



Communication et travail collectif des soignantes en situation de métissage à l'hôpital : le cas des cadres de santé, infirmières et aide-soignantes

Chantal Laurens

► To cite this version:

Chantal Laurens. Communication et travail collectif des soignantes en situation de métissage à l'hôpital : le cas des cadres de santé, infirmières et aide-soignantes. Ordinateur et société [cs.CY]. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2014. Français. <NNT : 2014TOU20036>. <tel-01127207>

HAL Id: tel-01127207

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127207>

Submitted on 7 Mar 2015

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

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



THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université de Toulouse Jean Jaurès

Présentée et soutenue par :

Chantal CARBONNE - LAURENS

Le 19 septembre 2014

Titre :

**COMMUNICATION ET TRAVAIL COLLECTIF DES SOIGNANTES EN
SITUATION DE MÉTISSAGE À L'HÔPITAL : LE CAS DES CADRES DE
SANTÉ, INFIRMIÈRES ET AIDE-SOIGNANTES**

École doctorale et discipline:

ED 328 ALLPH@ : Sciences de l'Information et de la Communication

Laboratoire et unité de recherche :

LERASS EA827 (Organicom)

Directeur de Thèse :

Arlette BOUZON, Professeure, LERASS, Université Paul Sabatier, Toulouse III

Tuteur de Thèse :

Laurent MORILLON, Maître de conférences, LERASS, Université Paul Sabatier, Toulouse III

Rapporteurs :

Gino GRAMACCIA, Professeur, MICA, Université de Bordeaux Montaigne 1

Ivone DE LOURDES OLIVEIRA, Professeure, Université Belo Horizonte, Brésil

Autres membres du Jury

Pascale ESTECAHANDY, Médecin des hôpitaux, Epidémiologie et réseau santé-précarité

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE TOULOUSE
DELIVRE PAR L'UNIVERSITE DE TOULOUSE – JEAN JAURES
ECOLE DOCTORALE ARTS, LETTRES, LANGUES, PHILOSOPHIE, COMMUNICATION
(ALLPH@ 328)

THESE DE DOCTORAT EN
SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Présentée par Chantal CARBONNE - LAURENS

COMMUNICATION ET TRAVAIL COLLECTIF DES SOIGNANTES EN SITUATION DE
MÉTISSAGE À L'HÔPITAL : LE CAS DES CADRES DE SANTÉ, INFIRMIÈRES ET
AIDE-SOIGNANTES

Thèse dirigée par Arlette BOUZON, Professeure des Universités, LERASS, Université Paul Sabatier, Toulouse III

Tuteur : Laurent MORILLON, Maître de conférences, LERASS, Université Paul Sabatier, Toulouse III

Soutenue le 19 septembre 2014

Devant un jury composé de :

Gino GRAMACCIA, Professeur des Universités, MICA, Université de Bordeaux Montaigne 1
Ivone DE LOURDES OLIVEIRA, Professeure des Universités, Université Belo Horizonte, PUC de Minas Gerais, Brésil
Pascale ESTECAHANDY, Médecin des hôpitaux, Epidémiologie et Réseau santé-précarité

LERASS EA 827, équipe Organicom
LABORATOIRE D'ETUDES ET DE RECHERCHES APPLIQUEES
EN SCIENCES SOCIALES
115 B route de Narbonne, BP67701, Toulouse cedex 4 – F – 31077

COMMUNICATION ET TRAVAIL COLLECTIF DES SOIGNANTES EN
SITUATION DE MÉTISSAGE À L'HÔPITAL : LE CAS DES CADRES DE SANTÉ,
INFIRMIÈRES ET AIDE-SOIGNANTES

Résumé

Cette recherche se propose d'étudier le travail collectif des équipes soignantes à l'hôpital dans un contexte interculturel et de normalisation. Le métissage des équipes semble apparaître comme une éventuelle difficulté. Notre approche est communicationnelle, selon une visée compréhensive. Notre positionnement épistémologique est interprétativiste. Notre travail se centre sur un moment de communication : la relève inter équipe étudiée par Grosjean et Lacoste en 1999. L'enquête est menée dans les services de soins d'un centre hospitalier régional. L'analyse est fondée sur une observation participante de trente mois, une immersion dans l'équipe et ses activités. Nous réalisons également des entretiens semi directifs, des questionnaires auto administrés et un journal de bord afin de recueillir les données issues du discours des soignantes. Les données de l'observation sont traitées par une analyse quantitative et qualitative.

L'analyse de contenu des discours soignants fait émerger des résultats similaires aux travaux de Grosjean et Lacoste mais aussi ce que nous considérons être l'existence d'un impensé racial dans l'équipe soignante. Cette découverte constitue une contribution à la discipline des sciences de l'information et de la communication. En outre, nos résultats questionnent l'intégration de la diversité culturelle dans le processus d'élaboration ou de développement de l'intelligence collective.

Mots clés : Communication, équipe soignante, culture, certification, hôpital,
interaction, impensé racial, intelligence collective

COMMUNICATION AND COLLECTIVE WORK OF CAREGIVERS IN A
SITUATION OF CROSSBREEDING AT HOSPITAL: THE CASE OF HEALTH
MANAGERS, NURSES AND NURSING AUXILIARIES

Summary

This research proposes to consider the collective work of the care teams at the hospital in an intercultural context and standardization. The crossbreeding of teams appears to be as a possible fix. Our approach is communicative, according to a comprehensive question. Our epistemological position is interpretativist. Our work focuses on a time of communication: succession inter team studied by Grosjean and Lacoste in 1999. The survey is conducted in the care's unities of a regional hospital center. The analysis is based on a participant observation of thirty months, an immersion in the team and its activities. We realize also semi directive interviews, self-administered questionnaires and a log book to collect data of the discourse of the caregivers. Observation data are processed by a quantitative and qualitative analysis.

Analysis of contents of the caregivers discourses emerged some results appear similar to Grosjean and Lacoste's survey, but also that we consider being and the existence of a racial unthought in the health care's team. The resulting discovery is a contribution to the discipline of science of information and communication. Also, our results include questioning: the integration of cultural diversity in the process of development of collective intelligence.

Keywords: Communication, care's team, culture, certification, hospital, interaction, racial-unthought, collective's intelligence

Remerciements

Notre parcours de thèse est à l'image de cette pensée du philosophe Gaston Bachelard qui disait : « *Pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question. S'il n'y a pas eu de question, il ne peut y avoir de connaissance scientifique. Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit* »¹. La sérendipité a rythmé notre itinéraire et les chemins empruntés, les phases de découragement alternant avec le plaisir et l'excitation de la découverte. De belles rencontres humaines jalonnant mon chemin de vie m'ont permis de "construire cette connaissance" et d'être ce que je suis aujourd'hui, je leur témoigne ici et maintenant ma reconnaissance.

En tout premier lieu, j'exprime mes remerciements au professeur Arlette Bouzon pour m'avoir accompagnée sur le chemin de la thèse durant cinq années. Je garde en mémoire notre première rencontre, point de départ d'une longue route qui fût sinueuse et rectiligne en alternance, parfois nappée de brouillard mais si souvent ensoleillée. Merci professeure Bouzon de m'avoir permis de découvrir et de m'immerger dans cette discipline des sciences de l'information et de la communication, consentant à un croisement avec l'épidémiologie spécialité sur laquelle reposait jusque-là mon parcours universitaire. Merci d'avoir guidé mon cheminement, nourrissant une réflexion m'ayant amenée à déconstruire et reconstruire ma pensée. Grâce à votre soutien, j'ai pu transformer mon regard intuitif de cadre de santé en regard scientifique en posture d'apprenti chercheur, développant rigueur et dépassement de soi ce qui me permet d'être là aujourd'hui. Merci d'avoir cru en moi, m'autorisant à ouvrir le champ des possibles et à être audacieuse dans ma recherche. Pour tout cela, je vous témoigne ici ma profonde reconnaissance.

Mes remerciements s'adressent en second lieu à Laurent Morillon qui a assumé la difficile tâche de tutorat dans ce travail de thèse. Je te remercie Laurent pour ta patience, ta disponibilité et la compréhension dont tu as témoigné à mon égard. Je reconnais ta persévérance pour arriver à "effeuiller" le manteau de manager qui est le mien depuis dix-huit années, l'intuition et le positionnement de la professionnelle de santé "experte" souvent présents dans mon discours et ma pensée "imbibée" de trente-cinq années

¹ Bachelard, G., *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie philosophique Vrin, 1999, chapitre I

d'exercice. Ce ne fût pas chose aisée, je te le concède! Cependant, tes exigences me permettent ici et maintenant de produire cette thèse, humble contribution à la discipline des sciences de l'information et de la communication (SIC) mais dont je suis fière. J'ai conscience toutefois que celle-ci n'est qu'une étape dans la réflexion et le parcours du chercheur. Elle est une ouverture sur les pistes qu'il semble possible d'explorer pour contribuer à la science et aux connaissances de la discipline SIC car « *tout est changement, non pour ne plus être, mais pour devenir ce qui n'est pas encore* » (Épictète).

J'exprime ma gratitude à chaque membre de l'équipe Organicom du LERASS pour les moments d'échanges, de partages, de discussions, de débats, contribuant ainsi au développement de ma pensée, confrontant mes doutes et mes certitudes, alimentant mon questionnement. J'ai pu cheminer avec cette équipe dont l'expertise, l'ouverture, la bienveillance m'ont fait grandir et m'ont amené à modifier ma vision du monde grâce aux SIC.

Je remercie les soignantes du centre hospitalier étudié pour leur confiance et la sincérité ressentie lors de nos rencontres. Vous avez accepté de vous livrer sans retenue dans un discours empreint d'émotion et d'authenticité sans lequel je n'aurais pas pu mener cette recherche à son terme. Recevez toute ma gratitude pour ces instants riches et intenses souvent même troublants qui laissent en moi leur empreinte, professionnellement et personnellement. Mes remerciements s'adressent également à l'institution, qui m'a autorisé à transformer le terrain professionnel en terrain d'étude, me permettant de réaliser cette recherche alors même qu'elle repose sur un constat "osé", un sujet sensible ayant trait à la diversité humaine, animant depuis quelques mois les médias télévisés et la presse écrite.

J'exprime mes remerciements à mes pairs, mes collègues, mes amis (es) qui m'ont soutenue, comprenant la "schizophrénie" de la professionnelle apprenti-chercheur qui m'a animée pendant ce parcours de doctorat. Merci de m'avoir stimulée dans les moments de découragement pour que je puisse poursuivre ma route et apporter une

conclusion partielle à ce périple qu'est la thèse. Je pense en effet, que cette dernière est une ouverture et le début d'une autre route.

Et enfin, la plus grande part de ma reconnaissance et de mes remerciements va à mes proches, avec tout mon amour : mon époux, mes enfants, mes parents, mes petits-enfants... sans vous, je ne serais pas là aujourd'hui. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir soutenue, de m'avoir poussée parfois. Merci de m'avoir remise debout quand j'étais à genoux, de m'avoir transmis l'énergie et les signes de reconnaissance positifs nécessaires à la poursuite de mon parcours. Merci d'avoir été compréhensifs et patients alors que notre vie se mettait entre parenthèses afin que je puisse réaliser cette thèse, de m'avoir supportée, moi et "mon repli mental et physique". Ces cinq années exclusivement centrées sur la thèse ont absorbé mes pensées. Je me suis plongée dans les livres, grattant du papier, du papier, du papier... et usant les lettres des claviers informatiques, ressemblant à un ermite entre les quatre murs de la pièce devenue une "antre de labeur" et dont j'émerge aujourd'hui.

Merci d'avoir été là pour moi, ce jour est aussi le vôtre...

« Nous ne sommes "nous" qu'aux yeux des autres et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons nous-mêmes »

Jean- Paul Sartre
L'être et le néant publié en 1943

Sommaire

Introduction générale

Partie I. L'hôpital, une organisation contrainte

Chapitre 1. L'hôpital : un lieu de soin dans une société en mutation

- 1- L'hôpital : du moyen âge à aujourd'hui
- 2- L'hôpital : un établissement de service public
- 3- L'hôpital : un lieu de normalisation

Chapitre 2. L'hôpital : une structure organisationnelle contraignante

- 1- Le pouvoir dans l'organisation
- 2- Le nécessaire travail en équipes soignantes
- 3- Un lieu d'hybridation

Chapitre 3. De quelle manière le cadre de santé devient chercheur ?

- 1- La mobilisation de la "théorie fondée" par le cadre de santé
- 2- La détermination des choix empiriques
- 3- Le choix raisonné d'un moment clé : la relève
- 4- Le profil des équipes soignantes cotôchées dans l'enquête

Partie II. Une dimension "clandestine" révélée à l'hôpital

Chapitre 1. Comment le chercheur interprète ce que vit la cadre de santé ?

- 1- Des constatations prévisibles, d'autres inattendues
- 2- Un travail collectif revisité
- 3- Des équipes "métissées" questionnées

Chapitre 2. Quand la théorie interculturelle questionne la communication des équipes soignantes

- 1- Une communication interpersonnelle omniprésente
- 2- Une communication officielle enchantée
- 3- Une communication paradoxale

Chapitre 3. Une communication métissée non traitée à l'hôpital

- 1- Des soignantes éprouvées
- 2- L'émergence du racisme dans l'équipe soignante
- 3- Une discrimination triangulaire
- 4- Une communication élaborée sur un déni racial à l'hôpital

Conclusion générale

Bibliographie

Table des matières

Annexes

Introduction générale

« Lorsqu'une chose évolue tout ce qui est autour évolue de même »

Paul Coelho,

Extrait de *l'Alchimiste* (1988)

Le monde, les civilisations, les sociétés, les métiers, les individus... sont en évolution constante depuis la nuit des temps, pris dans la tourmente du progrès et des transformations auxquelles s'adaptent les hommes. Ils modifient leurs modes de vie et de pensée, imposant une révision du cadre des rapports sociaux et des modalités de communication. Aujourd'hui, la diversité culturelle qui caractérise la société française fait l'objet de travaux dans le domaine des sciences humaines et sociales, ancrés dans les disciplines mères que sont la sociologie, l'anthropologie, la psychologie... En outre, elle mobilise les chercheurs en sciences de l'information et de la communication, dont les travaux sont en lien avec « les milieux économiques et professionnels et les questions de société » (Bernard, 2005)².

Le contexte hospitalier est mouvant de par les politiques nationales et de santé et les multiples réformes. Il est contraint économiquement par la nouvelle gouvernance et le financement par la tarification à l'activité (T2A). Il est soumis à une normalisation, une standardisation fortement induites et contrôlées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Être cadre de santé à l'hôpital nous oriente dans une réflexion et un questionnement professionnel au regard de cette mutation. Celle-ci transforme les logiques des acteurs hospitaliers, lesquelles devenues économiques se confrontent aux valeurs des soignantes demeurant prégnantes pour certains professionnels de santé. La logique de rationalité transcende la logique humaniste qui est l'essence des professions du soin. La démarche d'accréditation puis de certification, en parallèle aux démarches qualité, renforce l'élaboration et la mise en œuvre des procédures, des référentiels. Il s'agit de normes et de standards de pratiques, pour lesquels certains professionnels ont des difficultés à

² Bernard, F, Joule, R-V., Le pluralisme méthodologique en Sciences de l'Information et de la Communication à l'épreuve de la "communication engageante", *Question de Communication, Numéro 7*, espaces politiques au féminin, 2005, (185-208)

apporter leur adhésion et leur contribution. Ils ressentent ces obligations comme des contraintes fortes et non comme une sécurisation, une conformité, une harmonisation, une traçabilité des pratiques professionnelles dans le cadre d'une gestion des risques et de l'incertitude. Celle-ci caractérise l'univers de l'entreprise (Bouzon, 2001)³ modèle dont l'hôpital tendrait à se rapprocher dans sa politique stratégique. Les contraintes s'imposent aux établissements de santé dans le cadre d'une maîtrise des coûts, d'une rationalisation des choix stratégiques et opérationnels, d'une qualité de prise en charge des populations en accord avec les orientations des politiques de santé publique et des agences régionales de santé (ARS). Il n'en reste pas moins qu'il demeure une singularité de l'être humain que ces contraintes ne semblent pas prendre en compte.

La société évolue, se transforme et avec elle l'hôpital. Il est devenu un lieu de croisement, de mélange, où se côtoient des populations diverses, affichant des différences physiques, psychiques, ethniques, culturelles, culturelles, linguistiques, sociales... La diversité s'observe dans l'accueil des usagers, parfois en situation de précarité, lequel est peu valorisé dans la T2A qui appartient aux missions de service public. La singularité des populations semble mal s'accomoder de la normalisation et la standardisation dans la prise en compte de l'humain, alors même qu'elles attribuent un caractère singulier aux pratiques, ce qui constitue en soi un paradoxe. Certaines populations considérées comme marginales complexifient la prise en soins, leurs habitudes et leur tradition culturelle étant parfois incomprises et apparaissent déniées par les professionnels de santé hospitaliers.

Dans l'hôpital se mélangent des populations ce qui est à l'origine d'un métissage. Ce dernier est ce mélange de personnes différentes de par leur culture, leur appartenance ethnique, leur classe sociale, leur genre... ce que les sociologues étudient dans la théorie du genre (Clair, 2012⁴; Bereni, Chauvin, Jaunait, Revillard, 2012)⁵ lequel constitue un des éléments d'étude de cette recherche.

³ Bouzon, A., Risque et communication dans les organisations contemporaines, *Communication et Organisation*, Numéro 20, 2001, (1-13)

⁴ Clair, I., *Sociologie du genre*, De Singly, F. (Dir.). Collection Sociologies contemporaines, 128, Paris, Armand Colin, 2012

⁵ Bereni, L, Chauvin, S, Jaunait, A, Revillard, A., *Introduction aux études sur le genre*, Ouvertures politiques, 2^e édition, Bruxelles, De Boeck, 2012

Le métissage pénètre la sphère professionnelle. Être cadre de santé à l'hôpital nous permet de constater une évolution du profil des soignants se présentant pour un recrutement. De fait, les équipes soignantes dans les services de soins se transforment et deviennent métissées. Nous observons ces dernières années une accentuation du phénomène et notamment dans la population des aide-soignants. La pluralité des différences semble faire émerger des contingences dans les phénomènes communicationnels et les interactions. Celles-ci s'élaborent entre les individus en présence, dans une influence mutuelle déterminant les actions et les comportements, en situation et dans un contexte, ce que les chercheurs du collège invisible de Palo Alto étudient dans les années 1970.

Un hôpital contraint et une organisation contraignante, un métissage des usagers et des soignants, des tensions dans les relations interpersonnelles, une standardisation des pratiques en contexte interculturel, ce constat questionne le manager et la soignante que nous sommes : de quelle manière la diversité culturelle influence-t-elle les pratiques soignantes de l'équipe et le management du cadre de santé ? Comment s'élabore la communication des équipes soignantes métissées au quotidien ? Comment se construit le travail collectif et quel est le sens de celui-ci ?

- *Une mutation des regards, de l'intuitif au scientifique...*

Notre recherche est liée à notre parcours professionnel et notre évolution personnelle. Immergée au quotidien dans les services hospitaliers, nous partageons le même espace d'interaction que ces soignants et nous sommes porteuse d'une commune identité professionnelle avec eux. Etant cadre de santé, nous aurions pu faire le choix d'une approche gestionnaire pour traiter des pratiques managériales en milieu contraint, l'hôpital. Nous aurions pu choisir une approche en sciences infirmières ou sciences de l'éducation pour traiter des pratiques soignantes en contexte interculturel et normé, de la posture réflexive. Nous faisons le choix des sciences de l'information et de la communication (SIC), afin de traiter de la communication des équipes soignantes en contexte interculturel et de normalisation. Nous n'étudions pas la relation de soin en elle-même, celle-ci prenant en compte d'autres éléments dont certains sont subjectifs comme par exemple la douleur, l'annonce d'un diagnostic... Nous y ferons cependant

allusion lorsque cette relation apparaîtra prégnante dans le discours des soignants enquêtés, celle-ci participant des interactions à l'œuvre. D'autre part, la relation de soin convoque l'anthropologie dans l'approche même de la maladie, de la mort selon les pays, les cultures, les traditions, les rites, les manifestations... Elle est une relation intime entre le soignant et le soigné dans laquelle nous n'avons pas souhaité nous immiscer. Nous nous centrons donc sur la relation et les interactions des soignants ainsi que sur le travail collectif de l'équipe en "*train de se faire*". Notre étude vise à comprendre l'élaboration de la communication dans les interactions des équipes soignantes en contexte de métissage et de normalisation. Nous prenons assise sur les travaux de Grosjean et Lacoste (1999)⁶, qui constituent notre référence dans cette thèse. Elles se sont intéressées au travail collectif des soignantes à l'hôpital et particulièrement au moment de la relève considéré par les professionnelles comme essentiel à l'organisation, ce que nous revisiterons dans notre étude après quinze années.

Notre objet de recherche pour cette thèse s'est construit sur notre expérience professionnelle et notre constat que nous qualifions d'intuitif en l'absence de données officielles et probantes. Nous n'avons pas connaissance de registres, de données concernant l'origine des soignants en exercice dans l'hôpital étudié. S'interroger sur l'influence de la diversité culturelle à l'hôpital dans les organisations, les pratiques de soins et la communication nous apparaît fondamental en contexte et en tant que soignante. Toutefois, il nous a paru indispensable de dépasser la subjectivité de notre vécu et de notre expérience par une démarche scientifique et raisonnée de notre objet. Pour ce faire, nous croisons les disciplines sur lesquelles repose notre parcours universitaire : la santé publique et les SIC. Cependant être à l'intersection de ces deux domaines nous demande de reconsidérer le vocabulaire, le discours et la vision managériale que nous avons des situations, soucieuse de les interroger selon un regard communicationnel fondé sur une approche compréhensive de celles-ci. Changer de champ et de posture demande à la soignante que nous sommes depuis trente-cinq années une prise de recul. Elle semble nécessaire à une interprétation distancée qui repose sur des observations fondées et non des perceptions ou des ressentis. Ce qui peut alors paraître comme évidence se confronte aux connaissances scientifiques et construit une

⁶ Grosjean, M, Lacoste, L., *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 1999

réalité à ce moment donné. S'inscrire en SIC nous autorise à interroger les interrelations en prenant en compte les faits humains et sociaux, l'interdisciplinarité de cette discipline amenant à traiter la complexité de la communication. Ainsi ce constat de métissage des équipes et le questionnement qu'il suscite, nous oriente dans une démarche inductive à visée exploratoire et dans une optique compréhensive. Au début de notre parcours de thèse, nous adoptons d'emblée un positionnement positiviste qui s'est transformé dans notre cheminement pour aujourd'hui nous situer dans un positionnement résolument interprétativiste.

En outre nous choisissons de traiter d'un objet que nous considérons comme "risqué" à l'aune des remous médiatiques actuels et qui émergent à l'évocation de ce qui se rapporte à la race, à l'ethnie, à la religion... Appréhender le métissage nous oriente de fait dans une réflexion qui ne peut exclure la singularité humaine dans ce qu'elle a de plus profond et de plus spécifique, ce qui fait référence à une question sociale complexe et sujet à controverses : la différence ethno raciale. Pour autant, nous confirmons le choix de traiter cet objet, sans savoir au départ de ce travail où celui-ci nous conduira dans les données d'observations recueillies et leur interprétation. Il s'agit pour nous d'apporter des éléments de réponse à ce questionnement intuitif ce que notre parcours de doctorante nous donne l'opportunité de réaliser et que nous plaçons dans une perspective professionnelle.

- *Une méthodologie raisonnée...*

Transformer le regard intuitif de la professionnelle de santé en regard scientifique, nous permet d'étayer notre réflexion et les éléments de notre constat par une démarche de recherche rigoureuse. Nous faisons le choix de nous intéresser aux phénomènes communicationnels à l'œuvre dans ces équipes métissées de soignants (que nous qualifions d'autochtones et de non autochtones ce que nous définissons dans notre travail). Ces équipes sont composées de cadres de santé, d'infirmiers (es) et d'aides-soignants (es). Nous étudions particulièrement le moment de communication que constitue la relève à l'instar de Grosjean et Lacoste (1999)⁷. Ce choix se justifie par le fait que ces trois métiers appartiennent au corps infirmier et sont de la filière soin ; ils constituent l'équipe soignante présente au chevet de malade en continu sur la journée et

⁷ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*

la nuit ; ils sont en lien hiérarchiquement ; ils élaborent l'organisation du travail collectif et réalisent en collaboration et/ou coopération les soins directs aux malades ; quelle que soit la spécialité, le travail de ces soignants est similaire. D'autre part, le moment de la relève est étudié en 1999 par ces auteures ce qui permet d'avoir un recul de quinze années sur leurs travaux. S'agissant d'une démarche empirique, où rien n'est posé *a priori*, il s'agit de mettre au jour par l'enquête des phénomènes et des faits que nous confrontons à la théorie. Comme l'exprime Benelli (2011) dans son article qui rend compte de la méthodologie dans le cadre de cette démarche, l'objet de recherche se construit à partir du terrain investigué, « *rendre compte de la démarche sans anticiper les résultats* » (p.48)⁸. Ce qui laisse présager de la complexité à reconstruire *a posteriori* la progression de notre réflexion, traçant les étapes de la pensée et les questionnements qui l'ont accompagnée. Nous avons le souci de la compréhension du lecteur vis-à-vis de notre cheminement durant la thèse.

Dès lors, notre recherche tente de répondre à cette question :

En contexte interculturel et de normalisation, quels sont les phénomènes communicationnels dans une équipe soignante à l'hôpital permettant la réalisation du travail collectif ?

Pour autant que notre parcours professionnel puisse contribuer à cette compréhension des phénomènes observés, nous accédons à celle-ci dans cette double posture : cadre de santé et apprenti-chercheur. Celle-ci nous permet de limiter l'empreinte de nos propres représentations des situations de communication lui opposant la vision scientifique. Pour ce faire, nous nous situons dans une démarche empirique inductive, une perspective interactionniste et un positionnement épistémologique interprétativiste. Être professionnelle à l'hôpital nous oriente vers une approche des phénomènes communicationnels nous plaçant au cœur de ces derniers pour les vivre de l'intérieur. Nous convoquons la théorie fondée (Glaser, Strauss, 2009)⁹ qui consiste à faire émerger du terrain les données, procédant à des "allers retours" entre pratique et théorie. Nous choisissons de nous situer dans une observation participante nous permettant une

⁸ Benelli, N., *Rendre compte de la méthodologie dans une approche inductive : les défis d'une construction « a posteriori »*, *Recherches qualitatives*, les défis de l'écriture en recherche qualitative, *Hors-Série, Numéro 11*, 2011, (40-50), p.48

⁹ Glaser, B-G, Strauss, A-L., *The discovery of grounded theory, strategies for qualitative research*, New Brunswick, Aldine transaction, 2009

immersion sur le terrain professionnel et de l'enquête, approchant le travail "*en train de se faire*" des soignants ainsi que les actes communicationnels. Cet exercice est cependant "périlleux" pour la professionnelle de santé que nous sommes, du fait même de notre position de cadre de santé sur le terrain d'enquête. Afin de limiter notre propre interprétation des situations de travail et de communication nous prévoyons alors d'avoir recours à plusieurs techniques de recueil des données : des entretiens semi directifs et des questionnaires auto administrés. Ceux-ci nous permettent de caractériser la population des soignants enquêtée et de comprendre grâce à leur discours, comment ils construisent la communication dans leur quotidien professionnel.

- ***Reconstruire le chemin de la pensée et de la recherche***

Définir le contexte de travail des équipes soignantes est un préalable à la compréhension des interactions à l'œuvre entre les cadres de santé, les infirmiers(es) et les aide-soignants(es). Plusieurs éléments le composent et influencent la communication de ces soignants : l'hôpital (structure organisationnelle), les soignants eux mêmes (cadres de santé, infirmiers(es), aide-soignants(es)), la certification (normalisation et standardisation) et la diversité culturelle (métissage des équipes de soin).

La première partie de notre thèse s'applique à définir l'hôpital en tant que structure organisationnelle contraignante et comme un lieu de soins en mutation de par les politiques nationales et de santé, les réformes, la réglementation, la normalisation... L'univers de l'hôpital est hiérarchisé et le pouvoir est distribué selon les corps professionnels, la prégnance médicale étant encore active. Cette transformation du monde hospitalier aux cours des années voire des siècles a accompagné celle des différents métiers de la santé. Ils ont muté au gré des évolutions qu'elles soient technologiques, pratiques, cognitives... Toutefois, les professionnels de santé que nous étudions travaillent dans un univers incertain que la normalisation vise à sécuriser par les standards, les protocoles, les référentiels... ce qui questionne son rapport à la singularité humaine. L'hôpital devient contraignant pour les professionnels qui y exercent dans l'acquisition et le développement d'une culture du risque. En outre, la traçabilité devient dès lors un acte communicationnel obligatoire et à part entière. Bien qu'imposée par la législation, la traçabilité semble assimilée plus à une contrainte

qu'une protection et un élément de continuité et de cohérence dans leur travail quotidien. Cette traçabilité écrite représente une trace (Galinson - Méléneec, 2011)¹⁰ pour les soignants, qui participe de l'organisation du travail collectif. Bouzon (2001)¹¹ met en évidence l'omniprésence de l'incertitude participant des interrelations et des interactions. Ce constat apparaît transposable à l'hôpital dont l'organisation et la gestion ressemblent de plus en plus à celles d'une entreprise même si la part "bénéfices" est exclue. Toutefois la sensation de risque est directement liée aux individus eux-mêmes, à leur personnalité, leur histoire de vie, les préjugés, leur perception de la situation... (Aubry, 2005)¹² ce qui fait de la culture individuelle un élément déterminant dans le niveau d'incertitude et de risque mais également dans la communication interactionniste. Selon Goffman (1973), l'interaction est « *l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres* » (p.23)¹³. L'imprévisibilité est indissociable de celle-ci et en complexifie la compréhension.

De fait, définir la communication est difficile de par ses multiples approches. Dans cette thèse, nous envisageons celle-ci comme un construit social fondé sur les interactions et les comportements eux-mêmes porteurs de signes communicationnels parfois inconscients (Meyer, 2001)¹⁴. Intégrer la dimension culturelle amène à une prise en compte de la singularité de l'être humain dans toutes ses dimensions (bio-psycho-socio-culturel). Il convient donc de déterminer le contexte d'exercice des professionnels pour comprendre en quoi il leur impose un travail collectif et comment les interactions favorisent sa réalisation.

La deuxième partie présente les données recueillies lors de l'enquête, afin de comprendre les phénomènes communicationnels et de les interpréter. La pluralité des techniques de recueil nous permet de confronter les observations et les discours des

¹⁰ Galinson-Méléneec, B. (Dir.). *L'homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, Paris, Cnrs éditions, 2011

¹¹ Bouzon, A., 2001, *Op.cit.*

¹² Aubry, C., *Gestion des risques dans les entreprises françaises : état des lieux et émergence d'une approche cognitive et organisationnelle*, (2005), pp.1-21, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/58/11/13/PDF/7.pdf>, (consulté en ligne le 24/10/2012)

¹³ Goffman, E., *Mise en scène de la vie quotidienne : les relations en public*, Collection le sens commun, Paris, Editions de minuit, 1973, p.23

¹⁴ Meyer, C., *Aux origines de la communication humaine, ouverture philosophique*, Paris, L'Harmattan, 2001

soignants. En revanche, nous avons conscience de la limite de ces techniques alors que nous affichons notre position de cadre de santé sur le terrain professionnel devenu terrain d'enquête. Nous nous questionnons à ce sujet et nous en posons le cadre.

Car au-delà de l'authenticité du discours et de la confiance qui peut s'instaurer dans les échanges, l'intersubjectivité liée aux êtres humains en présence, aux expériences individuelles et aux situations, émerge dans l'interprétation que nous pouvons faire des faits observés. Toutefois nous sommes amenée à une vigilance particulière quant au regard que nous portons sur les interactions et les phénomènes communicationnels. Ainsi, nous analysons les données recueillies en nous centrant sur le moment de la relève, appréhendé comme un espace de communication. Nous nous intéressons au positionnement des soignants, au contenu et aux modalités des échanges. Nous questionnons ensuite les équipes dans leurs pratiques comportementales et les non-dits qui jalonnent les actes communicationnels, que la dimension interculturelle interroge. Nous abordons la communication dans son omniprésence au sein des relations interpersonnelles et de leur imprévisibilité. Nous étudions la communication managériale dans la dichotomie qui semble être la sienne, y intégrant la dimension interculturelle induite par le métissage des équipes soignantes et qui nous apparaît non traitée par l'institution et les professionnels de santé.

Selon Mead (2011) « *les individus ne vivent pas isolés, ils entrent en relation les uns avec les autres, et le maintien de leur vie, requiert d'eux qu'ils agissent de façon interdépendante, et donc, qu'ils coordonnent leurs activités communes* » (p.57)¹⁵. La communication apparaît comme le fondement du travail collectif des soignants. En revanche la communication interculturelle impose de « *concevoir une certaine perméabilité des identités culturelles pour penser et réaliser les conditions du mélange, du brassage...* » (Marchal, Stébé, 2010, p.75)¹⁶ et permettre ce travail en commun. Nous cherchons donc à comprendre comment se construit cette communication des équipes soignantes en situation de métissage, dans le cadre de leur travail collectif à l'hôpital.

¹⁵ Mead, G-H., *L'esprit, le soi et la société*, le lien social, Paris, PUF, 2011, p.57

¹⁶ Marchal, H, Stébé, J-M., *La diversité en France, impératif ou idéal ?* Nonjon, A. (Dir.). Collection transversal débat, Paris, Ellipse, 2010, p.75

Partie I.

L'hôpital, une organisation contrainte

Chapitre 1. L'hôpital : un lieu de soin dans une société en mutation

- 1- L'hôpital : du moyen âge à aujourd'hui
- 2- L'hôpital : un établissement de service public
- 3- L'hôpital : un lieu de normalisation généralisée

Chapitre 2. L'hôpital : une structure organisationnelle contraignante

- 1- Le pouvoir dans l'organisation
- 2- Le nécessaire travail en équipes soignantes
- 3- Un lieu d'hybridation

Chapitre 3. Comment le cadre de santé devient chercheur

- 1- La mobilisation de la "théorie fondée" par la cadre de santé
- 2- La détermination des choix empiriques
- 3- Le choix raisonné d'un moment clé : la relève
- 4- Le profil des équipes soignantes cotôchées dans l'enquête

Partie I.

L'hôpital, une organisation contrainte

A l'Antiquité, l'hospitalité est une obligation pour chaque individu dans la sphère privée, lequel aide et assiste son prochain dans toute situation. Les valeurs portées par le christianisme étendent cette assistance à l'ensemble des individus, faisant de cette obligation un acte public. Le code de Justinien en 529 transforme les lieux d'hébergement publics (hôpital) en institutions soumises à des lois et des règles de fonctionnement. L'hôpital devient alors un lieu d'accueil et de soin, un lieu d'enseignement et de recherche, se transformant au gré des événements et des évolutions de la société.

Cette première partie nous amène à appréhender l'institution hospitalière dans ses missions mais également comme une organisation complexe et contrainte. En effet, la transformation lente du monde de l'hôpital dans lequel nous exerçons en tant que professionnelle de santé, est quelque fois invisible mais souvent irréversible. En outre, elle participe de l'évolution de la société et de son histoire, influencée par les grandes épidémies, les périodes de progrès techniques, médicaux, industriels, etc. Malgré les contraintes économiques qu'imposent les politiques nationales de santé, l'hôpital demeure ce lieu d'accueil et de soins pour l'ensemble de la population, un rôle qui lui est dévolu par son histoire et sa vocation depuis le moyen-âge.

Le contexte économique, législatif, de normalisation sont autant d'éléments qui façonnent le cadre hospitalier dans lequel exercent les personnels qu'ils soient de soins, administratifs ou techniques. Soumis à exigence d'équilibre budgétaire, une rationalisation des coûts et des personnels, une démarche d'évaluation externe tous les quatre ans (la certification), le contexte hospitalier devient de plus en plus contraignant pour les équipes de soins objet de cette thèse. Une culture du risque se développe au sein de ces groupes, l'incertitude et la recherche de sens obligent ces soignants à une traçabilité écrite des actes de soins et de toute intervention. L'incertitude majorée par le contexte, amène de plus en plus les professionnels à analyser et à questionner leurs pratiques. Appréhender l'hôpital comme une structure organisationnelle contrainte nous invite à évoquer le mode de financement des établissements de santé fixé par la réforme

hospitalière du plan hôpital 2007: soit la tarification à l'activité (T2A). Cette mesure budgétaire instaure une compétitivité entre les pôles d'activité. L'hôpital est alors assimilé à une entreprise centrée sur la performance et une rentabilité ce qui, pour certains médecins et soignants, paraît incompatible avec la mission de service public.

Pour comprendre ce que l'organisation implique pour les professionnels concernés, nous nous intéressons (chapitre 2) au travail des équipes de soins. Cette compréhension repose sur la connaissance des soignants inscrits dans une professionnalisation des métiers du soin. Selon le discours enseigné dans les instituts de formation en soins infirmiers ou aide-soignant, la collaboration est énoncée comme incontournable dans le travail conjoint de l'infirmier(e) et de l'aide-soignant(e). Les professionnels du soin sont engagés dans des actions collectives et construisent le sens de leurs pratiques. Nous approchons cet « *agir ensemble* » (Bonneville, Grosjean, 2009)¹⁷, nous permettant de requalifier ce travail en équipe, selon des relations asymétriques et des logiques contradictoires.

Nous nous intéressons alors sur la manière dont les individus interagissent dans un hôpital qui apparaît interculturel et métissé. Une cognition dite située et distribuée permet aux cadres de santé de manager ces équipes. Comprendre comment s'élaborent les interactions au sein des équipes soignantes interculturelles à l'hôpital, amène le cadre de santé que nous sommes à devenir doctorante et apprenti-chercheur ce que nous explicitons (chapitre 3). Pour cela nous réaliserons un ancrage sur notre terrain professionnel (l'hôpital).

Nous convoquons la "*théorie fondée*" qui favorise l'émergence des éléments de contexte nécessaires à cette compréhension. Si nous adoptons un positionnement positiviste à la genèse de cette thèse, sans doute inhérent à notre parcours professionnel, celui-ci se modifie au cours de notre parcours de doctorante. Au gré des séminaires dans notre équipe de recherche, des situations rencontrées, du cheminement de notre pensée, nous nous plaçons alors dans un positionnement interprétativiste. Les phénomènes observés

¹⁷ Bonneville, L, Grosjean, S., Mise en place d'un réseau de soins québécois : entre « rationalité technique » et besoins de communiquer, dans Bonneville, L, Grosjean, S, Mayère, A (Coord.). *Rationalisation des organisations hospitalières*, Sciences de la Société, Numéro76, (pp.84-97), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2009

intègrent l'environnement et varient selon les personnes en présence, leurs interrelations et leurs interactions. Cette nouvelle vision nous dirige vers une démarche phénoménologique, nous permettant de faire la différence entre la réalité empirique et notre propre connaissance de cette réalité.

Nous nous intéressons spécifiquement aux interrelations et aux interactions entre les soignantes dans une équipe de travail interculturelle, en contexte, en nous détachant de notre position de professionnelle de santé au sein de l'institution enquêtée. La compréhension dépend de la construction de notre terrain d'enquête. Nous pensons que nos choix empiriques seront fondamentaux dans notre démarche, nous sommes à la fois professionnelle et doctorante, avec la tension permanente qui peut exister entre les deux tout au long de cette thèse. Nous portons une attention particulière sur le moment de la relève étudié par Grosjean et Lacoste (1999)¹⁸, moment qui apparaît comme déterminant dans la communication des soignants. Nous exposons la méthodologie (chapitre 3) ainsi que les limites imposées par notre posture.

Avant de considérer les équipes soignantes, nous proposons de nous intéresser dans un premier temps à cette institution qu'est l'hôpital et qui constitue le cadre de notre recherche.

¹⁸ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*

Chapitre 1. L'hôpital : un lieu de soin dans une société en mutation

Les historiens nous rappellent que les siècles précédents ont leurs parts de fléaux, ce que Déguiral en 1953 définit comme étant « *non seulement le résultat d'un agent pathogène, mais aussi de condition de vie, de climat, d'habitation, de travail, de comportement, de possibilité ou d'habitude alimentaire. Ils se caractérisent par leur puissance d'extension et de multiplication* »¹⁹. Des calamités touchant à la santé ont marqué les siècles passés tels la peste, le choléra, la tuberculose et la syphilis. Dans les années 1980, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a fait son apparition et avec lui, de nouvelles lois, de nouvelles mesures préventives mais aussi des modifications des comportements humains. Les progrès médicaux permettent de guérir, de contrôler les épidémies voire d'éradiquer certaines souches virales. Il n'en reste pas moins qu'au XXI^e siècle, des afflictions que nous qualifions de sociales fragilisent certaines populations. Parmi elles, nous identifions le chômage, la pauvreté, l'exclusion, les conduites addictives, etc. qui intéressent la santé publique. Dans ce contexte, l'hôpital est amené à évoluer. Nous analyserons la situation de l'univers contraint, hiérarchisé, ouvert qu'il représente.

L'hôpital apparaît à l'image de la société. La politique nationale de santé mise en œuvre depuis plusieurs années est amenée à prendre en compte les spécificités de cette société. Ses objectifs officiels sont notamment de réduire la mortalité prématurée des individus liée aux facteurs environnementaux, informationnels, sociaux et culturels, et de réduire les inégalités socio-économiques, « *les écarts et disparités entre genres, entre groupes sociaux et entre territoires* »^{20 21}, en vue d'établir l'égalité de chacun vis-à-vis de la santé. L'hôpital organise la prise en charge de l'ensemble des populations, tout le long de leurs parcours de soins, de l'entrée à la sortie de l'établissement, dans un souci d'égalité dans l'accès aux soins et à l'information pour chacun. Il est un établissement

¹⁹ Déguiral, R., *L'hygiène sociale, principes, méthodes, organisation*, Toulouse, Privat, 1953, cité par le CNRTL, Définition du fléau social, <http://www.cnrtl.fr/definition/fl%E9au>, (consulté en ligne le 01/03/2013), p.12

²⁰ Ministère de l'emploi et de la santé, *Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025*, document de travail, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSP_V85-250411.pdf, (consulté en ligne le 05/10/2012), p.10

²¹ Le CNRTL est le Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales

avec une mission de service public et de santé publique aussi à l'égard des populations précaires ou en situation difficile.

Si l'hôpital connaît aujourd'hui un changement culturel dans l'approche médico-économique imposée par la législation et une évolution certaine due au cadre budgétaire contraint, il ne peut être fait abstraction de son histoire et des missions qui demeurent les siennes.

1- L'hôpital : du moyen âge à aujourd'hui

Durant les différentes périodes de l'histoire du moyen âge à nos jours, les hôpitaux sont sous la responsabilité du clergé puis celle de l'Etat et des communes. Les religieuses ont été évincées sous la Révolution, au titre de la laïcité puis rappelées aussitôt pour des raisons économiques en attendant que soient formés des personnels qualifiés²². L'hôpital voit le jour à l'ère du christianisme. Il évolue et subit des transformations majeures au cours des siècles, que ce soit sur les plans structurel ou fonctionnel, que nous rapporterons ici pour une meilleure compréhension des phénomènes que nous souhaitons observer.

1-1 .Le moyen âge et ses tourments

L'histoire de l'hôpital remonte essentiellement à huit siècles, en 1080, à l'époque où les pèlerins arpentent les chemins de Saint-Jacques de Compostelle, haut lieu de pèlerinage. Le mot "hôpital" trouve son origine latine dans « *ospital* » et « *hospitalis* » qui désignent un « *établissement charitable, un lieu de refuge et d'accueil pour les pauvres et les voyageurs* »²³. Entre deux siècles, des établissements se construisent, grâce aux différents legs et la première faculté de médecine s'érige en 1229. En 1348 alors que sévit la peste noire, 15% à 30% de la population est disséminée et l'hôpital se transforme en "hôpital des pestiférés" jusqu'en 1557. « *A la fin du XII^e siècle, l'établissement du diagnostic de la lèpre donne au médecin une reconnaissance d'expert* » (Molinié, 2005, p.7)²⁴. Les enfants abandonnés y sont également accueillis.

²² Nous évoquerons cette période quand nous aborderons l'histoire de la profession d'infirmière, car elle constitue un élément clé de leur professionnalisation.

