l'organisation du travail et dans la posture managériale. C'est pourquoi j'ai volontairement sélectionné six cadres de santé évoluant respectivement en soins palliatifs, aux urgences/réanimation ou en pédiatrie, considérant qu'ils représentent des terrains d'étude particulièrement pertinents pour explorer l'influence des émotions dans l'exercice du management. Certains de ces professionnels ont également exercé dans plusieurs de ces domaines, apportant ainsi une richesse d'expérience qui nourrit une analyse plus fine et nuancée des réalités émotionnelles du terrain. À mes yeux, cette diversité d'expériences est précieuse, car elle permet de saisir différentes facettes de la gestion émotionnelle selon les contextes. Afin de préserver l'anonymat des participants, les prénoms utilisés dans ce mémoire ont été volontairement modifiés.

Voici un tableau récapitulatif des cadres de santé interrogés, regroupés par couleur selon leur service d'exercice actuel :

Prénom du Cadre	Années d'expérience cadre de santé	Service actuel	Autre service comme cadre santé diplômé	Durée d'entretien
Delphine	10 ans	Pédiatrie	Néonatalogie et urgences pédiatrique	35 min
Sara	7 ans	Pédiatrie	Cardiologie	40 min
Patricia	13 ans	Soins palliatifs	Réanimation et urgences	42 min
Lauréna	2 ans	Oncologie et soins palliatifs	Aucun	45min
Anne	14 ans	Urgences adultes	Cadre de nuit, chirurgie ambulatoire	33min
Gaëlle	4 ans	Réanimations adultes	Aucun	36 min

6.6 Conditions de réalisation des entretiens

J'ai préalablement pris rendez-vous avec les cadres de santé. Avec l'accord explicite des participants, les entretiens ont été enregistrés afin d'assurer une transcription fidèle des propos recueillis. Trois de ces transcriptions sont jointes à ce dossier (cf. Annexes III, et IV). Cette méthode m'a permis de me concentrer pleinement sur l'échange, sans être limité par la prise de notes. Une fois les retranscriptions réalisées, les enregistrements ont été immédiatement supprimés, dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat. Une synthèse des entretiens, fondée sur les verbatims les plus significatifs, a été réalisée et présentée sous forme de tableau en annexe V.

6.7 Limites de l'enquête

Il me semble important de souligner plusieurs limites à cette enquête, car elles éclairent la portée et les précautions d'interprétation de mes résultats. Tout d'abord, la nature même du sujet, centré sur les émotions dans le management, a probablement freiné la liberté d'expression de certains participants. Malgré mes efforts pour instaurer un climat de confiance, il est possible que la crainte d'un jugement ou d'une remise en cause de leur posture professionnelle ait limité l'authenticité ou la profondeur de certains témoignages. Par ailleurs, le nombre restreint d'entretiens, bien qu'il ait permis un recueil de données riche et approfondi, limite inévitablement la représentativité de l'ensemble des cadres de santé. À mon sens, un échantillon plus large, intégrant davantage d'hommes et une plus grande variété de contextes professionnels, aurait offert une perspective comparative encore plus fine et nuancée. De plus, la méthode de l'entretien semi-directif, que j'ai choisie pour sa souplesse, présente aussi ses propres biais : la posture de l'enquêteur, ses relances ou ses reformulations peuvent, même de manière involontaire, influencer les réponses des participants et orienter la dynamique de l'échange. Cette influence, bien que difficile à mesurer, constitue à mes yeux une limite méthodologique importante. Enfin, il faut reconnaître que la qualité des données repose fortement sur la capacité des participants à verbaliser leurs ressentis, ce qui peut générer des écarts entre l'expérience réellement vécue et celle racontée. Dans un contexte où les émotions sont souvent complexes, intimes et parfois indicibles, cet écart me paraît particulièrement important à prendre en compte dans l'analyse.

7 Analyse des résultats de l'enquête

7.1 Diriger sans briser : émotions, écoute et adaptabilité

L'analyse croisée des entretiens menés avec les cadres de santé révèle une nette prédominance d'un style de management participatif, perçu non seulement comme plus adapté au contexte actuel des soins, mais également comme plus respectueux des dynamiques émotionnelles présentes au sein des équipes. La posture participative est majoritairement associée à la recherche d'un climat de travail adapté, à la valorisation de l'autonomie professionnelle ainsi qu'à la création d'un lien de confiance durable avec les agents. Delphine illustre cette perspective en déclarant : « *Je suis très à l'écoute de mes équipes. J'essaie vraiment de travailler avec elles, ensemble* » (L.10-11), soulignant ainsi l'importance d'une posture d'écoute active et d'une co-construction des décisions. De même, Gaëlle insiste sur les modalités concrètes de cette démarche collaborative, en évoquant la mise en place de « *groupes de travail, réunions, [et] formalisation de procédure pluridisciplinaire* » (L.13-14), éléments constitutifs d'un management fondé sur la concertation et l'intelligence collective. Ce type de leadership est souvent associé à des effets émotionnels positifs, tels que la motivation, la reconnaissance et le sentiment d'appartenance, là où un excès de directivité est au contraire perçu comme délétère. Lauréna met ainsi en garde contre ses effets néfastes : « *Trop de directivité limite l'autonomie, tue la motivation* » (L.51-52) ; « *Trop d'autorité, ça tue la confiance* » (L.63), établissant un lien direct entre style de management et bien-être émotionnel des professionnels.

Cependant, cette préférence pour un management participatif ne signifie pas le rejet absolu de la posture directive. Tous les cadres interrogés reconnaissent la nécessité de faire preuve d'autorité dans des contextes spécifiques, notamment lors de situations d'urgence, de crise ou lorsque l'organisation du service l'exige. Patricia explicite cette approche adaptative : « *Aux urgences, j'étais plutôt dans un management directif au quotidien, mais participatif pour les projets. À l'UTSP, je suis beaucoup plus dans le participatif* » (L.13-19), ce qui traduit une capacité à ajuster sa posture en fonction des contraintes contextuelles, des enjeux du moment mais aussi de la dynamique du service. Sara complète ce constat en rappelant que : « *Dans certaines situations, urgence ou crise, il n'y a pas toujours le choix : il faut être directif [...]* Là, je ne demande pas l'avis de tout le monde, on fait comme ça » (L.85-86). Le management directif devient ainsi une

modalité transitoire, mobilisée avec discernement et justifiée par la nécessité d'une prise de décision rapide et en recherche d'efficacité. Néanmoins, cette posture autoritaire, si elle devient la norme, est perçue comme génératrice de tensions, d'incompréhensions et de résistance émotionnelle. Delphine affirme à ce titre : « *Pour moi, un management directif est incompatible avec les émotions* » (L.72-73), tandis qu'Anne observe que « *si tu es trop directif, les agents se braquent. Et après, c'est compliqué de retrouver une cohésion* » (L.58-59). Ces témoignages convergent vers une idée centrale : le style managérial influe directement sur le climat émotionnel de l'équipe, et par conséquent, sur la qualité du travail collectif.

Par ailleurs, plusieurs cadres expriment la nécessité d'un positionnement managérial nuancé, capable de se situer entre différentes postures, loin d'une opposition rigide entre directif et participatif. Sara revendique ainsi une approche « *mixte* », qu'elle qualifie « *d'équilibrée* » (L.259), et Patricia rappelle qu'« *on a l'impression qu'il faut choisir entre deux modèles, alors qu'en vrai, il y en a cinq ou six* » (L.179-180). Ce rejet de la binarité souligne une volonté d'adapter en permanence les pratiques managériales aux besoins des équipes, aux temporalités institutionnelles et aux enjeux émotionnels.

Enfin, si l'approche participative apparaît comme une tendance dominante, soutenue par une volonté de préserver un climat émotionnel propice au travail, elle ne peut néanmoins s'appliquer de manière uniforme. Les témoignages recueillis révèlent que les modalités du management ne relèvent pas uniquement d'un choix personnel ou d'une posture idéologique, mais se construisent aussi en fonction de deux facteurs clés : la génération des soignants encadrés et les spécificités du service dans lequel s'exerce le cadre.

7.2 Le management à l'épreuve des générations et des services

Les propos des cadres de santé révèlent une transformation notable des pratiques managériales et émotionnelles, influencée à la fois par les générations et les contextes de service. Cette évolution s'exprime clairement dans leurs témoignages, où la gestion des émotions apparaît comme un processus modulé par ces deux dimensions, donnant lieu à des approches individualisées, adaptées aux réalités spécifiques de chaque environnement professionnel.

D'un point de vue générationnel, plusieurs cadres constatent un glissement d'un management directif vers une posture plus empathique et participative. Gaëlle, par exemple, évoque l'accueil réservé à ses premières initiatives : « *Quand je suis arrivée, j'ai tout bouleversé. Forcément, ça n'a pas été bien accueilli tout de suite* » (L.57-58). Cette remarque illustre les résistances que peut susciter une approche trop autoritaire, surtout auprès d'équipes qui attendent davantage de souplesse et d'écoute. Delphine appuie ce constat : « *Nos grands-parents n'avaient pas le choix, on leur disait "c'est comme ça" et point. C'était très directif. Aujourd'hui, on est davantage dans l'écoute, dans l'empathie* » (L.169-171). Elle met ainsi en évidence les attentes actuelles des jeunes professionnels de santé, qui privilégient des relations de travail plus humaines et collaboratives. Cela implique une nécessaire adaptation des styles de management. Sara souligne cette exigence d'authenticité dans le changement : « *On évolue dans nos pratiques [...] mais je reste la même personne. [...] J'essaie de rester authentique* » (L.30-33). L'authenticité devient ici un levier de confiance et de cohésion, notamment auprès des nouvelles générations d'équipe. Patricia renchérit : « *Tout le monde n'exprime pas les choses de la même manière, ça dépend des profils, des métiers* » (L.81-82), soulignant la nécessité d'un management ajusté aux individus.

Au-delà des générations, la nature du service dans lequel les cadres exercent joue un rôle déterminant dans la manière dont les émotions sont gérées. Anne illustre cette variation : « *Avec certaines équipes comme les ambulanciers du SMUR, il faut parfois hausser le ton* » (L.63-64). Dans des contextes de crise où la réactivité prime, un encadrement plus directif peut s'avérer indispensable. Patricia précise : « *Tous les profils ne se managent pas de la même manière : un ambulancier du SMUR, ce n'est pas pareil qu'une infirmière en soins palliatifs* » (L.93-95), rappelant que les attentes et besoins émotionnels varient selon les missions et les environnements de travail. Elle oppose d'ailleurs deux types de contextes : « *Aux urgences, c'est plus axé sur les retours médicaux, les analyses de pratiques, les RMM. Ils sont plus dans l'amélioration technique que dans l'expression émotionnelle* » (L.79-80), alors qu'à l'UTSP, un espace est explicitement réservé à l'expression émotionnelle après des situations difficiles : « *[...] on débrieife systématiquement après une sédation profonde et continue entraînant le décès. [...] chacun dit un mot : "combatif", "dur", "épuisant"...* » (L.74-78). Cette comparaison met en évidence que tous les secteurs de soins ne s'accompagnent pas du même type de gestion émotionnelle.

Un autre levier essentiel évoqué est la proximité du cadre avec son équipe. Sara en témoigne : « *Cela me permet aussi de savoir ce que vit l'équipe, de comprendre leurs besoins, et d'observer directement les pratiques* » (L.23-24). Cette présence sur le terrain facilite une lecture plus fine des dynamiques émotionnelles et professionnelles. Lauréna insiste sur l'importance de l'écoute et de la bienveillance dans sa pratique managériale : « *J'essaie d'être à l'écoute, d'apporter un peu d'humanité* » (L.198). Ce besoin d'attention à la dimension humaine semble partagé par l'ensemble des cadres interrogés, surtout dans les services à forte intensité émotionnelle comme les soins palliatifs ou les urgences.

En définitive, l'analyse des témoignages des cadres de santé révèle une double dynamique d'adaptation : aux générations, d'une part, et aux spécificités des services, d'autre part. Tandis que les jeunes équipes attendent un management participatif et empathique, certains contextes de travail exigent davantage de structure et d'autorité. Selon les cadres interrogés, cette capacité à ajuster leur posture à ces réalités permet non seulement de renforcer la cohésion d'équipe, mais aussi de répondre de manière plus fine aux besoins des soignants, y compris sur le plan émotionnel.

7.3 De l'émotion à la reconnaissance : construire sa légitimité de cadre

Les propos recueillis révèlent que la légitimité du cadre de santé se construit au croisement de plusieurs dimensions, parmi lesquelles la posture émotionnelle semble occuper une place. Cette légitimité ne repose plus uniquement sur la hiérarchie ou le statut, mais sur la capacité à se faire reconnaître dans son rôle au quotidien, notamment dans les interactions directes avec les équipes.

Pour plusieurs cadres interrogés, la légitimité s'acquiert d'abord par l'attitude adoptée face aux équipes. Anne explique : « *Il avait juste besoin de voir que je pouvais cadrer. C'était un test, comme les enfants qui testent les limites* » (L.149-150). Ce type de situation souligne qu'il ne suffit pas d'être nommé cadre pour être reconnu comme tel ; il faut être capable de poser un cadre sans rigidité excessive. Dans le même esprit, Lauréna évoque : « *Je me questionne encore sur la manière d'asseoir davantage ma légitimité de cadre quand c'est nécessaire* » (L.15-16), montrant combien cette reconnaissance n'est jamais acquise une fois pour toutes.

Le rapport aux émotions s'invite alors dans cette construction de la légitimité. Anne affirme clairement : « *Si toi-même tu ne vas pas bien, tu ne pourras pas gérer les émotions de ton équipe. Et tu perds en légitimité, auprès d'eux et aussi de la direction* » (L.154-155). La solidité émotionnelle attendue du cadre devient une condition pour pouvoir tenir son rôle. Mais cette exigence ne signifie pas se couper de ses émotions. Au contraire, plusieurs cadres défendent l'idée d'une présence sensible et équilibrée. Sara confie : « *Il est important de leur montrer qu'on est humain, qu'on est comme eux* » (L.167), ou encore : « *Le fait qu'elles voient que quelque chose m'a touchée, je pense que ça peut les amener à prendre conscience qu'elles sont peut-être allées trop loin* » (L.176-177). L'émotion exprimée n'est donc pas un signe de faiblesse, mais une manière de poser des limites autrement, sans confrontation directe.

Ce dosage subtil est évoqué aussi par Delphine, qui insiste : « *En général, la cadre donne le ton de la journée. Si t'arrives avec le sourire, ton équipe l'aura aussi* », ce qui révèle à quel point l'état émotionnel du cadre influence le collectif. Pour autant, les cadres doivent veiller à ne pas devenir trop accessibles au point de brouiller les rapports. Elle ajoute : « *Être cadre de proximité, mettre de l'émotion dans la relation, ça enlève certaines barrières.* » (L.157-158), mais constate également : « *Certains se permettent parfois des comportements qu'ils auraient avec des amis, et là, ça peut poser problème* » (L.159-160). L'équilibre est donc tenu entre proximité et maintien de la fonction.

La reconnaissance passe également par la constance de la posture. Patricia évoque ainsi : « *Je fais un gros travail sur moi pour qu'il y ait le moins de différences possible dans ma manière d'être avec chacun [...] Il faut rester objective* » (L.88-91). Une forme de cohérence émotionnelle semble attendue. Elle associe cette constance à une légitimité fondée sur l'attention portée à l'autre : « *Se préoccuper des gens qu'on manage, pour moi, c'est le cœur du métier* » (L.134-135). Gaëlle rejoint cette idée : « *Le simple fait d'être à l'écoute, même si on n'a pas de solution immédiate, ça crée déjà une relation de confiance* » (L.80-81), ce qui montre que l'écoute est un acte de reconnaissance réciproque, qui fonde la crédibilité du cadre plus sûrement que des réponses toutes faites. Mais cette légitimité peut être mise à mal, notamment lors de conflits ou de situations injustes. Lauréna en a fait l'expérience : « *J'ai eu le sentiment d'être injustement prise à partie. Ce que j'appelle l'effet de meute* » (L.99-100). Elle poursuit : « *Même si je n'ai pas perdu ma légitimité, j'aurais pu perdre pied ce jour-là* » (L.115-116). Ce type d'épreuve révèle combien la fonction de cadre est exposée, et combien elle implique une gestion constante de ses propres affects.

D'autres propos, plus en creux, montrent que la légitimité passe aussi par une reconnaissance professionnelle : Gaëlle déclare : « *Le fait de montrer qu'on est là, qu'on ne fait pas juste « le sale boulot », qu'on a aussi été soignants, qu'on est capables d'entendre ce qu'ils vivent* » (L.81-83). Il s'agit ici de faire sentir aux équipes que le cadre n'est pas extérieur à la réalité soignante, qu'il en partage l'expérience et peut donc en comprendre la charge émotionnelle.

En somme, la légitimité du cadre de santé ne repose pas uniquement sur sa fonction, mais sur un ensemble de comportements quotidiens, de paroles, d'attitudes, où les émotions sont à la fois un outil, un indicateur et un baromètre relationnel. La capacité à faire preuve d'écoute, à rester cohérent sans être distant, à exprimer une émotion sans perdre la face ni l'autorité, dessine un équilibre toujours fragile mais indispensable pour être reconnu et respecté dans sa position, selon les cadres interrogés.

7.4 « Seul pour tenir debout » : La solitude émotionnelle des cadres de santé

Le rôle de cadre de santé confronte les professionnels à une position singulière, située entre responsabilité hiérarchique, accompagnement des équipes et gestion émotionnelle personnelle. Une solitude structurelle et affective semble traverser plusieurs témoignages.

