



HAL
open science

Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ?

Pierre-Philippe Dujardin, Valérie Lépine

► **To cite this version:**

Pierre-Philippe Dujardin, Valérie Lépine. Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ?. Santé Publique, 2018, 30 (4), pp.507-516. 10.3917/spub.185.0507 . hal-01959290

HAL Id: hal-01959290

<https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-01959290>

Submitted on 2 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ?

Article pour la revue Santé Publique (2018b)

What skills and resources for the healthcare managers in the management of the situations with strong emotional charge?

Pierre-Philippe DUJARDIN - Infirmier, Ph.D, Cadre supérieur de santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, CHU de Grenoble, laboratoire TIMC-IMAG / CNRS, Université Grenoble Alpes, France

Mail : ppdujardin@chu-grenoble.fr Tél : 04.76.76.51.27

Valérie Lépine - Science de l'information et communication, Ph.D, Maître de conférences, laboratoire GRESEC, Université Grenoble Alpes, France

Résumé :

A l'hôpital la question des émotions dans l'activité professionnelle est plutôt un impensé organisationnel qui oblige l'encadrement à des adaptations personnelles. Le cadre de santé, régulateur des relations de travail, est un catalyseur de nombreuses tensions. L'objectif est d'identifier les activités génératrices d'un travail émotionnel. Deux *focus groups* ont réuni 19 cadres de santé et permis de collecter 47 situations émotionnelles.

L'analyse a identifié quatre registres d'activités génératrices d'émotions. A partir de trois critères (champ émotionnel, déclencheur et pouvoir d'agir) sont mis en évidence les vécus émotionnels de situations managériales. Les résultats sont présentés dans une dimension quantitative dont sont extraites cinq situations représentatives du corpus de données analysées qualitativement. L'étude met en évidence les ressources et les stratégies développées par les cadres de santé, même si celles-ci ne sont pas toujours conscientisées. Elle contribue à faire reconnaître le travail émotionnel inhérent à la fonction managériale. Elle établit des préconisations pour accompagner les cadres dans la gestion des situations génératrices d'émotions.

Mots-clés : Cadre de santé ; Émotion ; Management hospitalier ; Organisation des soins ; Organisation du travail ; Pouvoir d'agir

Abstract :

In hospitals, the place of emotions in professional activity is usually organisationally neglected, which forces managers to find their own adjustments. The healthcare manager, regulator of work relations, is a catalyst of many tensions. The goal of this research is to identify activities that generate emotional work. Two focus groups brought together 19 healthcare managers whom recollected 47 emotional situations.

The analysis identified four fields of activities generating emotions based on three criteria's (emotional field, trigger and power to act) which are emphasised in the emotional experiences of managerial situations. The results of the quantitative analysis extracted five representative situations which were analysed qualitatively. This study highlights that the

managers are not necessarily consciously aware of their resources and strategies. It contributes to the recognition of emotional efforts inherent to management. It also establishes recommendations to accompany managers in the management of situations generating emotions.

Keywords : Healthcare manager ; Emotion ; Hospital management ; Organization of care ; Work organization ; Empowerment

Introduction

En France, depuis 30 ans les acteurs hospitaliers voient se succéder de multiples réformes. Elles ont pour objectifs de réduire les dépenses de santé, de normaliser les pratiques de gestion et de qualité des soins (1). Ces réformes heurtent la bureaucratie professionnelle (1-3). Les acteurs considèrent ces évolutions comme une remise en question de leur identité professionnelle, de leurs compétences, de leur autonomie et de leurs logiques. Au-delà des fondements organisationnels, ce sont les pouvoirs des hiérarchies, médicale, administrative et soignante qui sont remis en cause avec le sentiment d'une prédominance des enjeux économiques, au détriment de ceux du soin (4,5). Dans ce contexte, la question des émotions est plutôt un impensé organisationnel.

Le politique mise sur une convergence des expertises professionnelles pour relever le défi d'une qualité des soins à juste coût (6). Mais l'hôpital est fortement cloisonné, hautement hiérarchisé (1,3,7). Plusieurs auteurs pointent l'absence d'action conjointe et l'existence de tensions, voire de méfiance entre les acteurs (1,2). Ruiller (3,8) montre que la dimension socio-émotionnelle n'a pas de statut : elle n'est ni considérée, ni réellement reconnue par les cadres de santé (CdS).

Le CdS est au centre des questions organisationnelles. Il est à l'interface (1,6), pour ne pas dire qu'il fait l'interface (5) entre les logiques professionnelles. Il tente de réguler les incohérences et les paradoxes (4). Il fait tampon entre des logiques qui s'affrontent (9) et fait aussi parfois l'objet de critiques.

Alors que le CdS est le catalyseur de nombreuses tensions, le dépositaire des défaillances organisationnelles, des déficits de ressources et des conflits, son vécu émotionnel ne fait pas l'objet de description dans la littérature. L'objectif de cet article est de traiter une question, simple en apparence : quelles sont les situations de travail, au sein de l'activité des CdS, génératrices d'une expression émotionnelle verbalisable ? Il s'agit : 1) d'identifier le registre d'activité des situations rencontrées, de repérer leur récurrence et dégager des situations-types ; 2) de permettre une montée en généralité en confrontant les situations individuelles au vécu collectif ; 3) d'identifier les ressources et compétences mobilisées dans ces situations à forte charge émotionnelle. Pour répondre à ces questions une étude descriptive mono-centrique a collectionné des situations managériales à partir de deux *focus groups* qui ont réuni 19 CdS.

