

*Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
De la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Cadre de santé*

**« L'HOPITAL
OU LE MEILLEUR DES MONDES ? »
Le cadre de santé
et la notion de bien-être au travail**

Travail présenté en vue de l'obtention du
titre de cadre en soins de santé
par Sylvie Destryker

Année scolaire : 2011-2012

Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
De la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Cadre de santé

**« L'HOPITAL
OU LE MEILLEUR DES MONDES ? »**
**Le cadre de santé
et la notion de bien-être au travail**

Travail présenté en vue de l'obtention
du titre de cadre en soins de santé
par Sylvie Destryker

Année scolaire : 2011-2012

**Que tous ceux qui de près ou de loin ont mis leurs compétences
au service de ce travail trouvent ici l'expression de notre
gratitude**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. LE MAL-ETRE DES SOIGNANTS	3
1.1. LE MAL-ETRE DES SOIGNANTS	3
1.2. LA LOI SUR LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL	5
1.2.1. Aspects théoriques	5
1.2.2. Analyse du bien-être du soignant au travail	8
<u>1.2.2.1. Le cadre matériel au travail</u>	<u>8</u>
<u>1.2.2.2. Les risques</u>	<u>8</u>
<u>1.2.2.3. La charge physique</u>	<u>9</u>
<u>1.2.2.4. La charge mentale</u>	<u>9</u>
<u>1.2.2.5. La charge psychique</u>	<u>10</u>
<u>1.2.2.6. Les relations de travail</u>	<u>10</u>
<u>1.2.2.7. Le contenu du travail</u>	<u>11</u>
<u>1.2.2.8. Les incertitudes</u>	<u>11</u>
<u>1.2.2.9. Les horaires</u>	<u>13</u>
<u>1.2.2.10. Le fonctionnement de l'hôpital</u>	<u>13</u>
1.3. CONCLUSION	14
2. LA CHARGE PSYCHOSOCIALE AU TRAVAIL	16
2.1. ASPECTS LEGISLATIFS	16
2.2. DEFINITION	17
2.3. DOMAINES	18
2.4. LA PREVENTION	19
2.5. CONCLUSION.....	20
3. LES EMOTIONS	21
3.1. DEFINITION	21
3.2. LES THEORIES SUR L'EMOTION	23
3.2.1. Les théories évolutionnistes ou néo-darwiniennes	23
3.2.2. Les théories de l'évaluation et les théories scientifiques	24

3.2.3.	Les théories neurobiologiques	24
3.2.4.	Les théories physiologiques.....	25
3.2.5.	Les théories cognitivistes	26
3.2.6.	Les théories psychologiques	26
3.2.7.	Les théories sur l'approche dimensionnelle de l'émotion	26
3.2.8.	Les théories du constructivisme social	27
3.3.	LES TYPES D'EMOTIONS	27
3.3.1.	Classification néo-darwinienne	27
3.3.2.	Classification neurologique	27
3.3.3.	Classification psychologique	28
3.4.	L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE	28
3.4.1.	Définition	29
3.4.2.	Modèles	32
3.4.3.	Le cadre de santé et l'intelligence émotionnelle	35
3.5.	CONCLUSION	35
4.	L'ERGONOMIE	38
4.1.	HISTORIQUE	37
4.2.	DEFINITION	38
4.3.	CARACTERISTIQUES ET BUT DE L'ERGONOMIE	38
4.4.	DOMAINES	39
4.5.	STRATEGIES D'ACTION	39
4.6.	APPORT DE L'ERGONOMIE ORGANISATIONNELLE AUX MISSIONS DU CADRE DE SANTE	40
4.7.	CONCLUSION.....	41
5.	LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL	42
5.1.	ETRE EN MOUVEMENT.....	42
5.2.	LE CHANGEMENT	43
5.2.1.	Définition	43
5.2.2.	Différentes typologies du changement	44
5.2.3.	La conduite du changement	49

5.3. L'ORGANISATION	51
5.4. LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL	51
5.5. CONCLUSION.....	52
CONCLUSION GENERALE	54
PERSPECTIVES	56
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Tout au long de nos trois ans de formation de cadre nous avons été dans l'obligation de faire face à diverses exigences tant scolaires que professionnelles : prise de fonction, intégration de nouveaux concepts,... Le présent document se veut être le reflet de cette réflexion. Dans ce but, nous avons produit nombres d'écrits au fil de nos cours : ceux-ci nous ont permis une confrontation d'idées que nous tentons de mobiliser à bon escient dans notre pratique professionnelle.

Nous tenons à signaler que nous avons entamé notre cursus de cadre simultanément à notre prise de fonction. Nous avons eu pour unique guidance nos expériences antérieures de travail dans les équipes de différents managers de proximité. Nous avons alors basé notre communication avec les membres de notre équipe sur la reproduction ou non de comportements appréciés ou réprouvés par le passé. Ces principes empiriques de fonctionnement ont été approuvés au départ mais ont été récemment contestés par notre équipe et peut-être plus encore par nous-mêmes.

En effet, certains événements sont venus nous démontrer que l'image professionnelle que nous souhaitons donner ne nous satisfait pas en termes de gestion humaine. Face à ce constat, nous avons choisi de résoudre ce problème par une analyse détaillée du sujet et ainsi nous servir de nos acquis théoriques pour tenter de créer une ambiance de travail plus propice au bien-être au sein de notre équipe et cela en y consacrant notre épreuve intégrée. Nous orientons notre problématique sur l'évolution de notre fonction dans une période de changement et prenons conscience du mal-être des professionnels concernés par ces changements. Notre objectif est pluriel : apporter des réponses à notre problème, être acteur de notre destin professionnel et partager ce parcours avec d'autres professionnels.

Tout au long de ce cheminement, nous nous sommes interrogés sur : « Comment inclure dans notre gestion quotidienne la notion de bien-être professionnel pour

nous et notre équipe face aux changements institutionnels et sociétaux ? Un cadre¹ de santé laissant une place pour l'expression des émotions et sensibilisé à la charge psychosociale du travail permettrait-il une amélioration de l'ambiance d'équipe et de la qualité de travail ? ».

C'est pourquoi nous avons collecté de nombreux écrits sur différentes notions comme le bien-être, la charge psychosociale, les émotions, l'ergonomie et le changement. Cette analyse de documents s'est imposée à nous de part notre vécu professionnel et nos interpellations. En tant qu'infirmière-en-chef, nous sommes régulièrement étonnées par la vision singulière que les infirmières mêmes devenues cadres de proximité gardent des aspects émotionnels de leur travail. Nous avons ainsi émis l'idée qu'une meilleure compréhension de l'impact de nos émotions sur autrui et de celles des autres sur nous-mêmes peut permettre de réguler ses interactions, de les employer comme base de nouveaux objectifs professionnels et d'amorcer ces changements dans nos équipes.

Notre recherche s'est réalisée selon différents critères de réflexion en cinq temps. Le premier thème abordé est le mal-être du travailleur : le travail est-il vecteur d'épanouissement ? Le deuxième point débattu est la charge psychosociale au travail : le cadre de santé est-il conscient de cette charge ? Le troisième volet parle des émotions : nos émotions, celles des membres de l'équipe,...Le quatrième sujet nous fait découvrir l'ergonomie : que peut-elle nous apporter dans la gestion journalière de l'équipe ? Quand au cinquième chapitre, s'il est le dernier de ce cheminement, il représente aussi des perspectives d'avenir dans notre travail puisque, pour nous, une équipe ne vit réellement que dans le projet au fil du changement.

¹ Tout au long de notre écrit, nous considérons les termes « cadre », « cadre de santé », « cadre de proximité » et « infirmier(ère)-en-chef » comme équivalents car étant tous des titres de personnes responsables d'une équipe d'individus sur leur lieu de travail

1. LE MAL-ETRE DES SOIGNANTS

1.1. LE MAL-ETRE DES SOIGNANTS

Dernièrement un article² est paru dans la presse régionale, celui-ci expliquait que la plupart des infirmières étaient demandeuses d'un renforcement positif de leur hiérarchie plus que d'une augmentation salariale. Bien que cet article relève plus de la salle d'attente d'un dentiste que d'une thèse scientifique, celui-ci nous paru assez interpellant que pour chercher à en savoir plus.

En tant que cadres devenons-nous être plus attentifs à ce type de récompenses ? Celles-ci font-elles écho à l'ambiance de travail au sein du service hospitalier ? La notion de bien-être au travail est-elle la même pour tous ? Le bien-être est-il quantifiable ou objectivable ? Faut-il parler de mal-être ou de bien-être comme de simples contraires ou faut-il se positionner du côté du locuteur selon que sa vision du monde du travail soit optimiste ou pessimiste ? Le premier chapitre de ce travail représente une recherche sur le thème du bien-être tout en nous focalisant sur la charge émotionnelle du terme bien-être.

Notre société moderne tend progressivement depuis plusieurs années à prendre en compte le climat de vie au travail. En effet, l'adage « *travail égale labeur* » n'est plus accepté comme tel. Certaines sociétés depuis les affaires Renault³ en France y ont été attentives et proposent ce que nous appellerons des aménagements à leurs employés : horaires adaptables, services de repassage, garde d'enfants malades, etc. Mais qu'en est-il dans le secteur hospitalier ? Quelles sont les modifications accessibles à l'infirmière-en-chef ? L'infirmière-en-chef est chargée

² Ci-joint un article plus sérieux sur le sujet : <http://www.olivier.callebaut.org/analyse.pdf>

page consultée le 10/04/2011

³http://archives.lesoir.be/societe-renault-vient-de-mettre-en-place-un-dispositif_t-20070502-00AHRG.html?queryand=suicides+au+travail+renault&firstHit=0&by=10&when=-1&begYear=1989&begMonth=01&begDay=01&endYear=2011&endMonth=08&endDay=22&sort=datedesc&rub=TOUT&pos=5&all=8&nav=1 page consultée le 23/08/2011

de maintenir une organisation du travail de qualité au service de la patientèle. Qu'en est-il de son équipe ? Le mal-être du soignant se décrit bien souvent comme une difficulté à gérer les émotions au sein de la relation soignant-soigné. Cependant l'infirmière est également en relation avec ses collègues, sa hiérarchie, les médecins,... Par son essence même, la profession infirmière met l'infirmière dans une dualité d'exercice.

L'infirmière effectue des tâches autonomes et des tâches sur prescription. Elle est ainsi indépendante en tant qu'employée hospitalière du staff médical mais dépendante du médecin pour les prescriptions de soins. Elle doit également respecter les règles dictées par son infirmière-en-chef qui représente par sa fonction les règles institutionnelles.

La profession infirmière a également beaucoup évolué : les notions de dévouement et de polyvalence sont peu à peu remplacées par la relation d'aide et l'hyperspécialisation. Beaucoup d'infirmières⁴ ne retrouvent plus dans leur travail quotidien ce qui les a motivées à choisir cette profession. L'infirmière-en-chef ressent ces difficultés mais ne peut toujours y apporter réponse. C'est ainsi qu'en recherchant des réponses, nous avons découvert un arrêté royal⁵ traitant du bien-être au travail.

A partir de la découverte de cette loi, nous avons cherché à en savoir davantage et nous avons trouvé des sources semblables dans des écrits français⁶, anglais⁷ et canadiens⁸. Le bien-être du travailleur fait ainsi partie des préoccupations actuelles de ces divers pays. Dès lors, nous avons tenté de déchiffrer cette loi

⁴ <http://www.em-consulte.com/article/82783> page consultée le 16/07/2011

⁵ Arrêté royal du 04 août 1996 relatif au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail

⁶ <http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/plf2010/a1971-tvi.asp> page consultée le 16/07/2011

⁷ <http://www.isma.org.uk/index.html> page consultée le 16/04/2011

⁸ <http://nouveauxreperes.cgsst.com/liens.asp> page consultée le 16/04/2011

belge et son code⁹ et d'en retirer des informations pour notre pratique journalière de cadre de santé.

1.2. LA LOI SUR LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL

1.2.1. Aspects théoriques

- **Le bien-être**

Déjà employés dans notre introduction et souvent associés, les termes « bien-être et épanouissement » sont souvent rencontrés dans les textes ayant trait aux conditions de travail. Cependant, le bien-être peut désigner un état physique tout comme un ressenti. Dans notre société, il constitue une sorte de rêve absolu freiné par le travail et ses contraintes. Selon le Larousse, le terme « bien-être¹⁰ » se définit comme « *le fait d'être bien, satisfait dans ses besoins, ou exempt de besoins, d'inquiétudes ; sentiment agréable qui en résulte* » ou comme « *aisance matérielle ou financière* ». Le terme bien-être se retrouve également dans la définition de l'état de santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Cependant, G. Canguilhem¹¹ définit la Santé comme la possibilité pour chaque personne d'avoir une influence sur son environnement et sur sa propre vie. Cette façon d'envisager la santé prend en compte le lien avec l'organisation du travail. Nous pouvons ainsi trouver des cadres ayant une forte charge de travail mais, de par leur fonction, une importante autonomie dans leur travail, qui ont une perception très positive de leur activité professionnelle. Cette perception liée à un état de bien-être au travail contribue probablement de manière favorable à leur

⁹ Direction générale Humanisation du travail, *Code sur le Bien-être au travail* (textes coordonnés), Bruxelles, SPF Emploi, Sécurité, Travail et Concertation sociale, 2008, 624p.

¹⁰ *Le Petit Larousse Illustré 2008*, Paris, Editions Larousse, 2007, p.114

¹¹ Halpern C. et al. , *La Santé : un enjeu de société*, Auxerre, Editions Sciences Humaines, 2010, p.191

état de santé. Nous pouvons aussi en déduire que l'absence de latitude au travail peut devenir un facteur pathogène pour certains soignants. Il y a donc un rapport évident entre la notion de mal-être au travail et la santé physique du travailleur. Face à ces difficultés de vie au travail, le soignant ou l'équipe peut mettre en place différentes défenses psychiques pour tenir dans des ambiances de travail négatives. Ces défenses permettent d'assurer le travail mais ont des effets néfastes et peuvent conduire à des prises de risques importantes. De plus, le soignant assure alors son travail mais peut-il être qualifié de travail de qualité ? Le cadre de santé face à ce type de situation au travail se doit d'y être attentif et de miser sur une implication du soignant dans son travail en lui laissant l'opportunité d'y exercer son influence. C'est ce que nous appellerons parier sur l'autonomie du soignant. Néanmoins, l'hôpital reste avant tout une entreprise bâtie sur un fonctionnement organisationnel hiérarchique et ses dirigeants restent peu enclins à ce mode d'autonomie du soignant. Nous prendrons pour seul exemple les pointeuses à mettre en parallèle avec la notion de respect du travail en équipe.

