

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

L'imprévu, l'incertitude, le doute :

Quand les cadres en soins de santé s'interrogent...

Houttemane Vincent
En vue de l'obtention du diplôme de
cadre en soins de santé

Année scolaire 2011-2012

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

L'imprévu, l'incertitude, le doute :

Quand les cadres en soins de santé s'interrogent...

Houttemane Vincent
En vue de l'obtention du diplôme de
cadre en soins de santé

Année scolaire 2011-2012

L'occasion m'est ici laissée de remercier tous ceux qui ont, de près ou de loin, participé à ce travail. Leur temps, leur soutien, leurs conseils, leurs remarques ont été d'une aide précieuse.

A Monsieur le Directeur ainsi qu'aux membres du corps professoral qui, par leur enseignement, leur attention, leur expérience et leur apprentissage m'ont permis, au bout de ces quatre années, d'arriver là où je suis.

A Monsieur Vantomme, garant méthodologique et professeur avisé, qui, par ses interrogations, ses questions, ses conseils, son travail, sa disponibilité et ses silences, m'a aidé à avancer dans ma réflexion et ma profession.

Au Docteur Ferrant, à l'équipe d'imagerie médicale, aux secrétaires qui, par leurs encouragements, leurs conseils et le temps qu'ils m'ont consacrés, m'ont aidé à poursuivre en même temps études et travail.

A Virginie, ma femme, Emma et Léa, mes filles, qui, par leur patience, les difficultés surmontées ensemble, les absences endurées, les sacrifices, l'aide et le réconfort qu'elles m'ont apportés, ont partagé cette expérience avec moi.

A vous tous, merci !

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
L'ORIGINE DE CE TRAVAIL.....	3

CADRE OPERATIONNEL

CHAPITRE 1 : LA REFLEXION.....	6
CHAPITRE 2 : LA METHODE CHOISIE ET L'OUTIL.....	11
2.1 Choix de la méthode	11
2.2 Le choix de l'outil de recueil.....	13
CHAPITRE 3 : LE DEROULEMENT DE LA RECHERCHE ET DES ENTRETIENS.....	15
3.1 Les différentes démarches effectuées.....	15
3.1.1 <i>Obtention de la démarche d'autorisation d'entretiens</i>	15
3.1.2 <i>Le lieu</i>	15
3.1.3 <i>La population étudiée et son échantillonnage</i>	16
3.2 La question de recherche	17
3.3 Le déroulement de la recherche.....	18
3.3.1 <i>Questionnement des attendus</i>	18
3.3.2 <i>Les différents biais</i>	18
3.4 Les entretiens.....	21
3.4.1 <i>Déroulement d'un entretien</i>	21
3.4.2 <i>La question inaugurale</i>	22
3.4.3 <i>Collecte des entretiens</i>	22
3.5 Le pré-test.....	23
3.5.1 <i>Les bases du pré-test</i>	23
3.5.2 <i>Les résultats</i>	23
3.6 L'implication du chercheur	24
CHAPITRE 4 : ANALYSES ET INTERPRETATION.....	26
4.1 Quelques éléments préalables	26
4.2 Analyse thématique	27
4.3 Analyse catégorielle.....	36
4.3.1 <i>Analyse des adverbes</i>	37
4.3.2 <i>Analyse des verbes</i>	42
4.3.3 <i>Analyse des conjonctions de coordination</i>	43
4.4 Les contradictions	46
4.5 Analyse des moments d'entretiens	47
4.6 Retour vers l'entretien exclu	48

CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS PARTIELLES50

CADRE CONCEPTUEL

CHAPITRE 1 : LE CONCEPT DE L'IMPREVU.....54

1.1 A la recherche de la compréhension de l'imprévu	54
1.2 Les deux sortes d'imprévus.....	55
1.2.1 L'imprévu relatif.....	55
1.2.2 L'imprévu radical.....	56
1.3 Les réactions face à l'imprévu.....	56
1.3.1 La fuite	57
1.3.2 L'affrontement, la recherche, la transformation	57
1.3.3 En résumé.....	58
1.4 L'action face à l'imprévu.....	58
1.5 Le risque	60
1.5.1 Définition du risque.....	60
1.5.2 Le risque dans les décisions.....	61
1.5.3 La société du risque.....	62
1.5.4 La gestion des risques.....	63
1.6 Conclusions de l'imprévu et des risques	64

CHAPITRE 2 : LE CONCEPT D'INCERTITUDE65

2.1 Introduction	65
2.2 Définition de l'incertitude.....	65
2.3 Incertitude ou doute ?.....	66
2.3.1 Une tentative de distinction	66
2.3.2 Le ressenti	68
2.4 Les zones d'incertitude	69
2.4.1 L'acteur et le système	69
2.4.2 Les zones d'incertitude.....	69
2.4.3 La complexité du système	71
2.5 La variabilité du système	72
2.5.1 Les points de repères.....	72
2.5.2 Retour sur la variabilité	73
2.6 Les zones de confort.....	74
2.6.1 Qu'est-ce qu'une zone de confort ?	74
2.6.2 Les zones de panique	75
2.6.3 Un subtil mélange	75
2.7 Le sentiment d'incertitude au travail.....	76
2.7.1 La face négative de l'incertitude	76
2.7.2 La face positive de l'incertitude	78

2.8 Une piste de réflexion : l'adhésion partenariale.....	79
2.8.1 Définition.....	79
2.8.2 Les principes de l'adhésion partenariale	80
2.9 Conclusion sur l'incertitude	82
CHAPITRE 3 : LE CONCEPT DU DOUTE	83
3.1 La définition du doute.....	83
3.2 Le doute et les difficultés.....	84
3.3 La suspension du jugement et la réflexion	86
3.4 Les différents types de doutes	87
3.4.1 Le doute ordinaire	88
3.4.2 Le doute sceptique	88
3.4.3 Le doute méthodique ou méthodologique	89
3.4.4 Le doute pathologique	91
3.5 Retour sur la dualité.....	91
3.6 Les deux versants du doute.....	93
3.6.1 Le doute négatif.....	93
3.6.2 Le doute positif.....	93
3.7 Quelques pistes de réflexion.....	94
3.7.1 La remise en question et l'autocritique	94
3.7.2 Le partage d'expériences.....	95
3.7.3 Oser essayer.....	97
3.7.4 L'erreur	97
3.7.5 La créativité au service du cadre	98
3.8 Quel est le sens du doute ?.....	99
3.9 Conclusions sur le doute.....	101
CONCLUSIONS GENERALES ET PERSPECTIVES	103
Annexe N° 1 : Demande d'autorisation d'entretiens	I

BIBLIOGRAPHIE

ABSTRACT

INTRODUCTION

Tout cadre en soins de santé a une représentation personnelle de son travail et chaque individu extérieur à ce métier s'imagine ce que représente un cadre en soins de santé. Lorsque l'on évoque le terme de manager d'équipe, nous nous l'imaginons fort, sûr de lui, sans craintes, sans peurs, ayant toujours la solution adaptée à la situation, ayant les réponses à toutes les questions ou interrogations qui pourraient lui être exposées. Mais le manager d'une équipe n'est-il pas aussi un être humain fait de peurs, de craintes, de questions, d'interrogations, de certitudes, d'incertitudes, de doute ? La subjectivité propre à l'humain ne serait-elle pas présente ?

L'infirmier en chef¹, manager d'une équipe d'infirmiers, est-il toujours sûr et certain de ses décisions ? Ne s'interroge-t-il pas sur son avenir ? Ne se demande-t-il pas si son management est adapté aux personnes, aux situations rencontrées ? Les résultats obtenus sont-ils toujours ceux qu'il avait prévus ?

Nous nous imaginions que le cadre en soins de santé avait toutes les réponses et qu'il devait être le point de repère de son équipe. Tout au long de cette réflexion nous nous sommes rendu compte que le manager d'une équipe peut aussi se questionner, penser à sa profession et aux personnes qui l'entourent.

Tant de questions qui nous paraissent habituelles, tant d'interrogations que nous nous sommes posées. Notre réflexion commence ici avec ces questions, ces appréciations, ces sentiments que nous avons ressentis. Certaines situations, certaines décisions nous ont conduits vers une sensation parfois agréable, parfois désagréable, le doute. Nous nous interrogeons sur ce qui nous entoure, sur nos capacités, nos compétences, nos aptitudes, nos attitudes. Mais est-il normal de se poser tant de questions ?

Après l'identification de cet état d'interrogations, l'idée nous est venue de savoir si nous étions les seuls à l'éprouver ou si d'autres cadres ressentait aussi ce doute et s'interrogeaient autant par rapport à leur fonction, leur profession. Nous partons donc avec cette interrogation comme point de départ de notre recherche : « *Sommes-nous seuls à ressentir ce doute dans notre profession ? Les autres cadres s'interrogent-ils ?* ».

¹ Nous utiliserons tout au long de ce travail, les termes d'infirmier en chef / infirmier mais ceux-ci se veulent tout aussi bien féminins que masculins.

Dans ce cas, que vont en penser leurs équipes ? N'ont-elles pas aussi cette représentation de leur cadre en soins de santé ? Sont-elles prêtes à suivre quelqu'un qui doute ? Le doute ne serait-il perçu que de manière négative ? Pourrait-il devenir une culture au sein d'une unité ?

Mais, petit à petit, nous nous sommes rendu compte que seul le doute ne pouvait tout expliquer ni expliquer cet état dans lequel nous nous trouvions. L'ensemble de nos interrogations nous a conduits à réfléchir quant à notre futur et nous nous sommes aperçus que la garantie de résultats n'était pas toujours présente. Malgré nos tentatives de prévoir ce qui pouvait l'être, certaines situations se déroulaient d'une autre manière ou un événement imprévu s'immisçait dans nos prévisions. L'incertitude quant au devenir, aux résultats, aux décisions prises était présente et nous ne pouvions l'ignorer. Tout au plus, pourrions-nous nous la cacher.

Ces trois termes, l'imprévu, l'incertitude et le doute, ont constitué le fil conducteur de notre recherche. La réflexion, le choix, l'inconfort, les décisions sont présents tout au long de ce travail mais nous n'avons trouvé que peu d'écrits sur ce sujet et nous ne savions pas si d'autres cadres ressentiaient tout ce que nous avons pu dire plus haut. Nous nous sommes donc tournés dans un premier temps vers son lieu d'expression, le terrain. Nous avons mené auprès de cadres en soins de santé, des entretiens que nous avons ensuite analysés et interprétés. Cette étape représente la première partie de ce travail, la partie méthodologique.

Dans notre seconde partie, plus théorique, nous avons essayé de réaliser des liens entre ce qui nous a été révélé, ce que nous avons analysé, ce que nous avons interprété et le peu de lecture que nous avons trouvé concernant l'imprévu, l'incertitude et le doute. La principale idée de cette partie est finalement de comprendre ce que peuvent nous apporter ces trois concepts dans notre profession quotidienne de cadre en soins de santé.

Viendra ensuite le moment des conclusions et des perspectives que nous pourrions avoir sur le sujet mais aussi sur ce que cette épreuve nous a apporté dans notre quotidien durant ces quatre dernières années.

L'ORIGINE DE CE TRAVAIL

« *Comment m'est venu le choix de ce sujet ?* »

L'idée ici n'est pas pourquoi j'ai choisi ce thème mais bien de savoir comment je me suis dirigé vers un tel sujet. Il peut paraître déroutant, dérangeant parce qu'il semble sortir des sentiers battus, il ne révolutionnera pas le monde du management de demain, mais il m'a poussé à réfléchir sur certaines facettes de ma profession que je n'avais, jusqu'ici, pas explorées, et aussi, il m'a personnellement dérangé tant dans sa réflexion, dans sa conceptualisation que dans les choix qu'il m'a imposés.

L'imprévu, l'incertitude et le doute, trois mots qui sonnent comme incohérents avec notre profession de cadre en soins de santé. Et pourtant ils sont présents, nous ne pouvons les ignorer, tout au plus serions-nous tentés de les cacher. Ils nous dérangent, brisent notre routine, nos habitudes de par l'interrogation qu'ils réclament sur notre profession, sur notre futur mais surtout sur nous-mêmes. Ils sont certes gênants, mais ils nous permettent aussi de nous rappeler les bases essentielles de notre profession : la réflexion, l'observation, l'interprétation tout autant que la remise en question. En cela, ils procurent une certaine fierté lorsque nous nous rendons compte du chemin parcouru. Mais est-il si dérangeant de s'interroger ? N'est-ce pas là le début de toute chose...

Tout commence en première année, ici, à l'école de Promotion Sociale à Tournai. Fort de mon expérience professionnelle, aussi bien dans une unité de soins conventionnelle que dans une unité médico-technique, je me suis inscrit à l'école des cadres en soins de santé dans l'optique de devenir infirmier en chef. Les dix années de travail passées auprès des différents infirmiers et infirmières en chef m'ont conforté sur mes capacités et justifié ce choix de vie. Mes croyances envers les vertus du travail étaient ancrées en moi : « *seul le travail paie !* ». Je me devais donc de travailler pour réussir, étudier, écrire, faire ce que l'on me demandait, le tour était joué et le diplôme dans ma poche. Le problème, c'est que dès les premiers cours, j'ai compris que le travail seul serait difficile et insuffisant, qu'il me faudrait d'autres « atouts ». L'année continua et de nombreux cours furent dispensés, m'amenant toujours plus de questions, toujours plus de réflexions sans pour autant découvrir toutes les réponses; et un déclic se produisit alors : mes certitudes et mes croyances s'étaient envolées pour laisser place à toujours plus d'interrogations et de sentiments contraires. J'étais tantôt sûr de moi, tantôt hésitant, tantôt complètement perdu,

jamais certain, ou au contraire, trop sûr de moi. Joyeux, content quand j'arrivais à me dépasser. Frustré, mécontent quand je n'y parvenais pas.

Sur l'instant, tout comme dans les quelques temps qui suivirent, je n'ai pu définir ce sentiment de trouble ; à force de discussions et de réflexion avec l'équipe soignante mais aussi avec mes compagnons d'école, je suis enfin parvenu à l'identifier : le doute. L'année continua et je décidai de réaliser mon micro-travail sur ce thème du doute.

La deuxième année commença et ce n'est pas pour autant que j'avais des réponses, tout au plus des bribes de réponses incomplètes, non rassurantes, encore plus interrogatives. Au niveau professionnel, j'avais été désigné adjoint dans un service de radiologie. Comme l'infirmier en chef, en fin de carrière, diminuait son temps de travail, je pris de plus en plus de responsabilités au sein de mon unité. Cette nouvelle fonction engendra encore plus d'interrogations mais avec l'aide de mon ancien chef de service et du médecin-chef, j'ai trouvé certaines ressources pour dépasser une partie de mon doute. Non sans mal, non sans réflexions mais surtout avec énormément de discussions, d'échanges et de recherches. Année de transition par excellence, cette deuxième année orientait un peu plus mon méso-travail sur le manager et son doute.

Vint ensuite la troisième année qui me vit toujours en proie à autant d'interrogations. Je compris que le doute seul n'expliquait pas tout et mes recherches m'ont alors conduit vers l'incertitude et l'imprévu. Questions, interrogations, réflexions, choix et décisions : je remis en cause énormément de choses, même ma capacité d'aller au bout de mes études de cadre. Avec le soutien de nombreuses personnes, je suis arrivé à la fin de ces trois années et j'ai été nommé infirmier en chef. Je me pose pourtant toujours autant de questions et d'interrogations, réfléchissant sur moi-même, sur les autres, sur les mécanismes de nos institutions et leur organisation.

Il ne me reste que l'épreuve intégrée. Ce mot « que » est réducteur. Cette épreuve se veut l'aboutissement de trois années de formation, d'endurance, de recherches, de réflexions, de découvertes,... autant de choses auxquelles finalement je n'avais pas été confronté au début de ma formation. J'ai appris à penser et à oser par moi-même et je continue encore d'utiliser ce doute et ces incertitudes dans ma fonction actuelle. Finalement, l'épreuve intégrée n'est pas l'aboutissement ou le commencement d'une nouvelle ère : elle devient une passerelle entre la formation et mon métier. En conclusion, le doute m'a au moins permis d'arriver là où je suis aujourd'hui...

**CADRE
OPERATIONNEL**

CHAPITRE 1 :LA REFLEXION

« Par où commencer ? »

Notre société, « dite moderne », vit dans la vitesse et la précipitation. Tout y est plus rapide, parfois même avons-nous la sensation de ne plus rien contrôler. Que ce soit au niveau des échanges, de la production, de la distribution, des informations, l'organisation nous demande d'être de plus en plus rapides tout en restant le plus efficaces possible, voire même en ne cessant de nous améliorer. L'efficience rapide, serions-nous tentés de dire. Mais pourtant, nous devons nous y habituer.

L'institution hospitalière n'échappe pas à cette règle. Turn-over des patients, développement de l'hôpital de jour, diminution de la durée de séjour, plage horaire impartie aux patients en diminution, recherche de solutions pour diminuer le temps d'attente... l'hôpital recherche la rationalisation du temps. Mais pas seulement, le développement des techniques, des technologies, les avancées médicales ou infirmières sont autant d'éléments qui augmentent les interrogations quant à l'avenir mais aussi au devenir. Nous devons sans cesse nous adapter et ce, le plus rapidement possible.

Mais la vitesse n'est pas le seul facteur en cause. L'information ne cesse d'augmenter, rendant ainsi parfois difficile le discernement entre l'urgent et l'important, l'utile et le futile la rendant parfois pesante. Le nombre de formations pour manager que l'on propose, les différents styles de management et les lectures ad hoc ont parfois tendance à nous amener à nous demander que faire ou choisir. Les demandes des patients, de plus en plus renseignés, n'hésitant pas à « *faire leur marché* » sur internet, réclamant des soins de qualités, augmentent sans cesse tout comme la compétitivité existant entre les différentes institutions est un fait réel auquel tout dirigeant se doit de rester attentif.

Crise économique, identitaire, sociale, recherche de sens, de réponses, d'assurance, de points de repères : pas évident de tout comprendre, de tout détenir, de répondre simplement.

Tout au long de la conception de notre épreuve intégrée, nous nous sommes interrogés sur son cheminement, sa structure, sa logique, ... sur l'ensemble de sa constitution et de sa substance.

Ces évolutions entraînent des interrogations et des questions au sein de nos organisations. Et le cadre ? Se pose-t-il toutes ces questions, ces interrogations ? Au contraire essaie-t-il de se les cacher ? Tente-t-il d'y répondre ? En a-t-il simplement conscience ?

Notre épreuve intégrée se base sur cette réflexion : l'imprévu, l'incertitude et le doute sont présents tout autant que la recherche de confort, de sécurité, de certitudes. Mais en quoi peuvent-ils être utiles dans la gestion quotidienne d'une unité de soins ? Au contraire, ces états d'esprit sont-ils inutiles et devrions-nous alors nous atteler à les réduire au silence ? Est-il cohérent lorsque nous gérons une équipe de se poser des questions ? L'interrogation ne serait-elle pas un aveu de faiblesse ? Quel en est le sens ? Pourquoi prendre des risques ? Plus simplement, les cadres s'interrogent-ils sur leur avenir professionnel ? Leur avenir personnel ? Sur leurs compétences, leurs capacités, leur management, leurs relations professionnelles, bref tout ce qui forme et compose leur fonction de cadre en soins de santé, mais aussi leur côté humain ?

Le cadre se questionne-t-il ? A regarder la représentation que nous pourrions avoir du manager, nous remarquons qu'il nous est plutôt présenté comme une personne forte, sûre d'elle, dirigeant son équipe, connaissant ses objectifs et ses buts aussi bien dans sa vie professionnelle que privée, guidant son équipe au travers de différentes épreuves. Il est la réponse à nos questions, cette personne qui finalement a toujours la solution. Mais est-il réellement ce que nous nous représentons ?

Les périodes de crises sont propices à l'avènement de certains « *leaders destructeurs* ² » que les gens suivent parce que l'incertitude n'est pas réglée et qu'ils prennent peur, ne sachant pas de quoi leur avenir sera fait. Ces « meneurs » utilisent alors le doute des gens, en prônant justement la confiance car eux seuls « ont » les réponses. Leurs décisions sont celles qu'il faut suivre. Ils manipulent les motivations et les détournent pour prendre le contrôle des personnes. Mais que se passerait-il pour eux si les gens apprenaient à vivre avec leurs doutes, avec leurs peurs ?

Nous nous tournons maintenant vers Messieurs Crozier Michel et Friedberg Erhard³. En effet pourquoi parler du manager, acteur au sein d'une organisation, sans parler de sa relation avec l'organisation mais aussi avec les autres acteurs de ce système ? Cette relation se construit, s'étire, se rapproche, se rencontre, s'oppose. Les idées, parfois identiques, parfois contradictoires, sont autant de sources d'incertitudes ou de doutes.

Mais pourquoi parler de zones d'incertitudes ? Simplement parce que nous y baignons tout au long de notre carrière professionnelle mais aussi parce que l'incertitude suppose une non-maîtrise mais aussi l'inconnu qui se profile face à celle-ci. L'absence de maîtrise sur l'avenir ou sur une

² Cottraux J., *A chacun sa créativité. Einstein, Mozart, Picasso... Et nous*, Paris, Edition Odile Jacob, 2010, p.161

³ Florin C., « Psychologie appliquée aux relations de travail », année scolaire 2009-2010, p.6

source de pouvoir effraie parce que l'humain possède une certaine aversion pour le risque mais aussi par le fait que les enjeux sont importants.

Face à ces zones d'incertitudes, il existe des zones dites de confort où l'acteur se sent « à l'aise ». Nous avons l'impression une fois que nous sommes dans ces zones que rien ne peut nous atteindre, un sentiment de sécurité s'en dégage. Si nous prenons l'exemple de quelqu'un qui réalise chaque jour le trajet en voiture de son habitation vers son lieu de travail, et seulement ce trajet-là, que se passerait-il s'il devait se rendre à Paris sur le périphérique ou que nous l'emmenions en voiture ? Ne serait-il pas stressé, angoissé, même s'il n'est que passager ? Si nous nous tournons vers les cadres en soins de santé, n'ont-ils pas dans un premier temps tendance à adopter les différentes postures des infirmiers en chef pour lesquels ils ont travaillé précédemment car faisant partie de ce qu'ils connaissent ? Tout cela n'apporte aucune garantie de réussite. Ils finissent finalement par créer leur propre style.

Environnements de vie, de travail ou social se regroupent pour former des zones de confort car elles ont pour point commun d'être habituelles. Les habitudes, la routine et les croyances peuvent être des repères qui permettent à la personne de ne pas se sentir en danger et de garder un esprit tranquille. Certaines de nos décisions sont prises en fonction de nos zones de confort pour rester dans cette optique d'assurance, de tranquillité car il ne faut pas s'interroger, ni se remettre en question. Sortir de cette zone entraîne parfois la peur mais aussi des questionnements qui peuvent cependant nous pousser à agir. Il y aurait alors un risque de rupture de notre routine rassurante, réconfortante mais surtout connue. Pourtant, même si certains ne font rien pour s'en sortir, s'enfermant même toujours un peu plus dans leurs habitudes, d'autres n'hésiteront pas à en sortir et à repousser un peu plus loin leurs frontières, prenant des risques pour se dépasser. L'opposition est ici faite entre la personne osant affronter l'inconfort et en quelque sorte grandie par cette expérience et celle qui s'enferme dans sa routine quotidienne pour l'éviter, ne recherchant pas la nouveauté mais surtout évitant tout changement.

Les enjeux pris sont parfois trop grands pour être supportables, mais tout dépend de ce qui est en jeu. Position, emploi, sécurité sont des éléments qui demandent à être analysés avant une prise de risque. Le « pour » et le « contre » entrent en ligne de compte entre les bénéfices et les désavantages qu'ils entraînent mais ceci, sans aucune certitude. Le choix que nous devons poser nous amène à laisser quelque chose de côté, même si celui-ci nous tenait à cœur. Choisir, c'est ne retenir qu'une partie, délaisser pour commencer ; choisir pour avancer, pour continuer. Mais le choix constitue un risque : celui de prendre une décision dont nous ne connaissons pas le résultat, le futur, la tournure. Mais il en découle toute une réflexion, tout un cheminement et surtout une

réaction : un risque de se tromper, de commettre une erreur, de faire le « mauvais » choix, inadapté à la situation, aux conditions, à l'environnement. Et justement, au moment de poser ce choix, le doute ne nous assaille-t-il pas ? L'incertitude, quant au résultat, ne serait-elle pas présente ? L'imprévu ne serait-t-il pas au rendez-vous ?

La distinction entre question et interrogation nous laisse déjà perplexe. Quelle est justement la différence ? La question recherche l'obtention d'informations ou la vérification de certaines connaissances. L'interrogation, quant à elle, repose sur des questions que nous nous posons ou que nous posons aux autres. Elle implique des procédés qui aboutissent soit à une ou des questions soit au doute de la personne. Mais que se passe-t-il lorsque nous nous interrogeons ? Une réflexion se met en place même si celle-ci peut paraître pour certains inutile : réfléchir sur soi, sur ses compétences, sur ses capacités, mais aussi sur des choses beaucoup plus profondes, intérieures, personnelles telles que nos valeurs, nos jugements...

Les différents « mots » qui nous ont traversé l'esprit nous ont conduits à la recherche de leur compréhension. Imprévus, incertitudes, doutes, certitudes, confort, inconfort sont autant de termes que nous avons tenté de cerner. Leurs frontières respectives sont restées floues, vagues, s'entremêlant sans une précision déterminable. Mais n'est-ce-pas leur imprécision qui nous dérange ?

Le confort du passé nous rassure face à un futur incertain ; entre le passé et le futur se trouve un présent interrogatif. Les infirmiers en chef connaissent-ils ce que nous avons éprouvé ? Se posent-ils des questions sur leur profession mais aussi sur leurs méthodes de travail, voire sur eux-mêmes ? Quel sens donnent-ils à leur travail ? Qu'en attendent-ils ? Que leur apporte-t-il ?

Tout comme le cadre, les équipes s'interrogent-elles sur leurs dirigeants, leurs propres rôles, leurs futurs, sur ce qu'elles attendent de leur travail mais aussi sur ce que celui-ci leur apporte ?

Le discernement et la compréhension de ces mots ne nous ont pas été faciles. La complexité et la manifestation de l'imprévu, de l'incertitude et du doute mais aussi la réflexion qu'ils ont engendrée nous ont incités à nous tourner dans un premier temps vers le milieu où ceux-ci s'exercent : le terrain, notre champ de travail.

Face à tant de notions et à si peu de réponses, voire même à plus d'interrogations, nous nous sommes demandé comment pouvoir aborder, développer et comprendre cet ensemble.

Qui mieux que les personnes concernées seront capables de nous amener des pistes de réflexion, de compréhension de ces phénomènes pour le moins assez flous ? Ces personnes, ce sont les cadres en soins de santé actifs sur leur terrain d'expression, les unités de soins.

Se tourner vers eux, vers leurs expériences, leur vécu, c'est essayer de comprendre l'impact de l'imprévu, de l'incertitude et du doute au quotidien. Quelle incidence ceux-ci ont-ils sur notre pratique, sur nos pensées, sur nos actions, sur nos choix, sur nos décisions ?

Seule l'expérience personnelle peut nous aider à comprendre, tout du moins partiellement, l'influence de nos interrogations sur notre quotidien.

CHAPITRE 2 : LA METHODE CHOISIE ET L'OUTIL

Partir sur le terrain sans réfléchir n'est certainement pas la solution idéale. La préparation de cette étape nous apparaît même primordiale pour éviter un maximum d'imprévus mais aussi, parce que méthodologiquement parlant, notre rigueur de chercheur pourrait être remise en cause. Connaître et identifier les biais qui pourraient se présenter est un avantage dans le sens où nous pouvons alors les garder à l'esprit et les analyser si, malgré notre vigilance, ceux-ci étaient quand même parvenus à interférer dans notre recherche. Nous nous sommes tout d'abord interrogés sur les différentes méthodes que nous pourrions utiliser pour comprendre et développer notre recherche sur le doute. Le choix de cette méthode revêt un caractère important, pour ne pas dire essentiel, autant dans sa réflexion, sa conception et sa réalisation pour mener à bien la suite du procédé. Nous allons, dans un premier temps, argumenter notre choix. Nous développerons ensuite l'outil pour lequel nous avons opté afin de mettre en œuvre cette méthode pour terminer par la mise en pratique, l'analyse et l'interprétation de nos résultats. Cet exposé de la méthodologie utilisée explique les différentes étapes que nous avons suivies.

2.1 Choix de la méthode

Au travers de ce travail, nous désirons comprendre l'imprévu, l'incertitude et le doute auxquels sont confrontés les cadres en soins de santé dans leur pratique quotidienne de gestion d'une équipe. Tout au long de sa carrière, le cadre s'interroge et interroge les membres de sa profession. A-t-il toujours les réponses ? Quelles sont les interrogations qu'il se pose ? A l'inverse quelles sont celles qu'il soumet à ses collaborateurs ?

Mais si l'infirmier en chef ne s'interroge plus, que se passe-t-il ? Est-ce pour autant qu'il n'avancera plus, que des projets ne seront plus mis en œuvre, que son équipe aura moins confiance en lui ?

La méthode que nous désirons mettre en place pour comprendre ces interrogations relève du caractère clinique, non dans le sens strict du terme mais plutôt dans la conception de la méthode clinique. Elle ne signifie pas « *auprès du patient malade*⁴ » mais dans la pratique de la compréhension du « phénomène » étudié. Ici, il concerne l'imprévu, l'incertitude et le doute auxquels est confronté le cadre dans la pratique de sa profession de manager.

⁴ Vantomme P., « Balise n°12 : La méthode clinique », année scolaire 2009-2010, p.1

L'objectif dans ce travail n'est pas de bousculer notre profession, de l'affronter brutalement et ouvertement, de passer l'ensemble de nos croyances et de notre culture au crible des connaissances pour trouver une « vérité ». Le risque serait ici trop grand de créer une fracture entre l'image que nous pourrions avoir des cadres, « sûrs » d'eux, dirigeant leur équipe sans questions, sans interrogations tel que l'équipe se l'imagine et ce que les cadres sont réellement. L'exemple est simple : vers quelles personnes se tourne l'équipe soignante lorsqu'elle s'interroge sur un traitement, une décision à prendre ? Mais aussi un risque d'aveu de faiblesse pour un cadre qui se doit de passer pour un dirigeant ayant toujours les réponses. Non, l'idée est ici de comprendre pourquoi et quelles interrogations se pose le cadre, de créer la réflexion et d'amener le débat, la discussion, l'échange de points de vue, le tout dans un esprit d'ouverture et de découverte. Régulièrement, nous restons dans le paraître, nous montrant forts et certains de nos choix, mais intérieurement est-ce toujours le cas ? Etre humain ou machine ? Sûr ou presque sûr ? « Bon » choix, « mauvais » choix ou le moins mauvais ? Formation pour « être » ou formation pour s'adapter ? ... Autant de questions qui nous poussent à nous interroger également.

Le choix de la méthode relève d'un aspect important, pour ne pas dire essentiel, de notre travail. Comprendre le phénomène étudié n'est pas tout, nous ne recherchons pas la généralisation mais l'expression de vécus, d'expériences et de perceptions dans l'espoir de découvrir un cas clinique. La méthode clinique nous apparaît toute désignée pour, nous l'espérons, mener à bien cette recherche : nous tentons de comprendre le ressenti des cadres en soins de santé vis-à-vis des concepts décrits auparavant. L'infirmier en chef est donc au centre de cette étude, conscient d'être humain et comme tel apte à communiquer ses expériences et son vécu.

La méthode clinique, qualitative par excellence, ne recherche pas la généralisation mais plutôt la découverte d'un cas et la compréhension de celui-ci tout autant qu'elle cherche à comprendre le fonctionnement de l'humain qui a conscience d'être au monde. Le point de départ de cette méthode est une question générale et non pas une ou des hypothèses considérées, ici, comme des freins à l'étude. Les hypothèses peuvent se développer au cours du travail mais sont soumises à l'approbation de l'interviewé ou réalisées conjointement.

2.2 Le choix de l'outil de recueil

La méthode clinique se réclame de l'écoute d'une personne qui raconte, se raconte et s'entend raconter. Comme tel, l'entretien non directif et individuel nous paraît être l'outil le plus adapté. Cette interview est une situation de rencontre où la personne construit son discours en réponse à notre question de départ.

Mais l'entretien se doit, dans notre chef, d'être de la plus grande rigueur possible car il met en présence deux subjectivités et donc un risque de jugement de part et d'autre.