Une approche des émotions au travail par la mise en récit

Cadre théorique

Le travail émotionnel peut se définir comme « *les efforts déployés par l'employé pour exprimer les émotions attendues par son organisation (enthousiasme, intérêt, bienveillance) et à masquer les émotions prohibées (irritation, colère, stress, dégoût, etc.). Le travail émotionnel représente donc une forme de régulation émotionnelle (...).* » (10). Le cadre théorique doit servir à identifier certaines caractéristiques de situations significatives génératrices d'émotions pour les CdS.

La recherche s'est intéressée aux émotions au travail comme une réalité sensible et interprétée subjectivement par les CdS. L'objectif est de cerner les émotions au travail dont on sait qu'elles dépendent aussi du vécu émotionnel personnel. L'étude cherche à se différencier des travaux objectivant les émotions à partir des réactions physiques ou cérébrales. L'approche empirique s'appuie sur des « récits de situations ». La perspective est à rapprocher des théories de l'activité (11) qui écartent les dimensions normatives du travail prescrit dans les référentiels métiers et les fiches de postes. Elle porte l'attention sur le travail qualifié de « réel », part du travail plus insaisissable qui engage la subjectivité, l'habileté ou l'ingéniosité propre à chaque individu.

Pour ces raisons les récits individuels puis collectifs sur des situations professionnelles vécues par les CdS ont été analysés en adaptant un modèle issu de la psychologie. Le modèle PAD (Pleasure-Arousal-Dominance) de Mehrabian (12) s'inscrit dans les théories des émotions dites *continues* qui admettent un nombre infini d'émotions, possiblement complexes et simultanément ressenties. Ce modèle s'oppose aux théories qui postulent des émotions dites *discrètes*, comme les théories fondées sur les émotions primaires liées aux expressions faciales non ambiguës (13). Le modèle PAD permet de s'affranchir de catégorisations délicates et complexes (14). Mehrabian propose de prendre en compte trois dimensions représentées par des échelles de valeurs continues, pour rendre compte des états affectifs à partir du ressenti exprimé par les individus.

- Le vécu affectif qui procure du plaisir ou du déplaisir. La valence est positive si le vécu émotionnel est qualifié d'agréable ou négative si l'émotion ressentie est désagréable. La valeur chiffrée affectée correspond à l'intensité du plaisir ou du déplaisir.
- Le déclencheur émotionnel est l'élément d'activation identifiable qui provoque un mouvement intérieur, une réaction émotionnelle et une intensité faible ou forte.
- La dominance/soumission est la troisième dimension du modèle PAD. Pour l'étude, la variable a été modifiée en pouvoir d'agir : négatif s'il exprime un inhibiteur de l'action (impuissance, effondrement), positif si l'émotion suscite un comportement actif de résolution. Par exemple une colère peut déboucher sur une explication musclée mais efficace pour protéger des intérêts menacés par autrui.

La mobilisation du modèle PAD n'est pas une adhésion aux travaux en psychologie des émotions mais un emprunt afin de pouvoir opérer une catégorisation pratique et partageable des situations émotionnelles décrites par les CdS.

Méthode

Population

Pour explorer la question de la gestion des émotions par les managers en milieu hospitalier, l'enquête s'est portée sur les CdS du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), établissement de 2200 lits, composé de 15 pôles cliniques et une population d'environ 150 CdS.

Deux *focus groups* de neuf et dix CdS ont été constitués à partir de volontaires intéressés par la thématique. Pour ce faire, un investigateur de cette étude, enseignant de l'Institut de Formation des Cadres de santé (IFCS) a sollicité par mail les CdS diplômés du CHUGA.

L'échantillon a été représentatif de la population. Les CdS ont représenté 13 pôles d'activité et les trois filières professionnelles : 14 infirmiers, quatre médicot techniques et un rééducateur. Deux CdS étaient des hommes, l'ancienneté médiane dans la fonction était de cinq ans.

Recueil de données

Pour faciliter la mise en confiance des participants, le recueil de données a été organisé à l'extérieur du CHUGA dans une salle de réunion conviviale conçue pour les *focus groups*. Le formateur de l'IFCS, organisateur de l'évènement et en relation avec les CdS, a présenté l'équipe de chercheurs puis le déroulé de la séance. Les animateurs ont tout d'abord demandé à chaque CdS de décrire sur une fiche deux à trois situations professionnelles sources d'émotions à partir de quatre descripteurs : A) présentation de la situation et du contexte ; B) protagonistes impliqués; C) émotions générées; D) résolution de la situation.

Ensuite, chaque CdS a présenté une ou deux situations. Les discussions permettaient d'approfondir les situations, d'explicitier la place des émotions dans l'activité de management, mais aussi d'identifier l'écho généré dans le reste du groupe. Les *focus groups* ont été filmés et retranscrits intégralement après avoir obtenu l'accord des participants.

Analyse

L'analyse principale a porté sur les fiches renseignées par les CdS. Les données ont fait l'objet de codages pour caractériser la nature des situations émotionnelles rencontrées dans leur activité professionnelle.