- **Le bien-être au travail**

« *Le bien-être au travail¹² est défini comme l'ensemble des facteurs relatifs aux conditions de travail dans lesquelles le travail est exécuté :*

- *sécurité au travail*
- *protection de la santé du travailleur*
- *charge psychosociale occasionnée par le travail*
- *ergonomie*
- *hygiène du travail*
- *embellissement des lieux de travail.* »

A cette définition, les législateurs ont ajoutés l'environnement interne et la protection contre la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail.

¹² Définition retirée de la loi sur le bien-être au travail du 04/08/96 donnée par le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale sur son site internet et incluant la notion du travail au sens large et non uniquement en hôpital.

Tout comme la Société, le travail infirmier a beaucoup évolué au fil des ans. Si, par le passé, travail voulait dire labeur et induisait une notion de pénibilité et que le mot « infirmière » voulait dire religieuse et dévouement permanent, il n'en est plus de même de nos jours. La travailleuse infirmière aspire à un équilibre entre travail et vie privée.

Nous employons ici le terme féminin d'infirmière car dans le cadre d'un travail sur le bien-être et l'épanouissement au travail, nous estimons ne pouvoir passer sous silence la relation particulière de la femme au travail. Statistiquement¹³, les métiers dits féminins sont plus sujets aux absences pour maladie de longue durée. Ces statistiques doivent selon nous être nuancées car la profession infirmière tend à se masculiniser tout comme celle de cadre de santé. Le sexe de l'employé ne peut être le seul paramètre à interroger en termes d'absentéisme et/ou de mal-être.

La souffrance¹⁴ au travail qui entraîne un mal-être du travailleur se caractérise par la crainte d'être à la limite de ses compétences et de bâcler son travail associé au fait d'être soumis à des conditions de travail difficiles et à l'absence de reconnaissance. La souffrance au travail dépend ainsi de deux critères que sont la pression et la pénibilité. Nous entendons par pression par exemple un climat social tendu, un climat hiérarchique autoritaire,... Quant à la pénibilité, nous entendons par là toutes les sollicitations physiques et/ou psychiques au travail qui laissent des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé du travailleur. Ces sollicitations peuvent même influencer sur leur espérance de vie et peuvent être des efforts physiques, des environnements agressifs et une pénibilité psychologique. Faisant le parallèle avec la profession d'infirmière, nous y retrouvons les efforts physiques comme la manutention des patients, les environnements agressifs comme les boxes périnataux surchauffés et la pénibilité psychologique comme la confrontation avec la détresse du patient en fin de vie. Quant à la pression, l'infirmière y a droit aussi : un lit ne doit pas rester vide, etc.

¹³ www.inami.be: statistiques : III Section indemnités- régime général

¹⁴ Carillo C., *Etre un soignant heureux : le défi*, Issy-les-Moulineaux, Edition Elsevier-Masson, 2010, p. 169

1.2.2. Analyse du bien-être du soignant au travail

Suivant le guide d'analyse des conditions de travail en milieu hospitalier de D. Sagehomme¹⁵, les risques et les causes de mal-être peuvent être répartis en dix thèmes : le cadre matériel de travail, les risques, la charge physique, la charge mentale, la charge psychique, les relations de travail, le contenu du travail, les incertitudes, les horaires et le fonctionnement de l'hôpital.

Néanmoins, les dix thèmes abordés dans ce guide sur les conditions de travail forment un ensemble dont les différents points interagissent entre eux. Ainsi, les conditions de travail peuvent être subjectives ou objectives. En effet, la manière dont les conditions de travail sont ressenties par le travailleur relève d'une interprétation subjective de chaque travailleur. Par contre, certaines conditions sont tout à fait objectivables comme par exemple la température ambiante du bureau à l'aide d'un thermomètre.

1.2.2.1. Le cadre matériel du travail

Le cadre matériel du travail est le contexte, l'environnement matériel dans lequel le travail s'effectue. Ce cadre matériel de travail peut être plus ou moins contraignant et entraîner une augmentation ou une diminution de la qualité de la vie au travail, voire de la qualité du travail lui-même.

1.2.2.2. Les risques

Les risques se définissent comme des dangers éventuels plus ou moins prévisibles. Les dangers qui peuvent être rencontrés à l'hôpital sont classés en trois grades : majeurs, moindres et mineurs. Nous parlons de dangers majeurs lorsqu'il y a danger pour la vie du travailleur et pour sa santé mais aussi destruction de matériel. Le danger dit moindre est une situation qui provoque chez

¹⁵ Sagehomme D., *Personnel de Santé, Pour un travail meilleur, Guide d'analyse des conditions de travail en milieu hospitalier*, Bruxelles, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, VIème Edition, 2006, p.9

le travailleur de l'inconfort, de l'insatisfaction ou de l'insécurité. Quant aux dangers mineurs, ce sont les incidents qui ont uniquement perturbés ou retardés le travail.

1.2.2.3. La charge physique

L'addition de tous les efforts musculaires que l'individu fait en travaillant est appelé la charge physique du travail dont fait partie toute l'énergie musculaire dépensée et les conséquences de cette dépense d'énergie. Nous ne devons pas non plus oublier que le cœur est un muscle.

1.2.2.4. La charge mentale

Le fait d'employer nos capacités intellectuelles est une activité. Cette activité neuronale ou cérébrale n'est pas simplement liée aux tâches dites intellectuelles mais toute activité même la plus répétitive entraîne aussi une activité mentale. Cette charge mentale peut nuire à la qualité de vie du travailleur tout autant qu'à la qualité de son travail. Une surcharge ou d'ailleurs une sous-charge mentale est plus communément décrite comme une fatigue nerveuse ou mentale ou intellectuelle voire une lassitude. Si nous sommes en surcharge mentale, nous nous sentons dépassé par les tâches à accomplir et si nous sommes en sous-charge mentale, nous aurons plus une impression d'ennui. La nature du travail n'intervient pas dans la charge mentale : le travail « à la chaîne » ou le travail manageriel peuvent, autant l'un que l'autre, entraîner une surcharge mentale. La charge mentale est liée à l'activité et tout ce qui perturbe l'activité peut donner lieu à une surcharge mentale.

Nous pouvons ainsi regrouper quatre types d'agents perturbateurs : le flou, l'appel intempestif à la mémoire, la cadence du travail et l'importance des enjeux du travail.

Le « flou » ou les zones d'ombres du travail est ce que le soignant ne comprend pas ou ne maîtrise pas dans le fonctionnement d'un service ou de l'hôpital. Le manque de décision est source de « flou » pour le travailleur. Cela peut être l'absence de décideurs ou des consignes contradictoires. L'imprécision tout comme l'indécision est générateur de « flou » car le manque d'explications peut rendre difficile le travail quotidien.

L'appel intempestif à la mémoire est aussi nuisible pour la soignante. Il est interpellant de constater le nombre de choses à priorité diverses que doit retenir la soignante sur sa journée de travail : téléphoner à la famille d'un patient, appeler le service technique pour le robinet qui fuit, augmenter le débit de la perfusion de Mr X, faxer le logisticien qui veut connaître à l'instant le quota d'utilisation de papier-toilette de l'unité,...

La cadence du travail qui dépend des admissions programmées mais aussi des urgences et autres imprévus est également plus ou moins perturbante suivant le rythme des journées.

L'importance des enjeux du travail est aussi un facteur perturbant : nécessité de x opérations par an pour maintenir le service ouvert, taux de réussite, taux d'escarres,...

1.2.2.5. La charge psychique

Typique et inévitable lorsque nous parlons des métiers proches de la maladie, de la souffrance et de la mort, cette charge est inductrice d'émotions ou de sentiments de la part des travailleurs. Elle peut ainsi rendre le travail particulièrement pénible. Cependant, si cette confrontation avec la souffrance d'autrui est inévitable et ainsi si cette charge psychique est inévitable, nous pouvons néanmoins en diminuer les effets négatifs dans de nombreux cas.

1.2.2.6. Les relations de travail

Les relations de travail sont importantes pour l'ambiance au travail et au-delà la qualité des soins. En effet, tout au long de son parcours professionnel, le travailleur va établir différentes sortes de relations durables et plurielles. Celles-ci seront soit spontanées, soit nécessaires, soit imposées. Nous pouvons décrire la plupart de nos relations au travail comme individuelles. Individuelles de part leur contenu, ces relations peuvent être de tout ordre : explications, soutien empathique, consignes, rapports, transmissions,... Mais nous avons aussi des relations dites collectives, par exemple lorsque nous donnons des consignes au groupe de stagiaires. Cependant, nous avons également des relations plus impersonnelles à travers un rapport de fonctionnement, une note de service, une description de projet de service, etc. Ce type de relations plus impersonnelles

relève alors plus du fonctionnement interne à l'entreprise hospitalière et moins de ce que nous appellerons la relation de travail.

Ces relations individuelles ou collectives se font le plus généralement par l'intermédiaire de la parole, néanmoins nous ne pouvons oublier la lourdeur administrative que représentent les nombreuses notes écrites.

Pour terminer, cette description des relations de travail, il faut préciser que beaucoup de relations s'établissent par des gestes et des attitudes. Il faut alors décrypter les comportements des travailleurs tels un froncement de sourcils, un rire, un clin d'œil, un haussement d'épaules,...

Toutes ces formes de relation font partie intégrante de nos conditions de travail et nous concluons en signalant que la bonne qualité d'une relation sera le fait que chaque travailleur y trouve ce qu'il recherche. Or, si la qualité d'une relation peut être diminuée par les interruptions fréquentes dues à l'accélération du rythme de travail, tout ne dépend pas entièrement de l'organisation du travail. Il est en effet curieux de constater que peu de formation du personnel n'inclue de formation sur des thèmes comme le travail en équipe, la communication verbale et non-verbale,...

1.2.2.7. Le contenu du travail

Le contenu du travail peut se définir comme l'ensemble des éléments de notre travail qui nous donnent de l'intérêt pour ce travail effectué. En effet, tout travail peut contenir autant de composantes attractives et créatives que de composantes rebutantes et ennuyeuses. Nous pouvons déterminer cinq éléments susceptibles de rendre le contenu de notre travail attractif ou au contraire rebutant.

Ces cinq éléments sont : l'autonomie dans le travail, la finalité du travail, la variété du travail, la possibilité d'apprendre dans et par le travail et l'adéquation de qualification.

1.2.2.8. Les incertitudes

En général, dans un service hospitalier, tout est planifié mais il est régulièrement nécessaire d'effectuer des modifications. Tous ces impromptus sont générateurs

d'incertitudes chez le soignant. Le travail peut alors devenir désagréable et même stressant.

Dans un service hospitalier, l'incertitude est due à l'essence même de ce type de travail soignant, c'est-à-dire l'impossibilité de tout prévoir et la nécessité de s'adapter à tout imprévu.

L'incertitude peut être répartie en trois formes : l'incertitude en cours de travail appelée incertitude immédiate, l'incertitude du lendemain ou à court terme et l'incertitude de l'avenir ou à long terme.

L'incertitude immédiate provient de la nature changeante des tâches soignantes. Dans notre profession, tout n'est pas planifiable car chaque cas est unique mais les imprévus peuvent aussi provenir d'un défaut de gestion ou de consignes inadaptées. C'est ainsi qu'un soignant peut craindre d'avoir posé le bon geste au bon moment. Agir sur la circulation de l'information pour la rendre plus claire et plus précise permet de diminuer fortement ce phénomène d'incertitude en cours de travail.

Quant à l'incertitude à court terme, elle est due aux éléments du travail du soignant qui varient d'une prestation à l'autre. Ces éléments peuvent être la composition de l'équipe, une modification de procédure de soin, l'arrivée d'un nouveau matériel,... Si le soignant a été insuffisamment informé ou écolé, il peut ressentir de l'incertitude voire un réel mécontentement. Le mécontentement fait souvent suite à une non-implication du soignant dans une décision ou à une absence de planification du changement. Ce type d'incertitude peut se lier à d'autres difficultés liées aux conditions de travail et s'aggraver. En agissant sur l'un ou l'autre, nous réduisons les sources d'incertitude ; par exemple, un changement de composition d'équipe implique l'arrivée de nouveaux collègues et un changement dans les relations de travail. En étant attentif aux relations entre collègues, nous pouvons aplanir le sentiment d'incertitude face au changement de composition de l'équipe.

Par incertitude à long terme, nous entendons les craintes actuelles du travailleur face, par exemple, à la montée du chômage, aux changements politiques en matière de santé,...

1.2.2.9. Les horaires

Les aspects contraignants des horaires sont bien connus du travailleur hospitalier. Pour envisager le temps de travail, il faut tenir compte de différents paramètres comme : la répartition de ce temps de travail, le statut du temps presté et la constance des heures prestées.

L'horaire idéal n'existe pas car il dépend pour beaucoup de ce qu'entend le travailleur par horaire idéal. Cependant, certaines conséquences des horaires sont plus néfastes que d'autres. Ces horaires peuvent occasionner des conséquences sur le plan de la santé, sur le plan des finances, sur le plan juridique, sur la vie sociale et familiale et sur notre vie professionnelle.

Chaque travailleur choisit son horaire parmi les propositions mises au point par l'employeur. L'employeur définit un certain nombre de propositions en raison de choix économiques, techniques, organisationnels et sociaux. Le travailleur, quant à lui, définit son choix d'horaire pour faire face à certaines contraintes financières ou familiales.

1.2.2.10. Le fonctionnement de l'hôpital

Pour aborder ce thème, nous devons élargir notre champ de vision. Jusqu'à présent nous nous limitons à analyser les conditions de travail à partir du service hospitalier mais nous ne pouvons exclure l'hôpital où se situe ledit service de la réflexion. L'hôpital est un acteur socio-économique de premier plan puisqu'il crée de l'emploi et se doit de soigner au plus vite les employés d'autres employeurs pour les réinjecter dans la population active. Il doit donc faire preuve de rentabilité. Parler du fonctionnement de l'hôpital, c'est analyser la manière dont les différents services et les divers groupes de travail employés à l'hôpital entretiennent des contacts. L'Hôpital est à la fois lieu d'hébergement et lieu de soins et tout y est organisé en ce sens.