L'entretien se veut dans une totale liberté de participation mais aussi de négociations. En effet, la personne est ainsi libre de participer ou non à l'entretien et peut y mettre fin, sans justification aucune. De même, nous parlons de négociations car la date, l'heure, le lieu se conviennent d'un commun accord.

Nous avons donc choisi l'entretien car il est non seulement l'outil de premier choix de la méthode clinique, mais aussi parce qu'il est une occasion de rencontre avec les cadres en soins de santé les laissant ainsi s'exprimer sur leurs interrogations, leurs doutes, leurs incertitudes, leurs ressentis. En effet, comment pourrions-nous mettre sous forme de questionnaire le ressenti, les sensations, les impressions, l'expérience, le vécu de chacun ? Ces entretiens nous permettront peut-être aussi de comprendre les raisonnements, les liens logiques, les recherches, les décisions qui entourent ces interrogations que pourraient se poser les infirmiers en chef.

Nous l'avons préféré non directif dans le but de laisser libre cours à l'expression des personnes car il s'agit d'exprimer leur expérience unique. L'interviewé est le narrateur de son histoire, de son vécu et l'exprime donc à sa manière, avec ses propres mots. L'idée est ici d'ouvrir le discours de la personne en lui posant une question qui ne sera ni fermée, ni générale mais permettra d'engager ses propos concernant l'objet de notre recherche.

Nous ne pouvons nous permettre de diriger cet entretien : l'interviewé reste maître de son discours et de son histoire. De plus, les interrogations qu'il se pose ou qu'il pose à ses collaborateurs, supérieurs ou membres de son équipe, sont de l'ordre du ressenti et de l'imprévu et donc, seule la personne concernée peut tenter de l'exprimer. Nous désirons, de plus, éviter d'interférer au maximum dans son discours.

Nous l'avons choisi individuel, car malgré l'effet émulateur du groupe que nous aurions pu avoir, nous redoutons que les personnes éprouvent une certaine appréhension à exprimer pleinement leurs incertitudes, leurs doutes craignant peut-être d'évoquer devant d'autres ce qui pourrait être perçu comme des faiblesses. La peur du jugement des autres est difficilement interprétable même

si nous sommes conscients de sa présence. La proximité mais aussi l'individualité des entretiens peut permettre la facilité d'expression de la personne. Mais même s'il n'y a que deux personnes, l'un peut se sentir jugé par l'autre et ainsi freiner, voire couper son discours. De même dire l'inverse de ce qu'il pense pour être perçu comme fort et sûr de lui peut aussi se présenter. La relation de confiance est un atout maître tout comme la confidentialité pour faciliter la narration de l'autre.

Mais si l'entretien présente quelques atouts, il ne faut pas oublier que la présence de biais ne peut être tout à fait exclue. De fait, comment savoir que l'autre se livre pleinement ? Que ce qu'il dit est vraiment ce qu'il pense ?

Nous l'avons déjà dit mais la double subjectivité présente en un même lieu peut être un des biais. Nous nous devons pour ce faire d'être d'une grande rigueur pour éviter de porter un jugement sur l'autre que cela soit dans nos relances comme dans notre non-verbal.

Nos interventions peuvent aussi influencer le comportement et le discours de l'autre. Nous pourrions en effet, avec des interventions mal placées ou non comprises, bloquer le discours de l'autre, voire même le modifier complètement et le résultat en serait alors totalement différent.

La position que nous prenons, que ce soit une position inférieure ou supérieure, influencera de même la narration de l'autre. Respecter l'autre tout en se faisant respecter permet de limiter cet effet de positionnement.

Mais une des grandes difficultés réside dans le fait d'écouter sans rien dire. La privation est difficile, l'envie de s'exprimer est aussi très forte mais il nous faut, non seulement montrer de l'intérêt pour le discours de l'autre, mais aussi ne pas vouloir parler ou montrer notre envie de parler car celle-ci viendrait interférer sur ce que l'autre nous livre.

CHAPITRE 3 :LE DEROULEMENT DE LA RECHERCHE ET DES ENTRETIENS

3.1 Les différentes démarches effectuées

3.1.1 Obtention de la démarche d'autorisation d'entretiens

Nous désirons réaliser les entretiens avec les infirmiers en chef de notre institution du C.H.Wa.Pi.⁵ sur le site de « La Dorcas ». Pour ce faire, nous avons écrit au Directeur du Département Infirmier, en date du 28 novembre 2011, afin de lui demander cette autorisation⁶. Suite à quelques renseignements sur notre guide d'entretiens auquel nous avons répondu, nous avons reçu le 11 décembre 2011 l'autorisation de mener nos entretiens. Il est à noter qu'aucun retour sur notre épreuve intégrée et nos entretiens n'a été demandé par nos directions mais aussi qu'aucune restriction n'a été émise de leur part. Nous avons essayé de réaliser cette épreuve avec la plus grande liberté possible mais nous ne pouvons attester que les cadres n'en aient parlé avec la direction infirmière ou même entre eux.

3.1.2 Le lieu

Nous optons, par choix personnel, de mener nos entretiens au sein de notre propre institution qui est le C.H.Wa.Pi., site « La Dorcas ». Cette institution est née de la fusion des quatre hôpitaux de Tournai.

Nous sommes conscients que le fait de réaliser ces entretiens dans notre propre institution peut représenter un danger, un biais. Mais pourquoi avoir choisi cet endroit ? La réponse temporelle semble la plus importante et la plus contraignante. En effet, le temps nous est compté selon les impératifs que nous nous sommes fixés mais aussi ceux indépendants de ce travail. L'accès au terrain nous est aussi facilité par sa proximité, nous évitant ainsi de longs déplacements. Face à notre sujet, nous nous sommes dit que les taux de participation seraient plus importants. La connaissance de l'endroit pourrait se révéler être un atout important pour faciliter l'expression des personnes avec qui nous voudrions nous entretenir. Mais celui-ci peut aussi devenir un biais dans le sens où la désirabilité sociale envers notre institution deviendrait un frein pour notre étude. Il

⁵ Centre Hospitalier de Wallonie Picarde

⁶ Confer annexe 1

nous faut aussi garder à l'esprit notre implication dans l'institution où nous effectuons notre recherche. Ces différents points devront être critiqués lors de nos analyses et de nos conclusions tout en surveillant l'impact qu'ils pourraient avoir sur notre recherche. Une fois de plus, cette recherche se veut personnelle et de notre propre initiative. Malgré ce danger, nous décidons de continuer ces entretiens dans notre institution.

Lors de chaque premier contact avec chaque interviewé potentiel, nous avons négocié avec lui un lieu, une date, une heure pour réaliser cet entretien. Nous abordons les personnes en évoquant vaguement notre travail et en leur donnant pour seul repère un travail de fin d'études d'école des cadres dont le sujet concerne les interrogations du cadre. Pourquoi cette généralité dans le thème du choix ? Nous voulons autant que possible éviter que ceux-ci ne préparent leurs réponses, leurs discours, ce qui en diminuerait la spontanéité et risquerait de modifier leurs propos s'ils en discutaient entre eux.

3.1.3 La population étudiée et son échantillonnage

Notre recherche s'intéresse aux cadres en soins de santé et nous avons donc demandé de manière individuelle un entretien auprès de chaque cadre travaillant au C.H.Wa.Pi., site « La Dorcas ». Ce site compte en tout 11 cadres en soins de santé. Nous faisons partie de ce cadre depuis peu de temps (moins de quatre mois au moment de réaliser nos entretiens). Nous décidons de demander une rencontre avec chaque cadre de ce site. Notre échantillon est significatif, il se base sur l'acceptation de participer à l'entretien que nous proposons. Nous dirons donc que c'est un échantillon de volontariat. Sur l'ensemble des cadres, deux seulement ont refusé de participer à l'entretien prétextant un manque de temps criant. Nous ne nous permettrons pas de juger ces refus, mais ils interrogent. Est-ce réellement par manque de temps ? Est-ce simplement le fait que la présentation que nous avons pu faire de notre travail ne les a pas convaincus de participer ? Est-ce la peur d'oser exprimer ce qu'ils ressentent dans leur travail qui ne leur a pas plu ? Peut-être n'avaient-ils pas envie de nous aider ? Ou bien simplement était-ce le moment de la demande qui n'était pas le plus propice ?

Nous reprenons ci-après l'ensemble des participants à nos entretiens. Nous leur demandons à la fin de celui-ci différents renseignements : leur ancienneté dans le métier d'infirmier, en tant que dirigeant d'unité ainsi que les diplômes en leur possession. Ces données pourraient nous être utiles lors de l'analyse de nos entretiens.

Individus	Ancienneté	Expérience cadre	Diplômes
Individu A	13 ans	1 an	- Infirmière A1 - Spécialisation S.I.A.M.U. ⁷
Individu B	15 ans	6 ans	- Infirmier A1 - Cadre en soins de santé
Individu C	12 ans	7 ans	- Infirmier A1 - Cadre en soins de santé
Individu D	28 ans	13 ans	- Infirmière A1 - Cadre en soins de santé
Individu E	25 ans	15 ans	- Infirmière A1 - Cadre en soins de santé
Individu F	32 ans	10 ans	- Infirmier A1 - Cadre en soins de santé - Diplôme S.I.S.U. ⁸
Individu G	34 ans	1 an (19 ans officieusement)	- Infirmière A1 - Cadre en soins de santé
Individu H	34 ans	23 ans	- Infirmière A1 - Cadre en soins de santé

3.2 La question de recherche

Pour lancer notre recherche, nous nous sommes posé une question de recherche, point de départ de notre travail. En effet, la méthode clinique ne se fonde pas sur l'émission d'hypothèses que nous serions alors tentés de vérifier ou au contraire de réfuter. L'hypothèse, dans le cas de cette méthode, peut même s'entrevoir comme un frein au développement de notre recherche.

Nous avons donc besoin d'une question de recherche comme point de départ et de lancement de notre étude. Celle-ci est la suivante : « *Quel sens ont l'imprévu, l'incertitude et le doute dans le travail quotidien pour les cadres en soins de santé ?* »

Pour comprendre cette question, nous retournons une nouvelle fois vers le dictionnaire et vers la définition du mot sens, du verbe signifier que nous pourrions entrevoir comme vouloir dire. Notre question revient donc à savoir, à découvrir ce que peut bien vouloir dire l'imprévu, l'incertitude et le doute pour les infirmiers en chef dans le cadre de la pratique quotidienne de leur profession mais aussi l'intervention de ceux-ci dans leur manière de percevoir et de concevoir leur métier.

⁷ Soins intensifs et aide médicale d'urgence

⁸ Soins intensifs et soins d'urgence

Le but de cette question est de savoir si nous sommes seuls à nous interroger et ainsi d'entrevoir le processus que met en place le sujet de notre recherche.

3.3 Le déroulement de la recherche

3.3.1 Questionnement des attendus

Avant de commencer une recherche, il convient de s'interroger, de lire certains ouvrages, de réfléchir pour obtenir dans un premier temps certains éléments déjà décrits. Ces différents éléments, devenus prévisibles sont les « attendus ».

Nous sommes partis de peu d'éléments soit quelques ouvrages écrits et notre réflexion. Nous nous sommes même demandé s'il fallait s'interroger sur la question du doute et de l'incertitude... Alors en quoi certains attendus auraient-ils pu nous aider, nous permettre d'avancer dans cette recherche alors que nous ne sommes même pas certains qu'ils soient une base solide à cette recherche.

Nous sommes donc partis à la rencontre des cadres en soins de santé pour découvrir si certains d'entre eux avaient rencontré les mêmes difficultés.

3.3.2 Les différents biais

Pour mener à bien notre exploration, nous nous devons de garder à l'esprit les différents biais que nous serions susceptibles d'induire ou de rencontrer. Nous tentons ici de les identifier et de les expliquer afin d'éviter certaines erreurs.

➤ Le biais de désirabilité sociale

Le biais, ici présenté, risque de se présenter lors des entretiens mais aussi lors de la rencontre inaugurale avec les acteurs. Nous pourrions l'entrevoir comme une tentative de la part de la personne de se présenter sous son meilleur jour et ce, de manière consciente ou non. La personne reste alors dans le paraître car elle manipule son image pour se montrer à son avantage. De ce fait, elle fausse les résultats de notre entretien en modifiant sa pensée, son cheminement, sa réflexion. Repérer ce biais est un défi, car nous ne pouvons pas nous mettre à la place de la personne, qui en tant que telle se raconte selon son souhait et son envie.

➤ Le lieu, l'endroit, le temps, le moment

Facilement repérables, ils sont par excellence prévisibles et peuvent donc être déterminés et les mesures pour les éviter peuvent être prises. Le choix de l'institution comme lieu d'exploration relève d'un choix personnel mais il ne doit pas être perdu de vue. L'endroit peut aussi entraîner des biais, simplement si celui-ci n'est pas adapté à l'un des protagonistes de l'entretien. En effet, un rapport de supériorité peut s'installer si celui-ci est réalisé dans un endroit rempli de sens (exemple : le bureau du directeur de nursing). Mais il doit aussi être au calme et retiré de toute source de dérangements, risquant de casser le rythme du discours de l'interviewé. Le temps et le moment doivent être opportuns pour les deux personnes participant à l'entretien pour ne pas abréger ce dernier et pour faciliter la liberté d'expression du sujet. Il devient même préférable de repousser un entretien si nous remarquons que la personne n'est pas dans les conditions optimales.

➤ Le verbal et le non-verbal

Une fois de plus, ceux-ci peuvent être interprétés par notre vis-à-vis. L'excès de paroles de notre part risque fort de perturber notre interlocuteur dans son développement ou de le guider et donc de l'influencer. La meilleure parade reste donc l'entraînement et le pré-test.

Tout comme le verbal, le non-verbal requiert une grande vigilance. Lui aussi peut influencer et de ce fait diriger les choix de la personne avec qui nous nous entretenons. Nos « mimiques » peuvent aussi être interprétées et nous devons aussi veiller au non-verbal de la personne qui nous fait face, parfois contradictoire avec ce qu'il nous raconte.

Bref, ces deux aspects doivent être travaillés en amont de nos entretiens par le pré-test et l'entraînement tout autant qu'ils doivent être interprétés, en aval, dans notre analyse.

➤ La peur du jugement et l'autocensure

La personne en face de nous peut avoir peur de ce que nous pourrions penser d'elle, donc du jugement que nous pourrions avoir d'elle. Elle risque alors de retenir certaines de ses idées, de ses pensées qu'elle considère comme néfastes pour son image. Sa réticence à parler des sujets de notre étude doit être prise en compte. Le non-verbal, de par la nervosité, la gestuelle, les regards, peut exprimer un signe de retenue. La mise en confiance, les consignes claires en début d'entretien peuvent être un moyen de diminuer ce biais sans aucune garantie. Les différentes consignes sont expliquées dans un point suivant.

➤ La présence d'une double subjectivité

Chacun, par sa présence, influe sur l'autre, de manière consciente ou non. Chacun apporte son vécu, ses expériences. L'humain est ainsi fait que tout contact influe sur l'autre : les sentiments, qu'ils soient positifs ou négatifs, entraînent toujours chez l'autre une réaction. Empreinte d'une double subjectivité, cette situation se reconnaît sans pour autant pouvoir exercer une influence dessus. Bien qu'ayant peu de maîtrise sur cette subjectivité, nous gardons cet élément à l'esprit, cherchant constamment à rester neutre mais attentifs au discours de l'autre.

➤ La non-représentativité de notre échantillon

Très ennuyante sur un sujet à vocation quantitative, celle-ci doit être gardée à l'esprit. Notre travail se veut avant tout qualitatif et se base sur un échantillon significatif et volontaire. Le biais serait ici l'absence de significativité des personnes interviewées. Mais comme tout travail où l'échantillon n'est pas représentatif, il ne permet pas la généralisation et, dans nos conclusions, nous devons garder à l'esprit que nous ne pouvons l'appliquer à tous nos résultats mais que nous devons exprimer une découverte et une certaine tentative de compréhension du phénomène.

➤ L'implication du chercheur

Une fois de plus, l'investissement du chercheur peut devenir un biais selon son degré d'implication dans la recherche. Plus celle-ci est élevée, plus il aura tendance à vouloir convaincre sans une certaine objectivité, gage d'une recherche rigoureuse. Ce biais est un des points les plus importants à surveiller dans une méthode clinique, nous avons donc décidé d'étudier notre implication dans une section peu avant notre analyse.

➤ La falsification des résultats

Celui-ci est différent dans le sens où il ne concerne que le chercheur. En effet, il s'agit ici d'un biais dû à la publication de résultats confortant le chercheur dans son exploration. Il s'agit d'une omission volontaire de résultats contradictoires à la recherche ou qui ne conviennent pas au chercheur. Celui-ci « oublie » alors de les rendre publics pour valider sa recherche.

Nous ne pouvons nous permettre un tel biais. Il convient, si nos résultats sont en désaccord avec nos attentes, de nous remettre en question et non de détourner la vérité car nous serions alors

passés à côté d'une expérience unique et notre objectivité et notre intégrité seraient remises en cause.

3.4 Les entretiens

Même si ceux-ci sont non directifs, nous devons quand même veiller à leur bonne tenue mais surtout à ce que les infirmiers en chef ne digressent pas ou ne s'éloignent pas du sujet. Même si nous considérons que l'entretien est non directif, il est empreint d'une double subjectivité dans le sens où chacun des participants à une interview vient avec ses croyances, son vécu, sa culture, sa personnalité et nous devons nous efforcer de repérer ces signes même si cela peut paraître délicat. Les entretiens seront réalisés après réception de l'autorisation du Directeur de Département Infirmier de pouvoir mener ceux-ci.

Au début de chacun d'entre eux, nous énoncerons le cadre de cette recherche ainsi que la garantie de confidentialité pour les personnes participantes. Ceux-ci seront enregistrés et les bandes ne seront destinées qu'à un usage de retranscription pour être ensuite intégralement effacées.

3.4.1 Déroulement d'un entretien

Le jour de l'entretien à l'heure dite, nous demandons de couper les téléphones et donnons les consignes suivantes :

- Nous remercions tout d'abord la personne de sa présence et de sa participation.
- Nous expliquons que cet entretien est réalisé dans le cadre de nos études de cadre en soins de santé.
- Nous précisons que la participation à l'entretien est libre et que, à tout moment et sans aucune justification de sa part, l'intéressé peut mettre fin à celui-ci.
- Nous signalons que l'entretien est enregistré tout en garantissant une confidentialité des données reçues mais aussi le fait qu'aucun nom ne sera mentionné lors des différentes étapes de notre travail.
- Nous posons alors notre question de départ : « Quelles sont les interrogations que vous vous posez sur votre pratique quotidienne de cadre d'équipe mais aussi sur votre profession de cadre ? »

Nous laissons la personne parler, réfléchir, ne la relançant que quand nous nous rendons compte que son discours s'épuise. Lorsque celui-ci devient redondant ou lorsqu'il marque la fin de notre entretien, nous concluons toujours de la même manière en demandant à la personne :

- Veut-elle ajouter quelque chose à son discours ?
- Quels sont les diplômes en sa possession et son parcours de travailleur ? Nous l'interrogeons à ce sujet en fin d'entretien afin d'éviter une réponse trop brève en rapport à la question inaugurale.
- Désire-t-elle un retour ultérieur du travail réalisé et, si oui, de quelle manière ?
- Nous remercions la personne pour sa participation.

3.4.2 La question inaugurale

Notre question inaugurale est la suivante : « Quelles interrogations vous posez-vous dans votre travail quotidien de cadre en soins de santé ? ».

Nous leur posons cette question dans le but de savoir, dans un premier temps, si nous ne sommes pas seuls à nous poser tous ces questionnements sur notre profession, notre travail et nos différents environnements.

Mais pourquoi parler d'interrogations ? Celles-ci sont présentes lorsque nous nous retrouvons face à une situation qui nous pose problème : résolution de celui-ci, conflits, manque de compréhension, manquements,... la liste de moments où nous nous questionnons peut être longue. Ces différentes interrogations entraînent plusieurs pistes de réflexion. Celle-ci peut se faire pour prévoir, que ce soit un problème, un risque mais aussi pour tenter de répondre à certaines de nos certitudes parfois en inadéquation avec la situation concernée. De même si nous nous retrouvons face à cette incertitude, le doute peut survenir et lui-même interroger.

Cette question a fait l'objet d'un pré-test afin d'en vérifier la pertinence, elle permettra aux individus de s'exprimer sur le sujet voulu. Nous en aborderons le résultat un peu plus loin.

3.4.3 Collecte des entretiens

Chaque entretien est retranscrit dans son intégralité, y compris les silences, histoire de pouvoir les analyser de manière rigoureuse et complète. Cette partie du travail fut fastidieuse et près de 35 heures furent nécessaires pour retranscrire l'ensemble des entretiens. Certains mots étaient parfois étouffés et inaudibles et il a fallu écouter plusieurs fois, de manière attentive, l'enregistrement dans le but de retranscrire de manière rigoureuse les interviews.

3.5 Le pré-test

3.5.1 Les bases du pré-test

Pour garantir les différents aspects d'un entretien, certaines conditions doivent être pré-testées ainsi que la question inaugurale et notre position de chercheur. Nous choisissons donc de mener un entretien test avec une personne elle-même infirmier en chef au C.H.Wa.Pi. mais sur un site différent. Il ne fera ainsi donc pas partie de notre population de personnes susceptibles d'être consultées par la suite.

Avec son accord, nous décidons, non seulement d'enregistrer notre entretien mais aussi de nous filmer. Ce pré-test est une grande première pour nous. En effet, jamais nous n'avions réalisé d'entretiens pour un travail aussi rigoureux. Notre implication risquant de créer un biais nous essayerons de la travailler au maximum, tout comme notre non-verbal qui risquerait d'induire ou au contraire d'empêcher la personne de continuer à s'exprimer car se pensant sur la mauvaise « voie ». Un seul débriefing est prévu en fin de séance non seulement pour recevoir les données de mon collègue mais aussi pour connaître les différents éléments qui pourraient l'avoir influencé. Nous lui avons demandé de participer à ce pré-test tout en restant vague sur la question de départ lui signalant simplement que le sujet était les interrogations que nous pouvions avoir dans notre profession de cadre.

3.5.2 Les résultats

L'installation d'une caméra avait pour but de nous rendre compte de notre non-verbal mais aussi de celui de notre vis-à-vis. Placée de profil, celle-ci n'était pas dans la meilleure position à cause du contre-jour. Malgré tout, l'expression non verbale était « analysable ». Je me suis rendu compte qu'au début de l'entretien j'étais moi-même nerveux, un peu mal à l'aise. Était-ce dû à l'enjeu ? Était-ce dû à un manque de préparation ? Était-ce dû à mon inexpérience dans la tenue d'entretiens ? J'avais pourtant préparé cet entretien consciencieusement. Certes, l'enjeu peut expliquer cette nervosité mais nous pensons que l'inexpérience en est vraisemblablement la principale responsable. Face à cela, il n'y a, malheureusement, que la pratique d'entretiens qui puisse m'aguerrir.

Suite à cette expérience, je décide de ne plus utiliser de caméra. Nous la regardons régulièrement et cela pourrait perturber nos futurs interlocuteurs, se sentant de la sorte peu écoutés. Je décide donc que seul un enregistrement vocal sera réalisé, toujours en accord avec l'interviewé.

Un lieu calme est nécessaire et les téléphones doivent être débranchés afin ne pas perturber l'entretien pour lequel chacun aura suffisamment de temps. Durant notre entretien, le téléphone de

notre interlocuteur a sonné : cette interruption de son discours a eu pour effet de le couper dans son élan. Nous avons dû lui redonner ses derniers mots-clés pour le relancer. L'intervention d'un tiers est donc plus que dommageable pour l'entretien et nous devons veiller à ce que de tels événements ne se reproduisent plus.

Sinon, le lieu était adapté, calme bien qu'au sein d'une unité de travail. Ce cadre peut être à double tranchant : d'une part, il peut mettre la personne en confiance dans son élément, ce qui facilite l'expression verbale mais d'autre part, l'un des deux protagonistes peut ressentir un sentiment d'infériorité.

Après ce pré-test, la question inaugurale nous apparaît trop générale mais la personne interrogée nous dit « structurer sa réponse ». Nous nous interrogeons, l'idée de généralité dérange-t-elle au point de devoir diriger sa réponse ? Ce flou déstabilise-t-il notre vis-à-vis au point qu'il s'interroge et que l'ordre dans lequel il exprime son discours le rassure ?

Ne risque-t-elle pas de nuire à nos entretiens dans le sens où, perdue, la personne ne sache quoi répondre ? Alors que faire ?

Cette idée de généralité, de ne pas connaître exactement la direction à prendre, où les personnes sont livrées à elles-mêmes, comme nous le vivons parfois dans notre rôle de manager, permet aussi de juger les réactions de ces personnes.

Nous avons trouvé que nos premières interventions étaient parfois maladroitement, parfois inadaptées. Nous devons veiller à ce que celles-ci, souvent placées pour rompre le silence, soient absentes de nos futurs entretiens. La prise de note de mots clés nous a quand même permis de les cibler.

Au niveau du non-verbal, pour une première dans le monde professionnel, notre stress était palpable, surtout dans les moments de silence mais aussi au début de l'entretien. Nous devons aussi veiller à l'expression de notre physionomie qui aurait pu témoigner de notre approbation ou de notre désapprobation.

3.6 L'implication du chercheur

Lors de notre recherche, nous avons réalisé que nous devions travailler sur notre implication que ce soit sur le sujet lors de la réalisation des entretiens mais aussi par rapport aux relations avec les personnes participantes aux interviews. Cette implication, trop importante, risquerait d'être un biais à la rigueur de notre travail. C'est pourquoi nous nous sommes évertués à y prêter une attention particulière.

Nous travaillons depuis presque quatre ans sur le thème du doute et celui-ci a pris une place importante tout au long de ces années. Nous ne pouvions pas laisser de côté cet aspect sous peine de remettre en cause notre rigueur de chercheur. Pour éviter ce travers, nous avons demandé l'avis de certains collègues de travail, ceux-ci ne participant pas à notre enquête, mais aussi à nos camarades de promotion. Le but de cette manœuvre était d'avoir leur avis mais aussi un autre point de vue. Prendre de la distance n'est pas facile mais nous nous rendons compte que cette démarche fait partie des compétences nécessaires à la gestion d'une équipe. Pouvoir reculer et voir la ou les situations dans leur intégralité, parfois avec un autre angle d'approche, peut finalement, débloquer celles-ci. Prendre de la distance ne veut pas non plus dire s'éloigner sous peine, au contraire, de perdre l'objectif de vue.

Nos entretiens se sont déroulés sur notre propre lieu de travail avec des personnes qu'il nous arrive de côtoyer. Ce fait a retenu toute notre attention, nous obligeant en permanence à rester le plus professionnel possible.

Il est vrai que le fait de connaître ces personnes a, de prime abord, facilité leur participation à cette recherche ainsi que leur expression, mais n'entrave-t-il pas la liberté de leur discours par peur de notre jugement ? Nous avons essayé tout au long de nos entretiens de ne pas intervenir et de contrôler notre non-verbal et de retenir nos « mimiques » qui auraient pu trahir notre pensée, notre opinion, notre avis. Nous nous sommes permis de recadrer les personnes quand cela le nécessitait tout en essayant que ces interventions perturbent le moins possible leur discours.

L'ensemble de ce travail sur notre implication nous a demandé une remise en question régulière notamment après chaque entretien, dans le but de nous améliorer dans leur conduite et ainsi de nous rendre compte si nous avons agi de la manière la plus rigoureuse possible.

CHAPITRE 4 : ANALYSES ET INTERPRETATION

4.1 Quelques éléments préalables

Avant de commencer l'analyse, nous n'avons pris en considération que sept des huit entretiens que nous avons menés. En effet, l'un d'eux était trop dirigé vers les médecins et nous ne sommes pas parvenus à le rediriger. Toutes nos tentatives ont échoué et nous considérons que nous sommes trop intervenus dans cette entrevue. Malgré tout, nous avons recueilli sept entretiens et nous considérons avoir un échantillon homogène : nous préférons donc dans un premier temps exclure le huitième tout en y revenant après nos analyses dans le but de comprendre pourquoi celui-là s'est révélé être non contributif à notre recherche.

La période d'entretien choisie n'a pour nous pas eu d'influence sur nos entretiens : ceux-ci se sont déroulés sur une période de cinq semaines entre le 6 janvier 2012 et le 8 février 2012. La période de D.I.R.H.M.⁹ est terminée depuis trois semaines et un cadre nous en parlera dans son entretien. Nous ne pensons pas que cette période ait influencé notre entretien.

Par contre, lorsque nous avons rencontré les deux premiers cadres, nous étions juste à la fin des vacances de Nouvel-An et donc une partie des deux équipes était en congé. Ce point pourrait avoir une influence sur le déroulement de l'entretien, surtout si le cadre nous parle de la charge de travail conjointement au manque de personnel. Nous en tiendrons compte dans notre analyse.

De même, au moment de nos entretiens, les quatre cliniques fusionnent pour ne plus former qu'une seule entité. Ce point-ci est important car dans certaines interviews des cadres en soins de santé nous expriment leurs incertitudes par rapport à l'avenir. De même, ils se questionnent, quant à leur place, ou ce que risque de devenir leur équipe. Nous retrouverons ces interrogations dans trois entretiens.

⁹ Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal

4.2 Analyse thématique

A la lecture et analyse de ces entretiens, nous remarquons que cinq thèmes sont présents. Il s'agit en l'occurrence du patient, de l'équipe, du rôle de l'infirmier en chef, du médecin et de sa direction. Nous allons reprendre un par un ces différents thèmes pour tenter de voir leur impact sur les interrogations que nous nous posons en amont de cette partie de notre recherche méthodologique. Nous avons, pour ce faire, compter les entretiens où le thème était repris.

➤ Les interrogations concernant le patient

Sept cadres s'interrogent sur le patient et six sur la qualité des soins qui lui sont dispensés. Les sept cadres repris dans cette analyse évoquent le patient, mais au travers de ce terme de patient, ils ressentent une certaine incompréhension de la part de celui-ci dans sa prise en charge, regrettant même un manque de reconnaissance (deux cadres évoquent ce fait) : « *on a de moins en moins cette reconnaissance et ça on en souffre de temps en temps car on a un manque de reconnaissance au niveau des patients¹⁰* ». Ils s'interrogent même sur la manière d'améliorer la perception du patient par rapport aux équipes infirmières. Deux cadres, différents des précédents cités, évoquent une évolution dans le chef des patients, avançant « *une société de consommation où les gens ne sont plus contents de rien et donc ils veulent tout, tout de suite* ». La société a-t-elle à ce point évolué que les cadres ne sont plus certains de leur prise en charge ou est-ce réellement la mentalité des gens qui s'est modifiée au cours des dernières années et les infirmiers en chef se demandent alors comment faire pour répondre à leurs attentes ? Mais les attentes du patient sont-elles superposables aux possibilités de soins que nous lui offrons ? Est-ce l'avis du patient qui nous guide ou est-ce lui qui nous interroge quant à notre manière de le prendre en charge ? Devons-nous nous adapter ou devons-nous revoir notre vision des soins ?

Dans nos entretiens, les cadres en soins de santé ont une perception positive des patients (16 occurrences). Celle-ci s'oppose à une perception négative des personnes soignées (32 occurrences). Le patient est de plus en plus exigeant et le fait savoir, mais comme un des cadres le souligne, « *certaines sont encore capables de se remettre en question* ». Le patient connaîtrait-il mieux ses droits que ses devoirs ? Est-ce le fait de ne pouvoir contenter tout le monde qui est à ce point désagréable que le cadre s'interroge ? Le risque d'une plainte est-il un spectre présent dans

¹⁰ Dans les chapitres 4 et 5 de notre partie méthodologique, il est à noter que tout ce qui se trouve en italique rapporte les propos des cadres en soins de santé interviewés.

la tête de l'infirmier en chef ? Les enquêtes de satisfaction sont-elles craintes par les responsables d'unité ? N'ont-ils pas de certitudes quant à la prise en charge adéquate du patient ? Ont-ils des doutes quant à la manière dont leurs équipes soignent les différentes personnes hospitalisées dans leurs unités ? S'interrogent-ils pour améliorer les soins dispensés, pour améliorer la qualité globale de l'unité ou pour éviter la plainte ? Est-ce le manque de reconnaissance qui les interroge eu égard aux soins dispensés, à l'énergie qu'ils fournissent ? Y-aurait-il un décalage ou des contradictions entre ce que les équipes sous la responsabilité de l'infirmier en chef peut dispenser comme soins et ce que les patients attendent de nous ?