Anne est l'une des premières à la nommer explicitement : « *Tu sais, en tant que cadre, on est assez seuls sur le terrain* » (L.56), ajoutant même : « *Tu ne vois pas la direction, tu ne vois pas le cadre sup. Tu es seul avec tes agents* » (L.78-79). Cette solitude devient problématique lorsqu'elle s'accompagne d'un manque de soutien : « *On n'a pas beaucoup de soutien* » (L.57), ce qui peut affecter la posture professionnelle et émotionnelle : « *Parce que si t'es pas entendu en tant que cadre... ben t'es pas bien. Et si t'es pas bien, tu ne peux pas gérer une équipe correctement* » (L.125-124). Le collectif cadre apparaît alors comme un espace de recours : « *C'est là que je vais chercher du réconfort, et souvent des solutions aussi* » (L.130-132). Delphine partage cette même perception : « *Mais il faut le dire : souvent, le cadre, il est quand même très seul* » (L.188-189), tout en insistant sur la nécessité de disposer de personnes ressources : « *Il faut avoir des personnes ressources : d'autres cadres, par exemple* » (L.108-109). Elle évoque la psychologue comme alternative : « *si on ne veut pas forcément en parler à ses collègues,*

il y a toujours la psychologue » (L.187). Mais elle insiste aussi sur un équilibre fragile : « *Il faut en parler à l'équipe, mais sans tout dévoiler non plus,* » (L.108), soulignant la nécessité de contenir ses émotions sans les ignorer. Lauréna renforce cette sensation d'isolement structurel : « *On est souvent seuls dans nos bureaux face aux problèmes, avec peu de ressources* » (L.200-201). Elle alerte sur un danger latent : « *C'est épuisant d'être dans ce déni des émotions. Ça mène droit au burn-out si on n'a pas de stratégie pour gérer tout ça* » (L.145-146), tout en questionnant la bonne posture : « *Mais je ne sais pas s'il vaut mieux toujours exprimer ses émotions ou au contraire, tout garder pour soi* » (L.202-203)., Une tension forte apparaît entre le besoin de rester humain et sincère et l'obligation de garder la face dans les situations professionnelles tendues. Delphine assume une forme de transparence : « *Moi, je suis humaine, donc je montre mes émotions* » (L.104), tout en soulignant que cette gestion passe par une connaissance de soi : « *Il faut bien se connaître soi-même, savoir comment on réagit* » (L.96). Sara partage cette même approche : « *Je ne veux pas cacher mes émotions, on les voit tout de suite sur mon visage* » (L.165-166), insistant sur la nécessité d'authenticité : « *je pense qu'il est important de leur montrer qu'on est humain, qu'on est comme eux* » (L.167). Elle rappelle aussi que « *les émotions font partie de nous* » (L.118), mais doivent être contenues : « *Il faut les accepter, mais aussi les gérer, parce qu'on est dans un cadre professionnel* » (L.119-120). Patricia avoue travailler sur elle pour préserver une certaine stabilité émotionnelle : « *Ce n'est pas facile pour moi d'être toujours égale. Je fais un gros travail sur moi* » (L.88), et met en place des techniques d'évitement : « *Si ça monte trop, je préfère différer* » (L.109). Gaëlle, de son côté, adopte un retrait stratégique : « *Quand quelqu'un s'agace, je ne réponds pas. Je prends de la distance* » (L.104-105) et confie : « *J'essaie de ne pas perdre la face* » (L.104), signe d'un contrôle parfois contraint.

Plusieurs cadres associent la perte de contrôle émotionnel à un état physique ou psychologique altéré. Pour Patricia : « *Quand on ne gère pas ses émotions, c'est souvent à cause de la fatigue, du stress* » (L.110-111). Elle évoque des ressources personnelles pour préserver son équilibre : « *J'ai appris à aménager du temps à la maison. Je fais du yoga, par exemple* » (L.111-112). Gaëlle souligne la vulnérabilité accrue liée à l'évolution personnelle : « *Depuis que j'ai des enfants, je trouve qu'on devient encore plus vulnérables. On se projette, et parfois c'est dur* » (L.96-97). Cette vulnérabilité est partagée par Sara, qui alerte sur un risque professionnel : « *C'est difficile, c'est que certains professionnels, très investis, ne s'imaginaient pas être un jour touchés par un*

épuisement » (L.281-282). Elle note la responsabilité du cadre dans la protection de l'équipe : « *Il faut faire attention à ne pas transférer notre propre pression sur elles* » (L.221). Enfin, Lauréna constate que certains cadres refusent d'admettre leur fragilité : « *Certains ne diront jamais qu'ils ne vont pas bien* » (L.201), renforçant une culture de l'endurance émotionnelle potentiellement délétère.

L'analyse des propos recueillis révèle une conscience fine mais souvent douloureuse de la complexité émotionnelle du métier de cadre de santé. Si tous reconnaissent l'importance de gérer leurs émotions, les stratégies varient : entre retrait, différé, verbalisation, soutien entre pairs ou besoin de formation. Ce qui émerge avec constance, c'est la solitude émotionnelle face aux responsabilités, souvent compensée par la solidarité entre cadres ou des efforts personnels de résilience. Comme le dit Delphine : « *On est adultes, il faut savoir dire quand ça ne va pas* » (L.185), encore faut-il que le cadre trouve l'espace pour le faire.

7.5 Travailler ensemble grâce à la compétence émotionnelle

Les cadres interrogés admettent, dans leur majorité, que l'intelligence émotionnelle, bien qu'importante, demeure un concept difficile à définir avec précision. Pourtant, malgré cette ambivalence, leur pratique quotidienne reflète une intégration implicite de cette compétence dans la gestion des équipes.

Sara illustre cette ambiguïté en déclarant : « *L'intelligence émotionnelle, c'est un grand mot* » (L.184), signalant que ce terme, bien que courant, peut sembler abstrait et complexe à cerner. Elle en reconnaît néanmoins l'intérêt dans le cadre professionnel : « *Je pense que c'est un vrai point fort, même si ce n'est pas forcément évident à maîtriser* » (L.186). Cette position montre qu'en dépit d'une certaine distance conceptuelle, elle valorise cette aptitude dans l'exercice de ses fonctions. Patricia, quant à elle, évoque la difficulté de cerner pleinement cette notion : « *Je ne sais pas trop ce qu'on met exactement sous ce concept* » (L.120). Cette remarque témoigne d'une tension entre l'envie de s'approprier cette compétence et la difficulté à en saisir les contours théoriques. Néanmoins, elle identifie clairement certains de ses éléments constitutifs, tels que l'empathie, la capacité à comprendre les émotions d'autrui, et l'expression objective de ses propres ressentis. Cela révèle une reconnaissance pragmatique de l'intérêt de cette compétence dans

l'encadrement quotidien. Lauréna propose une lecture nuancée de cette complexité : « *C'est complexe, oui, mais tellement riche. Ceux qui ne s'y intéressent pas trouvent peut-être ça plus simple, mais pour moi, c'est impossible de faire sans* » (L.142-144). Pour elle, malgré les exigences que cela implique, il est nécessaire de s'y engager pleinement pour assumer efficacement son rôle, notamment dans des environnements comme l'hôpital, où les situations émotionnelles sont fréquentes et intenses.

Au-delà des définitions, l'intelligence émotionnelle apparaît comme un appui structurant dans la gestion des dynamiques collectives. Les cadres s'accordent à dire qu'elle permet non seulement de soutenir les individus, mais aussi de favoriser un climat de travail positif, bénéfique au fonctionnement global de l'équipe. Delphine insiste sur la nécessité de soutenir ses équipes dans les moments délicats : « *Quand une équipe est effondrée après une prise en charge difficile, par exemple au déchocage, tu dois la soutenir, peu importe le service* » (L.85-86). À ses yeux, la capacité d'accompagnement émotionnel fait partie intégrante du rôle managérial. Elle souligne également les risques liés à une mauvaise régulation émotionnelle : « *Une émotion négative peut tirer tout un groupe vers le bas* » (L.88-90). Elle considère qu'il revient au cadre de prêter attention à l'ambiance collective, soulignant ainsi l'importance d'un climat émotionnel équilibré pour préserver la cohésion et la performance. Anne partage cette vision : « *Je pense vraiment que c'est un atout pour la cohésion d'équipe* » (L.165). Elle perçoit l'intelligence émotionnelle comme une ressource pour désamorcer les tensions et favoriser un climat de confiance. Elle l'intègre aussi dans sa gestion des ressources humaines : « *J'essaie d'identifier qui peut être une ressource, et de les faire monter en compétences* » (L.164-165), illustrant une posture attentive et mobilisatrice. Gaëlle, pour sa part, insiste sur l'importance de l'adaptation à chaque membre de l'équipe : « *C'est vraiment une question d'adaptation à chaque personne* » (L.115). Sa démarche vise à ajuster sa communication et sa posture selon les profils, soulignant que la flexibilité émotionnelle est une composante cruciale du management d'équipe.

Les cadres mettent également en avant l'importance de l'autorégulation émotionnelle dans leur posture managériale. Ils reconnaissent que leur capacité à gérer leurs propres émotions influence directement l'ambiance et l'efficacité collective. Delphine ne se limite pas à la relation à l'autre : « *L'intelligence émotionnelle, c'est aussi savoir gérer ses propres émotions, éviter l'agressivité, garder le contrôle* » (L.119-120). Elle évoque les efforts que cela demande dans certaines situations : « *Il faut se faire violence pour ne pas répondre avec la même agressivité qu'on reçoit* » (L.96), mettant en avant la nécessité

d'un contrôle de soi dans un environnement potentiellement conflictuel. Sara, quant à elle, souligne l'importance de l'équilibre émotionnel personnel : « *Quand elles me font des surprises positives, des choses qui me touchent, je leur montre [...] La colère ou le fait d'être blessée, je le leur dis aussi* » (L.171-173). Pour elle, l'authenticité émotionnelle, lorsqu'elle est bien dosée, renforce la relation avec l'équipe, mais doit s'accompagner d'une certaine maîtrise. Lauréna partage cette idée en affirmant : « *À certains moments, je laisse parler mes émotions, de façon libre [...]. Il faut savoir reconnaître quand on peut les exprimer et quand il vaut mieux s'en abstenir* » (L.179-181). Elle met ainsi l'accent sur la nécessité d'un discernement constant, fondé sur le contexte et les personnes. Anne, enfin, insiste sur la nécessité de se préserver soi-même : « *Si tu veux prendre soin de ton équipe, il faut déjà que toi, tu sois bien* » (L.246-247). Elle décrit ses stratégies pour éviter les débordements émotionnels : « *Quand je sens que je ne suis pas en capacité de gérer une émotion sur le moment, je vais prendre l'air, ou je m'enferme dans mon bureau* » (L.261-262). Cette capacité à prendre du recul témoigne d'une conscience aigüe de l'impact émotionnel du rôle de cadre et de la nécessité de se réguler pour protéger l'équipe.

Sur la question du feedback et du débriefing, les pratiques décrites par les cadres de santé révèlent une certaine disparité dans la manière de les nommer, de les structurer et de les reconnaître. Si Patricia, Sara et Delphine identifient clairement ces temps comme des débriefings ou des feedbacks, leur mise en œuvre diffère selon les contextes. Patricia insiste sur l'importance de la reformulation, compétence acquise dans son exercice infirmier, qu'elle mobilise quotidiennement : « *Et la reformulation, qu'on apprend en tant qu'infirmier, ça me sert énormément au quotidien, surtout dans les débriefings, les feedbacks* » (L.173-174), ajoutant : « *C'est pour ça que les débriefings sont importants* » (L.72). Sara, quant à elle, ritualise ces espaces d'expression collective avec son équipe : « *Chaque semaine, je fais un petit temps d'information [...] et aussi un moment d'échange libre de débriefing* » (L.102-104), en proposant un tour de table pour que chacun puisse déposer ce qui l'a agacé (L.106-108). Delphine, de son côté, recourt à des dispositifs plus formels impliquant des tiers extérieurs : « *On fait venir le psychologue du travail pour apaiser, pour permettre à chacun d'exprimer ce qu'il ressent* » (L.87-88). À l'inverse, Anne, Lauréna et Gaëlle évoquent des postures ou des échanges qui relèvent du débriefing sans les désigner comme tels. Gaëlle, par exemple, adopte une stratégie de prise de distance : « *Quand quelqu'un s'agace, je ne réponds pas. Je prends de la distance pour*

ne pas envenimer les choses » (L.104-105), tandis qu'Anne privilégie le recours au collectif cadre : *« Je vais voir mon collectif cadre [...] C'est là que je vais chercher du réconfort, et souvent des solutions aussi »* (L.130-132). Ces formes de régulation émotionnelle, de débriefing, bien que présentes, restent souvent informelles et peu institutionnalisées. Cela révèle une tension entre la reconnaissance explicite du débriefing comme outil managérial et son intégration plus discrète, voire silencieuse, dans la pratique quotidienne.

Les cadres interrogés partagent ainsi une vision pragmatique de l'intelligence émotionnelle, la considérant comme un facteur de cohésion et d'efficacité dans les collectifs de travail. Les témoignages recueillis révèlent une approche du management fondée sur l'adaptabilité, le respect et l'écoute, dans un secteur, celui de la santé, où la charge émotionnelle est particulièrement forte. Si tous s'accordent sur l'intérêt de cette compétence, sa mise en œuvre requiert un engagement personnel constant, une vigilance sur ses propres états émotionnels, et une capacité à ajuster son comportement en fonction des situations et des individus. En somme, l'intelligence émotionnelle est perçue comme une posture relationnelle exigeante, mais profondément ancrée dans leur quotidien professionnel.

7.6 Assertivité, communication et gestion des émotions au travail

L'analyse des discours recueillis auprès des cadres de santé montre une compréhension variable de l'assertivité et de la communication non violente. Si ces notions sont évoquées avec bienveillance et reconnaissance de leur intérêt dans les relations professionnelles, leur définition reste parfois vague ou approximative. Delphine exprime clairement ses incertitudes : *« Pour être honnête, je ne suis pas sûre de bien connaître le terme d'assertivité »* (L.124), tout en reconnaissant l'exercer de manière implicite : *« L'assertivité peut-être que je l'applique sans m'en rendre compte »* (L.125-126). Gaëlle partage ce flou conceptuel : *« Je suis nulle pour donner une définition. Mais je pense que ça se rapproche de ce que je disais sur la Process Com »* (L.129-130). À l'inverse, Patricia propose une formulation structurée : *« L'assertivité, c'est être capable de dire les choses, de s'affirmer, tout en respectant l'autre »* (L.142), soulignant l'équilibre recherché entre affirmation personnelle et respect de l'interlocuteur. Lauréna adopte une

perspective similaire : « *L'assertivité je pense que c'est la capacité à exprimer ce qu'on ressent et à affirmer ses positions* » (L.156). Anne va dans le même sens : « *Être capable d'exprimer ce qu'on ressent, sans chercher à esquiver ce qu'on pense vraiment* » (L.196-197). Toutefois, plusieurs cadres expriment des réserves quant à leur capacité à adopter cette posture dans toutes les situations. Lauréna admet : « *C'est pas un exercice facile, et même si je l'utilise parfois, je ne suis pas toujours consciente de le faire* » (L.157). De son côté, Anne déclare : « *Je n'ai pas l'impression de le faire souvent, même aux urgences* » (L.197).

Ces propos témoignent d'une hésitation entre l'intention et la mise en pratique de l'assertivité, une nuance que le test de Thomas GORDON permet d'éclairer. Pour plusieurs cadres, s'affirmer ne consiste pas à s'imposer de manière systématique, mais plutôt à ajuster sa posture en fonction des contextes, notamment émotionnels. Delphine, par exemple, explique qu'elle cherche à désamorcer les tensions par la parole : « *Moi, j'aime bien le verbaliser [...] je pense que ça aide aussi l'autre à se calmer* » (L.97-99). Elle ajoute également : « *J'essaie toujours d'y mettre un brin d'humour, pour dédramatiser un peu* » (L.139). Cette approche montre une volonté de tenir compte des réactions de l'autre dans la relation. De son côté, Anne adopte une posture d'attente et de recul : « *J'attends toujours que ça redescende un peu* » (L.221-222), tandis que Gaëlle précise : « *Si j'ai quelque chose à dire, je le fais plus tard, au calme* » (L.106), soulignant la nécessité de « *prendre de la distance* » (L.140) pour éviter que les émotions ne prennent le dessus. Ces stratégies témoignent d'une forme de régulation, mais elles révèlent également des tensions internes entre l'affirmation de soi et la retenue. Ces comportements se retrouvent dans les profils issus du test de Thomas GORDON. Anne, avec un score élevé en assertivité (41), reste néanmoins marquée par une posture de passivité/adaptabilité (26), ce qui suggère une forme de prudence dans sa manière de communiquer. Gaëlle (assertivité à 32 ; passivité à 20) tend également à réguler ses interventions. Delphine, quant à elle, affiche une posture ambivalente avec un score d'assertivité de 32, mais des résultats équivalents en passivité et agressivité (26), traduisant des postures parfois changeantes en fonction des circonstances. Certains cadres, en revanche, font un usage plus affirmé de l'assertivité. Patricia, avec un score d'assertivité élevé (45), déclare : « *Je n'ai aucun problème à dire les choses. Par contre, parfois, je les disais un peu trop... violemment* » (L.143-144). Elle reconnaît ainsi que sa façon de s'affirmer peut parfois être perçue comme trop directe. Sa posture secondaire, l'agressivité/compétition (30), vient appuyer cette tendance.