²³ Etymologie du mot hôpital, CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/etymologie/h%C3%B4pital>, (consulté en ligne le 01/04/2013)

²⁴ Molinié, E., *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Avis et rapports du conseil économique et social, république française, Numéro 10, pp.1-259, (2005),

Le XVII^e siècle est marqué par la misère, les guerres et épidémies. L'hôpital héberge les mendiants (5000 sur 25 000 habitants), les vieillards, les orphelins, les fous, les filles publiques. Les hôpitaux sont les "Hôtels Dieu", faits de salles communes donnant sur la chapelle (Frexinos, 1999)²⁵, où le malade peut assister à la messe sans bouger de son lit. Il est le pénitent dont la souffrance constitue le rachat.

L'âme est privilégiée dans le soin par rapport au corps. C'est elle qui est soignée en premier, d'autant plus que l'eau, les bains, les contacts sont considérés par les médecins en temps de peste, comme des pratiques à risque de contamination : « *L'eau serait susceptible d'infiltrer la peau* » (Vigarello, 1985, p.16)²⁶ et ainsi perturber l'équilibre de la personne. L'influence mauresque introduit alors la notion de maladie chez les personnes accueillies à l'hôpital et la nécessité d'un personnel qualifié pour la traiter.

1-2. De l'influence des maures à la période révolutionnaire

Alors que les maures envahissent la France au IX-X^e siècle, c'est la civilisation islamique médiévale qui fait de l'hôpital un lieu d'accueil pour les malades et lui alloue un personnel formé. La dynastie Abbaside est la première à faire tester et à sélectionner des médecins qualifiés, les seuls susceptibles d'exercer cette fonction. Les lieux de soins s'appellent des bîmâristâns et présentent des salles séparées, un accueil indifférencié de toutes les personnes. Ils proposent des bains et réserves d'eau, disposent de personnel qualifié, d'écoles médicales, de pharmacie, et même d'un dossier patient. Celui-ci constitue un des premiers registres de patients assurant la traçabilité de leurs soins.

A cette époque islamique, les lieux sont distingués selon leur vocation tels les temples de guérison ou temples des rêves²⁷, les hospices, les asiles, les lazarets (ou établissements de quarantaine) et la léproserie. Ils isolent les divers malades et les fous. Du moyen âge à la révolution, l'hôpital fonctionne comme une fondation, avec des

http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/rapports/rapport_molinie.pdf, (consulté en ligne le 01/04/2013)

²⁵ Frexinos, J., *Les hôpitaux de Toulouse, mille ans d'histoires*, Privat, Toulouse, 1999

²⁶ Vigarello, G., *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le moyen âge*, L'univers historique, Paris, Seuil, 1985

²⁷ Les temples de guérison ou temples des rêves et temples égyptiens du sommeil sont des lieux de psychothérapie, utilisant l'hypnose. Ces temples égyptiens sont à l'origine de l'hypnose thérapeutique utilisée de nos jours sur les malades et mobilisant l'état de conscience. Cette technique a été développée par Milton Hyland Erickson, psychiatre et psychothérapeute (1901-1980)

règles de séjour et d'admission pour les malades qui bénéficient alors de soins "charitables" destinés aux malades catholiques. Les mendiants sont en revanche refusés. Dès le XVIII^e siècle, l'hôtel Dieu accueille les vérolés, les scorbutiques et les parturientes (femmes en cours d'accouchement). La première école de sages-femmes voit ainsi le jour. Mais sous la Révolution, les hôpitaux sont en faillite, les religieuses sont évincées et les soins sont désorganisés. La gestion de l'hôpital est alors confiée à la Commune. Le XIX^e siècle connaît en région la création des sociétés de médecine, de chirurgie, de pharmacie, qui comblent les carences laissées par la Révolution, notamment en termes de connaissances théoriques et de soins. Les filles de la charité de Saint Vincent de Paul, sont porteuses de soins infirmiers réputés : « *Pour ces personnes qui n'étaient pas capables de travailler, il organisait une organisation charitable pour procurer la subsistance nécessaire et puis organisait une société de femmes qui l'assistaient dans une communauté de travail* » (Grippando, Mitchell, 1989, p.11)²⁸. Une médecine nouvelle émerge dans un contexte de profonde réforme des institutions hospitalières.

1-3. L'essor de la médecine et des hôpitaux laïcs

Dès 1875, la faculté de médecine accueille les étudiants et jusqu'à 1900, la médecine prend un réel essor. Le XX^e siècle est marqué par la transformation des hôpitaux, notamment dans l'après seconde guerre mondiale en 1940, quel que soit la région de France et par l'arrivée des nouvelles techniques (la première transplantation rénale a lieu en 1959).

Les lois et décrets se succèdent, faisant de l'hôpital charité un établissement sanitaire, un pôle d'excellence inscrit dans une démarche de progrès et d'innovation. L'ordre des médecins est créé en 1940, sous le gouvernement de Vichy. En 2009 l'ordre infirmier est institué. L'hôpital devient accessible à toutes les classes de la société. La fin de la tutelle communale est marquée par différentes lois et commence alors la tutelle ministérielle. La direction des soins, autorité hiérarchique des soignants non médicaux, fait son apparition dans les instances de l'hôpital en 1975, légitimant ainsi cette

²⁸ Grippando, G-M, Mitchell, P-R., *Nursing perspectives & issues*, fourth edition, New York, Delmar publishers, 1989

"*For those persons who were unable to work, he organized a charitable organization to provide necessary subsistence and then organized a society of women to assist him in his community work*", p.11, (notre traduction).

corporation dans les directions de l'hôpital. Le parcours du malade à l'hôpital préoccupe tous les professionnels de santé qui y concourent et pas uniquement les médecins. Il s'inscrit dans un établissement de santé qui évolue, empreint d'incertitudes et de contraintes auxquelles sont soumis les professionnels de santé y exerçant.

2- L'hôpital : un établissement de service public

La gouvernance de 2004 modifie le paysage hospitalier et les approches des professionnels de santé en termes de fonctionnement et de logiques. Aujourd'hui, les établissements de santé suivent les orientations de la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST).

2-1. La sauvegarde du système de santé en France

La loi HPST n° 2009-879 du 22 juillet 2009 dite "loi Bachelot" est issue de la commission Larcher, des rapports Ritter (création des Agences Régionales de Santé : ARS), Flajolet (politique de prévention, gestion des inégalités sociales, cohésion et sens pour les professionnels de santé...). L'ambition de cette loi est de préserver le système de santé, dans un projet d'organisation sanitaire, mettant en place une offre de soins gradués de qualité, satisfaisant aux besoins de santé de l'ensemble de la population.

La loi acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé. Elle propose, en quatre grands titres, une réorganisation globale du système de soins, en traitant prioritairement les questions de la lutte contre les déserts médicaux, du décroisement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médicosocial, de la performance des hôpitaux, de l'attractivité des métiers de la santé, de la santé des jeunes et, d'une manière générale, de la coordination du système de santé. Tout cela étant rendu possible par la création des agences régionales de santé (ARS)²⁹.

La coopération entre les professionnels est inscrite dans cette loi ainsi que le rétablissement des missions de proximité et des soins de premier recours dits "de proximité" pour les centres hospitaliers. *A contrario*, elle laisse aux centres hospitaliers universitaires (CHU), les cas les plus lourds, les plus complexes, nécessitant le recours à l'hyper-technicité. Elle se veut une loi de sauvegarde du système de santé, reposant sur

²⁹ Loi HPST, n°2009-879 du 21 juillet 2009 (ou loi Bachelot) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_HPST_grand_public-2.pdf, (consulté en ligne le 15/05/2011)

une réorganisation territoriale (par l'ARS), une modernisation des établissements de santé, une nouvelle gouvernance, un cadrage des missions de service public, une généralisation de la contractualisation, une coopération entre structures de santé, un lien médecine de ville–hôpital, un accès pour tous aux soins et des actions de prévention pour les jeunes.

Elle instaure en outre une compétitivité entre les établissements de santé et impose le développement et l'innovation. De fait, elle suscite la recherche d'une valorisation maximale des actes, qui se concrétise dans la performance de cotation des pathologies et des comorbidités chez les patients hospitalisés. Celle-ci permet alors une majoration des recettes pour le pôle. Le budget obtenu favorise la réponse institutionnelle aux exigences et diminue les contraintes ressenties par les professionnels de santé, permettant une stabilité des ressources humaines et matérielles. Cette approche financière intégrée aux pôles devient prégnante et tend à faire évoluer l'hôpital dans une dimension entrepreneuriale.

2-2 L'hôpital : une entreprise de soins à la recherche de productivité

Les politiques nationales et de santé ainsi que le contexte économique de réduction des dépenses publiques, ne sont pas sans répercussions sur l'institution hospitalière. Une succession de lois a marqué la transformation des hôpitaux et a réglementé les conditions de l'offre de soins. Nous ne ferons référence ici qu'aux plus récentes et aux plus marquantes pour l'hôpital d'aujourd'hui.

La loi du 31 décembre 1970 dite "loi Boulin" régit l'offre de soins nationale : elle fixe la carte sanitaire et la planification hospitalière en France. En 1989, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI) est mis en place pour les secteurs de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Il est alors question de Groupe Homogène de Malades (GHM), de Résumé Standardisé de Sortie (RSS), de points d'Indice Synthétique d'Activité (ISA), d'échelle nationale des coûts (ENC), etc. Non seulement l'offre de soins est contrôlée sur le territoire mais le coût des soins est régulé selon les régions, en fonction de ces indicateurs destinés à fixer un coût moyen de séjour hospitalier pour chaque type de malade. En conséquence, une enveloppe budgétaire est octroyée à chaque établissement de santé.

La loi du 31 juillet 1991 donne au centre hospitalier universitaire (CHU) le statut d'établissement public de santé. Elle l'oblige à produire un projet d'établissement et un contrat d'objectifs et de moyens, pour une durée de quatre à cinq ans. Le libre choix du malade quant à la sélection de l'établissement et du praticien, son droit à l'information y sont affirmés ce qui n'est pas sans influencer sur les relations praticiens-malades, sur les attentes de ces derniers, sur les interrelations professionnelles intra et extra-muros. L'offre de soins est planifiée, contrôlée, régulée. L'établissement de santé a une obligation de moyens mais aussi de résultats. Le malade quitte son statut de patient pour revêtir celui de client, opposant au médecin son droit à l'information et le respect de ses choix personnels.

L'hôpital est un monde normé régi par des lois, des règles mais pour autant, il n'en est pas moins un univers contraint et incertain dans lequel évoluent et s'adaptent les professionnels de santé.

2-3 L'incertitude dans le cadre contraint de l'hôpital

L'hôpital est un cadre contraint dans lequel l'incertitude domine. Etymologiquement, celle-ci se définit dès 1495 comme le « *caractère de ce qui n'est pas certain, assuré* ». En 1636, elle devient « *une chose incertaine, mal connue qui prête au doute* »³⁰. L'incertitude participe des relations interpersonnelles et des interactions. Elle constitue la marge de liberté et de choix des individus, la zone de pouvoir qu'ils ne contrôlent pas. Cette imprévisibilité impose de prendre en compte la notion de "risque". En effet, un événement peut survenir à tout moment et constituer un risque (un danger) pour les intervenants de la situation ou pour l'organisation, que ce soit un risque identifié, prévisible ou aléatoire.

Bouzon (2001) démontre dans ses travaux que l'univers de l'entreprise est incertain, le risque est présent et induit selon son niveau, la mise en œuvre de mesure de prévention voire de disposition prise par "prudence" : une précaution, laquelle « *cherche à dissiper l'incertitude* » (p.4)³¹. Cette approche paraît transposable au milieu hospitalier. Les divers intervenants dont les personnels soignants auxquels nous nous intéressons dans

³⁰ Définition de l'incertitude selon le CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/incertitude>, (consulté en ligne le 24/08/2013)

³¹ Bouzon, A., Risque et communication dans les organisations contemporaines, *Communication et Organisation*, Numéro 20/2001, (1-13)

cette recherche, se trouvent en effet confrontés à l'imprévisibilité des situations et des événements mise en « *tension vive* » avec le prévisible des standards, des protocoles et des référentiels auxquels ils sont soumis. Ces derniers constituent cependant des "gardes fous" au regard de l'incertitude qui peut émerger de la diversité culturelle, du métissage sur lesquels nous reviendrons.

La culture du risque correspondante renforce la traçabilité écrite des événements et de l'ensemble des actes communicationnels entrepris, dont ceux relatifs à l'information due au malade (dont le rapport bénéfice/risque lié à l'acte). Outre l'information, cette obligation vise, dans certains cas, à obtenir le consentement du patient avant la réalisation de l'acte et/ou du traitement. En revanche son accord n'a de valeur que s'il a une totale compréhension de la proposition diagnostique ou thérapeutique qui lui est faite et des risques encourus. Que dire des pathologies altérant la conscience et la compréhension de l'individu ? Comment appréhender l'incompréhension liée à une culture différente, une autre langue que celle admise nationalement ?

Au quotidien, les soignants raisonnent "en risque" : de chute, d'escarre, de dénutrition, de trouble de la déglutition, d'encombrement, de déshydratation, de perturbation du rôle social, de stratégie d'adaptation inefficace, etc. Le risque intègre le raisonnement clinique de l'infirmier. Les plans de soins guides fixent alors les actions à mettre en œuvre face au risque identifié et l'évaluation du résultat qui en est faite. En revanche, à l'intérieur de ce cadre contraint, les soignants ont le choix de plusieurs conduites ou attitudes, conservant ainsi un degré de liberté, même s'il peut créer à son tour l'incertitude voire un risque pour les autres acteurs (Rojot, 2009, p.225)³². Des formations dites "obligatoires" ou "institutionnelles" sont dispensées aux soignants et font l'objet d'un suivi par l'institution : l'hémovigilance, les gestes d'urgence, la manutention, la sécurité incendie et électrique, la sécurisation du circuit médicamenteux. En revanche, la perception du risque est culturellement définie et dépend de la position sociale et des valeurs de l'individu. Pour accepter un risque, les individus ont besoin de connaissances suffisantes et fondamentales pour être en capacité d'analyser les situations et les alternatives à proposer (Bouzon, 2004)³³. Le système de

³² Rojot, J., *Théories des organisations*, 2^e édition, Paris, Eska, 2009, p.225

³³ Bouzon, A., *La place de la communication dans la conception de systèmes à risques*, Paris, L'Harmattan, 2004

santé constitue un système complexe à risques au sein duquel les professionnels mobilisent un grand nombre de connaissances, pour se comprendre et interagir afin d'obtenir le résultat escompté.

La communication est « *omniprésente autour du risque* » (Bouzon, 2004)³⁴ dans les différentes étapes de sa gestion ainsi que dans les échanges interpersonnels. La sensation de risque pour les professionnels de santé est directement liée aux acteurs eux-mêmes, à leur personnalité, leur histoire et les préjugés, la sensation qu'ils peuvent avoir de perte ou de gain face à une situation (Aubry, *Op.cit*)³⁵. Selon Persais, « *Décider, c'est choisir, en univers incertain notamment, c'est prendre un risque en espérant que le choix s'avérera a posteriori judicieux* » (*Ibid.*, p.3)³⁶.

La non-maîtrise du risque a certes un coût financier mais aussi un coût humain difficile à évaluer surtout quand il est néfaste. L'hôpital propose des formations organisées pour les personnels afin de leur permettre de détecter le risque et traiter la survenue d'un évènement (nature du risque, causes, effets, actions à mettre en œuvre pour limiter le risque ou éviter la survenue d'un autre évènement similaire). Une politique de prévention se met en place à l'hôpital au regard des risques encourus par les personnels, comme par exemple le risque de trouble musculo squelettique (TMS). Une formation action est organisée pour les soignants au regard des risques liés à la manutention des malades, réalisée et suivie par un kinésithérapeute de terrain, en situation de travail. Même si les acteurs sont en interaction dans le cadre contraint que représente l'équipe, dans un secteur, dans un pôle et dans l'hôpital, ils gardent une marge de manœuvre à l'intérieur de ce cadre. Ils ont le choix entre plusieurs conduites ou attitudes, qui modifient les interactions, conservant un degré de liberté qui crée l'incertitude pour les autres acteurs (Rojot, 2009)³⁷ et par le fait constitue un risque pour ces derniers. Le soignant qui a une représentation ou une logique différente d'une collègue, se trouve face à une incertitude dans la perception, l'interprétation, le choix, la décision. Cette incertitude est à l'origine d'une prise de risque que les soignants sont en capacité de mesurer au regard des moyens alloués par l'institution.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Aubry, C., 2005., *Op.cit.*

³⁶ *Ibid.*, p.3

³⁷ Rojot, J., 2009, *Op.cit.*, p.225

A ce niveau de notre réflexion sur l'hôpital, nous reprenons à notre compte l'expression de Sainsaulieu (2009)³⁸ évoquant un « *hôpital sous pression* », contraint par des tutelles et de nouvelles règlementations, subissant une rationalisation budgétaire avec des restructurations et des compressions d'effectifs. L'objectif de baisser les coûts et d'augmenter la productivité favorise l'affrontement de logiques contradictoires, l'une économique, l'autre soignante, qui renforcent l'incertitude et accentuent, voire créent du risque. Ce dernier est un construit social fait des représentations des acteurs, déterminé par les interactions et la communication, laquelle représente la mise en commun et la production collective de l'ensemble des acteurs en présence et en contexte (constituant un système), selon le modèle de l'orchestre élaboré par l'école de Palo Alto. Celui-ci a été transmis par Winkin (2000)³⁹ et nous nous y référons dans cette thèse.

Dès lors que nous communiquons, la difficulté de compréhension par l'autre des propos, du sens, de l'intention qui est mise dans l'acte de communication est présente : « *communiquer c'est construire quelque chose d'autre que ce qui était présent avant l'échange : des significations, des actions coordonnées* » (Grosjean, 2008, p.16)⁴⁰. Définir précisément la communication est un exercice complexe, dont la variabilité repose sur l'approche que nous pouvons avoir de ce concept. Nous l'envisageons dans ce travail comme un construit social fondé sur des interactions et sur des comportements eux-mêmes porteurs de « *signes communicationnels* » parfois inconscients (Meyer, 2001)⁴¹. Une étude sur l'hôpital, menée par Brassac et Fixmer en 2008 met en évidence la présence de normes relationnelles, de rituels d'interactions ayant un effet structurant sur les individus que ces auteurs nomment "acteurs". En référence aux travaux de Crozier en 1977, l'interaction paraît alors constituée dès le moment où les individus entrent en relation, produisent ensemble du sens, de nouvelles actions et relations tout en développant leurs zones d'incertitude : « *L'arène dans laquelle elle s'accomplit et les participants sont reconfigurés à tout moment par l'activité collective ; les sujets et leurs représentations, les artefacts et leur fonctions sont continûment modifiés par la pratique*

³⁸ Sainsaulieu, I., *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, l'Harmattan, 2009

³⁹ Winkin, Y., *La nouvelle communication*, Numéro 136, Essais points, Paris, Seuil, 2000

⁴⁰ Grosjean, S, Bonneville, L. (Dir.), Introduction, dans *Repenser la communication dans les organisations*, Paris, L'Harmattan, 2008, p.16

⁴¹ Meyer, C., 2001, *Op.cit.*

créatrice du groupe » (Brassac, Fixmer, 2008, p.109)⁴². La normalisation semblerait contrôler l'incertitude dans l'élaboration de standards applicables par l'ensemble des professionnels de santé ce que Laurens (1997)⁴³ questionne. Selon cet auteur, la qualité dépendrait de la coopération des acteurs participant au processus de production. Ils fédèrent leurs actions par rapport à un sens qu'ils déterminent ensemble. Ce qui fait émerger de ces échanges interpersonnels coopératifs, une incertitude. Le contexte interculturel questionne ces échanges et cette incertitude au sein du travail collectif et de la normalisation.

La mise en place d'indicateurs qualité dépasse l'institution pour une harmonisation et un suivi national. Cela amène les soignants à mobiliser leur expertise professionnelle, se familiariser avec des procédures de contrôles internes permettant l'amélioration continue de la qualité et de transcender leurs connaissances. Les soignants mènent alors des audits internes, évaluant notamment les onze indicateurs qualité nationaux (IPAQSS)⁴⁴ portant sur la tenue du dossier patient, la traçabilité de l'évaluation de la douleur, le délai d'envoi du courrier, le dépistage des troubles nutritionnels, l'escarre, la tenue du dossier anesthésique, les prises en charges médicamenteuse et hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe. Les indicateurs de suivi concernent également la mise en place d'évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et d'un tableau de bord des infections nosocomiales dont plusieurs indicateurs sont à évaluer : lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) ; l'évaluation des sites opératoires (SURVISO) ; la consommation de solution hydro-alcoolique (ICSHA) ; le bon usage des antibiotiques (ICATB) ; auquel s'ajoute l'indice triennal de staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM). Ces indicateurs, dont le suivi se traduit en scores, fixent les objectifs à atteindre pour les professionnels de santé et pour l'institution. « *Les services de soins sont les premiers visés par ces procédures de contrôle, nombreuses et contradictoires. [...] l'utilité n'est pas forcément contestée mais le surcroit de travail*

⁴² Brassac, C, Fixmer, P., La production de sens en organisation : un processus cognitif situé et distribué, dans Bonneville, L, Grosjean, S. (Dir.), *Repenser la communication dans les organisations*, Communication des Organisations, (pp.87-115), Paris, L'Harmattan, 2008, p.109

⁴³ Laurens, P. (1997)., *Qualité et communication organisationnelle. Contribution à une approche communicationnelle de la qualité appliquée aux activités de formation*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Toulouse

⁴⁴ IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

qui en résulte au détriment de la relation avec le patient » (Sainsaulieu, 2009, pp.53-54)⁴⁵.

Dans ce contexte, les soignants assurent quotidiennement une activité de traçabilité qui tend à s'intensifier, à la fois dans le cadre d'une politique de gestion du risque (hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, identitovigilance...) et d'analyse des divers dysfonctionnements (logistique, sécuritaire, informatique, technique, liés à une activité de soins, à un transport...). Ces professionnels consignent également dans le dossier du malade, les différentes étapes liées aux interventions de soins, traçabilité pluri-quotidienne nécessaire à l'organisation du travail collectif de l'équipe pluridisciplinaire et à son information. Cette dernière répond à des normes de présentation (selon des cibles et/ou diagnostics infirmiers établis sur des "signes", des symptômes) et suit une démarche clinique, réelle trace du processus de pensée qui l'a produit :

Tous ces signes sont le résultat d'interactions. Quand nous associons dans notre interprétation du signe, le signe à ce qui l'a produit, ce signe devient pour nous "signe - trace". Dans cette association, nous connectons les traces du passé et leur interprétation au présent (Galinon - Méléneq, 2011, p.195)⁴⁶.

En outre, au-delà de son caractère organisant et signifiant en situation, elle constitue l'élément de preuve en cas de litige, de plainte portée par le malade ou sa famille. L'écrit protège la soignante dans la « trace » des actes réalisés et contextualisés. Écrire ce que le soignant prévoit, réalise et évalue n'est pas en soi une nouveauté, la tenue du dossier patient appartenant aux actes infirmiers selon la législation en vigueur. En revanche, les soignants ont tendance à se maintenir dans une tradition orale issue de l'antiquité et d'un courant familial. La pratique de soins est alors transmise par les femmes au sein de la famille, oralement et sans écrit spécifique. De nos jours, la réflexion éthique s'impose aux professionnels de santé. Elle « concerne autant le comment dire, la manière de dire » (Durand et al, 2000, p.329)⁴⁷ que la justification de son opinion, de ses choix et repose sur la raison. Mener cette réflexion exige des soignants des écrits, des "traces" de leurs actions. Toutefois, elles perçoivent cette traçabilité comme une contrainte et non comme une valorisation de leur travail, alors

⁴⁵ Sainsaulieu I., 2009, *Op.cit.*, p.53-54

⁴⁶ Galinon-Méléneq, B., 2011, *Op.cit.*, p.195

⁴⁷ Durand, G, Duplantie, A, Laroche, Y, Laudy, D., *Histoire de l'éthique médicale et infirmière, contexte socioculturel et scientifique*, Montréal, Presses Universitaires de Montréal, 2000, p.329

même que l'association de l'écrit et de la parole permettent une « co-construction du sens et de la réalité du travail » (Lacoste, 2000)⁴⁸.

Cette traçabilité s'inscrit dans les exigences de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins comme dans celles de la démarche de certification. Les soignants sont auteurs et acteurs de la qualité des soins (Hesbeen, 2008)⁴⁹ et la pratique soignante est vue comme une œuvre singulière. En revanche, s'inscrire dans la démarche de certification et de maîtrise des risques impose aux soignants une rigueur dans la traçabilité que ce soit des événements (dans le cadre de la gestion des risques), des situations de soins rencontrées, des actions mises en œuvre en équipe et leur impose de communiquer de manière continue. La gestion des risques et des situations de soins nécessite la mise en commun, la superposition, « *l'imbrication des connaissances* ». Ceci est mis en œuvre grâce aux échanges, aux actes communicationnels entre les membres de l'équipe (Bouzon, 2004)⁵⁰. Le risque est complexe dans son approche selon la perception et qu'il soit avéré ou non. Les soignants continuent à interagir en essayant d'anticiper les événements à risque qui peuvent intervenir, de l'accueil du malade jusqu'à sa sortie, tout le long de son parcours de soin et en fonction des différentes interventions dont il fait l'objet et auxquelles il participe en tant qu'acteur de ses traitements. Cette anticipation repose sur la formalisation de procédures, l'élaboration de normes et de standardisations qui permettent aux professionnels du soin d'harmoniser leurs pratiques. Selon le décret de compétences de l'infirmier et de l'infirmière :

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle [...]»⁵¹.

⁴⁸ Lacoste, M., L'espace du langage. De l'accomplissement du travail à son organisation, dans Le Moëne. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la Société, Numéro 50/51, Mai/octobre 2000, (pp.197-215), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail

⁴⁹ Hesbeen, W., *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008

⁵⁰ Bouzon, A., 2004, *Op.cit.*

⁵¹ Décret 2004-802 du 19 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique, livre III, titre I profession d'infirmier ou d'infirmière, chapitre 1 exercice professionnel, section 1 actes professionnels article R-4311-2

Cet article souligne la prise en compte de la personne soignée dans son intégralité, selon « *ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* » ce qui nous interroge dans un contexte hospitalier interculturel, normé et standardisé. La normalisation et la standardisation tendent à limiter toute contingence liée aux individus et à leur singularité ce qui apparaît antinomique avec l'objectif des actes infirmiers énoncé dans l'extrait du décret mentionné ci-dessus : globalité et personnalisation de la prise en charge. L'hôpital apparaît à l'image de la société, accueillant l'ensemble de la population dont des étrangers de passage, réfugiés, résidents français ou en situation irrégulière. Le "métissage"⁵² de la société et l'interculturel⁵³ induit s'impose aux professionnels de santé dans la prise en soins de ces personnes.

Le métissage trouve son origine dans le bas latin « *mixticius* » signifiant « *né d'une race mélangée* ». Il se définit plus par le métis issu de l'union des deux races différentes que par le mélange en tant que processus, action, contexte... Au Brésil, il est question de « *mestiço* » celui « *né de parents indien et blanc* », encore nommé « *sang mêlé* ». Selon Villanova (2001), le métissage « *qualifie ce qui est fait de la moitié d'une chose et de la moitié d'une autre* » (p.266)⁵⁴. Nous retenons cette définition pour qualifier les équipes soignantes que nous étudions, faisant l'objet d'un métissage, d'un brassage d'individus différents qui donne à ces équipes un caractère hétérogène et les place dans une situation interculturelle. Les relations entre individus de cultures différentes sont alors mises en œuvre. Elles reposent alors sur la mobilisation d'une culture commune faite de valeurs, de croyances, de traditions, de coutumes, de rites, de connaissances, de l'histoire personnelle, familiale et collective. Tous ces éléments composent la société ou le groupe social de l'individu. Les soignantes sont tenues professionnellement de prendre en compte ces éléments culturels qui font la diversité. Cette dernière est selon

⁵² Le métissage dans cette thèse est défini comme la mise en présence et en relation d'individus de différentes cultures et/ou présentant une diversité dans les origines (pays de naissance, couleur de peau, tradition culturelle et familiale, langue...)

⁵³ L'interculturel est traité selon diverses approches disciplinaires (sociologique, politique...). Il est appréhendé ici comme les relations qui s'établissent entre des individus de cultures différentes, mêlant des éléments culturels qui leurs sont propres ainsi que des éléments extérieurs dans des interactions. Un nouvel espace culturel d'interaction est ainsi construit permettant aux interactants de dépasser leurs différences et d'élaborer la communication.

⁵⁴ Villanova (De), R., Les créations interculturelles de l'emprunt au métissage, dans Villanova (De), R., Hily, M-A, Varro, G. (Eds). *Construire l'interculturel ? de la notion aux pratiques*, Espaces interculturels, pp.259-270, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 266

Ndiaye (2011)⁵⁵, une notion difficile à définir tant les paramètres sont nombreux et complexes et touchent des domaines multiples (politique, sociologique, psychologique, économique, linguistique, historique, etc.) sur lesquels nous reviendrons. Dans ce contexte, les soignants sont amenés à questionner leurs pratiques au quotidien pour les harmoniser, appréhendant les possibles déviances à la norme.

3- L'hôpital : un lieu de normalisation généralisée

La normalisation et la standardisation sont fortement induites par la certification et avant elle, l'accréditation. La Haute Autorité de Santé (HAS) créée par la loi du 13 août 2004⁵⁶ impose à tous les établissements de santé (publics ou privés) une accréditation suivie tous les quatre ans d'une certification, démarche d'évaluation externe de la qualité des prestations, des services et du management de l'établissement. La première démarche d'accréditation date de 2004. Elle a fixé les procédures à respecter, s'appuyant sur les référentiels et les guides de "bonnes pratiques". Les certifications qui suivent, au rythme d'une tous les quatre ans mettent l'accent sur les évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Soulignons que le niveau d'exigence et de qualité augmente quant à lui, au fil du temps, avec chaque démarche. Sa dernière version (appelée V2010) fixe les pratiques prioritaires exigibles, incontournables pour que l'établissement soit certifié. La version 2014 encourage les démarches de terrain et renforce la prise en compte du patient dans l'évaluation : la méthode du patient traceur est préconisée, reposant sur l'évaluation des modalités de sa prise en charge durant son « *expérience de soins* ». La norme est assimilée à un principe, une règle déterminant l'action valable pour tous les acteurs concernés. Les normes et les protocoles deviennent ainsi partie intégrante des soins.

3-1 La normalisation et la standardisation des pratiques soignantes

Tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont tenus d'être certifiés pour garantir leurs activités. Le projet de l'HAS 2009-2011 vise à mettre la

⁵⁵ Ndiaye, P., *La condition noire, essai sur une minorité française*, Numéro 140, Paris, Folio actuel, 2011

⁵⁶ Cette loi est relative à l'assurance maladie pour le maintien du système de santé solidaire et le renforcement de la qualité des soins, L'HAS est un organisme indépendant dont les missions sont d'évaluer, promouvoir les bonnes pratiques, améliorer la qualité des soins, veiller à la qualité de l'information médicale, informer les professionnels et le public, développer la concertation et la collaboration entre les professionnels des systèmes de santé français et étrangers.

qualité au cœur des pratiques et des comportements individuels, mais aussi à renforcer la performance, la transparence et l'expertise⁵⁷. La norme iso 8402 définit la qualité comme la capacité d'un produit ou d'une prestation à satisfaire le client dans une réponse à ses besoins, implicite ou explicite. Selon Hesbeen « *La qualité du soin est le fruit d'une intention, celle qui permet de penser et d'agir dans une perspective soignante. Elle ne pourra en aucune manière être réduite aux approches instrumentales et macroscopiques, aussi sophistiquées et utiles soient elles* » (2008, p.168)⁵⁸. La pratique soignante apparaît telle une œuvre singulière qui impose aux professionnelles le respect du travail de chacun, en cohérence avec des valeurs et l'orientation du service ou de la structure. Cependant, évaluer la qualité repose sur l'élaboration de normes, de procédures, de protocoles, fondée sur une standardisation des pratiques visant à sécuriser les actions professionnelles. Pour Hart et Lucas (2004), les normes sont « co-construites » et se nourrissent de l'identité des soignantes.

Les normes sont construites ensemble, par le choix explicite des termes utilisés, mais aussi par la façon de convenir implicitement d'une norme par des faits, des attitudes. La construction ou la confirmation d'une norme existante est nourrie par l'expression de l'identité interne, car la norme formalise les valeurs, les logiques, les façons de faire, la culture des individus (p.58)⁵⁹.

Evoquer les normes et la standardisation des pratiques s'inscrit dans la démarche qualité, avec l'objectif que les professionnels aient une même conduite dans certaines situations, des fondamentaux, normes, indicateurs, critères identiques. L'objectif est de suivre de "bonnes pratiques", de limiter l'incertitude et favoriser une évaluation commune.

Cependant l'hôpital est un lieu de travail collectif, impliquant la mobilisation de valeurs communes, de la part des divers personnels soignants et des patients. Or les valeurs sont diverses et force est de constater qu'il existe des écarts à la norme établie. Donnons comme exemple celui de la restauration : le guide de "bonnes pratiques" (pratiques conformes) concernant la chaîne du froid, interdit l'apport et la consommation de nourriture venant de l'extérieur de l'hôpital, portée par les familles pour le malade (c'est une vigilance sanitaire). Le soignant se trouve quotidiennement confronté à un dilemme.

⁵⁷ <http://www.has-sante.fr> (consulté en ligne le 15/05/2011)

⁵⁸ Hesbeen, W., 2008, *Op.cit.*, p.168

⁵⁹ Hart, J, Lucas, S., *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres, concepts, méthodes, études de cas*, Gestion des ressources humaines, Paris, Lamarre, 2004, p.58

S'il respecte la chaîne du froid tel que cela est préconisé pour être en conformité, le malade ne mange pas, ce qui est néfaste pour lui. Ou bien, le soignant s'écarte de la règle et autorise l'apport et la consommation des mets familiaux, le malade mange son repas avec plaisir, selon son souhait, ce qui est fondamental pour son état de santé et de fait, la règle n'est pas respectée. Cette situation peut par exemple se présenter pour les malades de confession musulmane, les plats de l'hôpital ne répondant que partiellement à l'exigence du « *dhabiha hallal* » (technique d'abattage de l'animal et hygiène alimentaire) à laquelle s'ajoute la crainte de trouver du porc dans les plats. Pour le malade, il ne suffit pas de dire « *bismillah* » pour effacer le péché du non-respect de la loi islamique ; la tradition prévaut. Il est dans la normalité que les familles apportent des mets préparés à la maison à la personne soignée. Refuser cette pratique serait incompris par les malades et leur famille même si elle est très bien argumentée par les soignants. La réglementation s'efface alors devant la coutume. Envisager la normalisation de toutes les actions revient à occulter la singularité de chaque individu avant même de considérer son origine, sa culture, ce qu'il est. Le centre Babel (Centre Ressource Européen en Clinique Transculturelle), dirigée par des médecins dans un centre hospitalier parisien, travaille depuis plusieurs années sur la prise en charge des malades de cultures différentes, dans l'approche clinique. Accompagner les personnes, familles ou malades, les soigner nécessitent selon eux, la prise en compte de l'affiliation culturelle, de la manière de penser, de l'expérience migratoire et de métissage ce que nous interrogerons.

Une prise en charge clinique, psychologique et sociale s'impose alors. La barrière linguistique, les distances culturelles sont identifiées comme « *des obstacles à la communication* » (ce qu'expriment certains professionnels de santé), à l'origine de difficulté dans le parcours de soins par la méconnaissance de l'autre et l'émergence de discriminations ou « dévalorisations » (Laplantine, 2010)⁶⁰ entre les individus alors considérés comme moins qualifiés. Nous nous demandons alors comment peut s'inscrire la certification en contexte interculturel ? Il apparaît comme difficile de soigner en se fondant sur un référentiel unique de comportements, fixant la norme pour tous les individus. En outre, l'approche de la maladie, de la naissance, de la mort est différente selon les cultures. Or, être malade, c'est déjà faire un écart à la norme

⁶⁰ Laplantine, F., *Je, nous et les autres*, Paris, Poche- le pommier, 2010

(Hesbeen, 2008)⁶¹. Dans cette complexité hospitalière, le rapport qu'entretiennent les obligations règlementaire et législative (la certification) avec les interactions soignantes devenues interculturelles nous questionne.

3-2 La qualité en contexte hospitalier

De nombreuses définitions de la qualité des soins cohabitent dans la littérature professionnelle. Nous en retiendrons deux, tout d'abord celle de la World Health Organization (WHO) en 2000, susceptible de contribuer à faire avancer notre réflexion : « *La qualité des soins est le niveau à atteindre par les systèmes de santé, intégrant les règles d'amélioration et de responsabilisation correspondant aux attentes légitimes de la population* » (Legido-Quigley *et al*, 2008, p.2)⁶². Nous la compléterons par celle énoncée par Donabedian qui dès 1980 y introduit la dimension de l'incertitude (cf. *rapport bénéfices / risques*) sur laquelle nous reviendrons : « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins* » (Hurlimann cite Donabedian, 2001, p.24)⁶³. Il s'agit donc pour les professionnels de santé, dans un contexte hospitalier contraint et interculturel, d'atteindre un niveau maximum dans le bien-être des personnes, en lien avec les besoins et attentes de l'ensemble des populations se présentant à l'hôpital.

L'Institut de Médecine des Etats Unis (IOM) nous indique que la qualité des soins est à relier aux règles du système de santé mais aussi aux attentes de la population et aux connaissances disponibles : « *La capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* » (Zeinep, Com-Ruelle, 2008, p.3)⁶⁴. La qualité des soins introduit donc une dimension de triangulation

⁶¹ Hesbeen, W., 2008, *Op.cit.*

⁶² Legido-Quigley, H *et al.*, Assuring the quality of health care in European union, a case for action, *European observatory on health system and policies, observatory studies series n°12*, world health organization, united Kingdom, MPG books Ltd, 2008, p.2

« *Quality of care is the level of attainment of health systems' intrinsic goals for health improvement and responsiveness to legitimate expectations of the population* ». (notre traduction)

⁶³ Hurlimann, C., Approche conceptuelle de la qualité des soins, *adsp Numéro 35*, 2001, (23-28), p.24

« *Quality of care is the kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts* » (notre traduction)

⁶⁴ Zeinep, O, Com-Ruelle, L., *Qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer*, Document de travail DT Numéro 19, décembre (2008), pp.1-20, ISSN : 2102-6386,

entre la temporalité des connaissances, la stratification de l'atteinte des résultats et la satisfaction aux attentes des soignés, le tout reposant sur un rapport bénéfice/risque. L'évaluation du rapport existant entre l'amélioration de la santé par l'administration d'un traitement ou la réalisation d'actes diagnostics et les effets indésirables liés à cette administration, au mécanisme d'action ou à la pratique, constitue ce rapport bénéfice/risque. Conscient de ce qu'il encourt au regard du bénéfice attendu, le patient peut alors énoncer un choix éclairé quant à la mise en œuvre de son traitement ou la réalisation des actes médicaux invasifs et/ou diagnostics.

Au cours des dernières décennies, la législation a fixé les règles d'une régulation de l'offre de soins reposant sur la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), qui s'organise au sein de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et de la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES). Elle se structure également au sein des instances spécifiques telles que l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence de Biomédecine (ABM), l'Etablissement Français du Sang (EFS), et la Haute Autorité de Santé (HAS)⁶⁵. Les établissements de santé auxquels appartient l'hôpital, sous contrôle de l'Etat, dépendent de ces directions et instances pour leur gestion, leur fonctionnement et leurs innovations. La rationalisation des organisations hospitalières, au travers d'un dispositif gestionnaire contraint, s'argumente au nom de la qualité comme étant une préoccupation des personnels soignants, la qualité ayant à la fois un sens déontologique et juridique (obligations règlementaires pour les professionnels). Elle répond également à une exigence des malades qui s'inscrit dans une volonté politique de participation active des usagers et des associations.

La loi HPST participe de cette rationalisation et introduit la télémédecine comme innovation grâce aux Technologies en Information et Communication (TIC) dans les actes de consultation, d'expertise, de surveillance, d'assistance et de régulation médicale. La télémédecine est un enjeu à la fois démographique (lutte contre les déserts

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>

(consulté en ligne le 12/04/2012)

⁶⁵ HAS, Haute Autorité de Santé, loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour le maintien du système de santé solidaire et le renforcement de la qualité des soins

médicaux), épidémiologique (augmentation de pathologies chroniques, vieillissement de la population...) et économique (diminution des coûts de prise en charge, de transports...). La mise en place de réseaux de santé tend à répondre à cette nécessaire rationalisation, aux évolutions des professions de santé et de la demande sociale. Elle introduit une recomposition des domaines d'intervention et des modes de coordination pour une prise en charge efficiente des personnes. Les réseaux sont axés aujourd'hui sur la prévention, les soins palliatifs, les maladies chroniques, la prise en charge des toxicomanies, des personnes âgées (Riondet, 2009)⁶⁶. Elle recourt aux TIC par exemple avec le Dossier Médical Partagé (DMP), accessible aux différents intervenants dans la prise en charge de la personne soignée (Riondet, 2010)⁶⁷. Le dossier patient est unique, individualisé et regroupe toutes les informations le concernant. En outre, il a « *un rôle de coordination, d'organisation du travail collectif et distribué à destination du patient* » (Mayère, 2012, p.118)⁶⁸. Le partage en pluridisciplinarité contribue à la maîtrise des coûts qui sous-tend des orientations et certains axes de projets institutionnels visant au développement des établissements hospitaliers alliant une logique médico-économique et humaniste.

3-3 Une normalisation et une "critérisation" généralisée

Atteindre la qualité attendue est « *l'affaire de tous* » (Laurens, 2000)⁶⁹, car elle repose sur l'établissement de normes, critères et indicateurs reconnus par chacun mais se fonde également sur une formalisation des savoirs. La norme peut être considérée comme ce qu'il est "normal" de faire, correspond à ce qui est conforme à la majorité des cas et constitue la règle de référence pour agir. Le critère est l'élément auquel se référer pour apprécier, définir ce qui est déterminant dans les décisions à prendre et dans les actions à mener ensuite. L'indicateur, quant à lui, est ce qui permet d'apprécier un phénomène, ses variations. Il renseigne, donne un repère.

⁶⁶ Riondet, J., Réseaux de santé : une vocation médicosociale, *revue Gestions hospitalières Numéro 486*, dossier personnes âgées, Paris, Infodium, mai 2009

⁶⁷ Riondet, J., TIC et territoires, DMP et territoires, *revue Gestion hospitalières Numéro 495*, dossier espace santé numérique, Paris, Infodium, avril 2010

⁶⁸ Mayère, A. (2012)., « zéro papier » et « pense bêtes » à l'aune de l'informatisation du dossier, *Revue d'anthropologie des connaissances, Volume 6, Numéro 1*, (115-139)

⁶⁹ Laurens, P., Qualité et organisation, la preuve par la communication, dans le Moëne, C. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la Société, Numéro50/51, mai/octobre 2000, (pp.241-259), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail

C'est ainsi que les « *systèmes experts* » élaborent les référentiels, les guides de "bonnes pratiques", les procédures et protocoles, les règlements intérieurs, tous ces textes règlementant les pratiques professionnelles, significatives de l'organisation dont elles fixent le sens. Ces outils donnent lieu à des évaluations diverses. « *Il ne s'agit plus seulement de "faire son travail" mais d'intégrer celui-ci dans une activité plus globale, dans un processus de production* » (Laurens, 2000, p.246)⁷⁰. Dans sa théorie de la structuration, Giddens explique que « *les relations des acteurs en co-présence et les structures sociales sont indissociables* » (Rojot, 2000, p.309)⁷¹. Il définit par là-même un système-expert qui reconnaît ainsi les domaines de savoir-faire professionnel, fondés sur l'expertise, les interactions et la réflexivité. Il favorise la conscience de soi et de sa propre responsabilisation dans les conduites quotidiennes. Le système-expert "fait sens" et se traduit par différents processus, réseaux de communication et production d'information (Jolivet, 2008)⁷². Au-delà de ces appréciations qualitatives, précisons que l'approche participative des usagers, la gestion des ressources humaines, la gestion de la qualité et de la sécurité sont évalués dans la certification de l'hôpital. La gestion des ressources financières, le système d'information, la gestion des fonctions logistiques et des infrastructures, la sécurité des biens et des personnes, la qualité et la sécurité de l'environnement font partie de cette évaluation au même titre que le management de la qualité et de la sécurité des soins, la maîtrise du risque infectieux, la prise en charge du patient et l'évaluation des pratiques professionnelles. La certification repose alors sur les appréciations et mesures qui s'effectuent au travers de pratiques exigibles, de références, d'indicateurs.