➤ Les interrogations concernant l'équipe

Sept cadres sur les sept retenus expriment certaines interrogations concernant leurs équipes respectives. Il s'agit ici d'interprétations faites par les responsables d'unité. C'est leurs manières de percevoir les infirmiers et les paramédicaux de leur service. Ces interrogations concernent leur manière de travailler, le respect envers la hiérarchie, la manière dont celle-ci perçoit l'infirmier en chef, le sens qu'ils donnent à leur travail, leurs réactions face aux changements, leur remise en question, le but de leur travail, la place du patient dans leurs soins, ...

Les entretiens montrent chez certains cadres une tendance à comparer les « anciens » infirmiers aux « jeunes ». Ils sont cinq à exprimer une différence entre ces deux catégories alors que deux d'entre eux ne font aucun comparatif résumant ceci en équipe ou en groupe. Nombre de cadres (trois sur cinq) considèrent les jeunes comme les plus difficiles à gérer, s'interrogeant même sur leurs motivations : *« j'avais une image comme ça de la nouvelle génération d'infirmières qui est bien dans ses baskets, dans son rôle d'infirmières, compétentes, capables de prendre certaines décisions, de savoir réfléchir mais ce n'est pas forcément le cas. Je veux dire par là qu'elles n'osent pas s'affirmer, se positionner comme des gens capables de réfléchir »*. Pourrions-nous y voir une différence de perception due à l'observation du cadre, à ses croyances ou à des expériences précédentes mal vécues ? Le cadre douterait-il des compétences de son équipe ou mettrait-il en doute sa capacité d'adaptation ou de management par rapport à l'une ou l'autre génération ?

Toujours dans cette comparaison, nous remarquons que les deux groupes d'infirmières sont perçus de manière différente. Si l'une des générations d'infirmières est perçue de manière positive, l'autre le sera de manière négative.

Les anciens sont alors considérés comme des excellents seconds, des gens connaissant leur métier dans trois interviews alors que dans les deux autres, ce même personnel est considéré comme une

« charge », remettant des certificats médicaux, difficile à tirer dans l'esprit d'unicité de l'équipe : « ...je m'interroge maintenant sur mon personnel vieillissant aussi parce que j'ai une partie de l'équipe à moins de 30 ans et une partie à plus de 45, 50 ans donc finalement, il n'y a que moi entre les deux et donc je sens les arrêts maladie venir de façon récurrente pour les personnes qui ont plus de 50 ans et donc je sens que ce personnel a un peu dur à suivre. Je ne sais pas bien comment cela va tourner... ».

A l'inverse, deux cadres en soins de santé signalent la jeunesse comme un moteur de l'équipe, source de la bonne humeur tandis que pour les trois autres cadres, nous nous tournons plus vers une difficulté à leur faire confiance : « ...c'est mon rôle aussi de contrôler mais quand on a un personnel de confiance et que l'on peut déléguer à une personne qui est capable de faire ça, je ne parle pas des jeunes diplômés mais d'un personnel déjà plus ancien qui connaît bien son travail... ». Nous serions tentés de continuer cette comparaison entre anciens et nouveaux. Les infirmiers en chef percevraient-ils les anciens comme sûrs car ayant de l'expérience et, au contraire, les jeunes comme n'étant pas toujours capables, en raison de leur manque de savoir-faire et de motivation ? Mais les cadres, au travers de ce conflit de générations, présent selon ces cinq cadres, ne seraient-ils pas en train de remettre en cause leur direction d'équipe ? Cependant y-a-t-il réellement un conflit de générations ou simplement des générations différentes avec des attentes, des désirs et une vision du travail qui ne sont pas identiques ? Les écoles de nursing n'auraient-elles pas leur part de responsabilités ? Ne seraient-ils pas en train de douter quant à leur capacité à motiver ces « jeunes » et ces « anciens » infirmiers ? Doit-il adapter son management à chaque personne ? L'écart entre ce que les cadres en soins de santé attendent d'eux et ce qu'ils réalisent semble être important et la responsabilité de cette différence semble leur incomber mais aussi les toucher. Est-ce le cadre qui doit intervenir pour garder ou rénover la cohésion de l'équipe ?

Pour quatre cadres sur sept, la cohésion de l'équipe les interpelle car ils ressentent parfois certains conflits internes à l'équipe et s'inquiètent de la manière dont ceux-ci vont se résoudre, s'interrogeant quant au fait de devoir intervenir ou non. Ces cinq cadres s'interrogeant sur la cohésion de l'équipe ne seraient ils pas garant de celle-ci ? Cette gestion des conflits fait-elle aussi partie de leur rôle de dirigeants ? Si un conflit se présente et qu'ils ne peuvent pas le régler, n'en sont-ils pas responsables ? Mais d'un autre côté, l'équipe ne serait-elle pas aussi coupable que lui ? Les conflits seraient-ils générateurs d'incertitude quant à l'avenir et à la cohésion du groupe ? Seraient-ils la source de divergences nuisibles à l'équipe ? Faut-il laisser les infirmiers régler cela sans intervenir ?

Dans ces conflits, un cadre nous parle d'enjeux de pouvoir et des questionnements qu'ils entraînent : « *Je me pose des questions sur les différents types de relations qu'ils ont, les enjeux de pouvoir parce qu'il y en a quand même pas mal. Je trouve que ce qui me saute aux yeux depuis que j'ai cette fonction, c'est ça, les enjeux de pouvoir au sein du groupe ... C'est quelque chose qui m'interroge beaucoup, voir ce que ça implique, comment ça fonctionne, pourquoi ? Parce que clairement tout ça a des conséquences qui se répercutent d'une façon ou d'une autre dans le travail et dans les relations* ». Les enjeux de pouvoir et les zones d'incertitude questionneraient-ils les cadres en soins de santé ? Les conséquences dans les relations entre infirmiers sont exprimées. Faut-il en tenir compte ou pas ? Y-a-t-il un risque pour l'autorité de l'infirmier en chef ? Epreuve-t-il des craintes par rapport à cela ?

D'un autre côté, il y a les questions plus « *basiques* » : que dire, que faire, quand dois-je intervenir ? Est-ce par peur d'envenimer la situation ? Est-ce les relations qu'ils entretiennent avec leurs équipes et donc les relations humaines, qui les incitent à douter, les rendant incertains quant à l'issue de leur intervention ou de leur immobilisme ?

La complexité des relations entre humains serait une des pistes envisagées car sept cadres se demandent comment ils sont perçus par leurs équipes, certains nuancent leurs propos en disant que ceci ne guide pas leurs managements d'équipe. Un cadre nous dit qu'il ne se fait plus d'illusion sur la manière dont l'équipe le perçoit. Est-ce la question de « *plaire* » ou au contraire le risque de « *déplaire* » qui questionne ? « *Il y a cette question de se dire est-ce qu'on est bien perçu ?* » mais elle n'est exprimée que par quatre cadres sur sept interviewés. Les trois autres, certes s'interrogent, mais de manière plus pragmatique sur la perception de leur équipe : « *leur perception me touche, c'est important mais ce n'est pas ça qui doit me conduire, absolument pas !* ».

La motivation de l'équipe ou le choix du métier d'infirmier interrogent cinq cadres sur sept. En effet ceux-ci se demandent quelles sont ses motivations ? Comment pourrait-il mobiliser son groupe ? Mais, finalement, ne se demande-t-il pas pourquoi les infirmiers choisissent cette profession ? Le choix de la profession questionne tout autant : « *certaines personnes, je me demande pourquoi ils ont choisi ce métier alors comment leur en faire prendre conscience ?* ». Ces mêmes cadres pointent le manque d'initiatives et d'investissements de leurs groupes, même en prônant un « *management participatif* » que ce soit dans les décisions (5 cadres sur 7) ou dans les projets (pour 4 cadres sur 7) même si pour ces derniers ils reconnaissent que quand ils arrivent à entraîner leur équipe dans un projet, celle-ci prend finalement en main la suite (3 cadres sur 7). Les cadres interviewés se sentiraient-ils coupables du manque de motivation de leur équipe ? Ne savent-ils pas comment faire pour mobiliser leurs troupes ? La différence entre ce qu'attend leur

équipe du cadre et ce que celui-ci leur donne est à ce point si différente que les cadres en soins de santé s'en interrogent ? Un cadre nous révèle : « *Comment faire passer ce message-là de la richesse de notre métier à mes vieilles infirmières blasées, à mes jeunes infirmières qui sont encore dans la piqûre ?* » Le terme « *blasées* » est révélateur de la difficulté de motivation que rencontre cet infirmier en chef.

Les autres interrogations que se posent les cadres concernent les informations (4 cadres sur 7) qu'ils doivent fournir à l'équipe mais surtout comment celle-ci va réagir lorsqu'elle les recevra. De même lorsqu'il y a un changement de fonctionnement dans le service, comment vont répondre les infirmiers à ce changement et les conséquences de celui-ci sur l'équipe elle-même (5 cadres sur 7) ? Vont-ils voir leur routine perturbée ? Vont-ils s'adapter ou lutter contre ce changement ? « *Ce que je n'ai pas envie c'est de leur faire passer mon stress vis-à-vis des décisions qui ne me semblent pas tout à fait cohérentes et ça j'ai pas envie de la dire aux filles et je ne le dis pas mais j'essaie quand même d'arrondir les angles pour que les messages d'en-haut passent d'une certaine façon ou d'une autre* ».

La dernière interrogation des cadres concerne la qualité des soins dispensés aux patients estimant que les infirmiers sont tout aussi responsables qu'eux. Deux cadres s'interrogent par rapport à la possibilité d'améliorer cette qualité de soins mais regrettent le manque de personnel et le matériel mis à disposition. Ces deux cadres sur les sept pris en compte se demandent comment fournir des soins de qualité aux patients tout en ayant de moins en moins de personnel : « *on fait les soins mais je pense qu'en-dehors de ça on laisse le côté relationnel de côté parce que malheureusement on n'est pas en nombre* ». N'y voit-on pas une sorte d'impuissance entre ce qu'ils voudraient et ce qu'ils peuvent faire. Les moyens manquent-ils à ce point qu'ils ne peuvent assurer les soins avec qualité ? Les interrogations sont-elles dues au fait que cela les dérange de ne pouvoir effectuer des soins de qualité comme ils le voudraient. N'est-ce pas une partie importante de la profession infirmière qui est ici mise à mal ? Entre ce que nous voudrions et ce que nous avons comme possibilités actuellement. Entre désirs et capacités, il y a une marge parfois difficilement supportable pour ces cadres et, cette différence les interroge, les fait douter de la qualité des soins que leur équipe dispense. Pour les responsables d'unité, les infirmiers doivent choisir entre faire tous les soins prioritaires ou faire un patient en nursing intégré mais ils ne savent dès lors pas tout faire.

Chaque cadre interviewé voit en son équipe un côté positif et un côté négatif, tout autant qu'il nuance ses propos : « *ils sont consciencieux mais il faut parfois amener à faire...* ». Cette dualité entraînerait-elle des interrogations dans le chef de l'infirmier responsable d'une unité ? Se sent-il

à ce point impliqué que certains points qu'il relève le font douter quant à l'implication des membres de son équipe ? Désirerait-il que son équipe ait la même implication que lui dans sa profession ?

➤ Les interrogations concernant le rôle du cadre en soins de santé

C'est ici que nous remarquons l'étendue des différentes tâches que l'infirmier en chef réalise. Les activités d'un cadre en soins de santé sont multiples et variées et provoquent chez le responsable d'unité un grand nombre d'interrogations.

Nous notons que la responsabilité du cadre en soins de santé est souvent évoquée dans sa gestion quotidienne d'une unité (7 cadres). Cette mission concerne la prise en charge du patient (7 cadres), la qualité des soins dispensés (6 cadres), la continuité des soins (2 cadres), le contrôle des différentes tâches effectuées par le personnel (4 cadres), le dossier infirmier (2 cadres), la cohésion de l'équipe (5 cadres), les différentes charges administratives (2 cadres). La responsabilité de l'infirmier en chef lui pose plusieurs questions : « *Autre grande interrogation, avoir la qualité du travail qu'on donne avec toutes les contraintes. On essaye d'avoir cette philosophie-là, de donner des soins de qualité mais on est parfois amené à faire des priorités, à faire un choix et on ne sait pas donner le maximum de ce qu'on voudrait donner... au bout d'un moment ça laisse des traces* » ; « *on a une évolution assez importante de la charge administrative et on se pose pas mal de questions par rapport à ça parce que c'est toujours plus et jamais moins et beaucoup de contraintes, d'échelles à remplir, de déclarations en tout genre en plus du dossier infirmier bien tenu d'un point de vue légal* ». Les différentes responsabilités des cadres les contraindraient-ils ? Doivent-ils rendre des comptes au point de se sentir responsables de tout ?

La gestion de l'équipe les interroge aussi (7 cadres). Dans cette gestion nous retrouvons des interrogations concernant les remarques à faire à un membre de l'équipe (4 cadres), la formation (3 cadres), l'évaluation (3 cadres), les réunions de service (3 cadres), la résolution de problèmes (5 cadres), la gestion de conflits (4 cadres), motiver l'équipe (5 cadres), la prise de décisions (4 cadres), l'organisation de service (4 cadres), l'horaire (3 cadres).

Pour la remarque, l'infirmier en chef se demande comment adresser celle-ci à un membre de l'équipe : « *quand je fais une remarque à quelqu'un, après je me demande toujours est-ce que c'est comme ça que j'aurais dû le dire ?* ».

L'évaluation est un moment de partage entre le cadre et l'infirmier où ceux-ci peuvent échanger et où le membre de l'équipe peut exprimer ce qu'il pense du management du responsable de l'unité : « *d'abord, c'est une auto-évaluation et ensuite on discute, par exemple quelles sont tes remarques*

par rapport à ma position vis-à-vis de toi, au contact que l'on a...Est-ce que tu trouves que je devrais gérer autrement,... » ; « Le bilan de compétences n'est qu'une excuse pour qu'on ait un tête à tête et que l'on puisse revoir les activités du service et voir là où l'infirmière a vraiment son rôle et où elle peut travailler ».

Les réunions de services, la résolution de problèmes et la prise de décisions sont trois moments où les cadres en soins de santé développent un management participatif où l'équipe intervient autant que lui dans les décisions mais il lui arrive de les prendre seul. Les interrogations à ce niveau-là concernent surtout le choix et les conséquences : *« Quand on prend une décision, est-ce qu'elle a été bien pesée, bien réfléchi, bien prise ? ».*

La gestion de conflits questionne souvent dans le sens de savoir s'il faut intervenir ou pas et si on s'en sent capable.

Au niveau de la motivation, c'est surtout celle des membres de l'équipe qui pose question. L'infirmier en chef cherche à motiver son groupe mais les directives de la direction peuvent démotiver. De même, les motivations quant au choix de la profession de certains soignants interrogent certains cadres. Certains cadres se demandent pourquoi des membres de leurs équipes ont choisi ce métier.

L'organisation de service et l'horaire l'entraînent dans des questionnements. Un cadre recherche l'équité pour tout le monde mais avoue avoir quelques difficultés face à ceux qui ne répondent pas à ses attentes. De même lorsque les circonstances sont contraires, selon un infirmier en chef, chacun doit donner de sa personne et l'horaire est alors modifié.

Face à toutes ces interrogations sur le rôle du cadre en soins de santé, certains points nous sont apparus comme inattendus. La perception de l'équipe est évoquée par les sept cadres. Trois cadres en tiennent compte : *« Moi j'attache beaucoup d'importance à ça, je suis fort émotif, j'ai vite les larmes au yeux et quand je vois qu'on est critiqué à tort... ».* Trois autres nuancent cependant leurs propos : *« leur perception me touche, c'est important mais ce n'est pas ça qui doit me conduire, absolument pas ».* Un infirmier en chef nous rapporte ne pas y prêter attention et qu'il y a bien longtemps qu'il ne s'en fait plus à ce sujet.

Trois cadres nous parlent de tests qu'ils ont subis de la part de leur équipe. L'un d'eux jusqu'à parler de dilemme dans un cas : *« Quand une infirmière me dit : chef je n'ai pas su faire la prise de sang d'untel, si je la loupe, on risque de dire le chef non plus n'a pas su la faire ! Donc, c'est un dilemme, il y a plusieurs possibilités : soit si tu n'as pas su la faire je ne ferai probablement pas mieux donc valorisation de mon infirmière, soit l'infirmière vient me dire ça mais on sent une provocation et là c'est plus délicat, j'ai peur des conséquences si je dis si tu n'es pas arrivée je ».*

n'y arriverai pas non plus. Il est possible que par après en discussion on dise il n'a même pas essayé, ça pourrait être même interprété différemment par rapport à la personnalité des gens, et si je vais la faire et que la loupe : le chef ne sait plus faire les prises de sang et si je la réussis c'est normal il est chef dans tous les cas je suis perdant face à cette personne-là. J'ai l'impression qu'on est souvent mis sur la balance, on entend parfois si moi j'étais chef je ne ferais pas ça comme ça, donc c'est par rapport à ce genre de personnalité-là que c'est plus délicat ».

Deux cadres nous parlent d'anticipation dans le but d'éviter les problèmes ou les imprévus. Un responsable d'équipe essaie de prévoir les conséquences qu'il pourrait y avoir : « ...je me pose des questions de savoir les conséquences, ce que cela impliquera ou provoquera et j'essaie toujours d'anticiper donc c'est ça qui est compliqué pour moi, c'est que j'anticipe ». Le deuxième cadre tenterait plutôt d'organiser son service au niveau des entrées et des sorties des patients.

Dans leur gestion d'équipe, trois cadres nous révèlent certains faits. Le premier nous dit passer des nuits blanches à réfléchir, à s'interroger au sujets de conflits qu'il a eus avec un membre de son unité : « ...je peux t'assurer que je passe parfois des nuits blanches, quand j'ai un soucis et que je me dis comment je vais régler ça... ». Le deuxième nous parle de réveil nocturne mettant en cause des erreurs et des interrogations qu'il a vis-à-vis de celles-ci. Le troisième quant à lui nous dit retourner chez lui en pensant encore à sa journée de travail et se pose encore des questions sur les problèmes rencontrés durant la journée.

Mais pourquoi tant d'interrogations dans leur chef ? Est-ce le poids des responsabilités ? Est-ce la peur de l'erreur ou de l'échec ? Serait-ce sa position centrale ? N'y-a-t-il pas autre chose ? Les contraintes présentes au sein de tout système ne seraient-elles pas une des causes ? Doutent-ils de leurs compétences ? L'incertitude qui plane quant aux résultats conjugués à la crainte de l'échec n'engendrerait-elle pas toutes ces questions ?

➤ Les interrogations concernant les médecins

Les interrogations sont fonction soit des relations entre infirmiers et médecins soit dans la manière dont les médecins perçoivent les infirmiers. Cinq des infirmières et infirmiers en chef entretenus parlent du médecin. Quatre le font de manière aussi bien positive que négative. Un seul voit les médecins de façon entièrement positive.

La perception de la collaboration avec le médecin par ces quatre cadres les interroge : ils se sentent confinés dans le rôle d' « outils » du médecin alors qu'ils désireraient une collaboration plus étroite entre les deux professions tout en ne sachant pas comment entreprendre ce

changement : « Certains médecins ont une certaine tendance à considérer l'infirmière comme la bonne à faire des transferts, comme un outil en tout cas du médecin qui lui permettrait de rentabiliser un maximum son activité » et d'ajouter que « cela ne correspond pas du tout à ce que j'avais imaginer » mais aussi « je ne suis pas prêt à cautionner ce genre de fonctionnement » pour conclure « faire de la tarification médicale, ça me gonfle mais quand on est dans un système où c'est instauré depuis bien longtemps, il y a un moment on a pas le choix, il faut le faire et réfléchir, poser des questions... »

De même deux cadres révèlent un manque de reconnaissance de la part des médecins, rendant « pesantes » leurs relations au quotidien. Par contre, les deux autres cadres reconnaissent quelques difficultés avec certains médecins tout en ayant de la reconnaissance de leur part.

Le seul cadre nous révélant un caractère extrêmement positif de sa relation avec les médecins, sept occurrences sur sept, toutes positives, signale une « communication et un partage des informations » mais aussi une liberté d'action dans sa gestion d'équipe. Pourtant selon ses propres dires, il nous parle « d'essayer de répondre à un maximum d'exigences tout en alliant une certaine qualité pour les médecins. Il faut faire en sorte que les médecins soient contents ». Sommes-nous là pour le bien-être du patient, pour le bien-être du médecin ou pour notre bien-être ?

Le seul cadre ayant une vision positive des médecins est-il à ce point sûr de lui et de sa relation avec les médecins qu'il ne doute plus et qu'aucune interrogation ne lui vient lorsqu'il parle de ceux-ci. Sa relation de travail avec les médecins lui suffit-elle ? Répond-elle à ses attentes ?

Pourquoi tant d'interrogations sur les médecins ? Ne sommes-nous pas censés travailler de commun accord ?

➤ Les interrogations concernant la direction

Une fois de plus nous pouvons voir deux tendances se dégager des sept entretiens menés. Trois d'entre eux font une différence entre la direction infirmière et les autres directions que celles-ci soient la direction des ressources humaines ou la direction générale. Lorsqu'une distinction est faite, les autres directions sont toutes perçues de manière négative au contraire de la direction infirmière voyant en elle « une écoute attentive » et un « soutien » même si celle-ci n'a pas de réponses ou de solutions à proposer.

S'il n'y a aucune distinction faite entre les deux types de directions (3 cadres), les cadres reprennent alors ces deux unités comme une seule et ils en expriment aussi bien des aspects positifs que négatifs.

Les directions autres que les responsables infirmiers sont considérées comme en décalage par rapport au terrain que sont les unités pour ces six cadres en soins de santé relevant même « *ils nous chapeautent mais nous ne faisons pas partie du même monde* ». Pourquoi parler de monde différent alors que nous travaillons finalement dans la même institution ? Est ce la réalité de chacun qui est différente ?

Un seul considère ne pas devoir se poser de questions car celle-ci « *répond à ses attentes* » mais aussi il épouse complètement « *la culture de l'entreprise* ». A-t-il une confiance totale dans les différentes directions au point de ne pas devoir s'interroger ? A-t-il simplement la même vision qu'elles des soins et du fonctionnement de l'entreprise ?

Concernant la liberté de fonctionner, trois d'entre eux soulignent pourtant devoir rendre des comptes concernant leurs activités.

Les cadres s'interrogent-ils parce que leurs attentes vis-à-vis de leur direction ne sont pas atteintes ? Y-a-t-il une vision à ce point différente entre les différentes directions et les cadres que ceux-ci finissent par douter de ce qu'ils doivent faire ? N'y-a-t-il pas un manque de reconnaissance ? La différence de vision et d'approche concernant une institution hospitalière ne serait-elle pas la base de cette incompréhension entre les différentes parties ? Serait-ce la différence entre le « *théorique* » des directions et la « *pratique* » du terrain qui serait en cause ? Différence entre ce que les directions veulent de nous et ce que nous pouvons réaliser avec toutes les contraintes, les obligations, les moyens, les possibilités, les ressources : « *les recommandations, les indications, les obligations données par la direction c'est du bureaucratique et pas du pratique* ».

4.3 Analyse catégorielle

Nous continuons notre analyse des entretiens menés par une analyse catégorielle des termes employés par nos cadres en soins de santé. Après avoir réfléchi sur la manière d'analyser cette partie, nous nous sommes rendu compte qu'il serait plus adéquat de mettre en évidence les différentes oppositions ou nuances auxquelles les cadres en soins de santé peuvent être confrontés, si tant est qu'elles existent.

Pour cette deuxième partie d'analyse nous nous sommes penchés sur les termes modalisateurs. Les termes modalisateurs permettent en fait à la personne interviewée d'exprimer un commentaire sur le contenu de son discours, ici en l'occurrence son entretien, de donner son jugement, ses

réflexions, ses sentiments. Ces termes sont des adverbes, des adjectifs ou des verbes. Le verbe lui-même peut être modalisateur tout autant que sa forme employée. Par exemple, le verbe *devoir* peut exprimer l'obligation d'exécuter une tâche dans son utilisation au présent de l'indicatif : il doit compléter son dossier après chaque toilette. Si ce verbe est conjugué au présent du conditionnel, celui-ci prend une tout autre signification : il devrait compléter son dossier infirmier après ses toilettes. Le verbe *devoir* dans ce dernier exemple exprime le souhait de la personne sans aucune certitude que celui-ci le fasse ou ne modifie son comportement par rapport au souhait de l'infirmier en chef.

4.3.1 Analyse des adverbes

Pour cette analyse nous avons regroupé tous les adverbes dans une colonne et noté leurs occurrences par entretien ainsi que l'unité de contexte.

Tout au long des entretiens, les adverbes se sont multipliés. Nous avons dénombré 147 adverbes différents sur les 7 entretiens analysés. Mais certains de ces adverbes peuvent avoir une double signification. En effet, si l'un de ces adverbes est précédé d'une négation, dans son unité de contexte celui-ci prend un sens diamétralement opposé.

➤ Les adverbes interrogatifs

Nous retrouvons des adverbes interrogatifs. Ceux-ci sont : comment, quand, est-ce que, pourquoi. Les termes *comment* et *quand* sont présents dans les sept entretiens et renseignent une interrogation sur la manière de pouvoir faire quelque chose ou sur le moment de la réponse.

L'interrogation commençant par *est-ce que*, présente dans six entretiens sur sept, indique que la personne s'interroge, sans pouvoir en déterminer la nature sans son unité de contexte.

L'adverbe *pourquoi* est présent dans deux entretiens et tente de déterminer une cause par rapport à une interrogation.

Ces adverbes permettent de comprendre le genre d'interrogations que se posent les cadres en soins de santé interviewés. L'adverbe *comment*, désignant la manière, revient 50 fois dans les sept entretiens analysés. Les types de questions concernant la manière sont nombreux et disparates. Les cadres s'interrogent sur leur manière de gérer leur équipe, sur le comportement des patients, des membres de l'unité, des médecins, de la direction, voire même de leur propre comportement. « Avant d'avoir une réunion de service ça cogite dans ma tête : comment présenter les choses et tout ça s'il y a un petit conflit ? Comment je vais réagir ? ».

L'adverbe *quand* est présent à 102 reprises. Nous le retrouvons dans tous les entretiens retenus. L'adverbe *quand* désigne soit une interrogation de temps, soit il précise un moment. Tout au long des entretiens, le temps d'action est précisé mais ce qui retient notre attention, c'est qu'il est souvent déclencheur d'une interrogation : « *faire de la tarification médicale, moi ça me gonfle mais quand on est parachuté dans un système où c'est instauré depuis bien longtemps, il y a un moment, on n'a pas le choix, il faut le faire et réfléchir, poser des questions encore une fois. Comment peut-on faire pour changer, faire en sorte que les médecins fassent leurs tarifications médicales comme cela se fait ailleurs ?* ». Les questions que peuvent se poser les cadres sont régulièrement associées à un événement qu'ils ont découvert, analysé et qui leur a posé problème. Serait-ce l'événement, dérangeant car contraire à leur optique, leur vision de la profession qui les ferait réagir ?

L'interrogation *est-ce que* est dénombrée à 57 reprises. Elle marque les interrogations que se posent les infirmiers en chef entretenus. Ce terme n'est pas d'une précision ou d'une compréhension facile car il n'exprime ni le lieu, ni le temps, ni la manière. Il dépend en fait de son contexte et est sujet à une multitude d'interrogations sur des sujets aussi vastes que le rôle propre, l'équipe, le corps médical, la direction ou le patient. Il permet de s'interroger : « *Est-ce que je fais ce qu'il faut pour les gens de mon équipe ?* », « *je ne peux pas comprendre que des gens de l'équipe ne fassent jamais certaines choses et pourtant ça se passe comme ça et je ne le veux pas donc ça me pose question : est-ce que c'est à cause de moi, est-ce que je n'y arrive pas ?* ». Mais il permet aussi d'interroger les différents membres de son équipe : « *est-ce que tu trouves que je devrais gérer autrement ?* ». Chaque cadre répond à sa façon à ces interrogations parfois de manière certaine, parfois de manière plus nuancée parfois même ils n'ont, pour l'instant, aucune réponse : « *Voilà mes questions et tu vas me demander quelles sont les réponses mais je les ai pas, c'est un travail quotidien* ».

La locution adverbiale interrogative *est-ce que* nous montre que les cadres s'interrogent et que les sujets d'interrogation sont nombreux. Mais qu'est-ce qui fait que les cadres s'interrogent autant ? Serait-ce leur position de responsables qui les amène à s'interroger ? Pourtant à y regarder de plus près, la réponse à une cette interrogation *est-ce que* ne serait ni plus ni moins qu'un oui ou un non. Pourtant les cadres non seulement expliquent leur réponse mais, en plus, la nuancent laissant ainsi transparaître une certaine complexité dans les situations mais aussi un certain manque de certitudes dans leurs réponses comme si celles-ci se voulaient multiples et différentes selon les personnes et les situations.

L'adverbe interrogatif *pourquoi* est présent une fois dans chacun des deux entretiens où nous l'avons recensé. Il interroge sur la cause : « *Mais si on choisit cette fonction, c'est pour bien la*

faire autrement je ne vois pas pourquoi ? Si c'est l'intérêt financier, sincèrement c'est beaucoup d'emmerdes pour pas grand chose ! ». Nous pourrions nous interroger sur le peu de causes dans le questionnement des cadres en soins de santé mais nous remarquons que le terme « parce que » est présent 132 fois dans les sept entretiens menés. Cette conjonction marque le motif, la cause et donc les cadres expriment effectivement des raisons au travers de leurs réponses. Toujours est-il qu'ils se sont interrogés sur la raison de leur travail et la manière de réaliser celui-ci. Fournir des raisons ne serait-il pas un moyen de légitimer celui-ci, que ce soit dans la décision ou dans la réponse.

Un autre point demeure aussi. Nous remarquons l'absence de l'adverbe *combien* marquant une interrogation de la durée, de la quantité. Celui-ci n'est peut-être pas présent mais deux des cadres entretenus s'interrogent quand même sur la quantité, sur le fait de savoir le temps qu'il tiendront à la tête de leur équipe, de savoir combien de temps les questions perdureront dans leur travail : « *Je me demande si, en tant que nouvelle cadre, si ces questions m'occuperont autant l'esprit dans dix, quinze, vingt ans que maintenant et à la limite j'aurais envie de répondre je l'espère* ».

Les infirmiers en chef éprouvent-ils tant de difficultés qu'ils se demandent combien de temps ils resteront à la tête de leur équipe ? Mais nous pourrions tout aussi bien y voir, comme le soulignent deux d'entre eux, de savoir si c'était réellement ce qu'ils recherchaient en se lançant dans la direction d'équipe. Les contradictions, les oppositions, les difficultés, l'inconfort, les incertitudes, les questions, les interrogations, les doutes, l'énergie à fournir auraient-ils raison de la volonté des cadres en soins de santé ?

➤ Les autres types d'adverbes

Les adverbes interrogatifs ne sont pas les seuls présents. Nous retrouvons d'autres adverbes marquant l'affirmation, la négation, la manière, le lieu, le temps, les relations logiques ou la liaison.

Les adverbes d'affirmation sont présents tout au long des sept entretiens que nous analysons ici. Les différents adverbes affirmatifs sont oui, bien sûr, certainement, vraiment, sans doute, justement, positivement, absolument, parfaitement, essentiellement, fondamentalement, tout à fait, toujours, évidemment, forcément, clairement... Les infirmiers en chef s'expriment : « *Et forcément, ce que les gens pensent de moi, ça a une importance* » ; « *Quand il y a des dysfonctionnements, des problèmes qui sont clairement pointés, que je peux clairement visualiser, d'autant plus que je viens de l'extérieur et donc, ce sont des choses qui me sautent plus au yeux* » ; « *j'essaie toujours d'anticiper* ».

Ce qui peut être affirmé peut aussi être infirmé et ces adverbes, nous les rencontrons aussi tout au long des sept entretiens que nous avons analysés. Certains sont des antonymes des adverbes cités juste avant, d'autres sont repris avec une négation. Tout comme les premiers, ils dépendent de leur unité de contexte, en l'occurrence la phrase dans laquelle ils se trouvent. Les différents adverbes sont : non, certainement pas, pas vraiment, ce n'est justement pas, négativement, ce n'est absolument pas, pas tout à fait, pas toujours... « *On ne se rend pas toujours compte qu'il y a une charge de travail importante* » ; « *... jouer à la secrétaire du médecin et remplir les papiers et pour dire aux infirmiers vous devez faire comme ça et comme cela, cela ne m'intéresse pas du tout* ».