Les objectifs de travail des employés sont donc de deux catégories : celle au chevet du patient et celle sans contact avec la patientèle. Ces deux groupes de travailleurs effectuent cependant un travail complémentaire. Ces groupes de travailleurs sont ainsi subdivisés en différentes catégories : professionnelles (soignant, administratif, logistique,...) et fonctionnelles (par unité, par secteur,...).

Ces différentes catégories sont structurées autour d'objectifs communs mais composés d'individus avec chacun leurs objectifs personnels. Un bon fonctionnement de l'hôpital tient compte de la conciliation de ces deux types d'objectifs. La conciliation entre ces deux objectifs est prévue par l'employeur-hôpital mais force est de constater que tout n'a pas été ou ne peut être prévu, ce qui donne naissance à une organisation dite « informelle ». L'organisation prévue « formelle » se compose de procédures, de règlements, de l'organigramme et a pour utilité de donner des repères fermes et légaux. Quant à l'organisation informelle, elle est la confrontation de l'institution avec la réalité. En effet, tout ne peut être prévu et une certaine souplesse peut s'avérer nécessaire. Cette souplesse peut aussi être une forme de créativité et fonctionner sur des circuits de pouvoir et d'information.

1.3. CONCLUSION

De nombreuses instances¹⁶ peuvent venir en aide au travailleur en état de mal-être dont la délégation syndicale, le conseil d'entreprise, le Comité de Prévention et de Protection au Travail et la Médecine du Travail.

Au-delà de tous ces organes, il reste le rôle primordial de l'infirmière-en-chef qui grâce à sa proximité est l'acteur incontournable de première ligne pour une prise de conscience du mal-être du soignant.

Pour améliorer le bien-être du travailleur, deux démarches sont importantes. Ces deux démarches dites d'adaptation sont différentes mais complémentaires.

D'une part, il nous faut favoriser l'adaptation du personnel à son travail. Cette adaptation peut se faire à l'aide d'une politique de formation permanente la plus proche possible des attentes du terrain. De même, dès l'école pendant le suivi en

¹⁶ Sagehomme D., *Personnel de Santé, Pour un travail meilleur, Guide d'analyse des conditions de travail en milieu hospitalier*, Bruxelles, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, VIème Edition, 2006, p.85-86

stage des stagiaires, nous pouvons expliquer la réalité concrète du travail sans exagération ni banalisation.

D'autre part, nous pouvons chercher à adapter les conditions de travail au travailleur. Cette amélioration des conditions de travail ne peut s'envisager qu'après une démarche en trois temps. Premièrement, le cadre récolte les informations en étant à l'écoute de l'équipe. Deuxièmement, celui-ci sélectionne des objectifs communs pour l'équipe et réalistes. Troisièmement, il doit analyser les difficultés en équipe de la manière la plus complète possible.

De nos jours, ces deux démarches d'adaptation sont englobées dans un processus d'engagement du soignant : obtenir l'engagement du soignant. Le cadre tente d'obtenir non pas uniquement la seule signature du contrat de travail mais aussi une adhésion à une « ligne de conduite pertinente »¹⁷ pour l'hôpital, l'unité hospitalière et son projet d'équipe. Cet engagement décrit trois états d'esprit du soignant envers son travail : l'engagement affectif, l'engagement normatif et l'engagement de continuité. Nous développerons en partie des notions y ayant trait dans les chapitres suivants. En effet, l'engagement affectif peut être décrit comme l'attachement émotionnel ressenti par le soignant pour l'organisation hospitalière. L'engagement normatif reflète quant à lui l'obligation ressentie par le soignant de demeurer dans cette entreprise hospitalière. Et, l'engagement de continuité traite des coûts et pertes perçus par le soignant s'il quitte son hôpital.

Ces trois thèmes ont tout d'abord intéressé les chercheurs par leur impact sur la rétention et le turn-over du personnel. Nous nous y attacherons plus pour leur impact sur le bien-être au travail ou bien-être du soignant au sein du service hospitalier dont nous avons la charge. L'engagement en tant que modérateur et médiateur serait ainsi facteur de bien-être pour le soignant.

A l'heure actuelle, si l'organisation hospitalière et sa dynamique n'arrivent plus à créer un engagement à long terme avec le soignant, le cadre ne peut-il être à

¹⁷ Rojot J., Roussel P., Vandenberghe C., *Comportement organisationnel-volume 3: théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel*, collection Méthodes et Recherches, Paris, Editions De Boeck, 2009, p.341

l'affût du développement d'un engagement du soignant pour d'autres cibles
comme son équipe ou une fonction particulière au sein de l'équipe?

2. LA CHARGE PSYCHOSOCIALE AU TRAVAIL

Comme nous l'avons déjà exprimé, la charge psychosociale a longtemps été mise sur le côté en matière de politique du bien-être au travail. Cependant, ces dernières années, il nous suffit d'ouvrir un journal pour y être confronté : politique de rétention du personnel, burn-out, harcèlement, suicide sur le lieu du travail,...

En effet, la charge psychosociale émane plus de la conception que l'être humain a de son travail que des moyens dont il dispose pour le faire. Les organismes de prévention utilisent le plus souvent le terme général de « risques psychosociaux » au lieu des termes « pénibilité du travail », « souffrance au travail » et « stress ». Néanmoins, cette terminologie recouvre l'ensemble des risques liés aux relations humaines au travail et dont les plus courantes sont le stress, la violence au travail, les conflits et le harcèlement qu'il soit moral ou sexuel.

2.1. ASPECTS LEGISLATIFS

En Belgique, nous retrouvons la notion de charge psychosociale au travail dans l'Arrêté royal du 17 mai 2007 relatif à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail dont la violence, le harcèlement moral ou sexuel au travail parue au Moniteur Belge du 6.6.2007.

En France¹⁸, en octobre 2009, un projet de loi cite l'urgence de traiter et de prévenir les risques psychosociaux au travail qui toucheraient 28% des femmes françaises au travail et 20% des hommes français au travail. L'étude sur laquelle s'appuie le projet de loi signale que cela touche autant les contrats à durée déterminée que les contrats à durée indéterminée. De plus, la distinction entre hommes et femmes ne serait pas révélatrice d'un problème de sexe mais plutôt du travail choisi citant l'hôtellerie et les métiers à fortes composantes humaines comme celui du soin. Dans le but d'une meilleure connaissance de ces métiers parfois méconnus, des fiches descriptives comprenant leurs risques ont ainsi été

¹⁸ <http://www.fmpcisme.org/FMPPDF/258/FicheResume.pdf> page consultée le 20/06/2011

réalisées par des organismes gouvernementaux ou mandatés et sont consultables sur le net.

Dans certains pays anglophones dont les Etats-Unis, nous avons bien sûr trouvé trace des risques au travail dans diverses notes gouvernementales mais il s'agissait surtout des risques physiques. Ce qui nous a le plus interpellé, c'est cette tendance de nombreux bureaux de consultance ou de coaching à reprendre les outils psychologiques de la communication à des fins plus manipulatoires. Si nous apprécions d'avoir notre linge repassé au boulot ou d'être complimenté pour l'efficacité de notre travail, nous pouvons être choqués par le côté infantilisant du tableau des bons points de la caissière de la semaine.

2.2. DEFINITION

Quand nous parlons de charge ou surcharge, cela sous-entend une notion de « trop » ou « trop peu ». Cela fait plus appel à notre ressenti et à nos valeurs qu'à une chose quantifiable et objectivable. Néanmoins, cela doit être pris en compte lorsque nous parlons de l'individu au travail. L'individu peut ainsi être trop sollicité par une tâche comme il peut être trop peu employé en fonction de ses compétences. L'un comme l'autre peut être source de mal-être.

La charge psychosociale¹⁹ occasionnée par le travail se définit comme « *toute charge, de nature psychosociale, qui trouve son origine dans l'exécution du travail ou qui survient à l'occasion de l'exécution du travail, qui a des conséquences dommageables sur la santé physique ou mentale de la personne.*

Ces conséquences peuvent être par exemple des troubles du sommeil, de l'hypertension, des troubles respiratoires, des maux de tête, des troubles digestifs, au niveau mental nous pouvons citer la dépression, la perte de motivation, les angoisses et même les idées suicidaires....

¹⁹ Définition donnée par le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale

Le stress dû aux conditions de travail, la souffrance relationnelle vécue dans certains conflits interpersonnels ou de groupes, de même que la violence ou le harcèlement, par exemple, créent une charge psychosociale. »

La charge psychosociale fait ainsi appel au ressenti du travailleur ou de l'équipe par « *la signification que les travailleurs donnent au travail en fonction de leurs propres modèles de perception (valeurs, objectifs, besoins, aspirations, attentes)* » et « *les effets de l'ensemble de ses facteurs sur leur santé et leur bien-être* ».

2.3. DOMAINES

La charge psychosociale comprend de multiples facteurs et processus ayant trait au travail et au travailleur.

En ce qui concerne le travail, nous citerons quatre grands groupes : le contenu du travail, les conditions matérielles du travail, les conditions de travail et les relations de travail.

En ce qui concerne le travailleur, nous identifierons les aspects cognitifs, émotionnels, motivationnels et relationnels qui peuvent être sollicités à différents degrés lors du travail ainsi que la position plus ou moins favorable du travailleur et l'interprétation qu'il en retire.

Selon la loi de 1996 relative au bien-être et qui introduit aussi la notion de charge psychosociale occasionnée par le travail, nous pouvons cibler quatre domaines. Ces domaines sont la satisfaction et la motivation, le stress, la charge mentale et la charge émotionnelle au travail.

Le bien-être du travailleur se ressent évidemment de l'absence ou de la présence d'une satisfaction grâce à son travail et d'une motivation du soignant pour celui-ci.

Quand au stress au travail²⁰ c'est « *un état perçu comme négatif par un groupe de travailleurs, qui s'accompagne de plaintes ou dysfonctionnements au niveau physique, psychique et/ou social et qui est la conséquence du fait que des travailleurs ne sont pas en mesure de répondre aux exigences et attentes qui leur*

²⁰ Définition donnée par le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale

sont posées par leur situation de travail ». Il faut distinguer deux formes de stress au travail. Il y a la réaction de stress éphémère reconnaissable à la situation de tension que peut ressentir un travailleur quand il est débordé par un excès ponctuel de travail. Le malaise est passager et le travailleur reprend généralement la maîtrise de lui-même après ce « coup de feu » et peut même se sentir galvanisé par cette sensation. La seconde réaction est plus grave car persistante. Le travailleur doit faire face à un stress intense long ou chronique et ne peut s'y adapter. Cette situation peut entraîner pour l'employé de réels problèmes de santé ou compliquer des problèmes de santé déjà présents. Cet état de stress permanent peut influencer le comportement du travailleur et lui être nuisible : déviances alimentaires, tabagisme, alcoolisation, ... Mais il n'est pas sans conséquence pour l'employeur qui peut voir apparaître chez ses employés divers problèmes comme des absences, de la démotivation, de l'insatisfaction, des conflits, une baisse de la qualité, ... Il est donc important de détecter les causes de stress et de les évincer. Les causes de stress au travail peuvent être de quatre ordres : le contenu du travail, les conditions de travail, les relations au travail et l'environnement de travail.

En ce qui concerne la charge mentale ou cognitive du travail, celle-ci a été mentionnée précédemment dans le chapitre sur le mal-être du soignant lorsque nous analysons les dix thèmes à analyser en terme de bien-être au travail.

Enfin, la charge émotionnelle sera plus détaillée dans le chapitre suivant de ce travail ayant trait à l'émotion. Nous devons cependant signaler que les violences physiques et psychologiques ainsi que sur le harcèlement moral et/ou sexuel au travail ont depuis quelques années fait l'objet d'une loi celle du 17 juin 2002 et de ce fait des campagnes de prévention et de sensibilisation ont été réalisées.

2.4. LA PREVENTION

Dans les années 1970, la prévention des risques professionnels se limitait à garder les risques hors entreprises grâce aux contrôles et inspections et grâce aux adaptations du matériel.

Depuis la dernière décennie, la prévention s'étend et ne cible plus uniquement les accidents et les maladies professionnelles. Tout d'abord, une nouvelle manière est d'élaborer la politique de prévention dans une approche en système. Le système comprend divers éléments dont la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et les facteurs d'environnement. Ensuite, l'actuelle prévention s'articule autour de certains principes comme d'agir sur les risques à la source, de prioriser la prévention collective avant l'individuelle et de rendre plus acceptable le travail dit « à la chaîne » afin d'en diminuer les conséquences négatives sur la santé.

Les services de prévention et de protection au travail sont pluridisciplinaires et développent un travail en interrelation entre les différentes disciplines dont ils disposent. Ces disciplines sont la sécurité du travail, la médecine du travail, l'ergonomie, l'hygiène en entreprise et les aspects psychosociaux du travail.

2.5. CONCLUSION

Nous pensons important de préciser à chaque cadre de santé l'existence des risques psychosociaux décrits précédemment. Dans notre pratique journalière de cadre, nous avons constaté une méconnaissance de ceux-ci et de leurs aspects législatifs par nos collègues-cadres. Voilà pourquoi nous avons tenu à en faire part dans ce chapitre de notre épreuve intégrée.

Cependant, lorsque nous parlons de stress sur le lieu de travail, nous y voyons souvent associé tout un vocabulaire relevant des émotions : « cela m'a mise en colère ; j'ai peur des réactions du Dr X. ; je suis en retard et ma fille va être triste ; etc. ». Il nous a donc paru pertinent de rechercher ce que sont ces émotions liées au travail et quel est leur impact sur les professionnels dont par exemple nous établissons les horaires et qui nous entourent. Nous aborderons ainsi les émotions dans le chapitre suivant de notre recueil d'information.

3. LES EMOTIONS

3.1. DEFINITION

Puisque l'élément déclenchant de notre réflexion²¹ sur notre manière d'articuler notre rôle de cadre a été la découverte du concept d'intelligence émotionnelle, nous commencerons par définir « l'émotion ». Selon le Larousse c'est un « *trouble subit, une agitation passagère causée par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc.* » et par extension « *une réaction transitoire d'assez grande intensité habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* »²². Nous relèverons dans ces deux définitions les termes « passagers » et « environnement ». La notion de passage est fluctuante d'un individu à l'autre : une peur, par exemple, peut durer l'instant d'un aboiement comme elle peut nous poursuivre pendant tout un trajet. Notre environnement professionnel est l'hôpital : sorte de microsociété parfois bien éloignée de la Société. Une des autres définitions de l'émotion est celle du courant neurophysiologique qui veut que l'émotion soit la réponse à un stimulus externe par notre cerveau. La définition du courant psychologique tend à étayer cette brève formulation. Pour Scherer²³, *l'émotion est générée par un objet ou un événement et comporte plusieurs composantes : la cognition, la physiologie, l'expression motrice, les tendances à l'action, et le sentiment subjectif* et donc est *une réponse de l'organisme à l'évaluation d'un stimulus interne ou externe*. Selon Frijda²⁴, les émotions sont un des quatre types d'opérations mentales qui forment la personnalité d'un individu avec la motivation, la cognition et la conscience.