Depuis 2006, l'évaluation et le suivi des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) est assurée ainsi que les indicateurs constitutifs du tableau de bord des infections nosocomiales fixant les scores des établissements de santé. La comparaison des scores se réalise sur les "bonnes pratiques" professionnelles, reposant sur un référentiel commun, des critères et des indicateurs capables de déterminer si ce sont des "bonnes pratiques". « *L'EPP consiste en l'analyse de la*

⁷⁰ Laurens, P., 2000, *Op.cit.*, p.246

⁷¹ Rojot, J., Anthony Giddens et la théorie de la structuration, dans Le Moëne, C. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la Société, Numéro 50/51, mai/octobre 2000, (pp.309-314), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, p.309

⁷² Jolivet, A., Faire sens dans les démarches qualité, dans Bouillon, J-L, Bourdin, S, Loneux, C (Coord.). *Approches communicationnelles des organisations*, Sciences de la Société Numéro 74, (pp.180-187), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2008

pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (Derenne *et al.*, 2009)⁷³. Selon le décret 2005-346 du 14 Avril 2005, l'évaluation des pratiques professionnelles vise à analyser l'activité clinique en référence aux recommandations professionnelles (référentiel commun). Le but est d'améliorer la qualité des soins et leur sécurité, dans une organisation en réseaux, en s'appuyant sur le système de santé publique. Les évaluations de pratiques professionnelles sont à l'origine de travaux pluridisciplinaires, portant sur des pratiques en collaboration associant médecins et paramédicaux, présentées aux experts visiteurs (professionnels experts, en exercice, mandatés par l'HAS) lors de la visite de certification. Celle de 2012 se place à un niveau d'exigence accru : le référentiel impose désormais des « *pratiques prioritaires exigibles* », ce qui semble laisser peu de place à "l'à peu près", mais également, à l'humain en terme de singularité.

Dans une approche holistique et humaniste, l'usage par les soignants du "prendre soin" paraît prévaloir sur celui de la "prise en charge" des malades. Le concept du « *caring* » (Watson, 1998)⁷⁴, se rapporte au « *prendre soin des personnes* » dans leur globalité, l'infirmière est alors centrée sur les réactions de la personne. Il est contre argumenté par Hesbeen (2008)⁷⁵ qui considère que le « *caring* » est une théorie, une approche infirmière alors que le « *prendre soin* » est une philosophie, une approche pluri-professionnelle, le soin infirmier n'en constituant qu'une partie. Selon cet auteur, être en santé constitue pour un individu la norme, être malade, c'est être en décalage avec celle-ci. Toutefois, l'écart à la norme semble varier selon la culture de l'individu, ses représentations de la santé et de la maladie, en contexte, selon les situations et l'environnement. Les grands principes de la procédure de certification reposent sur la place centrale donnée au patient, l'implication des personnels, l'amélioration du service médical rendu au patient, la sécurité, une démarche pérenne et évolutive. C'est alors que

⁷³Derenne, R *et al.*, *Les EPP : vers une amélioration de la prise en charge des patients*, (2009), <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp-vers-une-amelioration-de-la-prise-en-charge-des-patients.html>, (consulté en ligne le 15/05/2012)

⁷⁴ Watson, J., *Le Caring, Philosophie et science des soins infirmiers*, Bonnet, J. (Trad.), Paris, Seli Arslan, 1998

⁷⁵ Hesbeen, W., 2008, *Op.cit.*

se pose la question de la place des personnels, entre intervention et tolérance lors de leur activité professionnelle, sur laquelle nous reviendrons.

A ce niveau de la réflexion, nous précisons simplement que de fait, la culture du risque intègre peu à peu les pratiques des soignantes et que si leurs actions sont toujours situées et organisées, elles s'ajustent aux priorités du moment, elles intègrent les imprévus liés à la situation elle-même et aux personnes en présence, elles gèrent l'incertitude et le risque : « [...] les acteurs en s'influençant par le biais de leurs interactions réciproques, qui déterminent le sens de leur action au risque de l'imprévisibilité » (Gramaccia, 2008, p.59)⁷⁶. Au travers de ces procédures de normalisation, de certification, de qualité, le système de santé français se réorganise. Pour certains citoyens, le danger réside dans une orientation générale d'une médecine "à deux vitesses". En effet, certains malades attendent un certain temps pour bénéficier des soins à l'hôpital public, ne pouvant prendre à leur charge les dépassements d'honoraires ou les surcoûts imposés par certains professionnels du secteur privé. Ils ne peuvent pas choisir le praticien alors que d'autres financent toutes les dépenses et ont l'assurance d'être traités par le médecin de leur choix. Le Professeur Grimaldi, endocrinologue à l'hôpital, dénonce en outre dans son ouvrage les travers de la tarification à l'activité, qui oblige les médecins à multiplier les actes rentables et réduire les rapports humains à « un simple commerce » (Grimaldi, 2009)⁷⁷.

En conclusion

La transformation de l'hôpital se fait depuis des siècles au gré des événements, des réformes et des évolutions sociétales. Cette institution conserve ses missions de service public, accueillant l'ensemble des populations. En outre, elle apparaît comme une structure organisationnelle contrainte et un lieu de métissage des équipes.

Aujourd'hui, les réformes et les lois imposent à l'hôpital une vision entrepreneuriale. La tarification à l'activité a généré une compétitivité entre les divers pôles d'activité dans un objectif de performance et de rentabilité, l'activité étant un indicateur économique majeur. La culture du risque s'est développée dans un contexte financièrement limité.

⁷⁶ Gramaccia, G., Repenser la communication des organisations, dans Bonneville, L, Grosjean, S. (Dir.). *Communication des Organisations*, Paris, L'Harmattan, 2008

⁷⁷ Grimaldi, A., *L'hôpital, malade de la rentabilité*, Paris, Fayard, 2009

Dans une démarche qualité, elle a mis en place des indicateurs, qui utilisés pour établir le classement des établissements de santé majorent cette compétitivité. Développer la culture du risque a amené les professionnels de santé à percevoir les marges d'incertitude qui entourent leurs pratiques et à les questionner.

La normalisation et la démarche d'évaluation externe reposent sur des standards où la singularité de l'individu, ne semble pas considérée. Le contexte interculturel interpelle cette standardisation notamment dans les cas de déviances pour répondre à une personnalisation de la prise en soins. Ces professionnels évoluent dans des logiques différentes : humaniste (fondement des professions du soin) et une rationalité en valeur (action selon ses convictions et sens du devoir) versus en finalité (action selon les objectifs et les moyens).

Après cette réflexion sur le contexte général dans lequel évolue l'hôpital public, nous décrirons le lieu de travail des équipes soignantes en milieu contraint et en situation interculturelle, ce que nous tenterons de faire graduellement.

Chapitre 2. L'hôpital : une structure organisationnelle contraignante

Appréhender l'hôpital comme une organisation dans un monde contraint induit d'étudier le cadre d'exercice des professionnels qui y travaillent, les formes de pressions, les obligations, les règles dues au contexte politique national et aux politiques de santé. Les contraintes s'appliquent à l'hôpital dans trois aspects fondamentaux de ses missions : service public, lieu de soins et de vie, lieu d'exercice et de professionnalisation pour les soignants.

C'est pourquoi nous choisissons en premier lieu de décrire l'hôpital en tant qu'univers hiérarchisé. Cet établissement de santé occupe une place essentielle dans l'offre de soins, a l'obligation de rationaliser ses dépenses. Ceci induit des logiques économiques et réglementaires qui se confrontent *in fine* aux logiques humanistes des soignants et influent sur les organisations hospitalières. Nous présentons ensuite les équipes de soins en nous focalisant dans un second temps sur les soignants qui y travaillent, afin d'appréhender la communication dans le cadre de leur activité qui apparaît comme éminemment collective. Enfin, nous nous intéressons à la dimension interculturelle. Elle est induite par la diversité des populations en relation au sein de l'hôpital et semble complexifier les relations interpersonnelles et les interactions.

Toutefois, l'interculturel nous interroge : Quelle est la communication à l'œuvre dans le travail collectif des équipes de soins et notamment en situation de métissage ?

1- Le pouvoir dans l'organisation

En 2004, le législateur impose une nouvelle gouvernance, avec une réorganisation par pôles d'activité des établissements de soins (privés ou publics). Le financement est attribué non plus sous forme d'un budget global alloué mais comme résultat d'une productivité et reposant sur un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Ces changements sont accompagnés de la mise en œuvre de la « Tarification A l'Activité » (T2A), induisant une évolution des modes de prise en charge des malades et un nouveau mode de gestion de l'hôpital. Structurants, ils influencent le fonctionnement de la structure hospitalière et modifient la perception de ses missions, axée sur les recettes. Mais cette conception de "l'hôpital entreprise" est un sujet de controverses.

La mission d'assistance matérielle et spirituelle de l'hôpital à l'égard des indigents est empreinte de cette pensée "magique et religieuse" dans les moments importants de la vie comme la naissance, la guérison, la mort. L'antiquité livre les traces de pratiques ancestrales échangées par les femmes, les guérisseuses, les magiciennes. « *Oniromancie, divination, incantation, magie sont de pratique courante* » (Durand *et al.*, 2000, p.24)⁷⁸. A l'ère chrétienne, les soins corporels sont conjoints aux soins spirituels (*Ibid.*, p.171)⁷⁹. Aujourd'hui, la société enrichit la réflexion éthique des soins menée par les professionnels et les politiques, sur une approche holistique de l'individu, pluridisciplinaire, déontologique. Cette pensée se confronte à la rationalisation des ressources allouées à l'établissement dont la vision tend à être celle d'une entreprise : « *L'entreprise est un groupe humain orienté vers la production dont le devenir dépend essentiellement de la vente du produit de son activité* » (Bouzon, 1993, p.52)⁸⁰. La dimension économique de "l'hôpital-entreprise" au travers de la T2A, amène par la vision des dirigeants l'exigence de production, de bénéfice, de rentabilité, ce qui ne correspond pas à la vision sociale "partagée" de l'hôpital. Nous assistons à une controverse entre les tenants du rationnement et les partisans d'une régulation « *fondée sur des principes de prévention, de complémentarité des établissements, d'évaluation, d'efficience* » (Pierru, 1999, p.13)⁸¹. Nous examinerons tour à tour ces divers aspects.

1-1 Des missions de service public peu valorisées et des contraintes économiques fortes

L'hôpital est un producteur de soins dont le devenir dépend de la production et de la qualité des services fournis aux usagers. Pour évaluer son importance, prenons l'exemple d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) situé parmi les grandes régions de France. Celui-ci compte aujourd'hui 2860 lits, 213 283 patients hospitalisés par an, 128 102 hospitalisations de moins de vingt-quatre heures. Il s'y effectue 640 000 consultations annuelles et plus de 137 500 passages aux urgences⁸².

⁷⁸ Durand, G *et al.*, 2000, *Op.cit.*, p.24

⁷⁹ *Ibid.*, p.171

⁸⁰ Bouzon, A., *Identité et communication d'entreprise, contribution de la communication à l'évaluation de l'identité de l'entreprise appréhendée à partir des représentations sociales des membres du personnel*, thèse de doctorat inédite, Université Paris IV-Sorbonne, 1993, p.52

⁸¹ Pierru, F., L'hôpital entreprise : une self fulfilling prophecy avortée, *Politix, Volume 12, Numéro 46*, 1999, (7-47)

⁸² Chiffres clés du bilan annuel de 2012 de l'établissement considéré

Même si l'hôpital ne peut pas faire de bénéfices, il s'inscrit dans une dimension économique, de rationalisation des dépenses, de maîtrise de coûts, d'équilibre budgétaire tout en garantissant des prestations (notamment les soins) de qualité et à coût rationnel. Tous les moyens sont mis en œuvre pour maintenir voire développer l'activité car elle est garante de la vie de l'institution par les recettes qu'elle génère.

L'entreprise-hôpital reste une organisation économique reposant sur les individus, où sont mises en commun des compétences multiples, des professions diverses et des cultures différentes qui contribuent à sa performance dans une approche gestionnaire et organisationnelle imposée (Rojot, 2009)⁸³. En outre, l'action et la structure sont indissociables et les interrelations des acteurs sont liées aux structures sociales. Pour Rojot analysant la théorie de Giddens développée en 1984:

La structure n'existe, en tant que présence spatio-temporelle que lors de son actualisation et qu'en tant que traces mémorielles grâce auxquelles les agents démontrent leur compétence et orientent leurs conduites, c'est-à-dire leur connaissance de comment les choses sont dites, faites et écrites. Cette connaissance est mobilisée récursivement en pratiques sociales organisées. (Rojot, 2011, p.82)⁸⁴.

L'approche de la contingence structurelle de Lawrence et Lorsch dans les années 1970, montre que les entreprises s'adaptent à trois types d'environnement (technico-économique, de marché et scientifique) et selon leur degré d'incertitude. Les variables internes telles que la taille de l'entreprise, son âge, sa technologie et sa stratégie influencent également l'organisation. L'approche gestionnaire met en exergue que plus l'organisation est grande (cette croissance allant souvent de pair avec l'ancienneté) et complexe, plus la coordination et la communication sont difficiles. Reprenant l'exemple d'un CHU, cette institution est de grande taille, complexe, hiérarchisée, comporte un grand nombre de personnels. Cette visée des sciences de gestion nous amène à appréhender un hôpital tel qu'un CHU, comme une organisation où la taille de l'établissement influence le travail collectif et la communication entre les différents professionnels et constituerait plutôt une difficulté dans la mise en œuvre. Pour les acteurs, un service très structuré permet de répondre à un environnement prévisible. La présence de protocoles, de standards, de référentiels, de procédures paraît être un

⁸³ Rojot, J., 2009, *Op.cit.*

⁸⁴ Rojot, J., *La théorie de la structuration chez Anthony Giddens*, pp.69-87, (2011), http://www.numilog.fr/package/extraits_pdf/e2627.pdf, (consulté en ligne le 12/04/2012)

élément de cadrage et de sécurité pour l'organisation et les personnels. A l'inverse, un service peu structuré exige des professionnels un niveau supérieur dans l'adaptation à un environnement fait d'incertitude (Rouleau, 2007, p.50)⁸⁵. La stratégie influence la structure, tout comme l'environnement et les individus, qu'ils soient décisionnaires ou non (Rojot, 2009)⁸⁶. L'hôpital ici considéré est une organisation complexe, composée d'établissements répartis sur plusieurs sites, nécessitant des outils et supports divers et variés nécessaires pour travailler au quotidien. La technologie, quant à elle, caractérise l'organisation, système opérant pour l'accomplissement du travail, siège des interactions entre les individus impliqués dans le processus.

Si l'hôpital intègre une gestion sur un mode entrepreneurial, il n'a pas toutefois à faire de bénéfices. En revanche l'équilibre recettes-dépenses est exigé par ses tutelles. Dans le cadre du plan hôpital 2007, une restructuration hospitalière s'opère dans un contexte budgétaire déjà défaillant, où les établissements sont confrontés à une pénurie des infirmiers(es) et des médecins mais également aux effets induits par les mesures antérieures (mise en place des trente-cinq heures et des repos de sécurité des internes en médecine par exemple). La problématique de la désertification médicale et de la sécurité des soins se pose dans un contexte contraint, économiquement, structurellement et humainement. La T2A est mise en œuvre dans ce contexte budgétaire qui se révèle peu favorable. Le maintien de petits établissements de proximité est alors remis en question par les pouvoirs publics, au titre de la sécurité, que les établissements soient publics ou privés, ce qui fait émerger d'autres problématiques humaines et sociales. Si nous considérons la fermeture des maternités de proximité, elle fait courir à la future maman le risque d'un accouchement pendant le trajet du domicile jusqu'à l'établissement de santé. Celui-ci n'est pas sans danger pour la mère et le nouveau-né. Nous pouvons citer un fait d'actualité de 2009, une maman a accouché sur l'autoroute dans sa voiture alors qu'elle se rendait dans une maternité de Corrèze ; la maternité de proximité proche de son domicile dans le Lot avait été fermée. Malgré l'intervention des secours, le nouveau-né n'a pas pu être réanimé et est décédé. Les décisions d'ordre économique

⁸⁵ Rouleau, L., *Théories des organisations, approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*, Québec, Presses Universitaires de Québec, 2007, p.50

⁸⁶ Rojot, J., 2009, *Op.cit.*

font alors émerger des problèmes de santé publique qui se révèlent majeurs pour les personnes qui y sont confrontées.

La politique de la région est fondamentale pour permettre à l'hôpital de remplir ses missions. La loi HPST instaure les ARS dont l'objectif est la mise en place de la politique de santé dans la région, la répartition de l'offre de soins selon les modes de prise en charge, entre le secteur public et le secteur privé mis en concurrence, entre autre par la T2A. Les grands centres hospitaliers comme les CHU hauts-lieux d'expertise, de spécialisation, d'hyper technicité, de recherche, de formation, d'innovation bénéficient de financement en lien avec leurs missions :

- les Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation (MIGAC) en lien avec les missions spécifiques de santé publique telles que le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), le Service Médical d'Urgence Régionale (SMUR), les équipes mobiles, la permanence des soins, la prise en charge des populations en difficulté, la prise en charge des patients en situation de précarité, etc.
- les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence, d'Innovation (MERRI)
- le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) négocié avec l'ARS par l'établissement.

Ces financements peuvent être attribués à tout établissement qui le justifie, constitués d'une part fixe et d'une part variable, modulable. Ils compensent ce qui ne peut être financé au titre de l'activité par la T2A. Pour les institutions, ce financement est considéré comme aléatoire, ne pouvant être déterminé à l'avance, revu chaque année par les tutelles, ce qui majore *in fine* la pression budgétaire des établissements de santé concernés.

L'hôpital public accueille tout type de population (y compris les personnes sans couverture sociale) et les pathologies lourdes, coûteuses, qui ne sont pas rémunérées à la hauteur des soins dispensés. La mission de service public n'autorise pas la sélection des malades à admettre dans les services de soins de la structure. Les soignants et notamment les médecins sont évalués dans leurs pratiques professionnelles sous le contrôle de la HAS lors de cette démarche d'évaluation externe. Des résultats de cette certification vont dépendre l'allocation des ressources financières pour l'établissement et l'estimation du niveau de qualité du service rendu par l'institution. En 1980,

Donabedian dit de la qualité des soins qu'elle « *est un niveau à atteindre pour les systèmes de santé selon des règles intrinsèques pour le progrès de la santé et en réaction aux attentes légitimes de la population* » (cité par Legido-Quigley, *Op.cit.*, p.2)⁸⁷. Or demander aux établissements de santé d'allier des réductions de dépenses avec l'amélioration de la qualité des soins et des prestations, peut être jugé complexe et antinomique par les personnels de santé. En effet, la démarche d'évaluation externe et interne introduit une normalisation visant également à rationaliser les pratiques. Elle « *réduit l'humain à un organisme standardisé en s'intéressant à des populations et nie la singularité de l'individu. Elle diminue la productivité des soignants et donc l'accès aux soins* » (Dupagne, 2008, p.362)⁸⁸. Dans l'esprit de la T2A, la diminution de la productivité et de l'activité des professionnels de santé favorise la baisse des recettes pour l'établissement et par répercussion, la baisse des allocations et des ressources. Qu'en est-il de la qualité des soins dans un tel contexte ?

Selon Grimaldi (2009)⁸⁹, l'hôpital « *vend* » ses services à des clients dont fait partie le soin, lequel est considéré comme "juste" (excluant de fait les soins non justifiés) et à "juste prix" (un coût inférieur à un autre prestataire pour une qualité semblable). En outre l'établissement fournit aussi de la formation, cherchant à faire des recettes au travers des activités médicales valorisées. Si nous nous plaçons dans une vision élémentaire de la T2A, la qualité représente un "gain de productivité" et "un travail à flux tendu". Il peut être distingué les "malades rentables" c'est-à-dire ceux dont les pathologies, les co-morbidités et la prise en charge sont valorisées et rapportent au pôle des recettes, et les autres. Une sélection peut s'opérer dans certains lieux afin de rentabiliser l'activité, bénéficier du meilleur codage (GHM et PMSI) et obtenir plus de finances pour le fonctionnement du pôle et de l'établissement. C'est ainsi que les personnes en situation irrégulière, n'ayant pas de couverture sociale ou une couverture

⁸⁷ Legido-Quigley, H *et al.*, Assuring the quality of health care in European union, a case for action, *European observatory on health system and policies*, observatory studies series n°12, World Health Organization, Royaume Uni: Mpg books Ltd, 2008, p.2

“*quality of care is the level of attainment of health systems intrinsic goals for health improvement and responsiveness to legitimate expectations of the population*”

⁸⁸ Dupagne, D. (2008). Qualité et santé, première partie : qualité des moyens ou qualité des résultats ? *Revue médecine*, Volume 4, Numéro 8, (360-363)

⁸⁹ Grimaldi, A., *L'hôpital malade de la rentabilité*, Paris, Fayard, 2009

minimale, les étrangers, les précaires... sont accueillis à l'hôpital pour des soins ou une prise en charge sociale insuffisamment valorisés.

Certains médias dénoncent les effets pervers de la T2A mis en exergue lors d'interviews de professionnels médicaux et économistes de la santé tels que le Dr Grimaldi (diabétologue) et le Dr Trivalle (gériatre) en 2009. Ils semblent avoir aggravé les inégalités de santé pour les plus démunis et ne valorise pas la prise en charge des maladies chroniques, des soins palliatifs, des soins de suite et de réadaptation⁹⁰ des personnes âgées, des enfants mais aussi des actes liés à la prévention (écoute, éducation, etc.). Ce sont pourtant là, les missions de l'hôpital public. Nous pouvons nous interroger sur l'importance que peuvent revêtir ces séquences, en aucun cas valorisées et qui constituent pourtant des moments majeurs pour les soignantes.

Dans tous ses travaux et ses projets, l'hôpital s'inscrit dans une logique comptable et budgétaire, avec des fonds d'investissement et d'amortissement, des prévisions de recettes et de dépenses, comme le ferait une entreprise. Cette logique comptable, économique est remise en cause par les personnels qui bien que soucieux de l'économie au travers de leur activité, se centrent sur le soin et le bien-être du malade, dans une logique purement soignante (Coulon, 2010)⁹¹. Ce qui se passe au niveau de l'institution elle-même, en terme de gestion budgétaire, se transpose au niveau des pôles qui prévoient leurs dépenses et leurs recettes. Les prestataires internes, quant à eux, sont mis en concurrence avec les prestataires externes ce qui peu à peu oriente les choix institutionnels en regard aux coûts engendrés. Les prestations sont calculées sur la base d'unités d'œuvre, de coûts de production, de coûts d'investissement, d'amortissement, de fonctionnement...

Cette nouvelle approche de l'hôpital fait appel aux techniques d'impartition et notamment de sous-traitance. Le donneur d'ordre (l'hôpital) fait exécuter par un sous-

⁹⁰ Les Soins de suite et de réadaptation, appelés SSR comportent des activités de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. « *L'activité de SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion* » (santé.gouv.fr, site du ministère des affaires sociales et de la santé). Les SSR sont régis par deux décrets et une circulaire : décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif à leur implantation, le décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des SSR, la circulaire n°DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 qui en règlemente l'activité.

⁹¹ Coulon, R., *Le cadre de santé entre logique d'utilité et logique de soins hospitaliers*, (2010), pp.1-15, http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/60/21/13/PDF/Strasbourg_2010_Coulon.pdf, (consulté en ligne le 01/04/2013)

traitant une partie de sa production, selon un cahier des charges établi et contractualisé entre les deux parties. Une mise en commun de certaines ressources s'opère. Les deux parties deviennent plutôt des partenaires mobilisant : partage, délégation et confiance. Cette organisation est « *un marché sur lequel s'échangent influence et contrôle* » (Rojot, 2009, p.401)⁹². Cette orientation vers la sous-traitance s'inscrit dans une maîtrise et une réduction des coûts et permet aux professionnels de santé (publics « *internes* ») de se recentrer sur leur métier pour répondre aux attentes des publics « *externes* » dont les usagers de l'hôpital. Les sous-traitants constituent alors les publics « *intrants* » qui influencent les activités hospitalières et s'inscrivent dans une coopération avec l'hôpital (Carayol, 1994)⁹³. Se référant aux travaux de Viala en 1993 à propos de la sous-traitance de l'industrie pharmaceutique et d'Yzard en 2003 sur l'externalisation logistique, Tlahig étudie un service de stérilisation à l'hôpital. Selon elle, la sous-traitance conserve au client une position de co-pilotage dans la démarche en lien avec le prestataire et induit une coopération (Tlahig, 2009)⁹⁴. Ainsi, l'entretien des surfaces pour certaines zones est désormais sous-traité à une entreprise extérieure. Même si la prestation externe n'est pas évaluée par les hospitaliers comme étant à la hauteur de l'interne en terme de réponse, son coût de prestation reste moindre que celui évalué pour l'hôpital. Cette appréciation n'a cependant de validité que dans certaines conditions et selon une certaine activité. Des projets de rentabilisation des installations et des activités par une ouverture à l'extérieur de l'institution sont également en discussion. La blanchisserie en est un exemple : l'extension de son activité pourrait bénéficier à d'autres entreprises que l'hôpital (lesquelles deviendraient clientes). Le service proposé et contractualisé par l'hôpital auprès d'entreprises extérieures générerait alors des recettes pour l'institution.

L'hôpital connaît une évolution dans la conception même de ses organisations et de ses visions politiques et stratégiques. Les modifications qu'il rencontre visent à accroître la productivité, influencent les professionnels et les formes de communication, laissant

⁹² Rojot, J., 2009, *Op.cit.*, p.401

⁹³ Carayol, V., La communication hospitalière, *communication et hôpital, analyse et diagnostic, Communication et Organisation, Hors-Série, Numéro 1*, pp.1-15, (1994), <http://communicationorganisation.revues.org/2980>, (consulté en ligne le 01/04/2013)

⁹⁴ Tlahig, H. *Vers un outil d'aide à la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas du service de stérilisation*, Thèse de doctorat inédite, Institut polytechnique de Grenoble, 2009

entrevoir « *les individus plus isolés et paradoxalement dépendants, multi engagés et susceptibles de subir de multiples injonctions paradoxales* » (Morillon, Bouzon, Cooren, 2009, p.10)⁹⁵. Les professionnels sont dépendants dans des organisations complexes où parfois les logiques se confrontent. La quête de la qualité se heurte à la productivité et au rendement, pouvant apparaître comme des logiques paradoxales pour les soignants. En revanche, ces prestataires internes et externes (sous-traitants) sont recruteurs de personnels originaires de différents pays et de cultures différentes, que ce soit par exemple le bio-nettoyage ou le transport pédestre. La situation de ces personnels pour certains en situation précaire (emplois sous contrat d'insertion), peut complexifier la coopération entre les membres de ces équipes aux valeurs, aux conditions et qualifications variables, amenés à travailler ensemble. Nous reviendrons sur cet aspect.

1-2 Des publics hétérogènes dans un lieu contraint

L'hôpital n'a pas uniquement une vocation humanitaire et sociale, dans ses missions de soins. Il est amené à recevoir et traiter toute personne se présentant aux urgences par ses propres moyens, avec l'aide d'un tiers ou des services médicaux d'urgence (pompiers, SAMU⁹⁶, SMUR⁹⁷), de la douleur dentaire au grand polytraumatisé accidenté de la route. L'hôpital reçoit également en deuxième intention des malades dont la pathologie est lourde et coûteuse (interventions, examens, médicaments, surveillance, actes de soins, pathologie, situation sociale) par transfert d'un établissement privé, dont le motif peut susciter quelque fois une suspicion de la part des professionnels de santé. Il est alors difficile pour les hospitaliers de cautionner la notion d'égalité entre le service public et privé alors même que le privé peut s'octroyer une liberté de choix de sa clientèle, ce que ne peut pas faire le secteur public. L'hôpital se place ainsi au carrefour de deux injonctions contradictoires : prendre en charge les démunis tout en étant rentable dans ses pratiques. Les situations deviennent alors paradoxales même si les professionnels hospitaliers intègrent la « *planification et la maîtrise du temps* » en

⁹⁵ Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F., Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail, *Communication et Organisation, Numéro 36*, (pp.7-18), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux, 2009, p.10

⁹⁶ SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

⁹⁷ SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

contexte contraint et l'urgence comme part contributive des situations de travail et de communication (Carayol, 1994 ; 2006)⁹⁸.

Cette situation ne va pas sans questionnement. « *Le public reçu à l'hôpital et les pathologies qui y sont traitées ne sont pas les mêmes que dans le secteur privé* » énonce ainsi clairement Marie Sol Touraine, la nouvelle ministre des affaires sociales et de la santé, lors d'un colloque organisé par la chaire santé de sciences politiques le 26/06/2012, sur le thème « l'hôpital et sa mission ». Celle-ci missionne alors dès 2012 Edouard Couty (ancien directeur des hôpitaux aujourd'hui à la Cour des Comptes) sur un rapport concernant la restauration du service public hospitalier selon trois axes de travail : le service public hospitalier (environnement, positionnement), le dialogue social et le fonctionnement de l'hôpital. Il s'agit là de mener une réflexion sur l'égalité d'accès aux soins pour tous, ciblée sur l'optimisation organisationnelle des urgences à l'hôpital. Une réforme de la T2A est envisagée, afin de supprimer la convergence tarifaire public-privé contribuant ainsi à une revalorisation des missions de service public dévolues à l'hôpital. La situation est complexe.

Alors que les cliniques privées bénéficient d'une certaine clientèle plus aisée et solvable l'hôpital et notamment les CHU, se trouvent dans le paradoxe d'une « *offre de soins excédentaires* » (Franchisteguy, 2001)⁹⁹ (hyperspécialisation, équipements, structures, personnels très qualifiés, courts séjours...) et d'une « *offre critique* » au regard de types de populations (précarité, étrangers, population vieillissante, défaut de structures intermédiaires d'accompagnement et d'accueil, etc.) pour lesquels le parcours du patient demeure compliqué. Le fait que les hôpitaux de proximité ne puissent assurer leurs missions constitue un réel problème de santé publique. Il convient de reposer les missions des CHU et des centres hospitaliers dits de proximité au service des populations du territoire concerné afin de ne pas majorer les contraintes financières de chacun de ces établissements. En outre, nous sommes questionnée : comment maintenir l'adéquation entre les activités et les ressources humaines ou matérielles dans un hôpital

⁹⁸ Carayol, V. (2006). Figures de l'urgence et communication, *Communication et Organisation*, Numéro 29, (7-9)

⁹⁹ Franchisteguy, I., *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Des diagnostics vers un modèle intégrateur*. Thèse de Doctorat inédite, Université Jean Moulin, Lyon 3, 2001

devenu contraint et contraignant ? Comment répondre aux missions de santé publique, aux besoins et attentes de la population dans ce contexte ?

L'analyse de la situation actuelle montre l'hétérogénéité des populations admises à l'hôpital. Ce dernier assure la permanence des soins. Il s'agit d'un dispositif qui varie selon les régions, l'implication des acteurs de santé, les réseaux, les types de populations, le partenariat hôpital et médecine libérale, la sensibilisation aux problématiques sociales, comme le montre l'étude en région Centre de Cailliet (2001)¹⁰⁰. Les enchaînements d'évènements vécus par les personnes tels que le chômage, le divorce, la précarité du travail, le déménagement, les addictions, etc. dégradent leurs conditions de vie et y ajoutent une souffrance morale. Celle-ci peut conduire à une situation précaire pour l'individu et à un état de santé physique et moral dégradé. Ces troubles sont donc pris en charge par l'hôpital, notamment au travers des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Cette étude évoque la disparité qui existe entre les régions tant dans les équipements que dans la densité et les catégories de professionnels, dans les choix politiques mais aussi dans la typologie des populations en situation de précarité dont les étrangers. Dans sa mission de service public, l'hôpital accueille toute personne se présentant dans l'établissement quelles que soient les situations (personnelle, sociale, familiale, économique). L'admission s'effectue souvent par les urgences, voie de prédilection des hospitalisations : 20% des passages sont suivis d'une hospitalisation dans l'établissement étudié. Dans ce service sont prises en charge toutes les populations dont les SDF (sans domicile fixe), les personnes sans ressources et/ou celles porteuses d'addictions (alcool, drogue), les gens du voyage qu'ils soient tziganes, manouches, gitans ou Roms¹⁰¹, et plus largement toutes les populations en grande précarité. La logique soignante et humaniste prévaut à ce moment-là sur la logique financière pourtant contraignante.

Il n'existe pas à notre connaissance de statistiques ou de traçabilité de cette diversité, laquelle pourrait être appréhendée comme une discrimination. Cette dernière est définie

¹⁰⁰ Cailliet, V., *Le rôle de l'hôpital dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les permanences d'accès aux soins de santé en région centre*, Mémoire de l'ENSP, 2001

¹⁰¹ Deux catégories de roms : les tziganes, gitans, manouches qui constituent les "Roms" dont l'origine est tracée dès le XV^e siècle, originaires d'Inde. Plus de ¾ d'entre eux sont sédentarisés. Et les roms arrivés récemment en France, originaires de Roumanie et de Bulgarie, en situation très précaire, marginalisés, discriminés. Dans migration conseil, questions d'étrangers, <http://www.questionsdetrangers.com/mieux-comprendre-la-situation-des-roms-en-france-1-un-peuple-sans-etat/>, (consulté en ligne le 19/07/2013)

selon la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations (HALD) comme « *une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi, comme l'origine, le sexe, le handicap... dans un domaine visé par la loi comme l'emploi, le logement, l'éducation, etc.* ». Le rapport au premier ministre (1998) sur la lutte contre les discriminations précise alors qu'elles « *consistent en toute action qui conduit à une situation de départ identique, à un traitement défavorable de personnes, du fait de leur nationalité, origine, couleur de peau, religion, qu'une intention discriminante soit ou non, à l'origine de cette situation* » (p.10)¹⁰². Un tel recensement pourrait être assimilé à une ségrégation ethnique, sociale par les professionnels de santé, une discrimination :

Ils créent ainsi une distinction implicite en « bons » (ceux qui renforcent la vision professionnelle du métier, de la mission et du travail bien fait) et « mauvais » (ceux qui par leur prise de parole ou leur comportement gênent la mise en œuvre de l'idéal professionnel) usager (Loriol, Boussard, Caroly, 2010, p.1)¹⁰³.

La discrimination à l'encontre de certaines populations peut amener à une différenciation de traitement, de prise en charge, une incompréhension des comportements et réactions en lien avec la culture de la personne, le genre... Ce dernier instaure notamment des rapports de pouvoir entre les individus, révèle l'imaginaire de ses représentations (notamment à l'égard des femmes) qui selon Coulomb-Gully et Rennes (2010) deviennent des stéréotypes qui « *fonctionnent comme autant de barrières symboliques* » (p.177)¹⁰⁴. Etudiant la lutte contre la violence et la répression post dictatoriale en Argentine, pour Delfino et Forastelli (2009) « *la discrimination est un problème pour les théories de la communication et de la culture et pour les approches relatives au genre et à la sexualité* »¹⁰⁵. Selon ces auteurs, le racisme et le sexisme seraient responsables de la « *perpétuation de l'inégalité* » entre les individus, le genre y occupant une place importante. Nous reviendrons sur les stéréotypes et le genre

¹⁰² Lutte contre les discriminations : faire respecter le principe d'égalité, *Rapport officiel au premier ministre du Haut conseil de l'Intégration*, Paris, Documentation Française, 1998, p.10

¹⁰³ Loriol, M, Boussard, V, Caroly, S., *Discrimination ethnique et rapport au public: une comparaison interprofessionnelle*, pp.1-17, (2010), http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/51/59/68/PDF/discrimination_pol_et_inf.DT.AG.pdf, (consulté en ligne le 19/07/2013)

¹⁰⁴ Coulomb-Gully, M, Rennes, J., Genre, politique et analyse du discours. Une tradition épistémologique française gender blind, *Revue Mots les langages du politique*, dans Bacot, P, Coulomb-Gully, M, Honoré, J-P, Lebart, C, Oger, C, Plantin, C (Dir.), *Trente ans d'étude des langages du politique (1980-2010)*, Numéro 94, novembre 2010, pp.175-182, Lyon, ENS édition, 2010

¹⁰⁵ Delfino, S, Forastelli, F., Communication et culture dans les luttes politiques, débat sur le genre et le queer en Argentine, *Revue Question de Communication*, Numéro 16, 2009, (141-158)

ultérieurement, ces notions permettant la compréhension des différents actes communicationnels rencontrés.

La non maîtrise de la langue française semble constituer également une difficulté pour les relations interpersonnelles et la communication. Elle peut être « *source d'agacement* » ou prétexte pour « *justifier la non implication auprès d'un malade jugé pénible* » (Loriol *et al*, *Op.cit.*, p.7)¹⁰⁶. Ainsi, les professionnels ont recours aux interprètes et aux médiateurs. Liquète (2010) définit le médiateur comme celui qui « *gère les situations de communication extrêmement variables, parfois critiques et accompagnent les individus impliqués dans la résolution de problèmes ou de difficultés* » (p.20)¹⁰⁷. Il se met « *entre* » pour faciliter les relations, créer un accord et « *ouvre un nouvel espace de communication permettant d'engager les échanges entre les individus qui jusqu'alors étaient tentés de résister* » (*Ibid.*, p.21)¹⁰⁸. Dans un établissement de l'APHP, l'hôpital Avicenne, une médiatrice évoque la rencontre de quatre-vingt-cinq nationalités, une population étrangère qui représente la moitié des personnes accueillies dans cet hôpital en 2012. Vingt-trois langues et dialectes y sont parlés, ce qui complexifie la prise en charge de ces personnes par les soignants¹⁰⁹. Cette diversité de population paraît commune à l'ensemble des établissements en France du fait de la répartition des étrangers sur le territoire national. Selon les données de l'institut de la statistique et des études économiques (INSEE)¹¹⁰ sur le recensement de la population de 2009, les étrangers représentent 5.9% de la population et les immigrés 8.5%, avec une augmentation respective de 0.3% et de 1.1% en dix ans. L'INSEE définit l'étranger comme un individu résidant en France et ne possédant pas la nationalité française. L'immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France (le pays de naissance confère l'origine géographique et non la nationalité). Parmi la population des étrangers, les nationalités les plus représentées (39.5%) sont

¹⁰⁶ Loriol *et al*, *Op.cit.*, p.7

¹⁰⁷ Liquète, V., Présentation générale, Formes et enjeux de la médiation, dans Liquète, V. (Coord). *Médiations*, les essentiels d'Hermès, (9-31), Paris, Cnrs éditions, 2010, p.20

¹⁰⁸ *Ibid.*, p.21

¹⁰⁹ Miangu, S., *Perspective interculturelle : comment l'hôpital peut-il soigner autrement ?* Initiative éthique et droits des malades, espace éthique assistance publique hôpitaux de Paris, <http://initiative-ethique.fr/2012/05/25/perspective-interculturelle-comment-lhopital-peut-il-soigner-autrement/>, (consulté en ligne le 17/07/2013)

¹¹⁰ Populations des étrangers et immigrés en France et comparaisons régionales en 2010, données de base INSEE, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0405R, (consulté en ligne le 17/07/2013)

issues de l'Europe (Europe des 27 et autres). Chronologiquement, nous trouvons ensuite :

- les pays d'Afrique : 40.4% (l'Afrique du Nord : 27.4% et Afrique subsaharienne : 13%)
- les pays d'Asie : 13.9% (Turcs : 5.8%, Cambodge, Laos, Vietnam : 1.1% et autres pays d'Asie : 7.1%)
- l'Amérique et l'Océanie : 6.2%.

Si nous nous intéressons à la répartition des étrangers sur le territoire national (en métropole), la première région d'accueil est l'Ile de France : 12.6% de sa population est étrangère. Par ordre décroissant, nous trouvons principalement les régions de Corse (8.5%), l'Alsace (7.6%), Rhône Alpes (6.4%), Provence Côte d'Azur (6.3%), Languedoc Roussillon (5.7%), lorraine (5.1%) Midi Pyrénées (4.6%)... la Basse Normandie et la Bretagne ont le taux le plus faible d'étrangers avec seulement 2%.

Les régions frontalières ou la Corse ont un taux d'étrangers européens supérieur aux autres pays, un pourcentage compris entre 42 et 51%.

- Les étrangers originaires d'Afrique du Nord se situent plutôt dans les régions comme la Provence Alpes Côte d'azur (42.1%), Languedoc Roussillon (40.3%), Corse (49%), Rhône Alpes (31.2%), Ile de France (26%) et Midi Pyrénées (25.3%).
- Les étrangers originaires d'Asie se situent plus en Alsace (19.3%), en Lorraine (11.2%), en Rhône Alpes (9.7%) et Ile de France (3.8%).
- L'Ile de France recense également 41,2% d'étrangers issus de pays d'Afrique subsaharienne, d'Amérique et d'Océanie (et autres pays en dehors de ceux considérés dans le recensement INSEE). En Rhône Alpes cette catégorie de population représente 24%, en Alsace 23.7%, en Midi Pyrénées 21.4%, en Provence Côte d'Azur 19.4%, en Lorraine 14.9% et en Languedoc Roussillon 13.8%. En corse, ce taux est de 5.3%.

Cette répartition peut en outre justifier du profil des soignés mais aussi des soignants auxquels nous nous intéresserons ultérieurement.

Les personnes qui se présentent à l'hôpital sont issues de la diversité et intègre la dimension interculturelle dans la prise en charge. Cela leur demande une acceptation de

décisions pouvant leur paraître contraignantes au regard d'un cadre de référence lié à leur culture : « *jusqu'à quel point apprécier en entreprise la différence (de culture, de genre) comme une valeur à partir de laquelle peuvent découler des droits et des devoirs pour les salariés* » (Pierre, 2002, p.2)¹¹¹. Cette diversité humaine constatée dans les régions françaises et parmi les usagers de l'hôpital, s'observe également au sein des équipes soignantes. Elle exige du collectif, l'intégration de cette dimension interculturelle dans les relations interpersonnelles et les interactions qui sont mises en œuvre, avec les mêmes contraintes que précédemment pour les soignés :

*Même si la définition de l'interculturalité continue d'évoluer, un consensus semble se dégager chez certains universitaires et spécialistes de la culture qui définissent l'interculturalité comme l'interaction, l'échange et la communication entre les cultures où une personne reconnaît et accepte la réciprocité d'autrui*¹¹².

L'hôpital est un milieu contraint économiquement et règlementairement où gravitent de nombreuses catégories de personnels, qu'ils soient administratifs, techniques ou soignants. La population française est aujourd'hui le produit d'un brassage d'individus originaires de pays étrangers. De fait, le profil des soignés comme des soignants est le reflet de cette société française, produit d'un métissage, d'un mélange, d'un brassage d'individus différents par l'origine, la culture, la couleur de peau, la religion, le sexe... Nous choisissons d'étudier les équipes soignantes à l'hôpital qui ces dernières années sont devenues interculturelles et métissées (nous entendons par métissées, la rencontre de cette diversité, de ce brassage d'individus et nous faisons le choix de nous intéresser particulièrement au pays d'origine et à la couleur de peau qui nous le verrons, influent sur les relations interpersonnelles).

Dans la lignée des travaux de Desjeux étudiant les échelles d'observations prenant en compte l'interculturel (2002)¹¹³ et de Bonnet approchant l'interculturel en entreprise et

¹¹¹ Pierre, P., Le difficile croisement des cultures en entreprise, dans Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C (Coord.). *Interculturel et communication dans les organisations*, Grec/o Numéro 22, 2è semestre 2002, (pp.1-16), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux, p.2

¹¹² Réunion ministérielle, *Interculturalité : créer des espaces en vue d'un dialogue entre les nations*, Réseau international sur la politique culturelle, consulté en ligne le 10/04/2012, http://www.incp-ripc.org/meetings/2004/interculturality_f.shtml

¹¹³ Desjeux, D., Les échelles d'observation de la culture, dans Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C (Coord.). *Interculturel et communication dans les organisations*, Grec/o Numéro 22, 2è semestre 2002, (pp.87-97), Pessac, STIG-Université Bordeaux 3

l'évolution des modèles organisationnels et communicationnels qu'il induit (2002)¹¹⁴, nous nous questionnons sur l'influence de la dimension interculturelle et du métissage sur les phénomènes communicationnels dans le travail collectif des soignantes. Dans le présent travail de recherche, nous choisissons de définir cette situation interculturelle comme la mise en relation d'individus de cultures différentes (les échanges), en dépassant le multiculturel (plusieurs cultures différentes) et le transculturel (présence de valeurs communes entre cultures) que Demorgon (2002) nomme la « la triade synchronique »¹¹⁵, nous intéressant spécifiquement à "l'interagir ensemble".