Sara, quant à elle, considère l'assertivité comme une qualité à cultiver : « *C'est une qualité que peu de professionnels ont naturellement, mais qui peut vraiment se développer* » (L.209-210). Elle ajoute : « *C'est dire les bonnes choses, au bon moment, à la bonne personne* » (L.225), ce qui montre qu'elle réfléchit à la temporalité et à la justesse de ses interventions. Son score d'assertivité (34), couplé à une posture secondaire de passivité (26), suggère un équilibre entre engagement et modération. Sara décrit également une dynamique d'équipe basée sur la responsabilité partagée : « *Quand il y a un conflit, je les laisse d'abord essayer d'en parler entre elles* » (L.234-235). Ce positionnement n'est ni autoritaire ni distant, mais repose sur une relation de confiance. Enfin, Lauréna, avec un score de 37 en assertivité et une posture secondaire d'influence/manipulation (25), semble à l'aise avec l'expression émotionnelle, tout en adoptant des stratégies relationnelles plus nuancées, comme lors de cette situation de conflit : « *Clairement, je me suis énervée, mais de façon assumée [...] Finalement, elle s'est posée, elle a pris du recul.* » (L.176-178)

Si la communication non violente est évoquée positivement, elle reste pour beaucoup une approche peu enseignée ou structurée. Delphine dit : « *La communication non violente [...] Il me semble que ça permet de dire les choses de manière construite* » (L.130-132). Lauréna, qui en a entendu parler en formation : « *C'est une approche que j'ai découverte durant la formation cadre* » (L.166), reconnaît que cela a influencé sa manière d'échanger : « *À partir du moment où on est respectueux et professionnel, on doit pouvoir rester cordial, même en cas de désaccord* » (L.167-168). Patricia, malgré son aisance verbale, admet : « *Je ne suis pas formée à la communication non violente, et je n'en ai pas toujours conscience dans ma pratique* » (L.163-164). Elle ajoute : « *Ce n'est pas simple. Il faut savoir gérer plusieurs interlocuteurs, prendre sur soi... et ça, je ne le maîtrise pas toujours* » (L.164-165), ce qui reflète la complexité du positionnement attendu en situation de tension. Gaëlle, plus nuancée, met en garde contre des usages excessifs : « *Certains peuvent la voir comme un outil de manipulation, surtout si elle est poussée à l'extrême* » (L.141-142). Elle reconnaît néanmoins que cela peut contribuer à contrôler les émotions : « *C'est un moyen d'éviter que les émotions ne prennent le dessus* » (L.143). Sara déplore quant à elle le manque de propositions de formation : « *La communication non violente ou l'assertivité, ce ne sont pas des formations qu'on nous propose directement, mais si on veut y accéder...* » (L.245-247), soulignant que ces pratiques sont souvent apprises sur le terrain ou recherchées à titre personnel.

Enfin, plusieurs cadres soulignent une progression dans leur posture au fil de l'expérience. Lauréna indique : « *Plus le temps passe, plus la communication se détend. Ils comprennent mieux mon mode de fonctionnement et mes attentes* » (L.170-172). Elle évoque également des tensions assumées : « *Clairement, je me suis énervée, mais de façon assumée [...] Finalement, elle s'est posée, elle a pris du recul* » (L.176-178). Ce type de réaction, bien qu'émotif, peut s'accompagner d'une mise au clair qui participe à l'apaisement. Anne, pour sa part, met en avant la qualité de la relation qu'elle entretient avec son équipe : « *Je suis super bienveillante avec elles, alors elles le sont aussi avec moi* » (L.214-215), suggérant qu'une communication respectueuse contribue à une dynamique relationnelle apaisée. Elle précise d'ailleurs qu'elle utilise rarement son autorité : « *J'utilise rarement mon positionnement hiérarchique dans la relation* » (L.213).

Les discours recueillis montrent que les cadres de santé interrogés accordent une place importante à la manière de communiquer, même si la compréhension des notions comme l'assertivité ou la communication non violente reste parfois partielle. Les résultats au test de Thomas GORDON révèlent une certaine cohérence entre leur perception de leur posture et leurs modes d'intervention, bien que certains ajustements subsistent entre intention et pratique.

8 Discussion

L'hypothèse selon laquelle un cadre de santé doté d'une intelligence émotionnelle développée, adoptant une posture assertive et pratiquant la communication non violente favorise une cohésion d'équipe durable en adaptant son style de management aux besoins émotionnels de ses collaborateurs se vérifie dans une large mesure, à travers l'analyse croisée du cadre conceptuel et des entretiens réalisés.

De mon point de vue, cette hypothèse trouve des points d'ancrage solides dans les réalités de terrain exprimées par les professionnels interrogés, tout en révélant certains freins structurels et personnels qui en nuancent la pleine application. Souvent perçue comme un concept abstrait, l'intelligence émotionnelle est néanmoins reconnue par l'ensemble des cadres comme une compétence bénéfique au management. Les propos de Sara et Patricia

en témoignent : bien qu'elles aient du mal à la définir précisément, elles en perçoivent clairement les effets concrets dans leur posture quotidienne. Cela illustre une forme d'appropriation implicite, intuitive mais profondément ancrée dans les pratiques. Cette intelligence, fondée sur la capacité à écouter et à comprendre ses propres émotions et celles des autres, permet de prévenir les tensions, de désamorcer les conflits et de maintenir un climat de travail adéquat. Ces observations font écho aux apports d'Élodie MORGUE et Dorota LESZCZYNSKA, qui soulignent les effets bénéfiques d'un environnement émotionnellement stable dans la prévention du stress chronique. Delphine confirme cette idée en affirmant que la gestion de ses propres émotions conditionne son efficacité professionnelle, établissant un lien direct entre équilibre personnel et dynamique collective. Toutefois, les entretiens révèlent une focalisation plus marquée sur la gestion des émotions d'autrui que sur l'autorégulation personnelle. Comme si, dans leur fonction d'accompagnement, les cadres tendaient à privilégier l'attention aux besoins émotionnels des autres au détriment d'une introspection plus profonde. Ce déséquilibre peut limiter l'impact global d'une posture adoptant l'intelligence émotionnelle, qui repose sur une double compétence : intra- et interpersonnelle.

Dans ce contexte, l'adaptation managériale apparaît comme nécessaire, inévitable et mobilisée différemment selon les générations et les profils professionnels. Les cadres interrogées soulignent la nécessité d'ajuster leurs approches en fonction des attentes générationnelles, souvent plus participatives et sensibles à la reconnaissance, mais aussi selon la nature des métiers et des contextes de soin. Les jeunes professionnels de santé, attendent un management fondé sur l'écoute, l'authenticité et la collaboration, tandis que certains environnements, comme les services d'urgence ou les SMUR, nécessitent une posture plus directive, adaptée à la dynamique spécifique des équipes. Ce double mouvement d'ajustement, générationnel et contextuel, constitue une forme de souplesse managériale pour l'efficacité émotionnelle du cadre, qui module ses réponses en fonction des réalités humaines et organisationnelles. Cependant, cette adaptation managériale aux besoins émotionnels des équipes rencontre des limites concrètes. La solitude du poste, évoquée par Anne, « *Tu sais, en tant que cadre, on est assez seuls sur le terrain* », ou encore la vulnérabilité liée à la parentalité, exprimée par Gaëlle, montrent à quel point la fonction peut être émotionnellement éprouvante. Ces fragilités individuelles s'inscrivent dans un contexte institutionnel contraint, marqué par des tensions de valeurs, une forte pression temporelle et des injonctions paradoxales. Les travaux de FRANCESCHI, DUJARDIN et LEPINE éclairent ces situations en soulignant que l'alignement entre les

valeurs personnelles et les exigences de l'organisation constitue un facteur de résilience managériale. Dans ce contexte, le collectif cadre joue un rôle de soutien évoqué par plusieurs cadres. Anne décrit cet espace comme une ressource précieuse, à la fois pour exprimer ses émotions et pour trouver du réconfort ou des pistes de résolution. Ce besoin de reconnaissance mutuelle dans l'expérience vécue rappelle le « *sentiment de clan* » observé par Muriel DEROME, Céline D'HARCOURT et Pons LE MINTIER dans les équipes soignantes, où seuls les pairs semblent en mesure de réellement comprendre ce que les professionnels traversent.

Sur le plan de l'assertivité, les entretiens révèlent une conscience émergente de son importance, même si sa mise en œuvre reste inégale. Sara reconnaît qu'il s'agit d'une compétence rarement innée, mais accessible à travers l'expérience, ce qui rejoint les apports d'Éric SCHULDER. Le test adapté du modèle de Thomas Gordon, mené auprès des cadres, a d'ailleurs montré qu'ils disposent tous d'un socle de compétences assertives mobilisables dans leur pratique professionnelle. Cette capacité à affirmer ses besoins sans agressivité, à poser des limites claires tout en respectant l'autre, constitue un apport majeur pour la régulation des tensions et le maintien de la cohésion d'équipe. Néanmoins, à l'instar de l'intelligence émotionnelle, cette posture semble davantage acquise par l'expérience que développée dans un cadre de formation structuré. Cela souligne la nécessité de mieux intégrer ces dimensions dans les parcours de formation, qu'ils soient initiaux ou continus. De la même manière, la Communication Non Violente, dans la forme rigoureuse proposée par Marshall ROSENBERG, reste peu connue et rarement appliquée de manière pleinement consciente. Si certaines de ses composantes, comme l'écoute active, la reformulation ou l'attention portée aux émotions, apparaissent dans les pratiques décrites, leur usage demeure souvent intuitif et non formalisé. Lauréna confie, par exemple, qu'elle mobilise ces outils sans toujours en avoir conscience. Or, la CNV repose sur un processus structuré en quatre étapes (observation, sentiment, besoin, demande), dont la méconnaissance peut entraîner des effets inverses à ceux escomptés, en empêchant le passage d'un conflit à un dialogue constructif. Là encore, un accompagnement méthodologique et une formation ciblée permettraient de renforcer la cohérence, l'efficacité et la portée de ces outils relationnels.

De plus, certaines pratiques de régulation émotionnelle, comme les débriefings ou la reformulation, semblent se retrouver dans le management des cadres interrogées. Patricia, par exemple, souligne l'importance de cette compétence issue de son expérience infirmière : « *La reformulation, qu'on apprend en tant qu'infirmier, ça me sert*

énormément au quotidien, surtout dans les débriefings, les feedbacks. » Ces pratiques, bien que présentes, restent aussi souvent informelles, peu institutionnalisées et rarement adossées à une méthodologie précise. Or, comme le rappellent BOUD et MOLLOY, l'absence de cadre structurant dans l'usage du feedback peut générer des malentendus ou une perception de jugement, limitant son efficacité constructive.

Ainsi, l'hypothèse initiale se confirme en grande partie : un cadre de santé qui mobilise consciemment son intelligence émotionnelle, adopte une posture assertive et pratique la communication non violente favorise la cohésion d'équipe et l'adaptation aux besoins émotionnels de ses collaborateurs. Toutefois, cette mobilisation reste encore trop souvent intuitive, contextuelle et peu outillée. Cela fait émerger un enjeu de professionnalisation et de formation continue autour de ces compétences transversales, indispensables à un management humain, durable et efficient.

La seconde hypothèse, selon laquelle un management direct et émotionnellement distancié favoriserait l'efficacité des cadres de santé sans altérer la cohésion des équipes, mérite d'être analysée à partir des réalités du terrain hospitalier. Si ce type de management peut s'avérer pertinent en situation d'urgence, où rapidité et clarté sont primordiales, il semble mal adapté à des contextes hospitaliers marqués par une forte charge émotionnelle. Les recherches de JEANTET (2011), LORIOU et CAROLY (2009) montrent que la cohésion d'équipe repose largement sur la socialisation émotionnelle, où l'expression partagée des ressentis renforce les liens sociaux et la reconnaissance mutuelle. Ainsi, évacuer la dimension émotionnelle du travail soignant risque d'affaiblir les relations interpersonnelles et de nuire à la coopération indispensable au bon fonctionnement des équipes. Caroline ARNAL et Michèle GROSJEAN ainsi que les cadres interrogées soulignent, à ce titre, que la régulation émotionnelle collective, qu'elle passe par l'empathie ou le soutien mutuel, constitue une ressource pour affronter les situations éprouvantes du travail hospitalier. En outre, Antonio DAMASIO et Daniel GOLEMAN soulignent combien les émotions influencent de manière décisive les processus de prise de décision. Dans les environnements hospitaliers, où les décisions doivent souvent être prises rapidement et sous pression, une gestion défaillante des émotions peut entraîner des choix inefficaces, voire contre-productifs. La maîtrise de cette dimension apparaît donc non seulement comme un facteur de protection individuelle, mais aussi comme une compétence du leadership collectif.

Les témoignages recueillis illustrent également la difficulté d'articuler autorité, logique décisionnelle et gestion des émotions dans le quotidien des cadres de santé. S'ils reconnaissent l'utilité d'un style directif dans les situations critiques, ils insistent sur l'importance d'une posture managériale capable d'allier rigueur et attention aux dimensions humaines. La légitimité du cadre repose ainsi autant sur sa capacité à décider que sur son aptitude à apaiser les tensions émotionnelles, pour lui comme pour ses équipes. L'expression contrôlée de ses propres émotions est perçue non comme une faiblesse, mais comme un vecteur de proximité et de crédibilité. Comme en témoigne Anne, cadre de santé : « *Si toi-même tu ne vas pas bien, tu ne pourras pas gérer les émotions de ton équipe. Et tu perds en légitimité* ». Ou encore Lauréna : « *J'ai eu le sentiment d'être injustement prise à partie. Ce que j'appelle l'effet de meute... Même si je n'ai pas perdu ma légitimité, j'aurais pu perdre pied ce jour-là* ». Ces paroles illustrent combien la capacité du cadre à reconnaître et réguler ses émotions contribue à renforcer sa posture managériale et à instaurer un climat de confiance au sein de l'équipe.

Comme les cadres interrogés, je suis convaincu après cette enquête, que « *la légitimité* » du cadre de santé ne repose pas uniquement sur sa faculté à trancher ou à instaurer une distance affective, mais bien sur sa capacité à incarner un leadership à la fois exigeant et humain. Montrer ses émotions avec mesure ne le fragilise pas : cela humanise sa fonction, renforce le lien avec les équipes et légitime son autorité. Dans un secteur où la relation à l'autre est centrale, le cadre ne peut être un simple gestionnaire détaché. Il est attendu comme un repère, capable de transformer les tensions du soin en ressources collectives.

De plus, la dynamique générationnelle et les spécificités des services influencent aussi les attentes en matière de management. Les jeunes professionnels attendent souvent un encadrement empathique et participatif, tandis que d'autres contextes, comme les urgences ou les soins palliatifs, nécessitent une décision rapide et une posture plus directive. Cette variabilité confirme l'importance d'un management adaptatif, ajusté aux besoins des collectifs et aux réalités de chaque service.

En somme, l'efficacité managériale ne se résume ni à la seule rapidité de décision, ni à une opposition entre raison et émotion. L'enjeu est de faire de l'émotion une composante centrale du management, en conjuguant autorité et écoute, pour bâtir une dynamique collective fondée sur la confiance, la solidarité et l'efficacité.

En conclusion, cette recherche m'a amené vers l'importance de la gestion émotionnelle dans la cohésion et la performance des équipes de santé. Loin d'être un frein, la capacité à gérer les émotions constitue un véritable levier de performance et de résilience. En alliant autorité et écoute, rigueur et empathie, les cadres de santé créent un environnement propice à la collaboration, à la solidarité et à l'efficacité, autant d'éléments essentiels pour faire face aux défis du soin. Cependant, pour que ces compétences soient pleinement efficaces, elles doivent être intégrées dans des pratiques managériales structurées et soutenues par des formations continues. La régulation émotionnelle collective, bien que déjà présente de manière informelle, gagnerait à être institutionnalisée et systématisée. Cette structuration permettrait de renforcer l'efficacité du management émotionnel et de garantir la pérennité des équipes de santé, en instaurant un climat de confiance et de soutien mutuel, favorable à la performance collective.

En définitive, l'intelligence émotionnelle des cadres de santé apparaît comme un élément déterminant dans la construction de la cohésion d'équipe et l'optimisation de la performance, en particulier dans des contextes à forte charge émotionnelle. Elle fait partie intégrante des soft skills, ces compétences transversales aujourd'hui reconnues et approfondies en faveur d'un management humain, durable et adapté aux enjeux complexes du monde du soin. Ces compétences doivent être pleinement reconnues et professionnalisées, afin de permettre aux cadres de santé d'exploiter tout leur potentiel managérial et de favoriser une dynamique collective à la fois positive, résiliente et efficiente.

9 Conclusion

Ce travail de recherche a constitué une étape-clé dans ma formation et dans la construction de mon identité en tant que futur cadre de santé. Il a été bien plus qu'un exercice académique : un véritable moment d'introspection, de déconstruction de certains schémas de pensées, et de réappropriation d'une posture professionnelle plus ajustée à la complexité du terrain.

Au départ, ma démarche était teintée d'un certain préjugé : celui selon lequel un cadre, pour être crédible, devait « tenir » son rôle avec une forme de distance émotionnelle, presque froide. Montrer ses émotions m'apparaissait alors comme un signe de faiblesse aux yeux des équipes.

Pourtant, au fil de l'enquête, des lectures et des rencontres, cette vision a évolué. J'ai découvert que de nombreux cadres, loin de dissimuler leurs émotions, les intègrent pleinement dans leur manière de manager. Non pas en les exposant de manière brute ou désorganisée, mais en apprenant à les réguler, à en faire des outils d'ajustement, d'écoute et de positionnement. Cette prise de conscience m'a profondément marqué. Elle m'a permis d'accepter que moi aussi, je suis fait d'émotions, et que leur présence dans ma fonction n'est pas un frein, mais peut devenir un appui, à condition d'être reconnue.

Les concepts rencontrés au cours de cette recherche, l'intelligence émotionnelle, l'assertivité, la communication non violente, ont donné du sens à ce que je vivais parfois de manière diffuse ou intuitive dans ma pratique de faisant fonction. Ils m'ont apporté un vocabulaire, un cadre de référence, ainsi que des repères concrets pour mieux comprendre certaines situations vécues dans les équipes. Ces outils ne sont pas magiques, mais ils ont ouvert un espace d'expérimentation dans ma posture de cadre : apprendre à dire les choses avec clarté, à poser mes limites sans rigidité, à écouter sans absorber l'émotion de l'autre, à accueillir la mienne sans l'imposer.

Je me rends compte aujourd'hui que mon management avait tendance à être centré exclusivement sur les agents, parfois au point de m'oublier. J'étais très présent pour les autres, dans une logique de soutien permanent, sans toujours prendre le temps de m'écouter moi-même. En plaçant les émotions au cœur de la réflexion, ce mémoire m'a recentré et aidé à mieux définir mes besoins. Il m'a permis de penser la notion d'équipe comme un système auquel j'appartiens à part entière, et non comme un collectif que je dois porter seul.

