

Institut de Formation des Cadres de Santé

du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université de Rennes 2

Centre de recherche sur l'éducation, les apprentissages

et la Didactique (CREAD)

**Master ITEF Parcours cadres de santé**

**Cadre de santé : une fonction de stratège ?**

**Sa communication: un art vers l'implication des soignants.**

COIRE épouse RIVIERE Patricia

Directeur de mémoire : Mme SULPICE Estelle

Le 22 /06/2017

Année 2016/2017



Institut de Formation des Cadres de Santé

du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université de Rennes 2

Centre de recherche sur l'éducation, les apprentissages

et la Didactique (CREAD)

**Master ITEF Parcours cadres de santé**

**Cadre de santé : une fonction de stratège ?**

**Sa communication: un art vers l'implication des soignants.**

COIRE épouse RIVIERE Patricia

Directeur de mémoire : Mme SULPICE Estelle

Le 22 /06/2017

Année 2016/2017

Mes remerciements s'adressent à :

*Madame Estelle SULPICE, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, sa bienveillance et sa rigueur tout au long de ce travail.*

*Ma famille : Mes 3 enfants et mon mari pour avoir accepté mon manque de disponibilité et de patience...*

*Mes parents pour leur soutien logistique tout au long de cette année.*

*Mes correcteurs pour leur disponibilité et leur soutien, surtout Nathalie.*

*Les personnes interviewées pour leur contribution à mon travail de recherche*

*Et enfin, mes collègues de promotion pour leur bonne humeur, leur soutien et conseils.*

*«Le malentendu le plus fondamental de la communication: Nous entrons en relation avec notre entourage, avec l'autre, non tel qu'il est ou tel qu'il se veut, mais tel que nous le percevons!»*

*(Papa, maman, écoutez-moi vraiment- Jacques Salomé)*

## SOMMAIRE

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Contexte professionnel</b>	<b>1</b>
<b>2. De la question de départ à la question de recherche</b>	<b>2</b>
<b>2.1 Ma communication en tant que cadre de santé</b>	<b>2</b>
<b>2.2. Les lectures exploratoires</b>	<b>9</b>
<b>2.3. Expérience vécue en stage:</b>	<b>12</b>
<b>2.4. Entretien exploratoire:</b>	<b>13</b>
<b>2.5. La question de recherche.</b>	<b>15</b>
<b>3. Cadre conceptuel</b>	<b>17</b>
<b>3.1 la communication en lien avec le management du cadre de santé</b>	<b>17</b>
<b>3.2 L'implication des soignants</b>	<b>30</b>
<b>4. La méthodologie de l'enquête ( recherche sur le terrain)</b>	<b>44</b>
<b>4.1 Présentation de la démarche.</b>	<b>44</b>
<b>5. Analyse et interprétation</b>	<b>50</b>
<b>5.1 Présentation de la population concernée.</b>	<b>50</b>
<b>5.2 La production de sens des entretiens soignants</b>	<b>51</b>
<b>5.3 La production de sens des entretiens cadres</b>	<b>63</b>
<b>5.4 Synthèse</b>	<b>75</b>
<b>6. Conclusion</b>	<b>78</b>
<b>Liste des références bibliographiques</b>	<b>81</b>

## LISTE DES ACRONYMES

AS : AIDE-SOIGNANT

ARS : AGENCE REGIONALE DE SANTE

CDS : CADRE DE SANTE

CSP : CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

EHPAD : ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNE AGEE DEPENDANTE

HAS : HAUTE AUTORITE DE SANTE

GHT : GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

IDE : INFIRMIER DIPLOME D'ETAT

MCO : MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE

SSR : SOINS DE SUITE ET READAPTATION



# 1. INTRODUCTION

Le cadre de santé de proximité, pour satisfaire ses missions de management, doit s'appuyer sur un outil primordial : la communication. Elle permet de favoriser l'action en améliorant le fonctionnement et la dynamique d'équipe. Néanmoins, elle n'est pas une science exacte. Ainsi le cadre, qui est au centre de l'information, doit apprendre à l'utiliser. Ce travail de recherche aura donc comme principal objectif d'approfondir, développer mes connaissances et ma capacité d'analyse sur ce thème de façon à acquérir des conduites professionnalisantes.

## 1.1 Contexte professionnel

Infirmière diplômée depuis 1997, j'ai travaillé quelques années dans un service de Cardiologie où j'ai pu avec plaisir développer mes compétences techniques. En parallèle, j'ai rapidement mesuré l'impact de ma **communication** de soignante auprès des patients. En effet ce type d'unité génère auprès des patients beaucoup de stress, d'appréhension et d'incompréhension. J'identifie ce sentiment humain qui me fait écho: «ce que je ne comprends pas ou ne connais pas m'angoisse parce que je n'ai pas de moyen pour l'évaluer et donc pour en prendre le contrôle ».

J'ai donc toujours pris le temps et apprécié d'expliquer auprès des patients, leur prise en charge. Je me suis rendu compte que cela favorisait l'adhésion aux soins et la levée de tension et de résistance générées par l'angoisse. Il m'arrivait souvent après la visite des médecins de repasser dans la chambre des patients pour prendre le temps de rediscuter et de reformuler les informations reçues. Forte de mon expérience en Cardiologie, je leur faisais pour certains des schémas, pour d'autres j'adaptais mon vocabulaire et les informations. Je me rendais compte qu'ils appréciaient énormément et que cela facilitait nos relations, crédibilisait ma fonction auprès d'eux et également auprès de leurs familles.

C'est donc assez naturellement qu'après quelques années, j'ai ressenti le besoin de me tourner vers l'éducation thérapeutique. En effet, j'avais l'occasion de prendre en charge des patients insuffisants cardiaques dits «chroniques» qui revenaient régulièrement parce que nos explications n'étaient pas suffisantes pour qu'ils comprennent l'intérêt d'une prise en charge au quotidien de la maladie. Je me suis donc investie avec plaisir et implication dans ce domaine.

Cette expérience de 5 ans en tant qu'éducatrice thérapeutique a renforcé mon lien privilégié avec l'acte de communiquer et a accentué ma volonté d'approfondir ce domaine. Mes différentes formations et prioritairement celle sur l'entretien motivationnel m'ont permises

d'élargir mon champ de compétence. En effet, en éducation thérapeutique, nous créons un lien privilégié avec les patients où la communication est plus que favorisée, primordiale et garantit en partie le succès du processus.

Bien que l'on n'obtienne pas immédiatement l'attention et l'adhésion du patient, les relations s'approfondissent au fil du temps et même si ils n'entendent pas le message, en tout cas ils l'écoutent et décident ensuite ce qu'ils en feront.

Cette expérience m'a permis de prendre confiance en moi et d'affirmer un positionnement plus sûr. Il m'a permis également de concrétiser mon projet de devenir cadre de santé. C'est donc assez confiante en mes capacités à échanger et communiquer que j'ai pris l'an passé un poste de faisant fonction de cadre de santé dans un service de médecine polyvalente à orientation endocrinologique.

Mon intégration en tant qu'individu et supérieur hiérarchique n'a pas été réellement compliquée. J'ai été bien accueillie mais l'attente de l'équipe était assez forte. En effet, c'était un service en grande difficulté et l'équipe était en souffrance. J'ai eu le sentiment d'un service « à la dérive » dont l'avenir était incertain. Le taux d'absentéisme des agents élevé et la collaboration avec les médecins intérimaires plus que complexe et laborieuse. J'ai très vite identifié que l'équipe avait besoin d'être rassurée, écoutée et comprise. Je me suis donc attachée à créer un climat de confiance, propice à l'échange et à la communication qui était dans cette situation capitale.

## **2. DE LA QUESTION DE DÉPART À LA QUESTION DE RECHERCHE**

### **2.1 Ma communication en tant que cadre de santé**

Dans la fonction cadre de santé, la communication a de multiples facettes et n'est pas linéaire. Il y a donc la communication rassurante, structurante, paternaliste de la cadre qui porte une équipe en souffrance. Mais il y aussi, entre autre, la communication qui a pour but d'engager la volonté d'une action ou d'une réaction. En fait, celle qui a trait à la fonction managériale. C'est dans cette dimension que j'ai très rapidement mesuré l'importance de la difficulté à communiquer des informations au sein d'une équipe. Les informations professionnelles sont par rapport aux informations de type « rumeurs ou bruits de couloir » beaucoup plus complexes à diffuser.

## **Quel sont donc les facteurs qui opèrent dans une équipe et qui complexifient la communication qui engage une action?**

J'avais été très rapidement amenée à comprendre que la multiplicité des informations et des supports complexifie le processus. En effet la cadre précédente avait l'habitude d'afficher partout et tout le temps toutes sortes d'informations diverses et variées que ce soient d'organisation de soins, de planning, de ménage, de rangement, de logistique ou qu'elles soient en lien avec le fonctionnement de l'établissement. Les murs de la salle de soin étaient tapissés de feuilles. Ma première réaction a été de penser à l'adage: « trop d'info tue l'info ». Donc rapidement, j'ai éclairci les murs et priorisé les informations à communiquer.

Ceci a d'ailleurs été très apprécié par l'équipe qui semblait saturée de ce trop plein d'info.

Selon Lehnisch<sup>1</sup> (2013 p4), la communication s'accompagne en effet d'un redoutable paradoxe. L'homme est actuellement plus informé, cependant, au-delà d'un certain seuil, il finit par être moins informé. Il ajoute que *«la surinformation qui sévit ... aboutit paradoxalement à une sous information. A trop vouloir informer, l'on obtient l'effet inverse.»*

Pour compléter cette observation, un terme entendu à l'IFCS a retenu mon attention: il s'agit « d'infobésité ». A. Vulbeau<sup>2</sup> (2015 p35) a étudié ce phénomène. Il définit cette analogie comme les effets pathologiques de la surconsommation d'informations. Il écrit que

*«les risques encourus concernent aussi bien l'individu au travail que l'organisation dans son ensemble. Du côté de l'organisation, il y a d'abord le risque de saturation. Si une information optimale est nécessaire pour prendre des décisions, la recherche de données supplémentaires aboutit à une dégradation du processus décisionnel voire à une paralysie des capacités de faire le bon choix ».*

Vient ensuite le risque de désinformation lié à la dégradation de la qualité de l'information. En effet, à partir d'un certain volume d'informations, il est difficile de faire le tri entre la bonne information ou son contraire. *«L'infobésité amène à s'égarer dans le nuage informationnel ».* Cette théorie est, à mon sens, fort intéressante car elle illustre bien la nécessité pour le cadre de trier, filtrer et choisir les informations qu'il est indispensable de transmettre afin de ne pas noyer les agents dans une surinformation néfaste et contre productive. Naïvement, j'ai donc pensé qu'avec ma méthode «d'épuration» d'affichage, la communication de mes informations serait donc plus simple.

---

<sup>1</sup> Docteur en droit, université Paris.

<sup>2</sup> Professeur en science des psychologies et des sciences de l'éducation.

Mais le processus est beaucoup plus complexe que cela et implique de nombreux autres facteurs importants à déterminer.

Quelques temps après ma prise de poste, le service a été restructuré de façon importante avec un changement de spécialité: l'établissement a décidé de le transformer en unité de médecine à orientation infectieuse et rhumatologique. Cette restructuration a nécessité la mise en place de nouvelles modalités d'organisation, de nouvelles consignes. L'arrivée de quatre médecins fixes a structuré et pérennisé ce projet. Ceci a donc demandé une réorganisation et une adaptabilité de l'équipe qui, bien qu'angoissée par ces nouvelles spécialités s'est montrée rassurée que le service ne ferme pas (elle avait connu 3 ans plus tôt la fermeture rapide du service voisin et en avait été très marquée). Elle s'est donc montrée volontaire dans cette démarche. En ce qui concerne la mise en place de 3 secteurs au lieu de 2, et par conséquent la modification des horaires, je n'ai eu aucune difficulté à faire passer l'information, elle s'est répandue plus rapidement que je ne le souhaitais. Celle ci avait trait aux conditions de travail et surtout a une implication sur la vie personnelle.

**Les agents seraient plus réceptifs à ce qui engendre une influence sur l'individu en tant que tel et non en tant que membre d'une équipe?**

J'ai donc rencontré des difficultés de transmissions afin de faire passer certaines autres informations à l'ensemble de l'équipe. Elles concernent généralement la mise en place de nouvelles mesures et organisations. J'ai bien conscience que la multiplicité des normes et procédures complexifient le travail et peuvent lui faire perdre son sens.

**La perte de sens serait alors la cause de l'échec de la communication?**

**Où bien une équipe n'entend t'elle que ce qu'elle a envie d'entendre en occultant le reste?**

Par ailleurs, certains agents sont d'emblée très réactifs et investis dans la mise en place de changements et de nouveautés, pour d'autres cela parait laborieux, compliqué. On peut s'interroger sur l'influence des agents moteurs toujours prêt à faire évoluer leurs pratiques versus les agents parfois appelés suiveurs ou passifs. Effectivement, j'ai pu observer que l'adoption des nouvelles règles est toujours le fruit du dynamisme de certains soignants. Lorsqu'ils ne sont pas là, rien ne change.

**L'échec ou la réussite d'une action de communication serait alors lié à l'influence de certains professionnels dans l'équipe? Dans ce cas, ne peut-on se fier qu'à ce groupe restreint d'agents moteurs pour faire cheminer notre communication de cadre?**

Afin de potentialiser la transmission de message, j'ai alors mis en place un cahier de transmissions dans le service pour faciliter la diffusion de celles-ci et afin que tout soignant qui aurait été absent plusieurs jours puisse être averti de changements ou d'informations nouvelles et importantes.

Je profite également d'un temps non formalisé au cours de la journée tels que le staff ou la pause café pour favoriser des moments d'échange et faire passer des messages, des informations.

Pour les informations courantes de logistique, j'utilise un tableau blanc dans la salle des soins. Au besoin, j'organise des réunions d'informations régulières pluridisciplinaires (bien qu'il faille que celles-ci restent assez extraordinaires pour impliquer un maximum d'agents)

Pour autant, bien qu'en priorisant les informations à transmettre, je me heurte à des non observances de consignes.

**Mon questionnement reste celui-ci : comment faire passer des informations à l'ensemble d'une équipe soignante et comment les faire appliquer par tout le monde rapidement lorsqu'il s'agit de mise en place de nouvelles organisations ou consignes ?**

Pour illustrer ces interrogations, je cite quelques exemples concrets dans la pratique professionnelle:

- La mise en place des transmissions informatisées avec demande d'au moins une traçabilité écrite par patient et par jour
- La demande de traçabilité par les aides-soignantes sur le logiciel de soin du poids du patient, du score de Braden (cotation de risques d'escarres), de l'accueil du patient et de son inventaire le lendemain au plus tard de l'admission du patient.

En ce qui concerne ces exemples, j'ai effectivement pu observer qu'il était plus que complexe de faire passer l'information pour qu'elle soit entendue mais aussi appliquée. Car la communication qui a pour dessein d'engager l'action n'est pas une fin en soit. A l'inverse, elle doit-être le déclenchement d'une évolution: le but est ici d'aboutir à un changement de comportement, d'attitude, de façon de faire de la part des professionnels que j'encadre.

## **La mise en place de nouvelles organisations n'est-elle régie que par la communication qu'en fait le cadre de santé ?**

Dans ma pratique, je prenais le temps d'expliquer par petits groupes pourquoi il est important de mettre en place telles ou telles démarches. Quelle incidence cela peut avoir sur la prise en charge des patients, sur la rémunération de l'établissement, et donc par lien de cause à effet sur les conditions de travail ou les effectifs de service.

Le fait de ne jamais transmettre aux mêmes personnes les informations complexifie le processus. En effet, la diversification des plannings et donc des agents est une entrave à la communication. Lors d'une interview radio d'un médecin hospitalier partant en retraite, à la question de la journaliste «que retiendrez-vous de votre carrière?» celui ci répondait par les phrases qui l'ont le plus marqué, parce que c'étaient celles qu'il avait les plus entendues au cours de ses années de pratique : « Attention c'est mouillé ! » et « Je ne sais pas, je n'étais pas là hier!...». Cette seconde réponse illustre bien le problème de communication mais aussi d'implication et d'engagement au sein d'une équipe qu'elle soit liée au cadre ou non.

De plus, la mise en place de modifications et de changements d'organisation est une rupture aux automatismes qui sont pour certains soignants rassurants et source de sécurité. Intervendrait alors ici le réflexe de résistance aux changements ?

Les défauts de communication et la non observance des consignes sont dus à mon sens à plusieurs points, notamment:

- La diffusion de consignes à toute équipe augure systématiquement des agents qui n'auront pas «entendu», qui ne seront pas «au courant». Est-ce par manque d'intérêt, par lassitude, par une non vision du sens des consignes ou bien par une rupture réelle dans la transmission de l'info?
- Pour certains agents tout changement provoque une levée de résistance ou bien un non-investissement de celui-ci. En effet, j'ai pu observer que les automatismes ont la vie dure et sont rassurants pour certains mais ils parasitent très certainement la mise en place des changements.

Enfin la communication ne se limite pas à la transmission de message et d'information. Elle est bien au delà de cette dimension réductrice. Comme évoqué dans ma description de départ, la communication du cadre c'est donc aussi être présente et savoir écouter. Lehnisch (2013 p58) précise dans son ouvrage qu'une étude de Paul T Rakin a mis en évidence le fait qu'au

sein de la communication professionnelle, nous passons la moitié de notre temps à écouter les autres. C'est dire l'importance du savoir-écouter qui doit-être maîtrisé pour atteindre un bon degré de communication. Pour cela il est nécessaire de se montrer disponible auprès des agents mais aussi investie dans la vie du service et la prise en charge des patients. C'est structurant et rassurant pour les équipes.

Cela démontre la volonté du cadre d'être présent. A mon sens, par sa présence et son implication découlent l'implication des agents. C'est lui qui influe l'énergie et qui place les priorités. Son positionnement reflétera sur la dynamique de l'équipe. La notion de présence est donc primordiale. Selon Paule Bourret<sup>3</sup> la présence du cadre: *«est un acte signifiant en partie fixé et compris par tous»* ( 2014, p. 110).

Selon Sandra le Meur<sup>4</sup> (2011), *«le premier acte de la communication est la présence. C'est au cadre de santé de savoir la gérer. Il doit-être accessible sans être envahissant»*.

Dans ma pratique quotidienne, je m'attache donc à rester accessible. Par exemple la porte de mon bureau reste toujours ouverte, c'est à mon sens un acte symboliquement significatif d'accessibilité et signe ma volonté d'être un cadre de proximité prête à l'échange.

Cela a également comme vertu de développer une communication personnalisée et adaptée à chaque individu car le message ne peut pas être uniforme. En effet, comme je l'ai fait en éducation thérapeutique, il convient d'adapter mon langage en fonction de l'agent qui est en face. Il faut donc apprendre à connaître et identifier chaque agent pour ensuite accommoder mon information.

L'image que transmet le cadre de la communication donne sens et valeur à l'équipe, c'est à dire qu'elle est structurante et transmet par les «outils», par la présence, par le savoir-être des valeurs au travail. Elle est le gage de cohésion et de collaboration d'équipe. Elle conditionne le regard des agents sur leurs pratiques professionnelles, elle structure ainsi leurs identités professionnelles et signe la reconnaissance du cadre envers eux.

Mais d'après mon expérience et mes constats de faisant fonction de cadre, la connaissance et l'application des différentes valeurs énoncées plus en avant ne suffisent pas à garantir l'efficacité de la communication. J'entends ici une communication réciproque, qui implique une action ou du moins une réaction de la part des autres.

**Existe t-il alors une recette ou une «potion magique» qui permet de rendre la**

---

<sup>3</sup> Cadre de santé et docteur en psychologie

<sup>4</sup> Psychologue

**communication optimale** (autrement dit celle qui permet d'aboutir à un changement de la part des professionnels)? Est-ce une science exacte ou au contraire une science relative, subjective soumise inexorablement aux interprétations propres à la notion d'individu?

Face à ces constatations, quels moyens de contrôle a le cadre pour s'assurer que les informations qu'il délivre sont, ou seront entendues, comprises et mises en application?

Que convient-il alors de contrôler: est-ce le message lui même ou l'application du message? Enfin ce contrôle peut-il être utile, efficace?

Au fil de mes constatations et de ma réflexion, de nombreuses questions continuent d'émerger: Qu'est-ce qu'une communication professionnelle? Quels sont ses objectifs, ses valeurs et ses intérêts? Comment communiquer afin de faire adhérer l'ensemble de l'équipe aux demandes, aux changements d'organisation et de pratique c'est à dire la communication qui engage «le pour faire»? Quels sont les leviers nécessaires? Est-ce le contenu ou la valeur du message qui donne sens à la communication du cadre? En quoi la communication du cadre peut influencer, favoriser ou freiner l'action des équipes?

Finalement, la question résumant mon questionnement serait: «Pourquoi malgré mes connaissances, une certaine compétence en communication, et la mise en place d'outils divers et variés, ma communication influant l'organisation du service et l'implication des agents n'est pas aussi efficace que je le souhaiterais ?

Ma question de départ est donc :

***Dans ma mission de communication, quels éléments permettraient que celle-ci aboutisse favorablement ou à l'inverse lesquels pourraient être des obstacles?***

Afin d'avancer dans ce travail de recherche, il me faudra approfondir à l'aide des lectures exploratoires les thèmes suivants:

- la communication et ses stratégies : travailler sur la valeur stratégique de la communication comme outil de management (sur les difficultés structurelles, organisationnelles, les parasites à la communication)
- Le rôle du cadre de santé dans la communication aux équipes. Ainsi définir le rôle du cadre en tant que communiquant. Il faudra prendre en compte le changement et la résistance au changement, les éléments «moteurs» d'une équipe et probablement le manque d'implication des soignants en lien avec des informations qui ne leur font pas sens.

## 2.2. Les lectures exploratoires

La communication au travers de la littérature est un vaste sujet multi exploré que ce soit techniquement, théoriquement, psychologiquement et sociologiquement mais qui reste pour autant complexe à comprendre et à maîtriser. En effet, elle est liée à l'humain, elle a lieu partout et tout le temps. «*La prochaine décennie sera celle de la communication telle est l'affirmation de la quasi unanimité des experts de l'industrialisation*» est la première phrase d'introduction de JP Lehnisch (2013) dans « la communication de l'entreprise. » Il souligne que l'on ne peut communiquer que si les émotions, la motivation et la raison s'entremêlent étroitement.

Paule Bourret (2014 p 94) écrit qu'au sein des hôpitaux, la communication est construite dans la rencontre à travers des parcours dans les services. Apparaissent donc les notions d'extrême brièveté due aux exigences de travail et d'absence de situation formelle. La communication se déroule donc au fil de l'eau, au cours de déambulation sans réel face à face, dans des lieux de passage. En effet, dans le contexte des soins, Vincent Chagué<sup>5</sup> (2007) souligne dans son article que la communication se heurte à un ennemi principal: le manque de temps.

Grosjean, M., & Lacoste, M.<sup>6</sup> (1991 p145) mentionnent qu'aucun lieu, qu'aucun moment ne sont prévus institutionnellement pour des relations interprofessionnelles. Ils ajoutent que des communications croisées sont fréquentes : brouhaha conversationnel, échanges hachés, entrecroisements de thèmes divers.

Conscient de cet écueil de poids, le cadre de santé doit adapter sa communication, ses messages. Par conséquent, ceux-ci doivent-être courts, clairs et précis.

Face à la pluralité des membres intervenants dans une équipe hospitalière il est d'autant plus important de cibler clairement et précisément les informations. Dans l'activité hospitalière comme dans toute organisation collective où la promiscuité est évidente, les rumeurs se propagent et enflent en quelques heures. Afin d'éviter ce phénomène, la responsabilité du cadre, (autant que faire se peut), est donc de s'assurer et de contrôler que les informations importantes, engageantes sont bien entendues, comprises par tout le monde. Il y a en effet de façon naturelle une déformation des messages.

---

<sup>5</sup> Cadre de santé

<sup>6</sup> Professeures en psychologie

JC Abric<sup>7</sup>(2009 p149) expose la théorie de Allport et postmann (1968). Ils ont étudié la distorsion de l'information sous l'effet des relais dans la transmission d'une information qui circule d'individu à individu. A chaque relais, l'information se transforme selon trois processus :

✓ La réduction : à mesure que l'information circule, elle tend à devenir plus courte, plus facile à raconter. 70% des détails disparaissent au fil des 5 à 6 premiers relais. Mais la réduction ne s'effectue pas de manière aveugle. Les éléments qui subsistent sont ceux qui intéressent et qui correspondent à l'attente des individus.