Les cadres utilisent les adverbes affirmatifs lorsque ceux-ci viennent confirmer une chose avec laquelle ils sont d'accord. L'harmonie se fait alors ressentir. Si nous prenons l'exemple de la direction, lorsque les cadres ressentent une écoute de la part de leur direction infirmière, on voit que les termes positifs apparaissent : « *heureusement, on a quand même des cadres qui nous écoutent, une direction de nursing qui nous écoute, c'est vrai qu'on a connu autre chose, on peut comparer là aussi mais la charge est là et voilà* », de même : « *lorsque j'ai un souci avec des médecins, je peux envoyer un mail, donner un coup de fil, j'ai une réponse très rapide. J'ai déjà eu plusieurs réunions avec lui et je dois dire qu'il est à l'écoute aussi. Donc ma direction, j'estime avoir de l'écoute* ».

Pourtant si nous nous tournons vers la direction autre que la direction infirmière et que celle-ci ne répond aux attentes du cadre, nous voyons apparaître des adverbes négatifs : « *avec la direction des ressources humaines, on n'a pas toujours les réponses que l'on devrait avoir parce qu'ils prennent des décisions qui n'ont rien à voir avec le terrain* ».

Mais ces adverbes d'affirmation et de négation ne sont pas les seuls, nous retrouvons aussi des adverbes de manière : beaucoup, bien, calmement, très, tellement, tout, tranquillement, plus, moins, oralement, tranquillement, naturellement, mieux, fort, posément, rapidement, complètement, séparément, personnellement, doucement, différemment, simplement, spontanément, individuellement, directement, suffisamment... Ceux-ci sont nombreux mais n'ont pas qu'un seul sens. Certains peuvent vouloir signifier autant la quantité, que la manière, que la durée :

« *... il existe deux manières d'aborder les gens, de dire bonjour : une manière qui créera automatiquement une plainte et une manière qui sera bien acceptée mais encore une fois l'éducation personnelle qu'on a reçue dans son enfance, ça joue un grand rôle* ». Mais même un adverbe marquant la manière peut, dans son unité de contexte, devenir un renforcement d'une position à laquelle le cadre vient opposer une autre affirmation. L'opposition est une fois de plus

marquée. Interrogerait-elle le cadre, douterait-il de la certitude des deux au point de devoir annoncer les deux exprimant ainsi la possibilité qu'un choix doit être effectué.

D'autres adverbes nuancent leurs propos : peu, quasiment, toutefois, plus ou moins, généralement, en général, tout du moins, parfois, pourtant, au mieux, éventuellement...

« Le processus qui consiste à moi prendre du recul et essayer éventuellement de provoquer certaines choses sur base d'une information et puis voir une équipe qui trouve la solution, qui comprend qu'il y a ça à mettre en place, moi je suis aux anges... ».

Mais que les cadres de santé utilisent des adverbes ne nous étonne pas. Rien n'est pas que positif ou négatif, les cadres ont une tendance à nuancer leurs propos. C'est à ce moment-là que les adverbes prennent tout leur sens. Les cadres s'expriment en utilisant des adverbes positifs avec une négation pour dire le contraire ou nuancer leurs discours : *«... et là, ça ne répond pas tout à fait à mes attentes »*. Est-ce que seuls certains aspects de la vie quotidienne du cadre ne répondent pas à ses attentes ? Ou bien est-ce l'ensemble de ce qu'il vit tous les jours ?

Les cadres ne seraient-ils pas certains de ce qu'ils avancent au point de nuancer leurs propos ? Utiliseraient-ils cette nuance car, par rapport à ce qu'ils voudraient, ils ne se retrouvent pas tout à fait dans la situation où ils ne savent pas avec certitude ce qui est le mieux ? Pourtant certaines fois, ils expriment une affirmation ; est-ce justement parce que à ce moment-là, ils ont vraiment l'impression d'être certains d'eux ou bien parce que jusque là, ils répondent à leurs interrogations ? Peut-être rencontrent-ils tout simplement leurs attentes ?

L'utilisation d'adverbes négatifs pourrait être la « non-rencontre » de leurs attentes. Ils se rendent peut-être compte qu'ils doivent encore s'interroger, se poser les « bonnes » questions, trouver d'autres moyens, d'autres résultats pour rencontrer ces attentes et qu'ils ignorent peut-être comment faire ou comment y arriver. Mais qu'est-ce qu'une « bonne » ou une « mauvaise » question ? Quelques choses qui leur permet d'avancer ? Une interrogation qui les fait réfléchir mais qui fait aussi réfléchir son équipe ?

Nous remarquons que les cadres émettent une idée, un jugement, une opinion qu'ils viennent ensuite nuancer : *« j'ai l'impression qu'une fois qu'ils ont fini leur journée, ils l'ont finie. Pourtant ils sont assez consciencieux dans ce qu'ils font, mais, il faut parfois amener à faire » ; « oui, je me pose des questions, mais je reste relativement lucide, je me doutais bien que c'est le genre de choses qui pourraient arriver, malheureusement, c'est très souvent le cas... ».*

4.3.2 Analyse des verbes

➤ Les verbes modaux

Nous nous sommes penchés sur les verbes modaux car ceux-ci expriment la pensée, les jugements, les opinions, les avis de la personne sur son propre discours, ce qu'elle croit être la meilleure perception de la réalité pour elle sans pourtant en avoir la certitude. Nous avons recensé la présence de ces verbes dans chaque entretien.

Penser est présent 63 fois dans les sept entretiens analysés mais présente la particularité d'être modéré car suivi soit d'un adverbe soit d'une conjonction. Parfois l'unité de contexte joue un rôle quant à savoir s'il est réellement avéré pour la personne. « *Maintenant, je pense que pour certaines choses, il faut être plus directif mais, là aussi, je me pose la question de savoir les conséquences que cela impliquera* ». Même s'il semble admettre le fait qu'il devrait être plus directif pour certaines choses, cette directivité le questionne et rend alors son choix plus difficile. L'expression *je pense* établit le fait que d'être plus directif est la meilleure des solutions pour ce cadre. Pourtant, il n'y a aucune certitude pour lui quant à la vérité de cette affirmation, juste une impression. « *Au niveau des questions, je pense que c'est aussi normal de s'en poser, se poser des questions qui nous permettent d'évoluer, de nous repositionner, c'est nécessaire* ». A nouveau, ici les interrogations sont perçues comme une évolution mais ce n'est l'avis que de cette personne, sa perception qui ne sera peut-être pas la même pour quelqu'un d'autre. Les perceptions seraient-elles propres à la personne ? Y-aurait-il des doutes quant à l'impression que les cadres ont de leurs pensées ?

Le verbe *essayer* vient ensuite. Il est présent 44 fois dans 6 entretiens sur sept. « *J'essaye d'anticiper, de prévoir la façon dont les gens vont pouvoir recevoir ce que je leur donne et donc d'adapter mes décisions en fonction de ça* ». Même s'il y a une tentative, il n'apporte aucune garantie quant à la réussite. Les infirmiers en chef s'en rendent bien compte, ils utiliseraient plutôt un verbe comme faire ou tout autre verbe d'action mais ici le verbe « *essayer* » vient nuancer son action, c'est-à-dire qu'il va tenter mais qu'il n'est pas certain ni de lui, ni du résultat. Les cadres interviewés essayent mais comme ils le disent eux-mêmes dans chacun de leurs entretiens, ils travaillent sur et avec l'humain et les réactions, voire leurs propres réactions, viennent jouer un rôle important dans l'échec ou la réussite de leur entreprise. « *Mais en période de congés, il faut faire un choix, j'essaye d'être équitable pour tout le monde* ». Sous-entend-t-il que des fois il est équitable et d'autres non ?

Les cadres tenteraient-ils des choses ? Se risqueraient-ils dans des actions dont ils ne connaissent, finalement, pas l'issue ? Prendraient-ils un risque pour en retirer un bénéfice ? Oseraient-ils quelque chose pour s'améliorer ou améliorer leur service ?

Le verbe *poser* revient, quant à lui, 36 fois dans cinq entretiens sur sept. Lorsque le sujet parle, il utilise le mode réfléchi : *je me pose* qui est soit suivi du terme interrogation, soit du terme question. Nous y retrouvons régulièrement un adverbe marquant l'intensité d'un point de vue temporel. Souvent, parfois, régulièrement,... sont ainsi utilisés pour marquer l'intervalle de temps séparant deux questions concernant le sujet. Voudraient-ils dire que ces interrogations reviennent régulièrement ? Que celles-ci les font réfléchir plus d'une fois ? Qu'ils remarquent que le problème est présent et pas encore réglé ? Qu'ils se demandent s'ils ne devraient pas intervenir ?

➤ Le conditionnel présent

Le conditionnel marque que quelque chose peut, dans un futur proche ou lointain, arriver mais il n'y a là aucune certitude, tout comme le cadre en émet le doute. Entre vouloir et pouvoir, le cadre s'interroge. N'a-t-il pas les moyens ou les ressources nécessaires à sa pratique ? Le changement lui ferait-il peur ? Est-ce les conséquences qu'il ne peut prévoir qui l'en empêchent ?

Maintenant, nous nous rendons compte que certains utilisent le temps conditionnel pour tenter de passer une affirmation sans aucune garantie de réussite que ce soit de leur action ou bien de la validité de ce qu'ils comptent faire. Les verbes devoir, pouvoir, vouloir sont ainsi utilisés au conditionnel : « *je crois que quelque part on fait des choses que l'on ne devrait pas faire mais on le fait pour que le service tourne bien* » ; « *...je voudrais que tout soit parfait, malheureusement, ce n'est pas possible alors du fait que je n'arrive pas à ce que ça soit parfait je me remets en question...* »

4.3.3 Analyse des conjonctions de coordination

Les conjonctions de coordination ont pour but de relier deux mots ou phrases. Nous avons compté chacune de celles-ci pour ensuite les classer selon les phrases qu'elles reliaient en tenant compte de la polarité que la personne interviewée donnait à ces mêmes phrases. Il existe différentes conjonctions de coordination. Celles-ci expriment l'addition de deux idées ou leur succession (et), la possibilité de deux ou plusieurs choix (ou), l'exclusion (ni), la conclusion ou la conséquence (donc), l'explication ou la cause (car), l'opposition (mais, or).

La conjonction *et* revient à 523 reprises dans nos sept entretiens mais elles ne soutiennent pas toutes l'addition de deux idées, semblant renforcer la deuxième. Dans 73 cas, il nous apparaît que certaines conjonctions coordonnent deux éléments opposés : « *l'avantage et l'inconvénient* », « *je dis souvent on peut faire des bêtises pendant vingt ans et appeler ça de l'expérience* ». C'est une succession d'idées mais mettant en opposition deux points de vue. Celle-ci obligerait-elle le cadre en soins de santé à choisir ? S'interrogerait-il par rapport à la situation qui lui propose des éléments contraires ?

La conjonction *ou* indique la possibilité d'un ou plusieurs choix. Présent à 70 reprises dans les entretiens analysés dans un premier temps, le *ou* renseigne sur les différents choix ou les différentes solutions que les cadres trouvent à leurs questions ou qui se présentent à eux : « *est-ce qu'il y a trop de travail ou c'est moi qui organise mal mon travail ?* ». Sur 70 occurrences, la réponse, quant au choix effectué, semble facile ou, au contraire, difficile mais elle est le plus souvent nuancée : « *j'ai pas l'impression qu'il y ait eu un choc avant et après pour eux parce que ça s'est fait doucement et progressivement mais j'ai l'impression qu'après ces mois il y a quand même pas mal de choses qui ont bougé ou c'est moi qui me plante complètement et rien n'a bougé mais j'ai quand même cette impression-la* ». Parfois même ces choix présentés sont diamétralement opposés : en parlant des changements, « *ça a une répercussion, ça mobilise tout le groupe positivement ou négativement d'ailleurs et ça c'est vraiment quelque chose qui m'intéresse* ».

La conjonction *ni* renvoie vers l'exclusion. Elle est ici présente quatre fois dans deux entretiens. Elle concerne des personnes, « *j'ai déjà eu plusieurs réunions avec lui et je dois dire qu'il est à l'écoute aussi, donc de ma direction infirmière j'estime avoir de l'écoute. Je ne dirai pas la même chose de la direction des ressources humaines ni de la direction supérieure...* », mais aussi des situations ressenties, « *je pense que le risque fait partie intégrante de la vie professionnelle et autre aussi d'ailleurs. Ce n'est pas le risque qui me dérange ni qui me fait peur, c'est ça qui nous tient à l'écoute* ». Nous remarquons qu'ici, en plus de marquer l'exclusion, elle renforce l'opposition entre la direction infirmière et les autres directions. Les cadres ont-ils un si grand soutien de leur département infirmier qu'ils ne voient pas celui des autres directions ? Est-ce la culture de département qui est à ce point différente que les gens n'écoutent pas de la même manière ? Est-ce simplement les réponses fournies par les autres directions qui ne plaisent pas aux infirmiers en chef et qui amènent ceux-ci à déduire qu'ils n'ont pas d'écoute et de soutien de leur part tout comme ils considèrent que ceux-ci n'ont pas l'expérience du terrain ? Mais les infirmiers en chef ont-ils l'expérience d'une gestion des ressources humaines ou d'une gestion financière hospitalière ?

La conjonction *donc* est présente 142 fois et conclut l'idée de l'interviewé : « ... *parce qu'en fait le but était de diminuer les erreurs de pharmacie et je vois que les erreurs continuent, donc ce n'est peut-être pas la meilleure des solutions que l'on a prise* » mais on a aussi parfois la sensation qu'elle est utilisée pour se justifier, « ... *les remises de service, en général, c'est moi qui les fais et puis, je répartis le travail et donc je le fais en fonction de ce qu'on me donne* ».

Vient ensuite la conjonction *car*, marquant, quant à elle, la cause. Elle est au nombre de dix dans six entretiens. Nous remarquons que les dix occurrences représentent la cause d'un point développé par la personne qui l'utilise et ne prennent aucun autre sens : en parlant du dossier informatisé, « *ça, c'est une grande crainte car quand je vois qu'il y a autant de réservations et que je ne peux pas les encoder avant, je ne sais pas comment je vais faire le mercredi quand je vais me retrouver avec quinze entrées* ». Mais cette conjonction *car* ne permet-elle pas d'entrevoir auprès des cadres l'utilisant une justification de leurs interrogations ou même de leurs choix ? La justification ou la recherche d'une cause ne seraient-elles pas une tentative de raisonnement ?

La conjonction *or* est absente des entretiens. Est-ce parce que les cadres ont plus facilement utilisé le *mais* que nous n'en trouvons aucune trace ?

Nous finissons avec la conjonction *mais*. Celui-ci nous semblait porter sur l'opposition ou sur la nuance d'une idée. Mais il renferme aussi un côté parfois de surenchère par rapport à l'idée de départ : en parlant du travail sans prescriptions médicales, sans tours de médecins, « *on me demande comment je fais, mais je n'ai pas le choix !* ». La conjonction *mais* est recensée 227 fois dans les entretiens. Sur cet ensemble, nous retrouvons l'opposition ou la nuance entre une phrase à connotation négative et une phrase à connotation positive dans 88 cas. A l'inverse, une phrase à connotation positive est opposée 96 fois à une phrase à connotation négative. Les 43 occurrences restantes marquent la nuance ou la surenchère.

Nous revenons à nos oppositions. Celles-ci ne sont pas toujours franches. Les cadres interviewés apportent un élément et viennent y opposer une idée qu'ils ressentent soit fortement soit de manière relative : « *on vit avec du vieux matériel et il faut bien travailler avec ça donc c'est quelque fois difficile et donc ma direction, je la respecte mais je n'hésite jamais à leur dire parce que j'ai un franc-parler* » ; « *maintenant, je ne dis pas que cela se passera toujours comme cela mais je pense que cela a beaucoup plus d'impact parce que ça a du sens pour moi* » ; « *je n'ai pas toujours la certitude que c'est ça qu'il faut faire mais j'essaie toujours de réagir en fonction de ce que je pense* ».

Pourquoi les cadres nuancent-ils leurs propositions avec cette conjonction *mais* ? Ne sont-ils pas absolument convaincus de ce qu'ils pensent ? Y-a-t-il des contradictions dans leur environnement ? Ce qui peut paraître sûr l'est-il moins lorsqu'ils analysent les différents éléments qui les entourent ? Certaines situations ne répondent peut-être pas à leurs attentes ? Celles-ci peuvent-elles leur poser des difficultés ? Existe-t-il un décalage entre ce qu'ils désirent et ce qui est réel ?

4.4 Les contradictions

Au gré de nos relectures et de nos analyses des entretiens, nous avons remarqué que de nombreux cadres exprimaient des contraintes. Celles-ci sont présentes dans les sept interviews.

Le plus surprenant provient du fait que les oppositions sont présentes parfois dans la même phrase, parfois séparées de plusieurs chapitres. Dans ce dernier cas, nous nous demandons si le cadre s'en rend compte ou pas, si il livre ses impressions de manière tellement ouverte qu'il ne le remarque pas. L'exemple même est celui d'un cadre qui nous dit se sentir seul dans sa fonction et qui quinze minutes plus tard nous parle du soutien de sa hiérarchie, à l'écoute, présente pour lui et qui rajoute l'adverbe « *heureusement* ». Est-ce réellement ce qu'il perçoit un sentiment mitigé entre solitude et présence de la direction infirmière. Doit-il de temps en temps choisir ? Hésite-t-il ? Ne remarque-t-il pas cette contradiction ?

Mais les contradictions sont plus que nombreuses, nous en retrouvons au travers des sept entretiens et nous sommes, peut-être, passés à côté de l'une d'elles sans nous en rendre compte car celles-ci ne sont pas toujours évidentes à repérer. Nous en retrouvons plusieurs et laissons ci-dessous quelques exemples :

- « *Je suis infirmière, des fois on voudrait que je sois kinésithérapeute ou assistante sociale* ».
- « *Tout ce que l'on ne connaît pas nous angoisse, tout ce que l'on connaît nous rassure* ».
- « *J'aime les responsabiliser .../...je n'aime pas les laisser seuls* ».
- « *Je me comporte comme le sauveur de l'équipe, je les aide mais moi, dans mon travail, je me suis noyé tout seul* ».
- « *La réalité infirmière est différente de la réalité des infirmiers en chef* ».
- « *Nous sommes infirmiers et le nombre de choses que l'on fait qui ne sont pas en relation avec le patient* ».
- ...

Nous retrouvons aussi dans une même phrase deux oppositions : « *l'avantage et l'inconvénient* » ; « *positivement ou négativement* ». Pourquoi donc mettre deux termes diamétralement différents dans une même phrase ? Est-ce pour montrer que les possibilités sont multiples ? Qu'entre ces deux propositions, il y en a d'autres ? Si en plus nous rajoutons les oppositions apportées lors de l'utilisation de la conjonction *mais* ou celles placées grâce à la conjonction *et*, nous nous rendons compte que finalement le cadres est régulièrement confronté à des contradictions, qui sont aussi des contraintes dans un certains sens. Les cadres remarquent-ils ces oppositions, ces difficultés ? Doivent-ils choisir entre ce qui est adapté au terrain ou suivre scrupuleusement les injonctions des directions ? Le dialogue entre les différentes parties ne serait-il pas un moyen d'apporter des éclaircissements sur la situation vue par chacun ? Le cadre s'interrogeant vis-à-vis de ces contradictions et de ces contraintes ne rechercherait-il pas un juste milieu, un juste équilibre entre ce qu'il désire et ce à quoi il est confronté ?

Même si nous nous tournons vers les contraintes, nous voyons que le cadre en exprime aussi quelques-unes : faire le deuil des soins ; faire le deuil de son intégration dans l'équipe ; la manière de travailler de leurs infirmiers qui ne lui convient pas ; amener l'équipe à trouver la solution elle-même mais alors pour eux, le chef ne fait pas son travail ; des décisions qui ont un retentissement sur le terrain et qui ne sont pas pratiques ; des décisions qui agacent et démotivent alors que nous essayons de les motiver ;...

Est-ce parce que l'incertitude est présente quant à l'avenir et aux conséquences de ces contraintes et de ces contradictions ? Est-ce parce que le cadre ne sait pas quoi choisir ? Est-ce qu'il doute quant à ce qu'il doit faire ? Ne se retrouve-t-il pas entre les différents acteurs essayant d'obtenir un maximum d'adhésion à son projet ?

4.5 Analyse des moments d'entretiens

La durée moyenne d'un entretien était de 53 minutes. Le plus long de ces sept entretiens a été d'une heure seize minutes et le plus court de trente huit minutes. La longueur du temps d'entretien ne signifie toutefois pas grand chose : certains ont voulu aller directement à l'essentiel, d'autres ont développé plus que de raison.

Tout comme le temps, la répartition du genre ne nous rapporte pas d'éléments probants pour notre recherche.

Les entretiens se sont déroulés sur l'heure du midi (3 sur 7), en tout début d'après-midi (3 sur 7) et un seul vers 16 heures. Nous ne pensons pas que ceci ait pu influencer notre recherche même si

nous croyons que l'heure du midi est plutôt un moment réservé à se nourrir mais cette heure de rendez-vous nous a été demandée par les trois cadres. Le rendez-vous de 16 heures peut paraître surprenant, surtout si celui-ci se situe juste après une journée complète de travail comme ce fut le cas. La personne interviewée à ce moment-là aurait pu être fatiguée et tentée d'abrégé le plus possible afin de rentrer chez elle au plus vite. Il n'en fut rien, la durée de l'entretien fut de 49 minutes et nous avons ressenti de la part du cadre en question un intérêt certain pour notre recherche.

Nous n'avons, durant ces sept entretiens, été dérangés qu'une seule fois par un membre de l'équipe du cadre entretenu. Nous avons remarqué que, suite à cette interruption, son discours fut difficile à remettre en place et nous nous rendons compte que cette seule intervention a certainement influencé la suite du discours de cette personne ; néanmoins nous ne saurons jamais dans quelle mesure et si celle-ci aurait pu exprimer autre chose ou d'une autre manière sans cette intervention.

Nous en arrivons au nombre de silences répertoriés tout au long de ces entretiens. Ceux-ci sont au nombre de 94. Ils interviennent lorsqu'il s'agit d'une recherche de mots ou de la suite du discours dans 24 cas. Ces courts moments de pause ne sont pas significatifs car ils sont simplement une recherche. Par contre, nous retrouvons 70 silences plus longs. Nous avons alors relancé le discours grâce aux notes que nous avons prises. Ce fait nous amène à dire que le cadre pèse à ce moment-là les mots qu'il va utiliser. Mais pourquoi est-il important d'analyser les silences ? Parce que les cadres, s'ils s'interrogent, doivent aussi réfléchir à ce qu'ils vont dire et comment ils vont le dire soit parce qu'ils considèrent que le terme qu'ils vont utiliser est trop fort, soit parce qu'ils ne veulent pas mettre en évidence une de leurs pensées qu'ils considèreraient comme inacceptable. Maintenant nous pouvons aussi remarquer qu'il n'est guère évident de parler aussi ouvertement de leurs propres interrogations et pourtant nous avons le sentiment qu'ils l'ont fait. Peut-être ne nous ont-ils pas exprimé si ouvertement leurs véritables pensées comme ils auraient pu le faire face à quelqu'un d'autre.

4.6 Retour vers l'entretien exclu

Nous avons exclu cet entretien car nous nous sommes demandé non seulement sa pertinence mais aussi ce qu'il aurait pu nous apporter au regard de notre problématique. Celui-ci nous interroge doublement. La première interrogation nous concerne. Est-ce nous qui n'avons pas su mener l'entretien pour recadrer la personne en lui signalant le fait qu'elle était hors-sujet ? Peut-être

notre question de départ n'était-elle pas suffisamment explicite pour elle et nous aurions peut-être dû l'expliquer un peu plus mais n'aurions-nous pas perdu cette rigueur que nous recherchions tout au long de ce travail ? Cet entretien nous a questionnés eu égard à sa place dans notre enquête mais aussi sur nos propres capacités à mener des entretiens. Il est à noter que celui-ci était le dernier que nous avons mené. Pourtant il reste comme un arrière-goût d'inachevé dans cet entretien...

La deuxième interrogation, devons-nous l'exclure ? Nous nous sommes rendu compte que le terme médecin était présent à 54 reprises, perçu de manière négative, et que celui-ci représentait plus des trois quarts de son discours. Même lorsqu'il revient sur sa direction, il repart vers la direction médicale. De même, lorsque son équipe réapparaît dans son entretien, nous nous rendons compte que c'est dans le seul but de se plaindre des médecins, de l'absence de ceux-ci et de leur prise en charge parcimonieuse du patient. Maintenant, nous comprenons que ceci puisse l'interroger mais nous avons l'impression que cet entretien était plus un moment où exprimer ce ressenti par rapport à une profession qui ne répond pas à ses critères attendus et espérés. Nous serions tentés de dire que sa vision de notre question de départ était figée et directement recentrée vers le médical. Peut-être que sa plus grande interrogation reste le bien-être du patient et de sa prise en charge mais nous ne le ressentons pas de cette manière. Son service rencontre-t-il des difficultés avec un médecin ? S'était-il disputé plus tôt dans la journée avec un médecin ? Sa vision de notre question n'était peut-être pas celle à laquelle nous aurions pu nous attendre ? Maintenant, nous voyons qu'il s'interroge réellement sur cet aspect de son travail et qu'il nuance même parfois ses propos vis-à-vis du médecin dont il parle.

CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS PARTIELLES

Les différents entretiens ont été riches en enseignements aussi bien au niveau du contenu qu'en terme d'apprentissages. L'entretien se révèle être un outil utile aux cadres en soins de santé que ce soit dans la gestion de conflits, l'évaluation, la négociation, le partage d'expériences,...

Savoir écouter sans intervenir est assez difficile surtout lorsque, comme pour nous, le partage d'idées est important. C'est aussi un avantage voire une qualité que de savoir entendre les différents acteurs de nos institutions et de savoir établir le lien avec le terrain. C'est se rendre compte de la réalité vue au travers des personnes travaillant avec nous.

Concernant notre comportement durant ces moments de rencontre, nous pourrions y entrevoir quelques interventions mal placées et qui ont, peut-être, influencé les discours de certains interviewés même si ceux-ci nous ont tout de même dévoilé une part de leur quotidien et de leurs interrogations. Nous nous apercevons que le sujet nous intéresse et que notre non-verbal nous a probablement trahis quelques fois mais nous avons veillé à ne rien laisser transparaître mais peut-on toujours être inexpressifs ?

Nous revenons sur le contenu de nos entretiens à proprement parler. Nous remarquons que les huit cadres en soins de santé s'interrogent. Même la personne dont l'interview n'a, dans un premier temps, pas été retenue se pose certaines questions même si celles-ci aboutissent finalement vers un retour sur le corps médical. Leurs interrogations sont différentes selon chaque infirmier en chef même si certains points se rejoignent. Elles ne sont d'ailleurs pas identiques aux nôtres tout en ayant certains sujets proches.

Les thèmes de leur réflexion peuvent être perçus au travers de cinq catégories : le patient, l'équipe, leur rôle propre, les médecins et les directions. Nous serions tentés de mettre leur place centrale en relation avec les différents sujets abordés. Nous remarquons en effet que le cadre se trouve au milieu de ces protagonistes et que cette position peut amener de nombreuses interrogations de par le recul et cette vue « *panoramique* » offerte. Il est de fait la personne de contact privilégiée de tous ces interlocuteurs.

Le nombre de questions et d'interrogations est important. Certaines se rejoignent, d'autres sont uniques. Le fait que les infirmiers s'interrogent exprime une certaine réflexion préalable mais qu'ils ont aussi ressenti un ou des éléments qui ont déclenché ce questionnement. Si certains faits sont uniques, ils pourraient marquer les centres d'intérêts propres au cadre, quelque chose qui lui

tient plus à cœur qu'à un autre. Peut-être est-ce par rapport à certaines spécificités en relation avec le service dont il s'occupe ? Les rapports qu'ils entretiennent avec les différents acteurs de l'institution y seraient-ils pour quelque chose ?

Mais pourquoi s'interrogent-ils ? Recherchent-ils une solution ? Essayent-ils de comprendre ? Y-a-t-il certains points, certaines situations, certains éléments qui les dérangent au point d'amener un flot de questionnements ? Ont-ils pour autant des réponses ? Pas si sûr. Il y a des pistes de réflexions, preuves qu'ils essayent de comprendre, et certaines réponses qu'ils nuancent. Un cadre va même jusqu'à dire qu'il n'a pas de réponses : « *Voilà mes questions et tu vas me demander quelles sont les réponses mais je les ai pas, c'est un travail quotidien* ». Un autre d'ajouter : « *Alors on me dit mais comment tu fais mais j'ai pas le choix, je suis bien obligée de trouver des ressources et des moyens pour pouvoir fonctionner et ce n'est pas évident* ».

Serait-ce une tentative de comprendre toutes ces contraintes qui se dressent devant eux ? Essayeraient-ils de comprendre le pourquoi ? Ce qu'ils désirent serait-il différent de la réalité ?

Nous nous sommes demandé si l'expérience en tant qu'infirmier en chef ou si l'ancienneté dans la profession infirmière diminuaient le nombre d'interrogations. Nos entretiens montrent que les « jeunes » cadres s'interrogent tout autant que les plus expérimentés mais leurs questions sont différentes même si nous ne pouvons y voir une relation de cause à effet. Les sujets d'intéressements ou leurs préoccupations sont peut-être tout simplement différents.

Si nous nous tournons vers les réflexions que les cadres peuvent avoir, nous retrouvons certains adverbes (pourtant), prépositions ou conjonctions (mais) qui montrent que les personnes interviewées n'ont pas de certitudes par rapport à ce qu'elles expriment. Ces différentes nuances utilisées dans leurs propos seraient-elles l'expression de doutes ? L'absence de certitudes par rapport à ce qu'ils pensent, ce qu'ils vivent ? Il y a des certitudes dans leurs propos mais certaines de celles-ci montrent que le cadre n'est pas tout à fait d'accord avec ce qu'il vit au quotidien : « *il y a des gens qui vont me répondre que ce n'est pas mon boulot alors que c'est clairement le boulot et j'en arrive à me demander c'est quoi leur boulot alors et voilà toutes ces questions* ».

Au cours de deux entretiens, les cadres évoquent l'anticipation comme une solution pour adapter leurs décisions, éviter d'autres problèmes, rester en éveil. Mais prévoir, c'est aussi s'interroger, ils réfléchissent par rapport à ce qui pourrait arriver pour éviter d'autres soucis. De même, un infirmier en chef nous parle de risques lorsqu'il prend une décision mais que même un risque peut devenir un moyen d'adapter sa décision à la réalité si celle-ci se révélait être une erreur.

Les différentes contradictions qu'ils évoquent au cours de leurs entretiens sont-elles à ce point évidentes qu'elles finissent par interroger les cadres ? Est-ce simplement parce que les infirmiers en chef ne savent pas quelle est la meilleure solution ou simplement la direction à suivre ? Il y a,

dans ces oppositions, des points de vue qui ennuient les responsables d'unité au point qu'ils doutent dans leurs choix. Leurs pensées, leurs rêves et leurs désirs sont parfois en contradiction avec la réalité et les événements qu'ils vivent au quotidien.

La remise en question apparaît dans plusieurs entretiens, six pour être exact. Ce qui est surprenant, ce sont les termes utilisés pour la décrire : forme d'intelligence, humilité, évolution, réorientation, repositionnement. Mais pourquoi les infirmiers en chef nous parlent-ils de cette « *technique* » ? Est-ce parce que le premier sujet de leurs interrogations c'est eux-mêmes ? Est-ce parce qu'ils doutent de leurs capacités, de leurs comportements, des difficultés qu'ils rencontrent ? Ou bien n'ont-ils simplement pas de certitudes quant à leurs actions, leurs décisions, leurs choix ? Ils comprennent, peut-être, un peu mieux les liens entre les situations, les différents acteurs et leurs responsabilités s'ils se connaissent d'avantage. C'est en tout cas un moyen d'évolution personnel et d'adaptation par rapport à la réalité.

L'humilité est le mot décrivant cette remise en question comme étant le plus étonnant. Etre humble est décrit comme une force et une capacité de reconnaître que ce que nous avons fait se révèle être une erreur mais aussi que, finalement, le cadre en soins de santé est un être humain et qu'il peut aussi faire des erreurs. Les responsables d'unité soulignent non seulement le droit à l'erreur mais aussi les avantages que l'on peut en retirer. Cette remise en question permet de se rendre compte de son propre comportement mais aussi des problèmes, des difficultés que nous rencontrons et que l'équipe peut aussi rencontrer. Elle permet de se réorienter, de se repositionner et d'évoluer au travers des différentes réflexions que nous avons.