1-3 Des équipes diversifiées

Avant de nous intéresser à ces équipes soignantes dans la diversité de leur métier et en contexte interculturel, il convient de les situer dans le milieu contraint dans lequel elles évoluent. L'environnement hospitalier paraît influencer la perception du contexte qu'ont ces professionnelles.

Si nous prenons l'exemple de l'hôpital étudié déjà cité, il est situé dans l'une des plus grandes régions de France. Nous constatons qu'il y est le second employeur et compte à ce jour près de quatorze milles salariés dont 80% sont des femmes, issus de différents métiers qu'ils soient du domaine technique, administratif, logistique. En revanche, la part la plus importante est constituée des métiers du soin (paramédicaux ou médicaux). Selon le dernier bilan social de l'établissement en 2012, 77% des agents hospitaliers non médicaux sont des professionnelles soignantes (63%) et médicotechniques (14%). Nous comptons parmi eux trois mille trois cent dix infirmières, deux mille sept cent soixante-dix aide-soignantes et auxiliaires de puériculture et deux cent quarante cadres de santé (filière infirmière). A ces paramédicaux s'ajoutent mille quatre cent cinquante étudiants et élèves (en formation initiale)¹¹⁶. Les personnels médicaux représentent

¹¹⁴ Bonnet, R., L'évolution des modèles organisationnels et communicationnels à l'épreuve de la complexité de l'interculturel, dans Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C (Coord.). *Interculturel et communication dans les organisations*, Grec/o Numéro 22, 2è semestre 2002, (pp.154-171), Pessac, STIG-Université Bordeaux 3

¹¹⁵ Demorgon, J., *L'histoire interculturelle des sociétés*, 2è édition, Collection exploration interculturelle et sciences sociales, Paris, Anthropos, 2002

¹¹⁶ Source : Le bilan social de l'établissement de 2012. Le taux de femmes dans les métiers du soin explique que nous emploierons dès à présent dans cette thèse les termes de soignantes et de professionnelles au féminin quand nous évoquerons les infirmières, les aide-soignantes et les cadres de santé qui sont les fonctions étudiées.

quant à eux, trois mille six cent trente-deux professionnels (33% des personnels hospitaliers) dont mille cent soixante-treize étudiants.

L'hôpital est organisé en pôles et l'activité. Ces derniers génèrent des recettes pour eux-mêmes et pour l'institution, une part contribuant au fonctionnement de l'hôpital. Seuls les pôles cliniques produisent une activité valorisée par la T2A, les pôles supports (ou prestataires) étant inscrits dans une relation client-fournisseur avec les autres pôles, dans une contractualisation fixant les prestations attendues et leur rémunération. Les pôles prestataires recensent des personnels originaires de pays étrangers et de métiers différents. Pour exemple, un des services prestataires de l'hôpital étudié (le transport pédestre) recense cent quatre-vingt-huit professionnels dont 17.55% sont d'origine non autochtones et/ou étrangère et/ou DOM TOM (Afrique sub-saharienne, nouvelle Calédonie, Réunion, Antilles : 6.9% ; Afrique du Nord : 9.04% ; Asie et Pologne : 1.59%). Ces équipes sont composées de métiers souvent peu valorisés et peu reconnus par les autres professionnels de l'hôpital. Candidater à ces postes permet à des personnes sans diplôme, sans formation, en situation difficile, d'accéder à un emploi dans la fonction publique, à un métier et de pouvoir évoluer professionnellement. Exercer un métier à l'hôpital leur permet d'acquérir une certaine reconnaissance sociale. Selon Lorient (2011), le besoin de reconnaissance et le sens donné au travail sont liés. Ce sont « *des constructions sociales propre à chaque époque et à chaque milieu de travail* » (p.1)¹¹⁷. Ceci peut expliquer le métissage (vu ici comme le mélange des origines) des équipes des fonctions dites « *support* », telles que le transport pédestre et le bio-nettoyage. « *Traditionnellement, chaque métier se caractérise par un savoir-faire reconnu, des règles et des valeurs qui définissent le travail et les efforts nécessaires pour y parvenir* » (Ibid., p.2)¹¹⁸.

Malgré le suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, l'autonomie de fonctionnement des pôles est relative. Les moyens octroyés sont au-dessous de ceux souhaités par les personnels dans une vision idéale de leur métier. Les pôles sont dans l'obligation de rester dans le cadre contraint des règles fixées par l'institution. Par exemple il est exigé aux blocs opératoires de maximiser leur taux d'occupation des

¹¹⁷ Lorient, M., *Sens et reconnaissance dans le travail*, pp.1-13, (2011), http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/65/02/79/PDF/sens_et_reconnaissance-3.pdf, (consulté en ligne le 17/07/2013)

¹¹⁸ Ibid., p.2

salles d'intervention, afin d'obtenir une rationalisation dans l'usage des installations ce qu'étudie Bercot (2009). Cependant, cette rationalisation est sous l'influence de plusieurs éléments dont le processus de standardisation. Celui-ci intègre trois dimensions que sont le territoire et la place des chirurgiens, la légitimité des cadres de santé gérant les blocs opératoires et les rapports de service entre les différentes catégories travaillant au bloc, ce qui complexifie la coordination au sein de ce secteur spécifique. Rationaliser les coûts va toutefois bien au-delà des moyens et de la régulation, et nécessite la prise en compte de la dimension symbolique, des rapports de pouvoir, de légitimité mais également de la double hiérarchie médicale et paramédicale¹¹⁹.

Si nous reconsidérons l'exemple du transport pédestre et que nous le confrontons au bloc opératoire, les rapports entre ces deux services prestataires ne mobilisent pas la même symbolique, valorisation ou représentation. Prenons les brancardiers : ils sont à l'interface des secteurs et des dysfonctionnements dont ils sont rendus responsables quel que soit l'origine de ces derniers.

La reconnaissance par le client ou le destinataire du service permet de renforcer la satisfaction professionnelle. Mais le producteur et le consommateur sont parfois bien éloignés l'un de l'autre. De plus le client peut exprimer un mécontentement sur lequel le salarié qui reçoit la plainte n'a pas de prise (Loriol, 2011, p.8)¹²⁰.

Leur métier est aide-soignant, agent de service hospitalier, maître ouvrier, conducteur ambulancier... et ces équipes fortement différenciées intègrent en outre des contrats uniques d'insertion ou d'avenir. Dans l'hôpital, ces métiers n'apparaissent pas aussi prestigieux que ceux des blocs opératoires : les infirmières spécialisées de bloc ou en anesthésie réanimation, les chirurgiens, bien que ces derniers fassent l'objet d'une récente dévalorisation « *conjoncturelle dans une crise de la vocation* » selon Bercot et Mathieu-Fritz (2008)¹²¹. Les professions médicales et techniques sont souvent "auréolées" par les profanes, le chirurgien pouvant apparaître comme un "demi-dieu", ayant le pouvoir démiurgique de vie ou de mort sur son malade de par l'acte chirurgical. Ce sont les emplois précaires (contrat d'avenir, contrat à durée déterminée...) qui

¹¹⁹ Bercot, R., *La rationalisation de gestion des blocs opératoires*, pp.1-12, (2009), http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/51714_contribution_Bercot_JST_2009_bis.pdf, (consulté en ligne le 01/04/2013)

¹²⁰ Loriol, M., 2011, *Op.cit.*, p.8

¹²¹ Bercot, R, Mathieu-Fritz, A., *Le prestige des professions et ses failles-huissiers de justice, chirurgiens, sociologues*, Société et pensées, Paris, Hermann, 2008

recensent des professionnels originaires d'autres pays que la France. Ce contexte professionnel et interculturel peut susciter des *aprioris*, des préjugés à leur rencontre. Nous reviendrons sur ces aspects dans la deuxième partie de cette thèse.

Les professionnels médicaux réagissent quant à eux différemment des paramédicaux. Ils renégocient et fixent leur territoire à partir d'une dynamique qu'ils créent entre spécialités médicales. Leur positionnement national, régional, institutionnel et leurs implications multiples leur permettent d'opérer des déplacements et de jouer "dans" et "sur" les règles écrites dans les référentiels comme celui de la certification par exemple (Groleau, Mayère, 2009)¹²². Ce phénomène peut être à l'origine de tensions et d'une "résistance au changement". Le pouvoir médical est prégnant à l'hôpital et les médecins peuvent avoir le sentiment d'être "au-dessus" des règles. Durant notre propre activité professionnelle, nous assistons à la démarche d'évaluation externe : la certification. Les soignantes (y compris les services prestataires) suivent les règles, respectent les procédures, appliquent les référentiels. Toutefois, un décalage s'observe avec le comportement de certains médecins peu soucieux des règles établies et remettant en question la pertinence de la démarche.

A cela s'ajoute l'évolution des modes de prise en charge des usagers de l'hôpital, exigence de la politique nationale de santé. Nous faisons référence à l'ambulatoire qui représente un changement majeur dans la vision que peuvent avoir les professionnels de la prise en soins, des alternatives à l'hospitalisation. Dans une visée gestionnaire et communicationnelle, elle nécessite l'adhésion des médecins, une révision de leurs pratiques chirurgicales et des organisations médicales. Elle demande de reconsidérer l'offre de soins, les modes de prise en charge, de développer les réseaux et des TIC¹²³, d'adapter l'offre aux personnes, ce qui implique une action collective organisée élaborée "dans et par" les actes communicationnels :

Un agir ensemble qui repose sur des mécanismes de coordination multiples au centre desquels se trouvent à la fois la circulation et la mobilisation de l'information mais aussi et surtout la communication comme processus de

¹²² Groleau, C, Mayère, A., Médecins avec ou sans frontière : contradiction et transformation des pratiques professionnelles, dans Bonneville, L, Grosjean, S, Mayère, A (Coord.). *Rationalisation des organisations hospitalières*, Sciences de la Société, Numéro 76, (pp.66-83), Toulouse, Presse Universitaire du Mirail, 2009

¹²³ TIC : lire partout Technologies de l'Information et de la Communication

négociation du sens de l'acte de soin lui-même (Bonneville, Grosjean, 2009, p.86)¹²⁴.

L'« *agir ensemble* » repose entre autre, sur un sens collectif du travail, la culture professionnelle du groupe, une reconnaissance par les pairs de la « *capacité à faire un beau travail* » (Loriol, 2011, *Op.cit.*)¹²⁵ et une réduction de l'écart entre la réalité perçue et l'idéal du métier. « *Il s'agit de contrôler l'environnement afin de préserver une image de soi cohérente et positive* » (*Ibid.*, p.4)¹²⁶. Hormis ces écarts à la règle constatés, qu'ils soient conscients ou inconscients, la présence d'une dimension interculturelle à l'hôpital nous interpelle en termes de personnalisation de la prise en charge des malades étrangers et de son intégration dans une normalisation. Nous nous attacherons à comprendre et analyser la place de la singularité et de la communication dans des pratiques soignantes normées. Pour ce faire, nous nous intéressons à l'équipe soignante présente vingt-quatre heures sur vingt-quatre auprès des malades dans les unités cliniques.

2- Le nécessaire travail en équipes soignantes

Le travail des soignantes dans les unités de soins est encadré par les cadres de santé, professionnelles de l'encadrement à l'hôpital. Elles accompagnent au quotidien les expertes du soin dans cette action collective, cet « *agir ensemble* » décrit par Bonneville et Grosjean (2009). Les différentes évolutions, qu'elles soient politiques ou institutionnelles, médicales, techniques ou des métiers, ne s'opèrent que grâce à la mise en commun des singularités individuelles et professionnelles des acteurs. Au fil des siècles les métiers du soin ont changé, se professionnalisant, s'intégrant dans un monde contraint régit par les normes, les procédures. Nous proposons d'appréhender cet univers au travers des équipes soignantes qui y œuvrent.

2-1 Une évolution des métiers

Soigner les malades engage les professionnels de santé à échanger, partager, réfléchir en commun, résoudre les problèmes ensemble, contribuant au soin par leur savoir et leur savoir-faire. Cet « *agir ensemble* » s'inscrit dans la démarche de certification, « *un*

¹²⁴ Bonneville, L, Grosjean, S., 2009, *Op.cit.*, p.86

¹²⁵ Loriol, M., 2011, *Op.cit.*, p.6

¹²⁶ *Ibid.*, p.4

instrument de changement culturel » (Paccioni, Sicotte, 2009, p.118)¹²⁷ qui impose aux établissements de santé de poser un diagnostic organisationnel, de procéder à une révision des règles et procédures de fonctionnement. Cette exigence instaure une dynamique d'amélioration continue de la qualité des services offerts aux usagers de l'hôpital. La culture correspondante à ce changement est ici vue comme « *ce qu'est l'organisation* » (Iivari, 2005, p.3)¹²⁸ ou « *ce qu'a l'organisation* » en référence aux travaux de Smircich dans les années 1980.

Selon une approche holistique, la culture est reliée à des concepts anthropologiques, construite socialement en fonction d'un modèle de postulats, de valeurs développées par un groupe : « *Nous classons les manifestations de la culture selon quatre catégories : symboles, héros, rituels et valeurs* » (Hofstede et al, 1990, p.291)¹²⁹. La dynamique des groupes peut alors s'accompagner du développement de sous-groupes élaborant leur propre culture dont la gestion contribue à celle de la qualité. Si la normalisation (produit par l'accréditation) influence l'organisation (contrôle de celle-ci), les pratiques gestionnaires de la qualité et les individus directement impliqués dans la démarche, celles-ci mettent en exergue la valeur « satisfaction du patient » (Paccioni, Sicotte, Champagne, 2008)¹³⁰. Cette étude canadienne nous amène à questionner au regard de la normalisation cette "valeur patient". Elle est mobilisée par l'organisation et son partage par les membres du groupe et apparaît nécessaire. En revanche « *l'interprétation comparée des cultures* » dépend de leur histoire (Nowicki, 2002)¹³¹. Dans le cadre d'une pluralité des métiers soignants qui induit celle des cultures, pourrions-nous dire

¹²⁷ Paccioni, A, Sicotte, C., L'accréditation des services de santé en première ligne : l'amorce d'une nouvelle culture organisationnelle ? dans Bonneville, L, Grosjean, S, Mayère, A (Coord.). *Rationalisation des organisations hospitalières*, Sciences de la Société, Numéro 76, (pp117-134), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2009

¹²⁸ Iivari, N., *The role of organizational culture in organizational change-identifying a realistic position for prospective is research*, pp. 1-12, (2005), <http://is2.lse.ac.uk/asp/aspecis/20050036.pdf>, (consulté en ligne le 02/04/2013)

¹²⁹ Hofstede, G, Neuijen, D-D, Ohayv, D, Sanders, G., Measuring organizational cultures: a study across twenty cases, *Administrative Science Quarterly*, 35 (2), (286-316), 1990

« *We classified manifestations of culture into four categories: symbols, heroes, rituals and values (...)* »

¹³⁰ Paccioni, A, Sicotte, C, Champagne, F., Accreditation : a cultural control strategy, *Journal of Health care quality assurance*, 21(2), (pp.146-158), United Kingdom, Bingley, Emerald, 2008

¹³¹ Nowicki, J., Gérer l'interculturel alibi ? Mode ou illusion ? dans Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C (Coord.). *Interculturel et communication dans les organisations*, Communication et Organisation, Grec/o, Numéro 22, 2 è semestre 2002, (pp. 53-66), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux

de la normalisation qu'elle tend à masquer la singularité de la personne soignée ? C'est ce que nous tenterons d'analyser dans la partie II chapitre 3.

Cette "valeur patient" portée par l'équipes de soin se retrouve au travers des relations client-fournisseur entre pôles prestataires et pôles cliniques (comme par exemple pour la prestation transport, restauration). Elle est également dans la relation de soin, où le malade devient un client avec ses exigences. Il n'est plus "patient", il est acteur de son hospitalisation et en droit d'attendre un certain niveau de prestation. Les relations se trouvent modifiées et majorent leur asymétrie, du fait même de cette modification du rapport à l'autre, en lien avec l'évolution des métiers, des TIC et de la société elle-même. Dans ce contexte général, et comme certaines entreprises aujourd'hui, l'hôpital invite les acteurs hospitaliers à intégrer cette notion de risque dans leur culture professionnelle, à toutes leurs pratiques. Le risque est en effet un construit social et organisationnel fait des représentations des acteurs déterminées par les interactions et la communication. Les travaux sur le développement durable en entreprise font émerger la notion de "risque potentiel" mais également la nécessité pour les acteurs et notamment les managers d'évaluer les "signaux" annonçant la survenue du risque. Cet exercice semble difficile, puisque les signaux ne sont pas toujours apparents, ou du moins perceptibles (Persais, 2007)¹³². En outre, développer une culture du risque repose sur l'évolution de la société et des mentalités, ce qui semble faire appel à une connaissance des différents signaux en fonction des individus, des contextes, des représentations de chacun à l'égard du risque.

Appréhender le travail des équipes soignantes nous amène à modifier notre vision, allant des politiques nationales et du système de santé jusqu'au malade en unité de soins, en passant de l'hôpital en tant que milieu contraint aux équipes et à leur travail au quotidien. Ces équipes sont constituées de différentes professionnelles de santé. Cependant, pour une compréhension plus fine, il nous paraît essentiel d'identifier maintenant chaque soignante appartenant à l'équipe, en la situant dans son histoire et dans ce qu'elle est aujourd'hui au travers de sa professionnalisation et de ses représentations soignantes. Etudier ce qu'est l'équipe, le groupe restreint, sa dynamique et son organisation sans connaître les spécificités de chacune, pourrait en effet nous

¹³² Persais, E., Le développement durable en entreprise : vers une diminution du risque éthique ?, dans Guillon, B. (Dir.). *Risque, formalisations et applications pour les organisations*, Recherches en gestion, (pp.115-136), Paris, L'Harmattan, 2007

priver d'une compréhension plus complète des situations rencontrées par ces soignantes dans leur travail collectif. Nous nous intéressons donc aux professionnelles de santé¹³³ qui exercent dans l'hôpital et notamment celles qui constituent l'équipe soignante au plus proche du malade et ce de manière permanente : cadre de santé, infirmière et aide-soignante. Nous éclairons leur histoire professionnelle afin de mieux comprendre leurs rapports dans le cadre du travail collectif ainsi que les actes communicationnels en situation interculturelle et de normalisation. Ce qui nous permettra de mieux appréhender la situation de l'équipe soignante, objet de notre travail.

Suivre la lignée hiérarchique hospitalière dans notre présentation nous amènerait à considérer tout d'abord les cadres de santé, puis les infirmières et les aide-soignantes. Nous faisons le choix de ne le suivre que partiellement, au travers du "binôme infirmière et aide-soignante" que nous abordons en première intention. D'une part, ce binôme a une fonction commune de soin direct au malade où l'infirmière pilote et est responsable du projet de soins et des aide-soignantes avec lesquelles elle travaille. D'autre part, le cadre de santé, s'il a une fonction d'encadrement, partage l'histoire professionnelle de l'infirmière et parfois même de l'aide-soignante. Les cadres de santé en unité de soins sont des infirmières de formation.

2-1-1 Les infirmières

L'origine de l'infirmière se situe avant notre ère, même si son appellation et sa légitimité sont variables, passant de la femme profane à la femme sacrée (Collière, 1982)¹³⁴. Des traces de la profession d'infirmière apparaissent dès l'Antiquité en Égypte et en Grèce. Les civilisations du Moyen Orient, d'Asie, de Méditerranée, nous laissent 3000 ans avant JC des représentations religieuses et superstitieuses de la maladie et des soins. Soigner fait appel aux thérapies magiques, aux sorciers, aux plantes. La connaissance des égyptiens en anatomie est parfaite mais très parcellaire en physiologie. Le réseau vasculaire est imaginé semblable aux canaux d'irrigation (métou) du Nil partant du cœur et desservant toutes les parties du corps. Les magiciens et les soignants

¹³³ Nous rappelons que nous faisons le choix d'utiliser le féminin pour parler des soignantes, des professionnelles de santé paramédicales. En effet cette population soignante est féminine à 61% (bilan social de 2012 de l'établissement étudié)

¹³⁴ Collière, M-F., *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Inter éditions, 1982

sont peu différenciés, ce sont « *ceux qui maîtrisent les scorpions* »¹³⁵. La vision du corps est alors magique à tel point que les médecins prennent des risques permanents en soignant leurs malades. Ils risquent d'être victimes des démons qui habitent les malades et qu'ils combattent (Gourdol, 2011)¹³⁶.

Grippando (1992)¹³⁷ relate la présence des premières infirmières à l'époque du III^e siècle de notre ère, à Rome. Trois femmes de la noblesse utilisent alors leurs biens pour créer des établissements de soins pour infirmes, malades et pauvres, tout en faisant elles-mêmes les soins (Marcella, Fabiola et Paula). Paula est remarquée pour son enseignement « *rigoureux et systématique* » aux infirmières : « *Elle élève la conception des soins infirmiers au rang d'art distinct* » (Laudy et al, 2001, p.28)¹³⁸. Au VII^e siècle, la médecine des prêtres, Alexandre Le grand construit en Égypte, à Alexandrie, la grande école de médecine.

Ces femmes soignantes soignent, guérissent. Elles sont associées au symbole de la fécondité et proches dans les étapes de naissance et de mort. Leur savoir est empirique, fait de l'expérience que ces femmes se transmettent entre elles, prêtresses formées par contact de l'une à l'autre, souvent dans une tradition familiale de mère à fille. Le mot « infirmière » vient de « *enfermerier* » (vieux français de 1278) qui signifie « *malade, infirme* »¹³⁹. En outre, le soin aux malades signifiait à l'origine « *prendre soin des infirmes, des faibles, des pauvres, des nécessiteux et subvenir à leurs besoins, spirituels autant que matériels* » (Durand et al, *Op.cit*, p.47)¹⁴⁰. Au moyen-âge, les guérisseuses suspectées de faire de la magie et de la sorcellerie, sont l'objet d'une "chasse aux sorcières", car elles sont considérées comme les rivales des prêtres et non comme des femmes soignantes grâce à leurs remèdes.

Sont identifiées comme sorcellerie et qualifiées de péchés mortels, même les recettes de guérison et de divination qui s'accompagnaient de la récitation des psaumes ou d'invocations à Dieu, autrement dit toute conduite tendant à

¹³⁵ Élément de l'inscription « pepj-ankh-jrj », stèle de la VI^e dynastie, sous Pepi I^{er}. La stèle fut découverte à Gizeh en 1926 par Hermann Junker

¹³⁶ Gourdol, J-Y., *La médecine au temps des pharaons*, portraits de médecins, (2011), <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/medphar.html>, (consulté en ligne le 20/04/2012)

¹³⁷ Grippando, G-M, Mitchell, P-R., 1992, *Op.cit*.

¹³⁸ Laudy, D et al., 2001, *Op.cit.*, p.28

¹³⁹ Définition de l'infirmière, CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/infirmi%C3%A8re>, (consulté en ligne le 17/07/2013)

¹⁴⁰ Durand, G et al., 2000, *Op.cit.*, p.47

provoquer des résultats extraordinaires sans l'approbation de l'Eglise et de la médecine officielle (Collière, 1982, p.54)¹⁴¹.

Elles font alors l'objet d'une fronde composée de l'Etat, de l'église et du corps médical, qui n'acceptent pas leur pouvoir. « *Devins, sorciers et envouteurs peuvent être passibles des mêmes poursuites pour être susceptibles d'utiliser un pouvoir magique, péché comparable à l'hérésie et à l'athéisme* » (Ibid., p.54)¹⁴².

L'évolution de la profession d'infirmière vers une professionnelle du soin est longue et difficile et s'effectue en parallèle de celle des hôpitaux. Jusqu'au XVII^e siècle, il est alors plus important de s'occuper de l'âme que du corps. Les moyens sont quasi inexistantes, la médecine stagne, se heurtant à des barrières religieuses et éthiques qui interdisent notamment la dissection des corps. Petit à petit, émerge la fonction soignante. Certaines religieuses assurent l'accueil des personnes et satisfont les besoins fondamentaux, d'autres s'occupent plus volontiers des tâches d'intendance, ce sont les premières "surveillantes" alors que les soins très techniques (pansements, cautères...) sont effectués par les élèves chirurgiens. Sous la convention les guerres éclatent et la situation des hôpitaux se dégrade. Certaines religieuses se trouvent dans l'obligation de quitter les hôpitaux, par refus de prêter serment à la constitution et laissent la place à des "citoyennes". Cependant elles sont très vite rappelées car elles sont serviables et corvéables à merci pour peu de rémunération. Elles assurent les soins mais également les tâches de gestion. « *L'origine de la profession de cadre remonte aux occupations de ces religieuses ; elles contribuent à la gestion de ces lieux spécialisés dans l'enfermement des pauvres, dont l'architecture traduit sans équivoque la mission carcérale* » (Bourret, 2009, p.21)¹⁴³. Dès 1873, l'hôpital est sous la tutelle de la municipalité, le maire présidant la commission administrative. Les écoles de médecine restent fermées aux femmes pendant des siècles, jusqu'en 1900 où Anna Hamilton¹⁴⁴ peut alors terminer ses études de médecine à la faculté de Montpellier.

¹⁴¹ Collière, M-F., 1982, *Op.cit.*

¹⁴² *Ibid.*, p.54

¹⁴³ Bourret, P., *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan, 2009

¹⁴⁴ Anna Hamilton soutient sa thèse de médecine le 13 juin 1900, dont le titre est « le rôle de la femme dans les hôpitaux ». Elle prend la direction d'une maison de santé à laquelle elle donne le nom de Florence Nightingale, y introduisant la conception des soins définie par cette dernière au Royaume Uni. Elle crée le premier diplôme de garde malade hospitalière dont la première promotion en est titulaire dès 1903.

L'histoire et le christianisme font de ces femmes, des soignantes dévouées aux soins, aux indigents et aux pauvres (femmes consacrées) avant de devenir professionnelle à part entière. Les soins ne s'adressent qu'au corps souffrant, seul ce corps est digne d'attention. Les soins compensent un manque, une souffrance, ils réparent, ils calment : « *Pour soigner, il faut taire tous ses sentiments, sentiments qui renvoient d'ailleurs à la méfiance envers le corps, envers les sensations, envers soi-même* » (Collière, *Op.cit.* p.67)¹⁴⁵. Le bien-être et le plaisir ne constituent pas alors les dimensions des soins prodigués, ces derniers devant être détachés de tout affect de la part des soignantes.

Dès le début de la troisième république, le personnel du soin devient peu à peu laïc. La révolution industrielle, les progrès de la médecine, les guerres et les répercussions sur les blessés font de ces femmes, des professionnelles du soin. En outre, cette évolution repose sur des discours contradictoires. En effet, Désiré Magloire Bourneville, médecin neurologue et animateur du journal « *le progrès médical* » remet en question les compétences professionnelles des religieuses, demande un personnel formé. Il impulse la première école d'infirmières en 1878, à la salpêtrière à Paris. Toutefois, la crainte du corps médical s'exprime au regard de la place que prennent peu à peu les soignantes, notamment la surveillante. La reconnaissance des soignantes inquiète certains médecins qui voient un peu de leur pouvoir leur échapper. En revanche, cette crainte n'empêche pas l'ouverture de la première école d'infirmière.

S'agissant des "surveillantes", selon Bourneville, la connaissance de l'activité de soins est le pré requis pour assurer la fonction d'encadrement (ce qui de nos jours semble être remis en question, la cadre de santé étant devenue manager). D'autres médecins préfèrent quant à eux, conserver les religieuses, non pour leurs compétences soignantes, mais pour des raisons purement économiques.

Vouées volontairement à la pauvreté, elles ne vous demandent pour prix de leur dévouement qu'une somme de 200 francs par an. Nous serions plus bêtes encore si nous ne profitions pas de leur bêtise et de leurs services et si nous les remplacions par des surveillantes laïques dont chacune nous coutera 700 francs si nous la logeons, 1800 francs si nous ne la logeons pas. (Bourret, *Op.cit.*, p.27)¹⁴⁶.

¹⁴⁵ Collière, M-F., 1982, *Op.cit.*, p.67

¹⁴⁶ Bourret. P., 2009, *Op.cit.*, p.27

Dès le XIX^e siècle, l'infirmière s'inscrit dans un ordre social. Florence Nightingale, fonde son école d'infirmière à Londres en 1860, reposant sur une formation théorique et pratique. Au delà du dévouement et de la vocation, elle met en exergue le savoir faire nécessaire aux infirmières. « *Au " il faut" de la religion et de l'altruisme, elle surajoute avec beaucoup d'exigence et de sévérité, un " il faut" technique, consistant surtout en normes d'hygiène et d'alimentation : air, eau, lumière, bruit, nourriture, propreté...* » (Petitat, 1988, p.46)¹⁴⁷. Les découvertes de la physique, de la chimie, permettent l'évolution de la médecine et avec elle de la conception des soins. L'infirmière auxiliaire médicale prend alors toute sa place. C'est alors que Léonie Chaptal (contemporaine d'Anna Hamilton), diplômée en 1903 de l'assistante publique, crée sa propre école d'infirmière. Au cours du XIX^e siècle, la professionnalisation de cette soignante se construit, en quête d'une identité qui lui est propre. « *La maladie c'est la science du médecin, le malade c'est l'art de l'infirmière* » avance Léonie Chaptal (Magnon, 1991, p.91)¹⁴⁸. Le métier d'infirmière se professionnalise, acquiert une autonomie (rôle propre ou rôle autonome, les diagnostics infirmiers, les pratiques avancées). L'infirmière veut s'affirmer dans les compétences qui lui sont propres. Cependant, le corps médical est désireux de garder le contrôle sur ces professionnelles. Il consolide ce dernier par le maintien d'une « main mise » sur la formation des infirmières¹⁴⁹ dans le cadre de l'universitarisation, celle-ci étant adossée à la faculté de médecine et non aux sciences humaines et sociales (SHS). En outre les enseignements théoriques dans les cours magistraux, anatomie, physiologie, biologie, pathologie sont dispensés par les médecins et chirurgiens. Enfin, par le rôle prescrit, l'infirmière reste sous la dépendance médicale.

La population infirmière de l'hôpital que nous étudions plus particulièrement, connaît un renouvellement générationnel du fait des nombreux départs à la retraite de ces dernières années. Ils correspondent aux recrutements des jeunes professionnelles dès 1975 lors de l'ouverture de nouveaux établissements au sein de l'hôpital. Ce renouvellement est similaire à d'autres régions où des hôpitaux ont suivi des évolutions

¹⁴⁷ Petitat, A., *Les infirmières de la vocation à la profession*, Montréal, Boreal, 1988

¹⁴⁸ Magnon, R., *1873 -1937 Léonie Chaptal, la cause des infirmières*, Paris, Lamarre, 1991

¹⁴⁹ La formation des infirmières est aujourd'hui régie par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier. Le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 fixe les conditions de son exercice, les actes professionnels infirmiers et les règles auxquelles sont soumises les infirmières.

structurelles semblables à celui que nous évoquons. Le recensement du 01 janvier 2011 effectué par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), fait état de 495 834 infirmières en métropole et de 11 680 outre-mer, avec une densité respective de 830 (pour 100 000 habitants) et 691. L'effectif infirmier est de 547 861 en 2011 (source INSEE).

Si le travail infirmier et aide-soignant est annoncé par les soignantes comme réalisé en collaboration (ce qui reste à démontrer), la dimension interculturelle amène les soignantes à élaborer des stratégies qui dépendent de leurs compétences, de leur vision du monde, et surtout de leur positionnement en équipe pluridisciplinaire. Leur culture, leurs croyances, leurs traditions, leur histoire de vie, leurs habitudes influencent les stratégies mises en place dans telle ou telle situation.

L'identification au groupe, c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens. L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission mais au contraire, elle est un moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige et par là valorisante (Mucchielli, 1996, p.38)¹⁵⁰.

Les équipes de soins infirmières et aide-soignantes semblent travailler en collaboration (ce que nous tenterons de vérifier en revisitant le travail collectif dans la deuxième partie de la thèse). Les infirmières ajoutent à leur rôle autonome¹⁵¹ le rôle prescrit, les aide-soignantes réalisent les soins du rôle propre par délégation de l'infirmière et sous contrôle de celle-ci, bien que titulaire d'un diplôme d'Etat depuis 2007. En effet, le métier d'aide-soignante a évolué et s'octroie aujourd'hui une place essentielle dans le prendre soin du malade.

2-1-2 Les aide-soignantes

Le métier d'aide-soignante est référencé dans la liste des métiers paramédicaux à l'article D 712-55 du code de la santé publique. La circulaire 96-31 du 19 janvier 1996 relatif au rôle et missions de l'aide-soignante et de l'auxiliaire de puériculture dans les établissements hospitaliers en donne le cadre d'exercice. Les conditions de ce dernier

¹⁵⁰ Mucchielli, R., *Le travail en équipe*, Nanterre, ESF, 1996

¹⁵¹ Le rôle autonome ou rôle propre est constitué des actes de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie dont l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives, elle est décideuse, elle n'a pas besoin de prescription médicale. Elle identifie le besoin, pose un diagnostic infirmier, détermine les actions et en assure la planification, la réalisation, l'évaluation, en concertation avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Elle assure également la tenue du dossier de soin, la traçabilité des actions mises en œuvre, l'évaluation et les réajustements.

sont fixées par le décret 2007-963 du 15 mai 2007 modifiant le code de la santé publique. Les dispositions réglementaires de la formation sont fixées selon le décret 2007-1301 du 31 août 2007 (diplôme d'Etat d'aide-soignant).

L'aide-soignante exerce sous la responsabilité de l'infirmière, par délégation de celle-ci et en collaboration avec elle. L'article 4 du décret du 29 juillet 2004, relatif aux actes de la profession d'infirmière et l'article R 4311-4 du code de la santé publique définissent la collaboration en ces termes : « *personne qui concourt à l'activité professionnelle d'une autre personne de manière ponctuelle ou continue* ». Il est précisé que les soins relevant du rôle propre de l'infirmière peuvent être dispensés avec la collaboration de l'aide-soignante ou de l'auxiliaire de puériculture, dans la limite de leur qualification et de fait de leur formation. L'accent est mis sur la responsabilité de l'infirmière envers cette professionnelle et les soins qu'elle effectue. Il s'agit des soins d'hygiène, de confort et d'entretien de la vie, en réponse aux quatorze besoins fondamentaux déclinés par Virginia Henderson¹⁵².

L'aide-soignant accompagne les personnes dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et réalise les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie. Il contribue à leur bien-être et à leur faire recouvrer, dans la mesure du possible, leur autonomie. Il travaille en collaboration et sous la responsabilité d'un infirmier, le plus souvent, au sein d'une équipe pluri professionnelle et participe aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Il exerce son activité en milieu hospitalier ou extra hospitalier, dans le secteur médical, médico-social ou social¹⁵³.

L'aide-soignante peut exercer à la seule condition d'être titulaire du diplôme d'Etat d'aide-soignante¹⁵⁴ mais toujours en collaboration avec l'infirmière, responsable du projet de soins et des aide-soignantes avec qui elle travaille.

L'effectif aide-soignant en France, selon le dernier recensement datant de 2006 (source INSEE) est de 497 060 professionnels. Il y a un rôle de vigilance mutuelle entre les

¹⁵² Le modèle des 14 besoins élaboré par Virginia Henderson (théoricienne en sciences infirmières, titulaire d'un doctorat université de Yales aux Etats-Unis) : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir sa température, être propre et soigner ses téguments, se préserver des dangers, communiquer avec ses semblables, agir selon ses croyances, s'occuper en vue de se réaliser, se divertir et se récréer, apprendre et satisfaire sa curiosité.

¹⁵³ Portail des métiers de la santé et du social, métier aide-soignant, http://www.metiers.santesolidarite.gov.fr/metiers-aide_soignant-24.html, (consulté en ligne le 30/05/2011)

¹⁵⁴ Décret n°2007-1301 du 31 août 2007 relatif au diplôme aide-soignant, auxiliaire de puériculture et ambulancier et modifiant le code de la santé publique ; arrêté du 30 novembre 2009 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant

soignantes sur les actions des unes et des autres. Les comportements s'ajustent à partir de cette « vigilance qui provient du chevauchement des savoirs » (Bonneville, Grosjean, 2008)¹⁵⁵. L'aide-soignante devient selon elle "l'œil, l'oreille, le toucher" de l'infirmière dans les soins du rôle propre qu'elle dispense, pour les malades dont elle assure souvent seule les soins corporels. Les aide-soignantes sont en quête d'une reconnaissance de leur métier et de leurs compétences. D'autant plus que ce métier est encore considéré à ce jour comme un « *dirty work* » ou "sale boulot" qui :

la range du côté des professionnels du soin en lui faisant partager les mêmes espaces, le même "matériau" mais sans partager pour autant les prestiges du statut. C'est peut-être même au contraire, la prise en charge du travail délaissé comme indigne, ordinairement associé à une position de subordination (Arborio, 1995, p.99)¹⁵⁶.

En référence aux travaux de Hughes¹⁵⁷, les statuts des individus au travail émergent des interactions entre les acteurs. En 1962, ce chercheur publie « *good people and dirty work* » où il différencie les activités honorables de celles qui le sont moins. Ces dernières sont celles que les individus cherchent à déléguer aux autres pour ne conserver que les plus honorables. Ainsi nous faisons des observations semblables dans la profession d'infirmière. Une partie des tâches de l'infirmière est assimilée au « sale boulot ». Celles-ci sont attribuées aux aide-soignantes, tâches considérées comme ne requérant aucune compétence. L'aide-soignante dans son travail participe à une relation de service qui selon Goffman est une relation à trois pôles, mêlant à la relation bénéficiaire et prestataire le problème à traiter ou le service à rendre. Il définit cette relation de service en 1968 en étudiant les interactions à l'hôpital psychiatrique influencées par les contraintes institutionnelles. Cet auteur associe la relation du professionnel de santé/malade à une relation de service à l'image du réparateur de télévision intervenant à domicile. Cette intervention dans le cadre du service rendu, mobilise entre autres, la confiance, la réassurance, la compétence et l'émotionnel

¹⁵⁵ Bonneville, L, Grosjean, S., *Repenser la communication dans les organisations*, communication des organisations, Paris, L' Harmattan, 2008

¹⁵⁶ Arborio, A-M.(1995)., Quand le sale boulot fait le métier : les aide-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital, *Sciences sociales et santé, Volume 13, Numéro 3*, (.93-126)

¹⁵⁷ Everett Cherrington Hughes (1897-1983) est un sociologue de l'école de Chicago) dont les travaux portent sur l'étude des relations entre les individus au travail, les arrangements à l'œuvre, les processus d'adaptation, de tolérance et notamment de valorisation.

(Goffman, 1968)¹⁵⁸ ce que nous pouvons transposer à la relation de soin des paramédicales. L'aide-soignante travaille sur un matériau humain partagé avec des professionnelles plus "prestigieuses" (infirmières, médecins) contact qui leur procure une part de valorisation. Celle-ci est renforcée par les interactions que les aide-soignantes ont avec les malades, les familles. Les infirmières quant à elles, "miment" le médecin, dans les soins techniques (Laurens, 2000)¹⁵⁹ ce qui, de leur point de vue, valorisent leur travail. Ceci octroie l'opportunité aux aide-soignantes de se valoriser dans les soins du rôle propre, riches en contact, en relation. Ces soins n'étant pas invasifs placent l'aide-soignante dans un autre rôle que celui de l'infirmière auprès du malade.

L'infirmière et l'aide-soignante sont des professionnelles du soin dont les actions se réalisent au lit du malade, essentiellement dans les soins directs qui sont à différencier des soins indirects (ces derniers participants aux soins sans être au contact avec le malade). Un rapport de subordination existe entre ces deux professionnelles, qui se définit comme l'« *état d'une personne qui est soumise à l'autorité de quelqu'un à qui elle doit rendre compte de ses actes notamment dans une organisation hiérarchisée* »¹⁶⁰. L'aide-soignante est ainsi placée en dépendance vis-à-vis de l'infirmière, professionnelle occupant un rang supérieur par rapport à elle. Elle exécute un travail sous l'autorité de l'infirmière qui est en droit de lui donner des ordres, de contrôler son travail voire de la réprimander si celui-ci est mal ou non réalisé. La responsabilité de l'infirmière est engagée si elle ne s'est pas assurée de la réalisation des actes et des compétences de l'aide-soignante à qui elle les a délégués. Son rôle est alors d'encadrer l'aide-soignante si celle-ci est défaillante dans son exercice. Dans les années 1990, Foucault avance que si la soumission à l'autre "par le contrôle et la dépendance" est un assujettissement, alors la communication et la reconnaissance en modifient l'approche. Si la communication « *diffuse et fait circuler les discours normatifs* » dans l'institution, elle permet aussi une identification de l'individu au regard de la norme et de « *la*

¹⁵⁸ Goffman, E., *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit, 1968

¹⁵⁹ Laurens, C., La valorisation de l'infirmière par ses pairs: une question de secteur d'activité, *Objectifs soin, Numéro 82, Cahier du management, (VIII-X)*, Langres, wolters-kluwer, 2000

¹⁶⁰ Définition de subordination, CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/subordination>, (consulté en ligne le 14/06/2013)

soumission aux autres » (Heller, 2009)¹⁶¹. La reconnaissance apparaît alors comme contributive de la relation de pouvoir entre les individus et donc du rapport de soumission ou de subordination. Elle devient une "variable d'influence" permettant à l'individu d'être valorisé (si elle est positive) ou *a contrario* d'être maintenu dans l'assujettissement : « *La reconnaissance de l'individu au travail est un processus communicationnel mutuel mais pas nécessairement réciproque* » (Andonova, Vacher, 2009)¹⁶².

Si l'infirmière conduit le projet de soin du malade, en collaboration avec l'aide-soignante, la gestion de l'unité de soin incombe au cadre de santé qui n'est plus dans la réalisation du soin direct mais dans l'organisation, la prévisibilité, l'anticipation, la supervision des soignantes qui composent l'équipe, dans le pilotage de l'unité de soins.

2-1-3 Les cadres de santé

Pour une infirmière, accéder à la fonction d'encadrement et au métier de cadre de santé nécessite un exercice de son cœur de métier de soignante pendant quatre années au minimum et une formation spécifique de dix mois (l'accès en formation se faisant par concours d'entrée). Nous considérons ici le cadre de santé filière infirmière sachant qu'il existe d'autres métiers comme les manipulatrices en électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire, les diététiciennes, les kinésithérapeutes qui ne seront pas traités dans le présent tapuscrit.

Les décrets de la deuxième moitié du XX^e siècle formalisent cette fonction d'encadrement. Dès 1958, une formation est proposée aux surveillantes¹⁶³ avec une orientation pédagogique ou managériale. Selon la définition donnée par le CNRTL, la surveillante est la personne « *qui surveille, la femme qui inspecte tout ce qui se fait,*

¹⁶¹ Heller, T., Reconnaissance et communication : une logique de l'assujettissement, dans Morillon, L., Bouzon, A., Cooren, F. (Coord.). *Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail*, Communication et Organisation, Numéro 36, Décembre 2009, (pp.109-120), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux

¹⁶² Andonova, Y., Vacher, B., Visibilité et reconnaissance de l'individu au travail, dans Morillon, L., Bouzon, A., Cooren, F. (Coord.). *Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail*, Communication et Organisation, Numéro 36, Décembre 2009, (pp.137-147), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux

¹⁶³ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, donnant lieu à deux certificats d'aptitude, le CAFIM (pour être monitrice dans les établissements de formation professionnelle) et le CAFIS (destiné aux surveillantes des services médicaux)

personne qui surveille quelqu'un »¹⁶⁴. Cette fonction n'est alors réduite qu'à de la surveillance, du contrôle, de la vérification de ce qui est fait et ce qui est dit. Parallèlement au développement de l'hôpital, à l'évolution de la profession d'infirmière elle-même (création des spécialités : de puéricultrice en 1947, d'infirmière anesthésiste en 1960, d'infirmière de bloc opératoire en 1971) et la création du service infirmier en 1975, le certificat d'aptitude devient diplôme de cadre infirmier en 1975 puis en 1995, il est un diplôme d'Etat de cadre de santé regroupant plusieurs filières paramédicales. Le cadre de santé responsable d'unité de soins est défini selon le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière comme la professionnelle dont les missions sont d'« *organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* »¹⁶⁵. L'émergence des préoccupations spécifiques de la profession font l'objet en 2009 d'une mission ministérielle. Elle est confiée à Chantal de Singly alors directrice de l'institut de management de l'EHESP¹⁶⁶, « *mission de réflexion, de proposition sur la formation, les rôles, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers* ». (2009, p.5)¹⁶⁷. Quatre missions principales sont déclinées pour les cadres de santé hospitaliers : management des équipes et des organisations, mission transversale ou de responsabilité de projet, d'expert et de formation. Une refonte du diplôme est prévue pour la fin d'année 2014 avec un nouveau programme de formation (le précédent datant de 1995), un référentiel des activités et des compétences du cadre de santé. Ce remaniement fait suite à cette mission ministérielle et est en lien avec la dimension économique et gestionnaire qui s'impose au cadre de santé dans son management.