✓ L'accentuation : ce qui reste du message va être accentué, exagéré.

✓ L'assimilation : c'est le processus fondamental, il génère la réduction et détermine les exagérations en fonction des attitudes, des affects, des stéréotypes et probablement des facteurs inconscients.

Ces distorsions participent à semer le trouble chez les agents et dans les services. Elles entretiennent des situations équivoques parasitant les relations d'échange. Le cadre de santé doit mesurer ce phénomène, afin d'y mettre fin rapidement pour rétablir l'harmonie et la concentration au travail.

Au regard de cette théorie, il est d'autant plus important que le cadre reste vigilant dans le choix, la précision et la clarté des messages.

Selon Sandra Le Meur (2011), la communication s'avère primordiale pour les missions du cadre de santé. Elle améliore le fonctionnement de l'équipe et sa dynamique. Face aux exigences de l'institution, le cadre doit sans cesse remettre en question sa capacité à communiquer. Il doit l'adapter aux personnes, aux lieux, à la contrainte temps, aux exigences hiérarchiques et au climat social.

Cette liste n'est pas exhaustive et pourrait encore s'allonger. Ces multiples facteurs contraignent la communication et la rendent d'autant plus complexe.

Pour autant, toujours selon Vincent Chagué (2007), la communication du cadre doit faciliter les échanges entre les acteurs et améliorer leur compréhension de travail. La compréhension permet de donner du sens et en toute logique doit aboutir à l'implication.

Selon Alex Mucchielli <sup>8</sup>(2008) « ***la stratégie*** de communication va permettre de motiver l'ensemble d'une équipe autour d'un objectif commun dans le but de provoquer une réaction définie ». Cette réaction définie pourrait selon moi se traduire par l'implication et l'action des

---

<sup>7</sup> professeur de psychologie sociale

<sup>8</sup> Agrégé de psychologie , neuropsychiatre, psychopédagogue sociologue.

agents. Le terme de stratégie traduit bien la complexité du processus. La stratégie se définit comme: *l'art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but* (dictionnaire Larousse). Le verbe coordonner correspond bien à la fonction de cadre de santé, mais le terme manœuvrer, tout comme celui de stratégie, sous-tendent, pour ma part, différentes conduites contradictoires à adopter chez le cadre. Je l'assimile d'abord à une tactique, un jeu. Dans ce cas cela pourrait être enrichissant, créatif. Mais une stratégie peut aussi être corrélée à une ruse, une manœuvre de type militaire. Dans ce cas, elle s'apparente péjorativement à une manipulation.

La manipulation se définit selon le dictionnaire Larousse comme: *une action de soumettre quelque chose à des opérations diverses, en particulier dans un but de recherche ou d'apprentissage*. Pour le dictionnaire CNRTL c'est *une manœuvre par laquelle on influence à son insu un individu, une collectivité (le plus souvent en recourant à des moyens de pression)*. Mais c'est aussi une action de mettre en œuvre, de manœuvrer, d'utiliser. Faut-il donc que dans ses missions, y compris celle de la communication, le cadre de santé soit un stratège qui manœuvre habilement pour parvenir à « entraîner » son équipe vers les objectifs qu'il s'est fixé?

La communication dans ce sens doit-elle donc toujours être une action anticipée, et réfléchi ? Cela voudrait dire que lors de la communication organisationnelle du cadre, il faut que celui-ci n'agisse pas au fil de l'eau, au rythme des exigences mais qu'il choisisse les moments, les situations et les lieux. Au terme de cette réflexion je trouve qu'il est intéressant de s'attarder sur le terme entraîner car il sous tend la notion de guide, d'orchestration, d'accompagnement. Selon le dictionnaire Larousse c'est *amener quelqu'un, par une pression morale, par la séduction ou l'exemple, à agir, à s'engager dans une voie qu'il n'a pas délibérément choisie*.

Ceci m'amène donc au questionnement suivant : Pour le cadre de santé, qu'est ce qui dans la façon d'entraîner son équipe va faire que sa communication aboutisse favorablement? Je pourrais donc ainsi rapprocher cette théorie d'un article de Gaëlle Souhard (2005) qui apparente l'acte de communiquer à une situation de management. Elle écrit qu'en management, la principale marge de manœuvre du cadre de santé se situe dans le champ de la communication. En effet, si je mets en lien mes développements précédents concernant la stratégie, la capacité à entraîner, à coordonner, à accompagner, orchestrer, c'est de façon naturelle que le concept de management émerge de ces réflexions.

Loïc Brémaud<sup>9</sup> dans ses cours nous enseigne que le management est un pilotage (on peut ici retrouver la notion de guide, d'orchestration) où tout l'art consiste à combiner les moyens pour trouver des solutions aux problèmes. Cela nécessite donc d'être créatif et savoir argumenter, convaincre et accompagner.

### 2.3. Expérience vécue en stage:

Lors de mon premier stage à l'initiation de la fonction cadre de santé, je suis allée découvrir le milieu médico-social au sein d'un EHPAD. J'ai donc eu la possibilité d'observer les méthodes de communication du cadre de santé. J'ai eu l'occasion de me rendre compte que la cadre avait, même si elle n'y accorde pas la même importance que moi, les mêmes problèmes en termes de communication organisationnelle.

En effet, elle avait comme objectif d'inclure les aides soignantes dans l'élaboration des projets de vie des résidents qu'elle réalisait seule jusqu'ici. Elle a donc transmis cette information oralement aux deux équipes différentes à deux jours d'intervalle lors du staff matinal. Elle a ensuite affiché un document avec l'identité des 12 résidents concernés afin que les soignants se positionnent «rapidement». Au bout de douze jours, seules trois soignantes sur onze s'étaient inscrites. J'ai donc évoqué ce fait avec la cadre puisqu'il faisait écho avec mes difficultés dans mon activité professionnelle. Cela n'a pas paru l'étonner, elle m'a à ce moment mentionné que ces 3 agents étaient les éléments moteur de l'équipe et que c'étaient toujours par ce trio que débutait les initiatives et donc l'engagement. Elle a, la semaine suivante, relancé oralement sa démarche afin d'impliquer un maximum d'agents en insistant sur le fait qu'il serait préférable que ceux-ci se positionnent sur des résidents avec lesquels ils ont des affinités, sinon elle se verrait d'en l'obligation d'imposer des identités arbitrairement. A la fin de la journée, il n'y avait toujours pas de nouvelles inscriptions.

La durée de mon stage ne m'a pas permis d'observer la conclusion de cette sollicitation.

A mon sens, ce projet avait plusieurs intérêts. Il permettait aux agents de développer une autre compétence que la prise en soins. C'était aussi l'opportunité de mieux connaître les résidents afin d'optimiser leurs relations. De plus c'était une tâche leur permettant pour un temps d'avoir une activité moins intense et moins physique.

Quel a donc été le frein pour ces agents? Est ce la crainte de s'immiscer dans la vie privée des résidents, est-ce la crainte de l'écriture, est-ce le manque d'intérêt?

---

<sup>9</sup> Professeur en sciences de l'éducation Université Rennes2

Est-ce la stratégie adoptée par le cadre pour leur faire part de "son" projet ?

En analysant cette situation, je me rends compte de mon manque de réactivité, il aurait été intéressant que je demande à ces soignants le motif de leur réticence. Cela m'aurait peut-être permis de mieux comprendre et aurait pu alimenter mon analyse.

#### 2.4. Entretien exploratoire:

A la suite, j'ai pu mener avec la cadre de cette institution un entretien exploratoire afin de recueillir son témoignage. J'avais établi un entretien semi directif avec cinq questions et une relance.

Le début de l'entretien a été l'occasion pour la cadre de santé de définir sa communication: les idées retenues sont l'écoute, la possibilité de laisser chacun s'exprimer, donner du temps à la parole et la disponibilité. Selon elle, le contexte d'échange permet une meilleure implication des agents dans les changements. De la compréhension des agents dépend l'atteinte des objectifs qu'elles s'est fixée, elle évoque donc l'adaptation du langage. Sans l'avoir orientée sur mon sujet, elle arrive dès les premières phrases à exprimer les idées que j'ai énoncées plus en avant, à savoir la difficulté dans la communication organisationnelle.

Elle mentionne que les agents ne peuvent pas être réceptifs lorsqu'ils sont « parasités » par des problèmes tels que les conditions de travail et en l'occurrence faire face à l'absentéisme. Cela prévaut sur le message reçu et ne lui donne pas sens car ce n'est pas la priorité du moment. En effet, selon elle, l'implication des agents dépend du sens qu'ils donnent au message. Il est donc important pour elle, de varier les outils de communication, les moments. Cela peut changer toute la perception des messages.

Elle mentionne aussi la notion d'éléments moteurs qui suscitent l'engagement mais mentionne pour les autres la dimension de temporalité, c'est-à-dire laisser le temps à la réflexion, au cheminement sans avoir l'air d'insister.

Elle introduit également une notion que j'avais commencé à évoquer lors de mes lectures exploratoires: le cadre de santé lors de sa communication doit-être un animateur. Pour les changements d'organisation, il doit favoriser les moments d'échange comme les réunions où il doit confier des rôles différents aux agents afin de les impliquer (il y a celui qui transcrit, qui gère le temps...). Le cadre, lui, prend du recul pour laisser les agents trouver leurs solutions et ainsi s'impliquer et éviter les phénomènes de résistance.

Cet entretien a donc confirmé ma position dans le sens où la cadre de santé mentionne des concepts que j'ai évoqué tels que l'implication des éléments moteurs, la disponibilité du

cadre, l'écoute. Mais elle instruit également mon questionnement de nouveaux éclairages. Elle introduit le rôle d'animateur du cadre, la temporalité et le libre arbitre des soignants pour trouver eux même les solutions en termes d'organisations.

A ce stade de ma réflexion, le terme d'animateur induit chez moi un besoin de précision pour mieux comprendre l'intérêt de ce rôle dans ma fonction. Selon le dictionnaire Larousse : *l'animateur est une personne qui est l'élément dynamique d'une entreprise collective. C'est une personne chargée de l'encadrement d'un groupe d'enfants, de vacanciers, d'adultes, et qui propose des activités, facilite les relations entre les membres du groupe, suscite l'émulation, l'intérêt,...* Selon JC Abric (1999 p85) l'animateur d'un groupe ne doit pas défendre son statut d'animateur, son objectif est que la fonction animation soit exercée par le groupe pour créer un événement positif de la vie du groupe. L'animateur se place en observateur et au besoin en régulateur.

Grosjean M & Lacoste M. (1999 p193) expliquent que l'animateur est une figure, un responsable qui va permettre aux gens de se mobiliser pour faire vivre un projet. Il le représente et permet au groupe de s'y identifier. Selon eux, animer est un mixte complexe de comportements quotidiens, d'interactions, de veille, d'écoute et d'interventions au moment pertinent. Cet espace de proximité entre cadre de santé et soignants laisse percevoir une médiation, une marge de liberté que l'on pourrait apparenter à de la négociation. En effet, le cadre en se postant animateur recherche la compréhension, la recherche de solutions et la notion de « donner du sens » à ce qu'il dit.

Effectivement, ce rôle s'identifie clairement à la fonction du cadre de santé et introduit la notion de facilitateur de liens, d'incitateur d'enthousiasme, facteurs propres à l'implication.

Sandra Le Meur dans son article (2011) mentionne effectivement que le rôle d'animateur du cadre de santé le positionne au centre de l'information. Il assume un rôle d'articulation pour transmettre un message, il crée un lien. Elle rajoute que: *« l'acte de communiquer est bien plus subtil puisque le but ultime n'est pas que le message soit arrivé au destinataire mais qu'il provoque l'effet escompté sur ce dernier ».*

D'après Mintzberg, le cadre a un « rôle d'agent de liaison » (2006, p. 73). Il entretient des relations avec son environnement afin d'obtenir ou transmettre des informations utiles à son travail. Il a une place centrale dans la circulation du flux d'informations. Mintzberg détermine deux rôles différents au cadre celui de porte-parole quand il s'agit de communiquer des informations à l'extérieur de l'organisation et de diffuseur pour transmettre les informations aux agents sous sa responsabilité.

## 2.5. La question de recherche.

L'intérêt que je porte à la communication qui implique une action/réaction des soignants m'a fait m'interroger sur mes pratiques professionnelles. Beaucoup de questions et de termes ont émergé de ma réflexion, de mes lectures et de l'apport d'une autre professionnelle cadre de santé. D'ailleurs, ces sujets et interrogations se regroupent et se recourent régulièrement dans la littérature et dans le quotidien professionnel. Cette communication est un vaste sujet passionnant et riche de valeurs professionnelles.

En effet, comme nous avons pu le constater au cours de la présentation de ce contexte professionnel, celle-ci suppose un échange qui ne soit pas à sens unique et qui permette à chacun d'y trouver un intérêt personnel.

Actuellement, nous souhaitons tous communiquer efficacement alors que bien souvent nous ne faisons que transmettre des propos à sens unique, non porteur de sens et qui ne font que s'accumuler dans «un stock d'informations» dont les agents ne savent que faire.

Le manque de temps, de rencontres formelles, la résistance au changement complexifient un peu plus le processus et multiplient les écueils. Il est donc indispensable que le cadre de santé en prenne connaissance puis conscience pour adapter sa stratégie et sa posture de manager animateur pour entraîner son équipe non derrière lui mais avec lui.

De façon symbolique, pour optimiser la communication, le cadre doit-il être un pilote, c'est à dire la personne à l'avant ou un capitaine de bateau qui mène son équipage avec un regard arrière?

Christian Michon<sup>10</sup> (1994) mentionne dans un article sur le web que «*l'évolution du management des organisations a conduit à considérer la communication interne comme une fonction à part entière*». Celle-ci est alors un levier stratégique de management qui influence les performances de l'organisation.

La réflexion engendrée par l'écriture de ce contexte professionnel m'a amenée à m'interroger sur l'impact de comportement du cadre de santé lors de sa communication avec les équipes. Mon interrogation principale se situe dans la dimension d'une communication engendrant une action réfléchie et anticipée telle une tactique contrairement à une démarche spontanée qui serait moins porteuse de sens.

---

<sup>10</sup> Professeur de marketing à l'ESCP

Ainsi de nombreuses de mes interrogations mériteraient, pour ma gouverne, des réponses, mais afin de m'apporter un maximum de supports et d'aides dans ma pratique quotidienne je choisis de tenter de répondre à celle-ci :

**Quelle stratégie de communication du cadre de santé facilite l'implication des agents lors d'un changement d'organisation ?**

### Hypothèses:

- Le cadre par son rôle d'animateur favorise l'implication des soignants en leur permettant de donner du sens aux changements d'organisations.
- L'espace de négociation induit par la stratégie de communication du cadre permet aux soignants de s'impliquer pour mettre en œuvre les changements d'organisations.

Pour progresser dans ce travail de recherche, une première partie consacrée au cadre conceptuel apportera des éclairages théoriques sur les différentes dimensions abordées. Le premier chapitre sera centré sur la communication du cadre de santé en approfondissant les notions de stratégie puis d'animation et de négociation dans le management.

Le deuxième concept plus centrée sur les soignants, sera celui de l'implication auquel j'associerai la notion de sens au travail et la mise en place du changement.

Ensuite, je présenterai mon choix de la méthodologie de recherche, les objectifs et le déroulement des entretiens ainsi que les personnes interviewées.

En troisième partie, l'analyse et l'interprétation des entretiens soignants devra permettre de les mettre en lien avec les concepts étudiés, de dégager des tendances. Enfin, une synthèse tentera de répondre à la question de recherche et d'affirmer ou infirmer les hypothèses.

Lors de la conclusion, j'expliquerai les apports fournis par ce travail, en quoi il m'a permis de mener une réflexion plus élargie sur mon rôle de cadre, et quelles perspectives y sont associées ?

### 3. CADRE CONCEPTUEL

#### 3.1 la communication en lien avec le management du cadre de santé

##### 3.1.1 THEORIES DE LA COMMUNICATION

a) sa définition.

Le terme communication vient du latin, *communicatio* qui signifie « mettre en commun, être en contact avec ». Suivant les contextes et les situations, la définition est plurielle. Je choisis d'en tracer quelques unes correspondant à ma situation.

Dans le dictionnaire Larousse c'est une : « *Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose. Action de mettre en relation, en liaison, en contact* »

Cela peut aussi être le fait de faire un exposé devant un groupe.

Pour le dictionnaire des sciences humaines c'est « *l'action de transmettre des informations à un récepteur par le biais d'un canal* ».

Pour Didier Anzieu<sup>11</sup> et Jacques Yves Martin<sup>12</sup> (2006 p 189) « *La communication est l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation de une (ou plusieurs) personne(s) – l'émetteur – avec une (ou plusieurs) personne(s) – le récepteur, en vue d'atteindre certains objectifs* ».

Il me semble important de définir la différence entre information et communication.

##### **L'information**

Elle se définit selon le dictionnaire CNRTL suivant trois champs :

✓ *Action d'une ou plusieurs personnes qui font savoir quelque chose, qui renseignent sur quelqu'un, sur quelque chose.*

✓ *Action de s'informer, de recueillir des renseignements sur quelqu'un, sur quelque chose*

✓ *Ensemble des activités qui ont pour objet la collecte, le traitement et la diffusion des nouvelles auprès du public.*

Toujours selon Anzieu et Martin (1968): « *l'information est à la fois une opération (l'action d'informer) et un contenu (ce qui informe) tandis que la communication est l'ensemble des*

---

<sup>11</sup> Psychanalyste et professeur de psychologie

<sup>12</sup> Neuropsychiatre et psycho sociologue

*processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation ».*

En résumé, l'information serait le contenu du message et la communication le processus qui permet de mettre en forme et de diffuser ce contenu.

#### b) Historique

D'après Lucien Sfez<sup>13</sup> (2010), dans l'antiquité comme dans la cité chrétienne, on ne parlait pas de communication car elle était au cœur même des principes de la société. Elle était au centre de toute activité. Elle était évidence.

Depuis la seconde guerre mondiale, le monde a subi une évolution culturelle considérable. La perte de repères, de symboles tels que L'Histoire, l'église, l'armée, l'égalité, la Nation, la Liberté, la famille ont fait basculer les modèles traditionnels sur lesquels reposaient la stabilité du monde. Désormais la compréhension, les significations du monde, menées autrefois par la culture de la tradition, doivent-être construites, expliquées par les échanges entre les acteurs. C'est dans cette béance que sont nées les sciences de la communication.

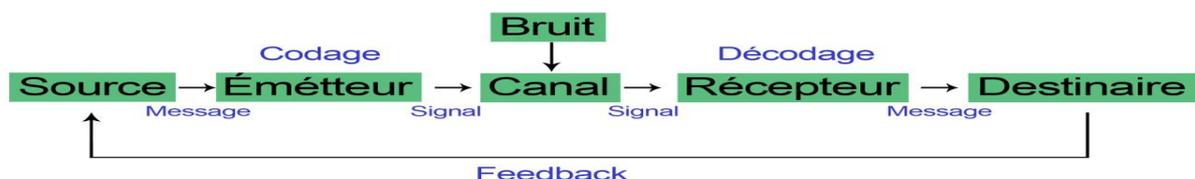
Toujours selon Sfez, *«la communication devient la Voix unique, qui seule peut unifier un univers ayant perdu en route tout autre référent...».*

Meryem Le Saget<sup>14</sup> (2013.p16) écrit que le pouvoir du 20ème siècle reposait sur le territoire et sur l'argent et que celui du XXIème siècle repose sur le partage de l'information et les capacités relationnelles.

#### c) Deux modèles d'analyse :

Deux grands modèles d'analyse dominent ce concept de communication:

- Le modèle dit « techniciste » ou « analytique », élaboré en premier lieu par Shannon en 1952 dans le cadre de la théorie de l'information. Pour lui c'est la transmission d'un message d'un endroit à un autre ou la mise en relation d'un émetteur et d'un destinataire ou récepteur.



<sup>13</sup> Agrégé de droit et de sciences politiques

<sup>14</sup> Experte internationale en vision partagée, conduite du changement, conférences et conventions interactives.

La communication est toujours définie comme la “transmission de l'information d'un point A vers un point B, avec un effet de feed back”.

L'émetteur qui souhaite donner une information doit la traduire en un langage compréhensif pour le destinataire : c'est le codage.

Ce message est émis grâce à un support appelé canal de communication et ainsi parvient au destinataire ou récepteur. Celui-ci s'approprie et comprend le message grâce au système de décodage. Ce système prévoit pour être efficace une modalité de contrôle, de régulation et de traitements des erreurs appelé « feed-back » ou boucle de rétroaction du récepteur vers l'émetteur. Ainsi le discours provoque chez l'interlocuteur une réaction mesurable utile pour améliorer le message. Le feed-back permet de réguler les relations avec l'environnement.

La principale critique de ce modèle est qu'il ignore que la communication est effectuée par des individus ou des groupes pour lesquels vont intervenir des facteurs psychologiques, des contraintes sociales avec un système de normes et de valeurs.

Karl Rogers<sup>15</sup> a développé une théorie fondée sur l'écoute profonde par l'empathie qui consiste à entrer dans l'univers de l'autre pour le comprendre et ressentir les choses de son point de vue. De linéaire, la communication devient un échange c'est-à-dire deux complexes ouverts.

C'est pourquoi il existe un système d'analyse psychologique de la communication.

- Le modèle psychosociologique.

Selon Abric (1999 p9) «*La communication est l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation sociale donnée.*»

Les processus de communication sont donc essentiellement sociaux.

Il n'y a donc pas seulement un émetteur et un récepteur mais deux interlocuteurs. Apparaît alors la notion d'interaction qui se présente comme un phénomène dynamique produisant une transformation.

Watzlawick<sup>16</sup> (1979) membre de l'école Palo Alto considère que l'on ne peut communiquer que si les émotions, la motivation et la raison s'entremêlent étroitement. Cela sous tend que la communication n'est pas seulement une expression orale mais c'est un système à canaux

---

<sup>15</sup> Psychologue

<sup>16</sup> Psychologue, psychothérapeute, psychanalyste et sociologue, membre fondateur de l'école Palo Alto

multiples. C'est à dire que les gestes, les mimiques, la position corporelle et les silences sont eux aussi des actes de communication. Elle vise un objectif. Le système de communication, selon lui, est donc une relation spécifique entre des interlocuteurs déterminée par leurs statuts, fonctions sociales, positions institutionnelles, environnement culturel...

Il écrit encore qu'il est évident que la communication est une condition sine qua non de la vie humaine et de l'ordre social. *« Il est non moins évident que l'être humain est engagé dans le processus complexe de l'acquisition des règles de la communication mais qu'il n'a que très faiblement conscience de ce que constitue ce corps de règles, de la communication humaine ».*

Grégory Bateson et Don D Jackson, membres également de l'école Palo Alto écrivent que le système de la communication ne se réduit pas à la somme de chacun des ses membres. Ils ajoutent : *« Ce n'est pas la psychologie individuelle qui peut expliquer le comportement du groupe, mais le système et son contexte qui permettent de comprendre le comportement d'un des ses membres ».*

En effet, Watzlawick explique que la communication affecte le comportement. C'est ce qu'il appelle *« l'aspect pragmatique »*. Il considère ainsi que les deux termes de communication et de comportement sont pratiquement synonymes. Ainsi les données pragmatiques ne sont pas seulement les mots mais aussi leurs sens non verbaux et le langage du corps. Selon cette conception, il développe que tout comportement est communication et toute communication affecte le comportement.

En outre, il développe que : *« toute communication suppose un engagement et définit par la suite la relation qui ne se borne pas à transmettre une information et qui se comprend en fonction du contexte ».*

Pour approfondir ce concept je me suis également appuyée sur un troisième auteur qui a également contribué à expliciter ce concept. Il s'agit de Mucchielli (2006).

Ses théories me permettent d'approfondir ce concept d'un point de vue professionnalisant car il adapte ses connaissances de la communication au service du travail et plus particulièrement de l'entreprise.

Il distingue entre autres dans la communication des entreprises :

- la communication interne
- la communication managériale
- la communication implicite du manager

La communication interne est selon lui l'ensemble des actions qui visent à faciliter l'adhésion des personnels aux valeurs et aux objectifs de l'entreprise, à motiver et à faciliter le travail en commun. Ceci afin de permettre aux individus de trouver le sens de leurs actions dans l'entreprise.