La posture assertive, en particulier, a été une découverte marquante et a façonné mon parcours de formation. Elle m'a offert une alternative entre la rigidité et le laisser-faire. Je pense qu'elle m'aidera à construire un positionnement plus stable, plus cohérent, dans lequel je pourrai exprimer une autorité bienveillante, sans être dans le contrôle ni dans la « sur adaptation ». C'est un outil que je souhaite continuer à explorer et à ancrer dans ma pratique quotidienne.

Cette recherche m'a également permis d'enrichir ma compréhension du rôle de cadre grâce aux témoignages de professionnels expérimentés. J'ai été frappé par la richesse de leurs parcours, par leur capacité à faire face à des environnements complexes, souvent tendus, tout en gardant une forme d'humanité dans leur manière d'exercer. Ces échanges m'ont donné une image plus nuancée, plus réelle, de la fonction de cadre : une fonction exigeante, parfois solitaire, mais qui peut être profondément porteuse de sens si l'on s'autorise à la penser autrement que comme un simple rouage administratif.

Sur un plan plus pratique, cela m'a aussi apporté une méthode. La démarche de construction de problématique, de questionnement, de recueil de données, d'analyse, m'a permis de développer une rigueur qui me sera utile dans mes fonctions. Que ce soit pour la rédaction de procédures, la mise en œuvre d'une démarche qualité, ou la conduite de projets, je me sens aujourd'hui mieux outillé pour structurer une réflexion, planifier sans m'enfermer, poser un cadre sans perdre la souplesse nécessaire à l'adaptation. Cette "rigueur souple", sur laquelle j'ai pu m'appuyer durant la méthodologie de recherche, fait écho à la réalité du terrain : nous avons besoin d'outils structurants, mais aussi de marges de manœuvre pour faire face à l'imprévu.

Par ailleurs, ce travail m'a permis d'approfondir mon utilisation d'outils numériques liés à la recherche, ce qui constitue un atout dans un contexte où les environnements technologiques évoluent rapidement. Ce développement de compétences numériques élargit mon champ d'action, notamment dans la gestion de projet, le pilotage d'indicateurs, la rédaction de procédures, mais aussi dans la communication auprès de mes équipes.

En définitive, ce mémoire m'a permis de réconcilier deux dimensions que je croyais opposées : la rigueur du cadre et la sensibilité de la personne. Je n'ai pas à choisir entre être un cadre efficace et un être humain sensible. Mon rôle consiste à composer avec les deux, à apprendre à me connaître, à ajuster ma posture, à soutenir mes équipes tout en me respectant. Je ne serai pas un cadre parfait, mais je peux viser à être un cadre aligné, cohérent, capable de tenir son rôle sans s'oublier.

Enfin, au-delà de l'analyse, ce mémoire a fait émerger plusieurs pistes de réflexion et d'action que je souhaite explorer dans la suite de mon parcours professionnel : continuer à me former concrètement à l'assertivité, à la communication non violente, et pourquoi pas au co-développement, afin de créer, à terme, des espaces d'échanges entre cadres, mais aussi entre équipes. Ensuite, penser la question de la régulation émotionnelle comme un levier de prévention du burn-out, en particulier dans un contexte où le manque de cadres est criant et les départs nombreux. Ces dimensions doivent, selon moi, être davantage intégrées aux formations initiales et continues, mais aussi aux institutions, qui doivent permettre ces espaces de réflexion et de soutien. Il ne s'agit pas uniquement de prendre soin des équipes, mais aussi de ceux qui les encadrent. Trop souvent, le cadre est pensé comme un pilier inébranlable, garant de la continuité, mais sans lieu pour déposer ses doutes, ses émotions, sa fatigue. Cette absence de reconnaissance émotionnelle est, à mes yeux, un facteur de fragilisation de la fonction mais aussi des organisations. C'est pourquoi je crois profondément à l'intérêt de développer une culture managériale plus humaine, plus réflexive, plus consciente des tensions intérieures qui traversent la fonction. Non pour en faire un espace de débordement émotionnel permanent, mais pour mieux articuler émotion et décision, écoute et exigence, disponibilité et posture professionnelle.

Alors que les établissements de santé traversent de profondes mutations, comment faire de l'intelligence émotionnelle, si souvent laissée à l'intuition ou à l'expérience, une compétence pleinement reconnue, valorisée et accompagnée ? Peut-être en commençant simplement par en parler. Par reconnaître que manager, c'est aussi ressentir. Et qu'à condition de l'écouter, cette part émotionnelle peut devenir l'un des moteurs les plus puissants de notre action.

10 Bibliographie

Ouvrages

- **JEANTET, Aurélie**, « *Les Émotions au travail* », Édition Biblis, 2021, p.337
- **LE BOTERF, GUY** « *Compétence et navigation professionnelle* », Édition d'Organisation, 2000, p.332.
- **MINTZBERG Henry**. « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre ». Eyrolles, p.283, 2022.
- **MUCCHIELLI, Roger**, « *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective* », collection formation permanente, 2017, p.203.
- **NOYE, D., LAUZOL, C.** « *Intelligence Émotionnelle : Mieux Communiquer Grâce Aux Émotions : Renforcer Votre Leadership : Préserver Votre Équilibre Émotionnel* ». Eyrolles, 2022.
- **ROSENBERG, Marschall**, « *les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs)* », Edition La Découverte, Décembre 2019.
- **GOLEMAN, Daniel**, « *l'intelligence émotionnelle, l'intégrale* », édition j'ai lu, 2014, p.925

Rapports et études

- **C.BABET, M. DONNENFELD, J. KAMIONKA**, « *Démographie des infirmières et des aides-soignantes* », DRESS, N°18, Juin 2024
- **DUMAS, Marc, DOUGUET, Florence, FAHMI, Youssef**, « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 2016, n° 20, vol. 5, p.45-67. URL: <https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/revue-rimhe-2016-1-page-45?lang=fr>.
- **GLÉE, Catherine, MISPELBLOM BEYER, Frederik**, « *Manager sans perdre son âme* », Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2012/45 Vol. XVIII, p.251-273.
- **G. LUCAS, G. FOND et al.**, « *Work environment and mental health in nurse assistants, nurses and health executives: Results from the Amadeus study* », Journal of Nursing Management, Volume 30, issue 7, Mars 2022.

- **É. MORGUE et D. LESZCZYNSKA**, « *Impact de l'émotion sur la performance managériale : études de cas de management en France* », IPAG Business School, 2014
- **Agence du numérique en santé**, [en ligne], « *Observatoire des signalements d'incidents de sécurité des systèmes d'information pour les secteurs santé et médico-social* », Rapport de 2023
- **International Council of Nurses**, "The *Global Nursing Workforce and the COVID-19 pandemic*", Sustain and Retain in 2022 and Beyond, Janvier 2022.

Webographie : Articles et Revues

- **APTER, MELLIER et SAINT-CAST** " *Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre* " *Enfances & Psy*, 2010/4 n° 49, p.9-13.
URL: <https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-9?lang=fr>
- **ARNAL, Caroline** « *Professionnaliser ses émotions : une injonction qui divise* », la nouvelle revue du travail, 2015.
URL: <https://journals.openedition.org/nrt/2074>
- **BOBOT, Lionel**, « L'intelligence émotionnelle est-elle un atout en négociation commerciale ? », *Management et Avenir* 2010, n°31.
- **BORENSTEIN, Marion**, 2018. « Les soignants et leurs émotions au quotidien ». *Soins Pédiatrie/Puériculture* [en ligne]. Septembre 2018. Vol. 39, n° 304, pp. 10-12. [Consulté le 11 novembre 2024].
- **BOSC-MINÉ, Christelle**, « *Caractéristiques et fonctions des feedback dans les apprentissages* », *L'Année psychologique*, 2014/2 Vol. 114, p.315-353.
- **BOUD, D and Molloy, E**, « Rethinking models of feedback for learning: The challenge of design », *Assessment & Evaluation in Higher Education*, January 2012.
- **CAHOUR, Béatrice, VAN DE WEERDT, Corinne**. « *Émotions au travail* ». *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés- 2e éd*, 2019, Dunod, p.168-172.
- **CLAUDON, Philippe et WEBER, Margot**, 2009. « *L'émotion : Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction.* » [En ligne]. 23 mars 2009. Vol. 21, n° 1, pp. 61-99.

URL : <https://shs.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-61>

[Consulté le 22 octobre 2024].

- **DEROME, Muriel, D'HARCOURT, Céline et PONS LE MINTIER, Chantal**, « *L'impact des situations difficiles sur les soignants* ». *Soins Pédiatrie/Puériculture* [en ligne]. Septembre 2018. Vol. 39, n° 304, pp. 21-25. [Consulté le 11 novembre 2024].
- **Dina VAN DIJK et Avraham N. KLUGER**, “*Task type as a moderator of positive/negative feedback effects on motivation and performance: A regulatory focus perspective*”, *Journal of Organizational Behavior*, Novembre 2011.
- **DUBOIS, Fanny, et Guy LEBEER**. « *Aide-soignante en gériatrie : ou quand le dégoût devient incontournable* ». *Le social à l'épreuve du dégoût*, édité par Dominique Memmi et al., Presses universitaires de Rennes, 2016,
- **FRANCESCHI, Hervé**, « Les émotions dans le management : un levier puissant pour les professionnels de santé », *Soins cadres*, Volume 33, Issue 150, 2024, Pages 8-11.
- **GROSJEAN, Michèle** « *La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier* » *Revue internationale de psychosociologie*, 2001, Vol. VII, p.339-355.
URL : <https://shs.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-2001-16-page-339?lang=fr>.
- **H. TRUC, M. ALDERSON, M. THOMPSON**, [en ligne], « *Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept* », *Recherche en Soins Infirmier*, N°97, Juin 2009, p. 34-49,
URL : <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-34?lang=fr> [consulté le 24 septembre 2024].
- **JACQUET, Stéphane**, « Le management émotionnel : Vers une prise en compte de l'intelligence émotionnelle en entreprise ? » sur le CREG, publié en 2017
URL : <https://creg.ac-versailles.fr/le-management-emotionnel>
[Consulté le 12 janvier 2025].
- **J.F CHANLAT**, [en ligne], « Émotions, organisation et management : une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle », *TRAVAILLER*, N°9, 2003, p.113-132.

URL : <https://shs.cairn.info/revue-travailler-2003-1-page-113?lang=fr> [Consulté le 24 septembre 2024].

- **LAROUSSE**, Définitions : émotion - Dictionnaire de français Larousse.
URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>
[Consulté le 10 novembre 2024].
- **MAISONNEUVE, Jean** « *La dynamique des groupes : Courants de recherche et notions de base* », Presses Universitaires de France. Que sais-je ?, 2014, p.9-23. URL : <https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/la-dynamique-des-groupes--9782130632238-page-9?lang=fr>.
- **MOTTE, LARABI et BOUTET**, « Outil 21. L'assertivité », La boîte à outils du Chief Happiness Officer, Paris, Dunod p.70-73.
URL : <https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/la-boite-a-outils-du-chief-happiness-officer--9782100783243-page-70?lang=fr>.
- **NAUDIN, David**, 2024, « *Le cadre de santé au cœur de la gestion de crise.* » [En ligne]. URL : <https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-301/le-cadre-de-sante-au-coeur-de-la-gestion-de-crise-LQ15286677C.html> [Consulté le 22 octobre 2024].
- **P. P DUJARDIN, V. LÉPINE**, [en ligne], « *Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ?* », Santé publique, Vol.30, 2018, p.507-516,
URL: <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-507?lang=fr>
[Consulté le 24 septembre 2024]
- **TERRANEO, Fabienne et AVVANZINO, Nadia**, « *Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives.* » Recherche en soins infirmiers, 2006, Vol. 87, n° 4, pp. 16-24. [Consulté le 8 décembre 2024].
- **SOARES, Angelo**, 2003, « Les émotions dans le travail. *Travailler* » [en ligne]. 2003. Vol. 9, n° 1, pp. 9-18. <https://shs.cairn.info/revue-travailler-2003-1-page-9>
[Consulté le 22 octobre 2024].
- **VAN HOOREBEKE, Delphine**, « *L'émotion et la prise de décision* », Revue française de gestion – N° 182, 2008

11 Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : « Diagnostiquer mon assertivité »

Annexe III : Entretien de Patricia cadre en soins palliative et auto-diagnostic d'assertivité

Annexe IV : Entretien de Gaëlle cadre en réanimation et auto-diagnostic d'assertivité

Annexe V : Tableau récapitulatif des verbatims

Annexe 1 : Guide d'entretien

Consignes préalables :

Je suis Christopher BAZIRET, étudiant cadre de santé à l'IFCS de l'École Supérieure Montsouris.

Dans le cadre de ma formation et de mon mémoire de fin d'études, je mène une recherche sur l'impact des émotions dans le management des cadres de santé. Plus précisément, mon étude s'intéresse à la manière dont les cadres mobilisent leurs compétences émotionnelles pour créer et maintenir la cohésion d'équipe et gérer des situations à forte charge émotionnelle.

Pour enrichir cette réflexion, je vous propose un entretien semi-directif, strictement anonyme, composé d'une dizaine de questions et d'une durée estimée entre 45 minutes et une heure. Cet échange me permettra de recueillir votre expérience et votre regard sur ces thématiques.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour faciliter l'analyse, puis retranscrit par écrit. L'enregistrement sera supprimé une fois l'analyse terminée.

Afin d'apporter des pistes de réflexion et d'analyse à ma question de recherche posée, les entretiens réalisés auprès des cadres de santé porteront sur trois thématiques principales : la posture managériale et la cohésion d'équipe, l'intelligence émotionnelle, ainsi que les stratégies de soutien et d'accompagnement des équipes. Cette approche permettra d'explorer le rôle de l'intelligence émotionnelle dans le management en milieu hospitalier.

Q1 : Comment décririez-vous votre style de management au sein de votre équipe ?

- *Avez-vous modifié votre approche managériale au fil de votre expérience ? Si oui, qu'est-ce qui vous a conduit à ces changements ?*

Q2 : Dans les situations nécessitant des décisions rapides, comment adaptez-vous votre posture managériale ?

- *Avez-vous des exemples concrets où un style plus direct a été bénéfique ?*
- *Quels facteurs vous semblent les plus déterminants pour améliorer votre efficacité et votre réactivité dans votre rôle de cadre de santé ?*

Q3 : Selon vous, quelles pourraient être les limites ou les risques d'un style de management plus directif dans votre quotidien ?

- *Avez-vous déjà été confronté à certaines de ces situations ?*

- *Pensez-vous qu'un management plus direct nécessite de mettre de côté les émotions ?*
- *Cela influence-t-il votre relation avec votre équipe ?*

Q4 : Comment travaillez-vous à créer et maintenir une cohésion au sein de votre équipe ?

- *Quels sont, selon vous, vos principaux leviers et freins impactant la cohésion au sein de votre équipe ?*

Q5 : Quelle place accordez-vous aux émotions dans votre style de management ? Selon vous, quel impact peuvent-elles avoir sur la dynamique d'équipe et la prise de décision ?

- *Comment percevez-vous l'influence des émotions sur la cohésion et la performance de votre équipe ?*
- *Avez-vous remarqué des différences dans la gestion émotionnelle selon les profils des soignants (expérience, personnalité, etc.) ?*

Q6 : Comment gérez-vous vos propres émotions face aux situations à forte charge émotionnelle ?

- *Avez-vous développé des stratégies personnelles pour éviter que vos émotions n'impactent votre posture de cadre ?*
- *Selon vous, un cadre de santé doit-il montrer ou masquer ses émotions devant son équipe ? Pourquoi ?*
- *Avez-vous des ressources pour gérer vos propres émotions ?*

Q7 : Pensez-vous qu'un management basé sur l'intelligence émotionnelle est un atout pour la création d'une cohésion d'équipe ?

- *Si oui dans quelles mesures ?*
- *En quoi l'intelligence émotionnelle peut-elle aider à prévenir les conflits ou à améliorer la communication au sein d'une équipe ?*
- *Avez-vous constaté des situations où un manque d'intelligence émotionnelle a pu nuire à la dynamique d'équipe ?*
- *Pensez-vous que l'intelligence émotionnelle devrait être davantage intégrée dans la formation des cadres de santé ?*

Q8 : Comment définiriez-vous l'assertivité et quel rôle pensez-vous qu'elle joue dans les relations professionnelles ? Quelle place accordez-vous à l'assertivité dans votre management avec votre équipe ?

- *Dans quelle situation pensez-vous l'avoir utilisée ?*

- *Pensez-vous que l'assertivité facilite la cohésion et la motivation de votre équipe ? Pourquoi ?*
- *Avez-vous déjà été confronté à des situations où il était difficile d'être assertif ? Comment les avez-vous gérées ?*

Q9 : Comment appliquez-vous la communication non violente dans votre management ?

- *Selon vous, en quoi cette approche influence-t-elle la dynamique et la gestion des conflits dans votre équipe ?*
- *Avez-vous mis en place des actions ou formations pour améliorer la communication au sein de votre service ?*

Q10 : Entre un management fondé sur l'intelligence émotionnelle et un management plus direct et décisionnel, lequel vous semble le plus adapté à l'environnement hospitalier ? Pourquoi ?

- *Dans quelles situations privilégiez-vous une approche plutôt qu'une autre ?*
- *Avez-vous déjà constaté que l'un de ces styles managériaux avait des limites dans certaines situations ?*

Q11 : Quelles actions ou dispositifs institutionnels mettez-vous en place pour soutenir vos équipes face aux risques psycho-sociaux ?

- *Pensez-vous que ces dispositifs sont suffisants ? Que faudrait-il améliorer ?*
- *Comment repérez-vous les signes de détresse émotionnelle chez vos collaborateurs ?*

Annexe 2 : Diagnostiquer mon assertivité

Exercice

Dans le cadre de votre activité professionnelle, choisissez la manière d'aborder les situations interpersonnelles suivantes.

Face à chacune des phrases proposées, mettez une croix dans l'une des colonnes :

☐ **Très souvent**

Si elle correspond à un comportement habituel de votre part.

☐ **Quelquefois**

Si elle correspond à un comportement occasionnel.