²¹ Goleman D., *L'intelligence émotionnelle : tome 1*, Paris, Editions J'ai lu, collection Bien Etre, 1997,506 p.

²² *Le Petit Larousse Illustré 2008* Paris, Editions Larousse, 2007, p.362

²³http://www.esen.educ7ation.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/risp_emotion_08/l_bellinghausen.pdf consulté le 29/03/2010

²⁴http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie_des_%C3%A9motions#Th.C3.A9ories_psychologiques_d_es_.C3.A9motions consulté le 29/03/2010

Cette nuance nous paraît pertinente car l'expression des émotions est pour nous propre à chaque individu. Nous parlons d'ailleurs de personnalité intravertie ou extravertie et l'une n'est pas pour nous moins sujette au stress professionnel que l'autre. Quand à nous, nous tenterons une digression à l'étymologie du terme émotion qui veut que celle-ci soit un mouvement vers l'extérieur de l'être humain, qui naît à l'intérieur de lui et qui parle à son entourage. Nous retiendrons aussi que le concept-émotion a été développé par de nombreux théoriciens au fil des époques. Ainsi la notion même d'émotion est multidimensionnelle par ses composantes neuropsychologiques, expressives et expérientielles subjectives.

Dans le langage courant, nous utilisons à tort divers termes comme équivalents au terme émotion. Bien souvent les mots humeur, affect et tempérament ainsi que leurs dérivés sont employés indistinctement pour synonyme au mot émotion. Cependant, pour les chercheurs universitaires sur le sujet des émotions, ces mêmes mots renvoient à des concepts différents. Ainsi, l'émotion est décrite comme un bref moment qui s'exprime tant physiologiquement que par le comportement. L'humeur est, elle, un état qui persiste longtemps et dont l'intensité est faible à modérée. Il s'agit d'une impression diffuse (perception, ressenti) qui reste le plus souvent latente et non consciente. Le terme affect est plus global faisant état à la fois des humeurs et des émotions et implique l'agréabilité ou la non-agréabilité. Quand au mot tempérament, il décrit l'état émotionnel de l'individu tel une « *toile de fond*²⁵ ».

Toute émotion peut aussi se cacher derrière le terme extrêmement banalisé et souvent mal défini de stress. Le stress²⁶ peut être défini comme « *l'état de l'organisme dont le bien-être est menacé et qui n'a pas de réponse immédiate pour réduire cette menace* ». D'ailleurs, la définition du stress ne fait pas l'unanimité. Le terme se définirait soit comme une réaction du corps face à une

²⁵ Mikolajczak M., Quoidbach J., Kotsou I., Nélis D., *Les compétences émotionnelles*, Editions Dunod, Paris, 2009, p.13

²⁶ Définition de Hans Selye, 1907-1982, médecin endocrinologue canadien d'origine autrichienne et prussienne

agression soit comme une tension provoquée par un conflit interne soit comme l'effet d'une sorte d'incapacité d'adaptation...

L'émotion peut ainsi se situer en amont ou en aval de l'état de stress. Le stress peut lui-même être associé à la problématique du burn-out et aux violences physiques et psychiques pouvant y être mêlées (harcèlement,...).

Il est aussi important de bien différencier l'émotion et le sentiment. Le terme sentiment introduit une notion plus affective, plus passionnée.

3.2. LES THEORIES SUR L'EMOTION

Quand nous parlons de l'émotion, nous faisons le plus souvent référence au ressenti de l'émotion c'est-à-dire à sa conscience subjective et irrationnelle. Cependant, ceci n'est qu'une des facettes de l'émotion. Nous y retrouvons entre autres l'activité neuronale, l'activation physiologique, l'expression faciale, les changements de posture,... L'émotion peut ainsi être décomposée en plusieurs facettes. Selon l'abord retenu, nous découvrons qu'une ou plusieurs théories en font leur représentation centrale. Nous présenterons les différentes théories en les classifiant selon que leurs défenseurs relèvent d'une vision déterministe à une vision interactionniste.

3.2.1. Les théories évolutionnistes ou néo-darwiniennes

Les évolutionnistes font de l'émotion une réponse de l'organisme à un stimulus qui associe simultanément trois dimensions : une dimension viscérale corporelle (ex : rougeur), une autre expressive et comportementale (ex : grimace) et celle de l'éprouvé psychique (ex : ressenti). Ces théories ont pour premier représentant Charles Darwin²⁷ (1872) qui présente l'émotion comme la réponse inscrite dans nos gènes à un signal d'alarme et donc à un réflexe de survie. Cette explication nous paraît assez réductrice mais elle a eu le mérite d'introduire la réflexion autour du principe de l'émotion. Les quatre émotions de base décrites sont la peur, la colère, la tristesse et la joie. Certains y ajoutent le dégoût mais nous préférons

²⁷ <http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/?post//Les-emotions-Definition> consulté le 27/03/2010

nous limiter aux quatre premières. Le dégoût inclut une notion de sens gustatif pouvant amener à confondre le concept d'émotion et les cinq sens. Chacune de ses quatre émotions a selon ces théoriciens une fonction propre de même manière que nos organes ont une fonction spécifique. Ainsi, le cœur pompe le sang et les reins excrètent nos toxines. De même, la fonction principale de la colère serait de préserver l'intégrité : sa propre intégrité ou celle de son projet. La joie aurait un but de partage et de rapprochement d'idées. La tristesse permettrait de gérer la perte ou de l'éviter. La peur serait destinée à éviter un dommage, un risque ou une perte. Cette explication semble assez réductrice, limitant l'Homme à son statut de membre du règne animal.

3.2.2. Les théories de l'évaluation et les théories scientifiques

Les théoriciens de l'évaluation (Lazarus, 1991) reconnaissent la fonction adaptative de l'émotion. Pour eux, la cognition est une condition nécessaire à l'émotion. Les facteurs situationnels de l'environnement et les facteurs de disposition de chaque être humain déterminent le processus de cognition antérieur à l'émotion. L'émotion demande une évaluation des changements dans la relation entre la personne et son environnement c'est-à-dire ses normes, ses valeurs et ses caractéristiques sociales. Quand aux théories schématiques (Leventhal 1980, Bower 1981), elles accordent un rôle déterminant à la mémoire et à son stock d'informations émotionnelles dans le déclenchement et l'activation du phénomène émotionnel. Ces informations émotionnelles réactivent une émotion quand une de ses composantes est stimulée.

3.2.3. Les théories neurobiologiques

Papez²⁸ (1937) présente trois circuits différents pour la pensée : la pensée, le mouvement et les sentiments. Ces recherches se complètent avec les travaux de Damasio²⁹ (1994) sur les marques somatiques.

²⁸ James Papez neuroanatomiste

²⁹ Antonio Damasio professeur de neurologie, neurosciences et psychologie

Toutes ces recherches sur les structures nerveuses qui influent sur l'émotion ciblent le rôle important de l'hypothalamus. L'hypothalamus contrôle les réponses hormonales qui expliquent les manifestations physiologiques suite à l'apparition d'une émotion.

Ces théories³⁰ prennent comme représentation centrale le rôle de l'activation physiologique dans le déclenchement du processus émotionnel. Pour ces théories, l'émotion est obligatoirement accompagnée de manifestations physiologiques.

a) Les théories périphériques des émotions de James (1884) et de Lange (1885)

Ces théoriciens défendaient la théorie selon laquelle l'émotion constitue la perception des changements périphériques qui suivent directement la perception du stimulus.

b) La théorie centrale des émotions de Cannon (1927)

Cannon a établi que le thalamus est le centre de coordination des réactions émotionnelles. Le thalamus produit et régule les décharges physiologiques des émotions.

3.2.4. Les théories physiologiques

Les adeptes de cette théorie se basent sur le fait que notre corps est sensible à l'émotion et le manifeste par des réactions somatiques. Pour eux, nous devons d'abord avoir le contrôle de notre corps pour contrôler nos émotions. Cette notion de « self-control » si elle est séduisante, ne parlons-nous pas avec emphase de « self-management », présente des limites car toute personne, évoluant en contexte professionnel, sait que le contrôle permanent de ses émotions est une gageure.

³⁰http://cours1bichatlariboisiere.weebly.com/uploads/8/0/7/9/807976/cours_n7_psychologie_des_motions.pdf consultée le 02/06/2011

3.2.5. Les théories cognitivistes

Les cognitivistes axent leur théorie sur le fait que l'Homme est capable de penser. Si sa pensée l'émeut, il doit être capable de penser autrement pour régir ses émotions. Cette conception est celle qui, tout d'abord, a retenu le plus notre attention. Celle-ci fait la part belle à l'Homme : être de pensée, de raison. En effet « être raisonnable » n'est-ce pas savoir gérer l'immédiateté de ses émotions ?

3.2.6. Les théories psychologiques

Parmi les nombreuses théories traitant d'un abord psychologique de l'émotion, nous pouvons relever différentes classifications : selon les modifications corporelles qu'elles entraînent, suivant que la primauté soit donnée à l'impact sur le cerveau ou à la manifestation physiologique, selon le contexte environnemental et son effet sur l'émotion, suivant une distinction entre émotions de base et émotions secondaires,... Au vue de cette multitude d'interprétations, nous retiendrons principalement que les auteurs s'accordent sur le rôle central de l'émotion dans toute analyse comportementale.

3.2.7. Les théories sur l'approche dimensionnelle de l'émotion

Lang³¹ (1993) nous parle de l'approche des émotions à travers leur implication dans de nombreuses réponses et à travers leur grande variabilité. Il estime que les émotions ont une composition psychologique chargée et distingue trois canaux d'expression : le volet comportemental, le langage émotionnel et les réactions physiologiques.

3.2.8. Les théories du constructivisme social

Complétant les idées cognitivistes, les culturalistes ou socioconstructivistes placent l'émotion dans son contexte. Ceux-ci conseillent d'être attentifs à la règle sociale avant d'exprimer ou de tenter d'interpréter une émotion. Ils introduisent

³¹ <http://www.grappa.univ-lille3.fr/~torre/Recherche/Encadrement/Riviere2003/> page consultée le 04/07/2011

selon nous le concept que l'Homme n'est rien sans son passé, sa construction familiale et son terrain de vie.

Cette conception de l'émotion ne se limite pas à une vision intrapsychique mais elle conçoit l'émotion en tant que produit de constructions sociales. L'émotion dépend pour l'essentiel du contexte social dans lequel elle naît. L'évaluation émotionnelle du stimulus répond à des jugements personnels sur ce qui est plaisant ou non. L'émotion est donc considérée comme une expérience de passivité puisqu'elle est subie par une personne comme une passion et non faite volontairement comme une action.

3.3. LES TYPES D'EMOTIONS

3.3.1. Classification néo-darwinienne

Les émotions de base sont la tristesse, la colère, la peur, la joie et le dégoût. Ces émotions sont considérées comme le fondement des autres émotions. Les autres émotions se développent tout au long de la vie par interaction avec l'environnement.

3.3.2. Classification neurologique

Damasio³² distingue deux types d'émotion : les émotions primaires et les émotions secondaires.

Les émotions primaires sont innées, préprogrammées et ont un caractère d'irrépressibilité.

Lorsque des relations s'établissent entre les émotions primaires et les situations sociales, nous parlons alors d'émotions secondaires.

Dans un type comme dans l'autre, l'émotion peut surgir sans que la personne ne soit capable d'établir la relation avec l'évènement déclenchant. De plus, la prise de conscience de cette émotion et donc de l'émergence d'un sentiment est médiatisée par le corps.

³² INRS, Hygiène et sécurité du travail, Cahiers de notes documentaires, 1er trimestre 2005,198/35

3.3.3. Classification psychologique

Nous pouvons répertorier quatre types³³ d'émotion ou expérience émotives. En premier lieu, les émotions simples peuvent relever d'indicateurs de satisfaction (émotions positives) ou d'insatisfaction (émotions négatives), être en rapport avec le besoin lui-même, être en rapport avec le responsable ou l'obstacle ou être déclenchée par anticipation. Deuxièmement, les émotions mixtes (le trac) sont composées d'émotions simples (la peur) et de subterfuges (interprétation populaire). En troisième lieu, les émotions repoussées sont celles que nous cherchons à étouffer et à occulter et qui, détournées, peuvent provoquer d'importants malaises corporels. La quatrième expérience émotive décrite dite pseudo-émotion est en fait la description de certains états d'âmes traduit par un langage imagé et ne reflétant pas une réelle émotion.

Elles sont liées à des comportements adaptatifs. La tristesse serait liée à la réintégration, la colère à la destruction, la joie à la reproduction, le dégoût au rejet et la peur à la protection.

3.4. L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE

L'émergence du terme intelligence émotionnelle suscite de plus en plus d'intérêt et allie à l'émotion une notion bien définie comme l'intelligence. Nous décrivons donc le concept de l'intelligence émotionnelle dans le cadre de notre recherche sur l'émotion.

³³ <http://www.redpsy.com/guide/> consulté le 29/03/2010

3.4.1. Définition

Trois auteurs sont les précurseurs du concept d'intelligence émotionnelle. Dans les années 1920, Thorndike a développé la notion d'intelligence sociale. L'intelligence sociale est alors définie comme une « habilité à identifier ses propres états internes, motivations et comportements (ainsi que ceux des autres) et à interagir avec autrui de manière optimale sur base de ces informations ». Celui-ci défend l'idée d'intégrer cette forme intelligence sociale au quotient intellectuel. Dans les années 1940, Wechsler affirme que « l'intelligence cognitive n'explique pas toute la variance dans l'adaptation de l'être humain à son environnement ». Le quotient intellectuel ne peut expliquer à lui seul la réussite. Le concept d'intelligence émotionnelle est ainsi associé au champ des cognitions et affects. Finalement entre 1983 et 1993, Gardner propose l'existence de deux formes d'intelligence dites personnelles : l'intelligence intra personnelle et l'intelligence interpersonnelle. Il développe ainsi le concept des intelligences multiples. L'intelligence intra personnelle est « la connaissance introspective de soi pour comprendre et orienter son comportement » tandis que l'intelligence interpersonnelle est « une capacité à repérer ce qui distingue les individus et permet de déceler les projets et désirs de l'autre ». Ainsi, l'intelligence émotionnelle est un ensemble de compétences supplémentaires entourant des concepts traditionnels tels que les connaissances spécifiques à chaque membre de l'équipe, le quotient intellectuel et les qualités professionnelles.