Un premier codage a catégorisé le registre d'activité des situations décrites. Le second a caractérisé les situations émotionnelles en s'inspirant du modèle PAD : 1) le champ émotionnel lié aux émotions ressenties dans la situation ; 2) le déclencheur émotionnel en

référence aux éléments saillants dans l'activité ; 3) le pouvoir d'agir pour spécifier la réaction face à la situation et les ressources mobilisées par les CdS de manière immédiate ou différée. Pour chacune de ces variables le codage a été de deux natures : A) un codage qualitatif a distingué les termes utilisés pour décrire le vécu des CdS, pour ensuite les regrouper en catégories homogènes. Par exemple les termes « *colère* », « *énervement* », « *sortir de ses gongs* » ont été regroupés sous la catégorie « *colère* ». B) un codage quantitatif attribuait une valeur sur une échelle de -5 à +5 pour caractériser l'intensité du vécu pour les variables du champ émotionnel et du pouvoir d'agir. Concernant le déclencheur émotionnel l'échelle était exclusivement positive de 0 à +5. Les moyennes ont été calculées en regroupant les valeurs positives d'une part et négatives de l'autre, par catégorie d'activité. Cet indice sans significativité statistique était destiné à illustrer l'intensité des vécus. Les enregistrements et transcriptions des *focus groups* ont été utilisés pour affiner et valider l'interprétation des fiches.

Le processus de codage a été réalisé par quatre chercheurs¹. Il a été individuel avant confrontation pour arriver à un codage collectif. Cette phase délicate et toujours discutable de la transformation de discours en valeurs chiffrées n'est ni neutre, ni objective. Toutefois Kvale (15) soutient que la robustesse de l'analyse qualitative repose sur « *l'intersubjectivité dialogique* ». Elle est le résultat d'un parti pris méthodologique : celui d'une confrontation croisée des interprétations de chercheurs d'horizons disciplinaires variés et d'un praticien-chercheur, formateur à l'IFCS, aguerri au travail des CdS et au contexte hospitalier. Pour s'approcher des meilleures conditions de plausibilité et de validité des interprétations, deux types de recoupements se sont succédés. Le premier qui vient d'être décrit s'est appuyé sur l'interprétation des différents chercheurs. Le second consistait à confronter les fiches écrites avec les présentations de situations au groupe et des discussions collectives.

Restitution

Au terme de l'analyse, les CdS impliqués ont été invités à une séance de restitution des résultats pour échanger sur l'interprétation des chercheurs. Cette confrontation réalisée un an après les *focus groups* a permis de valider les résultats. Les CdS se sont reconnus dans la description des activités et des vécus émotionnels. La présentation a révélé aux CdS, la portée générale et la complexité de leur rôle à l'égard du travail émotionnel mis en œuvre dans l'activité managériale.

Ils étaient satisfaits que la question des émotions dans le management, sujet tabou à l'hôpital (16), puisse faire l'objet d'une recherche. La restitution a été pour les CdS l'occasion d'exprimer une véritable attente quant à la poursuite du programme de recherche. A cet égard, l'hypothèse d'une faible reconnaissance de la dimension émotionnelle du et au travail n'a pas été démentie.

¹ Plusieurs séances de travail ont été nécessaires et ont impliqué les auteurs de cet article ainsi que Juliette Manto Jonte, docteure en Psychologie du travail et Marine Aznar, doctorante en SIC

Résultats

Les deux *focus groups* ont permis de recueillir 47 situations émotionnelles. Dans une première partie les situations sont catégorisées en fonction de registres d'activité dans les trois dimensions identifiées. Une deuxième partie présente cinq situations représentatives du corpus de données.

Analyse des situations émotionnelles

Les 47 situations ont été réparties dans quatre registres d'activité (Tableau 1). La moitié des situations rédigées par les CdS (25/47 situations) relevait de l'activité de gestion des ressources humaines (GRH) et des missions quotidiennes de régulation (gestion d'absentéisme, recadrage), d'animation d'équipe (accompagnement, gestion de conflits) et des tâches d'organisation du travail (planification). L'activité d'organisation a été décrite dans dix situations critiques induites par des restructurations (déménagement, conduite du changement, etc.). Les sept situations en relation avec la gestion du matériel se décomposaient en deux catégories, en lien avec les livraisons des commandes ou la gestion des pannes. L'activité de soins, identifiée dans cinq situations, concernait la prise en charge des patients. Elle générait fréquemment des conflits de valeurs.

Ces registres d'activités sont examinés en fonction des trois dimensions du PAD.

Champ émotionnel

Le contenu sémantique (lexique et qualificatif) et les marqueurs d'amplification lexicale (variations, reformulations) ou supra-lexicale (ponctuation, soulignement) traduisaient une forte intensité émotionnelle que le champ soit dans un registre positif ou négatif.

Sur les 47 situations, 37 se sont exprimées dans une polarité négative, dont les états émotionnels les plus fréquentes ont été : colère (11S²), angoisse (3S), lassitude (2S), solitude (2S), dépit (2S), surprise (2S) ou encore effondrement. Les registres d'activités où les émotions ont été les plus fortes concernaient la prise en charge des patients (-4,1/5) qui générait fréquemment de la colère.

Les dix situations à polarité positive, appartenaient toutes à l'activité de GRH (+2,7/5) et traduisaient l'empathie (3S), la fierté et le bonheur.