La formation ne s'inscrit plus dans la professionnalité de l'infirmière ; Cette évolution va de pair avec un mouvement de société plus large qui tend à privilégier pour les cadres, dans toutes les organisations du travail, des

¹⁶⁴ Définition de surveillant selon CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/surveillant>, (consulté en ligne le 15/04/2012)

¹⁶⁵ Définition du cadre de santé responsable d'une unité de soin, répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>, (consulté en ligne le 03/04/2013)

¹⁶⁶ EHESP : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique située à Rennes (Département de l'Île et Vilaine)

¹⁶⁷ Singly (de), C., Rapport de mission sur les cadres hospitaliers, mandatée par Roselyne Bachelot, ministre de la santé, (pp.1-124), 2009, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf, (consulté en ligne le 02/04/2013)

compétences gestionnaires et sociales en lieu et place des compétences techniques de métier. (Bourret, 2009, p.38)¹⁶⁸.

Le rapport de l'IGAS RM 2010-155P¹⁶⁹, de novembre 2010 fait ainsi état des opportunités existantes en ce qui concerne la formation et la fonction des cadres de santé, qu'ils soient de proximité ou de pôle, et inscrit au cursus des cadres de santé un Master comme minimum requis. Aujourd'hui les cadres de santé sont encouragés à suivre des cursus universitaires, des Masters pour une reconnaissance de leur fonction mais également pour leur permettre d'accéder à la fonction de cadre supérieur de santé ou de poursuivre leur fonction d'enseignement dans les instituts de formation en soins infirmiers et aide-soignant. Différents mouvements sociaux dès les années 1980 amènent en 2002 à un reclassement des cadres de santé en catégorie A de la grille de la fonction publique.

Le cadre de santé est un « manager » dont l'étymologie trouve son origine en 1785 et se définit comme « *organisateur, administrateur, maître de cérémonie* ». En 1961 en France, le manager devient « *la personne exerçant des fonctions de direction dans une entreprise* ». Le verbe « *manage* » quant à lui, est issu de l'italien « *maneggiare* » qui signifie « *entraîner, dresser* » en référence aux manèges des chevaux¹⁷⁰. Nous retrouvons également dans ce terme une origine latine (manus : la main) et la notion de contrôler, avoir en main, toujours en référence au manège. Au XVI^e siècle, « *manage* » se rapproche alors du mot « *ménager* » dont le sens était de « *conduire son bien, sa fortune avec raison et ménagement* » (gérer les affaires du ménage en d'autres termes). S'intéressant au cadre de santé dans le contexte évolutif des institutions sanitaires et sociales, notamment la nouvelle gouvernance, Peyre (2006) s'interroge sur la conception de la fonction. Selon lui, le plan hôpital 2007 est « *une perspective basée sur l'explicitation du sens de l'action et sur sa construction collective* » (p.6)¹⁷¹. En référence aux travaux de Thietard, il met en exergue une triangulation dans la fonction

¹⁶⁸ Bourret, P., 2009, *Op.cit.*, p.38

¹⁶⁹ IGAS : Inspection des Affaires Sociales ; service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales.

¹⁷⁰ Définition de manager, CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/etymologie/manager>, (consulté en ligne le 12/04/2012)

¹⁷¹ Peyre,P., *La fonction de cadre de santé, entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui*, (pp.1-10), 2006, <http://www.afscet.asso.fr/resSystemica/Pau%202006/PeyreTXT.pdf>, (consulté le 14/04/2012)

du cadre de santé : « *s'organiser, organiser, être responsable* ». Il ajoute à celle-ci les dimensions de planification, d'activation et de contrôle :

Elle montre la nature des relations complexes que le cadre, en situation, entretient : avec lui-même quand il s'organise (autoréférence, self-government ou gouvernance de soi), avec les autres quand il organise (co-référence, hétéroréférence, coopération, activation) et avec « les choses » quand il s'engage de façon responsable dans l'action (projets, plans, programmes, contrôle). (Ibid., p.10)¹⁷².

Les actions managériales menées par les cadres s'intègrent dans une évolution plus générale des organisations. Elles prennent en compte notamment les décisions structurantes imposées par les directions et les engagements liés aux conduites de projets, aux démarches qualité, etc. Les rapports au travail se trouvent alors modifiés, se construisant sur des relations sociales en prise avec des rationalisations et une dimension "performative" de l'organisation. Les personnels sont identifiés à des "collaborateurs" dans un contexte de travail peu propice de par ses contingences, l'asymétrie des relations dans un milieu incertain et une diversité organisationnelle (Bouillon, Mass, 2009)¹⁷³.

Chantal de Singly énonce le rôle des cadres comme essentiel alors que se mettent en place les nouvelles réformes de gouvernance hospitalière, modifiant les hiérarchies, la répartition des compétences et moyens pour atteindre les objectifs de l'institution hospitalière. Le cadre de santé assure cette fonction complexe de gestion (ressources humaines, matérielles, activité du secteur de soins, projets), d'animation de l'équipe soignante, de formation des professionnelles et des étudiants et/ou élèves. Il garantit également la sûreté de fonctionnement et la maîtrise des risques associés à l'activité hospitalière des soignantes. Ces dernières ont une capacité d'anticipation, de réajustement permanent des situations qu'elles rencontrent quotidiennement et qui vont déterminer leurs actions, dans un contexte particulier, au cours des interactions du moment. Celles-ci reposent sur la personnalité de l'acteur, son aptitude à mobiliser ses savoirs, ses savoir-faire, ses attitudes, son état du moment, sa culture, afin de contrôler

¹⁷² *Ibid.* p.10

¹⁷³ Bouillon, J-L, Mass, E., Figures de l'individu au travail, figures du « collaborateur » : stratégies face aux rationalisations organisationnelles et communicationnelles, dans Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F. (Coord.). *Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail*, Communication et Organisation, Numéro 36, Décembre 2009, (pp.57-68), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux

l'aléa qui émerge. Cette approche explique l'impossibilité à fixer *a priori* le niveau de risque d'une situation.

L'influence des représentations dans les interactions est marquée dans la phase de coordination des idées (l'activité de conception) entre les acteurs alors en recherche de cohérence des objectifs d'autant plus que la représentation leur donne « *un prisme déformant qui donne à chaque individu un sens différent aux mêmes objets ou évènements* » (Bouzon, 2010, p.176)¹⁷⁴. Le cadre de santé, par ses actions managériales contribue à la recherche de cohérence entre les objectifs et le "sens" produit par les différentes représentations dans le travail collectif des équipes de soins. Il participe également à la maîtrise du risque qui selon Laramée (2007), est « *la capacité des acteurs à anticiper et rattraper les situations anormales* » (p.195)¹⁷⁵.

Si les soignantes ont cette capacité d'adaptation aux situations qui leur permet de procéder aux réajustements, elles sont en outre sensibilisées à la gestion des risques ne serait-ce qu'au travers des vigilances dont elles assurent la traçabilité. La santé publique est questionnée au travers des différentes affaires révélées au grand public et qui se succèdent depuis près de trente ans. Dans les années 1970, apparaît le Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA) qui dès 2002 prend le statut de pandémie mondiale, le virus étant présent dans l'ensemble des pays du globe. L'identification de ce virus et de son mode de contamination a obligé les professionnels de santé à modifier leurs pratiques comme par exemple, la réalisation des prélèvements sanguins (port de gants et conditionnement des tubes à prélèvement contenant le sang). En 1991, l'affaire du sang contaminé est révélée, le législateur modifie les textes de loi notamment ceux relatifs au don de sang, introduisant des critères restrictifs limitant par là-même les donneurs potentiels. Un renforcement de la traçabilité de l'administration des produits sanguins est alors exigé des professionnels de santé. La même année, débute le procès des hormones de croissance à l'origine de la maladie de Creutzfeldt Jakob chez des enfants ayant reçu ce traitement dans les années 1980 et qui en sont décédés. Depuis la

¹⁷⁴ Bouzon, A., Homogénéité des représentations dans l'entreprise : illusions et réalités, dans Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C (Coord.). *Interculturel et communication dans les organisations*, Communication et Organisation, Numéro 22 ; 2^e semestre 2002, (pp.173-183), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux, p.176

¹⁷⁵ Laramée, A., « Arlette Bouzon. La place de la communication dans la conception d'un système à risques », *Revue Communication Volume 26/1*, 2007, (194-197)

révélation de ces affaires, d'autres ont fait l'actualité et l'objet de débats publics ces trente dernières années. Que ce soit les irradiés d'Epinal, les victimes de l'amiante, du médiateur®, des prothèses PIP, face à ces événements dommageables pour les individus, la prise en compte du risque devient incontournable dans les pratiques professionnelles des soignantes. Elles se familiarisent avec les différentes vigilances auxquelles elles sont dans l'obligation de se soumettre : hémovigilance (pour tous les produits dérivés du sang), la pharmacovigilance (sécurité et risques inhérents aux médicaments), la matériovigilance (dispositifs médicaux), etc. L'accompagnement des soignantes dans l'appropriation de cette culture du risque et les modifications de leurs pratiques, dans l'actualisation et le partage des savoirs, des savoir-faire et des attitudes, est une des missions du cadre de santé.

Depuis quelques années se développe dans l'univers de la santé une approche gestionnaire issue du Japon et de l'entreprise Toyota, visant à améliorer la qualité des soins, des conditions et de l'environnement de travail, en luttant contre les gaspillages qui en sont l'entrave : le Lean. Certains y voient une méthode manipulatrice pour "dégraissier" l'hôpital et les personnels. En revanche, Paillassard et Castro (2010)¹⁷⁶ décrivent cette approche reposant sur les processus, au travers du « *Lean Healthcare* ». Ils démontrent les effets positifs de celle-ci dans un service d'urgence au Canada, dans la réduction des erreurs, des délais d'attente, des coûts, la réponse aux besoins des patients et la qualité des soins mais également la satisfaction des professionnels. Bien que cette approche soit sujet à controverse dans un contexte national de crise économique, elle émerge dans les conférences managériales¹⁷⁷ et dans le quotidien des managers de la santé comme d'autres concepts et modélisations en leur temps.

Compte tenu de ses missions et de ses caractéristiques de fonctionnement, l'hôpital est une structure hiérarchisée, dans laquelle chaque employé a un rôle précis à assumer et occupe une place spécifique qui lui est attribuée selon une classification rigoureuse que nous étudions en suivant.

¹⁷⁶ Paillassard, F, Castro, L., L'approche Lean un outil préalable et indispensable à l'efficacité opérationnelle dans les systèmes hospitaliers : le cas des services d'urgence, pp.1-11, (2010), [http://giseh2010.isima.fr/papiers/\[065\].pdf](http://giseh2010.isima.fr/papiers/[065].pdf), (consulté en ligne le 03/04/2013)

¹⁷⁷ Nous assistons à une conférence managériale intitulée « du Lean manufacturing au Lean hospital », le 28/03/2013 à l'hôpital, dont les intervenants sont des enseignants chercheurs de l'école des mines de Carmaux.

2-2 Un univers hiérarchisé asymétrique

L'organisation est structurée, centralisée. Toutefois l'activité des personnels soignants est coordonnée au sein et à l'extérieur de pôles, leur permettant d'être en capacité de coopérer, d'atteindre l'objectif commun qui est la prise en charge et la prise en soin des malades, et de respecter une démarche d'amélioration continue de la qualité. Chaque pôle est contributif des missions de l'hôpital au travers de ses activités et repose sur un pilotage médico-économique, assuré par un médecin chef de pôle, un directeur délégué, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif, chacun mettant au service du pôle ses compétences propres (cf. Figure 1).

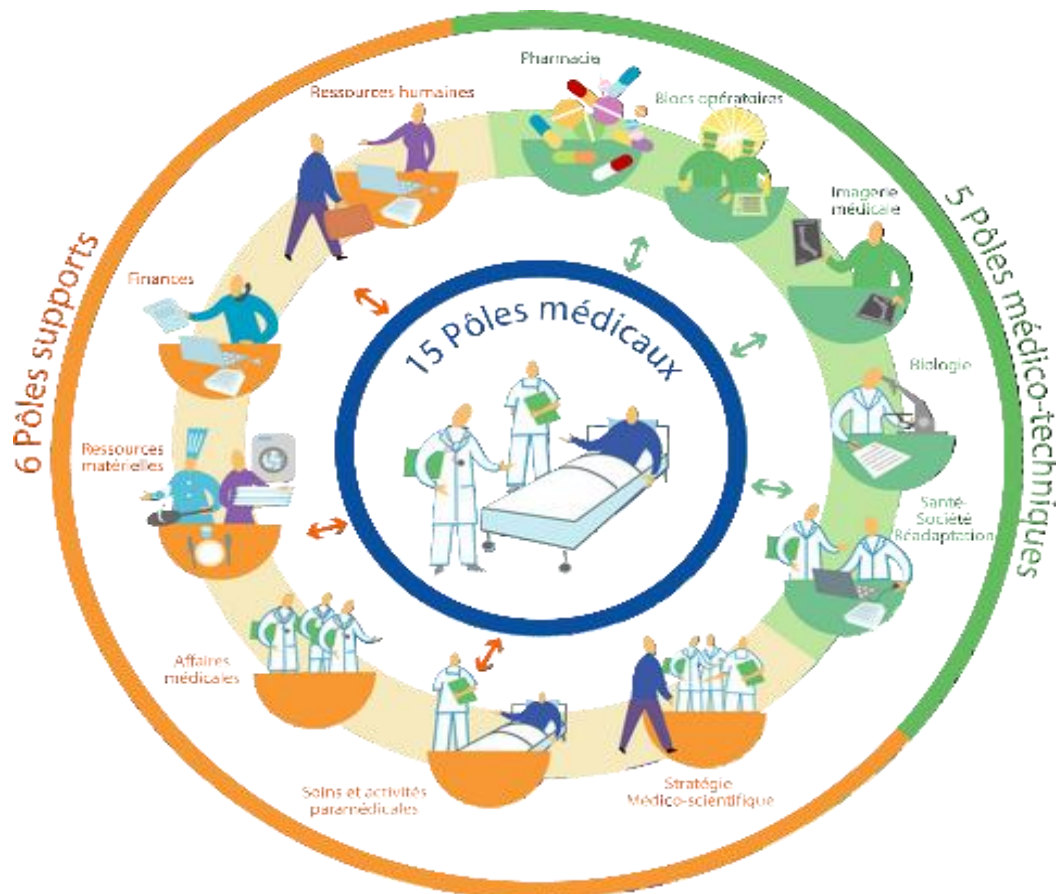


Figure 1 : Représentation de l'organisation en pôles de l'hôpital enquêté

L'hôpital est un lieu de complexité où se confrontent le corporatisme des diverses professions (médicales versus paramédicales, administratives, soignantes), où les enjeux de pouvoir et de territoire cloisonnent les services et les individus, entravant les relations et la collaboration et/ou coopération dans le travail. Le collaborateur apparaît

comme une « *figure idéalisée de l'individu au travail* » ayant intégré les contraintes du milieu où il exerce. Collaborer instaure de fait une relation de subordination à l'organisation, un échange qui permet aux professionnels de coordonner les activités : « *chacun à un moment ou un autre est le collaborateur de quelqu'un* » (Bouillon, Maas, 2009, p.59)¹⁷⁸. A la différence du collaborateur, l'acteur évolue dans « *des rôles imposés par une place sociale sans autonomie face à une société régie par les impératifs du pouvoir et du profit* » (Morillon, Bouzon, Cooren, 2009, p. 8-9)¹⁷⁹, les rôles pouvant être amenés à se transformer y compris sous l'influence des individus. C'est ainsi que l'individu "acteur" est en interdépendance avec le système "mouvant" dans lequel il évolue, qui détermine sa zone d'incertitude et sa marge de liberté: « *l'acteur n'existe pas au dehors du système qui définit la liberté qui est sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action* » (Crozier, Friedberg, 1977, p.11)¹⁸⁰.

L'organisation à l'hôpital semble se fonder sur des rapports collaboratifs, sur des regroupements de métiers dont les rationalités et les logiques sont différentes. La logique "métier" prévaut sur la logique institutionnelle (Holcman, 2006.a)¹⁸¹. Ainsi, une césure existe entre les soignantes et les autres, soumise à des lignes d'autorité et de légitimité différentes dans une organisation double, à la fois soignante et dirigeante. L'organisation soignante est scindée en deux : médicale et non médicale. « *La légitimité institutionnelle, légale rationnelle s'oppose à la légitimité traditionnelle charismatique* » (Holcman, 2006.b)¹⁸². Il semble exister entre elles une imperméabilité. La première est fondée sur l'autonomie, la liberté de décision et de fonctionnement dans l'espace et le temps (le médecin diagnostique, décide, prescrit, sans aucune obligation de tenir compte des autres acteurs). La seconde repose sur une parcellisation des tâches et une standardisation de celles-ci. En revanche, dans la lignée des travaux de Hughes en 1962 à propos des « *dirty works* » traduits comme étant les « *sales boulots* », Dubar

¹⁷⁸ Bouillon, J-L, Maas, E., 2009, *Op.cit.*, p.59

¹⁷⁹ Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F., 2009, *Op.cit.*, p.8-9

¹⁸⁰ Crozier, M, Friedberg, E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977

¹⁸¹ Holcman, R. *Une lutte de pouvoir entre direction et monde du soin*, (pp 71-81), 2006.a, http://www.robertholcman.net/public/documents/fin_hopital_public/lutte_de_pouvoir.pdf, (consulté en ligne le 22/10/2012)

¹⁸² Holcman, R. (2006.b). L'avenir de l'hôpital public français compromis ? *Journal de l'économie médicale*, Novembre-décembre 2006, Volume 24, Numéro 7-8, (415-425)

(1992)¹⁸³ met en exergue un déplacement des tâches, une recherche de valorisation dans la profession de niveau supérieur à la sienne, ce que nous observons à l'hôpital: « *Les agents ont tendance à "s'approprier" des tâches dévolues à d'autres métiers : les aide-soignantes vis-à-vis des infirmières, les infirmières avec les médecins, les médecins non universitaires avec les médecins universitaires...* » (Holcman, 2002, p.793)¹⁸⁴. Il paraît difficile d'envisager un travail collaboratif et/ou coopératif alors même qu'il existe cette imperméabilité.

Le pouvoir médical paraît en capacité d'imposer son fonctionnement souvent désorganisé aux paramédicaux, pouvant générer la « désorganisation » de ces derniers. Le pouvoir se fonde sur « *la compétence, la maîtrise des informations et de la communication, l'utilisation et l'interprétation des règles de l'organisation [...], la position charnière entre l'organisation et l'environnement* » (Giacobbi, Roux, 1990, p.133-134)¹⁸⁵. Le pouvoir réside dans sa capacité à être autonome, dans sa liberté d'action et de manœuvre ce qui renvoie aux travaux de Crozier en 1977 à propos de l'acteur. Il existe également dans l'incertitude qu'il entretient dans ses comportements. Ainsi, outre l'effet de surprise qu'elle génère pour les autres, celle-ci permet à l'acteur de ne pas mettre à jour toutes ses ressources et de se donner la possibilité de reprendre l'avantage en situation. La personne est le produit d'un système de relations et des interrelations, du nombre de réseaux auxquels il participe. Il peut alors s'épanouir et devient capable de "renverser les situations".

A partir de cette théorie développée par Simmel dans les années 1980, Steiner (2001)¹⁸⁶ étudie l'acteur et la relation qu'il entretient "avec et dans" le cas particulier du don d'organe. Il y voit une transformation de l'acteur qui au départ est « *agissant* » dans la relation du don (son autonomie est dans sa décision, laquelle crée l'incertitude pour les autres) et dont le propre corps devient un bien dans le cadre d'une transaction. C'est alors que la personne « *agissante* » dans l'acte de "donner" devient une personne

¹⁸³ Dubar, C., *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1992

¹⁸⁴ Holcman, R., Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent, analyse des ressources épuisables, *Gestions hospitalières* décembre 2002, Numéro 421, (785-794)

¹⁸⁵ Giacobbi, M., Roux, J-P., *Initiation à la sociologie, les grands thèmes, la méthode, les grands sociologues*, Paris, Hatier, 1990

¹⁸⁶ Steiner, P. (2001)., Sociologie de l'acteur ou de la relation ? Le cas du don d'organe, *Revue européenne des sciences sociales*, tome XXXIX, Numéro 121, (111-124)

« agie » (sous contrôle) dans la réalisation du don, perdant simultanément sa marge d'incertitude vis-à-vis des autres. L'acteur peut faire que l'issue des échanges ou de la relation soit en sa faveur. Il devient lui-même cette zone d'incertitude. « *Il ne suffit pas de jouir d'une autonomie pour posséder du pouvoir. Encore faut-il que l'usage de cette autonomie ne soit pas prévisible* » (Bernoux, 1985, p.150)¹⁸⁷. L'acteur a une vision de ce qu'il souhaite obtenir. Il mobilise au cours des interactions qu'il a avec les autres acteurs les ressources, qu'il utilise le plus judicieusement possible (Crozier, Friedberg, 1977)¹⁸⁸. Cette incertitude qu'il est capable de contrôler face aux autres lui donne du pouvoir.

Le système hospitalier apparaît comme un monde contraint et contraignant où les professionnels sont autant d'acteurs mobilisant des stratégies et logiques qui leur sont parfois personnelles. Ils sont conscients du pouvoir qui émerge et qu'ils peuvent mobiliser dans les relations interpersonnelles. Ce pouvoir est inhérent entre autres, à leur personne, leur statut, leur personnalité. L'incertitude qui naît des interactions accroît ce pouvoir que certains peuvent avoir sur d'autres personnes. Le mandarinat médical hospitalier répond à cette quête du pouvoir et du territoire même s'il tend à disparaître progressivement en tout cas sous sa forme actuelle. Il demeure encore très prégnant à l'hôpital dans son inférence à l'égard de certaines décisions, voire face à la domination du pouvoir administratif qui tend à s'imposer. C'est pourquoi, nous abordons ce métier spécifique, au rôle si déterminant au sein de l'hôpital même s'il ne constitue pas le cœur de notre propos.

2-2-1 Les médecins

Les médecins ont une autonomie professionnelle fondée sur une compétence scientifique. Ils ont un contrôle total sur les paramédicaux (Darbon, Dodier, 1985)¹⁸⁹ et sur leur propre travail qu'ils vérifient par eux-mêmes. Cette autonomie est le produit d'une longue histoire de la médecine, dont l'origine est tracée à la préhistoire, époque où identifiée par les paléontologues découvrant des crânes trépanés. Ceux-ci témoignent de l'existence d'un savoir médical empirique. La médecine évolue, elle est l'art des

¹⁸⁷ Bernoux, P., *La sociologie des organisations, initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, inédit Essais points, Numéro 180, Paris, Seuil, 1985

¹⁸⁸ Crozier, M, Friedberg, E., 1977, *Op.cit.*

¹⁸⁹ Darbon, S, Dodier, N., Eliot Freidson. (1985). La profession médicale, *Sciences sociales et santé*, Volume 3, Numéro 3-1, (129-143)

prêtres dans l'Antiquité ainsi que des non prêtres, voire des philosophes. Ils étudient la nature, l'homme et laissent à la postérité des doctrines en physiologie et en pathologie. La médecine devient un enseignement, une connaissance dogmatique, les maladies étant le "fruit" des variations des saisons. La doctrine d'Hippocrate-dont le serment est toujours prononcé de nos jours lors de la nomination du doctorant au titre de docteur en médecine (cf. annexe 1)-donne aux maladies une cause purement humorale. Selon lui, la santé résulte de l'équilibre des quatre humeurs que sont : le sang, le phlegme ou pituite, la bile jaune et la bile noire¹⁹⁰. L'école d'Alexandrie fondée par Hérophile vers 300 de notre ère, recherche alors les causes des maladies, écrit des traités en chirurgie, en obstétrique, en gynécologie... Elle procède à des dissections. La médecine poursuit son évolution traversant le moyen-âge et ses épidémies, s'enrichissant des connaissances apportées par les arabes. La médecine s'appuie sur le raisonnement, identifie les symptômes, les classe, nomme la pathologie et la traite.

Certains médecins laissent à la postérité leur découverte. Pour n'en citer que quelques-uns : Laennec (1784-1825) inventeur de l'auscultation qui en pneumologie est un fondamental de la clinique ; Charcot (1825-1893) qui donne son nom à la maladie neurologique qu'il découvre ; Dupuytren (1777-1835), anatomiste et chirurgien militaire qui découvre la fibrose rétractile de l'aponévrose de la paume de la main à l'origine du fléchissement d'un ou plusieurs doigts de la main. Nous pouvons également citer Hartmann (1860-1952) chirurgien, qui laisse son nom à la technique de colectomie en deux temps, diminuant ainsi les complications post-opératoires pourvoyeuses d'une mortalité importante. Et enfin, Aloïs Alzheimer (1864-1915), neuropsychiatre allemand, dont les études du cortex cérébral révèlent la démence d'origine dégénérative vasculaire faisant l'objet aujourd'hui de plans nationaux en terme de politique de santé.

Dans chaque spécialité médicale, des médecins ont laissé leur nom à une technique, un diagnostic, un traitement. Cependant, au XIX^e siècle, les médecins inspirent peu confiance. La population résiste à la médicalisation, préférant les pratiques superstitieuses ou s'en remettant à la fatalité, à Dieu. Les rebouteux sont considérés comme des sorciers par les médecins voire des « *concurrents illégaux* » (Léonard,

¹⁹⁰ Histoire de la médecine, www.cosmovisions.com/medecineChrono.htm, (consulté le 06/07/2012)

1978)¹⁹¹. Dans certaines régions, s'exerce le culte de saints guérisseurs (cf. Lourdes). Ces pratiques qualifiées de « magiques » sont tracées à chaque époque, dans chaque civilisation. Par exemple, le papyrus Ebers découvert dans les années 1900 en Egypte est le plus ancien traité de médecine découvert, datant du XVI^e siècle avant notre ère et retraçant les pratiques dites magiques.

Selon Léonard médecin de son état, le choix de consulter ces guérisseurs nuit à la pratique médicale et aux médecins « *D'un côté les rebouteurs qui pullulent, les bonnes sœurs d'un autre sans compter les curés, nous font une concurrence telle que la plus grande partie de la clientèle nous échappe* » (*Ibid.*, p.41)¹⁹². Il est aisé de qualifier d'exercice illégal de la médecine toute activité faisant appel à des remèdes utilisés par les médecins diplômés alors que ces derniers empruntent les dits remèdes aux savoirs faire ancestraux appelés communément « remèdes de bonne femme ». Cet auteur évoque un monopole médical qui se matérialise pendant la révolution française par l'obtention d'un doctorat en médecine pour exercer cette science. Ce sont les découvertes de Pasteur qui vont transformer la médecine. Cette dernière entre dans une ère d'évolution rapide, ce que Léonard qualifie de bouleversement des « routines » (*Ibid.*, p.139)¹⁹³ : l'hygiène, l'asepsie, l'anesthésie, la prévention, la lutte contre l'alcoolisme, les maladies de la prostitution, les pathologies industrielles, la misère, etc.

Il décrit les écarts de la profession médicale et sa relative remise en cause au travers des honoraires parfois excessifs, de l'incompétence de certains praticiens, des controverses qui s'installent dans la société. Peu à peu, le prestige de ces professionnels s'accroît, justifié par le savoir acquis durant les études suivies pour être médecin et le secret professionnel auquel il est soumis, pilier de l'influence auquel s'ajoute celui de la vertu. Léonard évoque dans ses écrits le dévouement et la générosité dont le médecin fait preuve auprès de ses patients. Les médecins bénéficient d'une certaine reconnaissance : « *La charité de certains médecins, qu'elle soit inspirée par leur christianisme ou par une philosophie laïque, fait l'objet de mentions publiques dont l'écho bienveillant rejaillit sur tout le corps médical* » (*Ibid.*, p.251)¹⁹⁴. En revanche, l'exercice de la

¹⁹¹ Léonard, J., *La France médicale au XIX^e siècle*, Collection archives, Numéro 73, Paris, Gallimard Julliard, 1978

¹⁹² *Ibid.*, p.41

¹⁹³ *Ibid.*, p.139

¹⁹⁴ *Ibid.*, p.251

médecine couplé à la relation au pouvoir amène parfois à l'exercice politique. Les professionnels sont sollicités pour des missions dans le cadre de rapports ministériels. La médecine en tant que profession dépend du contexte culturel et des réformes politiques à accompagner. Les médecins tentent alors « *de concilier les avantages de l'exercice médical et le prestige d'une mission sociale* » (Pecker, 1989, p.251)¹⁹⁵.

Aujourd'hui, nous sommes au XXI^e siècle. Le Pr Jean Bernard attribue à la médecine trois caractères selon lui vraisemblables : « *Rationnelle, souvent efficace, préoccupé par la prédiction, la prévision, la prévention des maladies* » (Bernard, Michel, 2003, p.101)¹⁹⁶. La médecine serait selon lui, à mettre plus en lien avec la définition biologique de l'homme. Pour autant, le Pr Bernard ne nie pas l'évolution de l'hôpital sur lequel « *par nécessité de gestion, les responsables (politiques, décideurs, administratifs) ont voulu calquer la gestion hospitalière sur celle des entreprises* » (*Ibid.*, p.109). L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital par la réglementation, si elle a amené le développement de certaines compétences managériales, oblige également les médecins à appréhender la médecine non seulement dans son exercice clinique mais aussi dans une approche économique inscrite dans un projet collectif.

Dans la relation avec les paramédicaux, ce rapport de contrôle évoqué par Darbon et Dodier (1985)¹⁹⁷ est fortement présent. Les médecins, bien que complémentaires des infirmières dans la prise en soins des malades et de leur famille, ont la responsabilité du malade et de sa prise en charge médicale. Ils sont responsables des soins qu'il reçoit et ont la légitimité de prescrire. L'infirmière ne prescrit pas, à l'exception de certaines professionnelles ayant suivi une formation spécifique et complémentaire (infirmière en stomathérapie par exemple). Elles ne prescrivent alors que les produits en lien avec leur spécificité. Cette complémentarité entre les personnels médicaux et paramédicaux est mise à l'œuvre dans la communication. Celle-ci s'élabore dans des temps formels par des transmissions, des relèves où *in fine* le médecin n'assiste que très rarement, des

¹⁹⁵ Pecker, J., *Jacques Leonard, 1935-1988*, Eloge rendue le 29/04/1989 à la société française de l'histoire de la médecine, pp.249-252, (1989), <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1989x023x004/HSMx1989x023x004x0249.pdf>, (consultée en ligne le 03/04/2013)

¹⁹⁶ Bernard, J, Michel, F-B., *Médecine hier, médecine aujourd'hui*, entretiens, Paris, PUF, 2003

¹⁹⁷ Darbon, S, Dodier, N., 1985, *Op.cit.*

réunions sur dossiers, des "staffs" pluridisciplinaires, les visites... La communication s'opère également dans des temps informels "à la demande", sur appel téléphonique, lorsqu'il y a un problème, en interpellant le médecin dans le couloir...

Le médecin est soignant sans pour autant faire partie de l'équipe soignante en tant que telle. L'équipe des paramédicaux assure un travail posté, jour et nuit, ainsi qu'une continuité de service auprès des malades ce qui n'est pas le cas des médecins. Cette organisation paramédicale n'inclut pas le médecin dont l'exercice est autonome et tient finalement peu compte des infirmières et des aide-soignantes¹⁹⁸. La relation avec ce professionnel est asymétrique, une relation entre des personnes de statuts différents dont l'un dispose d'un pouvoir sur l'autre. Nous pouvons assimiler cette relation au rapport salarial décrit par Bouillon et Maas (2009)¹⁹⁹ qu'ils nomment : « asymétrie traditionnelle ». Il s'agit d'un rapport où le professionnel est dépendant vis-à-vis de l'autorité d'un autre professionnel (salarié-employeur), ce que nous associons au rapport infirmière-médecin ou aide-soignante-infirmière même si l'infirmière ne dépend pas hiérarchiquement du médecin²⁰⁰. Le rapport infirmière-aide-soignante amène à la collaboration dans une quasi égalité dans la relation alors que ce rapprochement n'est pas envisageable entre le médecin et l'infirmière, même si cette dernière s'investit dans son activité.

Ce même rapport de "domination" se retrouve dans la relation médecin-malade, le médecin ayant une "aura" de par sa profession. Il possède le savoir et a "le pouvoir" de guérir. En revanche, il entretient un rapport faussé avec le malade, le mensonge constituant le biais de cette relation complexe médecin / malade qui fait l'objet d'une étude menée par Fainzang (2009)²⁰¹. S'intéressant aux informations données aux malades par les médecins lors de leurs consultations, que ce soit des diagnostics ou des thérapeutiques, elle constate très souvent une relation mensongère entre le médecin et le malade, et des deux côtés. Le mensonge constitue un instrument de pouvoir pour le médecin ou le malade. Il semble exister pour de "bonnes raisons" cependant est mis en

¹⁹⁸ C'est pour cette raison que notre recherche sur le terrain de l'hôpital ne retient pas le médecin dans la population enquêtée (cf. chapitre 3).

¹⁹⁹ Bouillon, J-L, Mass, E., 2009, *Op.cit.*

²⁰⁰ L'infirmière, l'aide-soignante, le cadre de santé sont sous l'autorité du cadre supérieur de santé et du directeur des soins (ou coordonnateur du service infirmier)

²⁰¹ Fainzang, S. (2009) La communication d'information dans la relation médecins malades, une approche anthropologique, *Questions de Communication, Numéro 15*, (279-295)

avant le « bénéfice risque » pour le malade. Le médecin considère que de lui dire la vérité serait plus dommageable que de ne rien lui dire ou d'embellir la situation. Pour le malade, "prêcher le faux pour savoir le vrai" peut lui apparaître comme étant la meilleure solution pour obtenir ce qu'il souhaite. Dans son étude, Fainzang remarque que le mensonge s'adresse plus aux malades des milieux populaires que des catégories sociales plus élevées. Elle montre là l'existence d'une discrimination à l'encontre des malades, une inégalité d'accès à l'information "vraie"²⁰². La discrimination repose sur « un processus de différenciation et de catégorisation des objets physiques sur la base de leurs similitudes et de leurs différences physiques ou de leurs fonctions » (Ndobo, 2010, p.48)²⁰³, quel que soit le champ ou le contexte et qui rend inégal le traitement de l'individu. Ce que montre l'étude précédente.

La profession médicale, profession dite "forte", avec une notoriété persistante, perd cependant un peu de son "aura" avec la progression des TIC, l'accès aux connaissances par tout un chacun. Les usagers, les malades consultent sur internet les forums, les sites de santé. La connaissance est facilement accessible. Pour autant, cela constitue un danger pour le patient, celui de devenir hypocondriaque. En effet, il est facile de se trouver toutes les maladies mêmes de mauvais pronostic à partir d'un symptôme sans que ce soit fondé. Cela complique une relation avec le corps médical qui se sent remis en question dans son professionnalisme, son autorité, sa suprématie, ce que Grand et Kopel (2006)²⁰⁴ relie à une société consommatrice associée à une crise de la médecine. Le rapport médecin-malade se trouve modifié, le malade devenant consommateur de soins, client, et à ce titre a des attentes spécifiques. L'accès à l'information, facilitée par internet, les forums et/ou les sites web permet au malade de s'informer, d'acquérir des connaissances. Il est capable de faire des choix (de praticiens et de thérapeutiques). Il devient consommateur-acteur de ses soins et le médecin devient quant à lui un prestataire de service. Le consumérisme médical fait son apparition et peut se développer notamment sous l'influence des médias. Ces derniers relaient en

²⁰² Ce constat nous interpelle dans notre approche interculturelle des équipes soignantes et de leurs pratiques

²⁰³ Ndobo, A., *Les nouveaux visages de la discrimination*, Ouvertures psychologiques, Bruxelles, De Boeck, 2010

²⁰⁴ Grand, A, Kopel, S. (2006). Consumérisme et crise de la médecine, *Santé décision management*, Volume 9/3-4, (21-38)

effet les politiques publiques notamment sur les aspects de prévention, jouant un rôle de formation auprès des citoyens, vulgarisant certains aspects de l'information jusque-là inaccessibles aux non-initiés, ou aux profanes en la matière. Les débats télévisés mettent côte à côte les malades, les professionnels de santé et les professionnels de l'information, qui débattent, partagent des expériences, livrent des témoignages. La parole "ordinaire" en vient à se substituer ainsi au discours d'expertise au travers de la médiatisation, que ce soit dans les émissions télévisées ou radio, ou encore dans la presse écrite vulgarisée ou spécialisée (Romeyer, 2007)²⁰⁵. Les crises sanitaires médiatisées dans les années 1990 font émerger la parole des malades, n'hésitant pas à « *interpeler directement les pouvoirs publics, les pouvoirs médicaux et l'opinion publique* » (Romeyer, 2010, p. 112)²⁰⁶. En revanche, l'utilisation par les médias des témoignages de malades, fait apparaître trois discours médiatiques : médical, sociétal et institutionnel. Le second est alors plus polémique, avec ses controverses, ses remises en causes. Malgré un langage médical complexe, compréhensible par des pairs et/ou d'autres professions médicales ou paramédicales, cette médiatisation installe un nouveau mode de relation entre le soignant et le patient. Le médecin peut subir *in fine* une remise en question de son aura et de sa toute puissance. Par ailleurs, les TIC retiennent l'attention des chercheurs en SIC dans leur propension à faciliter la mise en œuvre de programmes et d'actions de prévention en santé. Nous pouvons citer pour exemples, la mise en place de stratégies de persuasion dans le dépistage du cancer du sein en France (Dechamp-Le Roux, Lozachmeur, Saki, 2010), les discours promotionnels visant à légitimer les décisions politiques prises en matière de santé (Bonneville, 2010), les campagnes de communication réelles composantes de l'action publique comme dans la lutte contre le tabac (Ollivier-Yaniv, 2010)²⁰⁷. Le tabagisme n'est pas le seul fait de l'individu mais d'un collectif d'acteurs économiques. Nous pouvons également citer la campagne sur les effets bénéfiques de l'alimentation sur la

²⁰⁵ Romeyer, H. (2007). La santé à la télévision : émergence d'une question sociale, *Questions de Communication*, 11, (51-70)

²⁰⁶ Romeyer, H., Discours médiatique et cancer en France de 2000 à 2005, dans Routier, C, D'Arripe, A (Eds.). *Communication et santé : enjeux contemporains*, Santé et sciences sociales, Numéro 1248, (pp.109-119), Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires Septentrion, 2010

²⁰⁷ Ces auteurs ont contribué à l'ouvrage collectif sous la direction de Romeyer, H., *La santé dans l'espace public*, communication, santé, social, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010

santé selon le slogan « *Pour votre santé, mangez cinq fruits et légumes par jour* » (Grison, Jacobi, 2010, p.79)²⁰⁸.

Ces relations brouillées mettent en porte à faux les infirmières et les aide-soignantes qui ne connaissent pas les informations qui sont données au malade et/ou à la personne dite de confiance. Elles sont en difficulté lorsque le malade leur pose des questions précises. La relation de mensonge étudiée par Fainzang (2009) à propos de la relation médecin-malade s'étend quelque peu à l'équipe paramédicale, mensonge par omission ou absences d'information ou de concertation. Richard et Lussier (2005)²⁰⁹ évoquent la nécessité d'un partage des savoirs et d'une discussion des rôles entre l'infirmière et le médecin, ce qui serait en faveur d'une prise en charge de qualité du malade et/ou de sa famille.

Le développement des TIC paraît constituer une opportunité de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels de santé des informations communes, dans un dossier patient unique et partagé. Pour autant, l'informatisation ne semble pas prendre en compte l'imprévisibilité et la singularité des pratiques à l'œuvre dans les unités de soins. En outre, l'écran de l'ordinateur détourne les aide-soignantes d'une écriture qui apparaît collective, gérée par les infirmières. Les professionnelles utilisent de fait des écritures "parallèles" dits « *pense-bêtes* », multipliant les supports, les informations, faisant de l'ordinateur un outil de saisie. Mayère (2012) évoquent alors la présence d'impensés dans cette informatisation, qui conservent un rôle essentiel aux soignantes : « *le travail des "petites mains" comme un ensemble de pratiques autour du travail de l'information et de la mise en discussion* » (*Op.cit.*, p.122)²¹⁰. Etudiant l'informatisation des soins à domicile au Canada, Bonneville et Sicotte (2010), ajoutent une dimension à cette introduction des TIC dans le domaine de la santé et du dossier du patient. Ils mettent en exergue un ressenti des infirmières à l'égard de l'outil informatique qui amène à reconsidérer l'introduction de l'ordinateur dans le travail des soignants. Du point de vue des soignantes « *entrer en communication avec des patients c'est d'abord et avant tout essayer de se mettre à la place de l'autre, en l'écoutant, en le comprenant,*

²⁰⁸ Grison, P, Jacobi, D., Manger au moins cinq fruits et légume par jour : savoirs et discours sur les effets bénéfiques de l'alimentation sur la santé, dans Romeyer, H (Dir.). *La santé dans l'espace public*, communication santé social, (pp.79-89), Rennes, Presses de l'EHESP, 2010

²⁰⁹ Richard, C, Lussier, M-T., *La communication professionnelle en santé*, Collection Sciences infirmières, Quebec, Pearson ERPI éducation, 2005

²¹⁰ Mayère, A., 2012, *Op.cit.*, p.122

bref en dialoguant » (2010, p.145)²¹¹. Selon ces professionnelles, l'outil informatique ne le permettrait pas. L'importance est donnée à la manière dont les individus communiquent plus qu'au contenu, d'où cette impression "d'obstacle à la qualité soignant-soigné" ressentie par les infirmières à l'égard de l'ordinateur. L'acquisition de cette connaissance au travers des échanges, des partages, intègre l'identité soignante de l'infirmière.

Même si la loi HPST tend à replacer le médecin à la tête du pôle d'un point de vue fonctionnel et hiérarchique, le mandarin hospitalier est démythifié. L'autorité du "patron" sur l'ensemble de l'équipe soignante devient minime, le pouvoir médical fait place à d'autres pouvoirs (Bernard, Michel, 2003, p.113)²¹². En ce sens, il est amené à travailler en "collaboration" étroite avec d'autres professionnels de santé, lors d'une activité de coproduction de soins. Les démarches d'assurance qualité impliquant les médecins et l'ensemble des professionnels de santé, permettent cette coproduction de soins avec une organisation de la production maîtrisée reposant sur « *dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit* » (Laurens, 2000, p.244)²¹³. En revanche, cette coproduction de soins exige de penser autrement la place du malade et son rôle, acceptant qu'il puisse y participer, acceptant « *qu'il entre dans l'organisation* » (Ibid.p.247). Cette nouvelle conception de la relation soignant-soigné et du positionnement des acteurs du soin, en milieu contraint hospitalier et dans le cadre d'une démarche de certification demande une ouverture d'esprit sur le contexte sociétal et une capacité à faire évoluer les représentations personnelles. Cela demande aussi d'instaurer une confiance entre tous les intervenants, garantie par la "traçabilité". Celle-ci permet un suivi de l'élaboration à la production du soin, dans toutes ses étapes du processus.