La communication managériale quant à elle est issue de la hiérarchie et participe au management des hommes, soit à la motivation des personnels et à la cohésion sociale des entreprises. Il explique qu'il faut ainsi, « *contrairement au taylorisme, se servir de l'intelligence des travailleurs afin que ceux-ci s'impliquent, participent et se mobilisent* ». Il mentionne en s'appuyant sur les écrits de Le Goff (1992) qu'en contre partie de cet engagement, le souci constant des chefs est l'épanouissement des travailleurs et leur santé "physique et mentale.

Enfin dans la communication implicite du manager, l'auteur explique que la communication n'est pas le message mais une conduite (ceci revient à la théorie communication/comportement de Watzlawick). Il souligne que le manager communique sans arrêt y compris quand il s'enferme dans son bureau. Il communique ainsi qu'il ne veut pas être dérangé. Il est donc primordial que la communication dite globale soit cohérente, c'est à dire que le langage ne doit pas être en contradiction avec le paralangage. Car selon Mucchielli, les études montrent que les personnels sont extrêmement sensibles à la concordance entre les dires et les actes des dirigeants.

Plus récemment, Meryem Le Saget (2013 p 17) écrit que « *la personne est le message et qu'il faut être vigilant avec le non verbal dissonant* ». Elle écrit ainsi « *ton corps parle si fort que je n'entends pas ce que tu dis* ». Il faut donc que le manager ait le souci de rester accessible en expliquant simplement malgré les situations complexes. Elle explique aussi que la qualité de communication repose sur des compétences relationnelles tels que créer le contact avec empathie, comprendre chacun en développant la confiance. L'intégrité et l'authenticité deviennent des atouts majeurs pour favoriser la vitalité des équipes.

Cette théorie valide ainsi l'idée que la position des interlocuteurs modifie la relation.

Edward Hall <sup>17</sup> identifie le concept de proxémie dans l'interaction entre les individus. Cette proxémie est la distance établie selon les circonstances de la communication.

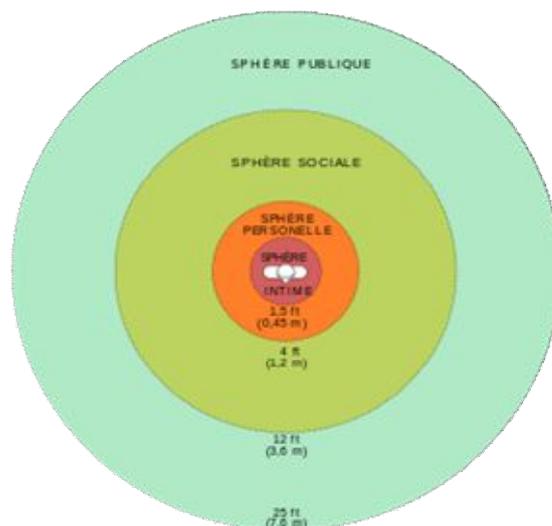
Il identifie quatre distances différentes :

---

<sup>17</sup> anthropologue américain

- La distance intime qui permet un contact physique. C'est la proximité la plus proche et il s'agit de relations d'amitiés ou familiales. La distance est inférieure à 0,45 mètre.
- La distance personnelle est plus conventionnelle. Elle représente les relations au travail, le contact physique est limité à une poignée de mains pour dire bonjour par exemple. Cette distance entre les individus est comprise entre 0,45 et 1,2 mètre.
- La distance sociale est la forme de relation que nous avons avec des gens inconnus dans un contexte collectif comme par exemple ceux croisés dans la rue. Cette distance est comprise entre 1,2 et 3 mètres.
- La distance publique permet une communication au sein d'un groupe, lors de réunions. Elle est dite approchée avec une quantité de personnes restreinte, ou lointaine si elle concerne la relation au sein de groupes de grandes envergures (conférences, ...). La distance est comprise entre 3 et 7 mètres.

Ces différentes distances sont représentées dans le schéma suivant :



**Tableau 1 : Diagramme des sphères proxémiques selon Hall (« Proxémie », 2014)**

Il détaille ainsi que dans chacune de ces proxémies, la relation est différente, la communication est variable et a un impact différent sur les informations à transmettre. La position des interlocuteurs conditionnerait donc l'impact du message.

Plusieurs dimensions se rapprochent donc de l'acte de communiquer : communiquer c'est :

- Parler
- Transmettre

- Se centrer sur l'autre
- Se faire comprendre

Les travaux de Korzybski (1966) traduit dans le livre de M Le Saget (2013) démontrent que c'est « *une tromperie d'imaginer qu'un mot n'a qu'une seule et unique signification* ». Donc pour bien communiquer, mieux vaut choisir le niveau plus simple possible, le plus proche des faits de façon « *à limiter un maximum les distorsions inévitables dans le champ des émotions et opinions* ».

Cela suppose aussi de faire l'effort de comprendre l'univers de l'autre et de décoder les multiples interactions de ce système. C'est ce que l'on appelle la communication globale et systémique. Ce phénomène a été étudié par *l'analyse transactionnelle*. L'essentiel n'est plus le message mais la transmission. Elle définit trois positions principales à prendre au choix dans une communication, à savoir :

- Le parent : toujours en position haute pour juger ou protéger. La communication est dite complémentaire, c'est à dire que la faiblesse de l'un est compensée par la force de l'autre. Elle devient croisée lorsque les rapports de force entre les partenaires alternent. Ceci peut créer une rupture dans la communication car elle crée la surprise chez les interlocuteurs.
- L'enfant : peut-être spontané, créatif, soumis ou rebelle. Cela peut-être la réponse à un manager qui prend la posture de parent par exemple.
- L'adulte : c'est la seule position positive et constructive car c'est une relation d'égal à égal, mais cette relation est très rare et doit être apprise. La communication dans ce cas est appelé symétrique. Elle peut occasionner des conflits en provoquant des surenchères progressives ou bien créer un climat de co-création avec des échanges fructueux et constructifs.

Ces trois positions dans la communication ne sont jamais définitives car chacun tente tour à tour de renverser les termes de l'échange à son profit. Néanmoins selon les travaux d'Eric Berne<sup>18</sup> (1983) certains affichent une prédilection pour certains rôles. Les relations les plus naturellement développées sont plutôt de type parent/enfant surtout lors des rapports de force.

---

<sup>18</sup> Psychiatre

Toujours selon Berne, il y a un bénéfice à rester dans cette position qui évite d'entrer dans la relation constructive d'adulte à adulte, d'égo à alter égo. Il est plus simple de maintenir l'inertie.

En résumé, M le Saget soutient qu'au sein du travail, on ne peut considérer qu'une communication est mauvaise. Le manager doit apprendre à voir, comprendre la situation dans son ensemble en adoptant un point de vue global pour percevoir tous les éléments et toutes les interactions qui entrent en jeu. Ceci permet d'appliquer une règle d'or pour les managers : ne pas s'arrêter aux apparences.

### 3.1.2 \_COMMUNICATION ET STRATEGIES

#### a) La stratégie :

Au cours de mes réflexions c'est une phrase de Mucchielli qui m'a amenée à m'interroger sur la stratégie dans la communication. Il écrivait donc : « *la stratégie de communication va permettre de motiver l'ensemble d'une équipe autour d'un objectif commun dans le but de provoquer une réaction définie.* ». Dans la partie contexte professionnel, j'avais commencé à définir brièvement ce terme. Je complète ici sa signification.

Selon le dictionnaire CNRTL : la première signification porte sur le domaine militaire. C'est *l'art d'organiser et de conduire un ensemble d'opérations militaires prévisionnelles et de coordonner l'action des forces armées sur le théâtre des opérations jusqu'au moment où elles sont en contact avec l'ennemi.*

Le deuxième sens signifie *l'ensemble d'actions coordonnées, d'opérations habiles, de manœuvres en vue d'atteindre un but précis. C'est une manière d'organiser, de structurer un travail, de coordonner une série d'actions, un ensemble de conduites en fonction d'un résultat.*

Martinet <sup>19</sup>(1990, p213) la définit ainsi : « *la stratégie consiste à concevoir, réunir, et manœuvrer des forces énergies, de façon délibérée, pour introduire des changements avantageux dans la situation conflictuelle identifiée afin de réaliser efficacement le projet politique de l'acteur concerné*». Il ajoute que la stratégie constitue l'ensemble des décisions dans toutes les circonstances susceptibles de se présenter dans le futur. Il complète en écrivant

---

<sup>19</sup> Professeur agrégé de centre de gestion

(1993. p 72) que « *le discours sur la stratégie est un anxiolytique pour les dirigeants et leur sert ainsi de réponse aux problèmes actuels* ».

Kempf<sup>20</sup>(1992, p27) la définit comme l'art de combiner des actions, des moyens pour en arriver à une fin. La stratégie consiste à planifier les moyens à mettre en œuvre pour atteindre des objectifs fixés.

Selon JP. Boutinet<sup>21</sup> (1990) « *la stratégie constitue l'ensemble des décisions dans toutes les circonstances susceptibles de se présenter dans le futur* ». Il fait l'inventaire des différents moyens à prendre et ce qu'ils impliquent pour se les approprier. La stratégie est chargée de gouverner l'action au regard du projet et des circonstances, en comptant un certain nombre de ressources...Il décrit que le choix stratégique est toujours fait en fonction d'une double référence : le projet entrevu, la situation analysée.

Pour rapprocher cela à ma pratique professionnelle, je cite Marie Claude Moncet (2013 p19). Elle écrit que « *le cadre est un acteur du système dont les missions légitiment le fait qu'il définit et met en œuvre ses propres stratégies* ». Selon elle, le cadre stratège agit sur un système d'action concret qu'il conduit et fait évoluer en fonction des finalités et des intérêts de tous les acteurs (patients, professionnels, hiérarchie). Elle ajoute que le cadre stratège tente au travers de management d'équipe, de trouver dans le changement prescrit un espace de liberté commun et acceptable pour tous les acteurs du système.

Mintzberg (1994.p 46) note que la planification stratégique est devenue la seule approche admise dans le management actuel. Il écrit qu'elle est une sorte de religion, mais que très peu de stratégies sont mises en œuvre. Il ajoute ainsi qu'il y a une discordance importante entre la stratégie planifiée et celle réalisée. La véritable stratégie, selon lui, émerge au fur et à mesure que se déroule l'action.

#### b) La stratégie de communication :

Elle est née avec l'avènement de l'ère industriel et la consommation de masse

Elle est définie comme une action rationnelle, planifiée, vers l'atteinte de ses objectifs. Elle pourrait s'apparenter à la méthode du « **QOOQCP** » qui permet de cerner toutes les dimensions du problème, d'obtenir des informations élémentaires suffisantes pour identifier

---

<sup>20</sup> Agrégé d'économie et gestion

<sup>21</sup> Docteur en sociologie

ses aspects essentiels. Elle adopte une démarche d'analyse critique constructive basée sur le questionnement systématique : QUOI : quelle action ? QUI ? Auprès de quelle cible ? Où ? QUAND ? COMMENT ? : Par quels moyens adaptés à chaque cible ? POURQUOI : quels sont les objectifs ?

De nombreux auteurs s'entendent à parler depuis les années 80 de stratégie de communication. Elle est entrée dans les préoccupations de la gestion des entreprises et des organisations.

Schneider <sup>22</sup>(1994) s'est intéressé plus précisément à celle-ci. Il écrit que « *la communication de simple technique de diffusion est devenue aujourd'hui une fonction stratégique de l'entreprise* ». Ainsi « *la stratégie concerne les grands choix en matière de communication, elle ne doit pas être confondue avec les actions auxquelles elle conduit* ». Elle doit-être élaborée de façon délibérée. La place de la communication dans la stratégie résulte d'une volonté réfléchie.

Pour Martinet, la communication est devenue un élément essentiel de la stratégie. « *Elle se construit dans une perspective conflictuelle où il s'agit de conquérir ou défendre des positions* ». C'est ce rôle qui est attribué au stratège en communication c'est à dire imposer une image, une manière de penser et d'agir.

Le stratège a entre autres objectifs celui de transformer une situation à son avantage.

Le communicateur, à la manière du stratège sur le terrain de la guerre, prend en compte l'environnement afin de saisir les opportunités présentes. Dans cette théorie, les différents acteurs sont des adversaires à convaincre ou des ennemis à vaincre et non pas des partenaires. Le travail de communicateur s'est développé avec l'exigence du marketing. Il est ainsi devenu stratège.

Cette pensée semble nous éloigner considérablement de la dimension des soins et intègre des notions que les professionnelles de santé, de par leurs idéologie du métier, leur formation, ignorent.

Lionel Brault<sup>23</sup> (1992. p72) écrit que : « *la stratégie en communication est une façon de se rassurer, ou bien un écran, voire un passage sémantique obligé* ».

Habermas<sup>24</sup> (1976.p225-246) mentionne que « *la communication dans sa version stratégique est une fonction de direction, elle est un instrument au service de l'entreprise* ». Il ajoute qu' :

---

<sup>22</sup> Enseignant à l'institut d'administration des entreprises

<sup>23</sup> Consultant en communication

*« elle sert la rationalité instrumentale par opposition à la rationalité communicative basée sur l'interaction. Elle est donc un moyen pour convaincre, pour imposer une logique et se situe dans un rapport de pouvoir et d'imposition dans le but de changer les interlocuteurs et non de construire avec eux des informations communes et des ententes ».*

Dans ce sens, il interroge : la communication stratégique consiste t'elle en une véritable communication ?

Philippe Breton <sup>25</sup>(1992) étoffe cette théorie en écrivant que :

*«la grande perdante de cette stratégie de communication est la communication elle-même dont le rôle essentiel de créatrice de lien et de sens entre les humains a été relégué à l'arrière plan. Il écrit que ce simulacre de la communication a gonflé l'utopie communicationnelle actuelle ».*

Ainsi, la communication dans sa conception stratégique a montré ses limites. Elle doit, plutôt que d'être une fonction d'expert, redevenir une activité des êtres humains.

La communication est donc un concept où se mêlent étroitement les émotions, la proxémie et différentes interactions tels que les comportements et le non verbal qui potentialisent ou au contraire déprécient l'acte de communiquer. Lorsqu'elle est établie avec cohérence, elle permet de faciliter le travail, d'impliquer en permettant aux agents de trouver du sens. D'après les auteurs étudiés, tous s'accordent à dire que l'authenticité, la simplicité et la clarté sont des atouts majeurs. Pour conclure sur ce concept, il semble que le développement des stratégies quelles qu'elles soient dans le milieu professionnelle a pu faire perdre de vue l'authenticité des relations entre les individus. Il ressort en définitive que la réelle stratégie de communication augure un jeu de pouvoir, d'imposition d'idée, de perte de spontanéité et de simplicité. Néanmoins, en fonction des contextes, le cadre devra parfois se montrer stratégique dans sa vision des situations et dans sa capacité à intégrer l'environnement. Cette compétence permet d'amener doucement et justement l'équipe vers le dessein souhaité par le manager.

L'étude de ces théories m'amène à faire un lien avec une notion que j'avais commencé à évoquer dans la partie contexte professionnel : à savoir le cadre animateur négocie et laisse un espace de liberté aux agents pour négocier, proposer et créer des solutions qui pourraient permettre de donner sens au changement et ainsi de s'impliquer.

---

<sup>24</sup> Philosophe

<sup>25</sup> Professeur universitaire enseignant le journalisme

### 3.1.3 COMMUNICATION EN LIEN AVEC L'ANIMATION ET LA NEGOCIATION

#### a) Le cadre animateur, négociateur.

Selon le référentiel d'activités et de compétences du cadre de santé, le responsable de secteur d'activités de soin organise l'activité de soin, encadre et anime l'équipe d'un service de soins. Ainsi, ses compétences s'appuient sur des capacités transverses mobilisées dans différentes situations telles que : arbitrer, négocier, piloter, mobiliser, activer, et animer.

J et R Simonet (1987) écrivent que le rôle de négociateur des managers a été amené à se développer avec le changement des modèles d'organisation du travail. En effet, les salariés souvent plus éduqués demandent une autorité différente du modèle formelle et hiérarchique. Ils ne veulent plus être de simples exécutants, il est donc nécessaire pour l'encadrement de s'adapter, ajuster ses comportements et ainsi négocier.

Ils définissent la négociation « *comme une rencontre entre des acteurs pour une recherche en commun des divergences en trouvant un arrangement* ». Ainsi, les acteurs sont à la fois adversaires et partenaires avec paradoxalement des intérêts communs et opposés. Il y a donc une dynamique de la négociation apparentée à « *un jeu stratégique où l'objectif est la mise en œuvre de négociations coopératives de type gagnant- gagnant* ». Pour l'encadrement, il faut parvenir à un accord défini par une « *plage d'accord possible, fruit d'un compromis entre un idéal et un résultat minimal acceptable* ». Les études ont en effet montré que les meilleurs résultats sont objectivés dans ce contexte.

Dans la mesure où la négociation est un échange, il est indispensable que le cadre ait également un rôle d'animateur tel un animateur de réunion. Les objectifs visés étant de « *développer la cohésion et la cohérence au sein des équipes par la production commune d'idées* ». L'encadrant doit donc remplir deux fonctions essentielles qui sont la facilitation et la régulation. Celles-ci favorisent les échanges au sein du groupe. Le cadre est, en quelque sorte, le maître du jeu. Il est directif sur les procédures sans imposer son point de vue.

L'animation peut donc s'apparenter à une négociation ou une marge de manœuvre selon Marie Claude Moncet (2013) qui cite P Lebel. Celui-ci écrit que :

*« si l'on entreprend une négociation c'est avec l'espoir de faire évoluer quelque chose. Il n'y a pas dans ce cas de gagnant/perdant car négociateur n'est pas imposer ses idées mais au contraire d'ouvrir son esprit à l'écoute afin de s'enrichir ».*

Cet espace appelé degré de liberté s'exerce tout de même de façon structuré dans un contexte de règles et de pouvoir. Ceux-ci relèvent de jeux d'acteur dont l'effet structurant de règles permettent aux acteurs d'acquérir de l'autonomie et de prendre des initiatives.

En effet, intervient dans ce contexte la rationalité limitée des individus. Le cadre ne doit pas la perdre de vue pour maintenir le processus, les objectifs visés. En effet, selon Crozier et Friedberg<sup>26</sup> (1977), grâce à sa marge de liberté et de négociation, chaque acteur dispose de pouvoir sur les autres acteurs. Il s'opère donc « *une stratégie rationnelle visant à accroître ses gains* ». Cela signifie qu'il tentera à tout prix de mettre à profit sa marge de liberté pour négocier sa « participation ». Il manipule ainsi ses partenaires et l'organisation de façon à ce que cette « participation » soit « payante » pour lui. Fort de ce facteur, le cadre de santé doit donc considérer ce phénomène pour maintenir l'équité individuelle de chacun au sein du groupe.

Vincent Chagué dans son article (2007) écrit que la responsabilisation et la délégation permettent de renforcer l'initiative personnelle et de créer des espaces de liberté dans lesquels les membres de l'équipe peuvent exprimer leurs compétences et faire preuve de créativité. En laissant une certaine marge de manœuvre aux soignants, notamment dans la réflexion sur leur propre travail, cette autonomie conduit à terme à un meilleur épanouissement et à une plus grande motivation.

Myriem Saget (2013) mentionne que « *le manager du XXème siècle ne dirige plus du personnel ni même des salariés. Il anime des personnes, et chacune d'elle veut être considérées pour ses qualités propres et sa contribution particulière* ». Le manager doit donc individualiser ses échanges car les personnes exigent d'être considérées et traitées avec respect. Ainsi il libère leur motivation personnelle par son attention de tous les jours. Elle rajoute que le manager doit accepter de ne plus contrôler grand-chose. Selon elle, il peut tout au plus « *piloter les situations* ». En revanche, il sait arbitrer sans chercher à avoir raison, il préfère se mettre dans une situation de « *leader facilitateur* » afin de faire émerger dans son équipe des innovations et des solutions grâce à des méthodes collaboratives et « *un pilotage efficace des productions collectives* ».

Pour approfondir cette notion et la transférer professionnellement, je me suis appuyée sur les écrits d'Hesbeen<sup>27</sup> (2002, p105) qui parle de l'importance de laisser « *un espace de liberté au soignant comme acteur* ». En effet, « *le métier soignant est un art qui s'exerce dans des situations singulières nécessitant de constantes initiatives et adaptations* ». C'est la raison pour

---

<sup>26</sup> Sociologues

<sup>27</sup> Infirmier et docteur en santé publique

laquelle, un espace de liberté s'avère particulièrement nécessaire pour que le professionnel puisse y être auteur et acteur de qualité. De par sa présence, le cadre peut favoriser cet espace. Enfin, pour conclure ce thème d'animateur, Stephen Covey<sup>28</sup> écrivait que la première qualité que l'on peut trouver à un manager est son sens de l'animation d'équipe. Un bon manager est, selon lui, avant tout un animateur d'équipe. Il doit pouvoir communiquer facilement en donnant les informations nécessaires à la bonne réalisation des missions à accomplir. Il doit donner du sens à toutes les actions qu'il mène avec ses collaborateurs et justifier toutes les remarques qu'il leur fait. Il peut tout dire à condition de le faire dans le respect de l'autre et avec élégance.

Les salariés d'aujourd'hui ont besoin pour s'investir d'être considérés, de prendre des initiatives et d'être force de propositions. Dans ce sens, le cadre de santé doit adopter une position de négociateur et d'animateur pour fédérer les équipes. Sa position le met là encore en posture de stratège afin de gérer un complexe jeu d'acteurs où la recherche de pouvoir peut occulter l'atteinte d'objectifs. Il s'agit en effet de trouver avec l'aide des agents une organisation et un sens à la mise en place de changements d'organisations.

## 3.2 L'implication des soignants

La deuxième partie du cadre conceptuel s'intéresse à l'étude de l'implication des soignants qui peut émerger à la suite de la communication du cadre de santé. Dans cette partie, l'étude de ce concept précédera celle du sens au travail et du changement.

### 3.2.1 L'IMPLICATION

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

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

#### a) Qu'est-ce que l'implication au travail ?

M.Thévenet (2000) définit l'implication comme « *une notion qui traduit et explicite la relation entre la personne et son univers de travail* ».

---

<sup>28</sup> Professeur américain d'université et d'école de commerce

Il écrit que l'implication reste une démarche personnelle de l'individu et le manager ne peut, de son côté, que créer les « *conditions nécessaires à l'implication* ». Il rajoute qu'elle est entendue comme « *un engagement, un investissement des personnes qui se caractérise par une identification de la personne* ». C'est à dire que la personne s'implique dans une activité parce qu'elle s'y reconnaît, parce que l'activité lui permet de mieux réconcilier la réalité à l'idéal qu'elle a d'elle-même. Selon lui, l'implication servira à « *chercher le rapport que les gens tissent avec leurs expériences de travail* ».

Ainsi il écrit que si celle-ci dépend des personnes et de leur histoire, cela signifie que les managers et leurs méthodes doivent être modestes dans leurs ambitions. Il signe que « *la modestie est le début de la sagesse et de l'efficacité* ».

Néanmoins, il écrit une notion qu'il me semble intéressant de prendre en compte pour définir et surtout comprendre l'implication au travail, à savoir que la psychologie et la sociologie nous ont appris que les personnes avaient 2 caractéristiques :

- L'individualité : Chacun est différent dans ses compétences, sa personnalité, ses intérêts, stratégies et objectifs mais aussi dans ses systèmes de valeurs.
- La liberté. Elle signifie que l'autre ne sera jamais sûr des réactions de l'un à ses propres tentatives d'influence.

Ce qui signifie pour lui qu'il ne faut transférer nos propres valeurs du travail aux autres.

#### b) Les signes extérieurs de l'implication :

Thévenet reprend les travaux de Rojot pour définir qu'il existe au moins 3 signes assez communs pour repérer et penser les salariés impliqués. Etre impliqué signifie :

- C'est faire plus que ce qui est attendu.
- C'est donner au travail une place prépondérante.
- C'est faire autrement que ce qui est attendu.

Ces facteurs d'implication peuvent engendrer chez l'agent des ressentis différents, qu'il est bon de connaître afin de mieux comprendre ce qui s'opèrent. L'auteur liste 4 sentiments :

- le stress, la tension, l'angoisse : être impliqué n'est pas toujours agréable.
- la réalisation car être impliqué cela signifie que par des actions concrètes on réalise quelque chose.
- Le plaisir comme une sorte de rétribution personnelle.
- Et enfin, la fierté.

#### c) Les causes de l'implication :

L'auteur liste ensuite les aspects du travail qui peuvent engendrer les causes de l'implication :

- La valeur travail: le travail comme activité humaine est une valeur appelée aussi « éthique de travail ».
- L'environnement immédiat : c'est le lieu, l'entourage, le contexte dans lequel se reconnaît la personne.
- Le produit ou l'activité essentielle du travail qui peut produire un certain statut social dans la société.
- Le métier avec la notion d'expertise et d'appartenance à un milieu professionnel.
- L'entreprise dans le sens d'adhésion à des buts ou des valeurs.