Déclencheur émotionnel

Les déclencheurs émotionnels les plus fréquents dans les situations décrites ont été : conflit de valeur (7S), irritant (5S), agression (4S), frustration (3S), perte de sens (2S) ou incompréhension (2S). Sur une échelle de 0 à +5, la moyenne de +3,3/5 traduit une forte intensité. Elle a été plus importante pour l'activité de prise en charge des patients (+4,0/5) fréquemment initiée par un conflit de valeur professionnelle.

² Nombre de situations (xS)

L'activité de GRH a renvoyé plus fréquemment à des situations d'agression, ou irritantes (gestion d'absentéisme répétée), alors que la frustration a davantage concerné les activités de gestion du matériel.

Pouvoir d'agir

Le pouvoir d'agir a été identifié et codé à partir des éléments de résolution des situations mobilisés par les CdS. Il est situé dans une polarité positive dans 33 situations soit plus des deux-tiers. Les CdS ont trouvé des modalités d'action et des ressources (personnelles, collectives et organisationnelles) pour effectuer un travail de régulation émotionnel et/ou pour résoudre les problèmes concrets. Ce pouvoir d'agir a été formulé le plus fréquemment par : accompagnement (7S), ressources institutionnelles (4S), dialogue (5S). Dans l'activité d'organisation, c'est fréquemment le dialogue qui a permis de résoudre la situation alors que pour les situations de prise en charge de soins se sont davantage les ressources institutionnelles qui ont été exploitées par les CdS. Dans l'activité de GRH, la capacité d'action des CdS s'est exprimée sous la forme d'accompagnement.

Le pouvoir d'agir dans une polarité négative a concerné 14 situations. Le sentiment d'impuissance s'est retrouvé dans neuf situations, en particulier dans l'activité de gestion du matériel. La multiplication des incidents liés à la vétusté des équipements, aux délais de réparation de matériel déterminant pour le diagnostic des patients, a mis les CdS et leur équipe dans des situations critiques très mal vécues.

Cinq situations emblématiques

A partir des situations récoltées individuellement et commentées collectivement dans les *focus groups*, cinq sont détaillées. Elles sont typiques des vécus émotionnels des CdS pour chacun des registres d'activités professionnelles : deux situations de GRH (une à polarité négative, l'autre positive) et trois situations à polarité négative pour les registres d'organisation, matériel et de soins.

L'affichage du planning (Situation n°1)

La première situation touche à l'affectation mensuelle du personnel sur les jours et horaires de travail. Le planning est régulièrement un point d'achoppement pour les CdS en raison de ressources limitées, de l'absentéisme et d'enjeux entre vie privée et professionnelle pour les soignants.

Charlène³ est CdS depuis neuf ans. Elle vient de finir le planning de fin d'année. Elle est très fière d'avoir pu donner six jours de congés à tout le monde, d'avoir répondu aux demandes respectives, tout en respectant les contraintes réglementaires et les effectifs nécessaires pour les besoins de l'unité.

³ Les prénoms ont été changés

Elle affiche le planning et reçoit dans la foulée les foudres d'une aide-soignante qui refuse de faire quatre soirs consécutifs. Charlène n'identifie pas ce qui peut générer une telle colère. D'habitude elle s'arrange pour éviter de planifier de longues séries du soir, mais en période de congés, elle ne voit pas d'autres solutions. L'aide-soignante furieuse refuse de discuter. La CdS rejoint son bureau et s'effondre en pleurs.

Dans son récit Charlène dit qu'elle n'a jamais compris ce qui s'est passé, mais que cette situation l'a conduite à changer de service six mois plus tard.

La CdS a exprimé un puissant sentiment d'incompréhension et d'injustice en regard de l'application mise à élaborer un planning équitable et équilibré selon elle. Sa réaction immédiate (le retranchement solitaire pour pleurer) manifeste un débordement émotionnel qui a laissé la CdS démunie. Sur le plus long terme, la situation traduit un désarroi professionnel perçu comme sans solution.

L'accompagnement professionnel (Situation n°2)

L'accompagnement, la gestion des compétences ou encore l'évolution professionnelle des membres de l'équipe sous l'autorité du CdS, font partie des missions qui lui sont dévolues.

La situation se décompose en deux temps. Lors d'un entretien annuel d'évaluation, Rémi, agent de service hospitalier à la stature d'un pilier de rugby dit à Manuel, CdS diplômé depuis 15 ans, qu'il n'a jamais travaillé à l'école. Mais Rémi a aujourd'hui un fils de six ans à qui il veut pouvoir dire plus tard qu'il a un diplôme. Par la suite Rémi débute un CAP.

La situation débute ici. Rémi, le visage fermé est à la porte du bureau de Manuel. Il lance : « *Je peux vous parler ?* ». Manuel lève la tête, voit la stature de Rémi face à lui. Il répond timidement par un « *Oui* » tout en s'enfonçant dans son fauteuil. Manuel voit couler une larme sur la joue de Rémi. « *Il a raté son examen* » pense-t-il. Après un long silence, Rémi annonce la voix tremblant d'émotion : « *J'ai réussi !* ». Manuel dit qu'il avait « *la chair de poule, devant ce gaillard d'1m95 et 120 kilos en train de pleurer* ». Manuel aussi sent une larme couler. Ils se lèvent et ils se serrent dans les bras, heureux de cette réussite.

Rémi a continué son chemin en obtenant plusieurs diplômes pour être aujourd'hui préparateur en pharmacie. Manuel termine sa présentation en exprimant « *Le bonheur de pouvoir permettre à certains de réaliser leur projet* ».