S'interroger n'est pas aussi évident qu'il y paraît. Nous aurions cru au départ qu'il serait difficile pour les infirmiers en chef d'exprimer ces questionnements. Pourtant, il n'en a rien été. Peut-être est-ce dû au fait que nous travaillons dans la même institution qu'eux ou simplement parce qu'ils nous connaissent.

La réalité de terrain, les contradictions, les contraires, leurs attentes, leurs questionnements, leurs interrogations, l'inconfort que les différents cadres ressentent sont issus de leurs observations quotidiennes. L'absence de points de repère sûrs, l'incertitude et le doute quant aux résultats des orientations qu'ils ont prises, quant aux choix qu'ils ont posés et l'absence de certitude quant au futur entraînent les cadres dans des réflexions et des interrogations sur les soins et le patient, sur leur profession, sur eux-mêmes, sur les différents acteurs avec qui ils collaborent et sur l'environnement.

**CADRE
CONCEPTUEL**

CHAPITRE 1 :LE CONCEPT DE L'IMPREVU

« *Que peut-il se passer ?* »

Quel lien peut relier l'imprévu à l'incertitude et au doute ? Pourquoi lui donner, finalement, une telle importance ? L'imprévu, selon son degré d'intensité et ses conséquences, engendre parfois du stress, parfois de l'anxiété mais aussi des interrogations dans le chef du cadre en soins de santé. Celui-ci, tout comme l'infirmier, n'est pas à l'abri de l'imprévu. Nous y sommes même régulièrement confrontés mais nous réagissons chacun de manière différente car nous sommes inégaux aussi bien devant l'imprévu que dans le doute. Il peut devenir doute au travers l'incertitude qu'il développe chez le sujet s'il dure dans le temps ou si son intensité est trop importante pour la personne. Chaque situation est individuelle et, nous pourrions dire, fonction de la réponse mais aussi de l'importance que nous lui conférons.

Il n'y a qu'à observer le nombre de procédures mises en place dans nos différentes unités de soins pour se rendre compte de l'importance que nous donnons à cette gestion de l'imprévu. Mais pourquoi tenter de tout contrôler et de tout prévoir ? Nous allons essayer d'y répondre au travers de cette conceptualisation de l'imprévu. Ne nous dit-on pas qu'il faut maîtriser sa discipline ? Justement la maîtrisons-nous complètement tant au niveau temporel, matériel, personnel... ?

1.1 A la recherche de la compréhension de l'imprévu

Selon le dictionnaire Le Larousse, un imprévu est quelque chose « *qui arrive sans avoir été prévu et qui déconcerte*¹¹ ». Il s'agit donc de quelque chose ou d'un événement qui n'est pas prévu mais que nous essayons pourtant d'anticiper à l'aide de données, d'informations et de réflexions. Cet événement non prévu dans notre organisation et dans la planification de nos tâches réclame une attention et une réaction de notre part. Cette réponse nous appartient et nous décidons alors si nous agissons ou non, si nous l'ignorons ou si nous lui accordons de l'importance.

Une fois de plus, il s'agit d'essayer de prévoir un risque qui devient de l'ordre du probable pour tenter de l'anticiper et de mettre en place un dispositif de réponses le plus adéquat possible.

¹¹ Larousse, Le petit Larousse illustré en couleurs, Paris, Edition Larousse, 2008, p.525

Dans le milieu des soins infirmiers, nous pourrions par exemple prendre le cas de procédures mises en place pour la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire d'une personne dans une unité de soins. La marche à suivre dans ce cas y est détaillée dans les moindres détails.

Mais la procédure est elle-même accompagnée d'une vérification stricte du chariot d'urgences pour éviter différents désagréments comme un laryngoscope défectueux lors de cet événement.

1.2 Les deux sortes d'imprévus

Deux sortes d'imprévus existent. Ils sont fonction de la possibilité¹² que nous avons de les prévoir : soit nous pouvons tenter de l'anticiper auquel cas nous parlerons alors d'imprévu relatif, soit nous n'arrivons à l'imaginer et nous l'appellerons alors imprévu radical.

1.2.1 L'imprévu relatif

Il s'agit ici, contradictoirement parlant, d'un imprévu que nous tentons de prévoir. En effet, nous nous préparons à y être confrontés mais le moment de sa survenance nous est inconnu. Parfois, certains indices peuvent nous laisser entrevoir l'arrivée de cet imprévu. Son caractère presque prévisible réclame une anticipation, une préparation ainsi qu'une réponse adéquate.

Nous parlons ici d'imprévu dans le sens où nous ne pouvons être certains de sa survenance ni même du moment de celle-ci mais il pourrait tout aussi bien se voir comme une suite logique car nous préparons celui-ci, nous élaborons les scénarii possibles, passant en revue les causes, analysant les conséquences possibles, recherchant des solutions éventuelles et ce, dans le but d'éviter le plus possible les désagréments de ces imprévus.

Pour mieux comprendre cet imprévu relatif, nous pourrions prendre comme exemple la chute d'un patient. Nous y sommes tous préparés, nous savons que cela peut arriver et nous avons même des procédures strictes, qu'elles soient de contentions ou non, pour prendre en charge des patients présentant un risque de chute. Nous savons que cela peut arriver, mais dire quand...

Si nous nous tournons vers les cadres en soins de santé, qui peut dire qu'il n'a jamais eu de malade dans son équipe ? Qu'il n'a jamais eu de coup de fil le matin d'un des membres de son équipe lui annonçant qu'il était malade et donc que l'équipe était en sous-effectifs ? Nous nous sommes tous retrouvés confrontés à cet imprévu et nous avons utilisé des différents numéros de

¹² http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_16.html, consulté le 15 septembre 2011.

téléphone que nous avons au préalable demandés aux différents membres de nos équipes. Une certaine hiérarchie de rappel se met même parfois en place. Rien que de voir le nombre de procédures installées dans nos institutions, nous comprenons que nous essayons d'anticiper un maximum d'imprévus.

1.2.2 L'imprévu radical

Il est ici un peu plus complexe car le terme radical renvoie ici vers le sens total, c'est-à-dire qu'il n'a pas pu être ni prévu ni anticipé. Nous nous retrouvons face à un événement inédit face auquel l'improvisation reste le maître-mot. Cet imprévu reste dans les limites du concevable pour parfois même se retrouver derrière celles-ci. Face à cet imprévu radical, les seules solutions que nous pouvons lui opposer se trouvent dans nos capacités d'improvisation, notre créativité, nos capacités, nos expériences, notre faculté d'adaptation, ...

Un exemple d'imprévu radical paraît difficile puisqu'il se retrouve dans les limites du concevable. L'effondrement d'une partie d'un bâtiment, la prise en otage d'une partie de l'équipe infirmière, une pandémie au sein d'une unité, l'arrêt cardiaque de l'infirmière de nuit seule dans un étage sont des exemples, certes grossiers, mais que nous pourrions envisager. Mais quelles réponses pourraient y être apportées ? Devons-nous seulement tenter de tout prévoir ?

Les membres de l'équipe médicale et paramédicale, les personnes extérieures et intérieures à l'institution, l'environnement interne et externe sont ainsi autant d'éléments susceptibles d'être des sources d'imprévus tout aussi radicaux que relatifs.

1.3 Les réactions face à l'imprévu

Face à l'imprévu, ce sont souvent nos émotions et nos sentiments qui nous parlent et nous guident. Cette situation est souvent vécue de manière désagréable. En effet, notre jugement du fait rencontré est rarement neutre. Chacun interprète donne son jugement basé sur des logiques profondes, sur son éducation, des habitudes, des conceptions de sa réalité, des représentations qu'il en a.

Cet élément inattendu déclenche deux antagonismes chez les personnes qui y sont confrontées. Ces réactions sont propres à chaque personne mais elles sont aussi fonction de l'imprévu auquel nous devons faire face. D'un côté, nous avons les personnes qui le redoutent et qui le fuient et de l'autre, des personnes qui le recherchent, qui s'en amusent et qui avancent grâce à lui.

1.3.1 La fuite

Les personnes qui évitent ou fuient¹³ ces éléments imprévus sont des gens parfois angoissés, parfois stressés par ces situations, parfois elles ont tout simplement peur de cet imprévu. Ce sont souvent des personnes qui préfèrent le côté rassurant de la routine. Le stress, l'angoisse mais aussi les doutes au sujet de leurs compétences que procurent ces situations leur sont désagréables et les empêchent de faire face à de tels événements. Est-ce la peur des conséquences de leurs actes, de leurs choix ou de leurs décisions qui les empêchent d'affronter cette situation ou simplement la peur de ne pas être à la hauteur ? Cette sortie, cette fuite, cette négation leur permet de se réfugier dans une zone de confort où elles se sentent en sécurité mais elles fuient finalement la réalité. Leurs capacités d'anticipation et d'adaptation s'en trouvent alors réduites. Cette fuite ressemble à une échappatoire et se traduit par un refus de prendre des décisions, des responsabilités évitant ainsi l'erreur et l'implication. Nous pourrions comparer ces attitudes à une sortie de secours.

Mais ces différentes attitudes sont potentiellement dangereuses. En effet, si l'imprévu n'est pas pris en compte ou que la réponse est trop tardive, l'événement non prévu peut vite devenir catastrophique voir désastreux. Si vous ne prévoyez personne pour remplacer un membre du personnel tombé malade, que risque-t-il de se passer ? Si en plus vous n'essayez pas de trouver une solution, que vous pensez que cela s'arrangera tout seul vous vous retrouverez vite face à un service où les soins ne sont pas prodigués faute de personnel.

1.3.2 L'affrontement, la recherche, la transformation

A contrario, d'autres recherchent justement ces imprévus et la satisfaction de s'être dépassé¹⁴. Mais ils recherchent aussi la reconnaissance des autres. Ils prouvent ainsi l'ensemble de leurs savoirs mais aussi leurs capacités à surmonter ces épreuves. L'excitation que cela leur procure donne un sens, ou tout du moins en partie, à leur travail mais aussi leur permet de « performer » dans leur domaine tout en repoussant les limites qu'ils pourraient rencontrer. Leurs capacités d'anticipation et d'adaptation se ressentent lors de la gestion de ces imprévus par le calme et la tranquillité qu'ils laissent transparaître. L'exemple est celui de l'infirmier en chef qui, malgré une situation où les événements non prévus s'accumulent et s'enchaînent de manière urgente et importante, parvient dans un grand calme à organiser ce qui semble, pour d'autres, impossible.

¹³ Vantomme P., « Affirmation de soi et gestion des émotions », Année scolaire 2008-2009, pp. 14-17

¹⁴ http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_16.html, consulté le 15 septembre 2011

Mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès inverse où l'infirmier en chef court, crie, ordonne sans même savoir où il va ni même ce qu'il doit faire mais qui s'agite pour donner la sensation de dominer.

1.3.3 En résumé

La gestion de nos émotions lors de l'apparition de ces éléments imprévus paraît être tout aussi importante. Que penserait une équipe infirmière si son infirmier en chef se mettait à courir dans tous les sens dès qu'il se sent dépassé ? Pire encore, comment serait-il perçu s'il n'affrontait pas lui-même les imprévus et abandonnait ce rôle à d'autres ? Les infirmiers se sentiraient abandonnés, seuls pour affronter ce à quoi ils ne sont pas toujours préparés. L'infirmier en chef essaie d'anticiper le plus possible pour ne pas se retrouver confronté à de telles situations, tout en gérant ses émotions et en étant prêt à affronter ce qu'il n'a pas prévu.

Finalement face à nos émotions, la formation et les capacités d'anticipation et d'adaptation sont deux facteurs importants et essentiels pour permettre de surmonter ces épreuves.

1.4 L'action face à l'imprévu

L'action que nous pourrions adopter face à l'imprévu peut être décomposée en trois étapes¹⁵ : la reconnaissance, le passage à l'action et l'analyse. Cette dernière peut se faire lors de la survenue de cet imprévu ou après notre intervention. Cette décomposition peut être perçue comme des chemins facilitant la gestion de l'imprévu, elle n'en est pas pour autant un gage de réussite. Chaque situation est différente et réclame, en plus de ce que nous aurions pu prévoir, une certaine adaptabilité.

La première étape consiste en une reconnaissance de l'imprévu qui est basé sur des signes et des indices qui relèvent du subjectif. La difficulté réside justement dans l'identification de ces différents éléments car ceux-ci doivent être pertinents et fiables. Cette subjectivité s'explique par le fait que ce que nous percevons n'est jamais le reflet exact de la réalité, elle serait plutôt interprétation et jugement et ceux-ci sont différents d'une personne à l'autre. Nous repérons ces différents signes au « *feeling* » mais aussi grâce à notre expérience.

¹⁵ http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_16.html, consulté le 15 septembre 2011

Le passage à l'action constitue l'étape suivante. La question serait ici de savoir quand agir. Nous devons intervenir à partir du moment où un certain seuil est dépassé et où attendre deviendrait imprudent. Tout comme lors de la première étape, la reconnaissance de cette limite se fait intuitivement.

Cette action peut se définir de l'une des trois manières¹⁶ suivantes :

- L'anticipation : elle consiste à prévoir¹⁷ ce qui est de l'ordre du possible ou du probable. Elle peut se faire longtemps à l'avance (exemple : les procédures écrites) ou quelques instants auparavant (exemple : le rappel d'un infirmier pour remplacer un collègue absent la veille). Cette étape regroupe la réflexion, la simulation, l'entraînement et le partage.
- L'adaptation : elle se construit sur l'instant présent. Le professionnel choisit la solution qui lui paraît être la plus opportune. Il puise dans ses compétences, son expérience, ses intuitions et ses connaissances tout en les adaptant à la situation.
- L'improvisation : elle consiste en une solution faite avec les moyens et les connaissances à disposition. Pourtant, elle peut aussi permettre l'innovation si la solution est adaptée à la gestion de l'imprévu. Le partage de cette expérience peut alors devenir un atout pour une équipe. L'improvisation et l'innovation restent des éléments primordiaux face à l'imprévu radical.

La dernière étape consiste en une analyse après l'action que nous venons de mener. C'est un retour sur l'expérience. Cette analyse peut se faire seul et permet de nous améliorer, aussi bien dans nos gestes que dans notre comportement, et d'apprendre sur nous-mêmes tout en permettant une meilleure compréhension des causes et des conséquences de l'imprévu. Cette phase peut également s'effectuer en groupe permettant ainsi l'échange d'avis et le partage d'expériences. L'imprévu apporte alors un bénéfice pour tous.

¹⁶ http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_16.html, consulté le 15 septembre 2011

¹⁷ Vervisch M-O, Auriol P., *Secrets de managers, Imprévus, pressions, motivations... Mieux vivre les défis du quotidien*, Paris, Editions d'Organisation, Groupe Eyrolles, 2011, p.60

1.5 Le risque

Face à l'imprévu, nous avons parfois l'impression d'être démunis ou perdus. Les décisions, les choix ou les actions qu'il nous réclame peuvent nous interroger, nous paralyser même si certains s'y plaisent. Mais d'autres phénomènes peuvent entraîner cette sensation et parmi eux, nous retrouvons le risque. Celui-ci est intimement lié à l'imprévu car même si nous avons pris nos dispositions, nous ne savons pas quand il va se produire. Mais il est tout aussi proche de l'incertitude parce que nous ne pouvons être certains des résultats des actions entreprises. Il y a de plus l'absence de garantie quant à la réussite de cette prise de risque. Il nous conduit donc vers une inconnue, plus ou moins grande, et ce, malgré les tentatives de l'être humain de le chiffrer¹⁸. Nous prendrons par exemple le cas des assurances qui tentent au maximum de chiffrer la probabilité d'accidents pour leurs assurés afin de déterminer leurs primes.

1.5.1 Définition du risque

Selon Le Larousse, le risque est « *un danger, un inconvénient plus ou moins probable auquel nous sommes exposés*¹⁹ ». Mais il peut se percevoir de deux manières différentes : soit comme une situation dans laquelle un événement fâcheux peut se produire, soit comme l'événement en lui-même.

C'est le cas de la prise d'une décision risquée. L'exemple même est le choix d'un programme informatique pour un dossier infirmier qui permettrait l'extraction des données pour le D.I.R.H.M. Que se passerait-il si ce programme s'avérait incomplet ? Perte de données, perte d'argent, diminution des effectifs, ... De même, si l'on juge coûteux un contrat d'entretien d'un défibrillateur portable et que notre décision est de mettre fin à celui-ci, que se passerait-il en cas d'arrêt cardio-respiratoire s'il ne fonctionnait pas ? La prise de décision devient alors une situation risquée et le risque correspond au fait contrariant qui pourrait se produire.

Le terme risque peut aussi correspondre à un risque numérique de gravité. Le médicament en est le meilleur exemple. Sur la notice, ne pouvons-nous pas lire 1% de risque de malformations ou autre ? Il reflète la probabilité qu'un événement regrettable a d'apparaître. Nous pourrions dire que c'est une tentative de chiffrer l'incertitude.

¹⁸ Vantomme P., « Balise n° 18 : Statistiques », année scolaire 2009-2010 et 2010-2011, p.57.

¹⁹ Le Larousse, op. cit., p.893.

Le terme « aléa » est aujourd'hui souvent utilisé pour désigner le risque. L'utilisation de ce terme nous renvoie vers l'aversion que l'humain peut avoir pour des éléments qu'il considère comme négatifs tels l'erreur, le risque, le doute. Nous essayons même de développer des stratégies mais elles se révèlent souvent être des tentatives délicates de gérer ces risques car nous n'avons aucune certitude. Nous tentons, au travers de ces plans d'actions de prévoir la part d'imprévisibilité.

1.5.2 Le risque dans les décisions

Lors de nos prises de décisions, nous nous posons un certain nombre d'interrogations ou de questions, nous demandant si c'est la décision la plus juste, la plus appropriée à la situation, aux personnes concernées, aux objectifs... De nombreux facteurs interviennent tant humains que matériels, tant internes qu'externes, tant personnels que groupaux qui compliquent un peu plus cette prise de décision. Lors de la réprimande d'un membre de notre équipe, ne s'interroge-t-on pas de savoir ce que pense la personne, quelles sont les implications et les conséquences pour elle, mais aussi pour l'équipe à cause de sa fonction au sein du groupe ? Quel est l'avis de notre direction lorsque nous prenons un tel choix ?

Nos décisions, selon que le risque soit acceptable ou pas, sont influencées par certains facteurs²⁰ qui feront pencher notre position dans un sens ou dans l'autre. Ces éléments sont subjectifs, propres à chacun mais ils sont également fonction de la formation, de l'éducation ou autre.

Le premier facteur concerne les conséquences personnelles, induites par la décision. Le fait de ne pas connaître les conséquences orientera nos décisions. Si les décisions sont imposées et sans possibilité de modifications, elles ne feront qu'augmenter un sentiment de privation et de méfiance vis-à-vis du travail.

La confiance fait aussi partie de ces facteurs d'influence. Idéalement les décideurs s'en remettent à des experts pour poser le meilleur choix, la décision la plus juste. Mais qu'est-ce qui prouve que l'expert a la « bonne » réponse ? Ne peut-il pas se tromper ? Il est là pour fournir des éclaircissements mais pas des certitudes. Il n'a pas toutes les réponses et il ne peut pas prédire l'avenir.

Avant-dernier facteur d'influence, l'horizon de la décision se dresse aussi sur notre route. Chaque décision possède un horizon, fonction des intérêts du groupe qui la défend. Les intérêts de l'un

²⁰ Hansson S. O., « Les incertitudes de la société du savoir », in Revue Internationale des Sciences Sociales, 2002/1, n° 171, p. 43-51.

sont différents d'un autre, et, ceci pourrait entraîner deux décisions diamétralement opposées pour chacun de ceux-ci. Une cellule de soins palliatifs n'a certainement pas les mêmes objectifs qu'une cellule de D.I.R.H.M. L'une sera portée par les intérêts du patient, l'autre pour l'écriture dans le dossier des patients. Cela ne veut pas dire pour autant qu'ils n'ont pas d'objectifs communs.

Le dernier facteur concerne les valeurs. Celles-ci peuvent influencer nos décisions et sont propres à chacun mais aussi propres à chaque groupe. Mais celles d'un individu ne seront pas pour autant identiques à celles du groupe. Elles peuvent même être opposées. Si le groupe voit des soins de qualité pour son patient, mais qu'un des individus au sein de ce groupe ne voit que sa propre qualité de vie, il y a de fortes chances que les décisions que devrait prendre cette personne ne se feront pas en fonction du patient mais bien en fonction de ses intérêts. Il encourt cependant tôt ou tard une mise à l'écart morale de la part du reste du groupe.

1.5.3 La société du risque

L'évolution de nos organisations entraîne forcément l'apparition de nouveaux risques. Aujourd'hui, certains appellent désormais notre société, la société du risque²¹.

Il convient cependant de nuancer ce propos. Il est vrai que nous avons effectué d'énormes progrès dans divers domaines tel que la science, la médecine, les soins infirmiers, l'énergie... et toutes ces avancées peuvent marquer l'apparition de nouveaux risques.

Cependant, cela dépend du point de vue où nous nous plaçons. Notre attention est souvent attirée par ce qui est nouveau et nous avons, de ce fait, tendance à oublier les anciens risques surtout si ceux-ci sont gérés. De plus nous pouvons dire qu'à chaque période correspondent ses propres risques. Nos prédécesseurs en ont connus d'autres et ont certainement été submergés par ceux-ci. En fait, les aléas sont simplement différents tout comme les ressources à disposition. Le risque, tout comme les imprévus, l'incertitude, nos choix et nos décisions évoluent avec le temps.

²¹ Hansson S. O., « Les incertitudes de la société du savoir », in *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 2002/1, n° 171, p. 43-51.

1.5.4 La gestion des risques

Tout comme le management de l'incertitude existe, un management du risque peut être développé au sein de nos institutions. Une norme²² I.S.O.²³ 31000/2009 en décrit même les lignes principales : la description du risque, ses conséquences, sa probabilité d'occurrences et les opportunités qu'il laisse entrevoir. Son objectif est d'agir sur les paramètres pour lesquels une action est possible, sur les causes exogènes et/ou endogènes, cherchant à diminuer les faiblesses tout en augmentant les forces.

Le management du risque se divise en trois parties²⁴. La première consiste à l'identification du danger par les différents signaux que nous pouvons percevoir, inclut la recherche des causes de cet aléa et également le degré de « *criticité* » qui lui est associé.

Dans la deuxième partie, on évalue les causes, la nature mais aussi les conséquences liées à chaque risque.

La gestion à proprement parler forme la troisième étape et se divise elle-même en trois catégories : la prévention, les actions correctives et les actions palliatives sont en effet des méthodes pour diminuer l'apparition des risques tout en développant les points forts de l'organisation.

La prévention consiste à diminuer la probabilité d'apparition du risque en agissant sur ses facteurs ou en diminuant ses conséquences. C'est l'exemple même des campagnes de prévention pour le lavage des mains.

Les actions correctrices interviennent lorsqu'un risque est arrivé et a donc pour but de diminuer ses effets. Nous pourrions le voir comme la mise en place d'un isolement pour un patient chez qui nous avons détecté une infection respiratoire afin de protéger ses visiteurs, les autres patients et le personnel de la contamination croisée.

Dans les actions palliatives, nous profitons de la présence du risque, non pas pour en diminuer les conséquences mais pour utiliser l'événement afin d'en tirer un certain profit. Un nombre croissant de cas d'infections de plaies chez des patients d'une même unité serait l'occasion de refaire une sensibilisation à l'hygiène des mains mais aussi de mettre en place un atelier pratique dans l'unité non seulement pour vérifier les connaissances des membres de l'équipe médicale et paramédicale

²² <http://www.amrae.fr/association/international/ferma.html>, consulté le 8 avril 2012

²³ International Organisation for Standardisation.

²⁴ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Risque>, consulté le 12 février 2012.

sur le lavage des mains mais aussi pour sensibiliser ce même personnel aux conséquences pour les patients et l'hôpital.

1.6 Conclusions de l'imprévu et des risques

L'imprévu et le risque font partie de notre univers professionnel. Nous tentons par tous les moyens de le contrôler mais y arrivons-nous ? Il est pourtant nécessaire à notre évolution personnelle mais aussi à celle de notre groupe. Il permet de développer l'adaptation des personnes face à un événement imprévisible tout autant qu'il permet aussi l'improvisation et l'innovation.

Certains cadres en soins de santé ont une certaine aversion vis-à-vis de l'imprévu car il questionne. Il oblige ainsi au choix et à décider quelle action entreprendre. La peur de l'erreur ou de l'échec est ainsi ressentie et peut paralyser toute action.

A l'inverse, certains infirmiers en chef le recherchent pour éprouver la sensation de s'être dépassés. Cette attirance leur permet d'évoluer sur le plan de la gestion des imprévus mais aussi au niveau de leurs compétences.

L'imprévu est en soi une source d'incertitude de par les gestes, les choix, les décisions que nous posons et dont finalement nous ne connaissons pas, avec certitude, l'issue. Nous pouvons tenter de prévoir mais nous ne pouvons être sûrs du moment de son apparition. Cette inconnue engendre aussi une part d'incertitude.

Finalement, nous devons essayer de prévoir tout ce qui peut être prévisible avec comme objectif de nous laisser du temps pour la gestion des imprévus. Absolument tout anticiper est impossible et serait, de plus, une dépense inutile. En effet, les éléments non prévisibles sont nombreux dans la vie professionnelle de l'infirmier en chef et sont consommateurs d'énergie, de temps et de ressources.

La routine, les habitudes sont souvent les premières causes d'erreurs. Nous nous enfermons dans des gestes automatiques et c'est à ce moment-là que notre vigilance baisse. La réflexion se développe au contact des interrogations et des questions que ces éléments non prévus déclenchent. Réfléchir accroît notre capacité d'analyse de la situation mais aussi des différents intervenants humains ou matériels. Cette réflexion permet une meilleure appréhension de la réalité tout en développant nos propres compétences.

CHAPITRE 2 :: LE CONCEPT D'INCERTITUDE

« *Et finalement, que se passera t-il demain ?* »

2.1 Introduction

Régulièrement nous entendons parler d'incertitude sans pour autant en intégrer le sens véritable, laissant ce terme flou sans en comprendre l'intégralité ainsi que ses différentes composantes. Pourquoi est-il présent ? Quel est finalement son rôle ? Pouvons-nous lutter contre lui ? Que peut-il bien signifier ? Tant d'interrogations sans réponses sûres, établies, démontrées. Pourquoi ? Les organisations dites « modernes » se créent, se font, se défont, se refont, évoluent, régressent, avancent, reculent et les points de repères connus, apprivoisés changent, voire même disparaissent au profit d'autres, nécessitant une nouvelle appropriation, une nouvelle intégration dans notre quotidien.

L'équilibre et la stabilité rassurants deviennent ainsi une succession d'équilibres précaires et instables auxquels nous nous adaptons, non sans mal. Les conséquences aléatoires de nos choix, de nos décisions, de nos actes tout comme les informations et les données s'intensifient régulent cette incertitude tout autour de nous.

Le manager peut développer une gestion, celle de l'incertitude car celle-ci est source de coûts humains et matériels. Le management deviendrait-il une science, un art ou une technique ? Un peu des trois mais sans certitude.

2.2 Définition de l'incertitude

Définir l'incertitude est complexe au vu de ses frontières proches du doute et de l'imprévu, mais aussi parce qu'il comporte une composante subjective : l'humain. Le Larousse nous donne la définition suivante de l'incertitude : « *caractère de ce qui ne peut être déterminé, connu à l'avance, ce qui ne peut être établi avec certitude, qui laisse place au doute*²⁵ ».

Au travers de cette définition nous remarquons plusieurs éléments importants. Tout d'abord, son temps. Nous parlerons plutôt d'un désir de contrôler le futur au moment présent. Si ce n'est de le

²⁵ Le Larousse, op. cit., p. 528

contrôler, au moins de le connaître. Le fait de ne pas pouvoir le déterminer renvoie vers la notion de variabilité. En effet, l'incertitude est étroitement liée à la notion de variabilité dans le sens où elle peut prendre différentes directions voire même varier au cours du temps.

La complexité d'un système, tel qu'une organisation hospitalière est due aux différents éléments qui la composent et des relations qu'il peut y avoir entre eux. Les changements, les différences et les spécificités propres à chaque système entraînent une certaine variabilité de celui-ci. Aucune situation n'est identique à une autre. Il y a toujours une différence aussi minime soit-elle. La complexité des organisations conjuguée aux variabilités provoquent l'incertitude que ce soit à propos du système mais aussi de son futur.

L'incertitude à laquelle nous sommes confrontés dans notre vie personnelle et quotidienne se définit régulièrement comme la contingence ou les aléas pour ne pas utiliser le mot hasard. Elle est tributaire de facteurs ou de déterminants tel l'inférence humaine (décisions, comportement), l'environnement ou la culture qui sont parfois contradictoires les uns avec les autres.

Les nouveaux modes de gestion, le traitement de l'information toujours plus rapide rendent difficile la distinction entre l'important et l'accessoire. Si l'on y ajoute des objectifs changeant trimestriellement voire mensuellement, la qualité qui prend une place de plus en plus grande, les modifications,... Tout cela bouscule les habitudes, les procédures et les pratiques quotidiennes créant ainsi l'incertitude susceptible de modifier les comportements personnels ou groupaux.

2.3 Incertitude ou doute ?

2.3.1 Une tentative de distinction

Nous tentons ici d'effectuer une distinction entre l'incertitude et le doute. Pourtant, elle n'est pas aisée et nous pourrions même voir dans le doute une partie de l'incertitude. Comprendre l'un permettrait de cerner un peu plus l'autre. La difficulté reste que nous ne sommes pas habitués à l'exprimer clairement, à en parler facilement autour de nous. Ces deux concepts sont subjectifs et c'est l'être humain et sa propre tolérance qui en déterminent les frontières.

Une situation antérieure connue, maîtrisée, remplie de certitudes auxquelles nous nous rattachons fait place à l'incertitude, futur inconnu sur lequel nous n'avons pas encore de contrôle et où nos

points de repères²⁶ précédents sont déplacés, modifiés voire inutiles ou au profit, peut-être, de nouveaux que nous devons apprendre à découvrir et à intégrer.

L'émotion est ainsi forte lorsque nous nous retrouvons face à cette situation. La peur, la crainte, l'angoisse sont présentes et entraînent justement une certaine réticence à s'engager dans cette voie inconnue. Mais toute société évolue et donc développe cette part d'incertitude. S'il convient d'essayer de gérer ses émotions, la réflexion précédant toute décision peut devenir un atout. « *Tout ce que nous connaissons nous rassure, tout ce que nous ne connaissons pas nous angoisse*²⁷ ». En effet, si vous travaillez habituellement dans un service de médecine et que l'on vous demande de prester la nuit, seul, dans un service de chirurgie, il y a de grandes chances pour que vous ayez certaines craintes, certaines peurs avant de prendre votre poste.

Le doute quant à lui se veut tout aussi bien volontaire qu'involontaire. Nous pouvons également nous demander à un moment donné si ce que nous faisons est réellement adapté à la situation. Si l'infirmier en chef fait de la tarification médicale dans son unité de soins, il peut finir par se demander si c'est tout à fait son rôle. Nos croyances, nos habitudes en sont parfois responsables. Si nous pensons que c'est notre rôle, nous continuerons à la faire. Si par contre, nous mettons en doute cette croyance, plusieurs solutions s'offrent à nous :

- Continuer à réaliser cette tarification.
- Continuer à rédiger celle-ci mais réfléchir à la manière d'en modifier le fonctionnement.
- Refuser de la faire.
- Demander aux médecins ou aux secrétaires de l'établir.
- Demander au corps médical en quoi cela fait partie de nos attributions et pousser ainsi à la réflexion.
- ...

Mais le doute peut aussi être involontaire, c'est-à-dire qu'il peut être réponse à l'incertitude. Il interroge alors les compétences, les attitudes et demande un questionnement, des choix et des décisions qui seront posés pour faire face à une situation future incertaine.

L'incertitude et le doute peuvent tous deux provoquer l'immobilisme, ils ne seraient alors que stériles et inutiles. Si nous voulons les dépasser, nous devons penser action dans le sens large du terme : la réflexion, le choix, la décision et finalement le passage à l'acte.

²⁶ Vervisch M-O., Auriol P., op. cit., p. 9

²⁷ Extrait de l'entretien avec l'individu B.