#### d) L'implication au travail est-elle indispensable ?

Thévenet dans son ouvrage pose la question : « *les entreprises ont-elles besoin d'implication dans le travail ?* » car selon lui, il existe des personnes peu impliquées dans leur travail mais qui pour autant sont efficaces. En revanche il semble plutôt opportun de se poser la question ainsi: dans quelles situations l'implication semble indispensable ?

Vraisemblablement 4 situations ont été identifiées, sans les détailler il s'agit de:

- la situation de service (où la qualité de relations entre un agent et un « client » détermine la performance).
- les formes organisationnelles qui privilégient la prise de responsabilités et d'initiatives
- les situations de crise ou de sorties de crise.

Il semble que ces situations peuvent tout à fait être transférées aux organisations hospitalières. Il paraît donc indispensable que les agents hospitaliers soient eux investis dans leur travail afin que celui-ci rime avec qualité, efficacité et prises d'initiatives.

Dans ce cas, il est par conséquent logique de se demander :

#### e) Quels sont les freins à l'implication ?

Thévenet souligne qu'il s'est produit des évolutions qui ne favorisent pas globalement l'émergence de l'implication. Il les situe à 3 niveaux.

- Au niveau de la société dans son ensemble où l'implication n'est pas une valeur montante (crise des institutions, RTT, exigences économiques).
- Au niveau de la pratique des entreprises. Les décisions engagées ne donnent pas nécessairement l'envie de s'impliquer (exploitation des ressources humaines, complexité et exigences du travail, accroissement du travail nomade via la technologie engendrant une perte de contact... )

- Au niveau de la vie des personnes, les conditions actuelles ne valorisent pas indubitablement l'engagement institutionnel (conciliation difficile entre vie privée et vie professionnelle, l'allongement des carrières).

Néanmoins, il nuance ses propos en écrivant que c'est toujours la personne qui s'implique en toute liberté. Aucun des obstacles cités ultérieurement n'est fatal ni rédhibitoire pour l'implication. Ces freins dessinent juste un environnement non favorable. C'est donc à l'entreprise d'agir et de s'adapter.

Enfin, l'auteur explique qu'il ne faut pas s'arrêter à une vision binaire : ceux qui sont impliqués et ceux qui ne le sont pas. Il semble que tout le monde soit impliqué mais pas forcément de la manière et avec l'intensité que l'on attend. Dans ce sens, l'implication a de l'intérêt parce qu'elle crée une ressource qui doit- être exploitée pour produire quelque chose. En effet, elle résulte de la relation que les personnes ont tissé tout au long de leur expérience, il est donc important de la connaître, d'éviter qu'elle ne se déprécie et évidemment de l'exploiter.

Il est donc indispensable de respecter 3 conditions :

- La cohérence : Il faut que l'agent comprenne et s'identifie à l'institution et aux valeurs qu'elle renvoie.
- La réciprocité : l'entreprise doit elle aussi s'impliquer vis-à-vis de l'agent
- L'appropriation : Il faut que l'agent reconnaisse et s'approprie l'activité, les idéaux, l'image de l'institution. C'est réconcilier un idéal avec un réel.

En synthèse, selon Thévenet, la théorie principale à retenir est que l'on ne peut pas impliquer les personnes car ce sont elles qui s'impliquent. Ce sont elles qui font leurs propres choix et qui sont libres d'agir. Il soulève donc une notion fondamentale dans la gestion des agents : on ne peut changer les comportements, seules les personnes peuvent se changer et le font en fonction d'elles-mêmes. Au mieux, on peut les influencer c'est-à-dire les aider à se créer une situation ou des représentations qui les conduiront à agir, selon leurs perceptions, d'une certaine manière. Pour ce faire, il ne faut donc pas chercher à changer les gens mais s'ajuster à la reconnaissance de leur liberté.

#### f) Le rôle du cadre dans l'implication

Pour rapprocher le concept d'implication des organisations hospitalières et faire du lien avec mon sujet, je me suis rapprochée des théories de Walter Hasbeen.

Walter Hesbeen lors d'une conférence retranscrite dans *Perspective soignante* (2007. pp39.51), a défendu la thèse selon laquelle la hiérarchie ne peut décider de l'implication du professionnel qui reste le seul à pouvoir la consentir. Il rajoute que néanmoins un agent qui s'implique dans son travail sera rapidement découragé si l'environnement dans lequel il exerce ne se montre pas reconnaissant de la singularité de celui-ci et si l'institution ne lui montre pas sa considération. Enfin il montre que ce qui relie la hiérarchie, l'encadrement aux agents est le dialogue qui a pour thème le savoir œuvrer ensemble.

En revanche, favoriser l'implication, selon lui, ne se limite pas à reconnaître le professionnel en tant que ressource. Il est lui même Implication, motivation et satisfaction.

Il est nécessaire que les dirigeants et les cadres reconnaissent en chaque professionnel la capacité d'élaborer une pensée personnelle, de prendre la parole, de prendre des initiatives, d'accepter et de valoriser sa créativité. Il cite ainsi « *le degré de liberté judicieux* ».

Cette théorie se rapproche de celle de l'espace de négociation et de libre arbitre évoquée plus en avant dans le concept de communication.

#### g) Les différences entre implication, satisfaction et motivation :

Selon Vincent Chagué (2007), il existe une certaine confusion entre motivation, satisfaction et implication au travail. Il se propose de les distinguer.

L'implication: met l'action sur la relation qui s'est construite entre l'individu et son travail. Elle se caractérise par un attachement particulier à ce dernier et vient de l'expérience. L'agent s'implique dans son travail car il y trouve un certain plaisir. Il cite Thévenet qui écrit « *que l'implication est le résultat d'un apprentissage, plus qu'un moment de satisfaction* ».

La motivation : C'est la force qui pousse l'individu à faire quelque chose. Il cherche en lui les ressorts qui le pousse à l'action. Les sources de motivation sont :

- Intrinsic : cela correspond aux forces intérieures qui incitent l'individu à effectuer volontairement une activité. Elles relèvent de son histoire, de sa personnalité et de son fonctionnement. L'agent en travaillant retire du plaisir, de la satisfaction.
- Extrinsic : Elle dépend des incitations extérieures qui peuvent amener l'individu à se motiver pour obtenir un élément extérieur au travail lui-même tel qu'une prime, une promotion ou une reconnaissance sociale.

Le « *guide de l'autodiagnostic des pratiques de management en établissements de santé* » publié en 2005 par la haute autorité de santé donne plusieurs recommandations aux cadres de santé pour établir les conditions favorables à la motivation et l'implication des personnels soignants: fixer des objectifs clairement définis, responsabiliser et déléguer, apprécier les performances individuelles et collectives et rétribuer avec équité.

Les auteurs de ce rapport notent que l'on ne motive pas au travail des individus, on crée les conditions pour qu'ils se motivent eux-même. Ils précisent qu'il n'y a pas de personnes motivées ou non motivées dans la mesure où chacun construit sa motivation à partir des besoins et des situations qu'il rencontre dans environnement professionnel.

Ce qui signifie qu'il s'agit de donner aux soignants un contexte favorable à leur motivation et leur implication.

La motivation se nourrit de la perception que l'individu a d'être reconnu dans son travail.

La satisfaction : elle traduit un état, elle est procurée par l'expérience de travail. Dans ce cas, l'individu va chercher à continuer à maintenir cet état.

Pour faire un lien concret entre ces 3 concepts, un soignant recherche la satisfaction de ses attentes alors que le cadre de santé recherche l'implication de celui-ci afin qu'il travaille au mieux. En revanche, le soignant est motivé pour obtenir une satisfaction alors que le cadre cherche à motiver le soignant. V Chagué cite F Alexandre Bailly qui a écrit que « *la motivation est le processus qui permet de faire des liens entre l'implication et la satisfaction* ».

Il poursuit sa théorie en soulignant que lorsqu'un cadre de santé souhaite motiver un agent cela signifie qu'il veut que celui-ci s'implique, s'investisse dans ses missions. Pour cela, le soignant doit satisfaire ses besoins car il ne se motive que par lui-même. L'intervention du cadre n'est dans ce cas que limitée.

Pour impliquer les soignants, il est donc nécessaire d'apprécier les performances individuelles et collectives. Il faut, ainsi, mettre en place un système de communication des performances de chacun afin que l'agent s'approprie le travail dans lequel il s'implique. Ainsi, communiquer dans la transparence avec l'ensemble de l'équipe est un élément favorable à une meilleure implication des individus dans le travail.

Il existe un outil d'analyse et d'évaluation de l'implication, de la mobilisation des individus au travail. Il est largement utilisé dans les établissements de santé britanniques mais peu en France. Il s'agit du référentiel IPP (Investor in people) qui part du principe que le capital humain est le moteur de la réussite et que la mobilisation résulte d'une impulsion de la hiérarchie, de l'encadrement. Ce plan est décliné en 4 étapes :

- Développement des compétences avec le soutien de l'encadrement. Il est essentiel que le personnel ait la conviction que leur contribution sera reconnue.
- Communication des projets institutionnels en définissant des objectifs contributifs pour chacun des membres de l'équipe.

- Soutien efficace au développement et à la valorisation des compétences, particulièrement des compétences des cadres de santé en matière d'implication des équipes. Pour ce faire, il est nécessaire de penser à la création d'outils favorisant le dialogue, la participation, la reconnaissance.
- Mesure de l'impact sur la performance de la volonté et de l'engagement de tous avec une fluidité du système de communication, une recherche et un encouragement de la créativité.

Néanmoins, cette piste de travail est actuellement loin d'être généralisée. Il résulte que le management doit-être fondé sur des objectifs clairs et poursuivis, une transparence dans la communication, la reconnaissance du travail des agents ainsi que l'écoute de leurs besoins et la valorisation de leurs compétences.

Au travers de cette étude, il ressort que le cadre a une fonction qu'il doit savoir modeste mais néanmoins essentielle dans l'implication de ses agents. Ce n'est pas lui qui crée l'implication mais il est responsable de l'environnement et des conditions qui favorisent l'implication des agents dans leur travail. Il favorise et valorise la cohérence, la transparence, la reconnaissance. Ces atouts ne prennent sens auprès des agents qu'au travers d'une communication riche des atouts décrits dans le concept de communication.

### 3.2.2 IMPLICATION ET RECHERCHE DE SENS

#### a) Le sens

Vient du latin *sensus* : organe d'un sens, faculté de sentir, façon de sentir, signification. Le mot sens est un terme ambigu dont la sémantique est grande, il peut avoir au minimum six significations.

Je m'attacherai ici, à ne donner que la définition philosophique ou métaphysique qui intéresse mon sujet : à savoir donner du sens, c'est-à-dire une manière de concevoir, un synonyme de signification.

Le dictionnaire Larousse le définit comme *une raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique.*

Selon Descartes (17<sup>ème</sup> siècle) c'est la capacité à raisonner à partir de notions communes et évidentes, autrement dit le sens commun.

Selon Leibniz<sup>29</sup>, c'est l'ensemble d'opinions et de croyances communément admises et supposées convenir à tout esprit raisonnable.

Le psychosociologue K. E. Weick le définit ainsi :

*« le sens est une dynamique collective où les individus interagissent sous forme d'actions organisées et d'informations. La création du sens est un processus, continu et sans fin, cyclique plutôt que linéaire, dans lequel diagnostic, interprétation et action se succèdent sans interruption. »*

#### b) Historique du sens au travail

Hubert Faes<sup>30</sup> distingue 2 versions du sens au travail. À l'époque moderne, le travail s'entend dans un sens qui s'oppose à celui que lui donnaient les Anciens.

Le sens antique : Dans l'Antiquité, le travail était dévalorisé. Il apparaissait comme une servitude. Le travail était réservé aux esclaves parce qu'il est en lui-même un esclavage. Le travail est exprimé comme un « labeur ». C'est pourquoi le travail était assuré par des esclaves ou des serfs qui, certes, étaient des hommes, mais pas des hommes libres. Aristote ne considère pas le travail comme une activité humaine. L'esclave déploie son activité en tant qu'organe ou instrument de son maître. Pointe donc ici l'idée que le travail n'est pas une activité sensée, une activité qui a du sens par elle-même. On dirait même que son sens est de ne pas avoir de sens.

Le sens moderne : Le travail moderne se comprend comme un travail libéré de l'esclavage, un travail émancipé. Au sens moderne du terme, le travail est une activité humaine à part entière, une activité humaine susceptible d'avoir du sens. Elle n'est plus réservée à une catégorie inférieure d'êtres humains. L'auteur pense que le travail n'a plus pour principale signification la peine ou l'effort, autrement dit le labeur. Il a le sens, dans ce cas, d'une organisation qui vise la production de quelque chose. Ce qu'on entend alors par travail correspond à ce qu'Aristote a caractérisé comme la *poiësis*, l'activité de fabriquer, de produire, de créer. Actuellement, pour le salarié comme pour le capitaliste, le travail produit de l'argent. L'auteur cite Hannah Arent<sup>31</sup> qui distingue 3 activités différentes au travail : le travail, l'œuvre, l'action. Elle mentionne que le travail au sens moderne est un terme qui masque les différences qui existent toujours entre les différents genres d'activité. Comme simple labeur, le travail est l'activité par laquelle les hommes entretiennent leur vie au sens de vie

---

<sup>29</sup> Philosophe du 18<sup>ème</sup> siècle

<sup>30</sup> Philosophe

<sup>31</sup> Philosophe, journaliste, politicologue

simplement biologique. Il répond à la nécessité de fournir aux hommes ce dont ils ont besoin pour vivre. Tout un chacun dit très couramment qu'il doit travailler pour vivre. L'œuvre, quant à elle, est l'activité par laquelle nous produisons des choses qui ne sont pas destinées à la consommation mais dont nous pouvons avoir usage.

Enfin l'action est l'activité par laquelle nous nous manifestons dans nos rapports avec autrui. Dans la société moderne, les travailleurs sont émancipés. Leur liberté de travailleur et de citoyen leur a été reconnue. Les statuts sont les mêmes quelle que soit la teneur de l'activité accomplie. Cependant, le labeur a un sens puisqu'il est fait pour entretenir la vie, satisfaire les besoins. Néanmoins, le labeur est aussi ce qui n'a pas de sens, car pour un homme, vivre pour vivre n'a pas de sens. Il exige que sa vie ne consiste pas seulement à assurer sa survie. Or trop souvent, pour le travailleur aujourd'hui, le travail ne peut avoir d'autre sens que celui d'entretenir la vie. Il est libre mais le travail est organisé et payé de telle manière qu'il reste proche d'un minimum vital. Dans ces conditions, le travail moderne peut apparaître comme dénué de sens, une activité dont on ne peut plus voir pourquoi on la fait.

Mais, ce travail permet pourtant au travailleur d'exister socialement et non plus seulement biologiquement ; il permet d'avoir une place, d'être quelqu'un. Il apporte une sorte de dignité et de considération au sein de la société, mais cela n'est pas en rapport avec le contenu du travail lui-même. Il est donc parfaitement possible d'être amené à supporter une activité dénuée de sens simplement parce qu'elle permet de vivre et de bénéficier des prérogatives du citoyen.

Il faut donc conclure que le travail au sens moderne, au contraire du travail au sens antique, est susceptible d'avoir un sens pour celui qui l'assume et l'accomplit mais que les conditions dans lesquelles il est organisé font qu'il n'est pas toujours possible au travailleur de lui trouver ce sens.

Cette analyse permet de nous rendre compte de la complexité de donner ou du moins de trouver un sens au travail.

### c) L'éthique du sens au travail :

Si l'homme se demande pourquoi travailler, il trouve plusieurs réponses : il travaille pour vivre, il travaille pour produire tel bien ou tel service, il produit pour assurer la croissance du capital d'un investisseur, ou encore, il travaille pour ne pas être parasite, pour prendre sa place normale dans la société.

d) La quête de sens au travail :

Thierry C.Pauchant <sup>32</sup>(2001) parle actuellement d'une « quête de sens » dans le travail. Il considère cette quête comme éthique, spirituelle pour : « *une concordance entre les sphères professionnelles entre autres* ». Il parle également d'une recherche d'une plus grande harmonie entre les aspirations sociétales, organisationnelles et individuelles.

M Crawford<sup>33</sup> (2016) écrit dans son ouvrage que quand la conception du travail est trop éloignée de son exécution, les travailleurs vivent une contradiction. Car, il rajoute que « *seule une action rationnelle en coopération avec ses pairs peut satisfaire ses aspirations spécifiques* ».

Dans son livre, Walter Hesbeen (2011) précise que :

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

Le sens évoque donc une notion de direction. Il écrit que le sens ne se donne pas tel un don consenti à l'autre. En revanche, la question de sens est aussi celle de la patience pour les cheminements intérieurs. Il cite, Rémy Chapiron<sup>34</sup> qui écrit que la posture du cadre de santé devient un atout pour accompagner l'autre dans la recherche de sens. Le cadre reconnaît la participation personnelle de l'agent comme incontournable dans son engagement professionnel. Cette recherche permanente de sens se traduit par une volonté et une force à demeurer « *citoyen-acteur* » de notre avenir personnel et professionnel. Il s'agit, pour le cadre, comme un metteur en scène de fédérer l'ensemble des participants à la construction d'un projet commun en les guidant vers un sens partagé. Dans ce cas, le manager « guidant » doit inviter les agents à s'approprier un sens commun qui sert à atteindre un but clairement défini. Il permettra ainsi à chacun à partir de liberté d'expression, de réfléchir, de devenir acteur.

Les auteurs du livre « redonner du sens au travail »(2011) expliquent que l'on regarde le sens souvent sous l'angle inverse c'est-à-dire la perte de sens, illustré par l'insatisfaction au

---

<sup>32</sup> Professeur de management et président d'un comité d'éthique

<sup>33</sup> Philosophe

<sup>34</sup> Directeur d'IFSI

travail, la démotivation, le stress. L'hôpital selon eux, n'est pas épargné. Le milieu hospitalier a subi des modifications profondes : d'hôpital charité, il est devenu hôpital entreprise où les patients sont maintenant clients, où les soins coûtent et doivent être rentables. Le professionnel de santé est devenu aussi gestionnaire, qualitatif, comptable. On parle ainsi d'hôpital en crise. Leurs observations les ont conduit à envisager que les salariés de notre hôpital étaient en quête ou en perte de sens.

Les auteurs rajoutent ensuite que si l'on se place du côté du « donneur de sens », la reconnaissance devient tout à coup très intéressante car elle devient un formidable outil de management et permet entre autres de préserver et de développer la personne en agissant sur l'estime de soi, la satisfaction, la motivation et le bien-être. Redonner du sens par la reconnaissance est donc un atout et un élément de pilotage pour les organisations.

Estelle Morin <sup>35</sup>(1999) écrit que pour assurer la qualité de vie au travail, il faut organiser le travail de manière à ce qu'il ait un sens. Elle souligne que « *faire un travail qui a du sens engendre inmanquablement un sentiment de sécurité psychologique qui aide à surmonter les difficultés et à mieux gérer le stress quotidien* ». Dans son travail, elle énumère donc quelques éléments indispensables.

e) Caractéristiques d'un travail qui a du sens :

- L'utilité sociale du travail: faire un travail qui est utile, qui ajoute de la valeur.
- L'autonomie dans l'accomplissement de son travail: pouvoir bien faire son travail de la manière qui nous semble la plus efficace.
- Les occasions d'apprentissage et de développement: faire un travail qui nous permet d'apprendre, de nous perfectionner et de nous réaliser.

Elle énumère ensuite les Caractéristiques des relations qui ont du sens :

- La rectitude morale du travail: faire un travail qui est moralement correct, qui respecte les valeurs humaines, la justice et l'équité.
- La qualité des relations: avoir des bonnes relations avec les autres, pouvoir s'entraider lorsqu'on a des difficultés, pouvoir compter sur le soutien de ses collègues et de son supérieur.

---

<sup>35</sup> Psychologue et professeur à HEC

- La reconnaissance: avoir de la reconnaissance pour le travail accompli, pour les résultats produits, pour ses compétences.

Elle mentionne ensuite que l'individu parvient à s'adapter à une situation qui n'a pas de sens mais que cette adaptation se fait au prix de l'intérêt pour le travail.

Ce que nous enseigne l'étude de ce concept c'est que « le sens » en tant que sens au travail est complexe. L'individu trouve logiquement du sens dans son travail parce que celui-ci lui permet la survie et également une sorte de reconnaissance sociale. En revanche l'activité au travail n'a de sens que lorsqu'elle lui permet de se réaliser, c'est-à-dire trouver une rationalité à ce qu'il fait ou produit. Par rationalité, j'entends une utilité, un développement personnel, une reconnaissance, une moralité c'est-à-dire une activité porteuse de valeurs et enfin, l'établissement de relations sociales franches, durables entre les travailleurs.

Au travers de ces caractéristiques, le rôle du cadre paraît plus que prégnant car c'est lui qui peut influencer dans la limite de ses possibilités sur ces facteurs et ainsi impliquer les agents. En effet, il a le pouvoir et même le devoir de reconnaissance. Il se fait également le garant d'une éthique de soins basée sur des valeurs de respect des autres, des procédures... Puis, dans une certaine mesure, il influe par son savoir-être sur les relations et la cohésion d'une équipe qui permettent de trouver du sens et de l'intérêt à œuvrer ensemble pour et vers une démarche commune.

### 3.2.3 IMPLICATION ET CHANGEMENT

#### a) Le changement

Le terme changement est défini dans le petit Larousse comme *une action de changer, de se modifier, en parlant de quelqu'un ou de quelque chose*. Cela est donc apparenté à un processus de transformation, une rupture d'un équilibre.

M Crozier et E Friedberg (1977) décrivent le changement comme un problème non pas parce qu'il est difficile mais parce qu'il n'est pas naturel. Il est source d'incertitude et d'insécurité. C'est ce qui entraîne des résistances au changement car ils mentionnent que tout changement véritable signifie crise pour ceux qui le vivent. En effet le changement est difficile à vivre car il modifie les systèmes d'action, les repères et les rapports humains. Il crée donc un climat inconfortable et d'insécurité.

Thévenet (2000) pose la question : « *un changement de comportement peut-il vraiment être attribué à une bonne campagne de communication et les gens changent-ils d'opinions parce qu'on leur a expliqué les choses ?* »

b) Engager les agents dans le changement et vaincre les résistances.

Myriam le Saget (2013) s'est appuyée sur les théories de William Bridges pour étayer sa thèse et pouvoir ainsi affirmer que « *le changement ne se décide pas avec autorité et détermination* ». Elle explique que la grande difficulté dans le changement est d'accepter que la transition commence par un sentiment de perte, c'est-à-dire la fin de la situation « d'avant ». c'est selon elle une première phase à laquelle succède la « *zone neutre* » celle sans repère où l'on explore comment s'adapter. Vient ensuite la phase du renouveau où se profile un nouvel équilibre et de nouveaux repères. Ce sont les 3 phases de transition que le manager doit accompagner avec écoute, conciliation, empathie et conviction. Elle utilise ensuite une métaphore intéressante en écrivant que le manager est un leader qui doit gagner la confiance de tous et se transformer en jardinier pour arroser tous les jours ses plantations.

Marie Claude Moncet (2013) s'appuie sur la théorie de JL Joule et de RV Bauvois<sup>36</sup> pour étayer « la théorie de l'engagement ». Celle-ci démontre qu'engager dans le changement les membres réfractaires de l'équipe permet de modifier leurs représentations, de leur permettre de trouver des éléments de régulation. De plus, cette démarche permet de n'exclure personne dans la démarche de groupe. L'intérêt est d'engager l'équipe dans le changement en ne privilégiant ni les partisans ni les détracteurs. Ainsi la démarche de changements paraît moins douloureuse, plus compréhensible et plus acceptable. Néanmoins, le repérage des personnes en demande, la création d'un espace de confiance avec une ouverture de dialogue sont des gages précieux de réussite de changement.

Bruno Jarrosson<sup>37</sup> et Philippe Van Den Bulke<sup>38</sup> (2013) mentionnent que le problème dans le changement est de comprendre et déterminer ce qui change et ce qui ne change pas. Ils écrivent que la résistance au changement est « *l'énergie déployée par l'être humain pour conjuguer une situation nouvelle qu'il doit affronter avec des invariants qui sont au cœur de sa survie* ». Selon eux, la souffrance survient souvent du fait qu'on oublie de préciser ce qui

---

<sup>36</sup> Auteurs du livre : *petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*.