L'intensité du vécu émotionnel positif a été à la mesure de l'anticipation d'un moment désagréable instinctivement pressenti par le CdS, au premier abord. Face au récit savamment dosé en suspens, la situation a généré une certaine émotion au moment de la présentation. Le groupe a attesté de l'importance de ces moments de joie propre à la célébration de la réussite d'un membre de l'équipe ou de la survenue d'autres événements heureux concernant l'unité. Les CdS se sont accordés pour dire que ces expériences nourrissent le sentiment personnel

et professionnel d'utilité, contribuant en cela à la reconnaissance d'utilité sociale. Pour Manuel, comme pour les autres CdS, ces activités gratifiantes renforçaient l'engagement et la satisfaction professionnelle.

Cependant, au plan organisationnel, rien n'est venu étayer ou encourager un partage et une communication de ce vécu émotionnel gratifiant. Les moments de joie semblaient finalement assez discrets et circonscrits à la scène interpersonnelle intime dans lesquels ils advenaient.

Le refus de porter une injustice (Situation n°3)

Les CdS sont régulièrement confrontés à des injonctions paradoxales, des contradictions organisationnelles ou des retournements décisionnels. Ces situations provoquent une perte de sens, ainsi qu'une érosion de leur légitimité et de leur crédibilité impactant la confiance. Dans de tel cas, il leur est difficile d'avoir une communication claire et cohérente auprès de l'équipe.

Lors d'un entretien, le cadre coordonnateur du pôle demande à Carine, CdS diplômée depuis quatre ans, d'informer Louise, infirmière, qu'elle n'aura pas le poste pour lequel elle a été recrutée suite à l'abandon d'un projet de réorganisation. Les conséquences pour Louise sont lourdes. Elle va se retrouver sur un roulement en 3x8, alors que son état de santé nécessite un poste aménagé en horaires de journée.

Carine demande à son supérieur les motifs de ce retournement organisationnel, mais aucun argument ne lui sera donné. Carine est traversée par plusieurs sentiments : l'injustice pour Louise et la trahison de la relation de confiance instaurée avec l'équipe soignante. Elle exprime alors à son supérieur qu'elle refuse d'annoncer à Louise cette décision et demande au cadre supérieur d'informer elle-même l'infirmière.

Au final le projet initial sera conduit à son terme et Louise occupera le poste qui lui était destiné.

La CdS n'a pas revendiqué d'avoir obtenu la réorganisation initialement prévue. Ce qu'elle a mis en avant c'est d'avoir su défendre son intégrité professionnelle et renvoyer son supérieur à sa propre responsabilité quant à l'annonce d'une promesse trahie faite à l'infirmière. La posture du CdS s'est exprimée par l'opposition. La présentation de la situation au groupe lui a fait prendre conscience du « coût » émotionnel et de l'effort qui a été consenti pour préserver l'écologie affective qui la liait à son équipe.

Des retards récurrents dans les livraisons (Situation n°4)

La production de soins est directement dépendante des approvisionnements et disponibilités matérielles. Les dysfonctionnements logistiques génèrent des problèmes en cascade et un sentiment d'insécurité.

Héma est diplômée depuis six ans. Elle est ulcérée par les retards récurrents des approvisionnements. La procédure institutionnelle précise que les commandes doivent être transmises le mercredi pour une livraison le vendredi. En pratique, Héma s'estime heureuse si l'unité est livrée le mardi de la semaine suivante. Il faut parfois aller chercher les commandes sur le quai après une longue enquête pour identifier où se trouve le matériel. D'autres commandes n'arrivent jamais et il semble, pour Héma, que ces situations ne posent de problème à personne. Mais si par malheur une commande est transmise avec retard, celle-ci n'est pas prise en compte. « *Comment peut-on exiger une prise en charge H24 pour les unités cliniques, quel que soit le niveau de dégradation des ressources, alors que cette exigence de continuité n'existe pas pour les autres services !* ». Les sentiments exprimés combinent avec une forte intensité exaspération, injustice, impuissance et fatalisme.

La récurrence de ces situations entraîne de profonds mécontentements des équipes qui se retournent vers le CdS impuissant. Héma rappelle que ces dysfonctionnements désorganisent les soins. Ils obligent à des dépannages entre les unités qui constituent une perte de temps et provoquent des tensions. Ils génèrent des risques pour la prise en charge des patients et sont source de stress inutile pour tous.

Pour autant, malgré sa colère, Héma dit faire très attention aux formules qu'elle emploie pour demander des explications lorsqu'elle arrive à trouver un interlocuteur. Elle craint que ces derniers n'en prennent ombrage et que les retards n'en soient que plus importants par la suite.

D'une certaine façon, les rapports de dépendance à l'égard d'autres services limitaient les expressions communicationnelles. Colère et impuissance conjuguées empêchaient l'élaboration d'une solution organisationnelle constructive. Sans perspective de résolution, la CdS était critique envers une organisation qu'elle dénigrait.

Un conflit de prise en charge des patients (Situation n°5)

En tant que coordinateur des organisations de soins, le CdS fait l'intermédiaire entre les logiques d'actions différentes. Il est confronté à des situations qui le positionnent en médiateur ou juge arbitre. On attend de lui qu'il règle des situations conflictuelles, sans qu'il soit à l'abri de prendre certains coups.