2.3.2 Le ressenti

Difficile de définir un terme qui n'existe pas dans le dictionnaire si ce n'est à sa forme conjuguée. Le terme ressenti trouve son origine dans le verbe ressentir, qui signifie « *éprouver une sensation, un sentiment agréable ou pénible*²⁸ ». Il renvoie donc vers une impression, une sensation qui nous plaît ou nous déplaît. Le ressenti est en fait « *une impression que l'on a de quelque chose, de quelqu'un, d'une sensation, d'un sentiment. Le ressenti est un message quant à ce qui nous convient ou ne nous convient pas, ce qui permet alors de déterminer nos besoins et puis d'agir pour les satisfaire*²⁹ ».

Nous avons voulu évoquer ce ressenti car, que cela soit au niveau du doute ou de l'incertitude, il nous indique pourquoi cela nous dérange ou au contraire nous arrange. Il nous laisse par la même occasion un message par rapport à cette impression. Il nous permet de prendre conscience de ce doute, cette incertitude.

Nous prenons l'exemple d'une fusion inter-hospitalière où une partie du personnel sera maintenue, une autre amenée à quitter l'institution au travers de différents plans sociaux ou par d'autres moyens. Quel ressenti auriez-vous sans savoir ce qui vous attend ? Quelle impression vous donnerait-elle si vous appreniez que vous faites partie des personnes non retenues dans la nouvelle entité ? Peut-être seriez-vous fâchés, après vingt ans d'un dur labeur, nous serions à même de comprendre. Peut-être seriez-vous heureux car ce serait l'occasion rêvée de commencer un autre travail plus épanouissant, plus agréable. En tout cas votre ressenti vous donne un signal au travers de l'impression laissée.

Le ressenti, propre à chacun, est influencé par de nombreux facteurs tels l'éducation, les formations suivies, les différentes expériences, le vécu... Chaque individu interprètera la situation à sa façon et les impressions qu'il en retirera seront divergentes, parfois même seulement sur de petits détails. Prenez simplement le fait de parler d'une émotion. Comparez la description que deux amis en auraient. Les descriptions seront empreintes d'une part de subjectivité qui les différenciera.

Nous pouvons partager nos impressions concernant un ressenti : des points de vue s'échangent, se discutent mais ce n'est pas pour autant que l'autre le considèrera comme sien. La personne peut avoir une vision totalement différente, nous rejoindre sur certains points sans pour autant être tout à fait d'accord sur l'ensemble. Parfois même notre ressenti s'en trouve modifié après cet échange.

²⁸ Le Larousse, op. cit., p. 884.

²⁹ « Bonjour, je suis la nouvelle infirmière ! Evaluation de la qualité de l'accueil d'une nouvelle infirmière », Gosseye M., Année scolaire 2009-2010, p. 22, extrait de <http://www.retrouversonnord.be/CFIResenti.htm>

2.4 Les zones d'incertitude

2.4.1 L'acteur et le système

Nous ne pouvons pas parler d'incertitude sans évoquer les zones propres au système. La ou les personnes qui maîtrisent une ou plusieurs de ces zones possèdent un certain pouvoir sur les autres membres de l'équipe. Mais le cadre en soins de santé y est lui aussi confronté.

En 1977, Crozier et Friedberg analysent l'acteur et le système. Selon eux, l'acteur n'existe pas sans le système qui définit sa rationalité et sa marge de liberté d'action. De plus, l'acteur porte le système qu'il peut aussi modifier et faire vivre. « *C'est de la juxtaposition de ces deux logiques que naissent les contraintes de l'action organisée*³⁰ ». En effet, les contraintes liées à cette rationalité et à cette liberté limitée pousse l'individu à mettre en place des stratégies. Celles-ci ne sont pas toujours repérables mais elles possèdent deux aspects : l'un défensif visant le maintien de sa marge de liberté, l'autre offensif cherchant l'amélioration de sa situation.

Au sein d'une organisation, il existe un nombre important de relations entre les différentes personnes. Ce sont des relations de pouvoir. Ce pouvoir naît de l'échange entre les acteurs qui ont des relations « *récioproques mais déséquilibrées*³¹ ». Le pouvoir est ici informel au contraire de l'autorité.

Si nous additionnons le pouvoir et la stratégie, nous voyons apparaître des enjeux et des zones d'incertitude au sein du système.

2.4.2 Les zones d'incertitude

Toujours selon Crozier et Friedberg, quatre sources de pouvoir proviennent des quatre zones d'incertitude :

- Celles liées à la maîtrise d'une compétence.
Exemple : une infirmière maîtrisant parfaitement l'outil informatique.
- Celles liées aux relations entre l'organisation et l'environnement.
Exemple : un infirmier en relation avec un responsable d'une institution.

³⁰ Vantomme P., « Principe de gestion de communication », Année scolaire 2010-2011, p. 6.

³¹ Ibidem p. 7.

- Celles liées à l'existence de règles organisationnelles.
Exemple : la hiérarchie qui dicte les modes d'évaluation et leur périodicité.
- Celles liées à la maîtrise de la communication et des informations.
Exemple : une infirmière qui est au courant d'un changement organisationnel et qui en use.

L'évolution constante de notre société et la place de plus en plus importante prise par les informations modifieraient l'ordre de ces zones d'incertitude pour placer la communication et les informations plus haut dans la liste.

L'incertitude et ses zones créent du pouvoir pour celui qui les maîtrise mais l'infirmier en chef qui possède, lui, l'autorité, ne se retrouve-t-il pas confronté à ces zones d'incertitude ? Les membres de son équipe sont tout autant capables que lui d'essayer de maîtriser une ou plusieurs ces zones. Mais ne créent-elles pas chez le cadre en soins de santé tout autant d'incertitude que d'interrogations ? S'il possède l'autorité, fournie formellement par son organisation, il ne possède pas le pouvoir sur un membre de son équipe qui maîtrise l'une de ces zones. La seule certitude qu'il posséderait alors est qu'il ne la maîtrise pas autant.

Comment travailler à la gestion d'une équipe tout en gérant ces zones d'incertitude ? De plus celles-ci ne sont pas les seules génératrices d'inconnus. Il peut aussi y avoir des sources³² comme l'impossibilité de déterminer le sens de l'évolution des différents éléments de l'environnement, l'incapacité de déterminer les effets ou les réactions d'un changement sur un individu, un groupe ou une organisation. Il y a autant d'incertitude que de projets, de choix, de décisions, de personnes. Comment être certains que nos collaborateurs vont suivre nos consignes ? Comment savoir que le choix concernant l'horaire est le meilleur ou le plus adapté ? Comment être sûrs que la décision du blâme que nous avons donné sera comprise de tous les membres de l'équipe ?

De fait, chaque acteur possède une zone où son comportement est incertain, imprévisible et où ses réactions peuvent être différentes.

Tenter de maîtriser toutes les incertitudes est tout aussi inutile qu'inefficace, tout autant qu'il est impossible. Certitudes et incertitudes se côtoient ainsi dans le monde du cadre en soins de santé. Tout système trop rigide entraîne des réactions stéréotypées comme le refus du changement mais aussi une incapacité de gérer de nouvelles réponses ou une adaptation. L'incertitude peut alors être perçue comme créatrice car elle demande de s'adapter et d'innover.

³² Florin C., « Management », Année scolaire 2010-2011, p.52-53.

2.4.3 La complexité du système

L'être humain et l'organisation forment un système complexe au vu des relations qu'ils entretiennent. Ces relations sont multiples et interagissent aussi entre les acteurs.

Chaque relation est ainsi source d'incertitude. Comment savoir comment va réagir l'autre, comment va-t-il prendre l'information que nous lui donnons mais aussi quelle sera son attitude vis-à-vis d'un changement ?

Si en plus, nous rajoutons à cela le contexte temporel qu'est la perspective, nous rendons alors l'incertitude maximale. Par exemple, un prochain changement d'unité d'un infirmier vers une nouvelle unité n'entraînerait-il pas chez le cadre une incertitude concernant le comportement du soignant à l'égard de son unité actuelle ? Mais l'infirmier ne se demandera-t-il pas aussi la raison de ce changement mais surtout ce qui l'attend là-bas ? Aura-t-il toujours ces connaissances qui font de lui un expert dans son unité actuelle ?

Au niveau de notre management, « *l'expression des paradoxes*³³ » de notre système entraîne l'incertitude. La gestion de ceux-ci est quotidienne. Ces oppositions sont présentes mais nous devons les accepter. Choisir, décider, mettre en place, ... parfois sans connaître le résultat.

Il nous faut gérer les contradictions d'un système qui sont multiples tout autant qu'interrogatrices. Nous avons peu de temps pour agir et pourtant, il nous en faut pour prendre du recul et réfléchir à nos choix, nos décisions, nos actions pour analyser les avantages et les inconvénients d'une situation mais aussi les orientations que nous souhaitons suivre.

Nous devons être capables de réaliser la liaison entre le présent et le futur, entre le proche et le lointain, entre le court terme et le long terme alors que nous n'avons, par définition, aucune certitude quant à ce qui peut se produire, tout au plus certains soupçons.

Nous devons composer avec une certaine variabilité de nos acteurs, entre une « nouvelle » génération, qui recherche d'abord un sens à son travail et une évolution personnelle, et une « ancienne » génération qui a l'expérience et qui souhaite la reconnaissance ainsi qu'une certaine tranquillité, serions-nous tentés de dire.

Nous nous retrouvons entre le vouloir, le pouvoir et le devoir, entre des choses que nous voudrions faire et celles que nous ne voulons ou ne savons pas faire, entre ce que nous pourrions faire et ce que nous ne pouvons pas faire par manque de connaissances, de moyens ou de ressources, entre ce que nous devrions faire et ce que nous faisons. Il n'y a dans cela qu'incertitude entre objectifs et résultats, entre souhaits et obligations, entre demandes et

³³ Vervisch M-O, Auriol P., op. cit., p. 21.

réponses. Même nos actions et nos intentions sont aussi fonction non seulement de nous-mêmes, des autres membres de l'équipe mais aussi des caractéristiques de la situation. Si nous mettons en route un projet tel qu'un itinéraire clinique ou un projet de qualité, celui-ci dépend non seulement de nous, de la conviction que nous y mettons, de l'énergie que nous y plaçons mais aussi des autres acteurs présents, de leur investissement, de leur croyance envers le projet, de leur résistance au changement mais aussi de la situation au moment où celui-ci est introduit. Si de nombreux changements sont en cours, comment ce nouveau programme pourrait-il être perçu ?

2.5 La variabilité du système

« *L'organisation se fait, se défait, se refait*³⁴ » mais jamais de façon tout à fait identique. Elle évolue au gré des changements et implique de ce fait une évolution dans nos points de repères habituels.

2.5.1 Les points de repères

Nos points de repères nous rassurent, tout comme nos zones de confort. Ils nous permettent de nous retrouver, de nous orienter. Ils font partie de l'ordre que nous voulons établir et préserver mais, la fluctuation de l'organisation, sa variabilité tout autant que les changements et les imprévus viennent semer le désordre dans notre tranquillité quotidienne. Les points de repères sont autant de certitudes dans notre vie aussi bien professionnelle que personnelle et nous permettent de retrouver une certaine assurance, un point ferme de départ. Celui-ci peut être une personne, une compétence, une aptitude, un lieu,...

Ils sont importants pour nous car ils sont autant de jalons qui nous permettent de partir d'une base que nous considérons comme sûre, certaine. Et pourtant, ceux-ci peuvent changer. Si, avant chaque réunion de service, nous avons l'habitude de parler à notre cadre intermédiaire des sujets à l'ordre du jour, si tout à coup, il décidait de ne plus nous écouter, nous demandant de nous « débrouiller », ne serions-nous pas un peu perdus ? Tout comme nous regardons une personne connue lorsque nous présentons un projet devant une grande assemblée.

Lorsque nos points de repères se modifient vers quoi pourrions-nous nous tourner pour retrouver une base solide ? Nous devons en retrouver de nouveaux, les fixer, modifier certaines de nos habitudes. L'incertitude est alors présente de par l'inconnu que cela représente.

³⁴ Defrenne J., Delvaux C., *Le management de l'incertitude, L'adhésion partenariale*, Bruxelles, Edition De Boeck-Wesmael, 1990, p. 23.

2.5.2 Retour sur la variabilité

Nous revenons vers la variabilité de l'organisation. Même si l'ordre rassure, chaque jour nous retrouvons des changements, parfois insignifiants, parfois déterminants.

L'organisation est faite d'une suite sans fin d'oscillations faites de périodes calmes et de périodes plus changeantes. Chaque jour apporte dans une unité son lot de surprises, « *la vie d'un cadre est rarement un long fleuve tranquille*³⁵ ». Nous sommes confrontés aux arrêts maladie, aux demandes de congés, aux problèmes comportementaux, à la gestion des entrées et des sorties, aux choix, aux décisions, ... sans pour autant avoir de certitudes quant aux directions que nous prenons.

Notre société recherche l'ordre au travers des règlements de travail, la certitude au travers des bilans qu'elle réclame et pourtant, elle génère le désordre, la variabilité et l'incertitude propres à n'importe quelle évolution. Les contradictions sont courantes et génératrices d'incertitude. Si, en tant qu'infirmier en chef, nous sentons que notre équipe a besoin d'aide dans son travail et que nous travaillons avec elle, ne sommes-nous pas en train de négliger notre travail de cadres ? Il y a là comme une opposition : « sauver » son équipe en lui donnant de l'aide et « l'abandonner » pour réaliser le nôtre. De même si nous passons notre temps à réaliser des tarifications médicales, est-ce encore réellement le travail d'un infirmier en chef ? Cette incertitude est inéluctable eu égard à la recherche d'évolution mais aussi à la complexité de l'organisation tout autant qu'au désordre créé. Nous sommes en équilibre instable et les réajustements sont courants.

En fait, l'état de certitude d'un système répond à l'incertitude de son évolution et réciproquement. Nous savons que les incertitudes existent tout autant que les certitudes. De ce fait, nous essayons de contrôler, pour passer de cet état d'incertitude à un état de certitude. Celui-ci fera de nouveau place à l'incertitude.

Antagonistes et pourtant complémentaires, les certitudes de l'organisation se basent sur les incertitudes qu'ils ont connues et dépassées, certitudes qui à leur tour sont remises en question pour relancer de nouvelles incertitudes et ainsi de suite.

La société actuelle est remplie de contradictions. L'infirmier en chef passe par l'ordre et le désordre, par la sensation de puissance et celle d'impuissance, et le cadre est censé gérer tous ces générateurs d'incertitudes. Un paradoxe ne permet pas une option claire et définitive mais plutôt un choix flou et parfois variable dont le résultat et les connaissances ne sont pas certains. L'incertitude tout comme l'évolution sont inéluctables et irréversibles.

³⁵ Extrait de l'entretien avec l'individu G.

2.6 Les zones de confort

Nous avons vu que les zones d'incertitude sont présentes dans tous les systèmes. Ce ne sont pas les seules zones que nous pourrions rencontrer dans notre milieu professionnel. Nous pouvons être confrontés à nos zones de confort, individuelles et subjectives

2.6.1 Qu'est-ce qu'une zone de confort ?

Une zone de confort, comme son nom l'indique, est une zone dans laquelle nous nous sentons à l'aise, sur un terrain connu. Nous nous y sentons sûrs de nous, pleinement compétents. Nous savons, dans cette zone, ce que nous avons à faire et nous ne nous posons plus de questions. Il est facile d'y rester, de s'y sentir bien. Nous avons cette habitude d'y rester car les démarches y sont faciles tout autant que les relations avec les autres. Nous avons l'impression que dans cet espace, rien ne peut nous atteindre. Nous pourrions la concevoir comme une bulle où nous nous sentons protégés. L'extérieur de cette zone, de cette bulle, représente l'inconnu, le danger, l'inconfort.

Les limites de notre zone de confort sont propres à chaque individu mais plus ces limites sont étroites et petite l'étendue de cette zone, plus l'intolérance aux changements sera grande et les conflits d'opposition risquent alors d'apparaître.

L'environnement de vie, de travail mais aussi social peuvent faire partie de cet espace confortable s'ils sont habituels. En effet, si nous restons dans notre unité avec les gens que nous connaissons, sans mettre en place de nouveaux projets, de changements, la routine est présente ainsi que nos habitudes. Nous aurons alors cette impression de confort et de sécurité. Les habitudes, la routine mais aussi nos croyances nous permettent de ne pas nous sentir en danger. Il nous arrive même parfois de prendre une décision, un choix tout autant que nous effectuons une action en fonction de nos zones de confort car il y a ce côté rassurant, cette certitude de réussite, une présence de tranquillité de l'esprit car il n'y a pas d'interrogations. Nous restons dans le connu. Si nous sommes infirmiers en chef et que nous savons que lors de la prochaine réunion de cadres seront choisis les futurs participants à un projet pilote d'envergure parmi les gens présents, nous pourrions décider de ne pas y participer afin d'éviter d'être retenus.

2.6.2 Les zones de panique

Les zones de panique ou autrement dit, les zones d'inconfort, nous obligent à sortir du « connu » pour aller vers « l'inconnu », de notre certitude vers l'incertitude, de nos connaissances vers la découverte, de l'habituel vers l'inhabituel.

Les enjeux, le risque, l'incertitude y ont leur place tout autant que les interrogations. Certainement moins reposantes car nous risquons la perte, l'échec et l'erreur. Nous n'y sommes pas rassurés. L'incertitude y est présente quant aux résultats, aux conséquences et cette incertitude fait souvent peur. Mais au-delà de cette frontière, il y a tout autant de compétences, de connaissances, de découvertes que de choix à faire.

Est-ce la peur, l'incertitude, l'échec, l'erreur qui paralysent autant et qui nous empêchent de dépasser, de tenter l'aventure, les défis ? Ne serait-il pas « fade » de vivre ainsi ?

Si nous avons l'habitude d'un management directif où nous contrôlons tout, que ce soit l'organisation, les soins, la finalité où la délégation n'a finalement pas sa place, que se passerait-il si nous devions passer à un style délégatif où l'impression de « non-contrôle » est présente ? N'éprouverions-nous pas certaines craintes, certaines peurs ? L'incertitude quant aux résultats de cette délégation serait tout aussi présente.

Comment pourrions-nous avoir des certitudes face à ce que nous ne connaissons pas, ce que nous ne maîtrisons pas ?

2.6.3 Un subtil mélange

Finalement, nous nous rendons compte que nous naviguons souvent entre confort et inconfort, entre ce que nous connaissons et ce que nous ne connaissons pas. Il y a, certes, une prise de risques qui nous empêche de connaître précisément le résultat. Nous passons régulièrement des certitudes aux incertitudes. Certaines connaissances peuvent vite s'avérer limitées quand la situation et les assurances que nous avons se transforment en inquiétude.

Le confort, l'inconfort, les certitudes, l'incertitude, la routine, l'inhabituel³⁶ font partie du quotidien du cadre en soins de santé et celui-ci se rend vite compte que sa zone de confort est mise à l'épreuve même s'il est plus facile d'y rester. Même si d'un côté il y a des certitudes qui rassurent, pour avancer, l'infirmier en chef affronte les incertitudes, les inconnus provoqués par le changement, le choix, les décisions, l'action...dont il ne maîtrise pas tout à fait les conséquences et donc le futur.

³⁶ <http://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2007-3-page-235.htm>, « l'expérience psychologique de l'incertitude au travail », consulté le 22 décembre 2011

2.7 Le sentiment d'incertitude au travail

« *Le sentiment d'incertitude au travail peut se voir comme l'incapacité dynamique pour l'individu ou un groupe d'individus d'anticiper, de maîtriser, de gérer, de prévoir des situations professionnelles ou autres au travail, même s'il croit disposer des ressources nécessaires. Ces situations lui semblent irréversibles et aléatoires lui apparaissant finalement de plus en plus complexes au regard des « turbulences » de l'environnement et de l'évolution de l'organisation*³⁷ ».

L'individu ou le groupe d'individus ressent une certaine impuissance vis-à-vis de cette incertitude. La perturbation de leurs modèles aussi bien identitaires que traditionnels mais aussi éducatifs, socio-culturels au sein de l'organisation modifie leurs points de repères, ancrages traditionnels permettant aux individus de posséder une zone de confort rassurante.

Ce sentiment d'incertitude au travail est renforcé par un sentiment de privation. Le travailleur considère alors qu'il ne possède pas les ressources, qu'il n'est pas à l'image de ce qu'on attend de lui. Mais plus encore, pour lui, le travail devient négatif car il ne lui fournit pas ce qu'il en attend allant même jusqu'à le lui interdire. Il ressent alors un sentiment d'abandon et de déni alors qu'il en attend reconnaissance et aide.

Le travailleur a alors le sentiment de ne plus pouvoir revenir sur le côté rassurant du passé c'est-à-dire sur les certitudes antérieures mais qu'au contraire, il doit faire face à l'ignorance du futur et des possibles devenirs.

2.7.1 La face négative de l'incertitude

La « *moins-value*³⁸ », terme comptable par excellence, reflète cette « *diminution de la valeur d'une ressource, d'un avoir*³⁹ » supposant que nous possédions auparavant quelque chose d'une certaine valeur et que celle-ci est diminuée suite à sa confrontation face à l'incertitude.

Nous parlerons de moins-value lorsque l'individu ou le groupe d'individus considère ou croit ne pas avoir les ressources nécessaires pour faire face à cette incertitude, se sentant ainsi diminué, amoindri. Son sentiment d'identification au travail et le sens qu'il y attribue s'en retrouvent perturbés l'empêchant d'avancer. Cette moins-value provoque alors la méfiance par rapport au

³⁷ Defrenne J., Delvaux C., op. cit., p. 64.

³⁸ Ibidem, p.67

³⁹ Le Larousse, op. cit., p. 655.

travail pouvant s'entrevoir comme une non-participation à la planification des tâches, un refus de la critique, un abandon des groupes de travail,...

Confronté à l'incertitude, l'individu éprouve de l'angoisse et se sent diminué lorsque les ressources pour contrer cette contingence sont absentes.

Le danger de cette moins-value, lorsqu'elle n'est pas prise en compte et qu'elle continue à tourmenter les individus, risque d'engendrer des conduites dysfonctionnelles (absentéisme, grève,...) et des « *vécus désadaptatifs*⁴⁰ » (violence verbale, agressivité,...). Ceux-ci continueront à croître tant que rien n'est fait pour régler cette contingence.

L'infirmier, au travers de ces conduites dysfonctionnelles et de ces « *vécus désadaptatifs* », tente de diminuer ce sentiment de déstabilisation, son angoisse et cette diminution de son identité au travail pour essayer de retrouver un pseudo-équilibre qui, finalement, finira une fois de plus par être perturbé.

Le personnel soignant cherche, en fait, à se protéger contre l'environnement, en se gratifiant tout autour de lui des progrès connus par son organisation ou au contraire en mettant en exergue les risques encourus. Protection aussi par rapport à l'organisation : l'individu tire profit des dysfonctionnements organisationnels ou alors remet en cause la structure pour les expliquer. L'environnement et l'organisation ne sont pas les deux seuls éléments contre lesquels l'individu tente de se protéger. Il se préserve également contre lui-même, déclenchant des mécanismes de défenses inconscients, même si ceux-ci entretiennent sa vulnérabilité, son stress, son sentiment d'impuissance face à la situation. Sans intervention, ces mécanismes se répètent pour devenir finalement pathologiques.

Mais l'individu n'est pas le seul perdant. Cette facette de l'incertitude, l'organisation (en l'occurrence l'hôpital) n'en sort certainement pas gagnante. Ces différents dysfonctionnements induits entraînent un malaise non exprimé. Celui-ci instaure une inefficacité organisationnelle qui engendre un rendement décroissant ou stagnant, un stress, un déséquilibre dans les relations humaines. Tous ces éléments sont autant de signes de la présence de la « *moins-value* ».

La non-gestion par le cadre en soins de santé de cet état d'incertitude régnant dans son équipe entraîne des difficultés de la part de celle-ci à le suivre dans ses projets. Mais si en plus, il ne fournit pas les ressources nécessaires au bon déroulement de ce projet, il ne fera qu'augmenter cette incertitude.

⁴⁰ Defrenne J., Delvaux C., op. cit., p. 67.

Garder à l'esprit la possibilité de cette « *moins-value* » lors des changements organisationnels, lors d'incompréhensions ou lors d'une prise de décisions vise à enrayer la méfiance vis-à-vis du travail et de l'organisation. La prise de distance des travailleurs par rapport à leur organisation considérant celle-ci inadaptée, a un coût économique, social, psychologique et, l'organisation et l'individu sont alors tous deux perdants.

2.7.2 La face positive de l'incertitude

La « *plus-value*⁴¹ » est aussi un terme à consonance économique. « *Augmentation de la valeur d'une ressource, d'un avoir*⁴² » définit ce terme. La positivité de cette définition nous fait remarquer l'obtention d'un « *plus* » par l'individu qui en bénéficie. Il sort alors grandi de cette expérience.

La « *plus-value* » se présente lorsque l'individu possède les ressources nécessaires et efficaces pour affronter une situation dans laquelle il ressent un sentiment d'incertitude. Le désarroi qu'il aurait pu ressentir dans cette situation est contrecarré par la disposition de ses ressources et de sa capacité à les utiliser pour dépasser et se dépasser face à cette situation où l'incertitude et la moins-value étaient présentes.

En fait, il s'agit d'une appropriation favorable de l'incertitude face à la situation, qui diminue la méfiance par rapport au travail et à l'organisation. Les ressources et leur appropriation rendent la situation tolérable et n'entravent ainsi plus leur parcours et leur intégration au sein de l'organisation. L'avantage de la « *plus-value* » pour les travailleurs réside dans le non-ressenti des menaces par rapport aux différentes situations et ils ne s'épuisent plus dans des désordres stériles et autres problèmes.

Cette « *plus-value* » s'accompagne d'un sentiment de sécurité au travail. L'individu s'identifie au travail dans son organisation qu'il considère comme comblant ses besoins. Les menaces disparaissent de son esprit. Son identité au travail se renforce ainsi que son estime de soi. Cette « *plus-value* » est reconnue tout en permettant l'évolution des travailleurs et leur développement. L'organisation en tire des bénéfices non négligeables. Les travailleurs accroissent leur capacité de travail, en augmentant leur rendement. L'estime de soi tout comme la satisfaction d'avoir dépassé cette situation leur fournit un nouvel élan professionnel.

⁴¹ Defrenne J., Delvaux C., op. Cit., pp. 70-72.

⁴² Le Larousse, op. cit., p.791

2.8 Une piste de réflexion : l'adhésion partenariale

L'incertitude présente dans nos équipes de soins n'est pas forcément facile à vivre, que ce soit par le cadre de l'équipe ou par l'équipe elle-même. Mais n'est-ce pas aussi une des prérogatives de l'infirmier en chef de guider son groupe, tout aussi bien dans la réalisation de ses objectifs mais aussi dans l'incertitude ? Incertitude qui risque de freiner voire de bloquer la réalisation de ses objectifs. Existe-t-il un management de l'incertitude ? Certainement, mais celui-ci se développe, se forme mais n'arrive pas d'un claquement de doigts. Le cadre en soins de santé peut aider son équipe à surmonter cette incertitude et se dépasser, tout comme son équipe peut aussi l'aider à son tour. Serait-ce un management réciproque ? Nous serions plutôt tentés de dire un échange réciproque, verbal mais aussi centré sur l'action. Certes la piste n'est pas unique, d'autres existent, d'autres se développeront, mais l'adhésion partenariale peut être une de ces pistes.

2.8.1 Définition

Avant de se baser sur une définition « toute faite », nous avons voulu définir chaque mot de ce concept. Nous commençons donc par le terme « adhésion ». Celui-ci est décrit dans le dictionnaire Le Larousse comme « l'action de souscrire à une idée, à une doctrine, de s'inscrire à un parti, à une association ⁴³ ». L'idée est donc d'adhérer non pas à une doctrine qui nous renvoie plus vers une notion dirigeante, mais à une idée, de se joindre à d'autres pour aller dans une direction commune.

Le terme « partenariale » nous renvoie quant à lui au partenariat qui signifie « un système associant des partenaires sociaux ou économiques ⁴⁴ ». Pour mieux comprendre et aller un peu plus loin, les partenaires sont « des personnes, un groupe avec qui nous sommes associés dans le but de réaliser un ou des objectifs ⁴⁵ ». La direction commune est, ici, une nouvelle fois soulignée. Le principe de l'adhésion partenariale, décomposée comme ci-dessus, serait de former un groupe, en l'occurrence une équipe infirmière et un infirmier en chef qui partagent les mêmes idées, qui intègrent et partagent les valeurs du groupe tout en formant une unité dans le but de réaliser un ou des objectifs.

Selon Defrenne et Delvaux, l'adhésion partenariale est « une stratégie paradoxale selon laquelle l'ensemble des protagonistes de toutes situations de travail, inéluctablement de doubles

⁴³ Le Larousse, op. cit., p. 15.

⁴⁴ Ibidem, p. 746.

⁴⁵ Ibidem, p. 746.

contraintes, se reconnaissent respectivement et réciproquement comme partenaires, dans une structure constante d'ajustement permanent de leurs divergences, de leurs antagonismes, de leurs anticipations, de leurs attentes, de leurs objectifs compte tenu des contraintes organisationnelles, des sollicitations et des turbulences irréversibles et imprévisibles de l'évolution et de l'environnement par rapport à la société de l'incertitude et du sentiment d'incertitude⁴⁶ ».

Nous nous sommes interrogés sur le sens de cette définition. L'incertitude y est clairement exprimée tant au niveau des contraintes auxquelles nous sommes confrontés mais aussi de l'évolution continue de la société et des organisations. Cette stratégie prône la reconnaissance réciproque et respective des individus pour former un tout, regardant dans la même direction. Cet ensemble est formé d'individualités différentes mais qui se reconnaissent et se respectent. C'est le principe de former une unité face à la difficulté. Cette reconnaissance, autant que l'incertitude, réclament une constante adaptation pour évoluer au même rythme que les modifications et les différentes évolutions de notre société. L'adhésion partenariale ne demande pas de résister ou de contrer l'incertitude à laquelle nous sommes exposés mais plutôt de former un groupe pour accompagner ces différents changements au travers de nos ressemblances mais aussi de nos différences. Ce groupe s'entraide et se soutient avec un but, celui de réaliser les objectifs qu'il a choisis ou qu'on lui a imposés, tout en tentant de rencontrer ses attentes, ses propres objectifs.

2.8.2 Les principes de l'adhésion partenariale

L'adhésion partenariale repose donc sur la reconnaissance réciproque et respective des différents protagonistes qui composent le groupe et qui deviennent ainsi des partenaires. La devise nationale belge nous rappelle que « *l'union fait la force* » et ce principe est ici appliqué. L'idée est de surmonter ensemble l'incertitude. Cette reconnaissance permet l'expression des identités différenciées même si l'hétérogénéité des individus peut en soi constituer un désavantage. L'individu recherche une identité au travers de son travail et l'incertitude, lorsqu'elle gagne un individu, perturbe son identité.

Ce principe n'est pas unique comme nous avons pu le comprendre. L'adhésion partenariale comprend plus d'un principe et n'est en soi pas un remède miracle contre l'incertitude, mais une aide dans sa gestion. Elle tente aussi d'implanter et de développer une cohésion d'équipe en offrant à chaque partenaire la garantie d'un management de l'incertitude et non pas de leur offrir une pseudo-sécurité illusoire. Reconnaître la présence de cette incertitude, ne pas la nier et chercher ensemble des solutions est un point de départ non négligeable.

⁴⁶ Defrenne J., Delvaux C., op. cit., p. 196.

Les ressources et les objectifs sont deux éléments primordiaux de l'adhésion partenariale. Fournir aux éléments du partenariat des ressources adaptées à la situation permet de diminuer cette incertitude. Même si nous n'en avons pas toujours les moyens, l'innovation recherchée ensemble peut devenir une de ces ressources si le groupe est d'accord sur cette recherche et ce développement. Les objectifs sont aussi des points de repères que nous pouvons fixer avec nos collègues dans le but de nous projeter et de fournir une ligne directrice, un but à atteindre.

Mais si les individus ont le sentiment que les ressources sont inadaptées ou que les objectifs ne sont pas réalistes, un sentiment de privation risque de se développer. Mais ce ne sera pas le seul, le ressenti par rapport au travail fera son apparition et se traduira par des conduites dysfonctionnelles, de la nostalgie par rapport aux situations antérieures. Le décalage entre leurs attentes et leurs objectifs sera considéré comme trop important et le découragement et le non-suivi risquent fort de perturber le groupe.