<sup>37</sup> Enseignant en philosophie et théorie des organisations

<sup>38</sup> Consultant en changement, médecin et membre de l'école Palo Alto

est fixe, ce qui reste, ce qui ne change pas. Ils rajoutent que « *dans un monde qui inquiète, il est important de pointer des fixités* ».

Selon eux, l'organisation d'un changement est collective donc changer avec les autres, c'est un peu changer les autres. Il est donc important d'apprendre à les connaître. Ainsi ils indiquent que la première chose à faire pour gérer le changement est d'offrir un avenir à ses collaborateurs. Car ils démontrent que si on « *n'inscrit pas ses décisions dans un avenir désiré et désirable, le présent devient insupportable* ». Ainsi l'idée du changement rend le présent supportable lorsque celui-ci s'appuie sur un avenir dessiné. Il semble qu'il faille donc donner aux autres l'envie du changement.

Ces mêmes auteurs dans un autre livre (2007) s'appuient sur une théorie de F Dupuy<sup>39</sup> dans son livre *Le client et le bureaucrate* pour prouver qu'une organisation ne fonctionne pas avec des pions mais avec des acteurs. La différence donc dans la façon d'aborder le changement se marque dans la différence à considérer les autres. Car « *un acteur a une vision personnelle de la situation et une façon intelligente d'agir par rapport à cette situation* », c'est-à-dire qu'il établit une stratégie pour cheminer vers un objectif cohérent pour lui, même si celui-ci ne l'est pas pour les autres. Il y a donc une notion de temps pour cheminer. En résumé cela signifie que pour accompagner le changement il est utile de chercher à comprendre les objectifs personnels des acteurs mais aussi négocier pour ne pas imposer. Ainsi, un changement avec des acteurs se négocie plus qu'il ne se communique.

Ainsi le changement en règle générale, entraîne souvent un sentiment d'insécurité. Le manager doit savoir entendre pour accompagner avec patience tous les agents vers une perspective qui leur fera sens au regard de ce qui reste fixe donc rassurant et structurant pour eux.

La phase exploratoire a permis de déterminer une question de recherche. Le cadre conceptuel a permis de développer un savoir pour mettre en évidence les théories et les points de vue de différents auteurs sur le sujet. La phase d'enquête suivante vise à confronter la réalité du terrain à la théorie. Pour cela, il me faut déterminer une méthodologie de recueil des données.

---

<sup>39</sup> Sociologue

## 4. LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE ( RECHERCHE SUR LE TERRAIN)

### 4.1 Présentation de la démarche.

#### Le recueil de données

L'objectif de l'écriture de ce mémoire est de constituer un processus de professionnalisation. La méthode de recherche choisie pour réaliser ce travail est la démarche hypothético-déductive. Cette méthode scientifique consiste à formuler une ou plusieurs hypothèses à partir d'une question de recherche. Ainsi, après avoir fait des recherches théoriques, littéraires, il convient d'observer ou questionner le terrain à l'aide d'outils pour en déduire des principes. La collecte des données permet la confirmation ou l'infirmité des hypothèses posées suite à la question de recherche.

Afin d'éveiller et enrichir mon analyse, j'ai tout d'abord réalisé un entretien exploratoire. Celui-ci m'a aidé à clarifier ma question de départ pour aboutir à une question de recherche et poser des hypothèses. La réalisation d'un cadre conceptuel m'a permis de dégager avec nuance, une première tendance qu'il me faut mettre en lien avec « une recherche de terrain » comme le préconise la démarche hypothético-déductive.

La réalisation de cette recherche du mémoire présente un triple enjeu : à savoir professionnel, managérial et en termes de développement d'identité professionnelle<sup>40</sup>. Ce travail de recherche a également pour objectif de créer un savoir transférable dans notre pratique professionnelle au quotidien. Ma recherche indique la volonté d'enrichir mes connaissances pour exercer en milieu sanitaire dans des unités de soins. Les différents enseignements sur la méthodologie auxquels nous avons pu participer au cours de notre formation nous ont proposé diverses méthodes d'enquête pour explorer les sujets. En particulier, l'enquête peut-être quantitative, qualitative. L'enquête qualitative semble la plus adaptée à mon objet de recherche. Ce moyen d'investigation permet de recueillir des observations, d'avoir une compréhension en profondeur de phénomènes complexes tels que les concepts, les valeurs, le sens, les représentations, le langage non verbal... Ce type d'enquête est plus adapté pour recueillir des données concernant la communication, l'implication, le sens au travail qui sont des données difficilement quantifiables.

Pour ce faire, j'ai donc décidé de pratiquer des entretiens semi directifs. Abric (2003) mentionne que : « *si ce qui nous intéresse est de savoir pourquoi les gens adoptent tel*

---

<sup>40</sup> Guide mémoire de l'institut de formation des cadres de santé 2016

*comportement ou défendent telle opinion, alors l'outil le plus performant est l'entretien non directif. »*

### **Le terrain et la population choisie:**

Mon sujet portant sur la communication du cadre de santé qui engage l'implication des agents, il m'a paru nécessaire de pouvoir confronter les deux points de vue. J'ai donc décidé d'interroger 3 cadres de santé et 3 soignants qui exercent dans différents établissements. Pour une contrainte de temps, l'échantillon choisi s'est basé sur la diversité plutôt que la représentativité.

De plus, j'ai fait le choix d'interviewer des soignants infirmiers et aide-soignant pour ne pas influencer l'enquête par la sélection d'une seule catégorie socio professionnelle. Néanmoins, il aurait été intéressant d'interroger effectivement plus de soignants en fonction de leur CSP pour dégager peut-être des tendances et des attentes différentes mais des obligations temporelles m'obligent à ce choix. Je ne différencierai donc pas les réponses des infirmiers de celles des aides-soignantes.

Les 3 cadres de proximité et les 3 soignants interrogés travaillent dans des unités de soins diversifiées afin de contraster les situations. Après les avoir contactés par téléphone et expliqué ma démarche en sciences, elles ont accepté de me rencontrer.

Le groupe des 6 personnes interrogées se constituait ainsi :

- 1 cadre de santé d'un service d'Urgences
- 1 cadre de santé d'un service MCO
- 1 cadre de santé d'un service de SSR
- 1 aide-soignante d'un service de MCO
- 1 infirmière d'un service de court séjour gériatrique
- 1 infirmière d'EHPAD.

J'ai donc dans un premier temps réalisé un guide d'entretien pour les cadres et un pour les soignants qui ont été pour moi le fil d'Ariane tout au long de mes entretiens.

### **Contenu de l'enquête :**

Ce travail de recherche est l'occasion de réfléchir et de mener une réflexion sur mes pratiques professionnelles. En effet, j'ai choisi un thème interférant directement avec des situations professionnelles que j'ai vécues, qui m'ont posé problème et que j'ai détaillées dans la partie contexte professionnel. L'objectif des recueils de données est donc de répondre à ma question de recherche qui a découlé de cette réflexion et de confirmer ou non mes hypothèses.

Je rappelle donc ici la question de recherche et les hypothèses :

Quelle stratégie de communication du cadre de santé facilite l'implication des agents lors d'un changement d'organisation ?

- Le cadre par son rôle d'animateur favorise l'implication des soignants en leur permettant de donner du sens aux changements d'organisations.
- L'espace de négociation induit par la stratégie de communication du cadre permet aux soignants de s'impliquer pour mettre en œuvre les changements d'organisations.

Ce travail va me permettre d'interroger les professionnels sur la communication du cadre de santé vers l'équipe soignante.

Voici les questions que j'ai choisi de poser au regard des objectifs que je m'étais fixée.

**Pour les cadres de santé :**

---

**1. Quelle place a pour vous la communication avec vos équipes dans votre quotidien ?**

- Objectif: permettre de situer l'importance de la communication chez le cadre de santé interviewé

**2. Qu'en attendez ou espérez vous ?**

- Objectif: définir si la communication est pour elle une transmission d'informations ou un moment de partage

**3. Lorsque vous voulez que votre communication occasionne une réaction de l'équipe ou un changement dans les organisations, avez-vous une méthode précise (choix du lieu, du moment, des mots..) ?**

- Objectif: Définir si le CDS établit une stratégie, si l'acte de communication est pensé, anticipé, s'il se positionne en animateur ou en négociateur.

4. **Quels sont, selon vous, les obstacles, les parasites qui font que parfois votre communication n'aboutit pas à une réaction, ou pourquoi n'est-elle pas efficace ?**

- Objectif: Repérer si la CDS apparente les obstacles à la notion de perte ou de manque de sens et aux résistances aux changements

5. **Selon vous, quels sont les enjeux de votre communication ?**

- Objectif: déceler si le CDS envisage la communication en termes d'implication des agents, de don de sens au travail

Si au terme de ces questions, le cadre de santé n'a pas évoqué la négociation ou l'animation comme méthode de communication, je ferais une relance du type :

- **Quel est le rôle de la négociation selon vous dans la communication qui engage une réaction des soignants ?**

**Pour les soignants :**

---

1. **Dans votre pratique, quelle place accordez-vous à la communication avec votre cadre de santé ?**

- Objectif: permettre de situer l'importance de la communication du soignant avec le cadre de santé

2. **Qu'en attendez ou espérez vous ?**

- Objectif: définir ce que représente la communication du soignant avec la cadre de santé

3. **Comment votre cadre de santé aborde avec vous la mise en place de nouvelles organisations ou changement ?**

**Et comment aimeriez vous que cela soit abordé ?**

- Objectif: Repérer si il existe un besoin de libre arbitre et la présence ou non d'espace de négociation chez le soignant ?

4. **Quels sont, selon vous, les obstacles, les parasites qui font que parfois la communication n'aboutit pas à une réaction de votre part , ou pourquoi n'est-elle pas efficace ?**

- Objectif : Repérer chez le soignant si la non application des demandes est en lien avec la notion de perte ou de manque de sens et de résistances aux changements.

### **Le déroulement des entretiens**

J'ai pris contact avec les cadres de santé et les soignants que je souhaitais interviewer par mail ou par téléphone pour fixer ensemble les dates et lieux de rendez-vous. Je les avais informés d'une durée approximative de 45 min. Les cadres de santé ont souhaité que l'on se rencontre dans leur bureau, lieu qui s'est avéré calme, où l'on a pu parler librement. En ce qui concerne les soignants, elles n'ont pas désiré une rencontre à l'hôpital pour ne pas interférer avec leur travail. Nous nous sommes donc rencontrées à leur domicile.

Les entretiens ont duré de 25 à 45 minutes. Ils se sont déroulés entre le 10 mars et le 24 mars 2017. Je débutais les entretiens par des remerciements pour avoir accepté cette rencontre. Je présentais ensuite mon travail d'initiation à la recherche dans le cadre de ma formation à l'IFCS. Je rappelais les conditions de la recherche: l'enregistrement des entretiens, la préservation de l'anonymat. Je précisais aussi que je n'attendais pas de bonne réponse et que tout avis serait intéressant. Je proposais au professionnel interrogé de présenter succinctement son parcours professionnel afin de le mettre en confiance et d'introduire les questions à venir.

Au fil des questions, j'ai cherché à alimenter les échanges en demandant simplement des précisions sur des phrases qui m'interrogeaient ou en reformulant. J'ai parfois dû recentrer la conversation quand l'interviewé s'écartait de l'objectif de l'entretien.

Lors du premier entretien avec une cadre de santé, j'ai eu tendance sur la fin à donner des détails peut-être trop précis sur mon thème ce qui a pu biaiser un tant soit peu la fin de l'interview. Je me suis donc attachée à être plus vigilante par la suite. Néanmoins, une de mes difficultés a été de « creuser » certains propos sans influencer les réponses. Ce fut le cas pour un des entretiens avec les cadres de santé. Une cadre (C2) m'avait fait part avant le début de l'entretien de relations actuellement et nouvellement « compliquées, limite conflictuelles » avec son équipe. En effet, la mise en place récente des cycles de travail dans l'établissement a focalisé l'équipe sur la gestion des plannings avec une sorte d'exutoire de leur mécontentement sur la cadre de santé. Je l'ai sentie à ce moment fragilisée et l'entretien de ce fait a été certainement biaisé par ces circonstances particulières. Ses réponses n'auraient

certainement pas été les mêmes à quelques mois d'intervalle. J'ai été obligée de recentrer régulièrement l'entretien pour revenir au cœur de mes objectifs. Mais cette situation est aussi le reflet de situations difficiles et courantes dans le quotidien des cadres de santé et il est intéressant de les prendre en compte et les intégrer dans ma réflexion pour en tirer un enseignement.

Un entretien avec une soignante (S3) s'est montré également difficile pour elle. En effet, au moment de l'interview, elle connaissait des difficultés de relation en termes de conflit avec ses collègues. Je l'ai senti hyper sensible à mes questions. Il m'a fallu recentrer régulièrement l'entretien afin qu'elle ne focalise pas les réponses sur ses problèmes actuels.

D'autre part, j'ai bien conscience qu'il est difficile de tirer des conclusions dans l'analyse au regard des 3 entretiens de chaque catégorie. C'est d'autant plus vrai pour les entretiens cadres de santé face à l'hétérogénéité des réponses. Les tendances que je décèle sont donc à prendre avec nuance. Cependant, quelque soit la fiabilité avérée de cette analyse, elle me permet de dégager une réflexion me faisant progresser dans ma pratique professionnelle.

De plus, cette partie d'analyse et d'interprétation, comme son nom l'indique est soumise à mon sens critique. Celui-ci est aiguisé au regard du vécu des entretiens, aux intonations et impressions ressenties ainsi qu'au sens que j'associe aux mots. La décomposition des entretiens est, en effet, très personnelle et soumise à ma propre subjectivité. Cette réflexion illustre parfaitement bien le concept de communication dans sa complexité et sa dimension individu-dépendant. JC Abric (1999) l'explique en signifiant qu'aucun individu n'aborde des situations de communication de manière neutre mais avec ses a priori et ses système de représentations.

J'ai donc bien conscience que les conclusions que j'en retire ne révèlent pas la vérité absolue et universelle. Elles me permettent néanmoins d'explorer des pistes d'amélioration de ma communication pour faire évoluer ma pratique.

## 5. ANALYSE ET INTERPRÉTATION

### 5.1 Présentation de la population concernée.

Afin de faciliter la compréhension de l'analyse, je choisis de nommer les 3 entretiens cadre C1, C2 et C3 et de nommer les entretiens soignants S1, S2, S3.

Dans les annexes, j'ai fait le choix d'insérer 4 retranscriptions d'interviews (à savoir S1 et S2 ainsi que C1 et C3 : annexes 1 et 2).

Voici 2 tableaux récapitulatifs des profils des professionnelles interrogés

Cadre de santé	Entretien C1	Entretien C2	Entretien C3
<b>Ancienneté cadre</b>	14 ans	5 ans	2 ans
<b>Ancienneté sur le poste</b>	7 ans	2 ans	2 ans
<b>Durée de l'entretien en min</b>	38.28	23.31	25.30

soignants	Entretien S1	Entretien S2	Entretien S3
<b>Catégorie soignante</b>	IDE	AS	IDE
<b>Ancienneté du diplôme</b>	3 ans	31 ans	20 ans
<b>Ancienneté sur le poste</b>	18 mois	16 ans	2 ans
<b>Durée de l'entretien en min</b>	24.55	24.40	20.44

Pour des raisons de cohérence et raisonnement personnel, j'ai décidé de différencier en deux parties distinctes l'analyse des entretiens cadres de celles des soignants. En effet, il me semblait logique de mettre en évidence les écarts de représentations afin de pouvoir les confronter et d'en tirer des conclusions. Ce sont à mon sens ces mêmes conclusions qui me permettront d'en retirer des principes facilitant ma pratique professionnelle en termes de communication.

L'étape consiste maintenant, après avoir fait parler l'interviewé, à faire parler le texte par l'analyse thématique des discours.

Cette analyse vise la simplification des contenus pour les rendre intelligibles et au besoin les interpréter.

Il convient donc de rechercher une cohérence thématique entre les entretiens pour les regrouper dans « *un sac à thème* »<sup>41</sup> Ceci permet de construire une grille d'analyse (cf annexe n°3 et n°4) qui est un outil explicatif pour décomposer les informations en thèmes principaux et secondaires. J'ai donc réalisé des tableaux selon ma propre logique et favorisant ma compréhension. Lors de l'interprétation ils m'ont été d'une richesse et d'une aide indispensable, pour autant, je ne me suis pas tenue stricto sensu à mon classement mais ai adapté et fait évoluer celui-ci au fil de l'écriture.

## 5.2 La production de sens des entretiens soignants

### 5.2.1 LA COMMUNICATION DU CADRE DE SANTE DU POINT DE VUE DES SOIGNANTS

#### a) Les attentes des soignants

- *Ecoute et reconnaissance*

La communication du cadre de santé ne fait pas référence dans un premier temps à la communication écrite, elle est d'emblée abordée sous sa forme orale. Il semblerait que ce soit cette forme qui prévaut et qui semble la plus importante pour les soignants.

Ils attendent unanimement de la communication du cadre de santé que celle-ci marque la volonté d'une écoute et d'un échange. L'échange est entendu dans le sens où les 3 soignantes mentionnent la nécessité d'être écoutées mais aussi entendues par ce que l'on pourrait identifier comme un phénomène de feed back évoqué dans la communication analytique. L'échange est donc apparenté à un moment de partage qui signe un désir d'être pris en considération et reconnaissance. En effet, les 3 soignantes interrogées expriment cette attente : l'une dit « *Ce que j'attends, c'est de l'écoute... de la reconnaissance, beaucoup de dialogue...* ». L'autre l'exprime en disant : « *j'attends de l'écoute mais surtout d'être entendue. Je souhaite que nos interventions soient prise en considération* », la dernière

---

<sup>41</sup> Blanchet, A., & Gotman, A. (2010) respectivement psychologue et sociologue

l'exprime ainsi : « *Faut qu'elle soit à l'écoute qu'on puisse pouvoir discuter avec elle ...de se sentir écoutée déjà c'est important ... j'attends de la reconnaissance* »

Le dictionnaire Larousse définit la considération comme : *une bonne opinion qu'on a de quelqu'un ; estime, égards accordés à quelqu'un*. Les soignants demandent donc à ce qu'on leur apporte par l'écoute un crédit, une attention. S2 l'exprime ainsi : « *Je ne lui demande pas une attention particulière, hyper personnelle, mais rien que ça, d'être attentive.* ». Apparaît ici à mon sens une valeur humaine particulièrement propre au monde de la santé : l'empathie. Curieusement, je ne l'avais pas évoqué dans le concept de la communication, elle me semble pourtant au regard des témoignages une entité indispensable dans l'acte de communication. Elle est définie comme une capacité de s'identifier à autrui et une faculté à ressentir ce qu'il éprouve.

Ces deux notions font écho à « l'aspect pragmatique » de la communication de Watzlavick avec l'émergence de l'interaction créant un phénomène dynamique. Celui-ci est garant d'une relation spécifique entre les interlocuteurs affectant ainsi les comportements. Cela suppose donc un engagement qui ne se borne pas à transmettre un message mais à s'investir dans une relation riche d'échange.

Effectivement les soignants sont sensibles au fait que le cadre de santé prenne du temps pour écouter, discuter et partager, autrement dit qu'il se montre disponible. S1 mentionne « *Elle a toujours la porte ouverte pour nous si nous sommes en difficulté... Elle prend le temps malgré des journées chargées de nous écouter, d'être attentive à son équipe...elle nous écoute et nous entend* ». Cela concourt à l'interrelation mais aussi selon eux à une reconnaissance de l'individu en tant que tel. En effet, la soignante S2 dit : « *Qu'elle s'intéresse à moi en tant que soignante mais en tant que personne, et dans l'autre sens pareil ...* ». Les soignants demandent donc une attention mais sont aussi enclin à une réciprocité. Celle-ci est reprise par S1 : « *ça vaut le coup de s'expliquer, on peut l'aider à régler quelque chose. Ca fait partie de l'entraide.* » Les soignants seraient donc prêts à écouter, porter une attention, à s'engager pourvu qu'on les reconnaisse et qu'on leur fasse confiance. Cela illustre un des 4 axes développé dans la proxémie à savoir : se centrer sur l'autre et comprendre son univers afin de décoder les multiples interactions engagées dans ces moments.

Cette reconnaissance passe aussi par la valorisation personnelle et ou collective mais aussi par la valorisation du travail bien fait. S3 l'énonce clairement : « *Ce que je reproche aux*

*cadres souvent c'est qu'ils nous valorisent jamais, jamais un cadre m'a dit vous avez fait du bon boulot et ça c'est aussi leur rôle. On en a besoin ».*

Une fois encore valoriser le travail, c'est aussi le reconnaître. La reconnaissance a donc un double enjeu: reconnaître l'individu, le professionnel mais aussi reconnaître le travail. Ce phénomène est mentionné par les 3 soignants : la reconnaissance de la charge de travail qui concourt aussi à reconnaître la difficulté dans la pratique quotidienne d'une charge de travail intense. Il est donc nécessaire que le cadre s'intéresse, coordonne et organise les différentes activités pour connaître, comprendre et évaluer le travail de ses collaborateurs. Cela lui confère de surcroît crédibilité et légitimité mentionnée par S3 « *j'ai besoin qu'on réponde à mes questions... elle cherche à se renseigner et moi je trouve ça super...* » Elle rajoute : « *moi être commandée par quelqu'un qui ne connaît pas notre boulot, j'ai du mal.. je ne peux pas échanger avec elle* ». S1 rejoint ce raisonnement en appréciant l'œil averti et le recul de la cadre sur des situations de soins ou de prise en charge. Elle mentionne ainsi un rôle de guidant, d'élément central et de veille. Pour cela, il est donc nécessaire de se montrer disponible auprès des agents mais aussi investie dans la vie du service et la prise en charge des patients. C'est structurant et rassurant pour les équipes.

Ce rôle de guidant est d'autant plus apprécié par les interviewés s'il est accompagné de tolérance, de souplesse et d'attitude non jugeante. S1 dit « *Je ne me sens pas jugés par ma cadre... elle ne nous jette pas la pierre, au contraire, elle cherche à comprendre le pourquoi du comment* » S3 quant à elle mentionne l'intérêt de pouvoir discuter avec la cadre sans que celle-ci ait un avis tranché avec le besoin d'avoir toujours raison. S2 demande souplesse et équité.

Il est ainsi, au regard des développements précédents compliqué de se montrer guidante, structurante comme ils l'entendent sans pour autant faire preuve de manque de souplesse et d'intolérance. La recherche d'équilibre passe peut-être par un mode de communication. Effectivement dans l'acte de communication, écouter est un art de l'interaction. Il permettrait l'articulation de comportements et d'échange de points de vue. Il ne se limite vraisemblablement pas à une technique mais plutôt à un ensemble d'attitudes incluant la tolérance, la valorisation, la reconnaissance ainsi que la disponibilité. Il semble ainsi essentiel dans la mise en place de changements.

- Transparence

Au cours des entretiens, un autre aspect de la communication se dégage. Une soignante évoque l'attente « *d'une communication pure* ». Elle rajoute plus loin « *J'attends d'elle qu'elle soit transparente sur ses attentes, pas d'ambiguïté, que ce soit toujours très clair... il n'y a pas besoin de perdre du temps, nous n'en avons pas suffisamment* » Une autre évoque un besoin similaire mais énoncé différemment : « *Ça sert à, à c'que ça glisse quoi, que, y'ait pas de malentendus, qu'y'ait pas de sous-entendus, faut que les choses soient claires quoi et expliquer régulièrement et faut pas laisser les choses trainer... s'il n'y a pas de transparence et régulière au fur et à mesure, elle dit toujours « non mais c'est rien... »* ». Ces attentes sont donc apparentées à un besoin de transparence, de clarté des discours mais également de régularité et de temporalité dans les échanges. Dans la partie conceptuelle, Vincent Chagué précisait que communiquer dans la transparence avec l'ensemble de l'équipe est un élément favorable à une meilleure implication des individus dans le travail.

L'essentiel n'est donc pas le message mais la transmission que l'on en fait, cette théorie a été développée par l'analyse transactionnelle. Comment transmet-on le message, quel comportement adopte-t-on, dans quel état du moi je me positionne et je positionne l'autre ? Quels sont les mots que j'utilise ? Quelle position dans l'espace et dans le temps je choisis ?