☐ **Rarement**

Si elle correspond à un comportement très occasionnel et dans certaines situations précises.

☐ **Jamais**

Si elle ne correspond pas à votre comportement ou vraiment très exceptionnellement.

	++	+	-	--
	oui			non
	Très souvent 3	Quelque fois 2	Rarement 1	Jamais 0
1. Il m'arrive d'accepter ce qu'on me demande alors que j'ai envie de refuser.				
2. J'aime bien commander les autres.				
3. J'utilise, pour des demandes difficiles, la suggestion. Cela m'évite de le faire directement et d'avoir un refus.				
4. Quand je veux quelque chose, je le demande.				
5. Quand quelqu'un ou quelque chose me déplaît, je le lui dis.				
6. Si je n'ai pas d'opinion, j'abonde, en général, dans le sens de celui qui me parle.				
7. J'aime bien agir par personne interposée.				
8. Je donne mon opinion quelle que soit l'opinion des gens que j'ai en face.				
9. Je laisse parler les autres avant de m'engager.				
10. Face à une tâche nouvelle, j'ai peur de mal faire.				
11. J'ai l'esprit de contradiction.				
12. Je fais confiance aux gens, a priori.				
13. J'accepte mal de céder, même sur un détail, quand quelqu'un a tort.				
14. J'aime bien être dans le secret des dieux. Ça peut toujours rendre service.				
15. Je suis timide et souvent bloqué quand je dois faire une demande difficile.				
16. Je suis à l'aise et détendu quel que soit mon interlocuteur.				
17. Je m'énerve facilement.				

	++	+	-	--
	oui			non
	Très souvent 3	Quelque -fois 2	Rarement 1	Jamais 0
18. Je suis malin et habile pour manœuvrer les gens.				
19. Je fuis les difficultés.				
20. J'accepte facilement les autres tels qu'ils sont.				
21. J'aime jouer «cartes sur tables».				
22. Quand quelque chose m'agace, j'explose.				
23. Je suis flatteur. Je sais que c'est un bon moyen d'obtenir ce que l'on veut.				
24. Je préfère «m'écraser» que d'entrer en conflit avec quelqu'un.				
25. Refuser me gêne.				
26. Je m'accepte tel que je suis, sans dissimuler mes sentiments.				
27. Je manie facilement l'ironie.				
28. Je sais bien faire intervenir les autres quand je n'ai pas envie de me mettre en avant.				
29. Il m'arrive de m'accrocher durement avec mes proches.				
30. Je prends ma revanche quand je me suis fait avoir.				
31. Je suis un débrouillard.				
32. Je sais bien tirer parti du système quand je le connais.				
33. Je suis effacé.				
34. Je préfère me taire si je sens que les autres ne sont pas d'accord avec moi.				
35. J'ose dire mes désaccords avec les autres tranquillement, sans passion.				

	++ oui	+ Quelque -fois 2	- Rarement 1	-- non Jamais 0
	Très souvent 3			
36. J'agis face aux gens sans aucun complexe.				
37. Je parle en public sans aucune gêne.				
38. Je pense que pour réussir, il faut s'imposer aux autres, sans faiblesse.				
39. Je suis gêné d'exprimer mon opinion face à des gens que je ne connais pas.				
40. Je tire les ficelles car c'est un bon moyen d'arriver à mes fins.				
41. Je joue la transparence et la franchise.				
42. Je sais écouter et je ne coupe pas la parole.				
43. Jouer au chat et à la souris avec les autres m'amuse.				
44. Je dis aux gens ce que je pense d'eux, même si c'est désagréable.				
45. Je suis serviable et il m'arrive de me faire exploiter.				
46. Je sais bien faire adhérer les gens et les amener à mes idées.				
47. J'ai du mal à maîtriser mon temps de parole.				
48. Je m'excuse facilement.				
49. Je mène jusqu'au bout ce que j'ai décidé de faire.				
50. J'ai la dent dure et je rends coup pour coup.				
51. J'aime mieux observer que participer.				
52. Je manipule les gens si cela me permet d'obtenir ce que je veux.				
53. Je suis direct et sans détours.				

	++	+	-	--
	oui			non
	Très souvent 3	Quelque -fois 2	Rarement 1	Jamais 0
54. Je choque les gens par mes propos.				
55. Blesser les gens me gêne beaucoup.				
56. J'aime bien marchander.				
57. Je suis l'homme des compromis réalistes.				
58. Je suis gentil et peu agressif.				
59. Je suis «rentre-dedans».				
60. J'estime que la fin justifie les moyens.				

Annexe III : Entretien de Patricia cadre en soins palliatifs

1 **Moi :**

2 Pour commencer, pourriez-vous vous présenter, nous parler de votre parcours et du style
3 de management que vous adoptez au quotidien avec vos équipes ?

4 **Patricia :**

5 Alors, je suis infirmière depuis 1998. J'ai exercé dans de nombreux secteurs : les
6 urgences, l'oncologie, la psychiatrie... J'ai aussi travaillé en tant que faisant fonction
7 cadre de nuit avant d'intégrer l'IFCS. J'ai pris un poste en réanimation, quelques mois
8 avant d'intégrer les urgences, où je suis restée huit ans. Et aujourd'hui, cela fait quatre
9 ans que je suis en soins palliatifs, dans l'unité territoriale des soins palliatifs (UTSP). J'ai
10 eu du mal à quitter les urgences : il y avait énormément de projets, c'est un service où on
11 ne fait jamais vraiment le tour, tellement c'est varié.

12 Mon style de management, je l'adapte. En réa, par exemple, l'équipe allait mal, il y avait
13 beaucoup de problèmes RH. J'ai dû adopter un management presque "maternel". Aux
14 urgences, à l'époque, on avait beaucoup de jeunes diplômés. L'activité était très
15 déstructurante, donc j'étais plutôt dans un management directif au quotidien, mais
16 participatif pour les projets. Même avec l'équipe médicale, c'était ce qui était attendu. À
17 l'UTSP, c'est différent : l'équipe est expérimentée, autonome. Elle rend compte, bien sûr,
18 mais elle fonctionne de manière autonome. Là, je suis beaucoup plus dans le participatif.
19 Donc je dirais que mon style de management s'adapte aux compétences de mes équipes
20 et aux situations. Personnellement, j'ai une approche assez naturelle qui tend vers la
21 concertation, les explications. Je ne suis pas dans l'autoritarisme. Mais il y a aussi des
22 choses qui ne sont pas négociables. Dans ces cas-là, on y va, on discute après si besoin,
23 pour voir si c'était adapté ou non.

24 **Moi :**

25 Selon vous, quelles pourraient être les limites ou les risques d'un style de management
26 plus directif dans votre quotidien ?

27 **Patricia :**

28 Du moment que c'est expliqué, que c'est compris, je ne vois pas vraiment de limites.
29 Quand je dis que ce n'est pas négociable, c'est parce qu'il y a une raison, ce n'est pas
30 pour "commander". Le management directif, chez moi, il est toujours validé par tous.
31 C'est par nécessité de service que je me montre plus directive. Ce n'est pas pour moi que
32 je le fais, c'est pour préserver l'équipe, leur santé parfois. Il m'est même arrivé de me
33 positionner contre l'équipe médicale pour ça. Alors, les limites... Je n'en vois pas
34 vraiment, mais c'est aussi lié à mes valeurs professionnelles. Après, d'un point de vue
35 éthique, il faut savoir jusqu'où on va, quels combats on choisit. Certains valent la peine,
36 d'autres moins.

37 **Moi :**

38 Comment travaillez-vous à créer et maintenir la cohésion au sein de votre équipe ?

39 **Patricia :**

40 Quand j'étais aux urgences, le management directif a contribué à souder l'équipe. Ça a
41 créé une dynamique sécurisante. Être directive dans les situations critiques, quand le
42 service déborde, c'est nécessaire. Il faut que quelqu'un prenne la responsabilité, même si
43 ça implique de se faire engueuler par les médecins. Mais au final, ça permet aux autres
44 de prendre les bonnes décisions pour les patients. La dynamique d'équipe, c'est aussi être
45 à l'écoute, savoir prendre des décisions, se positionner. Ça commence par les échanges,
46 souvent informels, dans les couloirs. On doit être capables de repérer quand quelque chose
47 ne va pas, comme on le ferait pour un patient. Je me sers de ce sens clinique dans mon
48 management. Quand un problème est repéré, soit on le traite en individuel, soit on le met
49 sur la table en groupe, par exemple pendant les transmissions. Et pour les projets ou les
50 soucis d'organisation, on travaille en groupe, avec des staffs pluridisciplinaires, des temps
51 d'échange. Ça permet de renforcer la cohésion. Je pense que le cadre doit vraiment se
52 saisir de ce qui pose problème, ne pas être focalisé uniquement sur ses propres objectifs.
53 Il faut savoir dire : "Stop, là on a un souci de compétence ou de prise en charge, on le
54 traite en priorité." Et quand l'équipe se sent entendue, ça change tout.

55 **Moi :**

56 Vous disiez que les temps d'échange vous permettent de repérer quand quelqu'un ne va
57 pas bien. Quelle place accordez-vous aux émotions dans votre management ? Et quel
58 impact peuvent-elles avoir sur la dynamique d'équipe et la prise de décision ?

59 **Patricia :**

60 C'est surtout de l'empathie, en fait. Repérer les émotions des autres, c'est essentiel, mais
61 ce n'est pas toujours évident. On ne peut pas toujours être présent en salle de pause, par
62 exemple. Après une formation en management, on avait mis en place une sorte de jeu :
63 chacun exprimait son humeur du jour. "Je suis en colère", "je suis de bonne humeur"...
64 C'était ludique, mais ça permettait de prendre la température de l'équipe. On finit aussi
65 par connaître les gens. Si on en voit un pleurer dans un coin, on ne peut pas l'ignorer. Il
66 faut se rendre disponible, ce qui n'est pas toujours facile. Mais dans ces moments-là, il
67 ne faut pas les rater. S'il y a un clash, un conflit, je différerai tout le reste pour gérer ça
68 d'abord. En fait, l'expression des émotions varie selon les services. Par exemple, au
69 SMUR, certains soignants ont un côté un peu macho, ils ne montrent rien, même après
70 des interventions dures. Et puis un jour, au bout de trois ans, l'un d'eux me dit : "C'est
71 dur. J'aimerais bien souffler un peu, parfois." C'est pour ça que les débriefings sont
72 importants. Aux urgences, on avait systématisé le retour sur les patients du déchoc, avec
73 un urgentiste. On revoyait toute la prise en charge. C'était utile, même émotionnellement.

74 À l'UTSP, c'est pareil : on débriefe systématiquement après une sédation profonde et
75 continue entraînant le décès. C'est très particulier, parfois vécu comme une forme
76 d'euthanasie. Émotionnellement, c'est lourd. On fait souvent un petit tour de table avec
77 les psychologues, chacun dit un mot : "combatif", "dur", "épuisant"... Ça ne figure pas
78 dans le dossier patient, mais on ne passe pas ça sous silence. Aux urgences, c'est plus axé
79 sur les retours médicaux, les analyses de pratiques, les RMM. Ils sont plus dans
80 l'amélioration technique que dans l'expression émotionnelle. Tout le monde n'exprime
81 pas les choses de la même manière, ça dépend des profils, des métiers.

82 Et puis, il y a aussi la gestion des émotions du cadre...

83 **Moi :**

84 Justement, comment gérez-vous vos propres émotions dans des situations à forte charge
85 émotionnelle ?

86 Patricia :

87 Ce n'est pas facile pour moi d'être toujours égale. Je fais un gros travail sur moi. Il y a
88 des gens pour qui c'est naturel, moi non. J'essaie de faire en sorte qu'il y ait le moins de
89 différences possible dans ma manière d'être avec chacun. Forcément, il y a des gens dans
90 une équipe qui nous agacent, pour des raisons personnelles. Mais il faut rester objective.
91 Ne pas blaguer avec celle qu'on aime bien, et ignorer celle qui nous énerve. Ce n'est pas
92 simple, surtout quand on reste des années dans le même service. Et puis, tous les profils
93 ne se managent pas de la même manière : un ambulancier du SMUR, ce n'est pas pareil
94 qu'une infirmière en soins palliatifs. Parfois, il faut aller au front, sinon, ça ne passe pas.

95 Récemment, j'ai dû recadrer un infirmier ici. J'ai fixé des objectifs : travailler en binôme
96 avec l'aide-soignante, améliorer ses connaissances et sa communication en soins
97 palliatifs. Mais comme il ne comprenait pas bien, je lui ai dit en off : "Arrête de prendre
98 l'aide-soignante pour une merde, et arrête de te prendre pour un docteur. Tu comprends
99 mieux, là ?" Il m'a dit oui. Alors je lui ai dit : "Je l'ai formulé autrement dans les objectifs,
100 mais je devais être claire." Et il a réajusté, effectivement.

101 Moi :

102 Selon vous, un cadre de santé doit-il montrer ou masquer ses émotions devant son équipe?
103 Pourquoi ?

104 Patricia :

105 Oui, ça m'est arrivé de me laisser emporter, surtout en début de prise de poste. Et parfois,
106 j'avais l'impression que certains attendaient que je m'énerve, notamment aux urgences.
107 C'était presque jouissif pour eux, de me voir perdre mon calme. Mais non, j'arrive à le
108 maîtriser. Et si ça monte trop, je préfère différer, dire : "On en reparlera plus tard." Il faut
109 savoir lever la pression. En début de poste, on est pressurisé. Quand on ne gère pas ses
110 émotions, c'est souvent à cause de la fatigue, du stress. J'ai appris à aménager du temps
111 à la maison, à ne pas ramener le travail. Je fais du yoga, par exemple. Et puis, avec
112 l'expérience, on apprend. On maîtrise mieux le terrain, on se connaît davantage.

113 Moi :

114 Pensez-vous qu'un management basé sur l'intelligence émotionnelle est un atout pour la
115 création d'une cohésion d'équipe ?

116 Patricia :

117 Alors, l'intelligence émotionnelle... Moi, je l'appellerais plutôt de l'empathie. Parce que,
118 franchement, je ne sais pas trop ce qu'on met exactement sous ce concept. Il y a plein
119 d'éléments dans l'intelligence émotionnelle, mais oui, l'empathie en fait partie. Il faut
120 aussi ressentir, capter les choses... Ce n'est pas vraiment de l'instinct, mais un peu quand
121 même. En fait, c'est comme une aide-soignante expérimentée qui vous dit : "Ce patient,
122 je ne le sens pas". Elle ne pose pas forcément de mots, mais elle a déjà vu plein de
123 situations, elle repère des signes, des petits trucs. Et bien c'est pareil avec les agents.
124 Quand ils ne vont pas bien, on le sent. Il faut être capable de le repérer. Les équipes, ce
125 sont des individus, mais aussi un collectif. Et ce collectif, il a besoin d'être entendu et
126 reconnu.

127 Quand j'arrive dans un service, je commence toujours par un questionnaire en trois
128 volets : La satisfaction vis-à-vis des plannings et des grilles de roulement, l'organisation
129 du travail, la conciliation vie pro / vie perso.

130 Pour reconnaître les gens, il faut comprendre leurs besoins, sentir comment ils vont. Je
131 ne sais pas si c'est une compétence qu'on peut développer... mais en tout cas, si on ne l'a
132 pas naturellement, il faut essayer de la cultiver. Je pense que c'est essentiel pour être
133 légitime en tant que cadre, pour réussir à manager et être reconnu. Se préoccuper des gens
134 qu'on manage, pour moi, c'est le cœur du métier.

135 Moi :

136 Comment définiriez-vous l'assertivité ? Quel rôle pensez-vous qu'elle joue dans les
137 relations professionnelles ? Quelle place lui accordez-vous dans votre management ?

138 Patricia :

139 Alors ça, je l'avais bossé à l'IFCS, ça remonte... Mais bon, ça fait 12 ans maintenant.
140 L'assertivité, c'est être capable de dire les choses, de s'affirmer, tout en respectant l'autre.

141 C'est affirmer sa position sans dévaloriser. Moi, vous avez dû le remarquer, je n'ai aucun
142 problème à dire les choses. Par contre, parfois, je les disais un peu trop... violemment.

143 Moi :

144 Pouvez-vous me donner un exemple concret où vous avez utilisé l'assertivité ?

145 Patricia :

146 Oui, par exemple avec le médecin réanimateur qui est là en ce moment. Le mois dernier,
147 il a fait transfuser un patient qui était à cinq jours du décès. On avait pourtant acté une
148 sédation avec un autre médecin quelques jours avant. Et là, en pleine transmission, j'ai
149 dit : « Moi, cette transfusion... je suis désolée, je ne suis pas médecin, mais ça me choque.
150 Ce n'est pas ce qu'on avait prévu. » Bon... elle l'a mal pris. Elle a trouvé que c'était
151 humiliant, surtout devant tout le monde. Mais je m'étais dit : si je lui dis en aparté, ça ne
152 servira à rien. Elle m'a demandé à me voir ensuite dans son bureau. Elle était très en
153 colère, mais on a pu rediscuter. Et j'ai vraiment apprécié ce moment-là, parce qu'on était
154 en froid, mais on a pu revenir sur ce qu'on fait en soins palliatifs, pourquoi elle avait agi
155 ainsi, pourquoi elle n'avait pas été informée... Et au final, elle regrettait. Donc voilà,
156 parfois, ça permet de faire avancer les choses.

157 Moi :

158 Comment appliquez-vous la communication non violente dans votre management ?

159 Patricia :

160 Honnêtement, je ne suis pas formée à la communication non violente, et je n'en ai pas
161 toujours conscience dans ma pratique. Ce n'est pas simple. Il faut savoir gérer plusieurs
162 interlocuteurs, prendre sur soi... et ça, je ne le maîtrise pas toujours. Par contre, en gestion
163 de conflit, je peux réunir deux personnes dans mon bureau et les faire parler, à tour de
164 rôle. Je leur dis : « Tu t'adresses à moi, pas à l'autre. » C'est une technique que j'ai
165 apprise, et qui fonctionne. Mais pour être honnête, je ne maîtrise pas toute la méthode
166 telle qu'on la lit dans les livres. Je pense que ce serait bien d'avoir une base là-dessus en
167 formation cadre. Avec les nouvelles générations qui arrivent, ça aiderait vraiment à mieux
168 les comprendre et les accompagner. Ce qui se développe un peu, en revanche, c'est le co-

169 développement. Ça aide beaucoup, notamment entre cadres, à parler de situations
170 difficiles, à échanger, à trouver des solutions ensemble. Et la reformulation, qu'on
171 apprend en tant qu'infirmier, ça, ça me sert énormément au quotidien, surtout dans les
172 débriefings, les feedbacks.