Quand à Mayer et Salovey, ils développent une théorisation de l'intelligence émotionnelle. Par la suite vers 1995, deux grandes conceptions de l'intelligence émotionnelle en donnent des définitions différentes, l'une parle de traits, l'autre d'aptitudes. Dans le domaine du trait de personnalité, nous citerons la définition de D. Goleman dont la découverte des écrits a sous-tendu ce propos : « *l'intelligence émotionnelle est la capacité de percevoir ses propres émotions et de les contrôler, de détecter les émotions d'autrui...la faculté de s'automotiver et d'entretenir des relations harmonieuses et fructueuses avec les autres ...* ».

Actuellement, un consensus s'est formé entre les auteurs pour définir l'intelligence émotionnelle comme suit : « *l'intelligence émotionnelle est une compétence nécessaire pour une adaptation réussie à des événements émotionnels* »

(Matthews, Zeidner et Roberts, 2002). Ce terme d'adaptation est, pour nous, déterminant car comme cadre nous avons sans cesse des décisions plus ou moins importantes à prendre. Cette adaptation est le résultat d'un jugement de notre part que nous pouvons séquencer en trois temps : le traitement de l'information, la communication et la préparation à l'action. Cette simultanéité d'action à laquelle nous sommes quotidiennement confrontés influe sur notre équilibre intérieur. Plus récemment, les chercheurs parlent également de la relation du concept avec les aptitudes cognitives et l'apprentissage. Nous ne pouvons nier l'influence de nos émotions sur nos capacités cognitives. Par exemple, la peur induite par l'arrivée d'un supérieur peut faire oublier temporairement le nom d'un soin, d'une procédure et nous donner une image d'incompétence. Les auteurs s'accordent également sur le fait que « *l'intelligence émotionnelle fournit un cadre scientifique à l'idée, communément admise, que les individus diffèrent dans la manière dont ils prêtent attention, traitent et utilisent l'information affective de nature intra personnelle (ex. management de ses propres émotions) et interpersonnelle (ex. management des émotions d'autrui)* » (Petrides & Furnham, 2003).

Le terme « intelligence émotionnelle » est un oxymoron³⁴. En effet, historiquement, l'intelligence est associée au principe de raison, de primauté; par opposition aux émotions qui relèvent du principe d'irrationalité, de sentiment, de passion et donc de processus de considération plus basse. Popularisée par les écrits de Goleman, ce concept est depuis décrit comme aussi important que le quotient intellectuel en matière de réussite professionnelle. Malheureusement, cette vulgarisation intensive a donné lieu au développement d'une littérature parallèle très éloignée des notions scientifiques. Toute cette dérive a donné lieu à de nombreuses controverses et c'est ainsi que la communauté scientifique dans sa grande majorité a opté pour le vocable « compétences émotionnelles » au lieu de celui d' « intelligence émotionnelle ».

³⁴ Synonyme d'oxymore : rapprochement de deux mots qui semblent contradictoires
Le Petit Larousse Illustré 2008 Paris, Editions Larousse, 2007, p.727

Dans de nombreux écrits, nous avons trouvé les mots « acquérir des compétences émotionnelles ». Il en résulte un apprentissage menant à développer des aptitudes personnelles et sociales afin d'être plus performant dans un contexte professionnel. En effet, la compétence émotionnelle, selon Goleman³⁵ est « *une capacité apprise fondée sur l'intelligence émotionnelle qui entraîne une performance remarquable au travail* ».

<u>SOI</u>	<u>AUTRUI</u>
Compétence personnelle	Compétence sociale
Conscience de soi	Conscience sociale
Reconnaissance :	Reconnaissance :
Prise de conscience de ses émotions, autoévaluation pertinente, confiance en soi,...	Empathie, conscience organisationnelle, influence,...
Régulation :	Régulation :
Adaptabilité, initiative, réalisation	Gestion des conflits, leadership, catalyseur, travail d'équipe

La régulation émotionnelle est la propension qu'à un individu à moduler et gérer son état émotionnel et lui permet d'avoir une réponse émotionnelle appropriée à la

³⁵http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=TRAV&ID_NUMPUBLIE=TRAV_009&ID_ARTICLE=TRAV_009_0113 consultée le 29/10/2010

situation. Selon Mayer, elle permet à l'individu d'atteindre son but moyennant motivation et discipline. L'impossibilité de gérer ses émotions a des effets considérables sur la capacité de l'individu à produire et apprendre ainsi qu'à établir des relations humaines saines.

3.4.2. Modèles

- **Modèle de Mayer-Salovey**³⁶

Ce sont ces deux chercheurs américains, Peter Salovey et John Mayer qui ont énuméré les habiletés de l'intelligence émotionnelle. Ils en ont dénombrés cinq : la conscience de soi ou reconnaître ses propres émotions et les analyser, le contrôle de soi ou la maîtrise de ses émotions, la motivation ou mettre ses émotions au service d'un but, l'empathie ou reconnaître les émotions des autres et les partager et le leadership ou agir sur les émotions des autres.

Ce modèle relève d'une approche de l'intelligence émotionnelle en termes d'aptitudes et dont l'évaluation doit se faire comme pour le quotient intellectuel via un test de performance.

- **Modèle de Bar-On**³⁷

Ce théoricien danois est plus orienté vers le processus que vers le résultat et considère l'intelligence émotionnelle comme un trait de personnalité et non comme une aptitude. Dans ce but, il a articulé son modèle de l'intelligence émotionnelle à travers cinq méta-facteurs qui sont : le bien-être ou être conscient de soi, les compétences émotionnelles ou se comprendre et s'exprimer, les compétences sociales ou être conscient des autres, les comprendre et entretenir des rapports avec eux, la maîtrise de soi ou faire face à des émotions fortes et les compétences sociales ou s'adapter au changement et régler des problèmes de nature sociale ou professionnelle.

³⁶http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/risp_emotion_08/e_stumpf.pdf consulté le 03/04/2010

³⁷ <http://www.reuvenbaron.org/bar-on-model/> consulté le 03/04/2010

Reuven Bar-On a travaillé sur la notion de quotient émotionnel et son évaluation via un questionnaire. Il a ainsi défini les composantes de l'intelligence émotionnelle selon trois échelles : l'échelle intra personnelle, l'échelle interpersonnelle et celle d'adaptabilité. L'échelle intra personnelle regroupe la considération pour soi, la conscience des émotions et l'affirmation de soi. L'échelle interpersonnelle cible l'empathie, la responsabilité sociale et les relations entre les personnes. L'épreuve de la réalité, la flexibilité et la résolution de problèmes sont reprises sous le vocable adaptabilité.

La conception de Bar-On se veut scientifique de part la conception d'un test qui évalue le quotient émotionnel global d'une personne selon cinq critères. Ces critères sont le quotient intra personnel, le quotient interpersonnel, la gestion du stress, le quotient émotionnel d'adaptation et le quotient d'humeur positive générale.

- **Modèle de Goleman**³⁸

Ce psychologue et chercheur a adapté le modèle de Mayer et Salovey et son modèle comprend cinq compétences émotionnelles et sociales : la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les aptitudes humaines. Tout comme R. Bar-On, sa description de l'intelligence parle de trait de personnalité.

Les défenseurs de la théorie du « trait » considèrent l'intelligence émotionnelle non pas comme une forme d'intelligence parmi d'autres mais comme un ensemble de traits de personnalité.

Goleman estime que les aptitudes émotionnelles peuvent faire partie d'un apprentissage.

Si dans un premier temps, D. Goleman a axé ses recherches sur le fait d' « *accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle* », dans un second temps il les a approfondi et orienté vers le fait d' « *accepter ses émotions pour s'épanouir dans son travail* ».

³⁸ Goleman D., *L'intelligence émotionnelle : tome 2*, Paris, Editions J'ai lu, collection Bien Etre, 1997, p368/369

J. Mayer - P. Salovey	R. Bar-On	D. Goleman
CONSCIENCE DE SOI	BIEN ETRE	CONSCIENCE DE SOI
CONTROLE DE SOI	MAITRISE DE SOI	MAITRISE DE SOI
MOTIVATION	COMPETENCES SOCIALES	MOTIVATION
EMPATHIE	COMPETENCES EMOTIONNELLES	EMPATHIE
LEADERSHIP	COMPETENCES SOCIALES	APTITUDES HUMAINES

Comme le tableau ci-dessus le montre, la distinction entre les deux théories de l'intelligence émotionnelle n'est pas exclusive puisque plusieurs facettes communes sont présentes.

D'après Petrides et Furnham³⁹ (2003), la différence fondamentale entre l'intelligence émotionnelle-trait et l'intelligence émotionnelle-habilité se situe davantage au niveau de leur moyen d'évaluation que des dimensions qu'elles comprennent. Ainsi, l'intelligence émotionnelle-habilité requière des tests de performance qui mesurent ce que l'individu sait faire tandis que l'intelligence émotionnelle-trait utilise des questionnaires qui mesurent ce que le sujet fait.

³⁹ http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/moira/images/pdf/Actes_EI_stress.pdf page consultée le 05/06/2011

3.4.3. Le cadre de santé et l'intelligence émotionnelle

Les défenseurs du concept d'intelligence émotionnelle au travail considèrent que la tâche⁴⁰ première de tout cadre est de susciter des émotions positives auprès de leur équipe et donc d'éveiller une sorte de « résonance » auprès de leur personnel. Cette « résonance » serait ainsi un vecteur important pour l'ambiance de travail.

L'apprentissage de l'intelligence émotionnelle par le cadre associé à son style de leadership permettrait de créer une réelle culture de service et de mener à bien les objectifs du cadre pour son service. Nous pensons toutefois qu'il ne faut pas nous limiter à l'intelligence émotionnelle comme seul moyen pour gérer une équipe. En effet, vouloir un engagement unique de l'infirmière pour le projet de son cadre est utopiste et inadéquat. Il convient de tenir compte de la sphère privée de l'infirmière et des ses engagements personnels et professionnels comme autant de raisons qui influent sur l'efficacité et la qualité du travail de celle-ci. Le concept de l'intelligence émotionnelle par ses composantes très humanistes ne peuvent que nous avoir séduit, nous qui espérons être cadre dans le secteur de la santé, de l'Humain. Mais il nous faut tempérer cela et le voir comme une compétence en plus à développer et non comme la compétence unique sous peine de perdre notre objectivité de cadre face aux réalités économiques actuelles. Nous aurons toujours dans nos équipes des membres peu intéressés par l'aspect formatif et enclins à considérer l'activité du service comme un « job alimentaire ». Le cadre doit juste en rester conscient.

3.5. CONCLUSION

L'émotion est présente dans toute activité humaine et occupe à ce titre une place déterminante dans les notions de santé et bien-être au travail. Tout cadre de santé doit ainsi en être conscient avant de mettre en place d'éventuelles mesures de

⁴⁰ <http://www.scribd.com/doc/46933052/17-38> page consultée le 04/08/2010

prévention des risques d'accidents et maladies professionnelles au sein de l'unité dont il a la charge. Le contexte émotionnel est présent à tous les stades⁴¹ du risque encouru par l'employé.

En amont, nous établirons le lien entre une dégradation du bien-être au travail et une éventuelle réaction émotionnelle intense, prolongée ou répétée qui l'a précédé. Nous connaissons ainsi des infirmières qui se sont effondrées en larmes devant un médecin ou une famille et viennent pendant plusieurs jours travailler avec une mauvaise mine faute d'avoir pu verbaliser les choses.

Au centre, nous cernerons les rapports entre bien-être et performance. Qui ne connaît pas un cas de changement d'équipe ou de poste où la personne mutée se révèle enfin capable de développer toutes ses compétences ?

En aval, nous apprendrons à répertorier certains signes entre l'état général de l'employé et des troubles manifestes plus localisés. Comme il est curieux de constater une accrudescence des accidents de travail chez certains employés déjà particulièrement fragilisés sur le plan psychologique. Telle l'infirmière préoccupée par ses problèmes personnels et qui se pique avec une aiguille souillée après avoir banalisé les procédures.

Le cadre de santé, qui prend en compte les émotions au travail, doit rester maître du jeu qu'il déploie. Il doit garder pour objectif d'influencer son équipe vers l'objectif attendu mais doit éthiquement⁴² différencier le fait de faire preuve d'influence de celui de manipuler. Influencer une équipe sous-entend d'agir afin d'atteindre son objectif de cadre et celui de l'équipe. Si le cadre agit au détriment de l'autre ou de l'intérêt de l'équipe, il manipule et perd toute crédibilité.

⁴¹ I.N.R.S. Hygiène et sécurité au travail, Cahiers de notes documentaires, 1^{er} trimestre 2005, 198/40, p. 38

⁴² Carillo C., *Etre un soignant heureux : le défi*, Issy-les-Moulineaux, Edition Elsevier-Masson, 2010, p.45

De plus, si le cadre tient tellement compte des émotions au point de jouer le thérapeute de son équipe, il perd toute crédibilité en tant que manager d'équipe. L'aperçu de son travail par l'équipe peut alors nuire à celle-ci qui n'a plus de « chef » mais un « confident ». Si l'organisation aimerait neutraliser les émotions et si le soignant souhaiterait parfois les exprimer de façon trop excessive, le cadre, lui, doit apprendre à les évaluer, les gérer et les modeler sans oublier sa mission de cadre. En effet, le cadre ne doit pas oublier que le patient aussi peut ressentir les émotions négatives du soignant et que la qualité du séjour hospitalier du patient peut en être amoindrie.

4. L'ERGONOMIE

4.1. HISTORIQUE

En 1975, la politique de prévention au travail parlait seulement « *d'adaptation du travail à l'homme* » mais n'employait pas encore le terme ergonomie. De plus, à l'époque, la prévention se centralisait essentiellement sur des mesures matérielles d'adaptation des équipements contrairement aux mesures de nature organisationnelle ou psychologique. Aujourd'hui encore les statistiques⁴³ relèvent généralement d'un relevé des accidents et maladies professionnelles.