La recherche constante d'adaptation doit permettre l'expression de l'humain. L'échange et le partage sont primordiaux dans la communication entre partenaires pour dépasser ces incertitudes. La reconnaissance du potentiel de l'autre favorise l'entraide et le développement de soi et des autres. De même le développement de l'autonomie et des marges de liberté de chacun permettent à chacun de se réaliser dans son travail mais aussi de découvrir, de s'investir, de se dépasser et ainsi de parvenir à une implication et un investissement personnel de chacun dans le groupe.

L'adhésion partenariale recherche une expression constante des individus, permettant ainsi une restauration de soi mais aussi un désir de travail avec une appropriation des réalités professionnelles.

Cette forme d'adhésion n'est pas la seule solution contre l'incertitude. Certes, elle fait partie intégrante du management de l'incertitude mais de là à dire que c'est l'unique solution, il n'y a qu'un pas que nous ne franchirons pas. Nous pourrions citer entre autre la réflexion, le tutorat, la diversification de nos relations, les formations, l'innovation, l'échange, la sortie de notre environnement...

2.9 Conclusion sur l'incertitude

Il n'est guère évident de cerner totalement l'incertitude. Est-ce justement parce que les certitudes ne sont pas présentes ? Dans notre quotidien, elles prennent la forme de points de repères, de croyances, d'habitudes, de connaissances, d'ordre et de stabilité. Tous ces différents éléments ont pour perspectives communes d'être rassurants et en plus, ils évitent de devoir s'aventurer dans l'inconnu. Mais, et c'est là toute la difficulté, nous ne vivons pas dans un univers professionnel où tout est simple, précis, prédéterminé. Que du contraire, nous serions plutôt dans la modification, le changement, le désordre, l'équilibre précaire ou l'instabilité. Nos certitudes, qui ne sont en fait que d'anciennes incertitudes, sont remises en questions et tout ce qui pouvait être rassurant est parfois modifié, parfois incompatible avec la réalité actuelle.

Le fait de ne pas connaître l'avenir nous dérange-t-il à ce point que nous avons tendance à nous réfugier dans notre passé ? La peur de commettre une erreur est présente tout comme celle de l'échec mais tant que nous n'essayons pas, nous ne pouvons pas savoir.

Le ressenti est important et il est souvent pris en compte dans nos décisions ou nos choix. Mais est-il seulement le reflet de la réalité ? Ne serait-il pas plutôt une interprétation de ce que nous vivons, de ce que nous percevons ?

L'incertitude existe et l'éradiquer complètement est impossible tout autant qu'inutile. Nous ne pourrons jamais réellement tout maîtriser et tout deviner à l'avance.

CHAPITRE 3 :LE CONCEPT DU DOUTE

« Avons-nous fait le choix qu'il fallait ? »

Le doute est présent en chacun de nous. Certes, il s'exprime de différentes manières et les matières qu'il explore sont toutes aussi multiples. Personnel, individuel, groupal, stressant, réconfortant, il développe une panoplie de ressentis différents quelle que soit la personne. Mais il est aussi fonction des expériences, des formations, de l'éducation. De plus, pour compliquer un peu plus la situation, l'environnement extérieur de l'individu s'en mêle.

Le doute recèle cette faculté d'analyse de l'ensemble des éléments qui entourent une situation. Pouvons-nous dire que nous sommes toujours aptes ? Aptes à nous dépasser ? N'a-t-il pas une connotation négative ? L'image que nous pourrions percevoir est celle de quelqu'un de faible lorsqu'il doute. Réellement ? Certitudes et incertitudes sont si proches tout en étant si éloignées. Le doute se sent, se ressent, se partage, se développe, se tait, s'exprime ; il est multitude de choses proches et opposées à la fois...

Passer de l'incertitude au doute nous est apparu délicat et difficile tant ces deux notions nous paraissent proches. Pourtant nous les utilisons de manières différentes. Le doute ne serait-il pas une des réponses à l'incertain ?

3.1 La définition du doute

Pour tenter de comprendre la réalité que renferme le terme doute, nous nous sommes tournés vers le dictionnaire Le Larousse. Celui-ci définit le doute comme « *un manque de certitude, soupçon, méfiance quant à la sincérité de quelqu'un, la véracité d'un fait, la réalisation de quelque chose*⁴⁷ ».

Cette définition, certes utile, nous dirige vers de nombreuses pistes qui développent une fois de plus la complexité du doute mais qui surtout révèlent son caractère pluriel.

Mais, finalement, une définition seule ne peut nous apporter toutes les réponses pour expliquer ce ressenti, ce sentiment qui s'empare de nous.

Tournons-nous vers l'étymologie du mot doute et donc du verbe douter du verbe latin « *dubitare* ». Le radical « *du* » exprime la dualité, l'opposition entre deux éléments, deux idées. Une première fois l'opposition se marque.

⁴⁷ Le Larousse, op. cit., p.335.

Nous nous interrogeons sur la traduction dans d'autres langues du verbe douter. En néerlandais, ce verbe se dit « *twijfelen* » renvoyant une fois de plus vers le nombre deux (« *twee* »). En italien, celui-ci se prononce « *dubbio* » ou « *dubbi* » alors que deux s'exprime « *due* ». Finalement en espagnol, douter se dit « *duda* » et deux « *duo* ». Dans chacune des langues proposées ci-dessus, nous remarquons la présence de ce chiffre deux qui marque donc la dualité, c'est-à-dire un caractère composé de deux éléments de natures différentes. Mais en quoi cette dualité peut-elle expliquer la notion de doute ? Le doute met en opposition, parfois totalement contraires, parfois proches, deux éléments, deux sentiments, deux personnes, parfois même plus. L'opposition, le choix, la décision sont en quelque sorte une partie exécutoire du doute mais un choix ne peut se résumer à une seule solution sinon il serait la seule et unique alternative, ne laissant même plus d'autres possibilités. Le terrain serait alors tracé sans doute, rempli de certitudes rassurantes. Que du contraire, nous serions plutôt devant un nombre important de chemins faits de virages, de ronds-points où nous devons décider de prendre une sortie

3.2 Le doute et les difficultés

Si le doute interroge, il s'interroge également. Pourquoi existe-t-il ? Pourquoi est-il présent dans notre quotidien ? Quelle est sa place ? Pourquoi doutons-nous ? A quoi peut-il finalement servir ? Chaque groupe est régulé par des normes qui fournissent une ligne de conduite à l'ensemble de ses acteurs. Implicitement ces différentes « règles » nous dictent ce qu'il est bon de faire ou de ne pas faire. Elles guident souvent nos actions et nos pensées. Dans un groupe, « *la normalisation correspondrait alors à une sorte de mécanisme de négociation permettant d'éviter le conflit*⁴⁸ ». Les différentes personnes de l'équipe suivent les règles de conduites et les modèles prescrits par ce groupe. Pourtant une norme ne renvoie pas à un critère de vérité. Elle est l'expression d'un groupe qui l'a créé. Si nous ne suivons pas ces « préceptes tacites », l'individu s'expose à une exclusion du groupe. Nous retrouvons une première difficulté du doute : pouvons-nous remettre en cause ces différentes normes même si celles-ci nous interrogent ? Ne risquerions-nous pas une exclusion de notre équipe si nous jugeons ces normes ? L'équipe nous suivrait-elle encore ? Pourtant certaines de celles-ci ne sont peut-être plus adaptées à la réalité.

D'un autre côté, il y a aussi ce que l'on appelle un effet de groupe. Il nous arrive en effet de suivre les autres membres de l'équipe lorsque nous ne savons pas quoi faire. Lorsque nous avons un doute ou lorsque nous nous demandons ce que nous devons faire mais que nous n'avons aucune

⁴⁸ Delouée S., Vaidis N., *Pourquoi faisons-nous des choses stupides ou irrationnelles ?!*, Paris, Dunod, 2011, p.15

réponse, il nous arrive de nous fier aux opinions de nos collègues, à leurs jugements, à leurs informations et donc de suivre l'avis de la majorité. Est-ce pour cela qu'ils ont raison ?

Cette influence peut faire disparaître les différents doutes que nous aurions mais nous apporterait-elle les réponses que nous cherchons ou simplement celles de la majorité ? Nous ne nous sommes pas fait notre propre avis en suivant la voie du plus grand nombre. Et si celui-ci avait tort ?

Nos pensées, tout comme nos actes, peuvent devenir automatiques. Nous ne réfléchissons alors plus. Nous exécutons machinalement nos gestes, nos paroles, nos jugements. Pourtant avons-nous pris le temps de réfléchir ? L'action automatique est souvent responsable d'un nombre important d'erreurs. C'est justement lorsque l'erreur apparaît que nous la prenons en charge. Certes c'est important et elle peut même devenir levier d'amélioration mais ne pourrions-nous pas y réfléchir avant que celle-ci ne se produise ?

Même nos décisions sont empreintes d'éthiques diamétralement opposées⁴⁹. L'éthique de la responsabilité, qui nous demande de répondre de nos actes, partagée par un grand nombre de nos collègues, validée par notre culture professionnelle, s'oppose à l'éthique de la conviction qui oriente nos actions en fonction de nos valeurs. Mais si nos valeurs sont différentes de celles de la majorité ou des standards communément admis, nous nous retrouvons avec plus d'interrogations que de réponses et nous nous demandons finalement le sens que nous accordons à notre travail au sein de notre institution. Nous remettons en cause la place que nous y occupons, ainsi que notre capacité à travailler pour cette société. Y en a-t-il seulement une meilleure ? Chacun est libre de faire son choix ou ses choix, en son âme et conscience.

Le doute revient vers l'opposition entre le ressenti (subjectif) et le réel (objectif). L'expression de ce que nous percevons est toujours plus difficile que de se retrouver devant une série de chiffres représentant une situation. Notre jugement y est pour beaucoup, aussi bien dans les difficultés que dans les « situations simplifiées », c'est notre propre perception qui leur confère ce caractère où parfois nous comprenons, parfois nous faisons semblant de ne pas comprendre et de temps à autre, nous sommes totalement déroutés.

« *Le doute n'est jamais premier, il survient à la suite d'une mise en cause sévère ou d'une déception*⁵⁰ ». En effet, le doute ne survient pas seul. Il est consécutif à une observation d'un événement, d'une situation, d'une attitude, qui nous est apparue dérangeante dans le sens où nous ne nous sentions ni à l'aise, ni sûrs de sa cohérence avec ce que nous attendions ou ce que nous

⁴⁹ <http://www.erudit.org/revue/ltp/1996/v52/n2/401006ar.pdf>, consulté le 12 janvier 2012.

⁵⁰ <http://sergecar.perso.neuf.fr/cours/logique7.htm>, Carfatan S., philosophie et spiritualité – leçon 137 : le doute, expérience et méthode, consulté le 11 janvier 2010.

nous imaginions. L'écart entre ce qui est perçu et ce qui est réellement nous questionne et peut remettre en cause des certitudes que nous avons jusque-là.

3.3 La suspension du jugement et la réflexion

Suspendre, c'est « *interrompre pour un temps*⁵¹ ». Mais pourquoi arrêter et ne pas continuer ? L'idée de s'arrêter brutalement laisse comme une sensation de travail inachevé. Nous le remarquons au travers des philosophes sceptiques qui en usent et qui arrivent à la conclusion que toute détermination est impossible⁵², qu'ils ne distinguent ni le vrai ni le faux. Mais la stérilité d'une telle méthode ne peut déployer le sens que peuvent avoir nos doutes.

La suspension du jugement demande une réflexion c'est-à-dire « *arrêter sa pensée sur quelque chose pour l'examiner en détail*⁵³ ». Elle analyse minutieusement une situation, une pensée, une idée, un problème,... « *Elle suppose donc la suspension du jugement et de l'action*⁵⁴ ». Cet arrêt ne doit pas marquer la fin mais plutôt le début de la réflexion. C'est interrompre tout ce que l'on fait dans le but de prendre de la distance, de la hauteur et d'analyser la situation ainsi que ses composantes. C'est essayer de comprendre les gestes que nous posons, nos pensées, nos opinions et d'examiner la situation sous un autre angle. Cette critique permet non seulement de se rendre compte de ses erreurs mais aussi d'apprendre à se connaître.

La réflexion personnelle ou groupale permet de mettre en lumière les différentes erreurs, les croyances, les problèmes, nos habitudes,...Parfois même, réfléchir permet de se rendre compte des automatismes que nous pouvons avoir dans certains de nos actes, de nos pensées, de nos différentes démarches,...et pour lesquels nous ne prêtons plus aucune attention alors que justement nous le devrions dans un souci constant d'amélioration.

Mais cette démarche réflexive permet surtout de prendre conscience d'un tout. En effet, elle recherche d'abord à faire le lien entre les différents acteurs et leur mode de fonctionnement, les enjeux et le contexte situationnel ce qui lui permet de choisir entre plusieurs alternatives et de pouvoir agir dessus.

L'infirmier en chef peut percevoir certaines contradictions dans l'ordre apparent de son équipe mais aussi de son institution. Il peut s'interroger objectivement sur un ensemble d'éléments. Par

⁵¹ Le Larousse, op. cit., p. 980.

⁵² Godin C., la philosophie pour les nuls, 2^{ème} édition, Paris, Edition First, 2007, p. 156.

⁵³ Le Larousse, op. cit., p. 866.

⁵⁴ Muller J-L, Guide du management et du leadership, Paris, Edition Retz, 2008, p. 785.

exemple, ce serait une demande de la part de la direction d'augmenter le nombre d'examen tomodensitométriques et donc de placer un examen toutes les dix minutes alors qu'un quart d'heure est nécessaire habituellement pour chaque patient. Nous aurions alors l'impression de ne plus fournir un service de qualité aux patients car nous n'aurions plus le temps de lui parler ou même de l'interroger sur ses symptômes. Un autre cas concret serait l'implantation d'un dossier infirmier dans une unité de soins sans aucun projet d'accompagnement au changement, c'est-à-dire sans formation pour le personnel.

C'est un jugement critique de sa façon de penser et d'agir mais aussi de réfléchir au sujet des membres de son équipe.

La réflexion « *clarifiante*⁵⁵ » reste un outil du cadre dans l'exercice quotidien de sa profession, non seulement pour comprendre les personnes qui l'entourent mais aussi le monde autour de lui. Il remarque, ainsi la situation, l'analysant dans sa globalité. Elle permet donc de clarifier l'ensemble des éléments interagissant dans une situation.

Il convient tout de même de garder à l'esprit que cette méthode ne garantit aucun résultat et ne permet pas de trouver toutes les solutions recherchées. Elle permet de comprendre un peu mieux les différentes situations et de prendre conscience de soi-même.

3.4 Les différents types de doutes

Tout au long de notre histoire, philosophes et non-philosophes se sont essayés au doute avec plus ou moins de réussite et selon un certain degré d'intensité. En effet, certains en ont fait un mode de vie, remettant sans cesse en cause les activités et choses de la vie courante, aussi banales puissent-elles être, mais aussi leurs idées, leurs pensées, leurs actions et leurs jugements que d'autres acceptent, finalement comme vrais. Ils éprouvaient ainsi le doute au quotidien, le pensant, le repensant, le testant sans cesse sans pour autant, en fin de compte, détenir une réponse. D'autres l'éprouvaient pour repartir, selon leurs propres dires, d'une base saine, trouvant ainsi une conclusion à leurs pensées. Timorés ou au contraire sûrs d'eux, ils se sont tout de même interrogés sur le sens de la vie, le sens propre qu'ils lui attribuaient. Avaient-ils tort ? Avaient-ils raison ? Un peu des deux sans doute... Sans doute ou justement avec doute ? Rien que le terme, laisse justement penser qu'il y en a...

⁵⁵ http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/phlou_0776-555x_1925_num_27_8_2414, Henry J., Le doute initial de l'épistémologie, 1925, p. 383., consulté le 22 septembre 2009.

Nous allons essayer de classer le doute selon les différents degrés d'intensité qu'il est possible de lui appliquer, du plus simple au plus intense. Ceux-ci peuvent donc s'entrevoir comme tels : le doute ordinaire, le doute méthodologique, le doute sceptique, modéré ou extrême, et le doute pathologique.

3.4.1 Le doute ordinaire

Nous pourrions tout aussi bien le définir comme un doute « banal » car c'est en quelque sorte le doute que nous connaissons quotidiennement, celui que nous définissons le plus facilement. Une méconnaissance de la situation en est à l'origine, tout comme ses éléments adjacents. Le manque de confiance quant aux résultats, aux conséquences des décisions prises est l'élément déclencheur de ce type de doute. Mais ne s'agirait-il pas d'un manque de confiance en soi ?

C'est son apparition brutale qui nous déstabilise et qui nous ébranle car nous n'y sommes pas préparés et nous nous sentons donc démunis. Son arrivée, tout aussi soudaine, est suivie d'une disparition aussi rapide une fois une réponse trouvée.

Il renvoie aussi vers la confiance que nous accordons à autrui mais aussi au matériel ou aux conditions d'exercice professionnel. Nous « nous » doutons de certaines choses sans pour autant en être convaincus. Nous cherchons dans ce cas uniquement un apaisement de nos craintes. Nous en sommes simplement « à peu près » certains.

L'exemple même est celui d'une injection que nous ne connaissons pas et que nous vérifions deux ou trois fois pour nous assurer, pour nous rassurer, que le dosage est le bon.

3.4.2 Le doute sceptique

Le doute sceptique est un doute que la personne s'impose selon une certaine intensité qui le divise ainsi en deux grandes catégories, le doute sceptique modéré et le doute sceptique extrême. Ce doute imposé concerne les différentes choses courantes de la vie quotidienne.

➤ Le doute sceptique modéré

Critique du doute sceptique extrême, celui-ci accepte pour vraies certaines choses de la vie courante. Il recherche des solutions épistémologiques, c'est-à-dire qu'il critique la science en ayant pour objectif la recherche de connaissance. Il s'intéresse aux origines et aux limites de la science.

Par exemple, lors d'une de intramusculaire, le sceptique modéré aura tendance à poser un choix en ayant analysé toutes les composantes de l'injection, ses tenants, ses aboutissants, le but, l'origine, bref tout ce qui tourne autour de l'injection et finira par poser un choix en fonction des réponses obtenues. Soit, il la fera, considérant que la science a raison, soit il ne la fera pas car les réponses ne lui conviendront pas. Nous ne prôtons pas au travers cet exemple une remise en question de l'autorité ou du traitement médical. Nous essayons d'illustrer la pensée d'un douteur sceptique modéré.

➤ Le doute sceptique extrême

C'est le doute complet dans le sens où il y a suspension complète du jugement sans décision aucune. Le douteur extrême s'arrête dans sa démarche réflexive sans recherche de solution. Il dessine deux voies exploratrices antagonistes dans lesquelles il trouve des raisons de croire en leur véracité. Antagonistes mais véridiques, elles ne lui permettent ni de se prononcer ni d'affirmer, suspendant ainsi son jugement et abandonnant totalement l'idée d'une conclusion rendant ainsi toute détermination possible.

Nous revenons vers l'exemple de l'intramusculaire où le bien-être du patient peut ainsi être mis en opposition aux douleurs que nous pouvons lui procurer. Faut-il choisir les bienfaits même douloureux de l'injection ou ne rien faire pour éviter des douleurs au patient, même pour son bien ? Le douteur extrême considèrera que les deux propositions sont valides et ne fera donc rien. Une fois de plus, nous ne remettons pas en cause l'autorité ou le traitement médical. Nous essayons simplement d'illustrer nos propos.

3.4.3 Le doute méthodique ou méthodologique

Nous combinons ici deux formes de doute car nous considérons que le doute ne va pas sans la méthode. En effet, que serait la démarche sans les moyens qu'il présuppose ?

Il s'agit dans la méthodologie d'une observation systématique des principes et des méthodes utilisées dans la pratique scientifique. La méthode est, quant à elle, une démarche rationnelle de l'esprit pour tenter d'arriver à une connaissance, une vérité.

Nous devons le doute méthodique à René Descartes qui en a fait une culture de vie. Son objectif était de parvenir à une certitude, à une vérité sur laquelle il reconstruirait ses connaissances. Pour ce faire, ce doute demande de faire table rase de nos connaissances acquises jusque-là pour repartir sur de nouvelles bases solides et certaines. Pourtant effectuer cette démarche n'est pas

évidente mais surtout nous remet entièrement en question, même sur le fait de douter. Comment pourrions-nous sortir de cette spirale ? Quelle serait alors notre première connaissance ? Cette idée de table rase n'est pas des plus appropriées et risquerait de nous entraîner dans un doute encore plus profond, revenant sans cesse en arrière pour vérifier l'exactitude d'une chose.

Descartes désire une vérité unique qu'il pourrait rendre universelle et qui contrerait toutes les incertitudes qui pourraient se dresser. Il utilise pour ce faire une méthode déductive : la méthode cartésienne où la raison permet de connaître et de juger.

De même, il revient sur une notion intéressante, le cogito : « *je pense donc je suis* ». Nous l'utilisons encore aujourd'hui sous la forme familière de cogiter⁵⁶ pour sous-entendre que nous pensons. Toujours selon lui, nos erreurs proviendraient de notre précipitation dans nos jugements mais aussi de nos croyances que nous ne remettons finalement pas en cause. Il demande d'opposer nos connaissances et nos certitudes au doute pour les tester.

Nous nous tournons dans un deuxième temps vers Robert K. Merton⁵⁷. L'éthique et le professionnalisme des scientifiques étaient à son époque remis en cause. R.K. Merton préconise l'idée suivante : pour être vérité, chaque recherche doit répondre aux quatre normes⁵⁸ suivantes :

- L'universalisme : les connaissances scientifiques sont approuvées pour des critères objectifs et non personnels ou subjectifs. Cela signifie que la nationalité, la religion ou autre n'entrent pas en ligne de compte.
- Le communautarisme : les connaissances scientifiques sont de propriété publique. La science est alors considérée comme un cheminement collectif, chaque savant se basant sur les découvertes de ses prédécesseurs.
- Le désintéressement : les découvertes d'un scientifique sont jugées par ses pairs au même titre que ses motivations. Ses collègues peuvent demander la vérification des résultats.
- Le scepticisme organisé : suspension du jugement et critique des résultats produits tant que tous les faits n'ont pas été produits et vérifiés.

La différence est qu'à notre époque, les sciences sont devenues organisées et subventionnées par les entreprises ou les pouvoirs publics et les chercheurs ne peuvent répondre aux normes émises par R.K. Merton.

⁵⁶ Nous retrouvons d'ailleurs ce terme dans l'entretien avec l'individu E.

⁵⁷ Sociologue (1910-2003), théoricien de la pensée structuro-fonctionnaliste.

⁵⁸ http://classiques.uqac.ca/contemporains/carrier_herve/role_futur_universites/role_futur_universites.pdf, Rôle futur des universités, Carrier H, 1975, p.33-35, consulté le 20 janvier 2012.

3.4.4 Le doute pathologique

Le doute pathologique est un doute qui occupe toute la place, submergeant l'individu, occupant tout son temps mais aussi tout son espace. L'individu n'arrive ainsi plus à s'extraire du doute et à s'imposer des certitudes, ses certitudes. La personne stresse, angoisse et s'interroge même sur des questions métaphysiques telles que la mort, l'avenir, le sens de sa vie, sa place au sein de la société... L'individu s'interroge sur tout, même sur ce que nous considérons comme des certitudes allant même jusqu'à ne plus avoir de certitudes sur ses valeurs. Il ne se questionne non plus sur ce qu'il fait mais sur ce qu'il est.

Ce doute emmène dans une spirale négative l'individu qui n'arrive pas à en sortir. Il devient alors submergeant et la personne se sent alors dépassée comme incapable de reprendre pied. L'irrésolution la guette et si cette indécision continue, ne s'arrête pas à un moment, elle finira par devenir pathologique et néfaste. Son existence ne serait alors plus que doute et incertitudes. L'individu est finalement le seul qui peut décider de s'en sortir ou pas, seul ou avec l'aide d'un tiers.

Ces différents doutes nous livrent quelques éléments intéressants : la critique, la pensée, la réflexion, la suspension du jugement, le choix. Si certains de ces aspects sont plus que positifs, nous pouvons aussi nous retrouver face au négatif avec l'irrésolution et l'indécision.

Nous aurions pu parler de doute contemporain dans cette section mais celui-ci s'exprime au travers de notre épreuve car il est celui que nous vivons au quotidien. Le doute contemporain fait suite à l'évolution de notre société, des différentes sciences et à l'apparition de nouvelles technologies.

Les crises économiques, sociales, identitaires, les différents conflits et certains nouveaux phénomènes tels l'avènement des sectes ou de sciences dites « paranormales » plongent la société dans de nombreuses interrogations.

3.5 Retour sur la dualité

Qui dit dualité dit choix, le choix que propose le doute n'est pas aussi simple que cela puisse paraître. Le choix est fonction de nombreux paramètres et des enjeux de la situation. De plus, chaque personne aura sa propre vision du « bon » ou du « mauvais » choix.

« Choisir, c'est mourir un peu » : le choix nous laisse un sentiment parfois amer, parfois agréable. Il laisse deux voire plusieurs possibilités entre lesquelles nous nous décidons ou au contraire nous

ne faisons rien. L'immobilisme est en soi un choix, une prise de position. Cette dualité existante entre deux choix libère une partie de notre pression tout en laissant une autre. Tout comme dans les négociations, le choix impose souvent la perte d'une des parties. La solution idéale ne se présente que rarement et le compromis est plus souvent d'application. L'abandon de cette partie est souvent vécu comme un échec plutôt qu'une réussite. L'homme est ainsi fait qu'il regarde d'abord le négatif plutôt que le positif, comme en témoignent les résistances au changement. Et pourtant, l'abord positif existe. Certes peut-être pas comme nous l'espérions mais il est présent.

Cette dualité s'exprime au niveau de ses conséquences mais aussi au niveau de nos pensées, de nos perceptions tout en jouant sur les nuances. Nos interrogations nous entraînent vers le chemin non seulement du choix mais aussi sur l'opposition entre des idées parfois diamétralement opposées, parfois si proches mais différentes. Entre la « bonne » solution et la « mauvaise » solution, nous en retrouvons une multitude allant de la plus adaptée à la moins adaptée.

Mais s'il n'y avait que le choix ! Le désordre peut aussi faire douter car n'admettant pas l'ordre que l'être humain recherche régulièrement même si certains préfèrent le désordre pour se retrouver. Tout comme les conséquences de nos décisions entraînent une ou des réactions, des interrogations de notre part : « Ai-je bien fait ? », « Ai-je mal fait ? ». Nous nous sentons parfois imparfaits dans nos comportements alors que nous voudrions, justement, être parfaits. Entre ce que nous désirons et ce que nous pouvons ou savons faire, il y a parfois un monde de différence. Si nous voulons mettre en place un nursing intégré mais que nous n'avons pas le personnel en nombre pour le faire, nous allons nous interroger sur la manière de fournir les soins les plus appropriés au patient et d'en intégrer un maximum nous entraînant dans le doute par rapport à ce que nous avons pu faire jusqu'à présent, ce que nous pourrions améliorer.

La différence entre le réel et nos aspirations est ainsi parfois aussi grande qu'étroite mais si nous n'arrivons pas à la combler, les interrogations et le doute subsistent.

C'est justement cette opposition et cette dualité qui nous interrogent et qui nous font douter car jamais nous n'aurons de réponses certaines tant que nous ne l'aurons pas essayé. S'interroger permet de découvrir mais aussi d'imaginer les scénarii possibles tout en développant la créativité.

3.6 Les deux versants du doute

Si nous nous tournons vers le doute, celui-ci présente deux visages, l'un positif, l'autre négatif selon l'interprétation que la personne en fait mais aussi des conséquences qu'il induit. Mais par rapport à ce positionnement, la question serait plutôt quelle est la norme, qu'est-ce qui fait que le doute est positif ou négatif ? Est-ce la société qui nous demande de ne pas douter et de suivre ses idées ? Est-ce simplement parce que douter peut être plus facile ?

3.6.1 Le doute négatif

Il serait ici plutôt perçu comme improductif, tourmentant la personne qui le subit. L'incapacité de prendre une décision tout comme son inaction reviendrait plutôt à le concevoir comme stérile. La personne se trouve ainsi incapable d'avancer, de créer. La réflexion qu'elle entreprend l'enfonce toujours un peu plus car aucune réponse certaine n'apparaît. Cette personne s'épuise physiquement et psychologiquement. Elle finit par tourner en rond, incapable de prendre une décision tout en continuant à s'interroger un peu plus. L'irrésolution et l'indécision sont les expressions finales de ce doute négatif.

Si nous nous interrogeons sur la qualité des soins que nous donnons à nos patients, nous demandant réellement si ceux-ci sont correctement administrés, nous remettons ensuite nos compétences en doute. Mais ce n'est pas tout, nos valeurs nous paraissent inadaptées à l'organisation pour laquelle nous travaillons. Nous nous demandons finalement si notre profession est bien celle qui est faite pour nous. Nous continuons à nous interroger : quel sens donner à ma profession ? Que puis-je faire pour sortir de ces questions ? Non, je n'y arriverai pas... Et ainsi de suite. Nous voyons qu'ici nous ne prenons aucune décision, nous interrogeant sans cesse, ne trouvant aucune solution.

3.6.2 Le doute positif

Perçu comme un doute utile et constructif, il recherche une ou des solutions ou réponses à nos interrogations. Cette recherche transforme le doute en énergie positive car il amène la réflexion mais aussi l'action.

Par là-même, celui-ci entretient notre prudence tout autant dans notre raisonnement que dans notre pratique quotidienne. Il interroge la personne et sa profession mais aussi la pratique et les choses admises comme une certitude par la majorité pour tenter de découvrir de nouvelles choses, de

nouvelles connaissances. Par cet essai, même si celui-ci se révèle infructueux, nous avons au moins essayé tout en gardant à l'esprit que nous pouvons apprendre de nos erreurs.

Nous pourrions remettre en cause la qualité des soins que nous administrons à nos patients. Si nous nous questionnons et que finalement nous remarquons que c'est un manque de compétences ou un manque de matériel, que nous agissons en suivant des formations, alors le doute n'aura pas été stérile. Maintenant, il peut tout aussi bien s'agir d'un problème interrelationnel où nous sentons que c'est la qualité des soins que l'équipe délivre qui peut poser souci. Nous pourrions tout autant en discuter avec elle et tenter de lui faire comprendre, l'influencer dans la nécessité de revoir notre mode de fonctionnement.

3.7 Quelques pistes de réflexion

3.7.1 La remise en question et l'autocritique

Nous entendons régulièrement parler de la remise en question et de l'autocritique. Nous avons décidé, même si les deux termes employés ici sont différents, de joindre ces deux notions ensemble. La remise en question et l'autocritique ne sont peut-être pas semblables mais elles ont en commun de s'interroger ou de questionner ce qui nous entoure. Nous avons dans l'idée que finalement, l'un ne va pas sans l'autre. L'acteur et le système fonctionnent ensemble : c'est pourquoi, même différents, nous les prenons conjointement.

Nous avons tenté de trouver la remise en question dans le dictionnaire et nous ne l'avons pas découvert. Pourtant, nous sommes nombreux à l'utiliser et, aux cours de nos entretiens, certains mots pour la décrire étaient élogieux : humilité, preuve d'intelligence.

Après quelques recherches, nous parvenons à découvrir que c'est une interrogation de nous-mêmes mais aussi de ce qui nous entoure. Ces questionnements développent le besoin d'évoluer en analysant nos habitudes, notre quotidien, notre pratique mais aussi l'environnement. Elle est un bilan sur nous-mêmes ou sur une décision, un choix que nous aurions pris. C'est prendre du recul pour mieux avancer. Les doutes que nous pourrions avoir sont parfois responsables de cette remise en question. Nos points de repères sont, à ce moment-là, modifiés voire même changés.

Mais celle-ci demande un travail sur soi. Tout d'abord, elle préconise de mettre son orgueil et sa fierté de côté. Il n'est pas facile de reconnaître une erreur, que son choix ou sa décision n'étaient pas les plus adaptés. C'est accepter les critiques positives, celles qui sont constructives permettant d'avancer et de partager. Il faut savoir demander pardon et montrer l'exemple et le cadre doit

savoir reconnaître s'être trompé. C'est un peu « *pouvoir revenir en arrière, voir ce qui s'est passé et pouvoir rebondir*⁵⁹ » parce que revenir sur ses choix, ses décisions pour les recadrer, pour se réorienter permet de repartir dans une direction analysée plus finement et pas sur l'instant.