Il est donc important dans ce cas d'être vigilant à la dissonance du verbal et du non verbal ainsi qu'à la proxémie opérée dans le contexte d'une discussion. Mucchielli a écrit que la communication n'est pas le message mais une conduite. Ainsi, on peut en déduire que le cadre communique sans arrêt. Il est donc primordial que la communication soit cohérente dans son ensemble. Les personnels sont extrêmement sensibles à la concordance entre les dires et les actes des supérieurs hiérarchiques.

Il faut donc que le manager ait le souci de rester accessible en expliquant simplement malgré des situations complexes comme l'a écrit Meryem Le Saget. La qualité de communication du cadre repose sur des compétences relationnelles tel que comprendre chacun en développant la confiance et l'empathie. Avec la transparence, la clarté, la simplicité apparaît ici la notion d'authenticité.

Ce besoin d'authenticité paraît également dans les paroles de S3 qui souligne : « *Ce que j'attends c'est aussi autre chose que « je vous ai entendu », je préfère qu'on ne me le dise pas mais qu'on agisse* ». Dans ce contexte de transparence, il apparaît essentiel d'être sincère dans ses réponses. Ceci augure une réaction ou tout au moins une recherche de réponse au même titre que ce que le cadre attend des soignants lors d'une demande.

Cette réponse montre effectivement que le cadre a non seulement écouté, entendu mais a été

capable d'agir en aval. Ne dit-on pas que c'est nous en tant que cadres qui montrons l'exemple. Ainsi si nous qu'émandons, espérons voire exigeons une réponse des agents à nos demandes, il faut qu'à notre tour nous fassions cette démarche de réciprocité lorsque la situation s'y prête.

Dans ce contexte de quête de transparence, d'authenticité des soignants se pose la question : où est la place de la stratégie dans la communication?

#### b) La stratégie de communication

Effectivement, au regard de l'analyse précédente faisant ressortir chez les soignants un besoin de reconnaissance mais aussi d'empathie, d'authenticité et de transparence, il n'est pas surprenant qu'une seule soignante évoque la communication avec adoption d'un comportement stratégique et légitime de la part de la cadre.

S1 pense que tout cadre se doit « *d'être stratégique par intérêt pour défendre ce qu'il souhaite mettre en place* ». Elle évoque ainsi l'intervention orale du cadre par la préparation de ses arguments, par l'anticipation des réactions des agents, mais aussi par l'adaptation des messages des mots en fonction des personnes présentes et du moment choisi. Cette démarche n'est selon elle ni vile ni manipulatrice mais fait au contraire appel au respect des personnes que d'avoir cherché à connaître les agents et d'être ainsi capable de s'adapter. En effet, vu sous cet angle, on peut l'apparenter à une certaine reconnaissance et considération comme je l'ai analysé et interprété précédemment.

### **5.2.2. L'IMPLICATION DES SOIGNANTS DANS LES CHANGEMENTS D'ORGANISATION**

#### a) La recherche de cohérence et de sens

Lors de mes entretiens j'ai guidé mes questions de façon à comprendre ce qui pouvait influencer la mise en action des agents lors de demandes, modifications, nouveautés d'organisations. Un de mes objectifs étant de percevoir si il existait une ou plusieurs attitudes de communication favorisant l'implication des soignants ou au contraire si il existait des situations rédhibitoires pour eux.

Le premier facteur qui prévaut unanimement de la part des soignants c'est la recherche de compréhension et de cohérence face aux demandes. En quelque sorte une recherche de sens.

S3 dit : « *moi je suis pas têtue...mais je veux comprendre pourquoi ça c'est clair... Si c'est pas aberrant, je le fait...* », S2 énonce elle : « *faut que ce soit cohérent ...ça donne du sens et de la cohérence... nous on veut bien appliquer les règles mais avec quelque chose d'étayé,*

*c'est bien d'appliquer les choses mais il faut que ça ait du sens, avec ce qu'on est capable de faire et jusqu'où on peut aller avec les effectifs... je veux bien faire les choses mais comprendre... »* et S1 de rajouter *« il faut que les objectifs soient clairement définis et qu'il y ait un fil conducteur à leur mise en place dans le service »*. Dans ces discours, j'entends plusieurs notions qui se regroupent et sont complémentaires. Il y a d'abord le besoin de comprendre, puis la nécessité et l'exigence d'une cohérence de la demande et enfin la faisabilité.

Mucchielli auteur sur lequel je me suis appuyée lors des concepts écrivait que la communication managériale participe entre autre à la motivation des personnels et à la cohésion sociale des entreprises. Il explique qu'il faut ainsi, contrairement au taylorisme, se servir de l'intelligence des travailleurs afin que ceux-ci s'impliquent, participent et se mobilisent. Ainsi, il semblerait que les agents ne peuvent s'impliquer que si les demandes leur font écho en termes de compréhension, d'utilité sociale et de raisonnement. Il appartient donc au cadre de développer des arguments afin de faciliter la compréhension et donc l'intégration des demandes face à des agents qui ne sont pas des robots et qui cherchent à agir avec entendement. En effet, le concept de sens m'avait amené à conclure que les agents ont besoin de trouver une rationalité dans leurs actes afin de faire valoir des valeurs, particulièrement développées chez les professionnels du soin, propice à une implication dans le travail.

#### b) Recherche de faisabilité et de réalisme

Cette recherche de compréhension et de cohérence fait également appel chez les soignants à un besoin de réalisme et de faisabilité. Deux des agents interrogés souhaitent que l'on s'interroge ensemble sur la faisabilité de la demande. S2 aspire *« que le cadre demande si c'est réalisable et comment on peut faire ?...il faut que le cadre soit capable de dire « ça c'est possible avec les moyens » »*, S1 renforce ces dires : *« tout d'abord on se demande si c'est réalisable. On est très ouverte aux changements dans le service... mais entre la théorie et la pratique, il y a une marche »*. Tenir compte de la faisabilité signifie pour le cadre évaluer la charge de travail pour la reconnaître comme nous l'avons vu précédemment. Cela marque aussi la considération du travail accompli mais également la considération des soignants eux même. Ces réflexions imposent également qu'il existe chez les soignants une volonté de positionnement du cadre. On attend d'elle qu'elle s'engage, prenne position sur le réalisme des demandes afin que les soignants se sentent une fois encore considérés, entendus et reconnus. Mais de façon sous jacente, il y a aussi vraisemblablement une demande dans ce cas

d'un positionnement éthique en terme d'idéal de soins : quelle en sera le bénéfice pour la prise en soin ? Je reviendrais sur cette question ultérieurement.

En effet, Thévenet dans le concept d'implication met en avant des conditions à celle-ci à savoir entre autres: la cohérence qui permet par la suite une appropriation de la mesure ou de la demande par le soignant, c'est-à-dire selon lui réconcilier l'idéal et le réel.

Le concept d'implication m'avait permis d'étayer la théorie selon laquelle, il faut reconnaître, faire valoir et se servir de l'esprit d'analyse des collaborateurs. Cette recherche de sens s'associe aussi pour les soignants à un travail collaboratif voire à une complémentarité des équipes source de cohésion. Celle-ci se définit selon le dictionnaire Larousse comme *une propriété d'un ensemble dont toutes les parties sont solidaires*. S2 l'exprime en disant « *ça développe cette dynamique d'équipe, les uns sans les autres, on n'est pas grand-chose. Les catégories s'emboîtent les unes dans les autres.* ». S1 parle, elle de « *véritable cohésion d'équipe* ».

Le concept de sens faisait également apparaître des caractéristiques comme la qualité des relations: avoir des bonnes relations avec les autres, pouvoir s'entraider lorsqu'on a des difficultés, pouvoir compter sur le soutien de ses collègues et de son supérieur. Il apparaît que pour être cohérent et donner du sens à des demandes ou consignes, le cadre doit reconnaître le travail de chacun afin de faire collaborer les individus tel un maillage pour créer un lien de solidarité entre les membres d'une équipe.

### c) Recentrer l'objectif sur le patient

Ces différentes analyses font émerger la nécessité de toujours remettre le patient au centre du processus. C'est-à-dire quelque soit la demande faite aux équipes, c'est en premier lieu s'interroger et interroger les collaborateurs sur le profit que le patient pourra en tirer. Cela corrobore toujours la notion de donner sens, cohérence, utilité... La soignante S1 le fait d'ailleurs très justement remarquer : « *il est primordial de privilégier le confort du patient, le cadre a son rôle à jouer mais nous aussi. Il faut que cela soit en corrélation avec nos soins et que cela ne nuise pas au bien-être du patient pris en charge... que le patient ait des soins de qualité tout en respectant son bien être.* ».

Plusieurs notions sont évoquées dans cette réponse, il y a donc en premier évidemment le besoin de se recentrer sur le patient et sur son bien-être. Il y a aussi, comme je l'ai déjà évoqué précédemment la faisabilité par rapport à une éthique soignante. La demande est –elle

recevable par rapport à leur idéologie de soignante ? Va-t-elle dans le sens de pouvoir donner plus et mieux au patient ? L'équilibre entre l'idéal du soignant et la réalité des exigences quotidiennes est actuellement ténu, les agents y sont donc particulièrement attentifs.

Cette première partie d'analyse a permis de mettre en relief les éléments de communication facilitants l'implication des soignants. En revanche, pour parfaire cette étude il me semble intéressant d'apprécier également les éléments faisant obstacle.

d) Les obstacles : l'incompréhension et les injonctions

Il apparaît de façon unanime que le manque d'explication est un frein total à l'implication. Cela rejoint en partie le pré-supposé cité plus avant à savoir que les soignants ont besoin de comprendre et de trouver de la cohérence pour s'engager. En revanche, les énoncés des soignants ouvrent vers une nouvelle piste d'écueils à savoir la notion d'ordres ou d'injonctions. S1 dit « *ce qui n'est pas efficace pour moi, par moment, c'est d'arriver dans la salle de soin ... et de balancer des phrases du style... « il faut faire », et la cadre repart, la porte est claquée et aucune discussion n'a été possible, pour moi c'est une chose qui ne marche absolument pas. En soi faire le travail demandé ne me dérange pas, c'est la façon dont c'est amené qui n'est pas délicate* », S2 fait le même constat en disant « *elle dit « c'est comme ça » mais moi je me pose énormément de questions c'est comme ça pourquoi ? Avec quels objectifs. Faut aller à la pêche aux infos tout le temps... qu'elle ne nous dise pas « c'est comme ça point ! »* ». Enfin la troisième l'énonce de façon plus succincte mais tout aussi clair : « *si on me l'impose ça risque de ne pas me plaire* ».

L'injonction est définie par le CNRTL comme *un ordre, commandement précis, non discutable, qui doit être obligatoirement exécuté et qui est souvent accompagné de menaces de sanctions*.

Il semblerait que cette façon de manager déplaît singulièrement aux soignants qui ne la comprennent pas mais surtout ne l'entendent pas. Cela porte probablement atteinte à un certain degré de liberté et viole leurs besoin de participer aux décisions, de partager, de donner leur avis et fait barrage à une appétence de prises d'initiatives. Thévenet l'avait souligné dans les facteurs favorisant l'implication. Selon lui, la liberté signifie que l'autre ne sera jamais sûr des réactions de l'un à ses propres tentatives d'influence. Ce qui signifie que le besoin individuel de liberté pousse tout un chacun à réagir différemment aux formes d'autorité et qu'il n'existe pas une attitude normative.

Ainsi il rajoute que ce mode de management qui pousse à l'exploitation des ressources humaines, à des exigences de travail de plus en plus contraintes est un obstacle à l'implication des agents.

e) L'espace de liberté

Ainsi pour ouvrir et développer ces théories, il semblerait que pour s'impliquer l'agent doit pouvoir s'exprimer avec une notion de liberté, donner son avis pour s'approprier les mesures et émettre des idées. En effet, la contrainte à des exigences qui ne leur font pas sens paraît réhibitoire.

Vincent Chagué écrivait que ce qui relie la hiérarchie, l'encadrement aux agents est le dialogue qui a pour thème le savoir œuvrer ensemble.

Dans ce contexte, il paraît opportun de développer la négociation et le besoin de libre arbitre des soignants.

### **5.2.3. LE BESOIN DE NEGOCIATION ET DE LIBRE ARBITRE DES SOIGNANTS AUX CHANGEMENTS D'ORGANISATIONS.**

Nous l'avons vu au préalable, il est important d'utiliser l'intelligence collective et individuelle pour donner sens et cohérence aux demandes de changements. Les agents y sont plus que sensibles mais au-delà de cela, il semble même que ce soit une des conditions sine qua non à l'implication.

Pour illustrer cette théorie, j'avais retranscrit dans les concepts les propos des Simonet disant que le rôle de négociateur des managers a été amené à se développer avec le changement des modèles d'organisation du travail. Les salariés souvent plus éduqués demandent une autorité différente du modèle formelle et hiérarchique. Ils ne veulent plus être de simples exécutants, il est donc nécessaire pour l'encadrement de s'adapter, ajuster ses comportements et ainsi négocier.

a) La co-construction en équipe

Les interviews ont montré que les 3 soignants interrogés en font état. C'est une demande unanime. S1 dit : « *Qu'on essaye de trouver des solutions ensemble...On ne peut pas demander à une équipe de faire un tas de changements...si il n'y a pas de discussions effectuées afin que l'équipe soit rassurée... des négociations sont à prévoir auprès d'une équipe.* »

S2 exprime : « *Il faut être capable d'analyser, négocier et faire au mieux pour que l'équipe tourne* », elle revient ensuite sur ses paroles en disant d'elle-même « *négocier, c'est pas le mot idéal, on ne fait pas de marchandage moi je veux pas de ça. La négociation c'est trop fort, c'est une récompense de l'effort... que la cadre nous demande si il y a des gens intéressés par un groupe de travail pour savoir comment on peut faire* ».

D'elles-même, deux soignantes évoquent spontanément le terme de négociation, l'une dans sa démarche éthique de soignante souhaite ensuite le nuancer. Néanmoins, il ressort un besoin de participer à des prises de décision qui concernent leur quotidien au travail. S3 énonce « *j'aime que ce soit abordé en équipe, en réunion. Je me sens investie facilement. Il faut nous laisser de l'autonomie, le cadre il est là quand il y a des soucis, mais il faut nous laisser la liberté de choisir parce que c'est nous qui sommes concernés et qui sommes sur le terrain tous les jours* ». Enfin S1 rajoute ensuite : « *nous cherchons des solutions tous ensemble, nous nous réunissons, j'ai la chance d'être dans un service où l'équipe communique déjà beaucoup entre elle* ».

Le besoin de participer individuellement mais aussi en équipe est très prégnant dans ces propos, il permet d'en mesurer l'importance. Les soignants recherchent en quelque sorte un compromis acceptable entre leurs valeurs, leur charge de travail et la demande.

Le développement de ce sous concept avait en effet mis en avant un objectif de négociations de type gagnant- gagnant. C'est-à-dire trouver ensemble une « plage d'accord possible », fruit d'un compromis entre un idéal et un résultat minimal acceptable. Hesbeen parle ainsi de l'importance de laisser un espace de liberté au soignant comme acteur. Il étaye ces dires en constatant que le métier soignant est un art qui s'exerce dans des situations singulières nécessitant de constantes initiatives et adaptations. C'est la raison pour laquelle, un espace de liberté s'avère particulièrement nécessaire pour que le professionnel puisse y être auteur et acteur de qualité. Il appartient donc au cadre de favoriser cet espace.

#### b) Un espace de liberté contrôlé

Les propos de S1 nuance cependant un tant soit peu ce besoin de libre arbitre. En effet, elle mentionne le fait que leurs interventions doivent tout de même être limitées. Dans le sens où « *c'est à la cadre qu'appartiennent les décisions finales* » (est-ce ses 2 ans d'expérience de jeune IDE qui tempère ses propos par rapport aux autres ?). Elle dit que la résolution de solutions ne doit pas appartenir « *de A à Z à l'équipe car la cadre a des objectifs à atteindre auxquels l'équipe n'a pas nécessairement conscience ni pensé* ». Sa pensée est intéressante car elle place ainsi le cadre en position d'animateur : « *quand on fait une réunion, c'est*

*important que ce soit la cadre qui anime, en tout cas au début. Elle amène la thématique...elle effectue un petit exposé, le débat arrive ensuite naturellement par la suite, il y a une interaction entre les différents membres de l'équipe ».*

Selon M Saget, nous avons vu en effet que le cadre peut tout au plus « piloter les situations il se positionne dans une situation de « leader facilitateur » afin de faire émerger dans son équipe des innovations et des solutions grâce à des méthodes collaboratives et un pilotage efficace des productions collectives. Ce qui me frappe ici en corrélant les propos littéraires avec ceux des soignants, c'est l'importance du travail en équipe c'est-à-dire l'importance de la collaboration et de la complémentarité. Je ne l'avais jusqu'alors pas évoquée mais lorsque l'animation, la négociation sont bien conduites, cela peut-être une force appréciable et surtout un facteur extrêmement important pour les agents qui tout au long de leurs discours parlent assez peu d'individualité mais de travail d'équipe. Il est donc important pour le cadre d'être vigilant à ce concept de systémie et d'intelligence collective qui évoque le principe selon lequel « *le tout est supérieur à la somme des parties* »<sup>42</sup>.

#### c) Une disparité dans l'investissement aux changements

Enfin, pour clore ce développement, il me semble important de m'arrêter un instant sur des propos de soignants que je n'ai pu catégoriser dans un thème à part entière. En effet, 2 soignants ont évoqué au cours de leurs entretiens, l'écart d'investissement de certains membres de l'équipe en réponse à la demande d'une mise en place de modifications, de changements de la part du cadre. S1 dit « *après je pense que c'est un peu partout pareil, il y a toujours des personnes qui s'investissent plus que d'autres. Nous n'avons pas la même façon de travailler, la même mentalité et vision du travail* », S3 d'ajouter : « *c'est toujours les mêmes qui sont résistants, ceux qui n'ont pas bougé et sont en place depuis des années, qui ont des habitudes de vieux ... les filles n'aiment pas changer, résistent* ». Cela revient à la définition du changement abordé dans le concept à savoir qu'il est donc apparenté à une rupture d'un équilibre. M Crozier et E Friedberg décrivent le changement comme un problème parce qu'il n'est pas naturel. Il est source d'incertitude et d'insécurité donc de résistance. Il modifie les repères et les rapports humains. Il crée donc un climat inconfortable et d'insécurité.

---

<sup>42</sup> Approche sociologique de systémie.

D'autres part dans les propos soignants apparaît de façon sous jacente mais lié au changement, une notion que j'avais abordé dans mon contexte professionnel, à savoir une disparité entre les agents moteurs qui s'engagent facilement et les agents pour qui cela est plus compliqué. Les propos ne sont ni médisants ni malveillants, c'est simplement évoqués sous forme de constatation comme une fatalité. Il semblerait au regard de ces dires que c'est un écueil dont il faut être conscient de façon à travailler avec.

Néanmoins, les 3 soignants lors de leurs interviews démontrent elles, une volonté de se remettre en question pour avancer, évoluer face aux demandes du cadre. Car en effet, changer c'est accepter de s'interroger, de se remettre en question. S1 dit « *il faut savoir se remettre en question afin d'avancer positivement* », S3 énonce « *il faut savoir se remettre en cause, on n'est jamais parfait... Accepter les changements c'est accepter de progresser, avancer même si ça fait grincer, on s'aperçoit qu'on y arrive en changeant à plusieurs, en discutant avec l'équipe* ». Ces propos sont, pour le cadre, encourageants et rassurants, ils démontrent que les soignants sont enclin à se remettre en question mais ils montrent aussi que cette étape passe par une demande de réflexion d'équipe comme je l'avais déjà évoqué. Au regard des entretiens, cette demande de réflexion collective semble être un réel levier sur lequel le cadre doit s'appuyer pour faciliter voire même faire intégrer les changements d'organisation.

#### Synthèse soignante

Le bilan de cette analyse fait ressortir plusieurs aspects et attentes des soignants. Dans un premier temps, les soignants ont des attentes relativement communes de la communication avec le cadre de santé. Ils souhaitent que cette communication exclusivement orale pour eux soit synonyme d'échange, d'écoute empathique. Les interrelations cadre/soignant doivent occasionner des valeurs de reconnaissance, de valorisation, et de disponibilité. La tolérance, la transparence et l'authenticité se révèlent structurant pour les soignants dans le sens où ce sont des forces guidantes, rassurantes mais également fédératrice d'implication .

L'implication est également éveillée par une recherche de compréhension et de cohérence de la part des soignants. Pour cela, ils cherchent à participer, donner leurs avis individuellement mais surtout en équipe afin de s'approprier les demandes du cadre. En effet, la notion de recherche de réflexion en équipe est ressortie de façon très marquée.

L'injonction semble dans ce contexte générer de l'opposition car elle ne donne pas de sens à la demande. Afin d'apporter crédibilité et intérêt, il convient également de réconcilier le réel

avec l'idéal soignant en recentrant sur le patient et le profit dégagé pour celui-ci. Enfin, l'espace de libre arbitre et de négociation de groupe générés par le cadre lors de changements d'organisation apparaît pour les équipes une condition qui ne semble pour le coup, elle, non négociable. Ils participent également à intégrer les plus motivés mais aussi à faire participer les plus réfractaires.

### 5.3 La production de sens des entretiens cadres

Les réponses des entretiens des cadres de santé ont été très diversifiées. Il m'a été compliqué de les rassembler, regrouper en thème et sous thème face à la pluralité et aux nuances dans les propos.

#### 5.3.1 LA COMMUNICATION DU CADRE DE SANTE

La communication des cadres de santé est prioritairement évoquée dans sa forme orale, à part une cadre (C2) qui évoque rapidement une forme écrite selon les besoins et les attentes de certains agents. En effet, elle mentionne que « *tous les modes de communication sont bons en fonction de la sensibilité de chacun, certains sont plus sensibles à la communication écrite avec le temps de s'imprégner de ce qu'il y a à comprendre...Je développe par écrit en essayant d'être assez synthétique dans un cahier dédié* ». Ceci dit, rapidement, elle ramène la communication à sa forme verbale.

##### a) Les rôles de la communication

- *Un rôle fédérateur.*

A l'écoute de ma 2<sup>ème</sup> question, les trois cadres expriment, avant toute parole, des mimiques à type de haussements d'épaule ou de sourcils évoquant chez elles le fait que la communication est un vaste sujet complexe. Elle est ensuite évoquée unanimement comme un des actes les plus importants dans la fonction du cadre. Elle semble être le fil d'Ariane entre le cadre et les membres des équipes. C2 évoque le terme de « *fil conducteur* », elle l'explique en disant que « *le cadre va garantir que cette communication existe dans l'équipe, je dois leur donner les moyens, mon rôle c'est qu'ils arrivent déjà à communiquer entre eux* ». Elle pose ici le postulat que la première des priorités est que l'équipe (dans laquelle elle ne s'intègre pas de prime abord) arrive par son intervention à échanger entre eux. C3 parle de « *rôle le plus important pour créer du lien, on est là pour travailler ensemble, c'est tout le lien qu'on crée,*

*il y a la communication de déjà je dis bonjour, vous êtes là aujourd'hui bienvenue* ». Au travers de ces propos, c'est le rôle fédérateur du cadre qui ressort. Fédérer est défini par le Larousse comme l'action *de rassembler, regrouper autour d'un projet commun*. Pour développer cette idée, la communication est non seulement créer du lien mais aussi créer une cohésion, une interaction dans les échanges, une dynamique d'équipe. C1 corrobore cette définition. Elle évoque que la communication est *« importante en termes de dynamique d'équipe... c'est faire que les échanges puissent exister. »*, C3 dit qu'elle attend un retour des équipes, elle souhaite *« que ce soit interactif et j'espère que c'est valable dans les 2 sens. »*. C2 dit *« on échange sur des temps de convivialité, des échanges sur le temps de travail »*.

Dans ces paroles, j'entends, comme pour les soignants auparavant, une volonté d'échange, un engagement de chacun. Le concept de communication m'avait amené à développer succinctement les théories de l'école Palo alto qui mentionnaient que toute communication suppose un engagement et définit par la suite une relation qui ne se borne pas à transmettre une information et qui se comprend en fonction du contexte. Le cadre n'attend donc pas que sa communication soit de forme descendante uniquement, C1 l'évoque d'ailleurs en disant *« cela n'est pas que de l'information descendante non plus »*. Pour créer une dynamique d'équipe, la cadre doit donc veiller à l'interaction et au phénomène de feed back que j'avais déjà évoqué dans l'analyse soignante.

Dans le contexte professionnel, j'avais retranscrit des propos professionnels qui traitaient de la communication du cadre et du dynamisme qu'elle fédérait. Selon Sandra Le Meur, la communication s'avère primordiale pour les missions du cadre de santé parce qu'elle améliore le fonctionnement de l'équipe et sa dynamique. Vincent Chagué écrit lui que la communication du cadre doit faciliter les échanges entre les acteurs. Pour ce faire, apparaît alors le besoin d'écoute.