Odile est CdS depuis 12 ans et travaille dans un secteur de psychiatrie. La situation se décompose en deux temps.

Un mardi à midi, dans l'office de soins, devant l'équipe soignante et les internes, Odile est interpellée de façon agressive par un médecin qui la somme de s'expliquer sur la prise en charge de Madame Dupond.

Il faut revenir au vendredi précédent. Une infirmière remet l'ordonnance rédigée par le médecin à Madame Dupond qui va avoir une permission pour le week-end. Mais après avoir récupéré les médicaments en pharmacie, la patiente fait une tentative de suicide.

L'accident est récupéré sans dommage particulier pour la patiente, mais ce mardi matin, le médecin établit pour Madame Dupond la même ordonnance pour une nouvelle permission. Le concours de circonstances conduit à ce que l'ordonnance soit à remettre à la patiente par la même infirmière. Mais celle-ci refuse, ne voulant pas engager sa responsabilité face à la forte probabilité que l'accident suicidaire se reproduise.

Odile a donné raison à l'infirmière, l'équipe médicale ayant précisé au staff qu'il ne fallait surtout pas laisser la patiente en possession de médicaments. Mais le médecin exige que son autorité soit respectée. Face à l'altercation amorcée par le médecin, Odile répond avec la même agressivité, invoquant que *« l'équipe ne sait plus sur quel pied danser, et qu'il n'est plus possible de travailler dans de telles conditions, mais qu'il faut pouvoir en reparler calmement. »*. Odile met fin à l'altercation et part déjeuner avec sa collègue avec qui elle partage l'incident.

A son retour elle retourne voir le médecin dans son bureau pour s'expliquer avec lui et tenter de le convaincre de la nécessité d'une discussion collective sur ces difficultés. La discussion est devenue possible, même si la tension est toujours présente. Après cette entrevue, Odile va accompagner individuellement les soignants qui ont été directement interpellés au cours de l'altercation. Les soignants partagent le fait qu'il faut pouvoir en discuter pour régler ces conflits de valeur autour de la prise en charge des patients.

Une réunion de débriefing est programmée. Odile ouvre la réunion en présentant de façon factuelle et posée les difficultés rencontrées par l'équipe soignante. Le médecin entend ces difficultés et dit les comprendre. Les modalités de prise en charge des patients sont redéfinies collectivement.

Cette résolution découlait d'un double travail de régulation opéré par la CdS. Le premier a concerné la capacité à faire face à la montée en puissance émotionnelle d'un conflit d'autorité et de valeur entre deux acteurs. L'escalade verbale dans laquelle la CdS s'est retrouvée la conduit dans un premier temps à sortir du conflit. Contrairement à la situation n°1 où le retranchement était solitaire, elle a exploité ce temps pour se libérer d'un certain poids émotionnel avec comme ressource sa collègue. Pour autant, ce n'étaient pas les conseils avisés de cette dernière qui ont été à l'origine de la résolution, mais plutôt l'espace-temps ouvert par la discussion d'une mise en mots et en significations de l'épisode vécu. Une fois ressourcee, la CdS a repris le dialogue dans la perspective d'une régulation productive avec le médecin et l'équipe, en individuel puis en collectif. Ce travail de dialogue correspondait à la fonction de régulateur qui au final contribuait à une satisfaction d'un travail accompli.

Discussion

Les résultats caractérisent quatre activités managériales génératrices d'émotions fortes. Ils distinguent dans des contextes précis le pouvoir d'agir des CdS.

Les *focus groups* ont permis de constater que les situations relatées par un CdS correspondent au vécu collectif. Tous se sont largement reconnus dans les situations rapportées. Les résultats n'ont pas permis de distinguer des situations ou des comportements différents en fonction du métier d'origine ou de l'ancienneté.

Les situations livrées traduisent la confiance des CdS et la pertinence de la méthode employée. Pour autant, ces résultats, validés par les cadres lors de la restitution, ne peuvent être considérés comme représentatifs de la population générale. Ils sont produits à partir d'un échantillon volontaire, appartenant à un établissement aux caractéristiques organisationnelles et managériales spécifiques même si les descriptions faites peuvent être retrouvées dans la littérature (1,3,8). Ils ne représentent pas non plus le quotidien des CdS. La méthode a induit l'expression de situations marquantes et minore la référence au travail quotidien.

L'étude confirme que, par leur fonction d'articulation de logiques diverses (4), les acteurs hospitaliers comptent sur le CdS pour résoudre les tensions organisationnelles et améliorer les relations de travail. Les discussions révèlent que les CdS considèrent la « gestion des émotions » et la régulation des communications affectives comme le cœur même de leur fonction. Ils reconnaissent que certaines situations peuvent les fragiliser, ou que certaines incohérences les révoltent, mais revendiquent leurs compétences dans le domaine des relations humaines en lien étroit avec leurs convictions de soignant.

Les stratégies et ressources managériales

Les situations décrites dévoilent des stratégies des CdS pour défendre leur légitimité et leur pouvoir d'agir, même si celles-ci ne sont pas toujours conscientisées. De même l'importance des ressources mobilisées dans les situations à forte charge émotionnelle, n'est pas toujours perçue. Certaines situations douloureuses conduisent les CdS à s'isoler, sans ressources extérieures ou forme d'accompagnement pour leur permettre de comprendre et retrouver un pouvoir d'agir. D'autres s'appuient intuitivement sur leurs connaissances des logiques d'acteurs, des personnes et de leur état émotionnel en situation pour trouver une issue.