Cependant, depuis la loi sur le bien-être au travail de 1996, nous avons des politiques de prévention sur une approche systémique accordant autant d'importance à la technique qu'à l'organisation du travail, aux conditions de travail, aux relations sociales et aux facteurs environnementaux. Ainsi, si il faut continuer à prendre en compte les risques professionnels que sont les accidents et les maladies, nous ne pouvons qu'intensifier notre intérêt pour les dommages actuellement peu ou pas répertoriés et non indemnisés. Ces dommages sous-estimés, que sont les surcharges physiques et psychiques des travailleurs, entraînent des absences de longue durée et sont surtout présents dans les professions féminines tout autant contraignantes au niveau physique qu'au niveau mental et émotionnel. A ce titre, la profession d'infirmière est sujette à ces dommages.

L'ergonomie au terme de la loi sur le bien-être est un des aspects du bien-être au travail tout comme les charges psychosociales. Ces aspects sont dès lors primordiaux dans l'analyse des risques sur laquelle repose la prévention. Tout comme la sociologie du travail et la psychologie, l'ergonomie propose de mieux appréhender les risques de surcharge physique et psychique.

⁴³ INRS Hygiène et sécurité au travail – Cahiers de notes documentaires – 1^{er} trimestre 2005 – 198/40 p.38

4.2. DEFINITION

L'Association internationale d'ergonomie⁴⁴ définit à la fois l'ergonomie comme une discipline scientifique et comme une profession.

L'ergonomie en tant que discipline scientifique se définit comme « *l'étude des interactions entre l'homme et les autres éléments d'un système* ».

L'ergonomie en tant que profession « *utilise des principes théoriques, des données et des méthodes pour adapter des situations de travail afin d'optimiser le bien-être des individus et la performance des systèmes* ».

L'ergonomie a donc pour objet l'amélioration des situations de travail et pour cela elle emploie toutes les sciences susceptibles de contribuer à donner un éclairage scientifique sur l'Homme au travail.

4.3. CARACTERISTIQUES ET BUT DE L'ERGONOMIE

Trois caractéristiques importantes sont à prendre en compte dans l'approche ergonomique du travail. La première à laquelle nous donnerons la primauté est l'attention portée à l'utilisateur. La deuxième caractéristique est le grand nombre de facteurs pris en considération : facteurs physiques, cognitifs, sociaux, organisationnels, environnementaux, etc. La troisième est l'attention mise sur les interactions entre ces multiples facteurs. Etymologiquement, le mot ergonomie vient du grec « *ergon* » ou le travail et « *nomos* » ou la loi, l'environnement. L'ergonomie a ainsi pour but de contribuer à résoudre les problèmes qui apparaissent lorsque le travail n'est pas adapté aux possibilités et aux limites de l'Homme. Ces limites représentent les caractéristiques anatomo-physiologiques et psychosociales des êtres humains. Les aspects concernant le travail sont les tâches et les efforts à fournir mentalement et/ou physiquement avec les moyens disponibles, l'environnement du travail et l'organisation établie sur le lieu de travail. Une approche pluridisciplinaire est reconnue nécessaire pour recueillir les différentes connaissances sur l'Homme et son travail et élaborer des solutions.

⁴⁴ <http://ww1.cnam.fr/ergonomie/ergonomie/index.html> consultée le 04/07/2011

4.4. DOMAINES

Même si l'ergonomie peut être appliquée à toutes les formes d'activités, nous distinguons trois domaines⁴⁵ :

- **L'ergonomie physique** qui a pour objet de recherche et d'intervention les caractéristiques anatomophysiologiques, anthropométriques et biométriques de l'individu dans sa relation avec l'activité physique.
- **L'ergonomie cognitive** qui a pour principal intérêt les processus mentaux comme la perception, la mémoire, le raisonnement et les réponses motivées dans leurs effets sur l'interaction entre les travailleurs et les autres composants du travail.
- **L'ergonomie organisationnelle** qui s'intéresse à la situation organisationnelle, aux règles, aux procédures.

4.5. STRATEGIES D'ACTION

Les stratégies⁴⁶ d'action de l'ergonome peuvent être de trois types :

- Tout d'abord **l'ergonomie de conception** lorsque dès le départ nous appliquons des principes ergonomiques à l'activité.
- **L'ergonomie correctrice** qui, elle, adapte ou pallie aux défauts de l'activité existante.
- Enfin, **l'ergonomie participative ou d'aménagement** qui associe toutes les personnes concernées par le changement afin qu'elles soient directement concernées par la prise de décision et cela de la direction à l'équipe qui emploie l'instrument ou met en place le projet.

⁴⁵ <http://ww1.cnam.fr/ergonomie/ergonomie/index.html> page consultée le 04/07/2011

⁴⁶ Direction générale Humanisation du travail, *Méthodes et instruments pour une analyse ergonomique et psychosociale*, Bruxelles, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2005, p.23

4.6. APPORT DE L'ERGONOMIE AUX MISSIONS DU CADRE DE SANTE

Durant nos trois années de cursus de cadre de santé, nous avons pu participer à une étude ergonomique sur les horaires dans notre institution. Nous avons ainsi pu faire la connaissance avec une ergonome et nous faire un bref aperçu du rôle de cette profession dans un hôpital.

L'adaptation aux nouvelles technologies ainsi que leur maîtrise est une activité régulière pour l'infirmière. Cela lui demande un effort considérable et une remise en question perpétuelle de ses pratiques. Toutes ces modifications peuvent devenir source de conflits entre collègues, de stress voire de souffrance. L'ergonomie peut apporter une réponse différente à ces obstacles journaliers à l'équipe soignante et ce en toute collaboration entre l'équipe et son infirmière-en-chef. Traditionnellement, l'entreprise hospitalière parle de résistance au changement ou de nécessité de formation et de communication pour faire face aux conflits émergents. Mais, l'ergonomie, a une autre vision des choses. Pour celle-ci, il existe un écart irrépressible entre le travail prescrit et le travail réel. Autrement dit, il y a une réelle différence entre le travail que l'infirmière-en-chef attend de son équipe et celui qu'elle peut observer car il s'agit d'une activité humaine. Des trois domaines de l'ergonomie, nous nous sommes particulièrement intéressés à l'ergonomie organisationnelle. Celle-ci s'intéresse au travail coopératif et collectif que nous retrouvons au sein d'une équipe hospitalière.

Les diverses missions du cadre de santé peuvent se répartir en trois catégories : l'information, le contact avec les personnes et l'action. Nous pouvons y voir un corollaire avec la démarche ergonomique : récolte d'informations sur le terrain, analyse et reprise de contact avec les principaux acteurs et plan d'action. Dans un premier temps, l'ergonomie organisationnelle aborde l'équipe sous l'angle de son aptitude à réguler les situations de crise, à gérer les dégradations et à prendre des décisions adéquates. Elle observe la capacité de l'équipe à s'améliorer après analyse d'un dysfonctionnement et ce sur le court et le long terme. L'analyse est donc globale, intégrative, participative et pluridisciplinaire. Le réel travail ergonomique n'est pas la réédition de solutions transposables mettant à faciliter l'émergence de nouvelles connaissances. Dans un deuxième temps, l'analyse de

l'activité en situation réelle permet d'expliquer ou de prévoir les difficultés d'adaptation, les erreurs, les incidents et accidents. Dans un troisième temps, l'ergonome vise une compréhension globale du travail et agit positivement sur la technique, sur l'environnement immédiat, sur l'organisation et sur l'Homme au travail. Pour cela, elle a pour objectifs principaux d'action : le consensus, l'absence de conflits sociaux, l'augmentation de la qualité, la conservation des expériences et l'introduction d'une souplesse dans l'activité.

4.7. CONCLUSION

Une démarche ergonomique peut être vue comme un facilitateur de changement et une forme de prise en charge du stress au travail. L'ergonomie préserve tant la santé physique que psychologique et porte sur les éléments qui constituent les relations de travail. Au sein de l'équipe soignante ou vis-à-vis de leur infirmière-en-chef, la communication est une part non négligeable de la réussite du travail. La possibilité de s'exprimer peut favoriser celui-ci ou au contraire l'entraver. C'est là que nous retrouvons les risques psychosociaux décrits précédemment et leurs conséquences.

Nous préciserons pour faire le lien entre le chapitre sur les émotions et celui sur le changement que l'ergonomie a ici toute sa place. De fait, à travers son analyse des comportements individuels et collectifs en situation d'activité, l'ergonomie prend en compte l'être humain au travail dans son versant contrôlé tout comme dans son versant non contrôlé (de l'ordre de l'émotion) et accompagne ainsi le changement au sein de l'organisation hospitalière.

Comme nous avons pu découvrir l'action bénéfique du recours à l'ergonomie au sein d'un service hospitalier dans le cadre de ce travail, nous avons souhaité l'intégrer dans cet écrit en tant qu'outil supplémentaire permettant au cadre de gérer son unité. Nous entendons régulièrement parler de l'ergonomie sous son seul volet d'amélioration du mobilier de travail. Or, nous avons pu constater que celle-ci intègre tous les aspects du travail sur l'infirmier non seulement l'aspect technique mais aussi l'aspect relationnel. Il nous semble en effet bien plus facile en tant que cadre de changer le mobilier de la salle de repos plutôt que de maintenir une ambiance sereine et au service du patient au sein du service

hospitalier. C'est, entre autres, pour relever ce défi que nous pouvons requérir l'aide d'un ergonome.

5. LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

5.1. ETRE EN MOUVEMENT

Si l'origine du mot émotion vient du verbe « émouvoir⁴⁷ » synonyme de mettre en mouvement, la réponse à l'émotion est à l'origine de la production d'un glissement, d'une création donc d'un changement. Or, le terme changement se définit comme « *une action ..., l'ensemble des mécanismes permettant la transformation ...* » Quand à l'organisation hospitalière et son entité : l'équipe, ils se doivent d'être un lieu de créativité dans un contexte de changement. En effet, que le changement⁴⁸ soit institutionnel, départemental ou réduit à l'échelle d'un plateau technique ou d'une unité, il existe toujours sous une forme quelconque. Une équipe n'a de raison d'être qu'en mouvement c'est-à-dire si elle se remet en question. Le rôle du cadre est de réguler ces flux inconstants pour qu'ils soient générateurs de projets de qualité et que ces acteurs ne tombent pas dans la léthargie ou l'incohérence. Le cadre est le garant du changement et de l'ordre mais aussi au besoin de son propre changement. Néanmoins pour être attentif à tout changement et garder sa vision macroscopique de l'équipe, le cadre peut mettre en œuvre une démarche de changement dont un des pré-requis peut être une résolution de problèmes. Pour le cadre, le changement peut prendre différentes formes : être décidé par le cadre, lui être imposé ou s'imposer à lui,... De cela dépend bien souvent la façon dont il le communique dès lors à son équipe. Toute implication émotionnelle non maîtrisée du cadre dans ce changement peut dès lors avoir un impact non négligeable sur la dynamique propre de l'équipe et sa capacité créative. C'est pour ce rôle d'informateur que le cadre est amené à mobiliser ses capacités émotionnelles et relationnelles. L'essentiel du travail de manager du cadre est de maintenir la cohésion de

⁴⁷ E-motere : « motere » signifie « bouger » précédé du suffixe « e » qui veut dire « de » ; suggérant une action, un mouvement

⁴⁸ Hubinon M., *Management des unités de soins de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Collection Savoir et Santé, Editions De Boeck Université, Paris, 1998.p.212 et 213

l'équipe par une communication⁴⁹ constante avec celle-ci. Afin de favoriser cette communication, le cadre doit se permettre d'être critique et d'être controversé par ses collaborateurs. Les théoriciens de l'intelligence émotionnelle basent leurs propos sur le fait que de nombreuses erreurs peuvent être évitées si le manager peut entendre le feed-back de son équipe et donc si celle-ci est capable de les exprimer devant lui dans un climat d'ouverture. La pratique réflexive⁵⁰ est ainsi une des tâches importantes des cadres. Cependant, appréhendée voire contournée par certains, elle peut alors se révéler destructrice pour le climat de travail. En effet, s'il faut souvent détruire pour mieux reconstruire, il faut cependant bâtir sur des fondations saines telles la maîtrise du dialogue professionnel, de son but, de sa forme. Le ressenti de la remarque dépend de sa formulation. C'est de sa perception par les différents membres de l'équipe que dépend entre autres la satisfaction⁵¹ au travail de chacun et la faculté d'aborder positivement le changement.

5.2. LE CHANGEMENT

5.2.1. Définition

Le terme « changement » introduit des notions comme l'échange et l'interaction. Il est aussi indissociable⁵² de la polarité établie entre la structure et la durée.

⁴⁹http://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html consultée le 07/04/2010

⁵⁰ Perrenoud Ph., *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*, Paris, Editions ESF, collection Pédagogies Outils, 2008, p.185

⁵¹ Carillo C., *Etre un soignant heureux : le défi*, Issy-les-Moulineaux, Edition Elsevier-Masson, 2010, p.125

⁵² Lainey P., *Le leadership organisationnel : de la théorie à la pratique*, Montréal, Edition Chenelière Education, 2008, p.235

Il existe différentes approches du changement qui abordent des champs particuliers comme la dynamique du changement, l'approche systémique, le changement planifié, le développement personnel, le développement social,...

Dans un premier temps, le psychologue Kurt Lewin définit la dynamique du changement selon un processus en trois phases : la dé cristallisation, le déplacement et la cristallisation. La dé cristallisation correspond à la période où un système commence à remettre en question, de manière volontaire ou inconsciente, ses perceptions, ses habitudes ou ses comportements. Par système, nous pouvons entendre aussi bien une personne, une équipe ou une entreprise.

Le déplacement ou période de transition représente un temps instable marqué par des attitudes et des comportements contradictoires. C'est le moment où l'individu s'initie à de nouveaux fonctionnements et expérimente de nouvelles méthodes.

La recristallisation est la période pendant laquelle l'individu intègre, plus ou moins spontanément, de nouvelles façons de faire les choses jusqu'à ce qu'elles fassent partie de son quotidien, de ses habitudes.

Dans un deuxième temps, l'approche systémique du changement a conduit à définir le changement comme une description détaillée de la situation de départ dont les motivations, les ressources, les alliances et les résistances. Puis, elle identifie les facteurs permettant de former le projet d'agir et ensuite le processus systémique se termine par une évaluation du système changé.