- *Le rôle d'écoute et d'attention des difficultés.*

Pour échanger efficacement et être fédérateur, il faut savoir écouter et entendre les autres. C'est cette valeur, au regard du concept de communication, qui conditionne les comportements. C1 évoque l'écoute comme une partie de la solution, elle dit : *« c'est aussi sentir d'où en sont les équipes dans les difficultés, le cadre est là aussi pour être à l'écoute des problématiques...l'écoute c'est entendre et aller chercher l'info... cela permet d'entendre le vécu des équipes... »*, C3 dit que c'est *« identifier, les soucis, les conflits. Moi j'essaie d'être ouverte, je leur dis n'hésitez pas à me solliciter »*. Ce comportement d'écoute empathique favorise, comme nous l'avons évoqué lors des entretiens soignants, l'engagement

la considération et la reconnaissance des agents. En revanche, s'ils sont pensés, connus par les cadres ces termes ne sont pas traduits ainsi. Seule C3 l'exprime en des termes sous jacents : « *donner la place à chacun et faire avancer* ».

Néanmoins, l'écoute semble pour eux synonyme d'un comportement proche de la disponibilité.

Se montrer disponible c'est donc aussi savoir prendre du temps pour identifier et gérer les conflits afin d'évaluer, positiver, favoriser le climat de travail mais aussi selon C3 influencer une notion de progression.

- *Le rôle de baromètre social*

La communication avec les valeurs qu'elle engendre permet donc comme l'ont mentionné les cadres d'identifier les difficultés. Prendre connaissance et conscience de celles-ci est l'occasion d'évaluer le climat social de son équipe. C3 l'explique : « *la communication permet d'identifier l'état des agents...j'essaie d'identifier le oui oui filant, il faut que j'y retourne dans la journée, gratter un peu plus loin* ».

Ce comportement favorise la création d'un climat de confiance permettant de faire basculer le cursus du baromètre en position haute et favorable. En effet, installer un climat de confiance favorise d'après l'interprétation de ces propos le désamorçage des situations conflictuelles c'est-à-dire les dépister précocement pour agir rapidement.

C1 évoque « *qu'à travers l'écoute c'est se dire on met en place un climat de confiance...une communication satisfaisante, sans en attendre quelque chose mais je pense qu'il y a des retours forcément* ». Elle rajoute au cours de son entretien que la communication est pour elle un outil, un moyen pour je cite « *que le travail se passe bien, et faire qu'il y ait une sorte de symphonie* ». La communication du cadre et son aptitude à savoir écouter lui permettrait donc de déceler préventivement les sources conflits et les difficultés d'une équipe afin de prendre position pour les régler rapidement.

Après avoir tenté de définir le rôle de la communication, il m'a semblé ensuite cohérent de développer une partie sur les facteurs qui selon les cadres peuvent influencer la communication.

b) Les conditions favorables à la communication versus les obstacles

- *La répétition des propos, le temps d'imprégnation, l'abondance d'informations injonctives.*

Les 3 cadres évoquent la nécessité de répéter à plusieurs reprises leurs propos et de prendre le temps de le faire. Il semble que ce soit logique et intégré pour elles de redire autant de fois que besoin. C1 l'exprime en disant « *si il ne se passe rien, ça veut dire que la sollicitation n'a pas été comprise ou bien perçues donc je recommence* » elle s'arrange pour être présente sur les temps de transmission afin de pouvoir répéter plusieurs jours de suite. C3 évoque : « *Il y a aussi des fois, j'ai l'impression de donner une info, de l'avoir donné à un maximum de gens, il faut la répéter souvent ... c'est vrai qu'il faut redire les choses plein plein plein de fois.* »

Il semble que cette pratique leur paraît naturelle et automatique. Elles n'évoquent pas pour elles une résistance à l'information mais plutôt un fait tel une fatalité dans leur mode de communication et dans l'organisation du travail d'une équipe.

Néanmoins, elles associent à ces répétitions, la nécessité d'intégrer une notion de temporalité de la part des agents pour assimiler les données. L'une dit : « *il faut le temps que ça mijote* » et l'autre évoque la notion de « *prendre le temps pour passer les infos* ».

Pour approfondir ce constat, C1 dit par la suite : « *on court plein de lièvres à la fois, la vitesse d'assimilation, des équipes n'est pas la vitesse d'injonctions d'une DRH, l'équipe n'a pas le temps de digérer on ne peut pas les gaver avec plein de changements...* ». Apparaissent ici plusieurs facteurs en plus de la notion de temporalité. Il y a en premier la multiplicité des infos à transmettre, que l'on peut tout à fait rapprocher du concept d'infobésité et de ses conséquences en termes de compréhension et d'assimilation que j'avais évoqué dans la première partie de ce travail. Ce cadre fait en effet le constat qu'il est parfois difficile pour une question de temps, de disponibilité et d'abondance d'infos d'être efficace dans ses transmissions et dans la mise en œuvre ensuite. Il apparaît donc nécessaire de prioriser les sujets de communication afin de ne pas « noyer » les agents dans des multitudes d'informations sans clarté véritable. D'autre part, elle rapproche également ici la notion d'injonctions que j'ai évoquées dans l'analyse soignante. Elle a conscience que c'est un obstacle, elle ajoute : « *ils se braquent, il va leur falloir du temps* ». C3 l'évoque aussi, elle dit « *si je leur dis c'est comme ça qu'on va faire, ben ça va pas, ça fonctionne pas...* ».

Deux des cadres ont donc assimilé dans leur pratique que l'ordre sans explication et sans notion de patience telle une ténacité ne s'avère pas ou peu efficace comme mode de communication.

Dans ce contexte, elles évoquent le besoin d'organiser des réunions.

- *Les réunions : pourvoyeuses de meilleures diffusions de l'info : attention aux poids des mots.*

Deux cadres évoquent le caractère facilitateur des réunions pour éclairer leur communication. Elles apprécient le fait que tout le monde entende la même chose le même jour et évite ainsi l'écueil de ceux qui n'auront pas entendu. Mais je ne vais tracer plus ici ces propos car je développerai la méthode des réunions dans le thème de l'implication.

En revanche, une cadre évoque l'importance dans ce cas de maîtriser son langage. Elle insiste sur le fait que le cadre ne peut pas communiquer avec les agents comme l'on communique avec un collègue. Elle insiste ainsi sur la nécessité de positionnement du cadre. Elle dit : « *on est quelqu'un d'important dans le service, il y a une interprétation de tout ce que l'on fait ou dit* ». C1 confirme également cette position en disant « *il y a des mots qui vont faire frein, c'est déjà être conscient que en fonction de comment on propose le projet et quels mots on utilise, ça peut aller dans un sens ou dans un autre, c'est clair* ». Cela ratifie le fait énoncé dans le modèle psychosociologique de la communication : à savoir que le message et la façon de le diffuser détermine les comportements. C1 rajoute dans son entretien qu'elle fait une présélection des informations à transmettre « *qu'est ce que je retiens pour le moment...* » Ensuite, elle s'interroge sur la façon dont elle va communiquer. Le fait de calculer et penser ses élocutions ne pourrait-il pas être les prémices d'une stratégie de communication ?

### c) La stratégie de communication.

Elle prend à mon sens plusieurs facettes en fonction des cadres interviewés, elle peut-être consciente et assumée ou implicite et cachée.

Le cadre C1 emploie spontanément le terme de stratégie.

Au travers de l'analyse débutée, il est clair que le cadre de santé s'adapte sans cesse et adapte sa communication en fonction du contexte et du climat. Cela étaye la théorie de Mintzberg qui énonce que la véritable stratégie émerge au fur et à mesure que se déroule l'action.

Comme je l'ai mentionné, le fait de penser préalablement sa communication, d'observer les réactions pour réagir prouve une certaine sensibilité et une aptitude d'écoute, d'interaction du cadre. Mais cette attitude a comme finalité d'obtenir une réaction de la part des agents. C2 s'interroge sur sa façon de communiquer par rapport aux étapes du changement. Elle continue en disant : « *c'est une stratégie par rapport à l'assimilation des mises en place, l'observation des réactions et la compréhension du message reçu* ». En effet, dans le concept de stratégie, j'avais mentionné Martinet qui écrivait que le stratège a entre autres objectifs celui de transformer une situation à son avantage, il prend donc en compte l'environnement afin de saisir les opportunités présentes.

Dans les stratégies de communication, les cadres font également référence au choix du moment pour communiquer. C3 évoque que même si cela n'est pas forcément louable, elle fait passer des messages et informations sur des temps de pause. Elle est sûre que dans ce contexte les agents seront, d'un, nombreux et deux, plus détendus donc plus enclin à l'échange. C1 s'interroge : « *c'est se dire voilà, à quel moment je vais placer mon information* ». C2 l'évoque également à sa façon en disant qu'il y a des périodes où il est inutile de s'accrocher à un espoir de communication engageante avec les équipes. Elle présente le cas d'équipe « cristallisée par une problématique » tel les plannings. Elle prétend que les agents sont trop absorbés et ainsi dans l'impossibilité d'écouter et d'être réceptifs. Elle prend alors le parti d'attendre. C1 se rapproche de cette idée en évoquant succinctement le problème de temps et de disponibilité des agents. Je suis d'ailleurs assez surprise que ce facteur temps soignant ne soit pas mentionné plus que cela comme obstacle majeur à la communication.

Choisir le moment est en effet un choix stratégique qui a pour but d'être entendu dans une situation la plus propice qui soit. C'est pourquoi, les cadres évoquent aussi le choix des personnes à qui l'on s'adresse. Deux d'entre elles évoque la nécessité de s'appuyer sur des personnes ressources. C1 dit : « *je vais essayer de cibler les personnes qui vont être plus ressource et de se dire tiens il y a tel agent présent du coup je vais en profiter... je sais qu'elle va actionner en positif quelque chose auprès de ses collègues* ». Elle continue son discours en mentionnant des éléments moteurs ou ressources constructives dont elle peut, et je cite « se servir » et mentionne que certains jours elle décale son intervention parce que : « *il va y avoir telle ou telle personne et ça va pas être top* ». C'est à la suite de ces propos qu'elle mentionne spontanément que c'est une stratégie.

C3 l'évoque aussi mais de façon plus nuancé : « *je sais que je vais pouvoir m'appuyer sur certains pour transmettre certaines informations à d'autres avec lequel je suis un peu moins bien perçue...Je sais dans l'équipe ceux qui sont moteurs...* ». Elle tempère ensuite ses propos en évoquant des compétences particulières chez certains agents. Effectivement au travers de ses dires, j'ai l'impression que cela lui pose un problème éthique de s'appuyer sur certains soignants car elle mentionne que « *c'est difficile de trouver le juste milieu pour tout cela, il y a des gens qui vont dire oui tout le temps si on les sollicite, ils s'épuisent et après ils sont stigmatisés par le reste de l'équipe* ». Il semble au regard de ces propos que l'on touche les limites, évoqués dans le concept, de la stratégie de communication. En effet, le cadre C3 fait mention du risque d'une fracture dans la cohésion d'équipe, et d'une usure des soignants catégorisés comme ressource. Mais c'est aussi un manque de transparence et d'authenticité,

des valeurs attendues par les agents pour pouvoir s'impliquer. Cela rejoint également la théorie de Philippe Breton qui écrivait que la grande perdante de cette stratégie de communication est la communication elle-même dont le rôle essentiel est de créer du lien et du sens entre les humains.

C'est pourquoi, malgré le fait qu'elle évoque des procédés dignes de stratégie, deux cadres évoquent paradoxalement aussi agir par intuition.

C2 dit « *que c'est plutôt intuitif* » et C3 approuve en disant « *si j'ai un outil, je ne crois pas, c'est plutôt au feeling...je suis plus dans le ressenti* » elle complète ses propos en expliquant qu'elle essaie de percevoir l'état d'esprit des agents de façon à adapter sa communication dans l'objectif de bien travailler ensemble. Ceci rejoint donc la notion d'évaluer le climat personnel, collectif et social des agents pour faciliter la compréhension et l'intégration des messages. Le cadre C3 évoque même la possibilité d'agir en fonction de son état d'esprit personnel, de sa disponibilité du moment et de son humeur afin d'« *utiliser le bon canal* » de communication. Ces comportements adaptatifs sont faits spontanément, naturellement et intelligemment de façon, tout de même, à aboutir à une réponse que l'on aurait au préalable définie et à un objectif attendu. Dans ce cas, il ne serait pas incohérent de prétendre qu'un « bon cadre de santé » dans sa volonté de rester authentique a une prédisposition naturelle à la stratégie sans pour autant verser dans la manipulation perfide telle qu'elle est parfois pratiquée dans les milieux d'entreprises à rentabilité.

#### d) Les jeux de pouvoir dans les relais de l'information.

L'analyse des entretiens cadre m'amène à aborder ce thème. En effet, une phrase du cadre C3 m'a particulièrement interloquée. En effet, celle-ci mentionne qu'à partir du moment où l'on délègue ou disons accepte que des agents transmettent des info à d'autres agents, on prend le risque de « *n'être plus maître de l'information* » et d'entrer dans les jeux de pouvoir dans la transmission de l'information. Mr Brémaud, professeur universitaire à Rennes 2 nous a enseigné que celui qui détient l'info détient le pouvoir et a ensuite fait référence à la rationalité limitée des individus évoquée par Crozier. Effectivement, la transmission des informations est parasitée par les représentations, l'individualisme, les attentes et désirs de chacun et s'en trouve irrémédiablement transformée. Cela rejoint également la théorie évoquée dans la première partie de Allport et postmann concernant la distorsion de l'information sous l'effet des relais avec les phénomènes de réduction, d'accentuation et d'assimilation. C1 évoque aussi ce problème différemment. Elle mentionne « *le libre court des soignants* » et explique que l'information est entendue, relayée différemment selon les

soignants et leurs perceptions individuelles et collectives. Elle pense que c'est « *un frein à la communication* ». Cela correspond aux travaux de de Korzybski qui disaient que c'est « *une tromperie d'imaginer qu'un mot n'a qu'une seule et unique signification* ». La leçon tirée par la suite par M Le Saget est que pour bien communiquer, il vaut mieux choisir le niveau plus simple possible, le plus proche des faits de façon à limiter un maximum les distorsions inévitables dans le champ des émotions et opinions.

### **5.3.2 L'IMPLICATION DES SOIGNANTS DANS LES CHANGEMENTS SELON LES CADRES DE SANTE.**

#### a) les facteurs favorisants

- *Libre- arbitre et négociation*

Lors des entretiens avec les cadres, j'ai cherché à comprendre ce qui, dans leur communication, pouvait influencer la mise en action des agents lors de changements d'organisations par exemple. Les cadres de santé évoquent naturellement, le besoin de mettre en place des réunions ou des groupes de travail de façon à laisser un espace de liberté aux soignants afin qu'ils s'imprègnent du sujet et y adhèrent. En effet, dans l'analyse soignante, les propos des agents avaient mis en évidence un réel besoin et désir de prendre partie, d'être consulté pour s'impliquer dans les changements d'organisation. Les paroles de deux cadres montrent que ceux-ci ont bien compris et intégré ce phénomène. C3 dit que : « *s'ils sont partie prenante forcément ce sera eux qui auront participé, qui y auront réfléchi, j'espère qu'ils vont mieux adhérer... car c'est eux qui ont décidé, ça permet de les impliquer de créer une dynamique* ». Elle insiste aussi sur le fait qu'ainsi ils vont pouvoir faire des choix qui leur conviennent. Thévenet avait développé cette théorie selon laquelle l'agent doit pouvoir s'approprier et reconnaître l'activité, afin pour lui de réconcilier l'idéal avec le réel. De plus, cette cadre amène une remarque intéressante en disant qu'en plus cela a le double mérite de permettre aux agents de se rendre-compte dans le même temps de la difficulté qu'« *il n'y aura rien de parfait* ».

C1 est, je dirais plus stratégique dans cette position, elle évoque effectivement la mise en place de groupe de travail et la place à l'écoute pour trouver des solutions en commun mais elle infléchit son propos en mentionnant que « *cela ne doit pas être une injonction et qu'on laisse penser à l'équipe qu'on a une petite marge de manœuvre* », Elle laisse « *la petite soupe pour laisser respirer les soignants* ». Mon interprétation de ces propos me laisse à

penser que cette méthode lui semble moins naturelle que pour C3 et disons plus déterminée par une pratique dont elle a connaissance d'être favorisante. Le tout est, qu'au travers de notre analyse soignante, les agents ne ressentent pas cette dissonance.

L'intérêt pour le cadre est selon MC Moncet qu'il n'y ait pas de gagnant/perdant car négocier n'est pas imposer ses idées mais au contraire d'ouvrir son esprit à l'écoute afin de s'enrichir. Jet R Simonet avaient, quant à eux écrit que les objectifs visés étaient de développer la cohésion et la cohérence au sein des équipes par la production commune d'idées. Ces propos rejoignent ceux de C1 qui évoquait avec ce procédé l'engagement de l'équipe vers une dynamique.

Seule un cadre prononce clairement le terme de négociation. C3 dit : « *je suis clairement dans la négociation, je suis le négociateur entre les uns et les autres...* ». Ceci dit, les propos des cadres montrent que sans l'énoncer de façon évidente, ceux-ci font de la négociation assez facilement et intuitivement telle une stratégie rationnelle de façon à amener comme l'avait écrit Friebberg et Crozier à accroître ses « gains », c'est-à-dire à obtenir un résultat en termes de réponse des agents.

Pour revenir sur la posture du cadre dans ces moments de négociations, deux cadres évoquent des attitudes différentes. C1 se décrit comme un « *pilote pour dire l'objectif* » plutôt que comme un accompagnateur ou un animateur, tandis que C3 se décrit comme un négociateur. Elle ajoute : « *je fais le lien, c'est moi qui organise* », elle explique qu'elle présente les sujets lors de réunion en qu'ensuite, elle laisse chacun s'exprimer pour prendre des décisions en équipe. Elle se placerait donc plutôt en négociateur animateur.

Il ne m'est pas possible de déterminer aux termes de ces entretiens, quelle attitude est la plus propice, pour cela il aurait fallu pouvoir effectuer des observations dans les unités.

Néanmoins, le cadre qui se décrit comme un pilote fait preuve dans ses propos de plus d'autorité en laissant un libre arbitre moins large aux agents. Le cadre conceptuel avait mis en évidence que l'animateur libère la motivation personnelle par son attention de tous les jours. En effet, il semblerait que le pilote soit moins enclin à une écoute individuelle mais plutôt collective moins propice au sentiment de reconnaissance si cher aux agents.

Cependant, l'animateur ne doit perdre de vue que c'est lui qui détient la décision finale. C3 l'évoque en disant qu'elle est « *garante de la décision finale* ». En effet, ce style de management participatif voire situationnel ne doit pas laisser perdre de vue que c'est le cadre qui détient le pouvoir. En effet, le cadre contextuel avait fait mention du danger dans les marges de liberté des jeux de pouvoir et de la rationalité limitée des individus.

MC Moncet énonçait la nécessité que l'espace appelé degré de liberté s'exerce tout de même de façon structurée dans un contexte de règles et de pouvoir. C'est ainsi que la négociation peut aboutir à une décision certes collective mais garantie et avalisée selon des objectifs par le cadre de santé.

- Créer un chemin vers le sens

Ces méthodes de management permettraient semble-t-il de donner du sens au travail des agents. Les cadres en font mention. Deux cadres l'évoquent. C1 l'apparente à un enjeu. Elle dit : « *c'est se dire les aider à mettre du sens sur ce qu'ils font...* ». Elle insiste en évoquant : « *le sens c'est rechercher ...pourquoi l'on fait ça et creuser; là où on se dirait dans la routine, se dire là cela n'a pas de sens...* ». La notion de donner du sens dans sa communication est pour cette cadre l'occasion de créer un rempart aux automatismes qui parasitent les réflexions. C'est l'occasion de prendre du recul pour s'interroger sur ses pratiques. Rémy Chapiron écrit que la posture du cadre de santé devient un atout pour accompagner l'autre dans la recherche de sens. Il complète en disant que le cadre est un metteur en scène pour fédérer l'ensemble des agents vers un sens partagé. Ainsi, il permet à chacun à partir de liberté d'expression, de réfléchir, de devenir acteur. Cette notion de sens fait donc le lien avec le libre arbitre des soignants. C3 complète de même ces propos en développant la dimension de donner du sens à travailler ensemble : « *du sens à pourquoi on est là tous ensemble...du sens à comment on fonctionne les uns avec les autres...et pour qu'on soit là dans un but commun.* ». Cela fait le lien avec les propos d'Estelle Morin qui écrit que d'avoir des bonnes relations avec les autres, pouvoir s'entraider lorsqu'on a des difficultés, pouvoir compter sur le soutien de ses collègues et de son supérieur sont des caractéristiques qui donnent du sens au travail.

- Valoriser pour engager

Pour poursuivre les facteurs favorisant l'implication. Il me paraît précieux de mentionner un fait toujours en lien avec le libre arbitre : à savoir la possibilité de donner la place et la parole à chacun pour valoriser et reconnaître les agents. Deux cadres y font référence. C3 dit : « *pour moi la parole de chacun a son importance aussi, que ce soit l'ASH ou le médecin, on a tous autant le droit de s'exprimer...* ». Cela rejoint la notion d'équité et de complémentarité que les soignants avaient évoquée eux aussi. Une autre cadre l'évoque différemment. Elle mentionne « *qu'individuellement, faire entendre à ceux et celles qui vraiment sont un peu plus performants que d'autres...* ». Ses propos ne font pas, dans ce cas, lien avec l'équité mais avec la possibilité de valoriser plus individuellement ceux qu'elle nomme « *des personnes ressources* ». Elle ajoute : « *que l'enjeu pour être positif...le pilote a aussi à*

*maintenir le cap en laissant passer des messages comme quoi il y a du bon travail de fait* ». Elle revient donc sur une notion qu'elle avait déjà évoquée de pilote. En revanche ses propos font la liaison, là encore, avec la demande des soignants d'être encouragés et valorisés par le travail et les efforts accomplis. C'est à dire d'être reconnus comme individus et professionnels. Cela fait parfaitement écho avec la théorie d'Alexandre Bailly qui formule que pour impliquer les soignants, il est nécessaire d'apprécier les performances individuelles et collectives. Il faut, ainsi, mettre en place un système de communication des performances de chacun afin que l'agent s'approprie le travail dans lequel il s'implique. Ainsi, communiquer dans la transparence avec l'ensemble de l'équipe est un élément favorable à une meilleure implication des individus dans le travail. Hasbeen rajoute qu'un agent qui s'implique dans son travail sera rapidement découragé si l'environnement dans lequel il exerce ne se montre pas reconnaissant de la singularité de celui-ci et si l'institution ne lui montre pas sa considération

Ce développement fait à nouveau apparaître l'importance des valeurs managériales et communicationnelles telles que la reconnaissance et la transparence.

#### b) les freins à l'implication dans les changements

- *Les soignants éternellement résistants*

Les cadres évoquent naturellement les soignants moteurs ou ressources sur lesquels ils peuvent s'appuyer versus les soignants éternellement réfractaires ou peu engagés. C3 objecte le fait « *il y a des gens qui ne veulent pas et qui seront toujours réfractaires aux changements* ». J'avais déjà moi-même énoncé ce fait dans le contexte professionnel. Il est donc important de prendre le temps de l'interroger pour le comprendre.

La définition du changement fait état d'une rupture d'équilibre. Crozier et Friedberg précisent qu'il n'est pas naturel et crée un sentiment d'insécurité qui fait frein. C3 poursuit son analyse en mentionnant : « *je sais aussi que les gens qui râlent tout le temps, qui sont jamais d'accord, j'essaie de leur donner un peu de responsabilités...pour qu'ils se sentent valorisés et soient partie prenante des changements* ». Cette cadre prend donc l'option d'encourager mais surtout d'accompagner ces soignants en les valorisant de façon à les impliquer. MC Moncet corrobore cette stratégie en démontrant qu'engager dans le changement les membres réfractaires de l'équipe permet de modifier leurs représentations, de les rendre porteurs d'éléments de régulation.