Le terme de stratégie est mobilisé ici en écho à la définition de Crozier et Friedberg (17) pour qui les comportements adoptés ne sont pas nécessairement calculés, mais obéissent à des rationalités limitées et des logiques adaptatives repérables après-coup. Les réponses des CdS aux interactions déstabilisantes s'appuient sur des « ressources », disponibles et identifiées au moment T, pour retrouver un déroulé d'activité acceptable pour le fonctionnement du service ou de l'équipe. L'analyse stratégique pointe la volonté des CdS pour ménager une certaine autonomie ou exercer une influence dans les transactions professionnelles en s'appuyant sur quatre ressources (expertise, rapport à l'environnement, connaissance des règles de contrôle, circuits d'information). Cette approche minimise largement les dimensions émotionnelles et incarnées qui sous-tendent l'action.

La première ressource signalée par les CdS face aux situations émotionnelles rencontrées est de nature sociale (8). L'antériorité de soignant confère aux CdS des compétences relationnelles appuyées sur des valeurs humanistes (7). Leurs fonctions de pivot organisationnel (4) leur donnent des compétences sociocognitives pour gérer ces situations émotionnelles, sous condition qu'ils puissent les traiter avec une certaine prise de recul.

Bonnet et *al.* (18) ont suggéré d'étudier l'évolution des compétences d'encadrement et le parcours de professionnalisation des managers en convoquant la notion de « *posture managériale* », c'est-à-dire comme un processus de changement de posture. Cette notion indique, à la différence de celle plus statique de position, que les CdS pour construire leur professionnalité sont à la recherche d'un placement particulier, provisoire et situé (9). Ils sont dans la quête permanente d'un équilibre en référence à un ensemble de croyances et de représentations normatives sur ce que devraient être leur métier, leur rôle et leur attitude en tant que cadre (1). Cette posture professionnelle peut se révéler difficile à trouver pour les CdS oscillant entre proximité aux équipes soignantes dont ils sont issus et distanciation pour instaurer une autorité et une légitimité hiérarchique. Lorsqu'ils sont eux-mêmes pris par leurs émotions, les CdS peinent à trouver instantanément l'attitude qui, à leurs propres yeux et face au regard des équipes, serait conforme à leur vision du métier.

Ainsi pour retrouver une posture d'encadrement qu'ils pensent devoir être impartiale, rationnelle et objective, par opposition à la subjectivité possiblement envahissante, plusieurs CdS ont pour réaction de différer la résolution du problème dans la perspective de faciliter une discussion constructive dans le second temps.

Dans cet espace-temps, certains CdS déploient une intense activité informationnelle (recherche de contacts, mobilisation d'un réseau d'affinités et de connaissance, etc.), afin de solliciter des ressources institutionnelles (collègue cadre, supérieur hiérarchique) pour faciliter la prise de distance et améliorer l'analyse de la situation grâce à un accompagnement extérieur rapidement mobilisable et de confiance.

Les CdS ont une volonté de traiter le conflit au sens de le résoudre et d'en réparer les dégâts éventuels sur le climat de travail. Ils prennent l'initiative d'un échange individuel et/ou collectif pour « mettre à plat » la situation génératrice d'émotions. Ils cherchent à développer une dynamique de compréhension collective des oppositions avant d'explorer une solution pérenne convenant à tous pour éviter que la même situation ne se reproduise.

L'expression de ces « stratégies » et « postures » managériales illustrent également le leadership du CdS dans un rôle formel de médiateur qui de surcroît confère la satisfaction d'une reconnaissance professionnelle au moins à l'échelle de l'unité dont il a la responsabilité.

Un soutien institutionnel

Sur la base des situations présentées qui ont trouvé une forme de résolution organisationnelle, se dégagent quelques facteurs favorables. Tout d'abord il apparaît important pour les CdS de pouvoir identifier des personnes de confiance rapidement disponibles pour verbaliser, analyser et digérer ces situations émotionnelles pouvant parfois

laisser des traces indélébiles. Par ailleurs certains CdS ont proposé des formes d'accompagnements institutionnels pour rendre visible et reconnaître le travail émotionnel produit par les CdS. Certains ont suggéré de reproduire les conditions de discussion collective, vécues positivement dans la participation au *focus group*, sous la forme d'analyse de pratiques professionnelles. D'autres ont formulé des attentes de formations en gestion de conflits pour développer des compétences spécifiques et leur pouvoir d'agir. Un soutien institutionnel est donc attendu mais de manière limitée et sous certaines conditions seulement. En effet, les CdS revendiquent aussi des habiletés qui leur sont propres, développées grâce à l'expérience et à des ressources puisées dans la sphère personnelle notamment pour la gestion de leur propre stress (pratique sportive, méditative, etc.).

Quelques perspectives

Une ambivalence se dessine et ouvre une piste d'approfondissement de ce programme de recherche. D'un côté les CdS ont un souci d'efficacité professionnelle et une attente de reconnaissance qui irait dans le sens d'une mise en visibilité des compétences managériales liées au travail émotionnel. Mais d'un autre côté l'ouverture de la « boîte noire » des émotions et la mise en pratiques professionnelles de techniques de gestion des émotions risquerait de déposséder tous les acteurs de leur subjectivité et de leur autonomie dans la régulation des relations de travail.