173 **Moi :**

174 Entre un management fondé sur l'intelligence émotionnelle et un management plus direct
175 et décisionnel, lequel vous semble le plus adapté à l'environnement hospitalier ?
176 Pourquoi ?

177 **Patricia :**

178 C'est une question un peu piègeuse ! On a l'impression qu'il faut choisir entre deux
179 modèles, alors qu'en vrai, il y en a cinq ou six. Tout dépend du contexte, de l'équipe, des
180 objectifs. Le bon cadre, c'est celui qui sait s'adapter. C'est à nous d'ajuster notre posture,
181 en fonction des profils, des besoins, des urgences. Il faut être souple, malléable,
182 stratégique aussi, pour atteindre nos objectifs.

183 **Moi :**

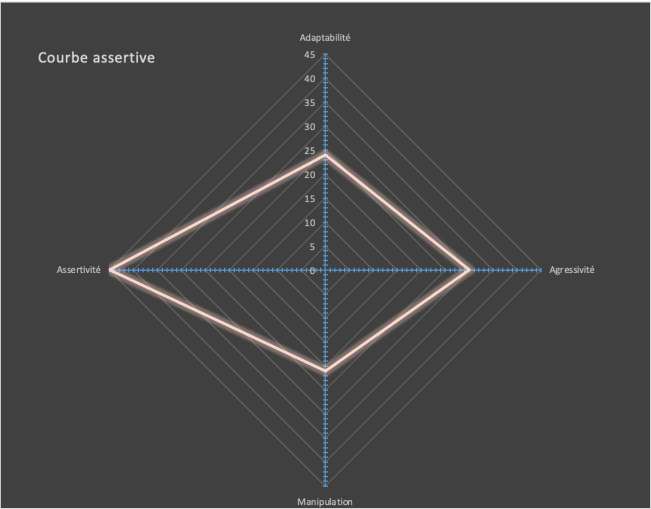
184 Quelles actions ou dispositifs institutionnels mettez-vous en place pour soutenir vos
185 équipes face aux risques psychosociaux ?

186 **Patricia :**

187 Alors là-dessus, il y a un gros chantier en cours au niveau de la DRH. Actuellement, ils
188 travaillent sur un document unique qui recense les risques professionnels et
189 psychosociaux. Bon... il n'est pas toujours à jour, mais au moins, il existe. Il y a aussi
190 plusieurs groupes de travail : sur les RPS, le management, la qualité de vie au travail.
191 Moi, je faisais partie du groupe "Fidélisation, Attractivité et Management". Mais
192 franchement, vu comment on est maltraités cette année... pourtant j'en ai vu depuis 12
193 ans... eh bien j'ai fini par lâcher. J'ai trouvé ça un peu hypocrite. Il y a des valeurs qu'on
194 essaie de défendre, mais parfois on n'a plus de marge de manœuvre, plus de vie. Donc
195 maintenant, je cherche à me protéger. Je débauche à l'heure, j'essaie d'instaurer un peu
196 de confort.

Résultat de l'auto-diagnostic d'assertivité de Patricia

Passivité		Compétition		Influence		Présence	
N°	Adaptabilité	N°	Agressivité	N°	Manipulation	N°	Assertivité
1	3	2	2	3	1	4	3
6	1	5	3	7	0	8	3
10	2	11	3	9	3	12	3
15	0	13	2	14	1	16	3
19	1	17	2	18	2	20	3
24	0	22	1	23	0	21	3
25	1	27	3	28	2	26	3
33	1	29	0	31	3	35	3
34	2	30	1	32	3	36	3
39	1	38	2	40	0	37	3
45	2	44	3	43	0	41	3
48	3	47	2	46	2	42	3
51	2	50	0	52	2	49	3
55	3	54	3	56	1	53	3
58	2	59	3	60	1	57	3
Totaux	24		30		21		45



Annexe IV : Entretien de Gaëlle cadre en réanimation adulte

1 **Moi :**

2 Pour commencer, pourriez-vous vous présenter, me décrire votre parcours, ainsi que le
3 style de management que vous utilisez ?

4 **Gaëlle :**

5 Je suis Gaëlle, cadre en service de réanimation. Initialement, je suis infirmière diplômée
6 depuis 2001. Mon premier poste a été en réanimation, puis j'ai travaillé en hématologie
7 pendant trois ans. Ensuite, je suis retournée en réanimation, aux urgences et en USC. J'ai
8 ensuite été infirmière hygiéniste pendant six ans. Puis, j'ai entamé un projet pour devenir
9 cadre, en commençant par un poste de faisant fonction dans un service de chirurgie pendant
10 deux ans. Et là, cela fait quatre ans que je suis en poste en réanimation. Mon style de
11 management est assez participatif. Cela dépend des situations, surtout lorsqu'on travaille
12 sur l'amélioration des pratiques. On fonctionne beaucoup avec le management qualité :
13 création de groupes de travail, réunions, formalisation de procédure pluridisciplinaire. Sur
14 le plan des ressources humaines, on est à l'écoute des desideratas des professionnels. On
15 construit les plannings en intégrant leurs demandes, et ils peuvent ensuite échanger leurs
16 jours si nécessaire.

17 **Moi :**

18 Et avez-vous modifié votre approche managériale au fil de votre expérience ? Si oui,
19 qu'est-ce qui vous a conduit à ces changements ?

20 **Gaëlle :**

21 Mon expérience en tant que faisant fonction a été vraiment essentielle. Elle m'a permis de
22 donner du sens à la formation de cadre, aux différentes théories abordées, mais aussi
23 d'avoir une vision plus pragmatique du terrain. Concernant mon style de management, je
24 dirais que j'ai toujours fonctionné de la même manière, même s'il y a forcément des
25 ajustements et des subtilités avec le temps. Quand je suis arrivée ici, je ne connaissais

26 personne. Je pense que c'était une bonne chose : cela permettait d'avoir un regard neuf sur
27 une grosse équipe. Et puis, j'avais déjà vingt ans d'expérience en réa, donc je n'étais pas
28 attendue sur les soins, mais plutôt sur l'organisation. Cela m'a permis de me concentrer là-
29 dessus.

30 **Moi :**

31 Dans les situations nécessitant des décisions rapides, comment adaptez-vous votre posture
32 managériale ?

33 **Gaëlle :**

34 Je me demande ce qui, concrètement, exige une prise de décision rapide... Parce que
35 comme je te disais tout à l'heure : pour moi, il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens
36 pressés. Il faut savoir attendre, réfléchir, poser les choses. Il n'y a pas de nécessité
37 immédiate à se prononcer, sauf en cas de situation exceptionnelle comme une pandémie.
38 Même pour gérer un arrêt de travail ou réorganiser l'équipe du jour, ça se fait avec l'équipe,
39 en fonction de la charge en soins, des contraintes... On pondère, on ajuste, on prend en
40 compte différents paramètres. Je n'aime pas travailler dans l'urgence. Je ne suis donc pas
41 très à l'aise avec un management directif.

42 **Moi :**

43 Selon vous, quelles pourraient être les limites ou les risques d'un style de management plus
44 directif dans votre quotidien ?

45

46 **Gaëlle :**

47 Je pense qu'on ne peut pas être uniquement dans le directif. Si on l'utilise, il faut malgré
48 tout impliquer les professionnels, pour obtenir leur adhésion et une mise en œuvre efficace.
49 Cela suppose qu'ils aient confiance en toi et qu'ils reconnaissent ton rôle.

50 **Moi :**

51 La question suivante est : comment travaillez-vous à créer et maintenir une cohésion au
52 sein de votre équipe ?

53 **Gaëlle :**

54 J'ai commencé par un chantier pas facile : il y avait une organisation très ancrée autour des
55 plannings en 12 heures. Il existait trois équipes bien distinctes, chacune couvrant un week-
56 end différent. Cela avait généré des dynamiques très différentes entre les groupes, et ils
57 refusaient de se mélanger. Quand je suis arrivée, j'ai tout bouleversé. Forcément, ça n'a
58 pas été bien accueilli tout de suite. Mais au final, d'autres dynamiques se sont mises en
59 place. C'était réfléchi en amont, évidemment. Aujourd'hui, ça permet à des professionnels
60 très différents de collaborer, de s'entraider, de partager leurs savoirs. Lors de ma première
61 réunion de service, j'ai fait un rapport d'étonnement. J'ai été claire : « Si on touche aux
62 trames de planning, on touchera aussi à la composition des équipes. L'idée, c'est de
63 rééquilibrer les dynamiques et de créer une meilleure harmonie. » J'ai été totalement
64 transparente, parce que je ne sais pas faire autrement que d'être moi-même. On a lancé des
65 trames à l'essai, et tous ceux qui le souhaitaient ont participé à une table ronde.

66

67 **Moi :**

68 Du coup, quelle place accordez-vous aux émotions dans votre style de management ? Selon
69 vous, quel impact peuvent-elles avoir sur la dynamique d'équipe et la prise de décision ?

70 **Gaëlle :**

71 Alors, pour ce qui est des émotions des soignants, en lien avec les prises en charge, c'est
72 plutôt la psychologue qui intervient. Nous, on va faire le lien vers les professionnels
73 ressources. Sur l'instant T, bien sûr qu'on est à l'écoute, et si on ne peut pas répondre tout
74 de suite, on essaie d'organiser quelque chose après coup. Je ne sais pas si ça rentre dans ce
75 que tu veux dire par là... Pour ce qui est des problématiques personnelles des

76 professionnels, je pense qu'on accompagne parfois trop. D'ailleurs, quand on a fait nos
77 transmissions à la nouvelle cadre sup, elle nous a dit : *"Là, il faut arrêter, c'est trop pour*
78 *vous."* Mais en fait, le simple fait d'être à l'écoute, même si on n'a pas de solution
79 immédiate, ça crée déjà une relation de confiance. Le fait de montrer qu'on est là, qu'on
80 ne fait pas juste "le sale boulot", qu'on a aussi été soignants, qu'on est capables d'entendre
81 ce qu'ils vivent... On participe aussi aux réunions éthiques avec les équipes, donc on a notre
82 regard sur les situations, on voit comment les pros réagissent. Mais cela n'a pas d'impact
83 sur ma prise de décision, parce que pour moi, l'objectif reste la continuité des soins et la
84 qualité des prises en charge. Il ne faut pas perdre de vue nos objectifs au profit des émotions
85 des soignants.

86 **Moi :**

87 Comment gérez-vous vos propres émotions face aux situations à forte charge émotionnelle
88 ?

89 **Gaëlle :**

90 Je réagis souvent avec deux types d'émotions. Il y a l'agacement, parfois, c'est juste que
91 tout le monde s'y met : les médecins, les paramédicaux, la direction... et ça m'agace ! Je
92 le dis d'ailleurs : *"Aujourd'hui, ça ne va pas, je suis agacée, ils m'agacent."* Et puis il y a
93 l'autre côté... Je crois que plus le temps passe, plus j'ai du mal avec l'empathie. Ce n'est
94 pas une qualité hyper développée chez moi à la base. Et depuis que j'ai des enfants, je
95 trouve qu'on devient encore plus vulnérables. On se projette, et parfois c'est dur.

96

97 **Moi :**

98 Selon vous, un cadre de santé doit-il montrer ou masquer ses émotions devant son équipe?
99 Pourquoi ?

101 Gaëlle :

102 Il peut y avoir des maladresses de communication, surtout avec les médecins. Des fois, tu
103 ronges ton frein... Mais j'essaie de ne pas perdre la face. Quand quelqu'un s'agace, je ne
104 réponds pas. Je prends de la distance pour ne pas envenimer les choses. Si j'ai quelque
105 chose à dire, je le fais plus tard, au calme. Je propose de discuter cinq minutes dans le
106 bureau, et là, je dis les choses, posément. J'explique que son comportement n'était pas
107 approprié.

108

109 Moi :

110 Pensez-vous qu'un management basé sur l'intelligence émotionnelle est un atout pour la
111 création d'une cohésion d'équipe ?

112

113 Gaëlle :

114 Oui, clairement. L'intelligence émotionnelle, c'est une richesse. Mais encore faut-il savoir
115 l'appliquer. C'est vraiment une question d'adaptation à chaque personne. Par exemple, j'ai
116 été formée à Tours, et on a eu une approche sur la Process Com. Ça rejoint l'intelligence
117 émotionnelle. Je trouve ça super intéressant : c'est apprendre à connaître ses équipes,
118 adapter sa communication pour être sur la même longueur d'onde. Mais ce n'est pas si
119 simple à mettre en pratique. La Process Com, ça repose sur la connaissance de soi, sur des
120 profils bien définis, et surtout sur la manière dont les gens réagissent en situation de stress.
121 Et ça, ça donne des clés vraiment utiles, parfois plus que leur comportement en temps
122 "normal".

123

124

125 **Moi :**

126 Comment définiriez-vous l'assertivité et quel rôle pensez-vous qu'elle joue dans les
127 relations professionnelles ? Quelle place accordez-vous à l'assertivité dans votre
128 management ?

129 **Gaëlle :**

130 Alors là... je ne sais pas. Je suis nulle pour donner une définition. Mais je pense que ça se
131 rapproche de ce que je disais sur la Process Com. C'est une forme de communication
132 adaptée et respectueuse.

133

134 **Moi :**

135 Pour moi, la Process Com se rapproche plus de la communication non violente. Selon vous,
136 en quoi cette approche influence-t-elle la dynamique et la gestion des conflits dans votre
137 équipe ?

138 **Gaëlle :**

139 Je pense que c'est essentiel. Dès que tu mets de l'émotion négative dans une relation, il
140 faut être très prudent. Il faut marcher sur des œufs. Avec une équipe, tu peux vite te griller,
141 juste à cause d'une maladresse. C'est pour ça que la prise de distance est importante. La
142 communication non violente, certains peuvent la voir comme un outil de manipulation,
143 surtout si elle est poussée à l'extrême. Mais à la base, c'est un moyen d'éviter que les
144 émotions ne prennent le dessus. Moi, je suis très spontanée, alors j'ai appris à temporiser.
145 Mais je reste capable de dire ce que je pense. Par exemple, il y a six mois, j'ai recadré une
146 infirmière. Elle était très en colère parce qu'il manquait quelqu'un la nuit, et j'avais dû
147 transformer ses deux jours de formation en deux nuits de travail. Je ne lui ai pas laissé le
148 choix, parce que je savais qu'elle aurait dit non. Elle est jeune, 25 ans, pas d'enfant, mais
149 elle a du mal avec le changement. Elle a été en colère pendant deux jours. À un moment,
150 je lui ai dit : *“OK, la pédiatrie, c'est peut-être plus fun que des personnes âgées dans leur*

151 *lit, mais tu fais partie de la fonction publique hospitalière. Tu as des droits, mais aussi des*
152 *devoirs. Ma priorité, c'est que le service tourne. Et si tu avais été en poste avec quelqu'un*
153 *de compétent à côté de toi, tu aurais apprécié."* Elle est ressortie plus calme. Elle avait
154 trois semaines de vacances derrière pour digérer, et je l'ai remercié pour l'effort. Mais
155 voilà, j'ai vidé mon sac.

156

157 **Moi :**

158 Entre un management fondé sur l'intelligence émotionnelle et un management plus direct
159 et décisionnel, lequel vous semble le plus adapté à l'environnement hospitalier ?
160 Pourquoi ?

161 **Gaëlle :**

162 Ça dépend du degré de maturité des équipes. Il y a des professionnels qui ont besoin d'être
163 "maternés", d'avoir quelqu'un qui leur trace la route. Et puis il y a les équipes expertes, où
164 les pratiques sont harmonisées. Là, tu peux vraiment être dans le participatif, dans
165 l'intelligence émotionnelle. Quand les agents ont des compétences solides, tu peux être
166 dans la co-construction, dans l'amélioration des pratiques. Mais avec des équipes jeunes,
167 il faut leur laisser le temps de monter en compétences. Et parfois, pour ça, tu es obligé
168 d'être plus directif.

169 **Moi :**

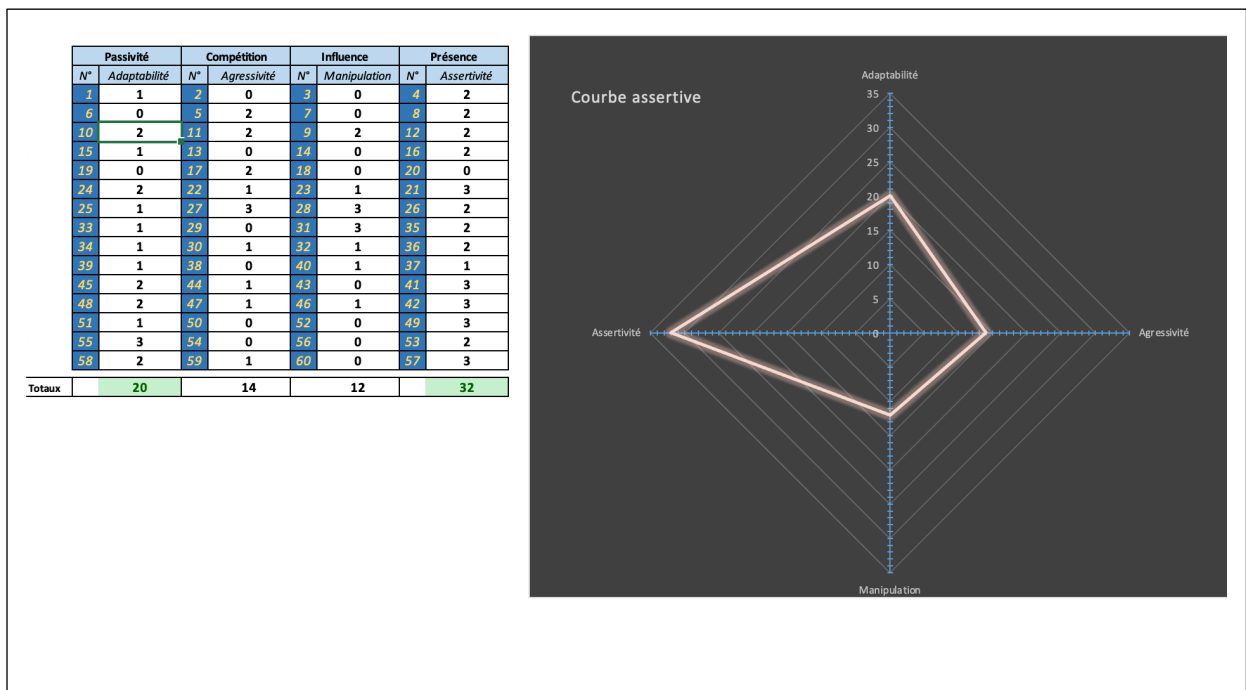
170 Quelles actions ou dispositifs institutionnels mettez-vous en place pour soutenir vos
171 équipes face aux risques psychosociaux ?