Ainsi, le diagnostic médical et le symptôme peuvent être assimilés à des « *signes-traces* » résultant d'interactions, intégrant « *des paramètres individuels et sociétaux complexes* » (Galinon – Méléneq, 2011, p.171)²¹⁴ qui interagissent dans l'interprétation qui en est faite, ce qui la rend d'autant plus complexe. Pour Laurens (2000)²¹⁵ la

²¹¹ Bonneville, L, Sicotte, C., L'informatisation des soins à domicile : enjeux pour la communication interprofessionnelle et soignant- soigné, dans Routier, C, D'Arripe, A (Eds.). *Communication et santé : enjeux contemporains*, Santé et sciences sociales, Numéro 1248, (pp.141-152), Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires Septentrion, 2010

²¹² Bernard, J, Michel, F-B., 2003, *Op.cit.*, p.113

²¹³ Laurens, P., 2000, *Op.cit.*, p.244

²¹⁴ Galinon-Méléneq, B., *Op.cit.*, p.171

²¹⁵ Laurens, P., 2000, *Op.cit.*

communication constitue alors « *une preuve de légitimité de l'organisation* ». L'acteur devient capable de gérer les interactions avec les autres. Cette capacité s'ajoute à celles de maîtriser la technicité de son cœur de métier, de mener un contrôle continu avec des actions de réajustement, de transmettre à l'ensemble des professionnels. Le tout est fondé sur l'élaboration collective du sens à donner aux situations rencontrées selon des normes internes et environnementales. Bien que soumises à une normalisation et à des règles, les institutions et/ou entreprises se développent dans les interactions humaines et « *les communications spontanées, de face à face, nourrissent la vie de l'entreprise* » (Galinson – Méléneec, 2007, p.139)²¹⁶. Cette élaboration collective semble se réaliser dans une co-construction de sens de l'ensemble des professionnels.

2-3 Une co-construction de sens ?

L'hôpital est une organisation économique structurée dans le temps et l'espace, composée d'individus dont la qualité de production serait issue des interactions du collectif. Nous entendons par collectif, selon l'approche psychologique (Barthe, Queinnec, 1999²¹⁷), un groupe de personnes conscientes les unes des autres, engagées dans une activité collective, reposant sur des actions coordonnées dont les tâches sont interdépendantes. L'hôpital est un collectif divisé lui-même en plusieurs groupes : les équipes. Les individus sont singuliers, avec une répartition des rôles et une interdépendance entre les membres (Landry, 2007)²¹⁸. Lors de notre immersion hospitalière, certaines soignantes évoquent au cours d'échanges informels, une identification au cadre de santé qui fixe la contenance, assure la maintenance, l'interface et la communication du groupe. Quelques professionnelles avancent cette idée selon laquelle « *l'équipe ou le service est à l'image du cadre de santé* », celui-ci devenant "cadre de santé – peau" de l'équipe soignante. Ce concept d'Anzieu (1985)²¹⁹ à partir de l'étude du rapport de l'enfant à la mère et de sa construction psychique, repose sur les trois fonctions de la peau : un contenant, une surface marquant la limite avec l'extérieur, un lieu d'échange primaire avec autrui. Par métaphore, la cadre de santé peut devenir la

²¹⁶ Galinson-Méléneec, B., *Penser autrement la communication, du sens commun vers le sens scientifique, du sens scientifique vers la pratique*, Communication sociale, Paris, L'Harmattan, 2007, p.139

²¹⁷ Barthe, B, Queinnec, Y., 1999., *Op.cit.*

²¹⁸ Landry, S., 2007, *Op.cit*

²¹⁹ Anzieu, D. *Le moi-peau*, Paris, Dunod, 1985

"peau", la référence de l'équipe, le contenant des soignantes avec lesquelles elle travaille.

La production essentielle de l'hôpital est le soin. Les individus y sont en perpétuelle interaction, dans l'objectif de produire un soin de qualité et en développant un sentiment d'appartenance à la structure. Dans une interview dans la presse écrite (Le monde diplomatique en septembre 2006), Kervasdoué, ancien directeur d'hôpital, assimile celui-ci à l'entreprise dans la conception même de sa stratégie et le recours au marketing. Il dit (nous citons) : « *On cherche à vendre. C'est bien de cela qu'il s'agit ici* ». Or les professionnelles de santé ont des difficultés à trouver leurs marques dans ce contexte "d'hôpital-entreprise". Elles conservent leur logique humaniste de soin, leur cœur de métier et la transmission nécessaire de leurs valeurs soignantes aux jeunes professionnelles. L'amélioration de la qualité des soins est une exigence pour les soignantes. Elle demande aux différentes logiques d'évoluer ensemble et « *au cadre de santé de re-contextualiser ses compétences de façon appropriée pour engager les équipes soignantes dans le changement des pratiques quotidiennes de soins et de culture hospitalière* » (Guillier, 2011, p. 91)²²⁰.

Dans ce contexte organisationnel, notre observation des équipes soignantes à l'hôpital, nous permet de mettre en exergue l'élaboration de sens "en train de se faire" par les professionnelles de soins. C'est ensemble qu'elles construisent le sens qu'elles veulent donner à ces derniers, à leurs activités, à leur vie professionnelle et à l'accompagnement des étudiants et élèves en formation professionnelle. Par leur dynamique et leur implication dans les interactions se réalise la co-construction du sens. Selon Gramaccia (2008), c'est dans la confrontation des idées et les interprétations différentes que se détermine la dynamique, l'orientation de l'action et des comportements. Autrement dit, le sens se construit tel qu'il résulte des interactions collectives. « *Le sens résulte souvent d'improvisations non aléatoires, en désignant par cette expression l'idée selon laquelle le sens de l'action peut faire l'objet d'une création continue, d'une production co-construite au cours d'interactions* » (Gramaccia, 2008, p.59)²²¹. L'institution est alors

²²⁰ Guillier, F., Co-analyser pour co-construire : une stratégie pertinente pour les cadres de santé dans la pérennisation de la démarche qualité, dans Moncet, M-C (Dir.). *L'évaluation des pratiques professionnelles : une qualité des soins à construire ensemble*, (pp. 89-91), Rueil-malmaison, Lamarre, 2011

²²¹ Gramaccia, G., Les actes de langage dans les organisations par projet, dans Bonneville, L, Grosjean, S. (Dir.). *Repenser la communication dans les organisations*, (pp.51-86), Paris, L'Harmattan, 2008

un lieu de formation que nous pouvons qualifier d'alternance, où pratique et théorie se rencontrent et forgent les connaissances, le sens collectif, puis les compétences des personnels soignants.

L'hôpital est une institution riche d'histoire, dans une mouvance de gouvernance, où le poids des contraintes économiques, règlementaires s'impose aux professionnels de santé. Les jeux de pouvoir qui s'exercent dans l'organisation, ne modifient pas ses missions qui restent fondamentalement les mêmes depuis des années, voire des siècles. Notre observation participante de l'intérieur nous amène à identifier que les soignantes gèrent au quotidien leurs relations asymétriques avec les médecins. En revanche, elles formulent le souhait de travailler en collaboration dans une relation de « quasi égalité », dans le seul but d'améliorer la qualité des soins et de co-construire le sens de leur réflexion et production collective. Cependant, cette recherche de sens passe par la prise de conscience d'une réalité hospitalière par l'ensemble des professionnelles. L'hôpital est à l'image d'une société devenue interculturelle qui transforme les relations interpersonnelles et les échanges communicationnels.

3- Un lieu d'hybridation

Du fait du métissage des populations aussi bien du côté des soignantes que des soignés, l'hôpital devient un lieu d'« hybridation »²²² qui mélange des singularités. En référence à l'anthropologue Canclini, Mendes de Barros (2010) traite l'hybridation « *comme un terme de traduction entre le métissage, le syncrétisme, la fusion et autres vocables utilisés pour désigner les mélanges particuliers...* » (§16)²²³ à l'origine d'une cohabitation entre les individus. Cette dernière, par une ambiance propice tend à faciliter le "vivre ensemble au sein des différences" et « *accepter ce que chacun gagne ou est en train de perdre en s'hybridant* » (*Ibid.*, §16)²²⁴. Selon Rodionoff (2003), l'hybridation est un terme équivalent à celui de médiation ou métissage, il se définit comme un « inter », un processus collectif et actif, une production qui « *ne laisse plus en état des éléments, des mondes qu'elle se contentait, selon un sens convenu, de mettre*

²²² Les chercheurs en SIC s'intéressent à ce concept complexe d'hybridation associé à la médiation qui va bien au-delà des notions que nous évoquons mais que nous ne traiterons pas ici, ce concept n'étant pas celui que nous retenons dans notre travail de thèse.

²²³ Mendes de Barros, L., L'interculturalité à l'heure de l'hybridation communicationnelle, dans *Traduction et mondialisation, 2010/1, Numéro 56*, (pp.173-180), Paris, Cnrs

²²⁴ *Ibid.*, §16

en relation. Elle désigne ce nouvel état des choses ou du monde, et rend compte des mixités, entrecroisements et enchevêtrements » (p.110)²²⁵. Ce qui rejoint le point de vue de Davallon (2003) pour qui, l'hybridation dépasse la production et la dynamique des actions, ces dernières « *impliquant une transformation de la situation ou du dispositif communicationnel* » (p.43)²²⁶, ce que l'hôpital connaît dans cette évolution et ce mélange des populations qui en modifie le profil identifié jusqu'alors.

Pour traiter du métissage ou de l'hybridation des soignantes et/ou des soignés, nous ne nous arrêtons pas au seul résultat de l'union de deux " êtres humains de couleur de peau pour l'un noire, pour l'autre blanche" (le métis). Nous appréhendons le métissage comme un « *entre lieux de représentations dont les valeurs se transforment et s'articulent selon les époques, les territoires et les approches disciplinaires* » (Ommundsen Pessoa, Vircoulon, 2011, p.8)²²⁷. Cet « *entre lieux* » croise ce que Darras (2003) fait émerger dans son étude sur les conceptions de la culture et de la médiation. Il place cette dernière « *à la croisée de quatre entités : l'objet culturel médié ; les représentations, croyances et connaissances du destinataire de la médiation ; les représentations, croyances, connaissances et expertise du médiateur ; et le monde culturel de référence* » (p.74)²²⁸. Le métissage s'inscrirait donc dans une mouvance contextuelle, où le mélange ne s'arrêterait pas aux seuls êtres humains mais intégrerait les « *pensées, les savoirs, les arts et les cultures* ». Pour autant, traiter du métissage dans une approche humaine et sociale amène inéluctablement à identifier celui-ci au métis, à une "mulâtresse", à ce mélange de deux couleurs de peau que sont le noir et le blanc, le métis semblant plutôt partager la réalité des hommes noirs. Toutefois la couleur de peau correspond à une réalité propre à chaque individu quel que soit son origine, son pays, selon « *l'information que cette couleur fournit à celui qui la perçoit* » (Dumont, 2012, p.16)²²⁹. Considérant le soignant "noir", qu'il soit né en France (métropole ou Dom

²²⁵ Rodionoff, A., De l'empire du métissage... dans Thonon, M (Dir.), *Médiations et médiateurs*, MEI numéro 19, (pp.109-118), Paris, L'Harmattan, 2003, p.110

²²⁶ Davallon, J., La médiation : la communication en procès ? Dans Thonon, M. (Dir.). *Médiations et médiateurs*, MEI Numéro 19, (pp.37-59), Paris, L'Harmattan, 2003, p.43

²²⁷ Ommundsen Pessoa, L, Vircoulon, T. (Dir.) (2011). *Métissages*, Collection racisme et eugénisme, Paris, L'Harmattan, p.8

²²⁸ Darras, B., Etude des conceptions de la culture et de la médiation, dans Thonon, M. (Dir.). *Médiations et médiateurs*, MEI Numéro 19, (pp.61-95), Paris, L'Harmattan, 2003, p.74

²²⁹ Dumont, R., *La couleur noire, une obscure clarté*, dans Agbessi, E. (Dir.), *Communication, Solidarité, Interculturalité*, Paris, Le Manuscrit, 2012, p.16

Tom), en Afrique, aux Etats Unis ou ailleurs, la couleur de peau semble dépasser l'individu lui-même, ce qu'il est, ses compétences professionnelles...ce qui semble influencer la communication en secteur de soins. Dans cette recherche, nous nous intéressons principalement aux relations interpersonnelles en situation de métissage, entre les professionnelles non autochtones et les autres, la couleur de peau semblant avoir une influence sur les interactions.

Depuis des siècles, quel que soit le continent, la couleur noire suscite des représentations sociales et influence le lien social. Les contemporains du président américain Jefferson au XIX^e siècle, associent le blanc à la condition d'homme libre et le noir à l'esclave. Pour Verges (2013), la couleur de peau est « vécue de manière intime » et est le seul indice d'une « identité sociale et culturelle »²³⁰. En outre, « être blanc dans la France d'aujourd'hui, c'est appartenir au groupe majoritaire. C'est ne pas avoir à se définir. Ne pas avoir à répondre à la question « de quelle origine êtes-vous ? C'est, enfin, le plus souvent, ne pas savoir qu'on possède des privilèges » (Laurent, Leclère, 2013, p.8)²³¹. Pour Pastoureau la société fait la couleur, elle lui donne sa définition, son sens, construit ses codes et ses valeurs, organise ses pratiques et détermine ses enjeux. La couleur noire renvoi scientifiquement aux trous noirs, au néant. Elle est symbolique, représentant l'autorité, l'altérité (pour exemple la tenue noire du juge, de l'avocat, du prêtre, du notaire, du médecin...), l'élégance, la sobriété, la simplicité et à la fois le deuil, la tristesse, la peur, la mort (2011)²³². Selon les croyances la couleur noire est associée à la sorcellerie, à la délation (par exemple les lettres anonymes du corbeau), aux ténèbres profondes et au culte satanique... en référence au bien et au mal. Le noir occupe une fonction symbolique tout comme le blanc, à l'origine de tensions entre les deux ce que nous considérerons dans la partie II de ce travail (chapitre 3).

Pour comprendre comment s'effectuent cette hybridation, il convient d'admettre que les mondes en contact sont différents ainsi que les visions que nous en avons. « *Il est donc*

²³⁰ Verges, F., La ligne de couleur, esclavage et racisme colonial et post colonial, dans Laurent, S, Leclère, T. (Dir.). *De quelle couleur sont les blancs ? des "petits blancs" des colonies au "racisme anti blancs"*, (pp.76-87), Paris, La découverte, 2013

²³¹ Laurent, S, Leclère, T. (Dir.), Introduction, *De quelle couleur sont les blancs ? des "petits blancs" des colonies au "racisme anti blancs"*, Paris, La découverte, 2013

²³² Pastoureau, M., *Noir, histoire d'une couleur*, Paris, Seuil, 2011

inévitable d'approfondir les connaissances que l'on peut avoir de l'un et de l'autre afin d'éviter des analyses et des interprétations qui resteraient trop en surface des situations observées » (Couzinet, 2009, p.3)²³³. Ce choix suppose une diffusion et un partage des connaissances mais aussi des informations sur un même mode communicationnel pour une compréhension commune et symétrique. Les différents « *mondes* » infèrent les situations de communication, les rationalités, les incompréhensions et les malentendus. Davallon (2004) traite du rapport de médiation²³⁴ et communication en convoquant divers auteurs pour lesquels la médiation est tantôt assimilée à un lieu de communication (Lamizet, 1992), un cadre relationnel physique et social (Caune, 1999) et/ou symbolique (Queré, 1982). Elle est une transformation et/ou un intermédiaire, une interaction qui permet d'atteindre un état plus satisfaisant que l'initial. Elle consiste à « *construire une interface entre deux univers étrangers l'un à l'autre* » (p.38)²³⁵, permettant l'élaboration d'autres interactions, définition que nous retenons dans notre travail.

Communiquer devient alors « *un art* » qui nécessite parfois le recours à la médiation, constituée des « *tactiques* » pouvant restaurer le dialogue et la place de chacun dans l'échange et par l'intervention d'une tierce personne. Le médiateur « *est censé réparer le lien social et restaurer les relations* » (Thonon, 2003, p.131)²³⁶. Le médiateur est au milieu et peut créer cette interface, il est « *acteur de la communication* ». Il peut faciliter les relations, les individus manquant « *d'occasions de nouer des rapports de sens* » dans leur environnement professionnel ou personnel, que ce soit dans un « *rapport social* » ou un « *projet collectif* » (Caune, 2010, p.95)²³⁷. Les moments de rencontres et d'échanges paraissent peu formalisés. L'auteur introduit à la dimension communicationnelle l'interculturel qui modifie le sens et les relations interpersonnelles.

²³³ Couzinet, V., Complexité et document, l'hybridation des médiations dans les zones de rupture, *RECIIS, electronic journal of communication information and innovation in health*, (pp.1-7), Rio de Janeiro, v3,n3, sept 2009, www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/.../315, (consulté en ligne le 08/12/2012)

²³⁴ Le concept de médiation est majeur en SIC. Cependant, nous l'évoquons sans le traiter, ne retenant pas ce concept ne nous permettant pas de comprendre et d'interpréter les données de l'observation dans ce travail de recherche.

²³⁵ Davallon, J., La médiation : la communication en procès, dans Thonon, M (Dir.). *Médiation et médiateurs*, MEI, Numéro 19, (pp.37-59), Paris, L'Harmattan, 2004, p.38

²³⁶ Thonon, M., Les figures des médiateurs humains, dans Thonon, M. (Dir.), *Médiations et médiateurs*, MEI Numéro 19, (pp.131-146), Paris, L'Harmattan, 2003, p.131

²³⁷ Caune, J., Pratiques culturelles et médiation artistique, dans Liquète, V., *Médiations*, (pp.85-101), Paris, Cnrs, 2010

Dans ce contexte, les individus au travers de leur culture souhaitent « *trouver en l'autre un assimilé qui leur ressemble* » (Demorgon, 2002, p.34)²³⁸. La médiation culturelle trouve alors sa pertinence dans cette recherche : « *tisser le lien social, c'est inventer des traits d'union, des espaces, des scènes d'énonciation où les individus produisent des lieux d'expression, des lieux de coopération, des lieux d'initiative* » (Caune, 2010, p.98)²³⁹ ce que confirme l'étude menée dans le domaine de l'éducation et des sciences humaines par Clanet (1998)²⁴⁰. Il appréhende l'interculturel comme un ensemble de processus produits par les interactions, les échanges mutuels. En revanche, il insiste sur la préservation par chacun des individus de sa propre identité culturelle au sein de ces relations interpersonnelles.

L'hôpital intègre plusieurs cultures, plusieurs systèmes de valeurs ce qui interroge les relations interpersonnelles et la communication. Elles reposent sur des références différentes qui peuvent induire entre les actants tromperie ou la mise en œuvre d'un processus de domination (Galinon - Méléneq, 2007)²⁴¹ du fait même de la culture ce qui interroge les partenariats avec l'étranger. Dans ce contexte contraint et de métissage, l'hôpital parvient à les développer, et depuis 1984 de nombreuses conventions sont signées, avec le Liban, le Brésil, l'Asie, l'Andorre, l'Égypte, l'Argentine, le Canada, le Centrafrique etc. Ces partenariats concernent entre autres la médecine d'urgence, la gériatrie, la dialyse, la chirurgie cardio vasculaire, les soins palliatifs mais également le management. Cette politique d'ouverture oblige à une réflexion professionnelle dans le cadre des coopérations, d'un point de vue soignant (pratiques), organisationnel et budgétaire, que ce soit pour les professionnelles qui se rendent à l'étranger mais également pour les paramédicales étrangères qui viennent en France se former.

Nous envisageons donc la communication interculturelle comme l'installation d'une passerelle entre les cultures, facilitant les échanges dynamiques. Le but n'est pas de réaliser une fusion de celles-ci afin d'obtenir l'unicité mais bien de préserver leur singularité. L'hôpital est un endroit où se côtoient diverses populations dans une

²³⁸ Demorgon, J., *Histoire interculturelles des sociétés*, Anthropos, Paris, Economica, 2002

²³⁹ Caune, J., 2010, *Op.cit.*, p.98

²⁴⁰ Clanet, C., *L'interculturel : introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*, 2^e édition, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1998

²⁴¹ Galinon - Méléneq. B., 2007, *Op.cit.*, p.91

communication interculturelle ce que Demorgon (2003)²⁴² qualifie de « *troisième perspective relationnelle* ». Elle vient en complément du multiculturel (différences fortes) et du transculturel (valeurs communes aux populations différentes). Elle est « *une démarche, un mode d'analyse de la diversité* » (Nowicki, 2002, p.64)²⁴³ à la fois prenant en compte le passé mais aussi l'avenir. Elle permet de tester dans l'échange quotidien et durable les références communes aux cultures en présence.

Cela nous renvoie à l'approche orchestrale de la communication interculturelle dans laquelle les individus restent corrélés à leur propre culture tout en étant ouverts à celle des autres (Winkin, 2001)²⁴⁴. La communication porte alors sur les interactions dans leur contexte mais également dans "leur signification sociale". De ces interactions émergent les "effets de saillance culturelle" décrits comme l'inférence des spécificités culturelles sur les situations. Celles-ci existent dès lors que les univers de significations et les formes d'expressions ne sont pas partagés par les individus en présence (Marandon, 2003)²⁴⁵.

Dans l'hôpital, si le soin est commun aux soignants, son approche et ses pratiques ont leur spécificité. « *Les cultures sont des totalités complexes qui comprennent les connaissances, les morales, les coutumes (...) et plus généralement toutes capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société... cette acquisition se réalise à travers la socialisation* » (Vega, 2007, p.137)²⁴⁶. C'est ainsi que la culture apparaît comme un déterminant fondamental dans le quotidien des soignantes et dans l'organisation.

3-1 L'émergence de la culture

La manifestation de la culture peut être perçue comme soudaine par les professionnels de santé, celle-ci pénétrant l'hôpital et questionnant subitement les pratiques, les habitudes et les représentations des soignantes à propos de la maladie, de la mort, de la naissance, de la vie, à propos du malade lui-même et des soins.

²⁴² Demorgon, J., L'interculturel entre réception et invention, dans *Questions de communication, Numéro 4*, pp. 43-70, (2003), Nancy, Presses Universitaires de Nancy

²⁴³ Nowicki, J., 2002, *Op.cit*, p.64

²⁴⁴ Winkin, Y., *Anthropologie de la communication, de la théorie au terrain*, Essais Points, Numéro 448, Deboeck université, Paris, Seuil, 2001

²⁴⁵ Marandon, G.(2003)., Au-delà de l'empathie cultiver la confiance : clés pour la rencontre interculturelle, *Révista CIDOB d'Afers internacionals Numéro 61-62*, (259-282)

²⁴⁶ Vega, A., *Soignants soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Bruxelles, De Boeck, 2007

A l'hôpital, le malade occupe certes une place centrale déterminante, mais il est aussi "usager" parmi d'autres, représentés dans la Commission de la Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) et les associations. Prenons le cas des urgences. Ce service constitue la principale porte d'entrée à l'hôpital et accueille des usagers hétérogènes dans leur origine, leur langue, leur mode de vie, leurs conditions socioéconomiques et professionnelles, leur culture, leur religion, voire leur représentation de la maladie, de la douleur, de la mort et du soin. Dès l'admission à l'hôpital, s'occuper de cet usager prend une dimension sociale et interculturelle, mêlant la différence culturelle, les modes de communication et d'échanges ainsi que son environnement. Ainsi aux urgences, toutes les langues se parlent. Le cadre de santé et les soignantes des urgences sont alors confrontées à des individus ne s'exprimant pas en français ou le parlant mal. La présence d'un interprète s'impose de fait, pour que le dialogue puisse s'instaurer et que la prise en soins puisse être mise en œuvre. L'hôpital mobilise des ressources en interne (soignante d'un autre service par exemple ou interprète identifié) mais parfois, le recours à un interprète extérieur à l'hôpital est nécessaire pour certaines langues ou dialectes.

Nous ne considérons pas ici le tourisme médical qui est en plein essor, destiné à rapporter des fonds aux établissements de santé qui en sont partenaires. Il concerne en général des établissements privés ou publics à but lucratif, le tourisme médical étant destiné à des usagers aisés. Rappelons qu'à l'hôpital, le tarif des soins est celui appliqué par la sécurité sociale, il n'y a pas de marge bénéficiaire. Nous évoquons dans notre constat des usagers étrangers qui sont en situation précaire, bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) destinée à permettre l'accès aux soins aux étrangers, ou de la Couverture Médicale Universelle (CMU) pour les personnes non couvertes par leur statut mais résidant sur le territoire français et qui ont un accès aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Ceux-ci peuvent bénéficier d'une prise en charge médico-sociale en dehors des services d'urgences.

La dimension verbale de la communication interculturelle ne peut occulter les éléments non-verbaux qui caractérisent certaines cultures et deviennent alors cruciaux à l'hôpital : le kinésique (le mouvement), la proxémique (distance à l'autre), la chronémique (rapport au temps), la synchronie culturelle (la manière dont se règlent

collectivement les mouvements et déplacements, les rythmes...), l'haptique (formes tactiles), le sensorique (les échanges sur des modes sensoriels) et le paralinguistique (étude des sons audibles dans les émissions verbales). Sans cette connaissance des différences comportementales, la communication devient difficile et parfois conflictuelle (Marandon, 2003, *Op.cit.*)²⁴⁷. En outre, les signes contribuent également à l'étude et la compréhension de la culture, au-delà des manifestations telles que les rites, les comportements... :

Le phénomène culturel est à examiner dans la relation de l'individu au groupe. La culture n'existe que dans la manifestation expressive ou symbolique d'un sujet ; le phénomène de communication suppose un locuteur, un sujet de l'énonciation qui utilise un langage commun au groupe (Caune, 2006, p.66)²⁴⁸.

Il convient donc de prendre en compte cette diversité culturelle et ces dimensions verbales et non-verbales, dans les relations interpersonnelles existantes au sein de l'hôpital. Toutefois, seuls seront étudiés dans le présent tapuscrit les phénomènes de communication au sein des équipes de soins métissées. La vision de la culture est large, nous nous intéressons aux personnes et à leurs comportements dans le groupe, en tant qu'acteurs de la communication.

3-2 Une diversité culturelle au sein de l'hôpital

Si les usagers accueillis à l'hôpital sont à l'image de la société, il en est de même pour les personnels soignants qui exercent dans l'institution. A ce jour, il n'existe pas à notre connaissance de recensement des usagers ou des soignantes selon leur pays d'origine et/ou leur culture, dans chaque hôpital considéré. L'évaluation de l'importance de cette diversité repose sur une approche intuitive et empirique corrélée aux statistiques nationales en terme de population. Sur ces questions, qui revêtiront une grande importance lors de l'étude empirique, nous reviendrons point par point.

En revanche, plusieurs études sur les personnels soignants étrangers ou français des DOM TOM sont menées. Evrard (1988)²⁴⁹ s'intéresse à l'intégration des infirmières antillaises dans les hôpitaux de Paris qui apparaît comme difficile. Elles représentent

²⁴⁷ Marandon, G., 2003, *Op.cit.*

²⁴⁸ Caune, J., Le langage comme phénomène culturel, dans *Culture et communication, convergences théoriques et lieux de médiation*, (pp.31-49), Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2006, p.66

²⁴⁹ Evrard, C., L'intégration des infirmières antillaises dans les hôpitaux de Paris, *Recherche en soins infirmiers*, Numéro 14, octobre 1988, (25-29)

23.9% d'une population soignante originaire des DOM TOM dans ces établissements. En parallèle avec le Québec, une autre étude menée dans les hôpitaux parisiens rapporte que parmi les soignantes, 23% sont issues de l'immigration. Ce taux atteint 33% pour les aide-soignantes (Cognet, 2001). En 2004, cette auteure poursuit ses recherches s'intéressant alors aux différentes formes de racisme dans les soins et dans les services de santé, notamment à l'égard des infirmières noires. Ce racisme provient des soignés mais aussi des soignants eux-mêmes. Selon elle, ces manifestations sont le reflet de la société²⁵⁰. La diversité à l'hôpital interpelle les chercheurs. Bertossi et Prud'homme (2011)²⁵¹ réalisent une enquête sur quatre établissements de l'Ile de France. Ils mènent cent seize entretiens de personnels paramédicaux, médicaux, administratifs, patients et représentants du secteur associatif à l'hôpital. Sur les soixante-dix professionnels, 64.4% sont nés étrangers ou originaires des DOM TOM et 48.7% d'entre eux sont nés en France mais de parents étrangers. Un médecin sur quatre travaillant dans les établissements français en 1990 est étranger. Citons l'expérience de la création d'un institut européen de la santé en 2001 dans le Tarn, où se pratique de manière intensive l'apprentissage du français. Cet établissement naît de la pénurie des infirmières et du recours aux infirmières espagnoles. Deux cent cinquante d'entre elles sont accueillies dont plus de la moitié travaillent et demeurent en France aujourd'hui. L'expérience de cet institut s'étend aux médecins.

Le métissage des équipes soignantes apparaît corrélé à l'évolution de la société, cette dernière étant le produit de l'immigration, des unions mixtes et des flux de populations, de l'ouverture des frontières et de la constitution de l'Union Européenne. La libre circulation des professionnelles par équivalence de certains diplômes facilite le mouvement des individus et de leur famille, à l'origine d'un métissage que nous observons à l'hôpital, d'un mélange des cultures et des pays d'origine au sein des équipes soignantes. Nous ne pouvons nous référer à des données probantes permettant d'affirmer que la typologie des équipes soignantes est corrélée aux flux migratoires. Pour autant, les études épidémiologiques et les recensements de populations effectués

²⁵⁰ Cognet, M., Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste, dans Face à Face, regards sur la santé, Numéro 6, *Conceptions professionnelles et pratiques des acteurs de santé*, pp.1-14, (2004), <http://faceaface.revues.org/344>, (consulté en ligne le 04/04/2013)

²⁵¹ Bertossi, C, Prud'homme, D., *La diversité à l'hôpital : identités sociales et discrimination*, IFRI, (2011), <http://www.ifri.org/?page=detail-contribution&id=6728>, (consulté en ligne le 27/11/2012)

par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) montrent que les populations immigrantes sont installées préférentiellement dans certaines régions.

L'étude menée par Evrard (1988) met en évidence une prédominance des professionnelles "noires" originaires de l'Afrique sub-saharienne ou des Dom Tom dans la fonction d'aide-soignante. Pour elle, ces professionnelles s'orientent plus volontairement vers des formations courtes comme celle d'aide-soignante qui s'effectuent en dix mois. Les conditions socio économiques et familiales à l'arrivée en France peuvent constituer un frein à des études plus longues comme la formation d'infirmière qui s'effectue sur trois années. En outre, la relation au corps est différente et fait de ces femmes maternantes d'excellentes aide-soignantes (Ansermet, 2011)²⁵² ce qui peut les orienter préférentiellement vers ce métier du soin. Toutefois certaines soignantes antillaises expriment des difficultés à trouver du travail en métropole (Evrard, 1988)²⁵³⁻²⁵⁴.

Ce nouveau profil des équipes de soins peut être facilitant dans la relation avec les malades de même origine. Parlant la même langue que les soignantes, la compréhension des situations et des soins à prodiguer en est facilitée. En revanche, ce métissage nécessite des connaissances spécifiques en lien avec les origines, les cultures, les modes de communication qui leurs sont propres. Ceci conforte notre questionnement portant sur l'unicité ou la pluralité de la culture soignante à l'hôpital.

3-3 Une culture soignante et/ou des cultures soignantes ?

L'hôpital est une réalité sociale, une réalité humaine ouverte sur l'extérieur, coordonnant les comportements des professionnels qui y travaillent. En contexte interculturel, les interrelations déterminent la culture du groupe et les comportements élaborent des sous-groupes :

Il pourra même être question de culture ou de sous culture particulière au groupe, dans la mesure où l'intensité des interactions va susciter un ensemble de manières de faire, de sentir et de penser, qui sont caractéristiques du groupe à un moment donné (Bernoux, 1990, p.55)²⁵⁵.

²⁵² Ansermet, C. (2011). Aide-soignante : un travail sexué et racialisé, *Revue d'information sociale*, Reiso, (1-3)

²⁵³ Evrard, C., 1988, *Op.cit.*

²⁵⁴ Nous reviendrons sur cette situation lors de l'interprétation de notre enquête.

²⁵⁵ Bernoux, P., *Sociologie des organisations*, Paris, Seuil, 1990

A l'hôpital, l'équipe de soin a une identité soignante. Et cependant, la culture procède à un "découpage" de cette équipe selon les pratiques, les approches, les manières de faire ou de penser un soin ou une situation (le rapport à la mort des africaines subsahariennes, la prédominance du soin tactile, les rites funéraires selon la confession religieuse, les habitudes alimentaires et d'hygiène...). La soignante se détermine par des subdivisions liées au processus identitaire. Celui-ci se déroule à partir d'une pluralité et serait donc indissociable du processus de socialisation. Selon Coutu – Wakulczyk (2003), la culture dans les soins regroupe des comportements transmis en famille et partagés avec l'ensemble du groupe culturellement semblable. L'appréhender fait appel aux croyances, aux valeurs, aux coutumes et traditions, aux habitudes de vie, aux représentations... Elle est faite de « *tous les produits de travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population* » (p.34)²⁵⁶.

Les types de soins à dispenser et les secteurs d'activité influent sur l'identité professionnelle des soignantes. Tout comme la culture influence les perceptions de la santé et de la maladie mais également l'ensemble des situations rencontrées. La traduction du contexte s'opère avec ses savoirs, savoir-faire, attitudes, croyances voire son idéologie. L'attitude renvoie à un état de penser, se fondant sur la croyance en quelque chose ou quelqu'un et acceptée comme vraie par la personne et son groupe d'appartenance. L'ensemble des pensées et croyances rapportées aux besoins et aspirations "ethnoculturelles" constitue l'idéologie. Ainsi, exercer dans les secteurs de gériatrie demeure encore difficile aujourd'hui, que ce soit en tant qu'infirmière, aide-soignante et même en tant que cadre de santé. La gériatrie est un secteur qui retient notre attention à plusieurs titres. Elle est une spécialité dévalorisée par les autres spécialités de l'hôpital, par les représentations qu'en ont les professionnelles et/ou les usagers. Dans son étude, Laurens (2000)²⁵⁷ interroge par questionnaire cent-cinquante infirmières de l'hôpital considéré, exerçant dans différentes spécialités. Elle souhaite connaître leur représentation des services de gériatrie : 24% d'entre elles assimilent cette dernière à un « *mouroir* », 20% disent de ces services qu'ils sont « *difficiles* » et

²⁵⁶ Coutu-Wakulczyk, G.(2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell, *Recherche en soins infirmiers*, Numéro 72, (34-47)

²⁵⁷ Laurens, C., 2000, *Op.cit.*

14% que ce sont des services « *d'oubli* » (p. IX)²⁵⁸. D'autres considèrent la gériatrie comme un « *service de chronicité* » et étant la « *dernière roue de la charrette* ». Ces propos renvoient à des croyances personnelles ou collectives. Elles contribuent à l'élaboration de la vision néfaste de ce secteur. En outre, les représentations qu'ont les infirmières de leurs pairs exerçant dans cette spécialité contribuent à cette dévalorisation (« *diplôme différent* », « *service disciplinaire* », « *déontologie différente* »...) ²⁵⁹ faite de méconnaissance, d'une histoire, de perceptions, etc. C'est ainsi que les infirmières se différencient au sein même du groupe professionnel.

Ainsi, toute profession tend à se constituer en "groupe de pairs avec son code informel, ses règles de sélection, ses intérêts et son langage communs" et à sécréter des stéréotypes professionnels excluant, de fait, ceux qui n'y correspondent pas. (Dubar, 1992, p.144)²⁶⁰.

La gériatrie est porteuse d'une histoire et de représentations dont l'évolution est difficile. Elles sont entretenues par des profanes ou des néophytes. Les infirmières ne se valorisent pas dans leur rôle propre ou autonome, mais dans les soins techniques, le rôle prescrit, les actes induisant un mimétisme au médecin (Laurens, 2000)²⁶¹. Or la gériatrie n'est pas reconnue par les pairs comme un service pilote ou technique. Pourtant, ce secteur s'est transformé au cours des trente dernières années, évoluant au rythme des projets, des politiques de santé (plan Alzheimer, plan canicule, plan vieillissement et grand-âge, onco-gériatrie...); adaptant ses modes de prise en charge (hospitalisation complète, de jour, de semaine, soins palliatifs, post urgence gériatrique...); développant les axes de recherche pour lutter contre la maladie "sénile" et les complications liées au vieillissement; publiant et communiquant les travaux menés par les équipes gériatriques.

Nous insistons sur cette spécialité gériatrique, prenant en soins les personnes âgées malades car les aide-soignantes non autochtones et principalement "noires" semblent y être préférentiellement recrutées. Nous n'avons pas connaissance d'étude permettant d'affirmer ce constat professionnel reposant sur l'observation, le retour d'expérience

²⁵⁸ Laurens, C., La valorisation de l'infirmière par ses pairs: une question de secteur d'activité, *Objectifs soin, Numéro 82*, cahier du management, (2000), pp VIII-X, Langres : wolters-kluwer, p.IX

²⁵⁹ Laurens, C., *La valorisation de l'infirmière au CHU de Toulouse : une question de secteur d'activité*, Mémoire de recherche en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de cadre de santé, Institut de Formation des Cadres de Santé de Midi Pyrénées, Toulouse, 1997

²⁶⁰ Dubar, C., *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1992

²⁶¹ Laurens, C., 2000, *Op.cit*

des soignantes. Toutefois, celui-ci semble corroborer les travaux de Cagnet, Ansermet et Evrard évoquées précédemment : des études courtes et une prédisposition culturelle à la prise en soins des personnes âgées. Cependant, nous ne chercherons pas à confirmer ces hypothèses, elles ne constituent pas notre objet de recherche. Nous faisons simplement un constat qui éclaire ce dernier. En revanche, le métissage des équipes de soins nous interpelle en termes de pratiques, de vision des soins et de communication dans la relation soignante-soigné et d'équipe. Ceci nous amène à nous questionner sur quelle peut être l'influence de l'interculturel dans les pratiques ? En quoi la pluralité de la culture soignante en fait-elle sa singularité ? Comment le métissage des équipes et l'interculturel qui en émerge influence-t-il la communication des soignantes ?

Selon Bastenier, l'appartenance à un groupe ethnique est un « *ensemble de caractéristiques culturelles héritées* » (2004, p.109)²⁶², un sujet qui demeure tabou en France, l'expression d'une « *identité stigmatisée* » (Labelle, 2006)²⁶³. Aborder le sujet de l'interculturel sous l'aspect "ethnique" est complexe. Il est souvent adossé au racisme, un mot à l'origine de remous médiatiques et sociaux. L'interculturel dans les équipes soignantes est une rencontre entre des individus culturellement différents dont les savoirs sont issus de l'éducation, de la culture, de l'origine (Rabasso, Rabasso, 2007)²⁶⁴. La culture soignante (professionnelle) se fonde à l'individuelle devenant :

Un ensemble lié de manières de penser, de sentir, d'agir plus ou moins formalisées, qui étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent de manière objective et symbolique à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte (Rocher, 1992, p.4)²⁶⁵.

La culture soignante est singulière dans son approche collective, par les savoirs professionnels qu'elle regroupe au travers des individus qui composent les équipes. Elle

²⁶² Bastenier, A., *Qu'est-ce qu'une société ethnique ? Ethnicité et racisme dans les sociétés européennes d'immigration*, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, PUF, 2004

²⁶³ Labelle, M., Un lexique du racisme, études sur les définitions opérationnelles relatives au racisme et aux phénomènes connexes, *Coalition internationale des villes contre le racisme, documents de discussion*, Unesco, Numéro 1, (2006), pp.1-49, <http://unesdoc.unesco.org/0014/001465/146588f.pdf>, (consulté en ligne le 01/05/2012)

²⁶⁴ Rabasso, C-A, Rabasso, E-J., *Introduction au management interculturel, pour une gestion de la diversité*, Paris, Ellipses, 2007

²⁶⁵ Rocher, G., La notion de culture, *Extrait chapitre IV : culture, civilisation et idéologie, introduction à la sociologie générale*, (1992), pp.1-10, http://jmt-sociologue.ugac.ca/www/word/387_335_CH/Notions_culture_civilisation.pdf, (consulté en ligne le 01/05/2012)

met en commun les acquis d'une formation initiale, d'une expérience, d'une expertise, des compétences qui sont partagées dans le groupe. En revanche, elle devient plurielle par la rencontre des cultures individuelles qui forment l'équipe et qui en font la complexité dans son fonctionnement. Purnell (2002) modélise la « compétence culturelle » dans les pratiques infirmières autour des différences et des similitudes présentées par les individus : « *La compétence culturelle est une adaptation du soin de telle sorte qu'il intègre la culture du client et est par conséquent un processus conscient et non linéaire* » (Purnell, 2002, p.193)²⁶⁶. Dans la lignée des travaux de cet auteur, Coutu – Wakulczyk (2003)²⁶⁷ se réfère aux douze domaines de la culture qui participent du soin interculturel et les rapportent à un modèle transculturel. Elle adopte une vision progressive du macro vers le micro, allant de la société, la communauté, la famille vers la personne. Six de ces domaines nous interpellent : la vue générale (influence du pays d'origine), la communication, les pratiques de soins, le rituel mortuaire, la nutrition, les comportements à risque élevé (en lien avec les pratiques de soins). Nous y reviendrons.

La culture soignante semble évoluer au gré des personnes composant le groupe, dans les savoirs et valeurs partagées et ne peut donc être comprise comme étant homogène. Elle impose aux professionnelles de développer une compétence interculturelle. Hagan (2007) étudie cette compétence pour la population infirmière au travers du soin interculturel qu'il identifie comme tel « *quand celui-ci renvoie à des activités soignantes ou non soignantes et concourt à établir une relation thérapeutique entre un soignant et une population dont la culture diffère du modèle "dominant"* » (p.9)²⁶⁸. Devenir compétent dans l'interculturel implique la connaissance et la compréhension de l'influence qu'ont les comportements différents des malades sur la santé. Le respect de ces différences intègre la démarche clinique de la soignante et sa conscience professionnelle.

Nous pouvons postuler que la "culture soignante" ne peut être qualifiée de singulière, d'unique, étant composée d'une pluralité de cultures faisant varier les pratiques de soins

²⁶⁶ Purnell, L., The Purnell Model for Cultural Compétence, *Journal of transcultural Nursing*, Volume 13, Numéro 3, (July 2002), pp.193-196, Unites States of América, Thousand Oaks, Sage Publication (Notre traduction)

²⁶⁷ Coutu – Wakulczyk, G., 2003, *Op.cit.*

²⁶⁸ Hagan, A. (2007). La compétence culturelle des infirmières, *Cahiers METISS*, Volume 2, Numéro 1, (9-21)

(actions, travail individuel et collectif, connaissances), les approches soignantes (pensée, croyances, attitudes, représentations, compréhension, etc.) mais aussi les pratiques managériales par le cadre de santé dans lesquelles s'inscrivent la dimension interculturelle de l'équipe.

3-4 Un cadre de santé manager de l'interculturel

Le contexte interculturel impose aux soignantes de développer une nouvelle compétence. Evoquer "la culture soignante" comme unique et homogène demande nécessairement à être revisité. Nous concevons aisément que la diversité culturelle amène cette pluralité d'approches du soin qui donne à la culture soignante un contour souple et mouvant, une densité variable selon les individus composant l'équipe de soin. Nous nous intéressons dans notre recherche à comprendre comment le cadre de santé gère l'équipe en contexte interculturel dans le quotidien des soins et des phénomènes communicationnels.

Le brassage des populations et la pluralité de la culture soignante attribue au cadre de santé une fonction prégnante : il contrôle les soins, les différentes actions menées dans le secteur par l'équipe soignante. Il opère également des réajustements et s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité. Pour assurer cette activité, il se situe au cœur des phénomènes communicationnels, des situations et des interactions. Il ajuste, anticipe, coordonne, adapte et s'adapte aux situations et au contexte : « *un espace d'intersubjectivité et de compréhension réciproque (...) d'établir des accords solides.* » (Bourret, 2009, p.54)²⁶⁹. Il assure un travail de régulation et d'articulation qui fait du travail individuel une entreprise collective, contribuant ainsi à la co-construction du sens des actions en équipe. Celles-ci sont reconstruites en permanence, les interactions s'ancrent sur le matériel et l'humain, en fonction du contexte (Suchman, 1987)²⁷⁰. Ainsi, dans la gestion d'équipes, l'action est le socle de la cognition : « *l'action est orientée vers un but et dépend des moyens et des circonstances du moment* » (Bouzon, 2004, *Op.cit.*, p.184)²⁷¹. Chaque soignante occupe une fonction, réalise des activités et

²⁶⁹ Bourret, P., 2009, *Op.cit.*, p.54

²⁷⁰ Suchman, L., *Plans and situated actions, the problem of human-machine communication*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987

²⁷¹ Bouzon, A., 2004, *Op.cit.*, p.184

des actes dans un contexte précis et selon une temporalité. La cognition prend en compte l'environnement, l'individu au travail et son identité personnelle, soit l'individu dans sa globalité. Elle est dite "située et organisée" de par les éléments qui la déterminent, des objets communicationnels non détachables de la culture ce que les travaux d'Hutchins en 1995 mettront en évidence²⁷². L'hôpital en tant que milieu, environnement et règles, permet les interrelations, les interactions et les actes communicationnels.