Dans un troisième temps, nous avons découvert le concept de changement planifié, c'est-à-dire intentionnel et défini comme la résultante d'un plan ou d'une résolution de problèmes. Nous parlons alors de stratégies et de planifications.

Dans un quatrième temps, un champ du changement est celui du développement. Ce développement ou cette croissance serait fait de passages progressifs par étapes. Le changement n'est donc plus considéré comme une rupture mais comme une continuité, un état inachevé qui s'actualise pouvant impliquer des crises maturantes, des conflits.

Dans un cinquième temps, le changement social a été développé et nous y retrouvons les notions de pouvoir et de manipulation

Finalement, nous pouvons résumer le changement⁵³ comme le passage d'un état à un autre qui est observé dans l'environnement et qui a un caractère relativement durable.

5.2.2. Différentes typologies du changement

Avec la motivation⁵⁴ du personnel, la satisfaction au travail est une condition importante pour impulser des comportements inducteurs de changement⁵⁵. Le cadre met en place un processus d'échanges entre lui et ses collaborateurs afin de les encourager à un processus de formation continue et ainsi à améliorer leurs performances. Afin de conduire⁵⁶ un changement, le cadre doit avoir la possibilité de développer sa communication, se créer ses outils, se former, se faire accompagner et partager son vécu avec d'autres cadres plus ou moins expérimentés. Il existe plusieurs typologies du changement décrites par de nombreux auteurs selon son domaine du changement, selon ses caractéristiques, selon le comportement adopté, sa conception, sa périodicité, sa nature, selon les initiatives stratégiques, ...

⁵³ Colletterte P., Deslile G. et Perro R., *Le changement organisationnel : théories et pratique*, Presse de l'Université de Québec, Québec, 1997, p.20

⁵⁴ Rojot J., Roussel P., Vandenberghe C., *Comportement organisationnel-volume 3: théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel*, collection Méthodes et Recherches, Paris, Editions De Boeck, 2009, p.167

⁵⁵ Do Espirito F., « fiche de lecture : La communication de changement », in <http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiches.php?Alph> page consultée le 08/03/10

⁵⁶ Vantomme P., cours de *Démarche de Résolution de Problèmes*, cours appartenant à l'U.F.4.

- Le domaine du changement

Le changement peut concerner de multiples matières puisqu'il peut être économique, juridique, social, politique, culturel, comportemental, organisationnel, stratégique,... Nous en donnerons quelques exemples.

Si le changement est stratégique, nous pouvons considérer qu'il assure là des modifications fondamentales en touchant à la fois le contenu du travail et le processus de travail. C'est une modification qui s'avère durable et peut être vécue comme une rupture jusqu'au plus haut niveau hiérarchique.

Si le changement est structurel, il doit amener une plus grande flexibilité de l'organisation.

Si le changement est culturel, nous retiendrons que la culture d'une organisation est ce qui la caractérise et ce qui fait qu'elle soit appréciée ou non par ses salariés. Un changement culturel s'accompagne donc d'une modification des valeurs et habitudes de l'organisation.

Si le changement est technologique, nous y retrouverons une série de formation à programmer telle l'informatisation des unités de soins.

Si le changement est organisationnel, nous devons tenir compte de la complexité de l'organisation, de son stade de développement, de sa culture organisationnelle et de la capacité de l'organisation à modifier son environnement.

- Les caractéristiques du changement

Si nous nous basons sur ses caractéristiques pour expliquer le changement, nous devons tenir compte du fait que le changement peut être de plusieurs caractéristiques et formes. Ses caractéristiques sont l'étendue, la profondeur et le rythme du changement. Si le changement est étendu, il peut revêtir une forme globale et concerné tout l'hôpital ou une forme partielle et être limité à un secteur d'activité ou à un service particulier. Quand nous parlons de la profondeur du changement, celui-ci peut être majeur ou marginal. Une modification majeure marque une rupture entre deux fonctionnements. Par exemple, la révision complète au niveau d'un hôpital du système de réalisation des pauses et récupérations. Dans le cas d'un changement dit marginal, nous verrons cette

modification comme une recherche particulière d'amélioration d'un fonctionnement déjà présent. Nous penserons ainsi à une amélioration dans la délivrance de repas chauds pour le personnel de nuit par un traiteur. Lorsque nous axons sur le rythme du changement, nous pouvons le décrire comme lent et graduel ou comme rapide voire révolutionnaire. Il va de soi que le temps d'adaptation est alors totalement différent et générateur d'émotion chez les membres du personnel attachés à l'ancien mode de fonctionnement.

- Le comportement adopté face au changement

Selon Mintzberg⁵⁷, nous constatons trois formes de changement en fonction du comportement propre à chaque personne selon les valeurs et les caractéristiques qui l'habitent. Le changement se décrit ainsi soit dirigé, soit spontané, soit planifié. Un changement dirigé induit une seule personne à sa tête ayant suffisamment de charisme pour conduire l'équipe vers ce changement. Un changement spontané peut survenir de façon indirecte guidé par des membres de l'équipe suite à une prise de conscience de la nécessité et sans réel contrôle de la hiérarchie. Quant au changement planifié, il suppose une intention de changer et se situe à l'opposé du changement spontané.

- La conception du changement

La conception du changement peut être déterminée ou volontaire. Lorsque le changement est dit déterminé, nous entendons par là un changement non naturel mais bien se faisant sous la pression de l'environnement extérieur à l'équipe. L'équipe est alors passive puisqu'elle doit se soumettre à ce changement avec peu ou pas d'apprentissage ou disparaître. Cependant, si le changement est volontaire, le changement ne peut avoir lieu qu'avec la participation de l'infirmière-en-chef qui permet ainsi de passer d'un état jugé défavorable par elle-même à un état favorable de partage entre l'équipe et son réseau.

⁵⁷ <http://sites.google.com/site/ubulogieclinique/mintzberg-et-le-management-de-l-hopital> page consultée le 09/08/2011

- La temporalité du changement

Si le changement se révèle brutal, il peut par exemple être dû à un regroupement de lits pour répondre à un projet spécifique lié à un subside limité dans le temps. Par opposition, le changement progressif se fait en différents phasages. Le ressenti de l'équipe peut lui aussi être modifié suivant que le personnel fasse partie ou non du nouveau projet ou suivant le temps d'adaptation entre chaque phase.

- La périodicité du changement

Nous parlons là de modification en rapport avec l'environnement. En effet, la périodicité inclut deux notions : le temporaire et le permanent.

Dans le cas d'un changement provisoire, nous parlerons d'un changement en réponse à un événement afin de solutionner une crise. Cela implique une réaction rapide sans nécessairement un apprentissage approprié pour consolider ce changement d'où cela entraîne des risques pour la pérennité du changement.

Par contre, dans le cas d'un changement permanent, les membres de l'équipe s'ajusteront progressivement aux modifications. Cette implication permet d'obtenir un changement en profondeur, source d'augmentation des compétences.

- Le contexte du changement

Le changement peut être interne à l'unité de soins comme une nouvelle distribution des tâches, un changement de répartition des weekends. Le changement peut aussi être externe c'est-à-dire demandé par l'évolution de l'entreprise hospitalière.

- La nature du changement

La nature d'un changement se perçoit comme radicale, incrémentale, graduelle ou anarchique.

Si sa perception est radicale, il s'agit alors d'un changement majeur, global et rapide par exemple suite à une crise. Si ce changement est considéré comme incrémental, le changement se fera par petites touches soit de manière décousue, soit de manière plus réfléchie suivant une logique propre à l'implémenteur du changement.

Lorsque nous voyons le changement comme graduel, nous élaborons le changement par palier en mobilisant l'équipe autour d'un projet et de ses étapes.

Le changement dit anarchique a un caractère désordonné et irrationnel en réponse à une urgence sans que l'infirmière-en-chef en ait une vision claire. Celui-ci entraîne bien souvent de la confusion dans l'équipe.

- Les initiatives stratégiques face au changement

La stratégie ayant trait à un changement peut être prescrite ou construite. Le changement prescrit est implanté par la hiérarchie et dans un moment clairement défini. Le changement constant est celui qui est implanté tout en le construisant. L'infirmière-en-chef sensibilise dès lors son équipe au changement et évalue les capacités de son équipe à être actrice de ce changement.

Tous ces changements perturbent non seulement l'organisation de l'équipe mais aussi et souvent ses membres qui se voient « remis en cause » et voient certaines certitudes s'effriter. Cela crée par conséquent de nombreuses réactions émotionnelles auxquelles le cadre doit être attentif avant de communiquer sur ce changement. Il est reconnu qu'il est plus facile de changer les choses plutôt que de communiquer sur le changement. C'est pourquoi le cadre doit se porter garant de la conduite de ce changement quel qu'en soit sa typologie. Le changement provoqué est celui qui vient d'une volonté du cadre d'amener le changement dans l'organisation de l'équipe. Le changement anticipé est celui avec lequel le cadre doit composer car celui-ci lui est imposé par la situation même de survie de son équipe (évolution logique). Le changement subi, dont la crise est l'étape majeure, est celui qui s'impose à l'équipe et est imposé au cadre : ces décisions de type institutionnelles pèsent alors sur l'équipe.

5.2.3. La conduite du changement

Les aspects émotionnels du changement s'opposent régulièrement au principe de rationalité qui domine dans l'entreprise. Toutes ces interférences de la psychologie et des aspects technico-logistiques et économique-financiers sont loin d'être évidentes. Celles-ci sont à prendre en considération par le cadre et nécessitent de sa part une vigilance constante surtout si nous considérons que l'entreprise hospitalière est d'abord un ensemble de personnes différentes réunies pour offrir/produire un éventail de services. La conduite du changement intervient ainsi pour assurer le changement et le faire accepter en anticipant les éventuelles résistances. Il existe trois niveaux de conduite de changement : le niveau organisationnel, le niveau du projet lui-même et le niveau humain. Le niveau organisationnel peut être résumé en parlant des outils à mettre en place pour la réalisation de projet et celui du projet lui-même recouvre les méthodologies de projet. Le plus complexe à nos yeux est le niveau humain. L'humain est par essence même un amas d'émotions diverses et plus ou moins prévisibles par le « conducteur⁵⁸ » de projet. En effet, il impose de prendre en compte les habitudes de l'équipe, sa culture et ses résistances au niveau de chaque membre comme au niveau de la dynamique du groupe et cela au travers de méthodes idéalement participatives. Le cadre doit avoir une vision la plus claire possible du changement au point de vue de son but, des objectifs définis, des dispositifs employés, des impacts sur la culture organisationnelle, des notions de rôles et de pouvoir. La vision du projet par le cadre se base sur un dialogue et celui-ci doit donc avoir repéré les facteurs de succès tout comme les facteurs d'échecs. De plus, le cadre doit se souvenir que le changement est facteur d'apprentissage pour son équipe et pour lui-même. En effet, corriger une situation problématique peut permettre à l'équipe de se former, de se perfectionner, de créer une vision commune, d'harmoniser leurs efforts,...

Le cadre peut appliquer différents styles de conduite de changement. Ces styles peuvent se baser sur l'autorité, l'intervention, l'information et la participation. Si son style est basé sur l'autorité, ce modèle dit vertical est peu valorisant pour

⁵⁸ En terminologie anglaise = « leader »

l'équipe et peut entraîner des crises importantes. S'il se base sur l'intervention, cela peut donner l'impression de trop d'implication et de sentimentalisme. S'il s'étale en explication, cela peut conduire à une impression de décision déjà prise et d'agressivité. Si le cadre fait preuve de participation, il peut être perçu comme lent à la décision et incertain. Ces styles sont donc à appliquer avec souplesse et discernement en fonction de l'équipe concernée.

5.3. L'ORGANISATION

L'organisation se définit⁵⁹ comme tout système de production, dans un environnement donné, regroupant deux ou plusieurs acteurs devant interagir, orienté par une mission formelle à accomplir et dont la coordination est effectuée par un ou plusieurs des acteurs à qui ont été confiés explicitement ce rôle.

En matière de changement, la culture de l'organisation et sa manière de communiquer sont primordiales. La communication organisationnelle tient compte de plusieurs dimensions : le contexte, l'équipe concernée, les objectifs et les tactiques de communication.

5.4. LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Nous définirons⁶⁰ le changement organisationnel comme toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système. Dans cette définition, nous épinglerons deux éléments. Le premier est le fait que nous nous intéressons aux formes de changement

⁵⁹Collerette P., Deslile G. et Perro R., *Le changement organisationnel : théories et pratique*, Presse de l'Université de Québec, Québec, 1997, p.20

⁶⁰ Collerette P., Deslile G. et Perro R., *Le changement organisationnel : théories et pratique*, Presse de l'Université de Québec, Québec, 1997, p.20

organisationnel perceptibles par le soignant dans son environnement de travail. Le second élément épingle est que l'intérêt pour le changement organisationnel est relié au jugement et à la perception de la personne qui le vit.

Le changement organisationnel peut être de quatre types : une adaptation, une reconstruction, une évolution ou une révolution. La nature de ces changements est soit rapide ou soit lente. L'ampleur du changement est de l'ordre de la transformation ou du réalignement. Quand nous parlons de réalignement, nous entendons une modification qui ne remet pas en cause la façon de penser de l'équipe par exemple un changement de distribution des chambres. Si nous visons une transformation, il s'agit alors d'un changement profond dans les comportements établis, dans les processus et la culture de l'équipe soignante. L'adaptation et la reconstruction sont de l'ordre du réalignement graduel pour le premier et plus rapide pour le second. L'évolution en tant que changement lent et la révolution, changement majeur sur une courte période, sont eux de l'ordre de la transformation.

Après le choix du type de changement, le cadre peut préparer le changement en envisageant un plan d'action stratégique après avoir délimité des objectifs réalistes et les rôles des membres de l'équipe sans oublier de concevoir des outils d'évaluation du projet de changement.

Que le but stratégique du cadre soit l'instauration de nouvelles procédures, l'augmentation de l'efficacité de l'équipe soignante ou améliorer les relations et la cohésion de l'équipe, le cadre aura à faire face à des réactions de la part de certains soignants. Ces cinq réactions sont proches de celles plus connues des infirmières décrites dans le processus de deuil selon E. Kubler-Ross : le refus de comprendre, la résistance, la décompensation, la résignation et l'intégration conceptuelle puis comportementale. Dans un processus de changement, le personnel perd son confort, son contrôle sur l'action et une certaine forme de pouvoir. Le cadre doit y être attentif et anticiper ces cinq stades de réaction.