172 **Gaëlle :**

173 Au niveau institutionnel, on a plusieurs possibilités. Il y a un psychologue du travail, l'un
174 est plus orienté sur la gestion des conflits, l'autre sur l'accompagnement d'équipe, avec
175 aussi des temps d'analyse de pratique. On a aussi la médecine du travail, qui est une

176 ressource accessible à tous, pas seulement aux équipes mais aussi aux cadres. Notre rôle,
 177 c'est d'orienter vers les professionnels ressources. Moi, je ne suis pas psychologue. Il faut
 178 savoir mettre des limites, reconnaître ce qu'on n'est pas formé à faire. C'est important de
 179 poser une barrière. Et il me semble qu'on a aussi un médiateur dans l'établissement.

Résultat de l'auto-diagnostic d'assertivité de Gaëlle



Annexe V : Tableau récapitulatif des verbatims

Thématique	Delphine (Pédiatrie)	Sara (Pédiatrie)	Patricia (Soins Palliatifs)	Lauréna (Oncologie/Soins palliatifs)	Anne (Urgences)	Gaëlle (Réanimation)
Diriger sans briser : émotions, écoute et adaptabilité	« Je suis très à l'écoute de mes équipes. J'essaie vraiment de travailler avec elles, ensemble. » (L.10-11) « Ce n'est pas la temporalité qui me fait changer ma posture, c'est l'objectif à atteindre. [...] Il faut garder une posture claire et tournée vers notre objectif commun. » (L.32-35) « On ne construit rien par la force. Un management trop directif crée une mauvaise ambiance. [...] Si les décisions viennent de l'équipe, elles sont plus facilement acceptées. » (L.39-42)	« Je dirais que c'est un management collaboratif, participatif, un peu mixte. Je transmets beaucoup d'informations descendantes, et j'essaie d'être présente au maximum dans l'unité. » (L.17-18) « Quand il faut aller vite, on prend souvent une décision individuelle, celle qui nous semble la plus adaptée sur le moment. » (L.41-42) « Une fois, j'ai proposé un projet, j'ai senti qu'il n'y avait pas d'adhésion... Eh bien, on ne l'a pas fait » (L.112-113)	« Mon style de management, je l'adapte. [...] Aux urgences, j'étais plutôt dans un management directif au quotidien, mais participatif pour les projets. À l'UTSP, je suis beaucoup plus dans le participatif. » (L.13-19) « Je ne suis pas dans l'autoritarisme. Mais il y a aussi des choses qui ne sont pas négociables. » (L.22-23) « Pour les projets ou les soucis d'organisation, on	« J'essaie d'être un cadre à l'écoute, plutôt dans un style participatif. (L.9) « Je pense être capable de faire preuve d'autorité quand il le faut, peut-être pas toujours assez. C'est un apprentissage constant. » (L.14-15) « Quand quelqu'un sort du cadre, je commence toujours par rappeler ce cadre. Mais si ça ne suffit pas [...] je vais faire preuve de plus d'autorité » (L.33-34) « On ne peut pas fonctionner uniquement comme ça. C'est impossible, surtout avec la	« Je suis plutôt sur du participatif. Je suis très bienveillante, peut-être même trop, me dit-on souvent. » (L.13-14) « Je suis quelqu'un de gentil. [...] Je suis très conciliante. [...] Et comme je suis bienveillante, elles le sont avec moi aussi. » (L.22-27) « Je reste toujours dans la bienveillance. Mais je leur explique : À partir de maintenant, il faut faire comme ça » (L.32-34) « On m'a imposé d'envoyer des agents ailleurs. [...] J'ai réuni toute l'équipe concernée, et je leur	« Mon style de management est assez participatif. » (L.11-12) « On fonctionne beaucoup avec le management qualité : création de groupes de travail, réunions, formalisation pluridisciplinaire. » (L.13-14) « Mon style de management, je dirais que j'ai toujours fonctionné de la même manière, même s'il y a forcément des ajustements et des subtilités avec le temps. » (L.25-26) « Pour moi, il n'y a pas d'urgence, il n'y

	« Pour moi, un management directif est incompatible avec les émotions. » (L.72-73) « Quand on veut faire évoluer les choses ou mettre en place des projets, il faut que ce soit participatif. » (L.166-167)	« Dans certaines situations, urgence ou crise, il n'y a pas toujours le choix : il faut être directif. [...] Là, je ne demande pas l'avis de tout le monde, on fait comme ça. » (L.85-86) « Le risque principal d'un management trop directif, c'est l'incompréhension. Quand on impose sans expliquer, on perd du monde » (L.77-78) « Aujourd'hui, la société a évolué, le management aussi. J'essaie d'avoir un management équilibré » (L.259) « On a tous croisé des cadres, ou des "surveillantes" à l'ancienne, très autoritaires. » (L.258)	travaille en groupe, avec des staffs pluridisciplinaires, des temps d'échange » (L.49-50) « Tout le monde n'exprime pas les choses de la même manière, ça dépend des profils, des métiers. » (L.180-181) « Être directif dans les situations critiques, quand le service déborde, c'est nécessaire. » (L.41-42) « On a l'impression qu'il faut choisir entre deux modèles, alors qu'en vrai, il y en a cinq ou six » (L.179-180)	nouvelle génération dans les soins » (L.49) « On ne peut pas fonctionner uniquement comme ça. [...] Trop de directivité limite l'autonomie, tue la motivation." » (L.51-52) « On n'a pas envie d'être tout le temps dans l'autorité. On le fait quand on y est contraint, mais ce n'est pas naturel. » (L.56-58) « Trop d'autorité, ça tue la confiance. » (L.63) « Les cadres très directifs ont souvent des équipes qui leur renvoient du directif, voire de l'agressivité » (L.144-145)	ai expliqué la situation. » (L.41-45) « Si tu es trop directif, les agents se braquent. Et après, c'est compliqué de retrouver une cohésion. » (L.58-59)	a que des gens pressés » (L.36) « Il n'y a pas de nécessité immédiate à se prononcer, sauf en cas de situation exceptionnelle comme une pandémie. » (L.38) « Je ne suis donc pas très à l'aise avec un management directif. » (L.41-42) « Des équipes jeunes, il faut leur laisser le temps de monter en compétences. Et parfois, pour ça, tu es obligé d'être plus directif. »
--	---	---	--	---	--	---

Thématique	Delphine (Pédiatrie)	Sara (Pédiatrie)	Patricia (Soins Palliatifs)	Lauréna (Oncologie/Soins palliatifs)	Anne (Urgences)	Gaëlle (Réanimation)
Le management à l'épreuve des générations et des services	« Il faut surtout garder une posture claire et tournée vers notre objectif commun » (L.34-35) « J'essaie de passer du temps avec elles, d'être présente et à l'écoute » (L.52) « Et selon les services où j'ai travaillé, la gestion émotionnelle était différente. » (L.84-85) « Quand on monte un projet, ce sont les personnes du terrain, avec un grand H, qui savent comment ça fonctionne » (L.117-118) « Connaître son équipe, c'est essentiel. Pas pour en tirer profit, mais pour maintenir une bonne ambiance et faire	« Mon objectif, c'est vraiment d'être sur le terrain pour répondre aux problématiques, aux sollicitations, au plus près des besoins » (L.20-21) « Cela me permet aussi de savoir ce que vit l'équipe, de comprendre leurs besoins, et d'observer directement les pratiques. » (L.23-24) « On évolue dans nos pratiques [...] mais je reste la même personne. [...] J'essaie de rester authentique. » (L.30-33) « Chaque semaine, je fais un petit temps d'information [...] et aussi un moment d'échange libre, de	« Le management directif, chez moi, il est toujours validé par tous. [...] Ce n'est pas pour moi que je le fais, c'est pour préserver l'équipe, leur santé parfois » (L.31-33) « Tous les profils ne se managent pas de la même manière : un ambulancier du SMUR, ce n'est pas pareil qu'une infirmière en soins palliatifs. » (L.93-95) « On doit être capables de repérer quand quelque chose ne va pas, comme on le ferait pour un patient. » (L.46-47) « Quand un problème est	« Le contexte social actuel et l'évolution de la société font qu'on doit s'adapter, même si on ajuste notre posture selon les situations et les personnes » (L.11-12) « La génération actuelle, notamment, demande une approche plus participative. » (L.13) « Ce n'est pas vraiment le délai (de la demande) qui détermine le type de management que je choisis » (L.37) « Une fois que le cadre est posé, que les règles sont claires, il faut lâcher un peu de lest. On surveille à distance. » (L.55-56)	« Je suis très, très conciliante. J'ai quand même un retour positif » (L.26) « Elles ont bien compris que parfois, on n'a pas le choix » (L.33) « J'essaie toujours de trouver un terrain d'entente » (L.48) « Elles ne sont pas agressives, elles sont conscientes des avantages qu'elles ont ici... » (L.49) « Donc on a besoin que nos agents soient souples, qu'ils soient capables de s'adapter » (L.58) « Avec certaines équipes comme les ambulanciers du SMUR, il faut parfois hausser le ton » (L.63-64)	« Quand je suis arrivée je ne connaissais personne. Je pense que c'était une bonne chose avoir un regard neuf » (L.26-27) « Quand je suis arrivée, j'ai tout bouleversé. Forcément, ça n'a pas été bien accueilli tout de suite » (L.57-58) « C'est plutôt la psychologue qui intervient. Nous, on va faire le lien vers les professionnels ressources. » (L.74) « Sur l'instant T, bien sûr qu'on est à l'écoute, et si on ne peut pas répondre tout de suite, on essaie d'organiser quelque

	passer les messages au mieux. » (L.82-83) « Nos grands-parents n'avaient pas le choix, on leur disait « c'est comme ça » et point. C'était très directif. Aujourd'hui, on est davantage dans l'écoute, dans l'empathie » (L.169-171) « J'essaie vraiment d'être à l'écoute, de valoriser les compétences et de faire monter les soignants en compétences. » (L.183-184)	débriefing » (L.102-104) « Je mets en place des choses symboliques aussi : Un badge personnalisé [...] un gilet brodé [...] Je propose, mais je n'impose pas. » (L.109-111) « Une fois, j'ai proposé un projet, j'ai senti qu'il n'y avait pas d'adhésion... eh bien, on ne l'a pas fait » (L.112-113) « Je leur fais confiance, notamment parce que quand je ne suis pas là » (L.140) « Il faut du temps pour apprendre à travailler ensemble. » (L.137)	repéré, soit on le traite en individuel, soit on le met sur la table en groupe. » (L.48-49) « Les équipes, ce sont des individus, mais aussi un collectif. Et ce collectif, il a besoin d'être entendu et reconnu. » (L.126-127) « Je commence toujours par un questionnaire en trois volets : plannings, organisation du travail, conciliation vie pro/vie perso » (L.128-130)	« Quand chacun est bien situé dans ses missions, ça ne laisse pas de place à l'interrogation du type "qui fait quoi", ce qui facilite clairement la cohésion d'équipe » (L.75-76) « L'idée, c'est qu'ils participent aux évolutions du service, que ce soit sur l'organisation des soins » (L.82-83) « J'essaie d'être à l'écoute, d'apporter un peu d'humanité » (L.198)	« Avec les 12 heures maintenant, tu les vois encore moins. Ça complique beaucoup le management » (L.68-69) « Je les laisse faire beaucoup de choses en autonomie. [...] Elles ont besoin d'espace, de reconnaissance » (L.96-99) « Tu montres que tu es là, que tu n'es pas juste un administratif » (L.80) « Aux urgences, ils ont besoin de sentir que tu es actif, que tu ne restes pas juste derrière un bureau à gérer des cases. » (L.81-82) « je suis dans la bienveillance, dans l'échange [...] en contrepartie, j'attends aussi beaucoup » (L.86-87)	chose après coup » (L.74-75) « Il ne faut pas perdre de vue nos objectifs au profit des émotions des soignants. » (L.86-87) « Ça dépend du degré de maturité des équipes. Il y a des professionnels qui ont besoin d'être "maternés" [...] les équipes expertes tu peux vraiment être dans le participatif » (L.161-163) « Quand les agents ont des compétences solides, tu peux être dans la co-construction, dans l'amélioration des pratiques. » (L.164-165)
--	--	--	--	--	---	---

Thématique	Delphine (Pédiatrie)	Sara (Pédiatrie)	Patricia (Soins Palliatifs)	Lauréna (Oncologie/Soins palliatifs)	Anne (Urgences)	Gaëlle (Réanimation)
De l'émotion à la reconnaissance : construire sa légitimité de cadre	« En général, la cadre donne le ton de la journée. Si t'arrives avec le sourire, ton équipe l'aura aussi » « Je ne pense pas que ça me rende moins légitime » (L.105-106) « On a tous le droit d'être en bas, tant qu'on n'y reste pas. » (L.107) « Être cadre de proximité, mettre de l'émotion dans la relation, ça enlève certaines barrières. » (L.157-158) « Mais du coup, aujourd'hui, certains se permettent parfois des comportements qu'ils auraient avec des amis, et là, ça peut poser problème » (L.159-160)	« Quand je suis arrivée, je leur ai dit que pour moi, la base, c'est la confiance, dans les deux sens. » (L.139) « Il faut du temps pour apprendre à travailler ensemble. » (L.162-163) « Il est important de leur montrer qu'on est humain, qu'on est comme eux » (L.167) « Même s'ils ont parfois l'impression qu'on peut tout résoudre [...] nous aussi avons nos limites. » (L.168) « Je me dois de les respecter en tant que professionnelles, mais aussi en tant que personnes.	« J'avais l'impression que certains attendaient que je m'énerve » (L.107) « En début de poste, on est pressurisé [...] Et puis, avec l'expérience, on apprend. On maîtrise mieux le terrain, on se connaît davantage. » (L.110-113) « Je fais un gros travail sur moi pour qu'il y ait le moins de différences possible dans ma manière d'être avec chacun [...] Il faut rester objective » (L.88-91) « Il faut comprendre leurs besoins, sentir comment ils vont	« Je me questionne encore sur la manière d'asseoir davantage ma légitimité de cadre quand c'est nécessaire » (L.15-16) « J'ai eu le sentiment d'être injustement prise à partie. Ce que j'appelle "l'effet de meute". » (L.99-100) « J'ai eu le sentiment d'avoir été trahie et, même si je n'ai pas perdu ma légitimité, j'aurais pu perdre pied ce jour-là » (L.115-116) « Parfois, c'est ça qui est difficile : les équipes voient encore le cadre comme un adversaire, alors qu'on pourrait être des alliés. » (L ;131-133)	« Il avait juste besoin de voir que je pouvais cadrer. C'était un test, comme les enfants qui testent les limites. » (L.149-150) « Si toi-même tu ne vas pas bien, tu ne pourras pas gérer les émotions de ton équipe. Et tu perds en légitimité, auprès d'eux et aussi de la direction. » (L.154-155) « Et au quotidien, pour que les équipes arrivent à fonctionner en autonomie, je les laisse faire beaucoup de choses, en fait. Je surveille à distance. » (L.95-96) « Elles ont besoin d'espace, de reconnaissance dans ce qu'elles font. Elles savent très bien qui est la cheffe. Et voilà,	« Elle m'a permis de donner du sens à la formation de cadre, aux différentes théories abordées » (L.23) « Cela suppose qu'ils aient confiance en toi et qu'ils reconnaissent ton rôle » (L.49) « le simple fait d'être à l'écoute, même si on n'a pas de solution immédiate, ça crée déjà une relation de confiance. » (L.80-81) « J'essaie de ne pas perdre la face » (L.104) « Avec une équipe, tu peux vite te griller, juste à cause d'une maladresse » (L.139-140)

		L'inverse est tout aussi valable » (L.174-175) « Le fait qu'elles voient que quelque chose m'a touché, je pense que ça peut les amener à prendre conscience qu'elles sont peut-être allées trop loin » (L176-177) « Ce n'est pas parce qu'on exprime ses émotions qu'on est "trop gentil". Ils perçoivent mes limites, même dans mon expression faciale » (L.260-261)	[...]Je pense que c'est essentiel pour être légitime, pour réussir à manager et être reconnu (L.131_134) « Se préoccuper des gens qu'on manage, pour moi, c'est le cœur du métier » (L.134-135)	« Je venais d'arriver, et ils avaient l'image d'un cadre directif, comme mon prédécesseur » (L.169-170)	chacun sa place » (L.99-100) « Le cadre, il devrait être entendu et protégé, pour pouvoir ensuite protéger son équipe » (L.121-122) « Après, pour les émotions des agents, je passe beaucoup par la communication » (L.129) « Il faut juste écouter, pour dédramatiser. » (L.131) « Quand je suis arrivée aux urgences, il ne me reconnaissait pas comme cadre. » (L.136-137)	« Le fait de montrer qu'on est là, qu'on ne fait pas juste "le sale boulot", qu'on a aussi été soignants, qu'on est capables d'entendre ce qu'ils vivent » (L.81-83)
--	--	--	---	--	--	---