Pour autant, plusieurs situations génèrent un sentiment d'impuissance des CdS, frustrés de ne pouvoir agir sur les dysfonctionnements organisationnels. L'institution pourrait considérer et analyser les raisons de cette impuissance. Elle doit prendre ses propres responsabilités pour définir les périmètres d'actions et garantir la capacité d'agir collectif afin d'établir un sentiment de confiance (6).

La satisfaction des CdS au travail (pour ne pas parler du bien-être) ne peut pas reposer sur une approche réduite à une prise en charge psychologique de leur malaise. L'enjeu est certes celui d'une meilleure compréhension du rôle des affects et de leur prise en compte dans le travail d'encadrement, il est aussi celui d'une attention portée au travail réel des soignants et aux conditions dans lesquelles il s'exerce (7).

Remerciements

Nous remercions les cadres de santé pour leur participation aux *focus groups*, et la confiance accordée qui a rendu possible cette étude ainsi qu'au personnel de Domus (UGA) qui a assuré l'accueil et la logistique technique.

Cette étude est inscrite dans le programme POLISOMA transdisciplinaire de l'UGA et du CHUGA, conduit par Fabienne Martin-Juchat (Pr. SIC, GRESEC), Thierry Ménissier (Pr. Philosophie, PLC), Valérie Lépine (MCF SIC, GRESEC) et Pierre-Philippe Dujardin (Enseignant-formateur, IFCS de Grenoble, TIMC IMAG, UGA/CHUGA). Il est également composé de : Julie Pavillet, psychologue à la médecine préventive du CHUGA, Michel Dubois, Pr. Psychologie et Juliette Manto Jonte, docteure en Psychologie, Laboratoire

Interuniversitaire de Psychologie, Aurélia Dumas, docteure en SIC et Marine Aznar, doctorante en SIC.

Bibliographie

1. Divay S, Gadea C. Les cadres de santé à l'hôpital : Surveillantes hier, managers demain ? In : Bourgeon D. Les cadres de santé et la reconnaissance au travail : Une position difficile entre soins et management. Rueil-Malmaison (France) : Editions Lamarre ; 2012 : 27-54.
2. Krief N. Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective. @GRH. 2012;2(3):43-67.
3. Ruiller C. Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. Management et Avenir. 2012;2(52):15-34.
4. Bourret P. Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible. Paris : Seli Arslan ; 2006. 288 p.
5. Lépine V. La reconnaissance comme condition de la collaboration au sein des unités de soins : les cadres de santé entre intuition et raison. In : Bourgeon D. Les cadres de santé et la reconnaissance au travail : Une position difficile entre soins et management. Rueil-Malmaison (France) : Editions Lamarre ; 2012 : 121-37.
6. Fray AM. Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier: conséquences managériales sur les acteurs. Management et Avenir. 2009;(8):142-159.
7. Dujarier MA. L'idéal au travail. Paris: PUF ; 2012. 237 p.
8. Ruiller C. Le talent des managers de proximité. Revue internationale de psychosociologie. 2011;17(41):223-46.
9. Hesbeen W. Cadre de santé de proximité. Un métier au coeur du soin. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. 155 p.
10. Luminet O. Psychologie des émotions. Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé. Paris : De Boeck Supérieur; 2013. 340 p.
11. Clot Y. Clinique du travail et clinique de l'activité. Nouvelle revue de psychosociologie. 2006;(1):165-77.
12. Mehrabian A. Basic Dimensions for a General Psychological Theory Implications for Personality, Social, Environmental, and Developmental Studies. Los Angeles : Oelgeschlager, Gunn & Hain ; 1980. 381 p.
13. Rivière J, Pesty S. Actes de langage et émotions: vers un langage de conversation multimodal. Journées Francophones des Systèmes Multi-Agents. 2010;10:107-116.
14. Plutchik R. Integration, differentiation, and derivatives of emotion. Evolution and Cognition. 2001;7(2):114-25.
15. Kvale S. Ten standard objections to qualitative research interviews. Journal of phenomenological psychology. 1994;25(2):147-73.
16. Dujardin PP, Monastiri S, Sarreboubée C, Rouchouze F. La prise de fonction, un dispositif pédagogique pour partager les expériences. Soins Cadres. 2018;27(105):24-6.
17. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris : Point ; 1977. 500 p.
18. Bonnet R, Bonnet J. Postures managériales et évolution des compétences d'encadrement et de direction. Communication et organisation. 2008;(33):85-106.

Tableau 1 : intensité des situations vécues en fonction des activités

Activité	Total	Champs émotionnel				Déclencheur		Pouvoir d'agir			
		Négative		Positive		Positif		Négatif		Positif	
		M	(E)	M	(E)	M	(E)	M	(E)	M	(E)
GRH	25	-3,3	(15)	+2,7	(10)	+3,2	(25)	-3,0	(8)	+3,1	(17)
Organisation	10	-3,3	(10)			+3,5	(10)	-2,0	(1)	+2,9	(9)
Matériel	7	-2,9	(7)			+2,6	(7)	-3,4	(4)	+1,7	(3)
Soins	5	-4,1	(5)			+4,0	(5)	-4,0	(1)	+4,3	(4)
Total	47	-3,3	(37)	+2,7	(10)	+3,3	(47)	-3,1	(14)	+3,1	(33)

Légende : M : moyenne ; E : effectif