Selon Bonnet et Bonnet (2007), manager des hommes impose de revisiter les compétences, le cadre étant amené à « *répondre à la complexification des relations sociales, du travail et des modèles organisationnels* » (p.262)²⁷³. Pour ces auteurs, chaque situation de travail ou événement exige des professionnels une réflexion, une prise de décision, une mobilisation des trois savoirs (savoir en terme de connaissances ; savoir faire : maîtrise technique et pratique ; savoir être par les comportements adaptés). En outre, le travail du cadre se construit sur la prescription (commande institutionnelle), l'activité (faisant l'objet d'une traduction selon le cadre de référence des individus) et la compétence managériale. Le management est un état d'esprit, une ouverture, une écoute, un dialogue mais également une volonté dans la recherche de l'efficacité collective, un « *vecteur pour le lien social, l'épanouissement personnel et professionnel des acteurs et l'efficience fonctionnelle et symbolique de l'organisation* » (Ibid., p.261)²⁷⁴. Pour autant, les actions managériales se fondent aussi sur un « *rapport salarial, une dépendance du salarié vis-à-vis de l'autorité exercée par l'employeur* » (Bouillon, Mass, *Op.cit.*, p.59)²⁷⁵. Ce qui induit des relations de pouvoir entre les personnels et les cadres et place les individus dans des logiques souvent différentes.

Manager une équipe mobilise de la persuasion, des stratégies, des enjeux et la réponse à des intérêts de manière consciente ou non. Cela s'apparente à une certaine manipulation dans la communication qui s'élabore entre les dirigeants et les autres (Benoit, 1998)²⁷⁶.

²⁷² Hutchins, E., *Cognition in the wild*. Cambridge, M.A, MIT Press, 1995

²⁷³ Bonnet, R, Bonnet, J., L'analyse du travail du manager. Au-delà de l'analyse de la prescription et de l'activité, comprendre « l'effet manager » comme production de sens, *Revue Communication et Organisation*, 31/2007, (247-263)

²⁷⁴ *Ibid.*, p.261

²⁷⁵ Bouillon, J-L, Mass, E., *Op.cit.*, p.59

²⁷⁶ Benoit, D., La "manipulation" dans la communication, *Communication et Organisation*, Management par projet et logiques communicationnelles, *Numéro 13*, 1998, (224-244)

Une partie de ce travail managérial constitue une activité "peu lisible", un travail qui ne se mesure pas. Il ne se perçoit pas et pourtant permet à l'organisation de fonctionner et de rendre les résultats attendus, des soins de qualité aux personnes soignées prise en charge à l'hôpital. En revanche, le cadre de santé a la capacité de faire émerger l'intelligence de chacun, « *constituer une équipe pour réaliser une œuvre d'intérêt commun, mettre en valeur et développer les ressources et les talents de chacun dans un projet collectif (...) les techniques de management ne sont qu'accessoirement les outils d'une création* » (Villette, 1988, pp.159-160)²⁷⁷ au travers de démarches collectives pluridisciplinaires :

Une meilleure compréhension de la dimension collective et communicationnelle de l'activité hospitalière apportera des éclairages intéressants en matière de fiabilité et de qualité des soins, de conditions de travail, de management, de communication interne, d'implantation de nouvelles technologies et améliorera "l'intelligence" de ces collectifs de soins (Grosjean, Lacoste, 1999, p.4).

Ce sont les échanges conversationnels qui participent à la construction de l'intelligence collective, elle est élaborée dans le croisement des capacités individuelles, le surenchérissement de celles-ci dans une réflexion partagée. Elle permet une « *coopération intellectuelle* » des membres du groupe dans des temps impartis à la réflexion collective. Elle contribue ainsi au processus de décision par la mobilisation simultanée des connaissances : « *L'intelligence collective dans sa dimension opérationnelle est la capacité d'une organisation, d'un collectif à se poser des questions et à chercher des réponses ensemble* » (Zara, 2005, p.185)²⁷⁸. Elle peut apparaître à condition que le cadre autorise et facilite les échanges dans le collectif. En revanche, le concept d'intelligence collective demeure complexe à définir et relève d'une interdisciplinarité.

La pensée collective existe dès lors que deux personnes ou plus sont en train d'échanger des pensées [...] si une troisième personne se joint, un nouveau collectif se crée, la disposition prévue sera dissoute et avec elle la force créative de cette ancienne petite collectivité (Fleck, 1979, p.44)²⁷⁹

²⁷⁷ Villette, M., *L'Homme qui croyait au management*, Paris, Seuil, 1988

²⁷⁸ Zara, O., L'émergence du coaching collectif à travers le management de l'intelligence collective, dans Dufau, H, Perdriset, F., *Le coaching, enjeux, paradoxes et perspectives*, Communication et Organisation, Numéro 28, décembre 2005, (pp.184-193), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux, p.185

²⁷⁹ Fleck, L., *Genesis and development of a scientific fact*, translated by Bradley, F, J.Trenn, T, United States of America, Chicago, The University of Chicago Press, 1979, p.44

Cette forme d'intelligence fait émerger une interdépendance intellectuelle, une solidarité de pensée au cœur même des interactions et des relations interpersonnelles. Le Moigne (2009)²⁸⁰ dans une approche constructiviste, différencie "la moindre action" de celle produite dans un construit collectif réfléchi "l'action intelligente". Cette dernière demande une co-construction du sens, elle produit des connaissances actives dans un processus dynamique intégrant la « *complexité des mondes* ». Cela nous renvoie à manager au sens de "penser et d'organiser" mais surtout, construire et agir ensemble dans un contexte organisationnel fait d'incertitude (Meier, 2008)²⁸¹. Dans l'univers hospitalier, l'élaboration du chemin clinique du patient en est un exemple.

Le chemin clinique fait son apparition depuis quelques années à l'hôpital, conjuguant les talents des équipes pluridisciplinaires œuvrant pour le malade. Le chemin ou itinéraire clinique émerge en 1985 au New England Medical Center de Boston sous l'appellation « *clinical pathway* ». Dès 2004, il fait l'objet d'une méthode préconisée par l'HAS pour améliorer la qualité des soins et la performance. C'est un outil de gestion de la qualité des soins, une standardisation de processus qui selon Dancausse et Reyes (2009)²⁸² développe l'intelligence collective du groupe pluridisciplinaire grâce au partage des connaissances, la concertation, l'alliance entre les acteurs, la création d'outils communs. Le cadre de santé fait partie intégrante de la constitution de ce chemin clinique et du "parcours patient" ce qui lui demande de recourir dans son management à la dimension communicationnelle, la co-construction du sens "en" et "par" l'équipe (Both, 2007)²⁸³. Elle est favorisée par le respect des normes et standards, d'une intelligence collective. La profession soignante se construit sur l'homogénéisation des savoirs reconnus et validés, ce qui interroge le contexte interculturel.

La différence culturelle et identitaire coexiste, tout groupe constitue des références au cours de son histoire dont résulte une culture pourvoyeuse de valeurs, de croyances, de rites, de langages ou de signes de différence statutaire.

“ *a thought collective exists wherever two or more people are actually exchanging thoughts (...) if a third person joins in, a new collective arises the previous mood will dissolve and with it the special creative force of the former small collective*” (notre traduction)

²⁸⁰ Le Moigne, J-L., *Le constructivisme tome II, épistémologie de l'interdisciplinarité*, Paris, L'Harmattan, 2009

²⁸¹ Meier, O., *Management interculturel, stratégie, organisation, performance*, Paris, Dunod, 2008

²⁸² Dancausse, F, Reyes, P., *La valeur ajoutée du chemin clinique : l'approche par les résultats et le partenariat avec les patients*, (pp.1-8), Grieps, Nice, AFEDI 19^e journée d'Etude Européenne du 26/11/2009, <http://www.grieps.fr/files/articles/NiceAFEDI.pdf>, (consulté en ligne le 08/12/2012)

²⁸³ Both, A., *Les managers et leurs discours, anthropologie de la rhétorique managériale*, Etudes culturelles, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2007

Selon Bonnet et Bonnet (2007) une compétence managériale apparaît ayant

recours à la pensée de complexité et à des modèles de pilotage moins finis et moins certains, à un raisonnement par les interactions et les processus et non seulement par les procédures, à la prise en compte de nouveaux comportements et des identités multiples des individus, à l'interculturalité qui en découle... (Op.cit., p.261)²⁸⁴.

D'autres éléments sont donc nécessaires à prendre en compte par les managers, tels que les catégories issues de la culture. La compréhension des situations complexes rencontrées et les réponses satisfaisantes à apporter pour chacun des protagonistes paraissent fondamentales. « *Le management est donc un processus d'apprentissage qui doit être pensé et "agi" en permanence* » (Thevenet, 2007, p.80)²⁸⁵. En revanche, la gestion par les managers de cette diversité au sein des équipes qu'ils encadrent semble délicate. Loth (2006) s'y intéresse dans son étude sur les enjeux et la gestion par les managers de la diversité culturelle. Selon cet auteur, demander à des individus de collaborer alors même qu'ils sont différents dans leurs valeurs, leurs croyances, leurs comportements n'est pas sans complexité. « *Autant d'éléments qui viennent accroître les difficultés du travail collectif, puisqu'il s'agit d'intégrer des membres dont les hypothèses culturelles ne sont pas forcément identiques en matière de conception et d'organisation du travail* » (p.125)²⁸⁶. Communiquer en situation interculturelle pour un manager, c'est entrer dans un processus de communication où les acteurs subissent l'influence de la culture et de leur sensibilité respective. C'est valoriser les différences et « *privilégier une communication de type "interactionniste" pour promouvoir une forme de communication adaptée au contexte de la diversité qui mise sur la confiance et l'interaction* » (Meier, 2008, p.193)²⁸⁷.

Rappelons la définition de "manager" dans sa forme verbale, empruntée à l'anglais "to manage" : « *entraîner, conduire, diriger, s'occuper de* »²⁸⁸. Alors que dès la fin du XVIII^e siècle, le management concerne « *un ensemble de personnes chargées de l'administration, de la gestion ou de la direction d'une organisation, d'une entreprise* »²⁸⁹, manager devient peu à peu l'art et la technique de conduire, de diriger

²⁸⁴ Bonnet, R, Bonnet, J., 2007, Op.cit., p.261

²⁸⁵ Thevenet, M., *La culture d'entreprise*, Numéro 2756, Paris, PUF, 2007

²⁸⁶ Loth, D. (2006). Les enjeux de la diversité culturelle : le cas du management des équipes interculturelles, *Revue internationale sur le travail et la société*, Volume 4, Numéro 2, mai 2006, (124-133)

²⁸⁷ Meier, O., 2008, Op.cit, p.193

²⁸⁸ Définition de management selon cnrtl, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/management> (consulté en ligne le 01/04/2014)

²⁸⁹ Ibid

les hommes, d'organiser et de gérer, d'animer et de piloter l'action des professionnels dans l'objectif d'atteindre la performance pour le groupe, l'entreprise, l'institution. Parfois manager est aussi appréhendé comme un talent (un don, une capacité naturelle...). Toutefois les actions des managers dépendent de l'environnement interne et externe, des éléments du contexte sous influence du milieu ce que dès 1967, Lorsch et Lawrence mobilisent dans la théorie de la contingence. Elles exigent des comportements adaptés de la part de ces professionnels : « *Les jeux d'acteurs, de nature conflictuelle, consensuelle ou fondés sur la négociation, se nouent ou se dénouent autour de zones d'incertitude, c'est-à-dire autour de problèmes non résolus* » (Sainsaulieu, 2009, p.151)²⁹⁰. Le contexte interculturel des équipes soignantes ajoute à l'incertitude et complexifie l'élaboration des actions. Le cadre de santé pilote, partage, crée. Il tire parti des enseignements, des situations, modifiant ses comportements et ses pratiques, permettant aux individus de se réaliser et de se responsabiliser, faire de l'individu qu'il soit « *plus intégré, moins divisé, plus ouvert sur l'expérience, plus attentif à sa propre personnalité* » (Louart, 2002)²⁹¹.

La communication devient alors la première compétence du cadre de santé au sein du contexte organisationnel qui se veut interprétatif commun.

Les contrats, les procédures, les processus de travail, les définitions diverses, les décisions des autorités, les codes et les règles de travail, les conduites typiques et remarquables, les préséances explicites et implicites... sont des activités qui prennent un sens dans le contexte de l'organisation, et ce sont des activités qui forment (définissent) ce contexte. (Mucchielli, 2007, pp.137-138)²⁹².

Au-delà des caractéristiques de la fonction hospitalière, d'un service particulier, le cadre de santé a recours à la fonction de médiateur et d'interface dans les différentes interactions à l'œuvre pour l'ensemble des intervenants (partenaires, collaborateurs) dans le contexte général de l'hôpital. Le cadre de santé apparaît comme un « acteur humain » essentiel entre les différents intervenants, y compris entre les médecins et les

²⁹⁰ Sainsaulieu, I., 2009, *Op.cit.*, p151

²⁹¹ Louart, P., Maslow, Hertzberg et les théories du contenu motivationnel, *Cahiers de la recherche CLAREE*, IAE-USTL, (2002), http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/003/maslow_et_hertzberg/meheltnm.pdf , (consulté en ligne, le 14/05/2011)

²⁹² Mucchielli, A., Le contexte organisationnel : essai de définition d'un concept nécessaire pour les études sur les organisations, dans Bouzon, A (Dir.). *La communication organisationnelle en débat, champs, concepts, perspectives*, (pp.131-143), Paris, L'Harmattan, 2007

infirmières dont les activités permettent peu de partage des espaces communicationnels ensemble. Les échanges entre deux portes, « à la volée », ne sont pas suffisants à la mise en œuvre de leurs prestations de soins. L'interculturel majore cette nécessité de médiation par la méconnaissance des cultures qui se rencontrent, une implication et une volonté limitées des soignantes dans l'acquisition de cette connaissance, dans le respect et l'intégration des différences. Le travail d'articulation et de médiation du cadre de santé permet les ajustements dans le travail collectif des soignantes.

En conclusion,

L'hôpital apparaît comme un lieu d'hybridation empreint de son histoire et des réformes qui en font aujourd'hui un milieu contraint. Les évolutions des modes de prise en charge des malades et de gestion hospitalière ont transformé la vision de l'hôpital. En outre, l'organisation a été influencée par certaines variables qui complexifient et déterminent les interactions entre les divers professionnels. L'actuelle gestion par l'activité favorise la mise en œuvre de techniques d'impartition. Les salariés issus de populations dites "précaires" occupent des métiers relevant d'activités en partie externalisables. Ce qui remet en question la mission "d'ascenseur social" de l'hôpital pour ces professionnels.

Les métiers du soin ont évolué dans un processus de professionnalisation. Les équipes soignantes (cadres de santé, infirmières, aide-soignantes) se transforment à l'image de la société et des populations accueillies à l'hôpital. Composées essentiellement de femmes, elles deviennent interculturelles et évoluent en contexte de normalisation et de standardisation. L'organisation de l'hôpital se fonde sur des rapports collaboratifs et pour autant les professionnels de santé entretiennent des relations asymétriques. Elles reposent sur le pouvoir acquis et développé par chacun. En outre elles intègrent la valorisation de la fonction occupée, "perçue" et "reçue" par les soignantes, ce qui complexifie le travail collectif. La diversité culturelle a émergé ces dernières années dans ce lieu de normalisation et de standardisation de pratiques, contraint par les tutelles et la démarche d'amélioration de la qualité : l'hôpital. Elle s'impose aux professionnelles de santé et avec elle, une pluralité des représentations et d'interprétations influençant les pratiques de soins et la communication inter-individuelle. L'hôpital traite le corps physique comme le corps social, le symbolique et le pragmatique.

Dans ce cadre, il convient de considérer le travail interculturel individuel et collectif des équipes. Connaître et comprendre la communauté soignante interculturelle concernée (infirmières, aide-soignantes et cadres de santé) permet d'appréhender le construit collectif dans les interactions. Cette évolution et cette diversité nous interpelle dans ce contexte contraint et normé de l'hôpital. Ce sont des éléments que nous intégrons dans notre recherche et qui nous amènent à nous interroger :

De quelle manière le métissage influence-t-il la communication à l'œuvre dans l'équipe soignante ?

Pour autant que notre parcours professionnel puisse contribuer à cette compréhension des phénomènes observés, accéder à leur compréhension exigera d'adopter une posture d'apprenti chercheur. Ceci afin de limiter l'empreinte de nos propres représentations des situations de communication pouvant en modifier le sens. Dans le chapitre 3 qui suit, nous expliciterons nos choix raisonnés dans la détermination du terrain d'investigation, des techniques de recueil et d'analyse mais également d'un moment clé de communication : la relève²⁹³, en référence aux travaux de Grosjean et Lacoste (1999).

²⁹³ Nous notons que la relève est aussi appelée transmissions par les professionnelles. Ce terme est à différencier de l'approche télégraphique de Shannon et Weaver, il caractérise le moment réservé à l'échange des informations et non pas le contenu, le mode ou le circuit de l'information. Les échanges sont complexes, dynamiques et s'inscrivent dans le modèle orchestral ce que nous verrons au cours de la recherche que nous présentons.

Chapitre 3. Comment la cadre de santé devient chercheur

L'hôpital apparaît comme lieu d'exercice et de professionnalisation des soignantes, une structure contrainte, notamment sur le plan économique et interculturel, où évoluent des équipes de travail. Désormais, nous allons consacrer nos efforts à comprendre quel est dans ce cadre, le travail des équipes soignantes et comment la part individuelle contribue au collectif intégrant la dimension interculturelle. En effet, cette dernière interroge la place de la communication dans les relations interpersonnelles et les phénomènes communicationnels à l'œuvre dans le travail collectif des soignantes.

Pour ce faire, nous précisons que si nous sommes doctorante dans le cadre de ce travail de thèse, nous sommes également cadre de santé au sein de l'hôpital, ce qui exige de notre part un positionnement clair en tant que chercheur que nous explicitons en suivant. Afin de sortir de cette possible "schizophrénie paranoïde", de notre dédoublement de posture, nous choisissons d'ancrer notre réflexion en SIC et en convoquant la "théorie fondée". Par notre démarche empirique, nous questionnons ainsi les phénomènes communicationnels au cœur des équipes soignantes hospitalières en contexte interculturel et normé.

Ce qui nous intéresse dans cette recherche est de comprendre les interactions qui s'élaborent au sein de ces équipes soignantes en situation interculturelle. Selon Benelli, « *la construction de l'objet de recherche se fait à partir du terrain investigué* » (2011, p.41)²⁹⁴. Dans le sous-chapitre 2, nous déterminerons nos choix empiriques, le terrain et les techniques de recueil et d'analyse que nous choisirons d'utiliser de manière raisonnée ce que nous discuterons dans le sous-chapitre 3. Nous nous placerons dans une démarche heuristique, inductive, à visée exploratoire qui nous paraît la plus pertinente au regard de notre questionnement et de notre objet de recherche. En effet, il ne s'agit pas là de vérifier des hypothèses, des vérités, des certitudes établies et démontrées par des auteurs, mais bien de comprendre des phénomènes nouveaux observés sur le terrain. Ce qui pour Villemagne est à l'origine de « *la mise en dialogue*

²⁹⁴ Benelli, N., Rendre compte de la méthodologie dans une approche inductive : les défis d'une construction a posteriori, *Recherches qualitatives, Hors-série Numéro 11, Les défis de l'écriture en recherche qualitative.*, pp.40-50, (2011), <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html>, (Consulté en ligne le 01/07/2012)

des données durant toute la période de recherche a suscité des remises en questions et des ajustements jusqu'à la toute fin de la recherche » (2006, p.138)²⁹⁵. Notre thèse prend appui sur l'étude menée par Grosjean et Lacoste (1999) sur le travail à l'hôpital et nous choisirons de revisiter le moment clé de la communication que constitue la relève auprès d'équipes soignantes où nous ajoutons la composante de "métissées".

Ce travail inductif et exploratoire est tout sauf linéaire. Le chemin de cette recherche apparaît complexe, faisant émerger des dédales où la réflexion aurait tendance à s'égarer. Chaque découverte remet en questionnement notre constat, nos données et nos conclusions. Villemagne (2006) cite Chevrier qui dit de la démarche inductive qu'elle est une « réalité [...] en quête d'une théorie » (*Ibid.* p.142)²⁹⁶. Nous retiendrons ici cette vision de la démarche. Nous ferons le choix d'une réalité, celle de l'hôpital et des équipes soignantes "métissées" en contexte de normalisation.

Ainsi, la compréhension des phénomènes et des situations se fondera sur les données empiriques. Issues de l'enquête menée sur le terrain, elles seront confrontées aux données de la littérature, au gré du questionnement qui en découle. Les allers - retours entre le terrain et la théorie nous permettront ainsi d'explicitier les résultats au-delà de notre étude et de monter en généralité. Précisons tout d'abord les caractéristiques de la « *grounded theory* ».

1- La mobilisation de la "théorie fondée"²⁹⁷ par la cadre de santé

Pour apporter l'éclairage nécessaire à nos interrogations, nous convoquons la "théorie fondée" proposée par Glaser et Strauss (1967) traduite de l'anglais "the grounded theory". Ces sociologues américains étudient les méthodes de recherche sociale afin de savoir comment ils peuvent recueillir les faits issus du terrain pouvant expliquer les phénomènes. Au regard des faits, ils cherchent à savoir comment tester la théorie le plus rigoureusement possible. Ils expliquent :

²⁹⁵ Villemagne, C cite Chevrier, J.. (2006). Des choix méthodologiques favorisant une approche inductive : le cas d'une recherche en éducation relative à l'environnement, *Recherches qualitatives* Volume 26 (2), (131-144)

²⁹⁶ *Ibid.* p142

²⁹⁷ The Grounded theory traduite en français par la théorie fondée, la théorie ancrée, la théorie enracinée, la théorie venant d'en bas. Nous retiendrons dans ce travail la théorie fondée.

La théorie fondée, il a été mentionné qu'elle pouvait prendre plusieurs formes. Et bien que nous considérons le processus générant la théorie comme apparenté à des usages consécutifs et à une efficacité, la forme dans laquelle la théorie est présentée peut être indépendante de ce processus par lequel elle a été générée, utilisant des catégories conceptuelles et leurs propriétés (Glaser, Strauss, 2009, p.31)²⁹⁸.

Nous appuyant sur cette théorie, nous procédons donc à un ancrage sur notre terrain professionnel, l'hôpital, selon une approche qualitative (Buscatto, 2010)²⁹⁹ qui n'exclut en rien notre parcours de professionnelle de santé. Glaser et Strauss affirment en cela :

La théorie qui émerge de la collection et de l'analyse des données du chercheur est dans un sens, ce qu'il sait systématiquement de ses propres données (...) il a ses perceptions, ses expériences personnelles et sa propre victoire sur des analyses difficiles (2009, *Op.cit.*, p.225)³⁰⁰.

Le choix d'un objet d'étude et de recherche n'est pas anodin, il répond à un questionnement personnel issu d'un parcours, d'une expérience, que la démarche de recherche permet d'éclairer et auquel elle peut apporter des réponses. Le choix d'un objet de recherche repose parfois sur de l'intuition, sur l'interprétation que la personne peut avoir d'une situation, ce qui est notre cas dans ce travail. La démarche de recherche, le raisonnement logique, permettent alors à la doctorante apprenti chercheur que nous sommes, d'adopter un positionnement scientifique et non plus intuitif ou subjectif. Nous présentons notre parcours professionnel et les éléments éclairants notre démarche dans cette thèse.

1-1 Le parcours professionnel du chercheur

Notre parcours est sans nul doute qualifiable d'atypique vu de l'extérieur, pourtant ce cheminement est déterminant pour la professionnelle de santé que nous sommes devenue. Il nous paraît important pour la compréhension des étapes de ce travail de

²⁹⁸ Glaser, B-G, Strauss, A-L., *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, 4^e édition, Etats unis, New Brunswick, Aldine transaction, 2009

"Grounded theory, it should be mentioned, may take different forms. and although we consider the process of generating theory as related to its subsequent use and effectiveness, the form in which it was generated. Grounded theory can be presented either as a well-codified set of propositions or in running theoretical discussion, using conceptual categories and their properties" (notre traduction)

²⁹⁹ Buscatto, M, Daniellou, F, Terzac (de), G, Schwatz, Y. (Dir.). *La fabrique de l'ethnographe dans les rouages du travail organisé*, collection travail et activité humaine, Toulouse, Octares, 2010

³⁰⁰ Glaser, B-G, Strauss, A-L., 2009, *Op.cit.*, p.225

"The theory that emerges from the researcher's collection and analysis of qualitative data is in one sense to what he knows systematically about his own date (...) they are his perceptions, his personal experiences and hi own hard-won analyses" (notre traduction)

thèse, de présenter en quelques lignes notre cursus afin d'en expliquer les centres d'intérêt et d'ancrer nos questionnements professionnels. Notre trajectoire permet d'éclairer notre choix d'objet de recherche, à propos de la place et du rôle de la communication dans les équipes de soins "métissées" à l'hôpital en contexte normé et de certification.

1-1-1 Une trajectoire

A l'issue de notre année de terminale scientifique en 1978, nous choisissons d'intégrer la formation courte d'aide-soignante (douze mois). Nous souhaitons alors consolider notre orientation professionnelle : travailler auprès de malades. Nous approchons les professionnelles de santé et découvrons les fonctions de chacune. Le travail en collaboration avec l'infirmière nous détermine à suivre cette formation en 1982 pour accéder à cette fonction, désireuse d'assurer l'ensemble des missions et rôles dévolus à cette professionnelle, selon leur décret régissant les actes et les compétences³⁰¹. Nous développons dès cette période notre intérêt pour les relations interindividuelles entre professionnelles ce qui nous oriente dans la réalisation du mémoire de fin d'études³⁰². Celui-ci porte sur la compréhension des relations, de la communication entre les soignantes d'un service de pédiatrie et l'enseignante de l'Education Nationale missionnée dans le cadre de "l'école à l'hôpital". Nos observations en stage et ce que les professionnelles en disent, nous permettent d'identifier leur relation comme contributive d'une prise en charge personnalisée et adaptée de l'enfant.

En 1996, après onze années d'exercice en tant qu'infirmière en secteurs de soins, témoignant de mobilité d'une spécialité à l'autre et après avoir côtoyé des cadres de santé, nous décidons de développer une autre vision des soins. Nous faisons le choix d'une approche managériale, gestionnaire et pédagogique auprès des équipes et des étudiants en soins infirmiers. Nous suivons pour cela la formation à l'institut des cadres de santé de Midi-Pyrénées. Là encore, le mémoire de recherche élaboré pendant la

³⁰¹ Le décret 2004-802 du 29/07/2004 remplace le décret du 16/02/1993 relatif aux règles professionnelles et le décret du 11/02/2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

³⁰² Notre mémoire de fin d'études a alors pour titre : « *Mon école à moi enfant, c'est l'hôpital* ». Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat infirmier, promotion 1982-1985, Institut de formation en soins infirmiers de la Croix-Rouge Française, à Toulouse.

formation, investit le champ des relations humaines³⁰³. Nous étudions ces dernières entre les infirmières à l'hôpital et la valorisation qui existe entre pairs selon le secteur d'activité où elles exercent. Les résultats de notre étude démontrent que certains services, comme la gériatrie entre autres, prônent la nécessité de communiquer, d'échanger, de partager avec la communauté soignante sur les réalisations, les innovations de ces secteurs dévalorisés, peu reconnus par leurs pairs.

Diplômée en 1997, notre première expérience de cadre de santé nous amène en secteur de réanimation de transplantation multi organes et néphrologie, deux spécialités n'ayant pas la même résonance pour chaque individu ou même une professionnelle de santé. La première apparaît comme "noble et prestigieuse" (la greffe est perçue salvatrice, une renaissance diront certains transplantés). Quant à la seconde, prenant en charge la chronicité et la vieillesse, elle semble plutôt "dévalorisée" et dévalorisante pour les soignantes qui y travaillent qui l'expriment librement. Ce secteur d'activité nous guide dans une réflexion empreinte d'éthique, à propos de la prise en charge de malades étrangers (égyptiens, algériens, marocains, tunisiens) dans le cadre d'une transplantation (hépatique, rénale ou cardiaque), à partir de donneurs cadavériques. Au-delà du financement des soins en France assumés par les malades eux-mêmes, leur difficulté à faire face aux exigences de suivi du traitement que constitue la greffe nous questionne. Celle-ci apparaît dès le retour dans leur pays de résidence. Nous nous interrogeons alors sur l'influence que pourrait avoir la culture notamment les traditions, les habitudes, les rites et les croyances, sur la réussite de la greffe mais également sur les pratiques de soins et les actes communicationnels.

Au bout de cinq années de présence et de réflexion dans ce secteur spécifique, nous menons une recherche sur les deux versants (français et étranger) de cette problématique de santé publique, dans le cadre d'une maîtrise en sciences sanitaires et sociales de 2002 à 2004, mention santé publique^{304/305/306}. Ce travail bénéficie d'un tutorat par un

³⁰³ Le mémoire de recherche a pour titre : *La valorisation de l'infirmière au CHU de Toulouse : une question de secteur d'activité*, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Cadre de Santé, promotion 1996-1997, IFCS Midi Pyrénées de Toulouse. Les résultats ont fait l'objet d'une publication: la valorisation de l'infirmière par ses pairs : une question de secteur d'activité, Cahier du management, pp. VIII-X, *Revue Objectif soins*, 2000

³⁰⁴ Laurens, C., *Comparaison de l'attente des patients en insuffisance rénale terminale inscrits sur liste nationale d'attente française et de la survie de leur greffon rénale selon leur nationalité (française ou pays du Maghreb ou du Machrek)*, Mémoire de maîtrise UPS3 tutorat du Dr Tuppin, P. épidémiologiste à l'Etablissement français des Greffes (aujourd'hui agence de la biomédecine) à Toulouse, 2004.

médecin épidémiologiste du pôle évaluation de l'Etablissement Français des Greffes (EFG), aujourd'hui agence de la biomédecine. Il est réalisé en partenariat avec deux équipes médicales étrangères (Maroc et Égypte). Au-delà de facteurs cliniques expliquant la survenue des rejets dans une population de greffés rénaux originaires du Maghreb et d'Égypte, greffés et suivis dans leur pays, il nous apparaît que les dimensions humaine, sociale et communicationnelle sont déterminantes dans la réussite de la greffe et dans l'absence de rejet³⁰⁷.

Au fur et à mesure de l'acquisition d'une expérience de cadre de santé, nous orientons notre projet professionnel vers un positionnement du service infirmier dans les relations internationales et les coopérations. Celui-ci devient le socle du Master 2 en sciences de la vie et de la santé³⁰⁸ dont nous obtenons le diplôme en 2009. Nous rencontrons alors le chef de service de chirurgie digestive, inscrit dans un projet de coopération avec le Centre Hospitalier Universitaire d'Alexandrie (Égypte), autour de la problématique de l'hépatite C. Il s'agit de formation et d'accompagnement des équipes étrangères dans la prise en charge des malades, le traitement, la chirurgie hépatique. Nous sommes chargée d'établir la phase prévisionnelle concernant les paramédicaux pour une possible mission en Égypte, en partenariat avec les médecins. Une première mission médicale s'effectue. Le retour d'expérience des médecins fait émerger les différences en termes d'organisation et de communication induisant des difficultés dans les relations professionnelles.

Jusqu'à ce moment de notre parcours, notre réflexion nous conduit à positionner la communication au centre des relations interindividuelles. Elle semble considérée par les soignantes comme nécessaire au partage, aux échanges, à la reconnaissance et à leur valorisation. Elle est aussi identifiée comme fondamentale dans la réalisation de travaux innovants et/ou créatifs produits par les professionnelles et portés à la connaissance de

³⁰⁵ Cantrelle, C, Laurens, C, Lucioli, E, Loty, B, Tuppin, P., Acces to kidney transplantation in France of non French patients and French patients living in overseas territories, *Revue Transplantation, Volume 81, Number 8*, April 27, 2006, 1147-1152

³⁰⁶ Poster présenté en congrès internationaux. Laurens, C, Cantrelle, C, Savoye, E, Chalem, Y, Tuppin, P., *Comparaison de la durée d'attente et de la survie du greffon rénal entre les malades de nationalité étrangère et française greffés en France.*

³⁰⁷ Laurens, C., Les dimensions de l'être humain : facteurs prédictifs de rejet en transplantation rénale. Etude de cohorte de 54 greffés rénaux égyptiens (30) et marocains (24) greffés et suivis dans leur pays d'origine entre 1996 et 2004, *Revue AFIDTN, Echanges, Cahier scientifique, Numéro 95*, juin 2011, (55-67)

³⁰⁸ Mention méthodes d'analyse et de gestion en santé publique, spécialité gestion des services et institutions de santé

la communauté soignante lors de manifestation scientifiques (colloques, congrès...). Le retour d'expérience médical nous conforte alors dans notre projet professionnel intégrant la prise en compte de la diversité culturelle, dans les approches, dans les pratiques et dans la communication. Nous choisissons alors de croiser la santé publique avec le domaine des SIC car la définition de la communication, maintes fois invoquée nous interroge.

Inscrite dans la mouvance de formation universitaire des infirmières, titulaire d'un Master en santé publique, nous orientant vers les SIC, nous sommes alors engagée dans cette démarche de questionnement professionnel. Nous choisissons d'intégrer le Laboratoire d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (LERASS) dans l'équipe Organicom. Les axes de recherche de cette équipe se situent en communication des organisations et s'orientent sur un thème porteur : l'intelligence collective, dont la définition n'est pas stabilisée. Ce changement d'orientation, passant de la spécialité "santé publique" aux SIC nous demande un important travail d'appropriation des théories et concepts majeurs de la discipline, totalement inconnus jusque-là. Ces années de doctorante nous conduisent à utiliser un autre langage qui s'impose à nous, une autre approche, un nouveau regard sur une pratique quotidienne, exigeant "l'effeuillage" de cette imprégnation managériale, de son discours, de son vocabulaire et nécessitant une distanciation vis-à-vis de son regard performateur. Atteindre cette transformation est un challenge qui explique quelques résidus du manager que nous sommes au quotidien depuis dix-huit années dans le présent tapuscrit, et l'introduction de questionnements scientifiques dans notre vie professionnelle à l'hôpital.

Cet ancrage progressif en SIC nous permet d'effectuer la distanciation nécessaire par rapport à notre position de cadre de santé sur le terrain de l'enquête pour comprendre les situations de communication dans le travail d'équipe. Ce qui est attendu à l'issue de ce travail de thèse est bien la compréhension et l'interprétation des actes communicationnels au sein des équipes soignantes. Cette vision interdisciplinaire des savoirs qui anime cette discipline nous permet en outre, de répondre à nos préoccupations professionnelles. Nous questionnons aujourd'hui les phénomènes communicationnels qui se déroulent au quotidien, dans les relations de travail et de soin, au sein d'équipes soignantes "métissées", à l'hôpital et en contexte contraint et normé.

Nous sommes soucieuse de transformer un constat et une intuition en une compréhension scientifique de ces phénomènes.

En septembre 2011, pendant notre itinéraire de doctorante en SIC et après trente-deux années d'exercice auprès des malades dans les services de soins, nous sommes promue Cadre Supérieur de Santé (CSS) de pôle en mission transversale sur l'institution. Nous sommes désormais responsable de professionnelles de cultures variées et de métiers différents (aide-soignant, maître ouvrier, ambulancier, aide-médecin psychologique, ouvrier qualifié...). Appartenant à l'équipe de direction, notre rôle se situe également dans le pilotage des projets institutionnels et l'accompagnement des professionnels au changement. Nous sommes alors doublement interpellée par l'influence de cette dimension interculturelle dans les inter relations et les interactions des équipes dont nous avons la charge.

1-1-2 Une volonté

Exerçant notre fonction de cadre de santé dans d'autres secteurs de soins, d'autres spécialités, d'autres établissements de l'hôpital, notre questionnement sur la prise en compte de la différence culturelle dans nos pratiques s'est fait plus prégnant. Que ce soit dans la relation soignant-soigné ou entre soignantes, nous nous interrogeons sur la rencontre de l'autre, sur l'influence que peut avoir sa culture, son origine dans ses pratiques soignantes. Nous nous questionnons également sur la prise en compte de la culture et de ses caractéristiques, des croyances, des valeurs dans les relations interindividuelles, qu'elles soient "à deux" ou en équipe. Notre intérêt pour la prise en soin des personnes de cultures différentes et le travail des soignantes elles mêmes en contexte de métissage, s'accroît au travers du questionnement et de la réflexion qu'imposent les situations rencontrées à l'hôpital. Traiter de culture, de comportements, de communication nous engage sur le domaine des SHS et nous invite à croiser le champ de la santé publique et de l'épidémiologie avec celui des SIC.

Fort de ce parcours, nous décidons d'appréhender les situations d'interactions au sein de l'équipe soignante dans un contexte hospitalier interculturel. Nous faisons le choix d'une approche qualitative nous permettant de comprendre et interpréter les situations d'interactions rencontrées. Pour ce faire, nous pratiquons les principes de la "théorie fondée" qu'il nous paraît nécessaire d'explicitier.

1-2 Allers et retours entre théorie et pratique

Convoquer la "théorie fondée" nous invite à une approche qualitative des données recueillies sur le terrain de l'enquête, auprès des soignantes (Buscato, 2010)³⁰⁹. Cette théorie exige du chercheur une ouverture vers l'extérieur pour ne pas se focaliser sur ses propres idées. Ce qui lui permet de prendre en compte les autres conceptions même si ces dernières sont très différentes. Le chercheur reste à "l'affût" des éléments participant de la construction de son objet. Il effectue un "va-et-vient" permanent entre la pratique de terrain observée et les théories convoquées.

Nous procédons dans ce travail à ce "va-et-vient" entre l'hôpital, les services de soins et les équipes soignantes, entre ce que nous observons, ce que nous identifions et ce que nous en comprenons et les approches théoriques des auteurs. L'objectif de la théorie "fondée" est d'innover pour permettre à de nouvelles connaissances de surgir du terrain. Elle favorise l'émergence des éléments d'un contexte, ce que nous choisissons d'appliquer à l'hôpital, dans les équipes soignantes "métissées". « *La théorie fondée est un excellent outil pour comprendre les choses invisibles (...) ce qui inclue le travail invisible dans l'acquisition et la pratique de la méthode* » (Leigh Star, 2007, p.79)³¹⁰. Cette irruption d'éléments, de faits, de données permet la formalisation du contexte, de la situation, de l'interaction et favorise la compréhension des phénomènes observés. Cette théorie permet de rendre visible ce qui, jusqu'à ce moment précis, est invisible. Elle donne une réalité aux perspectives, un pragmatisme au regard des données recueillies sur le terrain avec une certaine vision du monde. Selon Glaser et Strauss (2009)³¹¹, elle décrit une sorte d'expérience humaine qui pourrait être démontrée au travers de situations et de contextes. Nous sommes dans une approche compréhensive du contexte au regard des situations grâce aux éléments le composant et aux interactions qui s'y opèrent. Dans notre cas, les points de vue des soignantes (cadres de santé, infirmières, aide-soignantes) sont ainsi confrontés. Les visions peuvent être différentes

³⁰⁹ Buscato, M., 2010, *Op.cit*

³¹⁰ Leigh Star, S., Living grounded theory: cognitive and emotional forms of pragmatism, dans Bryant, A, Charmaz, K., *The sage Handbook of Grounded theory*, (pp.75-93), London, Sage, 2010
 "Grounded theory is an excellent tool for understanding invisible things (...) this includes invisible work in the acquisition and practice of methode" (notre traduction)

³¹¹ Glaser, B-G, Strauss, A-L., 2009, *Op.cit*

tout comme les jugements, selon ce qu'elles sont, selon la place qu'elles occupent, le secteur d'activité et l'équipe dans laquelle elles se situent et interagissent.

Délimiter un positionnement épistémologique paraît compliqué, les interactions humaines étant elles-mêmes complexes, fluctuantes dans un contexte et/ou un cadre différent, en présence d'individus divers ayant leur propre vécu. La connaissance se construit dans l'éphémère des interactions. Elle fait l'objet de reprises, de compléments, de sempiternels remaniements. De fait, notre positionnement de chercheur reste une approche permettant un ancrage théorique donné aux informations recueillies et analysées. Cette approche essentiellement inductive, est mise à l'épreuve du terrain et des phénomènes observés, des acteurs en présence, des éléments de contexte et des multiples interactions. En revanche, immergée au quotidien au sein des unités de soins de par notre profession, notre démarche s'apparente à une ethnographie organisationnelle (Grosjean, Lacoste, 1999)³¹². Nous observons l'organisation de l'intérieur et le travail en "train de se faire", sur une longue période qui correspond à notre activité professionnelle à l'hôpital. Cette position exige ce "va-et-vient" entre la pratique et la théorie, favorisant la distanciation qui s'impose à l'analyse des situations et leur compréhension.

L'hôpital est un monde contraint économiquement et structurellement, un lieu de soin et de vie assurant des missions de service public, un lieu de métissage tant des usagers que des soignants. L'institution hospitalière regroupe différents corps de métier autres que soignants issus des filières logistique, administrative, technique. Selon Mintzberg (1982), quel que soit le métier, la coordination des activités se fait sur la base d'un ajustement mutuel (à partir d'une communication informelle le plus souvent) ; d'une supervision directe (assurée par le cadre) ; d'une standardisation des procédés (programmation) ; d'une standardisation des résultats (performance à atteindre) ; d'une standardisation des qualifications (en lien avec la formation spécifique des acteurs qui leur permet d'effectuer ce travail précis). Selon cet auteur, « *la structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination*

³¹² Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*

nécessaire entre ces tâches » (Mintzberg, 1982, p.18)³¹³. Nous appréhendons l'hôpital comme lieu d'exercice et de professionnalisation des soignantes. Nous essayons de comprendre quel est le travail de ces équipes soignantes en contexte interculturel, comment chaque travail individuel s'insère dans un travail collectif. La professionnelle formée selon un socle de fondamentaux, communs à l'ensemble de ses pairs, développe des compétences, une expertise qu'elle met au service de la collectivité et des bénéficiaires. Les actions individuelles construisent alors une capacité collective propre au groupe où se jouent les interactions qui deviennent un système d'action concret, définit par Crozier et Friedberg, comme

un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux (1977, p.286)³¹⁴.

Pourtant, il s'avère que le regroupement d'individus ne suffit pas à créer une collectivité pertinente de l'action collective même si l'intérêt est partagé et commun (Rojot, 2009)³¹⁵. Celle-ci semble dépendre entre autres des personnes en présence, des motivations, des spécificités, des objectifs et des intérêts de chacun.

Pour donner un éclairage à notre réflexion, nous reviendrons ultérieurement sur ce qui se joue dans l'équipe puisqu'il s'agit bien pour nous de considérer cette entité spécifique de soignantes en tant que telle. Nous adoptons une position d'observateur participant au sein de ces équipes.

1-3 L'observateur participant "visible et de l'intérieur" une gestion périlleuse

Notre connaissance de professionnelle de santé est en questionnement dans ce travail de thèse. Elle s'élabore inévitablement à partir du regard que nous avons en tant que telle, mais aussi et surtout, par le regard scientifique que nous construisons, en respectant une démarche de recherche rigoureuse et prudente. Evoquer un positionnement épistémologique nous demande d'appréhender et de comprendre comment se construit la connaissance pour chaque individu.

³¹³ Mintzberg, H., *Structure et dynamique des organisations*, éditions d'organisation, Paris, Eyrolles, 1982

³¹⁴ Crozier, M, Friedberg, E., 1977, *Op. cit.*, p.286

³¹⁵ Rojot, J., 2009, *Op.cit.*

Se placer dans le champ de l'épistémologie exige de consentir à une polysémie, d'admettre que nos pensées puissent en effet avoir plusieurs sens. L'épistémologie englobe l'ensemble des démarches de la pensée scientifique ainsi que les vérités qui en découlent. Elle est « *une réflexion sur la construction et la gestion du savoir dans un domaine donné et dans son rapport avec les autres domaines de réflexion scientifique* » (Demaiziere, Narcy-combes, 2007, p.4)³¹⁶.