J'ai à nouveau employé le mot stratégie pour énoncer les propos de l'auteur, car il semble que la cadre doit se montrer implicitement tactique pour atteindre ses objectifs. Le cadre pourrait donc s'apparenter à un acteur qui selon F Dupuy a une vision personnelle de la situation et une façon intelligente d'agir par rapport à cette situation, c'est-à-dire qu'il établit une stratégie pour cheminer vers un objectif cohérent pour lui, même si celui-ci ne l'est pas pour les autres. A contrario de ce précepte, la cadre C1 formule son avis selon lequel, certains individus ont besoin d'injonctions pour avancer : « *l'injonction pour certains individus ...ils ont besoin qu'on leur disent : il faut que ce soit comme ça...vous devez tendre vers ça, ou sinon ça fera pas et cela ne sera pas chez moi* ». Elle apparente cela à « *les aider à devenir performant* ». Comment analyser cette autorité ne s'apparentant à aucune donnée évoquée dans les concepts. Il apparaît que son expérience de 14 années de cadre l'a amenée à cette conclusion. C'est cette même cadre qui se considère comme un pilote plutôt qu'un animateur et qui « *laisse à penser aux soignants qu'ils ont une petite marge de manœuvre* ». Sans aucun jugement, apparaît ici un style de management plus autoritaire et paternaliste dans une posture du moi parent. Cette attitude se désolidarise de l'échange adulte à adulte évoqué dans l'analyse transactionnelle. Cela marque une inégalité dans les rapports et un désir d'imposer une autorité. Sera-t-elle porteuse d'engagement et d'implication ? Si je me fie aux réponses des 3 soignants interrogés, il semblerait que la réponse soit non.

#### Synthèse cadres de santé

Cette analyse des entretiens des cadres montrent que la communication avec les équipes est un pilier essentiel de la fonction des cadres de santé. Il peut-être fédérateur auprès des agents et crée lien, cohésion et dynamique des équipes. La faculté d'écoute du cadre lui permet d'entendre les difficultés des agents et ainsi de gérer les conflits afin qu'ils ne gangrènent l'union et la cohérence des équipes. La disponibilité des cadres génèrent de la reconnaissance et un climat de confiance.

Le fait de devoir répéter, redire les informations paraît un phénomène naturel pour les cadres. Ils l'apparentent à une notion de temporalité pour les soignants de façon à avoir le temps d'assimiler les informations. Il est donc utile de savoir trier et prioriser les messages afin de ne pas submerger les soignants d'informations et de les parasiter dans leur compréhension et leur motivation.

Les cadres ont en majorité intégré que les injonctions ne fonctionnent pas avec les soignants, en parallèle, ils ont conscience que le choix des mots est primordial. Ils mettent donc en place une stratégie de communication implicite ou assumée. Elle émerge au fur et à mesure, en

fonction de la sensibilité de chacun et de l'aptitude à savoir écouter et entendre. Elle prend ainsi compte de l'environnement et adapte ses choix aux moments et aux personnes. Néanmoins, les cadres avouent également agir par intuition selon un savoir-faire et savoir-être qu'ils mettent au service des objectifs attendus. Il semblerait donc que la stratégie de communication des cadres soit une prédisposition d'intelligence naturelle sans notion de manipulation insidieuse.

Les cadres ont compris l'intérêt des groupes de travail et des réunions pour éveiller et activer le libre arbitre des agents en négociant des solutions au regard des buts à atteindre. Les cadres se placent en pilote ou négociateur animateur mais doivent garder de vue que dans cette approche s'opèrent des jeux de pouvoir qu'ils doivent maîtriser pour être les garants de la décision finale.

Le management participatif et la communication peuvent permettre de donner du sens au travail, car ils occasionnent une réflexion des pratiques et une inter professionnalité. Cela permet aussi d'opérer une valorisation des agents par, entre autres, la valeur de transparence. Enfin, il faut être modeste, réaliste et averti pour accepter dans sa pratique les agents réfractaires aux changements tout en élaborant là encore une stratégie afin de les intégrer pour qu'ils s'impliquent.

## 5.4 Synthèse

Cette étape de synthèse consiste maintenant à répondre à la question de recherche et confirmer ou infirmer mes hypothèses, à savoir : Quelle stratégie de communication du cadre de santé facilite l'implication des agents lors d'un changement d'organisation ?

- Le cadre par son rôle d'animateur favorise l'implication des soignants en leur permettant de donner du sens aux changements d'organisations.
- L'espace de négociation induit par la stratégie de communication du cadre permet aux soignants de s'impliquer pour mettre en œuvre les changements d'organisations.

Communiquer fait partie intégrante du rôle du cadre de santé de proximité. Au travers des recherches littéraires et des entretiens professionnels, il semble d'ailleurs être le rôle prédominant car il conditionne les comportements des professionnels.

Il apparaît qu'il n'existe pas une méthode ou solution stratégique modèle en termes de communication. Néanmoins, ce travail m'a fait prendre conscience que tout cadre de santé doit se montrer stratégique dans le choix des mots, des moments, des lieux et des personnes

pour faciliter l'intégration de sa communication. Être stratégique n'est pas synonyme de perfidie et de manipulation déloyale comme je le préjugeais au début de mon travail. Cela n'est nullement en opposition avec des valeurs mentionnées comme indispensables dans ce travail et qui me semblent essentielles telles que la transparence, l'authenticité, le respect et la reconnaissance.

Grâce aux apports récoltés tout au long de ce travail, je peux dégager des tendances en termes de savoir-faire et de savoir être. Je peux ainsi répondre aux hypothèses.

Le rôle d'animateur ou de pilote du cadre favorise l'implication des soignants dans la mesure où il leur permet de s'investir en équipe, de réfléchir collectivement et d'être force de propositions qui leur font sens. En effet, les travaux de groupe ou les réunions quand ils sont menés avec écoute, reconnaissance et valorisation autorisent les soignants à s'exprimer et à trouver des solutions qui leur semblent cohérentes et dans lesquelles ils peuvent s'impliquer. Cette méthode que l'on peut appeler stratégie, fait lien avec l'espace de négociation que le cadre met en place lors de ces moments d'échange. Dans ce cas, être stratégique, c'est avoir préparé en amont son intervention afin d'avoir pensé les réactions des agents et d'avoir prédéfini des objectifs. De plus ce management stratégique et participatif ne doit pas faire perdre de vue que dans l'espace de négociation, c'est le cadre, qui malgré tout, détient l'autorité et le pouvoir de décision. Il faut donc être clair sur l'espace de liberté que l'on octroie et sur ce qui est négociable de ce qui ne l'est pas.

En clair, être un manager stratégique fait appel à un ensemble de valeurs et d'habiletés qui s'unissent pour allier sensibilités aux autres, adaptabilité, autorité intelligente et identification des acteurs. Il existe très certainement une prédisposition naturelle telle qu'un savoir être, savoir faire ou un pouvoir charismatique apparentée à de l'intuition qu'il est utile de faire évoluer, de développer et de perfectionner au fil du temps et des expériences.

L'objectif à ne pas perdre de vue dans ce processus est de combiner qualité des soins, satisfactions des patients, efficacité et qualité de vie au travail. Il convient donc d'utiliser toutes nos valeurs et compétences personnelles et professionnelles pour réussir modestement à trouver des compromis permettant la cohérence et la faisabilité de cet ensemble. Vaste challenge que l'art combinatoire du management !

### **Les limites de ce travail de recherche**

Au terme de cette partie, il apparaît que dans mon questionnement, j'avais omis des dimensions essentielles afférentes à la communication. En effet, je n'avais pas pris conscience du besoin essentiel de reconnaissance de la part des soignants et de l'influence de la

dynamique de groupe. Une autre lacune réside dans le fait que la communication est extrêmement liée au type de management du cadre. Ce sont des concepts que j'aurais également pu développer et insérer dans des hypothèses.

Cela fait partie des limites de ce travail. En effet, la partie analyse fait poindre de nombreux axes de réflexion que je me suis contentée de révéler sans les développer. Je ressens de la frustration d'avoir ouvert la voie vers une multitude de termes et de dimensions que je me contente de survoler en les énonçant. Effectivement, j'aurais aimé, par exemple, approfondir la notion d'empathie dans la communication du cadre de santé, elle fait écho à la notion d'éthique dans le management qui est un sujet que je découvre concomitant à la communication.

## 6. CONCLUSION

L'objet de ce mémoire portait sur la communication des cadres de santé et son impact sur l'implication des soignants. Ce travail d'initiation à la recherche est parti d'une interrogation découlant de vécus dans ma pratique professionnelle. Le thème de la communication, au regard de mon parcours professionnel, m'est apparu comme une évidence. La problématique rencontrée nécessitait pour moi de comprendre les phénomènes, les émotions interférents et de les analyser pour avancer et faire évoluer ma pratique.

Ce travail m'a permis d'apporter un éclairage, de mettre en évidence des comportements et attitudes facilitant l'implication. Bien que celui-ci reste modeste et perfectible, tout mon questionnement développé, a trouvé des éléments de réponse. En effet, avec l'élaboration de ce travail de recherche, je n'attendais pas de trouver des réponses toutes faites mais de percevoir des « clés », des tendances me permettant de faciliter ma communication et de m'ouvrir aux autres. C'est tout l'objectif que j'espérais de cette année de formation et de ce mémoire.

Il est pour moi l'aboutissement d'une vraie réflexion riche d'apports qui me seront aidants et professionnalisants. Mais au-delà de la communication, ce travail a été l'occasion d'enrichir ma réflexion de nouveaux regards concernant ma future fonction et mon mode de management.

Je prends conscience avec un certain plaisir et satisfaction du chemin parcouru. Forte d'une méthodologie précise, structurante et d'apports théoriques, littéraires, j'ai pu acquérir une capacité à prendre du recul, de la distance pour étayer un esprit d'analyse s'éloignant de mes jugements, certitudes et représentations. Ce rite de passage n'a pas fait de moi quelqu'un d'autre mais quelqu'un avec une capacité de penser différente.

J'ai donc progressivement avancé dans ma réflexion, évalué entre autres, mes pratiques de communication pour évoluer.

En éducation thérapeutique, j'avais appris que évaluer c'est accepter d'évoluer. Je mesure à quel point c'est vrai et à quel point c'est important dans un métier en mutation constante. En effet, les différentes réformes hospitalières sont souvent difficiles à comprendre et à faire adhérer. Elles se révèlent sources d'insatisfaction et de stress pour les professionnels. Le

rapport de Singly<sup>43</sup> valide cette constatation. En conséquence, il est particulièrement crucial d'être capable de s'adapter pour faire évoluer les pratiques et entraîner les soignants dans cette mouvance.

En effet, la réussite de ces changements ne peut s'opérer sans la participation des agents. Ceux-ci en sont les principaux acteurs et d'eux découlent la performance. Le rôle du cadre dans ces dimensions d'évolution et d'instabilité est de soutenir et mobiliser pour gérer humainement ces professionnels en quête de reconnaissance, de valorisation, de bienveillance et en attente d'être consultés pour s'impliquer.

C'est une des notions dégagée par ce travail et que j'aurais envie d'approfondir. Pour illustrer ce constat, J. Salomé et C.Potié<sup>44</sup> (2000) écrivaient « *Manager des hommes c'est les entraîner et les mobiliser vers un but à atteindre...Manager des hommes ne peut se faire sans estime et bienveillance pour les hommes.* ».

Ainsi, cette approche bienveillante est qualifiée de management éthique. S'appuyer sur la ressource des agents est un élément stratégique incontournable pour la réussite d'un travail efficient. L'encadrement doit donc être cohérent, reconnaissant et valorisant.

Un rapport de l'ANESM<sup>45</sup> préconise : « *Ceci induit que l'encadrement soit respectueux des personnes et soucieux de réserver aux équipes, une possibilité de penser de parole et d'autonomie... de soutenir l'initiative des professionnels et d'éviter toute forme d'organisation déresponsabilisante* ».

Ces pratiques de travail collaboratif ont, de plus, deux intérêts non négligeables. Elles participent au développement de compétences des soignants et temporent le sentiment de solitude du cadre en s'appuyant sur des valeurs partagées. Ainsi le cadre tend vers une systémie, une complémentarité pour générer un dynamisme d'équipe propice à la qualité des soins plutôt qu'à une responsabilité et prise de décision individuelle.

En conséquence, ce travail m'aura fait prendre conscience que le cadre ne détient pas le

---

<sup>43</sup> Rapport de Chantal de Singly est un rapport du 11 Septembre 2009, demandé par le ministère de la santé concernant les missions des cadres de santé.

<sup>44</sup> Respectivement psychosociologue, écrivain et docteur en sciences de gestion.

<sup>45</sup> ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux. Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. Juin 2008. <http://www.anesm.santé.gouv.fr>

monopole de l'innovation, de l'organisation, de la recherche de solutions. Il n'est pas contraint à trouver des solutions seul. Il est, au contraire, bon de s'appuyer sur le collectif et sa créativité pour avancer et évoluer. Cette réflexion est plutôt rassurante pour moi. Elle a en plus l'atout d'être fédératrice d'énergies positives en créant un dynamisme au sein des équipes.

En revanche, cela implique également de trouver le juste positionnement et de mener une réflexion sur l'autorité. Pour asseoir sa légitimité, il ne faut se montrer ni autoritaire ni laxiste. Il est important d'y être vigilant dès sa prise de poste et de l'enrichir au fur et à mesure du temps. En effet c'est aux cadres seuls d'ajuster leur positionnement. Les directions de soins leur font confiance et les laissent mener avec autonomie le management des équipes. Néanmoins, manager c'est aussi veiller à travailler en lien avec les projets des directions de soins et de s'impliquer dans les projets partagés du GHT. Ce sont, en effet, les cadres qui portent les valeurs de l'institution et qui sont garantes de l'application des procédures par les équipes.

Enfin dans un tout autre registre, le cheminement de ma réflexion m'amène à faire émerger un nouveau questionnement. Forte des différentes dimensions déjà évoquées, le cadre est garant, vigilant du besoin de « mieux vivre au travail » et de l'épanouissement des agents. Ceci est en lien et évoque pour moi la problématique de l'absentéisme. En effet, celui-ci peut résulter des conditions de travail. C'est un sujet sensible reconnu comme un problème de santé publique et qui a fait l'objet d'un plan de santé au travail. Maley<sup>46</sup> (1995, p24) le considère comme « *un baromètre très fidèle des dysfonctionnements d'une institution et de la qualité des conditions de travail* ». Il semblerait que parmi les facteurs mis en cause il y ait un manque de sens au travail, d'insatisfaction et une perte de plaisir des agents. Je m'interroge donc au regard des conclusions de mon travail si l'attitude du cadre peut influencer sur ce phénomène, et si son mode de management peut contribuer à le prévenir ?

---

<sup>46</sup> Propos recueilli dans la revue management et avenir (2011) : « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie: du savoir académique à l'action managériale ». Repéré à <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-9-page-133.htm>

## LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Ouvrages :

- Abric, J. C. (1999). *Psychologie de la communication: théories et méthodes*. A. Colin.
- Abric, J. C. (2003). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France
- Anzieu, D., & Martin, J. Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : Presses Universitaires de France
- Berne, E. (1983). *Que dites-vous après avoir dit bonjour?*. Tchou
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien: L'enquête et ses méthodes*. A. Colin.
- Bourret, P. (2014). *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*. Seli Arslan.
- Boutinet, J. (1990). *Anthropologie du projet*. Paris : Presses Universitaires de France
- Brault, L., & De Pouzilhac, A. (1992). *La com(la communication d'entreprise au-delà du modèle publicitaire)*. Dunod.
- Breton, P. (1992). *L'utopie de la communication* (p. 160). Paris: La découverte.
- Crawford, M. B. (2016). *Éloge du carburateur: essai sur le sens et la valeur du travail*. la Découverte.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris, Le Seuil.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France
- Habermas, J. (1976). *Connaissance et intérêt*. Gallimard.
- Jean-François, D. (2004). *Le dictionnaire des sciences humaines*.
- Jarrosson B, Van Den Bulke P. (2013). *Chic, on change! Stratégies et management*. Dunot
- Jarrosson B, Jaubert D, Van Den Bulke P. (2007). *Pourquoi c'est si dur de changer? Progrès du management*. Dunot

- Lehnisch, J. P. (2013). *La communication dans l'entreprise:«Que sais-je?»* n° 2229. Presses universitaires de France.
- Le Saget, M. (2013). *Le manager intuitif-3ème édition: Vers l'entreprise collaborative*. Dunod.
- Lewin, K., Faucheux, C., Faucheux, M., & Lemaire, J. M. (1964). *Psychologie dynamique: Les relations humaines*. Presses universitaires de France.
- Mintzberg, H., & Romelaer, P. T. (1994). *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Dunod.
- Moncet, M. C. (2013). *Conduire le changement à l'hôpital: De la communication à l'hôpital apprenant-* Editions Lamarre. Initiatives Sante.
- Mucchielli, A. (2006). *Les sciences de l'information et de la communication*. Paris : Hachette éducation.
- Sainsaulieu, R. (1996). *L'identité et les relations de travail*. Éducation permanente, (128), 187-206.
- Salomé, J., & Potié, C. (2000). *Oser travailler heureux: entre prendre et donner* (Vol. 6056741). Editions Albin Michel.
- Sfez, L. (2010). *La communication:«Que sais-je?»* n° 2567. Presses Universitaires de France.
- Simonet J et R (1987). *Le management d'une équipe : guide pour négocier, animer, former*. Les éditions d'organisation.
- Thévenet, M. (2000). *Le plaisir de travailler*. Paris: Ed. d'Organisation.
- Vanoye, F. (1973). *Expression, communication*. A. Colin. (p9,10,11,14)
- Vion, R. (2000). *La communication verbale*. Hachette éducation.
- Watzlawick, P. (1979).« et al. », *Une logique de la communication*. Paris : Seuil.
-

### **Revues:**

Becu, S. (2012). Bienveillance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital. *Soins cadre de santé*, (83), 14-16.

Chagué, V. (2007). Bien communiquer, c'est avant tout coopérer. *Soins cadre de santé*, (61), 38-40.

Chagué, V. (2007). Comment motiver et impliquer les soignants. *Soins cadres*, (62), pages

Dortier, JF. (1998) . La communication et ses mystères. *Sciences humaines* (4), 89-103.

Hesbeen W. (2007). Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité du service. *Perspectives soignantes* (décembre), 39-51.

Le Meur, S. (2011). L'enjeu de la communication du cadre de santé au sein de l'équipe. *Soins cadres*, (78), 52-54.

Martinet, A. C. (1993).. *Revue française de gestion*, (Mars, Avril, Mai).

Morin, E. M., & Cherré, B. (1999). Les cadres face au sens du travail. *Revue française de gestion*, (83-95).

Souhard Gaëlle (2005).La communication au service du management. *Objectif soins*, (132), 16-18.

Pauchant thierry ( 2001). La quête du sens au travail : quand l'éthique et la spiritualité rejoignent la psychologie. *Journal des psychologues*, (187), 74-78.

### **Sites internet :**

Bourret, P.(2004). Modes de communication des cadres de santé. Exigences de la relation et proximité des équipes. (24). Repéré à <https://communicationorganisation.revues.org/2904>

Cassette, M. N., & Verhas, M. (1998). La communication stratégique aux prises avec ses images. *Communication et organisation*, (14). Repéré à <https://communicationorganisation.revues.org/2119>

Faes, H. (2011). Le sens du travail. *Transversalités*, (4), 25-37. Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-transversalites-2011-4-page-25.htm>

Fender, R., Mangematin, Y., Husson, J., George, D., & Albrecht, A. (2011). Redonner du sens au travail: Essai de modélisation de la reconnaissance au travail. *Projectics/Proyética/Projectique*, (2), 51-65. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-projectique->

Michon, C. (1994). Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer. *Communication et organisation*, (9). Repéré à <https://communicationorganisation.revues.org/1713>

Randon, S., Baret, C., & Prioul, C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie: du savoir académique à l'action managériale. *Management & Avenir*, (9), 133-149. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-9-page-133.htm>

Vulbeau, A. (2015). *Contrepoint-L'infobésité et les risques de la surinformation*. *Informations sociales*, (5), 35-35. Repéré à : <https://www.cairn.info/article.php>

## Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Contexte professionnel	1
2. De la question de départ à la question de recherche	2
2.1 Ma communication en tant que cadre de santé	2
2.2. Les lectures exploratoires	9
2.3. Expérience vécue en stage:	12
2.4. Entretien exploratoire:	13
2.5. La question de recherche.	15
3. Cadre conceptuel	17
3.1 la communication en lien avec le management du cadre de santé	17
3.1.1 théories de la communication	17
a) sa définition.	17
b) Historique	18
c) Deux modèles d'analyse :	18
3.1.2 Communication et stratégies	24
a) La stratégie	24
b) La stratégie de communication :	25
3.1.3 Communication en lien avec l'animation et la négociation	28
a) Le cadre animateur, négociateur.	28
3.2 L'implication des soignants	30
3.2.1 l'implication	30
a) Qu'est-ce que l'implication au travail ?	30
b) Les signes extérieurs de l'implication	31
c) Les causes de l'implication	31
d) L'implication au travail est-elle indispensable ?	32
e) Quels sont les freins à l'implication ?	32
f) Le rôle du cadre dans l'implication	33
3.2.2 Implication et recherche de sens	36
a) Le sens	36

<i>b) Historique du sens au travail</i>	37
<i>c) L'éthique du sens au travail :</i>	38
<i>d) La quête de sens au travail</i>	39
<i>e) Caractéristiques d'un travail qui a du sens</i>	40
<b>3.2.3 Implication et changement</b>	<b>41</b>
<i>a) Le changement</i>	41
<i>b) Engager les agents dans le changement et vaincre les résistances.</i>	42
<b>4. La méthodologie de l'enquête ( recherche sur le terrain)</b>	<b>44</b>
<b>4.1 Présentation de la démarche.</b>	<b>44</b>
<i>Le recueil de données</i>	44
<i>Le terrain et la population choisie:</i>	45
<i>Contenu de l'enquête</i>	45
<i>Le déroulement des entretiens</i>	48
<b>5. Analyse et interprétation</b>	<b>50</b>
<b>5.1 Présentation de la population concernée.</b>	<b>50</b>
<b>5.2 La production de sens des entretiens soignants</b>	<b>51</b>
<b>5.2.1 La communication du cadre de santé du point de vue des soignants</b>	<b>51</b>
<i>a) Les attentes des soignants</i>	51
• <i>Ecoute et reconnaissance</i>	51
• <i>Transparence</i>	53
<i>b) La stratégie de communication :</i>	55
<b>5.2.2. L'implication des soignants dans les changements d'organisation</b>	<b>55</b>
<i>a) La recherche de cohérence et de sens</i>	55
<i>b) Recherche de faisabilité et de réalisme</i>	56
<i>c) Recentrer l'objectif sur le patient</i>	57
<i>d) Les obstacles : l'incompréhension et les injonctions</i>	58
<i>e) L'espace de liberté</i>	59
<b>5.2.3. Le besoin de négociation et de libre arbitre des soignants aux changements d'organisations.</b>	<b>59</b>
<i>a) La co-construction en équipe</i>	59
<i>b) Un espace de liberté contrôlé</i>	60

<b>c) Une disparité dans l'investissement aux changements</b>	<b>61</b>
<b>5.3 La production de sens des entretiens cadres</b>	<b>63</b>
<b>5.3.1 La communication du cadre de santé</b>	<b>63</b>
<b>a) Les rôles de la communication</b>	<b>63</b>
• <b>Un rôle fédérateur.</b>	<b>63</b>
• <b>Le rôle d'écoute et d'attention des difficultés.</b>	<b>64</b>
• <b>Le rôle de baromètre social</b>	<b>65</b>
<b>b) Les conditions favorables à la communication versus les obstacles</b>	<b>65</b>
• <b>La répétition des propos, le temps d'imprégnation, l'abondance d'informations injonctives.</b>	<b>65</b>
• <b>Les réunions : pourvoyeuses de meilleures diffusions de l'info : attention aux poids des mots.</b>	<b>66</b>
<b>c) La stratégie de communication.</b>	<b>67</b>
<b>d) Les jeux de pouvoir dans les relais de l'information.</b>	<b>69</b>
<b>5.3.2 L'implication des soignants dans les changements selon les cadres de santé.</b>	<b>70</b>
<b>a) les facteurs favorisants</b>	<b>70</b>
• <b>Libre- arbitre et négociation</b>	<b>70</b>
• <b>Créer un chemin vers le sens</b>	<b>72</b>
• <b>Valoriser pour engager</b>	<b>72</b>
<b>b) les freins à l'implication dans les changements</b>	<b>73</b>
• <b>Les soignants éternellement résistants</b>	<b>73</b>
<b>5.4 Synthèse</b>	<b>75</b>
<b>6. Conclusion</b>	<b>78</b>
<b>Liste des références bibliographiques</b>	<b>81</b>