Nous revenons maintenant sur l'autocritique. Difficile d'imaginer ce terme de manière positive. Rien que le terme critique possède une connotation négative pour un grand nombre. En y regardant de plus près, cette notion est définie par les deux mots qui la composent : le préfixe, du grec *autos* qui signifie « *soi-même, lui-même* » et le mot critique qui se voit comme une « *action de critiquer quelqu'un, quelque chose ; jugement hostile, défavorable*⁶⁰ ». Nous parlons ici d'éléments de prime abord négatifs mais quel pourrait-être le positif dans cette autocritique.

Nous y voyons plus un retour sur nous-mêmes, sur notre comportement, notre attitude, de parler, de communiquer, d'agir... sur ce qui fait que nous sommes cadres et qui concerne notre personne. Mais elle renvoie tout aussi bien sur nos points forts et nos points faibles que sur nos qualités et nos défauts. Elle est difficile à réaliser car au début les qualités sont assez simples, même si celles-ci sont subjectives car basées dans un premier temps sur notre propre perception. Mais lorsque nous passons aux défauts, les premiers, plus évidents, sont faciles mais lorsqu'il s'agit « *de gratter et de voir en dessous*⁶¹ », cela devient plus compliqué. Elle apprend à se connaître et en ce sens, devient un atout. Nous pouvons utiliser nos points forts et garder à l'esprit nos points faibles tout en tentant de les améliorer.

Face au doute, ces deux techniques remettent l'individu non seulement face à lui-même mais aussi face à la situation. Il peut ainsi en prendre conscience de manière plus objective et réfléchir sur ce qui l'interroge. Nous pourrions dire la même chose de l'individu en lui-même. Pourtant une composante s'ajoute, l'apprentissage de soi-même. Le cadre, pour emmener son équipe, ne doit-il pas se connaître avant de connaître son équipe ?

3.7.2 Le partage d'expériences

Le partage d'expériences permet l'échange entre deux personnes sur leurs sentiments, leurs points de vue tout en proposant à l'autre des solutions ou des conseils sur un sujet, une situation qui nous posent problème. Mais pourrions-nous facilement exprimer nos craintes, nos doutes, nos incertitudes face à quelqu'un d'autre ? Parlez-vous de temps en temps avec un autre cadre en soins de santé, un autre infirmier des problèmes que vous rencontrez ? Exprimer à quelqu'un que

⁵⁹ Extrait de l'entretien avec l'individu A.

⁶⁰ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/critique/20575#20464>, consulté le 4 avril 2012.

⁶¹ Extrait de l'entretien avec l'individu D.

l'on doute de ses capacités de cadres, que l'on ne sait pas si on a pris la bonne décision n'est pas aisé. Si en plus nous lui demandons s'il a une solution pour nous...

Pourtant cette idée de partage repose sur le fait que nous ne sommes certainement pas les seuls à connaître ces difficultés. Si nous ajoutons à ce fait que nous ne pouvons pas être experts dans tous les domaines et que nous n'avons pas toutes les réponses en notre possession, alors en parler peut devenir une solution. Il ne s'agit bien évidemment pas de trouver dans ces échanges toutes les réponses que nous cherchons mais certaines personnes ont peut-être vécu une expérience similaire et pourraient ainsi nous fournir certaines pistes.

Nous avons remarqué, lors de nos entretiens, que parfois rien que le fait d'exprimer ce que l'on ressent à un collègue peut déjà soulager certains cadres en soins de santé par rapport aux interrogations qu'ils ont.

Nous restons ici dans un domaine de rencontres informelles mais aucune trace n'est alors visible pour d'autres. Si nous nous tournons vers les nouvelles technologies, l'idée d'un support informatique peut devenir un moyen de laisser une trace de nos expériences et donc de partager avec nos collègues. L'inconvénient reste qu'il y a alors moins de contacts et de dialogues directs entre les personnes.

Le programme MEShaT⁶², utilisé dans l'apprentissage, permet aux étudiants et aux professeurs de s'exprimer via internet sur les différentes situations qu'ils rencontrent. L'élève peut compléter les différents projets qu'il a accomplis mais aussi les difficultés qu'il a rencontrées et un des différents tuteurs présents sur la plate-forme peut ainsi lui donner une réponse ou une piste de réflexion. Cet outil informatique⁶³ permet également à l'étudiant de décrire ses motivations, son évolution mais aussi les comportements qu'il a adoptés selon les situations.

Nous pourrions concevoir au sein de nos institutions un tel projet pour permettre à chacun de s'exprimer comme sur un forum pour tout ce qui concerne nos interrogations, nos expériences mais quel serait alors le point de vue des directions ? Quel serait l'anonymat pour celui qui s'y risquerait ? Maintenant, nous pourrions le voir comme un cahier de récits d'expériences et de situations vécues.

⁶² Monitoring and Expérience Sharing Tool

⁶³ <http://apprentice.inrp.fr/apprentice/projets/actions-projets-2010/meshat>, consulté le 9 avril 2012.

3.7.3 Oser essayer

Mais pour oser se dépasser, il convient d'essayer et de tirer les conclusions de cet essai par après. Mais qui dit essai dit peur de l'échec et de l'erreur. Celles-ci peuvent paralyser mais pourtant, tant que l'on n'a pas essayé, on ne peut pas savoir. Combien de choses n'ont pas été découvertes sur un essai, sur une prétendue erreur ? L'erreur peut, il est vrai, se trouver au bout du chemin, mais même dans celle-ci, il y a une découverte : la connaissance de ses possibilités ou la compréhension de l'erreur. Si nous découvrons où l'erreur s'est glissée, nous pourrions agir dessus et réessayer. Prendre conscience de ses capacités est déjà une victoire en soi.

L'écrivain avant d'écrire, ne doute-t-il pas, ne redoute-t-il pas la « page blanche » ? Pourtant, s'il essaye, certes il y aura des erreurs qui finiront à la poubelle et d'autres dans le livre qui deviendra, peut-être, un « *best seller* ». Mais il est, avant la parution du livre, d'incessants voyages entre le bureau et la poubelle. Il faut oser certes mais c'est un apprentissage quotidien même dans notre profession. Si vous êtes responsable d'équipe, que vous aimez contrôler et que la délégation vous apparaît impossible, vous ne favoriserez pas l'autonomie de vos collègues et vous ne vous libèrerez pas de temps pour d'autres choses.

Posez-vous la question de savoir si l'autonomie de vos collègues et la confiance que vous leur accordez ne valent pas un essai ? Et quand bien même ils se trompent, que se passerait-il ? La réflexion et la discussion peuvent permettre d'apercevoir l'erreur et de comprendre comment et pourquoi elle est arrivée. Il y a peut-être des causes aussi bien dans le chef de votre collègue que dans le vôtre. N'auriez-vous rien appris de votre collègue et de vous-mêmes ? Mais l'inconvénient de l'essai, c'est qu'il faut oser, permettre mais surtout autoriser le droit à l'erreur.

3.7.4 L'erreur

Difficile de la reconnaître. Pourtant, elle peut devenir un levier de changement. Perçue le plus souvent de manière négative et associée à la faute ou à l'échec. « *Qui dit erreur dit écart à la norme. Elle n'existe que par rapport à une norme, elle renvoie à l'idée d'écart, de différence et par delà, à la possibilité de choix*⁶⁴ ». Mais quels choix ? Les choix que nous pouvons faire par rapport à des critères de réussite. Que cela soit dans une procédure de soins, dans le chiffre d'une demande d'investissements, l'erreur peut devenir source d'apprentissage et de compréhension tout autant qu'une réponse au doute que nous pourrions avoir.

⁶⁴ <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/PEDAGOGIE/ERREUR.pdf>,

« Recherche et formation, L'erreur pour apprendre », in *Objectif Soins*, n°152, Janvier 2007, consulté 20 septembre 2011.

Le changement interroge aussi que ce soit de manière négative ou positive : vais-je y arriver ? Est-ce, finalement, la bonne décision ? Et si nous nous étions trompés ? Et si j'avais commis une erreur ? Commettre une erreur arrive à tout le monde. Les erreurs sont de grands professeurs mais encore faut-il apprendre de ses erreurs, condition nécessaire pour que celles-ci aient une utilité.

L'erreur permet de mesurer l'écart objectif entre ce qui devrait être et ce qui est actuellement. Pourtant, reconnaître s'être trompé et accepter cette erreur est assez difficile pour quiconque. Malgré qu'elle soit souvent perçue de manière négative, elle possède en son sein un formidable potentiel de compréhension mais aussi d'apprentissage. Si un cadre en soins de santé reconnaît avoir fait une erreur en s'emportant face à un membre de son équipe, s'il retient que cette situation lui pose problème, il y a fort à parier qu'il tentera de ne plus reproduire cette même expérience. L'erreur provenant d'un problème de comportement envers autrui l'aura déstabilisé car en plus, nous y ajoutons une dimension affective. En se questionnant sur la situation et sur lui-même, il aura un peu plus appris pour gérer ses difficultés.

Maintenant, l'erreur peut être due à la routine installée et des gestes devenus automatiques pour ne pas dire mécaniques. Si nous ne nous interrogeons plus sur notre manière de faire, les gestes presque irréflechis peuvent conduire à une erreur. Il faut penser à ce que nous faisons et ne pas tomber dans des habitudes faciles et réconfortantes. L'erreur devient alors un signal d'alarme permettant d'en prendre conscience et qu'il convient alors d'interroger.

3.7.5 La créativité au service du cadre

Si la remise en question, le partage d'expériences, l'essai et le droit à l'erreur sont quelques pistes de réflexion pour répondre à nos doutes, la créativité peut aussi en être pour les solutions qu'elle offre mais aussi parce qu'elle autorise la réflexion et se poursuit dans l'action.

La créativité permet de trouver des solutions aux problèmes que nous rencontrons. Nous pouvons devenir créatifs face à des situations que nous connaissons et pour lesquelles nous sommes insatisfaits. Nous essayons de découvrir un mieux à travers de nouvelles idées. C'est aussi être « *explorateur, juge et conquérant* ⁶⁵ », curieux de découvrir, de critiquer et d'appliquer ses idées dans la réalité. Mais il n'existe pas qu'une seule créativité. Celle-ci, qu'elle soit technique, artisanale ou sociale, permet de résoudre des problèmes des groupes humains ou du quotidien. Les conflits font partie de cet aspect social de notre quotidien et certaines compétences telles la communication, la capacité à inspirer la confiance, le sens des responsabilités... sont utiles pour

⁶⁵<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/CREATIVITE%20D'UCHATEAU.pdf>, « La créativité dans le monde infirmier : cela s'organise », consulté le 8 avril 2011.

tirer le meilleur des autres membres de son équipe et parvenir ainsi à passer à travers de ces désaccords. De même, chaque jour, nous sommes confrontés à des problèmes et nous devons alors trouver des solutions pour les dépasser et continuer à aller de l'avant.

Tout le monde possède des idées innovantes, le tout est d'en prendre conscience et de les entretenir. En effet, chacun développe une créativité personnelle et quotidienne qui permet de questionner, de redécouvrir et de réinventer le monde qui nous entoure. Le raisonnement et l'ouverture d'esprit font partie intégrante de cette analyse de notre environnement, de nos croyances et entraînent un traitement et une reconstruction des informations reçues.

La créativité est pourtant différente⁶⁶ de l'innovation : la créativité, c'est avoir de nouvelles idées tandis que l'innovation consiste à les mettre en œuvre. Ces différents éléments permettent une liberté par rapport aux différentes contraintes de la réalité mais aussi de s'octroyer une certaine marge d'autonomie. Avant toute chose, la perception de la réalité est une étape pour développer des idées innovantes tout en gardant à l'esprit une subjectivité de ce que la situation pourrait devenir.

Face à ces différents avantages, la créativité peut aussi devenir destructrice. Ne retrouve-t-on pas certains stratagèmes au sein de nos unités pour éviter le changement, pour défier l'autorité ou simplement mettre en place des moyens de créer son propre pouvoir. S'il y a du positif, il y a aussi du négatif qui interroge. La créativité « destructrice » où la personne utilise les motivations des individus et manipule pour tenter d'arriver à ses fins. Garder à l'esprit cette manipulation est aussi un moyen de se protéger des différents désagréments tout en continuant, finalement, à développer sa propre perception de son entourage, des enjeux, de la réalité.

3.8 Quel est le sens du doute ?

Dans nos établissements, les infirmiers ressentent un certain malaise⁶⁷. Ils éprouvent en effet une différence entre ce qui est réellement et ce qui devrait être, entre les représentations et les apprentissages scolaires et ce qu'est la réalité de terrain. Par exemple, entre une toilette apprise à l'école, réalisée en stage et une toilette dans une unité de soins, il y a une différence notoire. Elève, nous avons le temps de parler, d'échanger avec le patient, de le découvrir, d'apprendre à le

⁶⁶<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/CREATIVITE%20UCHATEAU.pdf>, « La créativité dans le monde infirmier : cela s'organise », consulté le 8 avril 2011.

⁶⁷<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/CREATIVITE%20UCHATEAU.pdf>, « La créativité dans le monde infirmier : cela s'organise », consulté le 8 avril 2011.

connaître dans son ensemble. Si nous nous tournons vers nos services, quand il y a quinze toilettes à faire au lit, avons-nous le même temps pour parler au patient ?

Si nous nous tournons vers les infirmiers en chef, nous nous rendons compte que les contraintes⁶⁸ sont courantes, qu'ils nous faut voyager entre ce que nous voudrions et ce qui est réellement. Mais tout n'est pas si noir, nous retirons des satisfactions de notre travail, de nos relations, de ce que nous pouvons apporter à nos équipes.

Mais il y a comme une pensée d'inachevé. Pourquoi ? Parce qu'entre les désirs et la réalité, certaines questions se posent. Il y a certaines choses que nous remarquons dans nos équipes, dans notre profession qui nous interrogent et qui nous font réfléchir. Prenons le cas de nos actes. Ne fait-on pas certains gestes machinalement sans même nous en rendre compte ? Il y a une automatisation de nos pratiques, mais à ce moment-là, voyons-nous encore le monde qui nous entoure ? Certains signes peuvent déclencher une réponse automatique ; mais avons-nous encore conscience des raisons qui nous poussent à faire comme cela. Nous ne nous interrogeons plus. Certaines de nos pensées sont tout autant automatiques. Si nous disons infirmier, nous pensons directement blouses blanches, piqûres,... Mais sommes-nous réellement ce que nous pensons ?

Les normes peuvent aussi amener leur lot de questions. Est-ce parce que nous rentrons dans une norme que forcément c'est la position la plus adéquate ou est-ce simplement pour ne pas être anormal par rapport aux autres ? Ne peut-on pas « faire » comme les autres et penser le contraire ? Mais au bout d'un certains temps ne risque-t-on pas de s'interroger sur ce que l'on veut réellement ?

Le sens du doute est une recherche. Ce sont les interrogations, les questionnements et donc la réflexion et la recherche sur nos pratiques, nos comportements, nos connaissances,... Apprendre à connaître les autres, à se connaître, à rechercher, c'est donner un sens au réel, son propre sens qui permet ensuite de le partager avec d'autres, c'est découvrir de nouveaux aspects de notre profession qui pourraient amener certains changements, de nouvelles pratiques, de nouvelles pensées.

Douter, c'est oser suspendre son jugement, prendre le temps de réfléchir et se découvrir une nouvelle autonomie, celle de penser, de réfléchir et d'arriver à changer, à se changer.

En ce sens, le doute peut être une critique. Notre appréciation face à l'événement ou à la situation nous fait parfois remarquer certains de nos conditionnements. Pouvoir juger les qualités et les défauts peut amener une autre vision de tout ce qui nous entoure mais surtout de se faire sa propre

⁶⁸ Cousin O., Entre contraintes et plaisir le travail des cadres, in Sciences humaines, n°210, Décembre 2009, p.36-39.

opinion et non celle communément partagée. C'est apprendre à penser de manière autonome sans pour autant devenir marginalisé, même si parfois nous pensons le contraire. Le changement fait peur et faire face à quelque chose pour lequel nous avons des craintes est difficile mais pas pour autant insurmontable. C'est oser réfléchir par soi-même, pour soi mais aussi pouvoir le partager avec les autres. C'est parvenir à « *analyser pour comprendre afin de discerner pour décider puis agir*⁶⁹ ». C'est en effet le cheminement que nous pourrions suivre pour découvrir le sens réel du doute, analyser l'ensemble des éléments qui forment la réalité qui nous entoure, mais aussi les liens qui les unissent, ceci dans le but de cerner les relations logiques, les enjeux et les pouvoirs en présences afin de comprendre au mieux la réalité. La réflexion entraînera alors choix et décisions qu'il faudra mettre en œuvre pour arriver à changer et à dépasser le doute.

3.9 Conclusions sur le doute

Douter de tout à chaque instant, ce n'est pas le but de notre recherche mais douter pour s'interroger et réfléchir sur de nombreuses facettes de notre profession. Pourquoi faisons-nous ce travail ? Pourquoi cette décision plutôt qu'une autre ? Quelle sera la réaction de mon équipe ? Y-a-t-il des enjeux de pouvoir au sein de mon équipe ? Pourquoi est-ce que cela cogite souvent dans ma tête ? Pourquoi toutes ces interrogations ?

Nous revenons vers la maxime qui dit : « *dans le doute, abstiens-toi !*⁷⁰ ». Pourquoi s'arrêter pourquoi ne pas continuer ? Pourquoi ne pas réfléchir ? La peur, la crainte, le risque d'échecs ou d'erreurs sont-ils ? N'est-ce pas baisser les bras, abandonner, abdiquer alors que nous cherchons à motiver nos équipes et les poussons à avancer toujours un peu plus ?

La dualité qui se présente à nous est un peu plus qu'une opposition. Ce serait plutôt une multitude de pistes souvent contradictoires. Les choix, tout comme les réponses ne sont pas que l'apanage du manager. Les infirmiers peuvent tout autant découvrir par eux-mêmes, s'interroger. Pourquoi serions-nous les seuls à posséder toutes les vérités ? Maintenant, le cadre est capable aussi de présenter les différences de vue qu'il rencontre. Poser une question à son équipe peut développer son autonomie pour autant que celle-ci se l'approprie.

⁶⁹ http://probo.free.fr/ecrits_app/savoir_analyser_sa_pratique.pdf, « Savoir analyser sa pratique professionnelle... », consulté le 3 mars 2012.

⁷⁰ Nous la devons à Pythagore (-580 av. J.-C.-495 av. J.-C.), philosophe et mathématicien grec.

Le choix tout comme le questionnement sont deux valeurs sûres du cadre en ce sens qu'il ne reste pas inactif, qu'il essaie de comprendre les membres de son équipe et l'environnement dans lequel il évolue.

Mais finalement, le doute est-il un signe de force ou de faiblesse ? Il dépend de la suite que le cadre lui donne. Ne rien faire face à son doute, ne pas lui répondre, revient à s'avouer vaincu par celui-ci. Ne rien tenter est une réponse mais est-ce vraiment une solution ? L'immobilisme est une réaction que nous pourrions avoir face à notre doute mais il ne résoudrait en rien la difficulté que nous rencontrons.

Si maintenant nous prenons le temps de réfléchir et d'apporter une autre vision à ce que nous connaissons, ne sortirions-nous pas grandis de cette expérience ?

Nous détournons donc cette maxime « *dans le doute, abstiens-toi !* », pour la transformer en « *dans le doute, interroge-toi !* ». Le doute n'est pas positif ou négatif, il est seulement sens que nous lui donnons. Il sera négatif si la valeur que nous lui accordons n'est que de mettre de côté ce qui ne nous convient pas, si nous fermons les yeux. Il deviendra force positive si nous recherchons, si nous réfléchissons, seul ou en groupe, sur ce doute, sa présence et ce qui nous interroge. Si nous remarquons, en tant que cadre, des conflits dans notre équipe, ce problème risque de nous interroger. Soit nous fermons les yeux tout en espérant que cela passe avec les conséquences qu'il pourrait y avoir. D'un autre côté, nous pourrions nous demander pourquoi ces conflits. Peut-être la réponse est-elle simple ? Peut-être est-ce un problème de compréhension ? Peut-être y-a-t-il un autre problème sous-jacent ? Toujours est-il qu'en s'interrogeant sur nous et notre équipe et en partageant nos questions, nous trouverions une ou des pistes de réflexions qui permettraient non seulement de régler le désaccord mais aussi de faire évoluer l'ensemble.

CONCLUSIONS GENERALES ET PERSPECTIVES

Nous voilà arrivés au bout de ce travail. Nous nous sommes aperçus que les différents cadres en soins de santé interviewés s'interrogeaient sur différents aspects de leur profession mais aussi sur ce qu'ils font et ce qui les entoure. Que ce soit dans les relations, dans les projets, dans leurs choix, dans leurs actions, des questions surviennent et ils n'ont pas toujours les réponses. Mais pourquoi s'interrogent-ils ?

Des contradictions sont présentes dans notre société. Nous avons d'un côté l'ordre, la stabilité, les certitudes et le confort que l'organisation tente de nous montrer et qui forment un tout rassurant pour qui les vit. Mais est-ce la réalité ? Nous passons plus de temps à résoudre des conflits, à gérer des problèmes de personnel, à répondre aux sollicitations, à choisir entre différentes solutions, à prendre des risques pour avancer, à mettre en place des changements. D'un autre côté, nous sommes souvent face au désordre, à l'instabilité, aux incertitudes et ces différents éléments sont souvent plus inconfortables que rassurants.

Mais qu'apportent ces interrogations ? Chaque cadre en soins de santé s'est déjà posé des questions parce qu'il n'était pas sûr du chemin qu'il faisait prendre à son équipe. Et cela revient à douter ou à être incertain quant à la voie choisie ou aux conséquences induites. Pouvons-nous arriver à une certitude ? Le chemin est long et réclame certaines adaptations mais nous n'arriverons jamais à tout prévoir. Tout au plus certains points apparaîtraient-ils comme plus clairs, plus compréhensibles, mais sans certitudes...

Mais alors pourquoi s'interroger ? L'incertitude est présente, nous guette et le doute peut être une de ses réponses. Tout autant qu'il questionne, le doute peut amener la personne à réfléchir, à examiner la situation sous un autre regard. Parfois même, il nous fait prendre conscience que la réalité n'est pas telle que nous nous l'imaginions.

Mais est-il nécessaire de s'interroger tout le temps en toutes circonstances ? Certainement pas ! Doubter est une chose, agir en est une autre. A certains moments, si le doute peut être positif, il peut devenir tout aussi négatif si la situation demande une action urgente et que nous n'agissons pas car en proie à nos interrogations. Il faut alors agir et réfléchir après. Il faut pouvoir discerner le moment opportun pour réfléchir et celui pour intervenir. Mais la réflexion peut toujours être intéressante par la suite pour se rendre compte des erreurs et des améliorations éventuelles.

La réflexion est un cheminement qui cherche la compréhension d'un phénomène. Seul ou en groupe, nous pouvons analyser chaque élément qui nous a posé souci. L'effet de groupe est évidemment émulateur mais il faut oser en parler et partager cette expérience. C'est bien souvent la peur du jugement de l'autre qui nous dérange alors que finalement, il connaît peut-être la même chose.

Et si le cadre cessait de s'interroger ? C'est certainement plus facile et moins éprouvant mais a-t-il alors encore conscience du réel et du monde qui l'entoure ? Ne resterait-il pas en retrait par rapport à ses collègues ?

La remise en question peut nous permettre d'analyser nos propres comportements, nos actions, nos choix, nos décisions, nos remarques. Examiner mais aussi agir pour nous améliorer. Mais elle n'est pas la seule méthode pour tenter de comprendre et de dépasser notre doute. L'autocritique, la critique, l'essai et l'erreur sont de grandes sources d'informations et de compréhension.

Nous nous sommes intéressés au doute du manager. Mais l'équipe soignante ne peut-elle pas aussi douter ? En effet les cadres ne sont pas les seuls à connaître cet état d'incertitude. Les membres d'une unité peuvent tout aussi bien être exposés à l'inconfort, à l'incertain, à l'imprévu. L'idée d'une confrontation entre les doutes et les incertitudes de l'infirmier en chef et ceux de son groupe permettraient de comprendre un peu plus les modes de fonctionnement de chacun. De même nous pourrions essayer d'analyser, selon les différents styles de management et de leadership d'un responsable d'unité, les réactions des infirmiers.

La créativité que nous avons brièvement survolée peut aussi devenir une piste de développement intéressante. Comprendre ce que les cadres en soins de santé développent comme éléments créatifs pour mobiliser leurs équipes et développer l'activité de leurs unités. Ceci nous apparaît en plus comme une certaine gestion du développement durable d'un service de soins.

Nous ne pourrions terminer complètement ce travail sans évoquer notre ressenti par rapport à cette épreuve. L'épreuve intégrée nous a tenu en éveil pendant quatre ans et nous nous rendons compte, contrairement aux idées que nous pouvions en avoir, qu'elle n'est pas la fin. Non, notre vision de cette épreuve s'est modifiée tout au long de ces quatre années. Même si nous l'apercevions comme une redoutable épreuve au début, nous devons admettre qu'au fil du temps, elle s'est transformée en réflexion sur notre profession mais surtout sur nous-mêmes. La technique, grande compétence de notre profession d'infirmier en imagerie médicale fait maintenant une place à la réflexion sur nos comportements mais aussi sur notre prise en charge de notre équipe tout autant que sur celle de nos patients. Même si elle peut se voir comme la fin de notre formation, elle est

en fait la fin et le commencement : la fin de notre formation de cadre en soins de santé et le commencement de notre nouvelle profession d'infirmier en chef.

Certains passages sont, il est sûr, plus difficiles que d'autres et certains apprentissages ne se font pas que dans la joie mais nous avons appris à réfléchir, à prendre de la distance pour analyser les situations, à faire le deuil de nos soins,... Nous ne doutons pas que le chemin de l'apprentissage est encore long, parsemé de questions, d'interrogations et de réflexions. L'imprévu, l'incertitude et le doute se veulent maintenant plus réflexifs, plus constructifs et nous apportent encore leur lot de surprises mais nous gardons à l'esprit qu'il faut oser, se lancer et parfois savoir prendre des risques.

Annexe N° 1 : Demande d'autorisation d'entretiens

Hollain, le 27/11/2011

A l'attention de Monsieur Bernard Fadeur,
Directeur du Département Infirmier,

Monsieur Fadeur,

Objet : Autorisation d'entretiens.

Dans l'optique de la réalisation de mon épreuve intégrée de cadre en soins de santé, je désirerais réaliser des entretiens avec les infirmières et infirmiers en chef de notre institution. Le thème abordé dans cette épreuve concerne le doute, l'incertitude, l'imprévu auxquels sont confrontés les cadres d'aujourd'hui.

Je me tourne donc vers vous afin de solliciter l'autorisation de réaliser ces entretiens au sein même de notre institution avec les cadres de nos unités.

Dans l'attente d'une réponse de votre part, veuillez agréer, Monsieur Fadeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Vincent Houttemane

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages

- Defrenne J., Delvaux C., *Le management de l'incertitude, L'adhésion partenariale*, Bruxelles, Edition De Boeck-Wesmael, 1990, 281 p.
- Muller J-L, *Guide du management et du leadership*, Paris, Edition Retz, 2008, 896 p.
- Godin C., *La philosophie pour les nuls*, 2^{ème} édition, Paris, Edition First, 2007, 656 p.
- Cottraux J., *A chacun sa créativité, Einstein, Mozart, Picasso... et nous*, Paris, Edition Odile Jacob, 2010, 304 p.
- Delouée S., Vaidis N., *Pourquoi faisons-nous des choses stupides ou irrationnelles ?!*, Paris, Edition Dunod, 2011, 190 p.
- Vervisch M-O, Auriol P., *Secret de managers, Imprévus, pressions, motivations... Mieux vivre les défis du quotidien*, Paris, Editions d'Organisation, Groupe Eyrolles, 2011, 255 p.

Ouvrages généraux

- Larousse, *Le Petit Larousse illustré 2009*, Paris, Edition Larousse, 2008, 1812 p.

Les articles de revues

- Cousin O., « Entre contrainte et plaisir, le travail des cadres », in Sciences Humaines, Décembre 2009, n°210, 4 p.
- Hansson S. O., « Les incertitudes de la société du savoir », in Revue Internationale des Sciences Sociales, 2002/1, n° 171, 8p.

Les références professorales

- Vantomme P., « Méthodologie de projet », 25 balises, Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, section cadre de santé, 2008-2011.
- Vantomme P., « Affirmation de soi et de gestion des émotions », Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, section cadre de santé, 54 p.

- Vantomme P., « Principe de gestion de l'information et gestion de l'outil informatique », Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, section cadre de santé, 2010-2011, 29 p.
- Florin C., « Management », Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, section cadre de santé, Tournai, 2009-2010, 73 p.
- Florin C., « Psychologie appliquée aux relations de travail », Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, section cadre de santé, 2009-2010, 56 p.

Les épreuves intégrées

- « *Bonjour, je suis la nouvelle infirmière ! Evaluation de l'accueil d'une nouvelle infirmière* », Gosseye M., Epreuve intégrée, Année scolaire 2009-2010, Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française.

Les liens internet

- <http://sergecar.perso.neuf.fr/cours/logique7.htm>, Carfatan S., « Philosophie et spiritualité – Leçon 137 : Le doute, expérience et méthode », consulté le 11 janvier 2010.
- <http://www.amrae.fr/association/international/ferma.html>, Cadre de référence de la gestion des risques, AIRMIC, ALARM, IRM : 2002 translation copyright FERMA : 2003, consulté le 8 avril 2012.
- http://classiques.uqac.ca/contemporains/carrier_herve/role_futur_universites/role_futur_universites.pdf, Carrier H., « Rôle futur des université », 1975, 198 p., 20 janvier 2012.
- <http://apprentissage.inrp.fr/apprentice/projets/actions-projets-2010/meshat>, consulté le 9 avril 2012.
- <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTÉ/CREATIVITE%20DUCHATEAU.pdf>, « Recherche et formation, L'erreur pour apprendre », in *Objectif Soins*, n° 152, consulté le 20 septembre 2011.
- <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTÉ/CREATIVITE%20DUCHATEAU.pdf>, Duchateau F., « La créativité dans le monde infirmier : cela s'organise », 24 mai 2006, consulté le 8 avril 2011.
- http://probo.free.fr/ecrits_app/savoir_analyser_sa_pratique.pdf, Robo P., « Savoir Analyser sa pratique professionnelle... », Juin 2006, consulté le 3 mars 2012.

- http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_16.html, Perrenoud P., « Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences », in *Education Permanente*, n° 140, 1999, pp. 123-144, consulté le 15 septembre 2011.
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Risque>, Wikipédia, L'encyclopédie Libre, Risque, consulté le 15 mars 2012, dernière mise à jour le 12 février 2012.
- http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/phlou_0776-.555x_1925_num_27_8_2414, Henry J., « Le doute initial de l'épistémologie », 1925, 14 p., consulté le 22 septembre 2009.
- <http://www.erudit.org/revue/ltp/1996/v52/n2/401006ar.pdf>, « Ethique de la responsabilité et éthique de la conviction », Hottois G., *Laval théologique et philosophique*, vol. 52, n° 2, 1996, pp. 489-498, consulté le 12 janvier 2012.
- <http://www.larousse.com/en/dictionnaires/francais/critique/20575#20464>, Le Larousse en ligne, consulté le 4 avril 2012.
- <http://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2007-3-page-235.htm>, Fraccaroli F., « L'expérience psychologique de l'incertitude au travail », 2007, 15 p., consulté le 22 décembre 2011.

ABSTRACT

Avez-vous déjà vécu un événement particulier qui a remis en doute vos certitudes, vos croyances ?

Vous prenez votre voiture pour effectuer un parcours quotidien, que vous connaissez par cœur... Mais un élément imprévu vient brusquement perturber vos habitudes : un autre usager qui ne respecte pas une priorité de droite, le soleil qui vous éblouit, une nouvelle déviation qui est mise en place ou même un malaise au volant. Toutes sortes d'imprévus dont vous n'avez finalement pas la maîtrise mais qui changent tout à coup vos habitudes et qui vous demandent une réaction rapide sous peine d'une fin parfois tragique. Et si vous aviez douté avant de prendre le volant ?

Cet ouvrage s'essaie à une réflexion sur la culture du doute dans notre profession de cadre en soins de santé. Le doute, permet-il d'éviter des situations parfois dramatiques dans la gestion d'une unité au quotidien et dans nos différentes relations au travail ? Mais à l'inverse trop douter ne provoque-t-il pas l'immobilisme ? Cette lecture que nous vous proposons tente de donner une place au doute...dans vos habitudes, dans vos certitudes.