Thématique	Delphine (Pédiatrie)	Sara (Pédiatrie)	Patricia (Soins Palliatifs)	Lauréna (Oncologie/Soins palliatifs)	Anne (Urgences)	Gaëlle (Réanimation)
Travailler ensemble grâce à la compétence émotionnelle	« Pour moi, un management directif est incompatible avec les émotions. » (L.72-73) « Quand une équipe est effondrée après une prise en charge difficile, par exemple au déchocage, tu dois la soutenir, peu importe le service. » (L.85-86) « On fait venir le psychologue du travail pour apaiser, pour permettre à chacun d'exprimer ce qu'il ressent » (L.87-88) « Parce qu'une émotion négative peut tirer tout un groupe vers le bas. En tant que cadre, c'est à nous de veiller à l'ambiance de l'équipe. » (L.88-90)	« L'intelligence émotionnelle, c'est un grand mot » (L.184) « On ne se rend pas toujours compte qu'on en fait au quotidien » (L.185-186) « Je pense que c'est un vrai point fort, même si ce n'est pas forcément évident à maîtrise » (L.186) « J'avais lu un article qui expliquait qu'on développait cette intelligence émotionnelle dès l'enfance, sans même s'en rendre compte » (L.187-188) « Nos environnements familiaux qui influencent notre manière d'exprimer	« Je ne sais pas trop ce qu'on met exactement sous ce concept » (L.120) « L'empathie en fait partie [...] Ce n'est pas vraiment de l'instinct, mais un peu quand même » (L.121-122) « Il faut rester objective » (L.91) « Aux urgences, c'est plus axé sur les retours médicaux [...] que dans l'expression émotionnelle » (L.79-81) « Repérer les émotions des autres, c'est essentiel, mais ce n'est pas toujours évident. [...] Il faut se rendre disponible dans ces	« Il faut s'y être intéressé, même dans sa vie personnelle » (L.141) « C'est complexe, oui, mais tellement riche. » (L.142) « Ceux qui ne s'y intéressent pas trouvent peut-être ça plus simple, mais pour moi, c'est impossible de faire sans » (L.142-144) « On peut appliquer l'intelligence émotionnelle dans n'importe quel milieu, pas seulement à l'hôpital. » (L.189-190) « À certains moments, je laisse parler mes émotions, de façon libre. Et je pense que c'est important. Il faut savoir reconnaître	« C'est aussi ma façon de fonctionner. J'arrive à le mettre en place à travers les choix que je fais chaque jour » (L.161-162) « J'essaie d'identifier qui peut être une ressource, et de les faire monter en compétences » (L.164-165) « Je pense vraiment que c'est un atout pour la cohésion d'équipe » (L.165) « Dans la gestion de conflits, moi je fais d'abord un rappel à la règle » (L.170) « S'il y a un vrai conflit entre deux agents, là, je préfère faire intervenir quelqu'un d'extérieur » (L.172)	« Je pense qu'on accompagne parfois trop » (L.78) « L'intelligence émotionnelle, c'est une richesse » (L.114) « C'est vraiment une question d'adaptation à chaque personne » (L.115) « J'ai été formée à Tours, et on a eu une approche sur la Process Com. Ça rejoint l'intelligence émotionnelle » (L.116) « C'est apprendre à connaître ses équipes, adapter sa communication pour être sur la même longueur d'onde » (L.117-118)

	« L'intelligence émotionnelle, c'est aussi savoir gérer ses propres émotions, éviter l'agressivité, garder le contrôle. » (L.119-120) « Il faut se faire violence pour ne pas répondre avec la même agressivité qu'on reçoit. » (L.96) « L'intelligence émotionnelle permet d'écouter, d'éviter le management directif. » (L.115-116)	nos émotions » (L.189) Quand elles me font des surprises positives, des choses qui me touchent, je leur montre [...]La colère ou le fait d'être blessée, je le leur dis aussi » (L.171-173) « Celui basé sur l'intelligence émotionnelle me correspond davantage. » (L.253)	moments-là. » (L.61-67) « C'est pour ça que les débriefings sont importants » (L.72) « S'il y a un clash, un conflit, je différerai tout le reste pour gérer ça d'abord » (L.68) « Et la reformulation, qu'on apprend en tant qu'infirmier, ça, ça me sert énormément au quotidien, surtout dans les débriefings, les feedbacks » (L.173-174)	quand on peut les exprimer et quand il vaut mieux s'en abstenir » (L.179-181)	« Tu peux vite être perçue comme prenant parti. » (L.174) « C'est plus simple, plus fluide, et surtout, ça correspond à ma personnalité, à mes valeurs. » (L.237-238) « Si tu veux prendre soin de ton équipe, il faut déjà que toi, tu sois bien » (L.246-247) « Quand je sens que je ne suis pas en capacité de gérer une émotion sur le moment, je vais prendre l'air, ou je m'enferme dans mon bureau. » (L.261-262)	« Mais ce n'est pas si simple à mettre en pratique » (L.119)
--	--	--	---	--	--	---

Thématique	Delphine (Pédiatrie)	Sara (Pédiatrie)	Patricia (Soins Palliatifs)	Lauréna (Oncologie/Soins palliatifs)	Anne (Urgences)	Gaëlle (Réanimation)
Communication, émotion et assertivité au travail	« Le plus difficile, c'est la communication. Dans une équipe, il faut sans cesse répéter, s'adresser à tout le monde » (L.54-55) « Pour être honnête, je ne suis pas sûre de bien connaître le terme d'assertivité » (L.124) « L'assertivité peut-être que je l'applique sans m'en rendre compte. » (L.125-126) « Moi, j'aime bien le verbalise [...] je pense que ça aide aussi l'autre à se calmer » (L.97-99) « La communication non violente [...] Il me semble que ça permet de dire les choses de manière construite » (L.130-132)	« Là, je ne peux pas accepter ce type de propos. Ce n'était pas justifié à mes yeux » (L.125-126) « C'est un mot un peu technique, qui peut paraître abstrait quand on n'est pas dans le management. » (L.205) « La manière dont elle communique, dans sa posture, dans ses mots, dans sa façon d'aborder les chose » (L.207-208) « C'est une qualité que peu de professionnels ont naturellement, mais qui peut vraiment se développer » (L.209-210) « il faut en avoir conscience » (L.210)	« L'assertivité, c'est être capable de dire les choses, de s'affirmer, tout en respectant l'autre. » (L.142) « C'est affirmer sa position sans dévaloriser. » (L.143) « Je n'ai aucun problème à dire les choses. Par contre, parfois, je les disais un peu trop... violemment. » (L.143-144) « Je ne suis pas formée à la communication non violente, et je n'en ai pas toujours conscience dans ma pratique. » (L.163-164) « Ce n'est pas simple. Il faut savoir gérer	« On peut tout se dire, mais pas de cette manière. Je pense que ça a permis une remise en question de leur part. » (L.129-130) « L'assertivité je pense que c'est la capacité à Exprimer ce qu'on ressent et à affirmer ses positions » (L.156) « C'est pas un exercice facile, et même si je l'utilise parfois, je ne suis pas toujours consciente de le faire. » (L.157) « Spontanément, j'ai plus tendance à prendre du recul, à me taire pour réfléchir. » (L.158-159) « (CNV) C'est une approche que j'ai	« L'assertivité, pour moi, c'est être en capacité de dire à ton agent ce que tu ressens sur l'instant T » (L.194) « Être capable d'exprimer ce qu'on ressent, sans chercher à esquiver ce qu'on pense vraiment. » (L.196-197) « Je n'ai pas l'impression de le faire souvent, même aux urgences. » (L.197) « Elles sont très bienveillantes avec moi. J'utilise rarement mon positionnement hiérarchique dans la relation. » (L.213) « Je suis super bienveillante avec elles, alors elles le	« J'ai été totalement transparente, parce que je ne sais pas faire autrement que d'être moi-même » (L.64) « J'explique que son comportement n'était pas approprié. » (L.107-108) Il peut y avoir des maladroites de communication, [...] tu ronges ton frein » (L.103-104) « Si j'ai quelque chose à dire, je le fais plus tard, au calme. » (L.106) « Je suis nulle pour donner une définition. Mais je pense que ça se rapproche de ce que je disais sur la Process Com. » (L.129-130)

	« J'essaie toujours d'y mettre un brin d'humour, pour dédramatiser un peu. » (L.139)	« Levier fort pour motiver une équipe et la rendre plus dynamique » (L.211) « C'est dire les bonnes choses, au bon moment, à la bonne personne » (L.225) « Quand il y a un conflit, je les laisse d'abord essayer d'en parler entre elles » (L.234-235) « La communication non violente ou l'assertivité, ce ne sont pas des formations qu'on nous propose directement, mais si on veut y accéder » (L.245-247)	plusieurs interlocuteurs, prendre sur soi... et ça, je ne le maîtrise pas toujours » (L.164-165) « Avec les nouvelles générations qui arrivent, ça aiderait vraiment à mieux les comprendre et les accompagner » (L.170-171)	découverte durant la formation cadre. » (L.166) « À partir du moment où on est respectueux et professionnel, on doit pouvoir rester cordial, même en cas de désaccord. » (L.167-168) « Plus le temps passe, plus la communication se détend. Ils comprennent mieux mon mode de fonctionnement et mes attentes » (L.170-172) « Clairement, je me suis énervée, mais de façon assumée [...]Finalement, elle s'est posée, elle a pris du recul. » (L.176-178)	sont aussi avec moi. » (L.214-215) « Parce qu'on réagit souvent face à une colère, une émotion forte. Du coup, j'attends toujours que ça redescende un peu » (L.221-222) « Quand j'interviens, ce n'est jamais violent. Et en face, les gens reconnaissent souvent qu'ils sont allés un peu loin » (L.223) « Je n'ai jamais été formée à tout ça, [...]moi, je suis comme ça depuis gamine. »	« C'est une forme de communication adaptée et respectueuse. » (L.130-131) « Dès que tu mets de l'émotion négative dans une relation, il faut être très prudent. » (L.138) « La prise de distance est importante. » (L.140) « La communication non violente, certains peuvent la voir comme un outil de manipulation, surtout si elle est poussée à l'extrême » (L.141-142) « C'est un moyen d'éviter que les émotions ne prennent le dessus » (L.143) « Je reste capable de dire ce que je pense » (L.144)
--	---	---	--	--	---	--

Thématique	Delphine (Pédiatrie)	Sara (Pédiatrie)	Patricia (Soins Palliatifs)	Lauréna (Oncologie/Soins palliatifs)	Anne (Urgences)	Gaëlle (Réanimation)
Seul pour tenir debout : La solitude émotionnelle des cadres de santé	« Et quand je me sens prête, j'y vais. Il faut parfois désamorcer, expliquer, argumenter. » (L.68) « Il faut bien se connaître soi-même, savoir comment on réagit » (L.96) « Moi, je suis humaine, donc je montre mes émotions » (L.104) « Il faut en parler à l'équipe, mais sans tout dévoiler non plus » (L.108) « Il faut avoir des personnes ressources : d'autres cadres, par exemple » (L.108-109) « En général, quand on répond de manière agressive, c'est aussi un signe de manque	« Les émotions font partie de nous, forcément. » (L.118) « Il faut les accepter, mais aussi les gérer, parce qu'on est dans un cadre professionnel » (L.119-120) « Ça m'est arrivé deux fois en tant que manager d'être touchée dans mes valeurs » (L.125) « Je ne veux pas cacher mes émotions, on les voit tout de suite sur mon visage. » (L.165-166) « Je pense qu'il est important de leur montrer qu'on est humain, qu'on est comme eux » (L.167)	« C'est le co-développement. Ça aide beaucoup, notamment entre cadres, à parler de situations difficiles, à échanger, à trouver des solutions ensemble » (L.171-173) « Ce n'est pas facile pour moi d'être toujours égale. Je fais un gros travail sur moi. » (L.88) « Si ça monte trop, je préfère différer, dire : 'On en reparlera plus tard. » (L.109) « Quand on ne gère pas ses émotions, c'est souvent à cause de la fatigue, du stress. » (L.110-111)	« je me suis mise en retrait » (L.122) « J'en ai parlé à mes collègues, et aussi à la personne concernée. » (L.123) « C'est ici que j'ai le plus souffert. » (L.135-136) « C'est épuisant d'être dans ce déni des émotions. Ça mène droit au burn-out si on n'a pas de stratégie pour gérer tout ça » (L.145-146) « On est souvent seuls dans nos bureaux face aux problèmes, avec peu de ressources. » (L.200-201) « Il y a aussi l'ego. Certains ne diront jamais qu'ils ne vont pas bien. » (L.201)	« Tu sais, en tant que cadre, on est assez seuls sur le terrain » (L.56) « On n'a pas beaucoup de soutien » (.57) « Tu ne vois pas la direction, tu ne vois pas le cadre sup. Tu es seul avec tes agents. » (L.78-79) « Sauf que nous, on te dit que tu dois protéger ton équipe... mais on oublie souvent de te protéger, toi. C'est là que le collectif cadre prend toute sa place. » (L.122-123) « Parce que si t'es pas entendu en tant que cadre, si t'es en difficulté... ben t'es pas bien. Et si t'es pas bien, tu peux pas	« Mais cela n'a pas d'impact sur ma prise de décision, parce que pour moi, l'objectif reste la continuité des soins et la qualité des prises en charge. » (L.85-86) « Je réagis souvent avec deux types d'émotions : l'agacement... » (L.92) « Je crois que plus le temps passe, plus j'ai du mal avec l'empathie. » (L.95) « Depuis que j'ai des enfants, je trouve qu'on devient encore plus vulnérables. On se projette, et parfois c'est dur. » (L.96-97) « Quand quelqu'un s'agace, je ne réponds pas. Je prends de la distance

	de confiance en soi. » (L.143-144) « On est adultes, il faut savoir dire quand ça ne va pas. Heureusement, moi j'ai une bonne équipe d'encadrement » (L.185-186) « si on ne veut pas forcément en parler à ses collègues, il y a toujours la psychologue » (L.187) « Mais il faut le dire : souvent, le cadre, il est quand même très seul. » (L.188-189)	« Il faut faire attention à ne pas transférer notre propre pression sur elles. » (L.221) « J'ai aussi dit : « Stop. On arrête la conversation ici. » Parce que j'étais trop impliquée émotionnellement » (L.127-129) « C'est difficile, c'est que certains professionnels, très investis, ne s'imaginaient pas être un jour touchés par un épuisement. » (L.281-282)	« J'ai appris à aménager du temps à la maison, à ne pas ramener le travail. Je fais du yoga, par exemple. » (L.111-112)	« Mais je ne sais pas s'il vaut mieux toujours exprimer ses émotions ou au contraire, tout garder pour soi. » (L.202-203)	gérer une équipe correctement » (L.125-124) « Je vais voir mon collectif cadre [...] C'est là que je vais chercher du réconfort, et souvent des solutions aussi » (L.130-132)	pour ne pas envenimer les choses » (L.104-105) « C'est important de poser une barrière » (L.179) « Ils pensaient que leur amour du métier ou leur force de caractère les en protégeait » (L.282-283) « J'essaie de ne pas perdre la face » (L.104)
--	---	---	--	--	---	--

DIPLOME DE CADRE DE SANTE

DCS@24-25

TYPE DU DOCUMENT
MEMOIRE

TITRE DU DOCUMENT
« *L'ART DE MANAGER : QUAND LA TÊTE ÉCOUTE LE CŒUR* »

AUTEUR
CHRISTOPHER BAZIRET

MOT CLÉS

Émotions - Intelligence émotionnelle –
Assertivité – Communication Non Violente –
Cohésion d'équipe

KEY WORDS

Emotions - Emotional Intelligence -
Assertiveness - Nonviolent Communication -
Team Cohesion

RÉSUMÉ

Ce mémoire a été élaboré dans le cadre de la formation à l'IFCS. Il répond à un questionnement issu de mon expérience professionnelle. Mon sujet porte sur la place des émotions dans le management des cadres de santé. Les émotions, souvent perçues comme des éléments à maîtriser ou à écarter dans un cadre professionnel, s'avèrent pourtant être des vecteurs de performance, tant dans la prise de décision que dans le renforcement des dynamiques collectives au sein des équipes de soin. L'une des hypothèses avancées est qu'un cadre de santé doté d'une intelligence émotionnelle développée, adoptant une posture assertive et pratiquant la communication non violente, favorise une cohésion d'équipe durable en adaptant son style de management aux besoins émotionnels de ses collaborateurs. La méthodologie repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès de cadres de santé, permettant de recueillir des données qualitatives. Les résultats montrent qu'en alliant autorité et écoute, rigueur et empathie, les cadres de santé créent un environnement propice à la collaboration, à la solidarité et à l'efficacité, autant d'éléments essentiels pour faire face aux défis du soin. Toutefois, cette mobilisation des émotions reste encore trop souvent intuitive, contextuelle et peu outillée. Cela fait émerger un enjeu de professionnalisation et de formation continue autour de ces compétences transversales, indispensables à un management humain, durable et efficient.

ABSTRACT

This thesis was developed as part of the IFCS training program. It addresses a question that emerged from my professional experience. My research focuses on the role of emotions in the management of healthcare managers. Emotions, often seen as aspects to control or avoid in professional settings, actually prove to be drivers of performance—both in decision-making and in strengthening team dynamics within healthcare units. One of the proposed hypotheses is that a healthcare manager with well-developed emotional intelligence, who adopts an assertive stance and practices non-violent communication, fosters sustainable team cohesion by adapting their management style to the emotional needs of their staff. The methodology is based on semi-structured interviews conducted with healthcare managers, aimed at gathering qualitative data. The findings show that by combining authority with active listening, and rigor with empathy, managers create a work environment that promotes collaboration, solidarity, and efficiency key factors in meeting the challenges of healthcare. However, emotional management remains too often intuitive, context-dependent, and insufficiently supported. This reveals the urgent need for professionalization and continuous training in these transversal skills, which are essential for human-centered, sustainable, and effective management.