5.5. CONCLUSION

En résumé, nous nous positionnons en tant que cadre essentiellement devant trois choix dont nous devons être conscients en prenant ce type de fonction. Le cadre, s'il a une certaine autonomie, dispose néanmoins de limites auxquelles il doit se conformer.

Soit le changement est provoqué par le cadre, il souhaite alors amener des modifications dans sa gestion de l'équipe. Soit le changement est anticipé par le cadre qui par son vécu institutionnel sait qu'il doit composer avec la situation imposée et qu'il y va de l'évolution logique voire de la survie de son équipe. Soit le changement est subi par le cadre car dû à un état de crise majeure de l'hôpital et il doit alors être conscient que ce type de décisions institutionnelles va peser sur son équipe et entraîner un mal-être transitoire.

Il est impératif pour le cadre d'apprendre à détecter ces choix avant de se sentir impliqué personnellement pour un rôle professionnel. Pour cela, il doit cultiver une vision la plus claire possible du processus de changement.

6. CONCLUSION GENERALE

La quête du bien-être⁶¹ au travail n'est rien d'autre que la manière dont l'autre envisage son travail et la conciliation de son travail et de sa vie privée. Néanmoins ce « rien d'autre » peut avoir diverses représentations que le cadre de santé ne peut occulter de sa vision stratégique de son service. Il reste un fait, le bien-être de chaque soignant a pour particularité de ne pouvoir être pleinement compris par l'autre même lorsque cet autre est dit professionnel de la relation humaine.

Dans cet écrit et lorsque nous parlons de notre fonction d'infirmière-en-chef⁶², nous employons souvent et volontairement le terme cadre de proximité⁶³. De fait, nous voulons mettre la priorité sur l'importance d'instaurer une proximité de dialogue entre nous et l'équipe. Nous mettons ainsi l'accent sur ce développement d'un climat de confiance plus que sur l'aspect hiérarchique du terme infirmière-en-chef. Sans renier notre profession soignante d'origine, nous axons sur le changement de paradigme connu par notre profession à l'aube du troisième millénaire. Nous ne renions pas ces acquis mais nous souhaitons les intégrer à une vision moins autocratique du rôle de cadre.

Nous voulons prétendre avoir répondu aux attentes de l'institution scolaire face à l'enjeu d'une épreuve intégrée telle que décrite dans le cadre des cours de méthodologie. Celle-ci est définie comme une métamorphose entraînant un triple changement : statutaire, de compétences et de cadre de pensée. Nous attendons en effet que l'aboutissement de cette réflexion autour du bien être au travail du

⁶¹ Hesbeen W., *Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soin, Pour une éthique du quotidien des soins*, Editions E. Masson, Issy-les-Moulineaux, 2011, p.35

⁶² http://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html page consultée le 07/04/2010

⁶³ Hesbeen W., *Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soin, Pour une éthique du quotidien des soins*, Editions E. Masson, Issy-les-Moulineaux, 2011, p.104

soignant soit la pérennisation de notre fonction de cadre de proximité. Nous souhaitons avoir démontré dans notre argumentation notre capacité à mobiliser nos nouvelles compétences en matière de références théoriques, d'outils cognitifs et d'aptitudes relationnelles. Nous estimons avoir changé de cadre de pensée en nous distanciant de notre quotidien de cadre faisant fonction. Au-delà des enjeux scolaires et professionnels qui nous ont longtemps obscurcis la vue, nous reviendrons sur les enjeux personnels qui sont dominants dans cet écrit. Nous avons tenté de produire une boîte à outils très personnelle et nous avons même souhaité qu'elle puisse perturber d'autres futurs cadres assis dans des certitudes tout comme nous l'avons été. Pour cela, nous avons voyagé dans diverses disciplines comme la législation sur le bien être au travail, les risques psychosociaux, l'ergonomie et la théorie du changement organisationnel. Nous avons confronté nos fondements sur notre pratique à ces autres visions des choses. Si nous n'avons pas adhéré à tout, nous avons néanmoins modifié certains de nos comportements. Et pour finir nous avons affronté notre plus grosse difficulté : clarifier notre pensée par l'intermédiaire d'un écrit.

Cet écrit tend au fil de ses chapitres à faire émerger les aspects émotionnels des relations sur le lieu de travail et à y confronter notre mission de cadre de santé. Pour conclure, nous reprenons ici l'image offerte par notre professeur de méthodologie : celle « des poupées russes ». En effet, chaque chapitre de cette rédaction s'imbrique dans le suivant, le fil conducteur en étant le chapitre du milieu, celui de l'émotion. Nous l'avons déjà exprimé dans notre introduction, nous sommes régulièrement étonnées par la représentation singulière que le personnel soignant a des aspects émotionnels de son travail. Nous formulons l'espoir qu'après la lecture de cette épreuve intégrée, leur vision tout comme la nôtre se sera éclaircie jusque dans leurs pratiques managériales.

PERSPECTIVES

Les soignants mettent en place tout une série de rituels de protection qui leurs permettent de maîtriser leurs émotions dans l'interaction soignant-soigné. Nous disposons à cette fin de diverses habitudes comme la mise en pyjama dès l'admission face au tablier blanc, les protocoles de soins jusqu'au plus quotidien comme la toilette, la dépersonnalisation du patient qui devient un numéro de chambre et une pathologie, etc. Nous englobons ainsi le nouveau soignant qui se soumet à ces rituels afin d'appartenir à l'équipe. Le sentiment d'appartenance à l'équipe permet de trouver de l'aide dans les moments les plus difficiles. C'est alors que se développent de fortes réticences à changer d'équipe même ponctuellement. Cette ritualisation du travail en équipe et de la relation soignant-soigné protège les soignants d'une contamination émotionnelle avec les patients et contribue à la maîtrise de leurs émotions. Cependant, si le cadre n'y est pas sensibilisé et n'établit pas des mesures préventives, nous pouvons constater deux réactions extrêmes du soignant : soit un mimétisme entre la souffrance du soignant et celle du soigné, soit un cloisonnement établi entre le soignant et le soigné. La mise en place de mesures préventives tendant vers une plus grande humanisation du soin représente pour le cadre une perspective de travail non négligeable et une première perspective de suite à notre rédaction.

La seconde perspective de travail à cet écrit est elle moins tournée vers l'équipe et ses émotions mais vise plus les émotions du cadre. A plusieurs reprises, lors de nos recherches, nous avons entendu des collègues-cadres parler de la solitude de leur fonction et d'un sentiment d'effectuer un travail mal connu. Nous avons pu constater que le cadre de proximité a une activité fragmentée tout au long de sa journée et le plus difficile est sans doute de ne pas perdre le fil de son action au vu du nombre d'interruptions d'importances diverses. Beaucoup de cadres peuvent avoir l'impression de bricoler, de maintenir à flot et surtout d'avoir peu de temps pour penser leurs actions, ce qui entraîne chez eux un certain mal être au travail. C'est pour lutter contre ce sentiment d'être seul face à une tâche jamais terminée que certains défendent l'intérêt de mettre en place des collectifs de pairs. Cette seconde perspective pour ce travail semble des plus intéressantes mais

nécessiterait parallèlement d'agir sur les mentalités. Un décloisonnement de l'institution hautement bureaucratique qu'est l'hôpital permettrait au cadre de retrouver du sens à ses actions et de penser son action.

BIBLIOGRAPHIE

1. LIVRES

- Aubert N. et de Gaulejac V., *Le coût de l'excellence*, Paris, Editions du Seuil, 2007, 336 p.
- Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*, Paris, Editions Seli Arslan, 2006, 288 p.
- Carillo C., *Etre un soignant heureux : le défi*, Issy-les-Moulineaux, Edition Elsevier-Masson, 2010, 202 p.
- Collerette P., Deslile G. et Perro R., *Le changement organisationnel : théories et pratique*, Presse de l'Université de Québec, Québec, 1997, 173 p.
- de Borchgrave R., *Le philosophe et le manager*, Bruxelles, Editions De Boeck, 2006, 228 p.
- Delobbe N., Herrbach O., Lacaze D., Mignonac K., *Comportement organisationnel-volume 1: contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle*, collection Méthodes et Recherches, Paris, Editions De Boeck, 2005, 407 p.
- Direction générale Humanisation du travail, *Code sur le Bien-être au travail* (textes coordonnés), Bruxelles, SPF Emploi, Sécurité, Travail et Concertation sociale, 2008, 624 p.
- Direction générale Humanisation du travail, *Méthodes et instruments pour une analyse ergonomique et psychosociale*, Bruxelles, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2005, 76 p.
- Gardner H., *Les 5 formes d'intelligence pour affronter l'avenir*, Paris, Editions Odile Jacob, 2009, 206 p.
- Goleman D., *L'intelligence émotionnelle : tome 1*, Paris, Editions Jai lu, collection Bien Etre, 1997, 506 p.

- Goleman D., *L'intelligence émotionnelle : tome 2*, Paris, Editions Jai lu, collection Bien Etre, 1997, 384 p.
- Halpern C. et al. , *La Santé : un enjeu de société*, Editions Sciences Humaines, Auxerre, 2010, 345 p.
- Hesbeen W, *Travail de fin d'études, travail d'humanité : se révéler l'auteur de sa pensée*, Paris, Edition Masson, 2005 ,144 p.
- Hesbeen W., *Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soin, Pour une éthique du quotidien des soins*, Editions E. Masson, Issy-les-Moulineaux, 2011, 155 p.
- Hubinon M., *Management des unités de soins de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Collection Savoir et Santé, Editions De Boeck Université, Paris, 1998, 395 p.
- Lainey P., *Le leadership organisationnel : de la théorie à la pratique*, Montréal, Edition Chenelière Education, 2008, 266 p.
- *Le Petit Larousse Illustré 2008*, Paris, Editions Larousse, 2007, 1811 p.
- Mikolajczak M., Quoidbach J., Kotsou I., Nélis D., *Les compétences émotionnelles*, Editions Dunod, Paris, 2009, 308 p.
- Rojot J., Roussel P., Vandenberghe C., *Comportement organisationnel- volume 3 : théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel*, collection Méthodes et Recherches, Paris, Editions De Boeck, 2009, 396 p.
- Sagehomme D., *Personnel de Santé, Pour un travail meilleur, Guide d'analyse des conditions de travail en milieu hospitalier*, Bruxelles, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, VIème Edition, 2006, 98 p.
- Vegleris E., *Manager avec la philo*, Paris, Editions d'Organisation-Eyrolles, 2006, 216 p.

2. COURS

- Vantomme P., cours d'*Affirmation de soi*, cours appartenant à l'U.F.3
- Vantomme P., cours de *Démarche de Résolution de Problèmes*, cours appartenant à l'U.F.4.
- Vantomme P., cours de *Méthodologies de recherches*, T.F.E. et Enjeux

3. SITES INTERNET

- Do Espirito F., « fiche de lecture : La communication de changement », in <http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiches.php?Alph> page consultée le 08/03/10
- http://archives.lesoir.be/societe-renault-vient-de-mettre-en-place-un-dispositif_t-20070502-00AHRG.html?queryand=suicides+au+travail+renault&firstHit=0&by=10&when=-1&begYear=1989&begMonth=01&begDay=01&endYear=2011&endMonth=08&endDay=22&sort=datedesc&rub=TOUT&pos=5&all=8&nav=1 page consultée le 23/08/2011
- <http://cgjcmk.blogspot.com/2009/10/intelligence-relationnelle-et.html> page consultée le 07/04/2010
- http://coursp1bichatlariboisiere.weebly.com/uploads/8/0/7/9/807976/cours_n7_psychologie_des_motions.pdf consultée le 02/06/2011
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie_des_%C3%A9motions#Th.C3.A9ories_psychologiques_des_.C3.A9motions page consultée le 29/03/2010
- <http://nouveauxreperes.cgsst.com/liens.asp> page consultée le 16/04/2011
- <http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/?post//Les-emotions-Definition> page consultée le 27/03/2010
- http://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html page consultée le 07/04/2010

- <http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/plf2010/a1971-tvi.asp> page consultée le 16/07/2011
- http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=TRAV&ID_NUMPUBLIE=TRAV_009&ID_ARTICLE=TRAV_009_0113 page consultée le 29/10/2010
- http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=TRAV&ID_NUMPUBLIE=TRAV_009&ID_ARTICLE=TRAV_009_0113 page consultée le 29/03/10
- http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/risp_emotion_08/l_bellinghausen.pdf page consultée le 29/03/2010
- http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/risp_emotion_08/e_stumpf.pdf page consultée le 03/04/2010
- <http://www.grappa.univ-lille3.fr/~torre/Recherche/Encadrement/Riviere2003/> page consultée le 04/07/2011
- <http://www.guerir.org/Members/Bernard78/recommendations/cultiver-lintelligence-relationnelle-daniel-goleman> page consultée le 05/04/2010
- <http://www.isma.org.uk/index.html> page consultée le 16/04/2011
- http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/moira/images/pdf/Actes_EI_stress.pdf page consultée le 05/06/2011
- <http://www.redpsy.com/guide/> page consultée le 29/03/2010
- <http://www.reuvenbaron.org/bar-on-model/> page consultée le 03/04/2010

4. REVUES

- INRS, Hygiène et sécurité du travail, Cahiers de notes documentaires, 1er trimestre 2005, 198p.

L'absence de bien-être du soignant au travail est un sujet qui nous a interpellés personnellement. Nous avons constaté que peu de soignants et de cadres maîtrisent ce sujet .Un peu comme si la souffrance était réservée au seul soigné. Voilà pourquoi par le passage en revue des aspects légaux du bien-être au travail, nous avons émis le souhait de comprendre les attentes particulières du soignant au travail et d'adjoindre ses nouvelles notions à notre mission quotidienne de cadre de santé. L'unité de soins et son personnel est perpétuellement confrontée au changement. Tout comme la souffrance du soigné, ces changements successifs peuvent amener le cadre à constater une souffrance de l'équipe face à ces modifications de technologies, de locaux, de composition d'équipe...Le cadre pour se montrer proactif face à ces réactions impliquant les émotions de chacun doit alors puiser dans sa boîte-à-outils personnelle et recourir à diverses connaissances en terme de ressources humaines, d'ergonomie,...Ce sont ces connaissances que nous tenterons de développer au travers de cette épreuve intégrée.