Au début de ce travail de thèse, lors de notre première inscription, nous adoptons spontanément un positionnement positiviste, inhérent à notre regard professionnel à la fois comme personnel de santé et comme gestionnaire. Dans cette épistémologie les faits existent, sont constatés et les effets sont issus directement des causes. Néanmoins, les séminaires suivis dans notre équipe de recherche et les situations étudiées nous montrent au fur et à mesure que les phénomènes observés ne se résument pas à une simple relation de "cause à effet". Elles intègrent un environnement et une dimension spatio-temporelle, varient selon les personnes en présence, leur humeur et les événements ce qui en fait la complexité. Cette nouvelle vision du monde transforme peu à peu notre regard sur les phénomènes observés, sur les relations professionnelles. Nous sommes alors amenée à considérer qu'il n'existe pas qu'une seule réalité mais plusieurs.

Affirmer que quelque chose est réel, vrai dépend de l'endroit d'où nous parlons, de notre façon de voir les choses. Celui-ci n'est pas systématiquement en accord avec les autres. Les réalités sont liées au contexte, aux situations elles-mêmes, et nous obligent à prendre en compte un ensemble d'éléments qui construisent la communication en situation. Adopter ce point de vue nous fait évoluer vers un positionnement plus ouvert, nous place alors dans un courant interprétativiste et dans une optique compréhensive des interactions. L'action des soignantes devient située dans un contexte précis à appréhender en tant que tel. La connaissance est distribuée, dépassant la limite de l'individu en devenant collective, émergeant de l'interdépendance qui existe entre les éléments constitutifs du contexte. Piponnier (2009)³¹⁷ étudiant l'individu dans le projet

³¹⁶ Demaiziere, F, Narcy-Combes, J-P., Le positionnement épistémologique aux données de terrain, *Méthodologie de recherche en didactique dans les langues, les cahiers de l'acedle, Numéro 4*, journal NeQ, janvier 2007, (pp.1-20), http://acedle.org/IMG/pdf/demaiziere-narcy_cah4.pdf, (consulté en ligne le 08/04/2012)

³¹⁷ Piponnier, A., L'individu est-il soluble dans le projet ? Trace(s) de soi et effacement de soi dans la communication de projet, dans Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F (Coord.). *Pour une approche*

de l'entreprise considère d'ailleurs ce dernier comme un dispositif sociocognitif et attribue à la communication un rôle productif dans le travail. Nous y reviendrons dans l'analyse des résultats de l'enquête. Cependant, l'action collective et sa production sont différentes selon qu'elles sont considérées du côté de l'individu qui agit ou de l'individu qui en gère la rationalité (Bouillon, Maas, 2009)³¹⁸. C'est pourquoi dans le présent tapuscrit, nous confrontons les éléments du contexte aux connaissances scientifiques existantes dans l'état actuel de la science.

Notre positionnement actuel s'inscrit dans le courant systémique et le paradigme interactionniste (ou constructiviste selon Piaget en 1967), une posture qui appréhende le travail collectif comme une production dans les interactions. Le fondement de ce paradigme repose sur une approche pluridisciplinaire (sociologie, philosophie, psychologie, psychosociologie...) et notamment sur les apports de l'interactionnisme symbolique (Mead, Blumer, Becker, Goffman...), de l'ethnométhodologie (Schütz, Weber, Garfinkel, Strauss...). Ainsi, les individus agissent à l'égard des choses ou des situations, selon le sens qu'ils leurs donnent, ce dernier provenant des interactions dans lesquelles un processus d'interprétation est mis en œuvre par chacun ce qui en fait la variabilité. Strauss (2009)³¹⁹ étudiant l'activité médicale décrit « *d'incessantes négociations entre les acteurs qui entrent dans la réalisation* » de la trajectoire du malade et de sa maladie, lesquelles sont temporaires, concertées, constamment reconstituées et dépendent des conditions structurelles, des actions, des individus.

L'approche phénoménologique intègre à la compréhension et l'interprétation des interactions la dimension comportementale sous l'influence du contexte et des éléments qui le constituent. « *Le comportement humain ne peut se comprendre et s'expliquer qu'en relation avec les significations que les personnes donnent aux choses et à leurs actions* » (Pourtois, Desmet, 2007, p.24)³²⁰. La construction de la réalité se fait à partir de celle des perceptions des individus, en un point particulier de l'espace social. Notre positionnement nous permet alors de faire la différence entre la réalité empirique (réalité

communicationnelle de l'individu au travail, Communication et Organisation, Numéro 36, décembre 2009, (pp.123-134), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux

³¹⁸ Bouillon, J-L, Maas, E., *Op.cit.*

³¹⁹ Strauss, A., *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Logiques sociales, Paris, l'Harmattan, 2009

³²⁰ Pourtois, J-P, Desmet, H., *Epistémologie et instrumentation en Sciences Humaines*, Collection Psy-Théories, débats, synthèses, Wavre, Mardaga, 2007, p.24

matérielle et observée par le chercheur) et la connaissance que le chercheur peut avoir de cette réalité : « *La connaissance est une construction partagée à partir de l'interaction chercheur/participants, interaction traversée par des valeurs qui ont un impact sur la connaissance produite et sur le processus de production* » (Anadon, Guillemette, 2007, p.28)³²¹. En outre, toute situation est « *naturellement et socialement cadrée dans le temps et l'espace* » ce qui selon Goffman (1991) en modifie l'interprétation par les individus³²² en fonction des éléments qui y sont en interdépendance, s'influencent et déterminent le comportement de chacun (Watzlawick, 1978)³²³. La place de l'individu dans l'organisation et la relation qui s'opère entre les deux suscite l'intérêt des SIC. Bernard (2000) l'appréhende dans une triangulation : « *individu-inter individus-organisation* » (p.27)³²⁴ et par la médiation au travers de l'introduction et du développement des TIC, notamment à l'hôpital (Mayère, 2012 ; Bonneville, Sicotte, 2010).

En tant qu'apprenti-chercheur, nous travaillons à partir des données recueillies pendant l'enquête, élaborant des concepts et des "pattern" (propositions, thèmes) d'où émerge une théorie. Elle est issue de la compréhension et de l'interprétation des phénomènes par le chercheur. Il se montre innovant, créateur, organisé et rigoureux dans ses méthodes afin d'articuler les « *savoirs formels et informels* », de permettre une confrontation entre « *le savoir pratique et le savoir théorique* » (D'Arripe, 2010, p.114)³²⁵. Associer ainsi créativité et scientificité est un exercice exigeant. Cela apparaît d'autant plus vrai pour le chercheur qui se situe dans une observation participante, surtout s'il est professionnel dans son milieu d'étude comme nous sommes. Il ne peut faire abstraction totalement de ses expériences, de son vécu, du sens qu'il donne lui-même aux situations et aux données recueillies. C'est pourquoi nous faisons le choix du

³²¹ Anadon, M, Guillemette, F., La recherche qualitative est- elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives, Hors-Série Numéro 5, Actes du colloque recherche qualitative : les questions de l'heure*, 2007, (26-37)

³²² Galinon - Méléneq, B., 2007, *Op.cit*, p27, en référence à Goffman, E. *Les cadres de l'expérience*, Paris, Edition de Minuit, 1991

³²³ Watzlawick, P., *La réalité de la réalité, confusion, désinformation, communication*, Numéro 162, Essais points, Paris, Seuil, 1978

³²⁴ Bernard, F., Le lien communicationnel en organisation, dans Le Moëne, C. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la Société, Numéro 50/51, Mai/octobre 2000, (pp.24-46), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail

³²⁵ Arripe (D'), A., Articulation des savoirs professionnels et universitaires au sein d'ateliers de recherche : vers la construction d'une culture commune homogène ? dans Bonnet, J, Bonnet, R, Raichvarg, D (Dir.). *Les savoirs communicants, entre histoire, usages et innovations*, Collection Sociétés, (pp.113-120), Dijon, Editions universitaires de Dijon, 2010

paradigme interactionniste (ou constructiviste) comme positionnement épistémologique, fondé sur une approche pluridisciplinaire, s'intéressant à la relation dynamique entre le sujet et l'objet (dialectique), au vécu et aux significations des acteurs (interactionnisme symbolique) ces derniers ayant un « rôle créateur » dans les interactions perpétuelles. L'intérêt pour l'apprenti-chercheur que nous sommes étant de « *rechercher les significations des actions auprès des acteurs concernés- cela dans le cadre de la vie quotidienne- à analyser les contradictions et saisir le singulier* » (Pourtois, Desmet, 2007, *Op.cit.*, p.24)³²⁶. En revanche, nous avons le souci constant de suivre une démarche rigoureuse et réflexive, consciente de l'existence de ce lien permanent entre nous et le système dans lequel nous évoluons. Cette exigence que nous nous sommes imposée tout au long du parcours, nous a permis de nous protéger le plus possible des biais, préjugés et autres méfaits d'un « *empirisme irréductible* » (Schwartz, 1993)³²⁷.

Ainsi, les données sont étudiées, considérées, reprises, reconsidérées, ne sont à aucun moment vues comme des éléments de vérification d'hypothèses mais bien comme des éléments d'identification et de compréhension des phénomènes observés. La totale neutralité ne peut être obtenue de par notre implication, nos propres connaissances et notre longue expérience. En revanche, en avoir conscience prend toute son importance dans notre positionnement de chercheur, dans notre travail de recherche, dans notre enquête de terrain. Elle justifie d'une attention particulière aux données et aux interprétations qui en seront faites. Ces dernières ne peuvent être celles de la professionnelle confirmant ses propres intuitions, mais bien l'explication du chercheur à partir de la réalité scientifique des événements observés. C'est pourquoi, ce passage entre le terrain et la théorie (et inversement) que nous avons scrupuleusement respecté nous permet une meilleure compréhension des phénomènes, observés. Il apporte *in fine* une contribution qui se veut modeste, de l'apprenti-chercheur que nous sommes à la connaissance scientifique actuelle.

En tant que doctorante et Cadre Supérieur de Santé, nous nous retrouvons dans une situation singulière qui nous a amené à faire le choix de la "théorie fondée". Nous

³²⁶ Pourtois, J-P, Desmet, H., 2007, *Op.cit.*, p.24

³²⁷ Schwartz, O., L'empirisme irréductible : la fin de l'empirisme ? Postface, dans Anderson N. *Le Hobo : Sociologie du sans-abri*, (pp.265-305), Paris, Nathan, 1993

intégrons simultanément une observation de chercheur et de professionnelle en exercice dans l'hôpital, celle-ci participant de l'explication quant au choix de notre ancrage en communication des organisations.

1-3-1 Le choix de la communication des organisations

Travailler au sein d'équipes soignantes et dans une relation de soin avec le malade à l'hôpital, mobilise l'ensemble des disciplines des SHS y compris des enseignements empruntés aux sciences médicales. Nous pouvons choisir une approche selon les disciplines mères que sont la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, ou encore une approche selon les sciences de gestion étant une professionnelle dans une fonction de management. Cependant, nous avons un cœur de métier fondé sur la communication et la relation à l'autre, que ce soit dans la forme, le contenu, le mode, la nature. Celui-ci est inscrit dans un travail collectif au sein d'une structure contrainte auquel nous ajoutons aujourd'hui la dimension culturelle. Nous faisons donc le choix de nous orienter vers cette discipline des SIC et sa spécialité : la communication des organisations. Toutefois, définir la communication constitue un pré-requis à l'approche selon cette spécialité.

Déterminer ce qu'est la communication est complexe même si dans le langage courant ce terme est galvaudé, réduit au simple fait de parler à quelqu'un. Dès 1370, Oresme définit la communication comme étant « *les relations entre les hommes, les relations sociales* »³²⁸. Au fil du temps, la communication est étudiée dans tous ses aspects, la forme, le contenu, le contexte environnant, les influences, etc. Toutefois, communiquer « *c'est d'abord "avoir en commun"* » (Bougnoux, 2001, p.16)³²⁹.

Ainsi, nous retenons dans ce travail l'approche communicationnelle développée par le collègue invisible de l'école de Palo Alto (the Mental Research Institute). Selon les chercheurs le constituant (tels que Bateson, Goffman, Hall, Watzlawick...), la communication est pragmatique (influence réciproque entre la communication et les comportements), elle requiert l'obéissance des individus à des règles établies, elle

³²⁸ Définition de la communication, CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/communication>, (consulté en ligne le 27/11/2012)

³²⁹ Bougnoux, D., *Introduction aux sciences de la communication*, Numéro 245, Collection repères, Paris, la découverte, 2001

constitue également un système de rétroaction et d'interaction (Olivesi, 1977)³³⁰. Cela questionne l'interculturel dans la singularité des individus, des modes relationnels et des règles communicationnelles partagés, ce que Hall décrit dans ses ouvrages traitant de la proxémie selon les cultures. Si la communication permet une mise en commun, elle est surtout « *un processus social permanent intégrant de multiples modes de comportements : la parole, le geste, le regard, la mimique, l'espace interindividuel, etc.* » (Winkin, 2000, p.24)³³¹. Cet auteur introduit une notion de "permanence" dans la communication, décrite alors comme non stabilisée, située dans les interactions et les relations interpersonnelles. Selon Watzlawick (1979)³³², la communication comprend deux aspects : le contenu (le digital) et la relation (l'analogique). Le second englobe le premier pour devenir une métacommunication, "une communication sur la communication". La relation semble alors revêtir plus d'importance que le contenu dans la communication, chaque individu y influençant l'autre et son interprétation de fait. Communiquer induit une relation circulaire, entre deux voire plusieurs personnes en présence. Elle associe le verbal et le non verbal ainsi qu'une évaluation de la compréhension du contenu échangé entre les participants. Cependant, le contenu est supporté par la forme qui met en jeu les « traces », lien entre les époques et les hommes et qui « *prend toujours sens dans une dynamique qui relie son contexte de production et d'interprétation* » (Galinon - Méléneq, 2011, p.33)³³³. L'interprétation se réfère à l'identité de l'individu, à sa culture et la capacité de communiquer dans un contexte non stabilisé.

La communication et la culture sont constitutives de la vie collective. « *Commenter nos actions significatives et celles des autres, est primordial pour l'établissement de relations sociales réussies* » (Bateson, 1980, p.25)³³⁴. La culture est un héritage avec ses modes de transmission alors que les relations interpersonnelles se construisent "par et avec" les individus en présence. Ce sont ces interrelations qui font la communication et « *si les supports de la communication sont propres à une société, les rapports de communication impliquent les individus, par le biais des relations interpersonnelles et*

³³⁰ Olivesi, S., De l'anthropologie à l'épistémologie de la communication ; variations critiques autour de Palo Alto, *Revue réseaux, Volume 15, Numéro 85, 1977, (215-238)*

³³¹ Winkin, Y., *La nouvelle communication*, numéro 136, Paris, Seuil, 2000

³³² Watzlawick, P., Helmick-Beavin, J., D.Jackson.D *Une logique de la communication*, Essais points, Paris, Seuil, 1979

³³³ Galinon-Méléneq, B., 2007 et 2011, *Op.cit.*, p.33

³³⁴ Bateson, G., *Vers une écologie de l'esprit, tome 2*, Essais points, Paris, Seuil, 1980

par les phénomènes de réception des moyens de communication » (Caune, 2006, p.12)³³⁵. Dans son ouvrage « *le langage silencieux* » en 1984³³⁶, Hall appréhende la culture comme une forme de cette dernière à elle seule, dans ce qu'elle véhicule pour les individus, travaux qui se révèlent pertinents dans le cadre des soins en situation de métissage à l'hôpital.

Les situations sont complexes, les éléments sont pluriels, et « *n'importe quel élément de temps, de lieu, de cadre présent dans notre vie est susceptible d'être un élément de communication* » (Winkin, 2000, p.99). Souvent, au quotidien, des personnes expriment rencontrer un "problème de communication" ce qui nous place dans une approche positiviste. Nous lui préférons dès lors le terme composé de « *dys-communication* » fait du préfixe "dys" emprunté au grec et signifiant « *mauvais, erroné, difficile* », utilisé couramment dans les termes médicaux. Quant à la communication elle peut apparaître difficile selon des individus, la relation établie, le sujet traité, les réactions, etc, ce qui d'emblée influence les interactions à l'œuvre. Le simple fait de mettre en relation des différences dans les pratiques, les mots, le sens, la langue peut la faire émerger.

Les différentes approches menées par les linguistes, les anthropologues, les sociologues, les philosophes se retrouvent à l'intersection de cette définition de la communication. Fortes de ces diverses réflexions les SIC nous permettent ce regard croisé pour appréhender les acteurs, les pratiques, les outils, les dispositifs et/ou les effets. En outre elles nous permettent d'effectuer au sein d'un cadre précis, l'hôpital en l'occurrence,

*l'étude des processus d'information et de communication relevant d'actions contextualisées, finalisées, prenant appui sur des techniques, sur des dispositifs et participant des médiations sociales et culturelles. Sont également pris en compte les travaux développant une approche communicationnelle de phénomènes eux-mêmes non communicationnels*³³⁷.

Les SIC se focalisent en effet depuis vingt ans sur le fonctionnement des organisations permettant au manager et au gestionnaire (que nous sommes) d'avoir un autre regard sur la communication. La communication d'entreprise a fait place peu à peu à la

³³⁵ Caune, J., *Culture et communication, convergences théoriques et lieux de médiation*, 2è édition, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2006

³³⁶ Hall, T-E., *Le langage silencieux*, Paris, Seuil, 1984

³³⁷ Prérogatives des Sciences de l'Information et de la Communication, 71è section, Site CNU, <http://www.cpcnu.fr/web/section-71;jsessionid=24C2710205ED9CFC316B75F095327EE0>, (Consulté en ligne le 27/11/2012)

communication des organisations qui « englobe les dispositifs, les pratiques et les processus communicationnels constitutifs de la dynamique de construction sociale des organisations au sens large » (D'Almeida, Andonova, 2006, p.130)³³⁸. Cette définition semble s'inscrire dans la lignée des travaux de Giroux (1994) étudiant la communication interne dans une approche "croisée" de deux perspectives : fonctionnaliste, interprétative. Selon cette auteure, la communication construit l'organisation dans les interactions qui s'opèrent : la communication est organisante. Dans le cadre de notre recherche nous nous intéressons aux équipes soignantes et à cette conception de "communication organisante", reposant sur les processus communicationnels à l'œuvre entre les individus et les groupes : « *l'organisation n'est plus un contenant dans lequel se produisent des activités de communication. Il s'agit plutôt de l'inverse : l'organisation est le produit des processus de communication. L'organisation est contenue dans la communication* » (Giroux, 1994, p.7)³³⁹. Cette réflexion est alimentée par la recherche du lien et de sens plus que par les enjeux et les techniques de communication managériale (Bernard, 2002)³⁴⁰ dans une vision et un questionnement interdisciplinaire (Boure, 2002)³⁴¹.

Dans ce territoire, appréhender la communication demande de « *prendre une certaine distance vis-à-vis de soi-même* » (Galinson - Méléneq, 2007, p.12)³⁴², la communication faisant partie intégrante de l'homme depuis sa naissance, de son histoire de vie, en lien avec son environnement. *A fortiori* lorsque le dit territoire (l'hôpital) favorise la confusion des positionnements : apprenti-chercheur et professionnel. Si nous prenons l'exemple du patient en analyse décrit par Watzlawick (1978) la place du thérapeute en arrière du patient est sensée favoriser l'expression libre de celui-ci. Or, il constate que les différents bruits perçus deviennent « *hautement significatifs* » et « *le patient*

³³⁸ Almeida (D'), N, Andonova, Y., La communication des organisations, dans Olivesi, S. (Dir.). *Les Sciences de l'Information et de la Communication, objets, savoirs, discipline*, (pp.129-143), Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2006

³³⁹ Giroux, N., La communication interne : une définition en évolution, *Communication et Organisation*, Numéro 5, (1994), pp1-14, <http://communicationorganisation.revues.org/1696>, (consulté en ligne le 29/06/2012), p.7

³⁴⁰ Bernard, F., Contribution à une histoire de la communication des organisations dans les SIC, dans Boure, R (Ed.), *Les origines des Sciences de l'Information et de la Communication, regards croisés*, Communication, (pp.153-179), Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires Septentrion, 2002

³⁴¹ Boure, R. (Ed.), *Les origines des Sciences de l'Information et de la Communication, regards croisés*, Communication, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires Septentrion, 2002

³⁴² Galinson - Méléneq, B., 2007, *Op.cit.*p.12

développe une sensibilité particulièrement aigüe » (p.49)³⁴³. Cela crée un désordre lequel influence les "sens" de l'individu. Cette expérience permet d'intégrer cette notion de confusion qui émerge de la cohabitation entre nos deux postures. Le contexte et les interactions sont soumis à cette "emprise des sens" en fonction de la position choisie. Les comportements communicationnels sont en "perpétuelle évolution", ils font partie de l'identité. Cependant certains processus de communication demeurent, laquelle reste complexe tant dans sa définition que dans ce qu'elle est.

La communication est en outre étudiée selon des approches gestionnaires et managériales. Ainsi Gardère (2010) relie celle-ci aux divers contextes, la positionnant tantôt comme objet et tantôt comme acteur du changement. Elle participe de la « *création du sens partagé de l'action* » de par la pluralité des acteurs et des points de vue. Selon cette auteure « *la communication qui émerge de cette pluralité de contextes donne un sens à l'interaction, tandis que c'est au cours de l'échange que se construisent les significations et les contextes* » (Gardère, 2010, p.239)³⁴⁴. Le sens s'élabore "par" et "dans" les échanges communicationnels, ce qui majore la complexité de sa co-construction. Pour De Lourdes Oliveira et Rodrigues Alencar (2013) les individus modifient les processus communicationnels par les connaissances existantes, les volontés, les attentes et les stratégies, « *et tous les comportements et attitudes des interlocuteurs* »³⁴⁵. L'hôpital peut être appréhendé comme « *un territoire économico-socio-technique spécifique où s'opèrent, entre autre des opérations de communication* » ou comme « *un territoire de communication caractérisé par un nœud d'échanges, de flux matériels (financiers, humains, technologiques...) et immatériels (informationnels, culturels et symboliques)* » (Bernard, 2002, p.158)³⁴⁶.

Notre objectif dans cette thèse est de comprendre les phénomènes communicationnels à l'œuvre dans ces équipes soignantes et en quoi la "clef" de l'interculturel est nécessaire

³⁴³ Watzlawick, P., 1978, *Op.cit.*, p.49

³⁴⁴ Gardère, E., Du lien communicationnel en mode projet au levier managérial, dans Bonnet, J, Bonnet, R, Gramaccia, G. (Dir.). *Management et communication, mutations, emprunts et résonances*, pp.223-244, Paris, L'Harmattan, 2010

³⁴⁵ De Lourdes Oliveira, I, Rodriguez Alencar, T-G., A dinâmica comunicativa no ambiente interno das organizações : inter-relação da comunicação formal com a comunicação informal, *Organicom, Ano 10, Número 19*, (pp.209-219), 2è sem 2013

" *mas todos os compartamentos e as atitudes dos interlocutores*" (notre traduction)

³⁴⁶ Bernard, F., 2002, *Op .cit.*, p.158

à la rencontre entre deux personnes de cultures différentes. Les soignantes peuvent se situer dans cette approche de la communication par les SIC.

La relation à l'autre, et/ou la relation de soin varie selon les états d'âme de chacun mais aussi selon ses représentations (de la maladie, de la douleur, de la mort, du soin) ; l'évolution de la pathologie et/ou de la thérapeutique ; les événements extérieurs (familiaux par exemple) ; les imprévus ; les personnes intervenant dans la relation et/ou les situations (par exemple : une personne entre dans la chambre où se déroule le soin ou dans la salle de soins pendant la relève inter équipe). Tous ces éléments font de la relation une somme d'interactions complexes contextualisées, qu'il convient d'analyser.

Les interactions entre les différents éléments de la situation sont toujours appréciées dans leur contexte [...]. Le cadrage de la situation se réfère davantage à l'interaction des éléments qu'à l'effet causal d'une partie des éléments sur une autre partie. Ainsi, dans la complexité, les causes et les effets sont en perpétuelle dynamique dans une réciprocité constante (Hart, 2010, p.28)³⁴⁷.

L'interaction associe l'action et la relation interpersonnelle entre deux ou plusieurs personnes. Selon les chercheurs du collège invisible de Palo Alto, les individus en présence induisent des formes de communication, des comportements conscients et inconscients. Les influences mutuelles dans les échanges verbaux ou non verbaux, modifient le cours des échanges, le sens et la situation elle-même, dans un environnement spécifique qu'il est nécessaire de prendre en compte dans l'interprétation. Les individus se parlent simultanément, s'écoutent, les conversations peuvent se chevaucher. L'interaction est un espace de négociation, un lieu où se discute les intérêts et demandes différentes, où l'argumentaire permet de trouver un terrain d'entente sur éléments partagés (De Lourdes Oliveira, 2009)³⁴⁸. Les échanges sont signifiants dans un système délimité, comme par exemple dans la famille, relation qu'étudie Watzlawick dans les années 1960 et dont il propose une analyse systémique. Toutefois, s'il est délimité ce système est aussi ouvert dans les interactions intégrant le contexte dans lequel elles se construisent (De la Broise, Grosjean, 2011)³⁴⁹. Les différents courants (sociologiques, psychologiques, etc.) permettent une compréhension

³⁴⁷ Hart, J., Les méthodes qualitatives, *Recherches en soins infirmiers* numéro 62, Lyon, Mallet conseil, 2000, (28-35)

³⁴⁸ De Lourdes Oliveira, I., Do palabras clave : comunicaci3n, contexto organizacional, relaciones p3blicas, *Ediçao especial, Organicom, Numéro 10/11*, ano 6, (pp.58-63), 2009

³⁴⁹ De la Broise, P, Grosjean, S., Les approches systémiques de la communication organisationnelle, dans Bonneville, L, Grosjean, S (Dir.) *La communication organisationnelle, approches, processus et enjeux*, (pp.56-83), Montréal, Chenelière éducation, 2011

nuancée des interactions. Toutefois, de manière collégiale, elles attribuent aux interactions les caractéristiques suivantes : une action réciproque entre deux ou plusieurs personnes (nous nous intéressons ici aux relations interhumaines) ; une influence réciproque qui modifie les comportements. Selon la métaphore de l'orchestre « *chacun joue en s'accordant sur l'autre (...)* » et « *tout comportement s'inscrit dans des réseaux d'interactions* » (Ibid., p.59)³⁵⁰, chaque individu est actant dans la communication qui se construit. Dans une approche SIC et de la communication des organisations, « *l'interaction est un lieu de construction de l'organisation et du changement (...)* » (Giroux, 2011, p.222)³⁵¹. L'organisation est une élaboration et une production humaine dont le schéma peut être remis en question du fait même des individus en présence. En outre, « *l'interaction est définie comme une action communicationnelle orientée vers l'intercompréhension* » (Ibid., p.199)³⁵², où les intérêts et les différences de chacun sont prises en considération et reconnues. Nous nous intéressons à cette dimension organisante des interactions dans le travail collectif des équipes soignantes à l'hôpital.

Etudiant la dimension cognitive des interactions, Groleau (2011) exprime que les connaissances sont « *créées, stockées, partagées et appliquées* »³⁵³ par ces dernières, élaborées entre les individus. Les interactions agissent sur l'environnement de travail, le transforment et élaborent le sens pour les personnes en présence, « *laissant des traces cognitivo affectives et cognitivo somatiques* » (Galinson – Méléneq, Martin – Juchât, 2014)³⁵⁴. En outre, l'environnement agit sur les individus et les interactions à l'œuvre, ce qui nous amène dans le courant de l'action située et de la cognition distribuée. L'interaction se place au centre d'une triangulation relationnelle des sujets entre eux, des sujets et de l'environnement, du chercheur avec le système qu'il étudie. Selon

³⁵⁰ Ibid., p.59

³⁵¹ Giroux, N., Dans la communication du changement en organisation, dans Bonneville, L, Grosjean, S. (Dir.). *La communication organisationnelle, approches, processus et enjeux*, (pp.177-224), Montréal, Chenelière éducation, 2011, p.222

³⁵² Ibid., p.199

³⁵³ Groleau, C., Technologies, organisation et communication, dans dans Bonneville, L, Grosjean, S. (Dir.). *La communication organisationnelle, approches, processus et enjeux*, (pp.225-252), Montréal, Chenelière éducation, 2011, p.238

³⁵⁴ Galinson – Méléneq, B, Martin – Juchât, F., Du "genre" social au "genre"incorporé : le "corps genré", *Revue française de l'information et de la communication, Numéro 4/2014*, Dossier recherche au féminin en sciences de l'information et de la communication, <http://rfsic.revues.org/857>, (consulté en ligne le 10/02/2014)

Hutchins (1996)³⁵⁵, les connaissances se développent dans les interactions élaborées en contexte, entre les individus présents qui se coordonnent au sein du même site (dans notre étude, les soignantes dans le secteur de soin). Elles sont dites "distribuées", mobilisées en situation par les individus et dépendent de la manière dont les interactions s'élaborent avec l'environnement et les artefacts (Norman, 1988)³⁵⁶. Dans une étude menée dans les hôpitaux américains dans les années 1990, Cicourel s'intéresse au diagnostic médical dans son élaboration et met en évidence la complexité de l'activité cognitive à l'oeuvre. Les différentes sources de données sont rassemblées, évaluées en fonction des aptitudes cognitives de chacun et les échanges communicationnels permettent la décision dans le choix du diagnostic (Cicourel, 2002 ; 1973)³⁵⁷⁻³⁵⁸ ce qui en fait la distribution. Quant aux actions, elles dépendent des circonstances matérielles et sociales du moment qui leurs donnent un caractère situé, ce que développe Suchman dans les années 1980. L'activité est régit par une "auto organisation" émergente en situation, sous l'influence des éléments du contexte. Les interactions évoluent sous les « *affordances* », propriétés mobilisées entre le monde et l'individu mais également grâce aux capacités d'adaptation de l'individu à son environnement : « *L'affordance nous semble concilier le "cadre interprétatif" défini par Goffman et la signification ; elle semble naître de l'interprétation des acteurs qui mettent en œuvre des "cadres primaires" »* (Parrini - Alemanno, 2007, p.30)³⁵⁹. Nous y reviendrons dans la deuxième partie de la thèse.

A la relation duelle, composée de la soignante et du soigné, s'ajoutent pour la soignante deux autres "cadres" : l'équipe de travail dans lequel elle évolue et l'institution "hôpital". Les relations interpersonnelles et les interactions se construisent également entre deux soignantes, entre les soignantes et d'autres professionnelles, entre la soignante et la cadre de santé. Cependant, quel que soit le "cadre" d'évolution, la professionnelle participe à des interactions modulées en fonction des personnes, des situations, de l'environnement, des supports, des dispositifs, des règles, des normes et

³⁵⁵ Hutchins, E., *Cognition in the Wild*, Collection Bradford Books, Cambridge, MIT Press, 1996

³⁵⁶ Norman, D., *The psychology of everyday things*, New York, Basic Books, 1988

³⁵⁷ Cicourel, Aaron V., *Le raisonnement médical*, Collection Liber, Paris, Seuil, 2002

³⁵⁸ Cicourel, Aaron V., *Cognitive sociology, Language and meaning in social interactions*, Harmondsworth (middlesex), Penguin Books, 1973

³⁵⁹ Parrini - Alemanno, S., Histoire et évolution des phénomènes émergents dans Les approches interactionnelles, des courants primitifs à la communication processuelle, dans Muchielli, A (Dir.). *L'interaction et les processus de l'émergence*, (pp.11-34), Paris, Eska, 2007

des actions de communication. Les échanges sont les objets produits par la communication dans « *un espace potentiel qui n'est ni de l'un ni de l'autre, ni du monde extérieur ni du monde intérieur, et qui va servir de matrice à nos échanges, à nos médiations à nos médias* » (Bougnoux, 2001, p. 70)³⁶⁰.

Notre choix du paradigme interactionniste, fondé sur l'ethnomédologie et la phénoménologie dans notre positionnement épistémologique se confirme. Il s'agit bien pour nous d'observer ce qui se passe dans les interactions au sein de l'équipe soignante "métissée" dans un contexte de travail et dans le cadre contraint de la normalisation et de la certification. Selon Mead (2011)³⁶¹ les interactions s'élaborent sur « *la base des intentions et significations* » que les individus attribuent à leurs comportements, leurs gestes... Nous voulons observer le phénomène « *placé dans son axe d'intentionnalité* ». Nous faisons ici référence à Husserl qui au début du XX^e siècle identifie "notre intention" à la conscience que nous avons de quelque chose. Pour lui, de la conscience naît l'intention. L'individu est influencé par son vécu dans la conscience qu'il a des choses et par l'environnement dans lequel il évolue. Bachelard dès 1942, admet cette intentionnalité, ainsi que l'existence d'une partialité. Celle-ci concerne le sens qui se dégage du phénomène, l'individu mobilisant ses impressions, ses sentiments, un mouvement, un volume. « *Le "je" se manifestant sous de nombreuses facettes : pensée, perception, imagination, affectivité, volonté, rêve, etc. chacune d'elles présentant un mode d'intentionnel propre* » (Meyor, 2005, p.30)³⁶². Le sens s'élabore à partir des données recueillies et analysées, « *le sens "est une construction mentale" qui s'effectue à l'occasion d'une expérience, laquelle "est mise en relation" avec des expériences antérieures* » (Blais, Martineau, 2006, p.3)³⁶³. Il se co-construit au cours des interactions et relations interpersonnelles, dans un processus dynamique et constant, qui ne se fige à aucun moment. Chaque phénomène, chaque expérience est unique. Cependant son lien avec les phénomènes et/ou les expériences passées est identifié et pris en compte dans l'interprétation qui en est faite. Ce sens s'élabore également sur la perception que les individus ont des choses et des évènements.

³⁶⁰ Bougnoux, D., 2001, *Op.cit.*, p.70

³⁶¹ Mead, G-H, 2011, *Op.cit*

³⁶² Meyor, C., La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité, *Recherches qualitatives, Volume 25*, (1), 2005, (25-42)

³⁶³ Blais, M, Martineau, S., L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes, *Recherches qualitatives, Volume 26*, (2), 2006, (1-18)

Ceci prend une dimension importante qu'il est nécessaire de considérer dans la relation soignant-soigné, notamment dans le rapport au corps et le langage qui s'en dégage selon les personnes qui interagissent « *Tout vient du corps* » exprime Caune (2014)³⁶⁴, il est un « *lieu de relations* » entre les individus, il met au jour les sentiments, les émotions. Il est selon Le Breton (2014) « *un espace individuel qui se donne à voir et à lire à l'appréciation des autres* » (p.21)³⁶⁵. En outre, parce qu'il est vivant et « sensible aux autres », le corps est le réceptacle de nouvelles sensations qu'il interprète selon sa perception et qui font sens pour l'individu (Andrieu, Burel, 2014)³⁶⁶. Ce qui nous amène à évoquer la phénoménologie de la perception pour une meilleure compréhension des éléments de contexte de ce travail et des dimensions de celui-ci. Il nous importe de comprendre les phénomènes nouveaux observés sur le terrain, en l'occurrence les secteurs de soins de l'hôpital. Cette compréhension s'appuie sur les données recueillies grâce aux techniques de recueil utilisées. Le but étant de rendre plus objective cette part intuitive inévitable que nous avons, du fait de notre position de professionnelle au sein de l'institution enquêtée. Nous tentons alors d'établir des liens entre les faits observés ou racontés par les soignantes.

Bien que le malade soit au centre du travail des soignantes, nous ne développerons pas les liens soignés-soignantes. En effet, la relation de soin fait intervenir des éléments spécifiques liés à la maladie, au pronostic, à la douleur, qui influent sur la communication dans sa forme, son contenu et son intensité. D'autre part, la teneur de la relation soigné-soignante nous est transmise uniquement par les propos rapportés par les professionnelles. Notre intervention et nos observations s'arrêtent à la porte de la chambre des malades. Toutefois nous choisissons de rester à l'écoute sur le pas de cette porte où se réalisent les soins directs au malade, dans le respect de l'intimité de ce moment. Dans cette relation soigné-soignante, la communication occupe une place

³⁶⁴ Caune, J., Le corps, objet de discours, moyen de relation, dans Renucci, F, Le Blanc, B, Lepastier, S. (Coord.). *L'autre n'est pas une donnée, Altérités, corps et artéfacts*, Collection Cognition, Communication, Politique, Hermès 68, (53-58), Paris, Cnrs, 2014

³⁶⁵ Le Breton, D., Le corps entre significations et informations, dans Renucci, F, Le Blanc, B, Lepastier, S. (Coord.). *L'autre n'est pas une donnée, Altérités, corps et artéfacts*, Collection Cognition, Communication, Politique, Hermès 68, (31-30), Paris, Cnrs, 2014, p.21

³⁶⁶ Andrieu, B, Burel, N., La communication directe du corps vivant. Une émersiologie en première personne, dans Renucci, F, Le Blanc, B, Lepastier, S. (Coord.). *L'autre n'est pas une donnée, Altérités, corps et artéfacts*, Collection Cognition, Communication, Politique, Hermès 68, (46-52), Paris, Cnrs, 2014

fondamentale qu'il ne nous est pas possible d'occulter dans ce travail. C'est pourquoi nous prenons en compte le verbatim des soignantes évoquant cette relation de soin, celle-ci étant situationnelle et faisant partie intégrante de leur travail quotidien. De fait, la relation soigné-soignante peut influencer les relations interpersonnelles entre les professionnelles de santé.

Dans ce travail, notre raisonnement repose sur un grand nombre de données recueillies auprès de la population des soignantes lors de l'enquête de terrain. Cependant, avant cette étape d'identification et de compréhension, il nous paraît nécessaire de déterminer le terrain d'enquête, en définissant à partir de quel moment il devient terrain de recherche pour l'apprenti - chercheur que nous sommes.

1-3-2 Le terrain d'enquête

Le terrain d'enquête implique un processus de construction et d'appropriation pour le chercheur en lien avec son objet de recherche et ce, tout au long du travail de recherche. « *Le chercheur reconsidère sans cesse son terrain, tel qu'il l'a envisagé et délimité comme réalité sociale à enquêter (faits, individus, phénomènes sociaux), dans une espèce de va et vient permanent avec le terrain (la réalité sociale en question)* » (Raoul, 2002, p.2)³⁶⁷. Le terrain est celui du chercheur, en revanche ce dernier fait exister le terrain par sa recherche. L'étude de terrain représente un travail de communication autour de l'outil d'enquête, les contacts téléphoniques, les courriers d'accompagnement, la conduite de l'entretien, etc. Selon Proulx (2001), une écoute active et attentive des acteurs s'impose au chercheur s'il veut « *défendre sa posture interprétative* », dans une attitude qui se veut être bienveillante. « *L'observateur cherche plutôt à s'ouvrir largement avec le moins de préjugés ou de pré-jugements possibles à l'explication du sens que les acteurs donnent aux situations dans lesquelles ils se trouvent* » (Proulx, 2001, p.59)³⁶⁸.

Notre point de départ est le terrain et les données recueillies dans le cadre d'une recherche exploratoire. Elle nous permet de comprendre, expliciter, conceptualiser voire généraliser nos résultats. Nous sommes consciente de la difficulté que représente notre

³⁶⁷ Raoul. B., Un travail d'enquête à l'épreuve du terrain ou « l'expérience de terrain » comme relation en tension, *Etudes de communication*, 25, 2002, (87-103)

³⁶⁸ Proulx, S., Usages des technologies de l'information et de la communication : reconsidérer le champ d'étude, Actes du XII^e congrès national des SIC, *Emergence et continuité dans les recherches en information et communication*, (pp57-66), congrès organisé par la SFSIC les 10-13 janvier 2001

position de cadre de santé dans l'institution et de l'élément d'influence qu'elle constitue sur les soignantes enquêtées. Nous posons cette difficulté comme une des limites de ce travail de recherche et nous le prenons comme tel. Nous essayons de diminuer cette difficulté dans la détermination de nos choix empiriques.

2- La détermination des choix empiriques

Être chercheur sur le terrain où nous sommes professionnelle rend l'exercice périlleux, nos choix empiriques étant fondamentaux pour la réalisation de l'étude. Ils le sont dans leur sélection, leur réalisation et leur complémentarité. Occuper deux positions simultanées de cadre de santé en exercice et de chercheur, relève selon nous d'un challenge et parfois même d'une acrobatie. Confrontée aux situations, nous les appréhendons selon la position occupée sur le moment. Pour répondre à la situation, nous sommes parfois obligée de passer rapidement de la position du chercheur à celle du cadre de santé dans l'institution devenue terrain de l'enquête. Il existe donc une tension permanente entre les deux positions qu'il convient de dépasser.

Dans un premier temps, la validation de notre recherche par le comité d'éthique et de recherche s'impose à nous. Nous entreprenons la démarche d'autant plus que traitant de l'origine des soignantes, nous embrassons un sujet qualifié par certains professionnels de santé de "tabou" : un sujet dont nous ne devons pas parler, que l'ordre moral réprime. Introduire cette dimension dans notre travail de thèse pourrait constituer un apport scientifique, faisant émerger des phénomènes jusque-là enfouis ou tenus secret. Nous étudions les équipes soignantes "métissées", en contexte interculturel, ce qui nous amène à construire le terrain de l'investigation et la population enquêtée.

2-1 Le choix du terrain de l'investigation

Il est difficile d'occuper la place "de dedans et celle de dehors", ce qui interroge la distance, la neutralité et l'objectivité de la recherche. Pour cette raison, nous nous gardons bien de faire des interprétations. Nous nous centrons sur les faits relatés ou observés chez les soignantes, laissant de côté notre propre vécu, notre ressenti, nos perceptions pour ne rester que sur de l'objectivable et sur le discours des soignantes. Il existe une tension permanente entre les deux positions que sont le chercheur et l'expert, le premier statut donnant légitimité au second. Trouver ses limites entre la distanciation

et la connivence entre l'interviewer et l'interviewé est difficile (Boure, 1997)³⁶⁹ du fait même de l'appartenance institutionnelle et à la communauté soignante. Nous sommes immergée au quotidien dans l'hôpital et dans les équipes soignantes. Notre fonction de cadre de santé nous permet une circulation libre, une observation permanente et une participation aux interactions qui se construisent entre les différents acteurs du soin. Cette proximité et les relations hiérarchiques entretenues avec les professionnelles entravent le discours de façon consciente ou inconsciente, dans la liberté d'expression et/ou les intentions données par l'interviewé au discours. Même si nous travaillons dans un esprit de confiance et "à découvert" il ne peut en être autrement. Nous représentons l'institution, la hiérarchie, l'encadrement. A ce titre, nous fournissons l'occasion aux soignantes d'énoncer des attentes et/ou insatisfactions personnelles et professionnelles. Cependant, des relations d'ordre affectives peuvent se nouer, le chercheur ne pouvant faire abstraction de ses propres affects qui peuvent interférer dans le travail de recherche. Nous aurions pu faire le choix d'aller enquêter dans d'autres établissements, dans d'autres régions que nous pensons être confrontés à ce même métissage. La double posture aurait pu être évitée dans l'absolu. Toutefois, elle n'aurait pu l'être dans la subjectivité de l'interprétation induite par notre expérience professionnelle. En revanche, le regard porté par les enquêtés à notre rencontre aurait été unique, du fait de notre seule position de chercheur en SIC.

Nous avons conscience que notre implication peut être à l'origine d'erreurs de jugement, d'interprétations, de perte de regard extérieur, d'influence des événements. Ceci nous oblige à une vigilance dans l'observation, le recueil des données et leur analyse. Nous prenons en compte les paramètres pouvant modifier l'interprétation.

L'objectivité n'existe pas car la description d'un terrain n'est jamais neutre "tout regard est déjà une mise en forme" : dans le regard il y a déjà une théorie qui va permettre de construire, d'organiser son regard, l'observation est déjà imprégnée d'une interprétation. Lorsqu'on fait partie de l'observation, on devient plus subjectif puisqu'on fait intervenir le sens, l'émotion, le regard qu'on pose différent. (Daha-rou, Karchid, 2010, p.11)³⁷⁰.

³⁶⁹ Boure, R., Les sciences de l'information et de la communication au risque de l'expertise ? Sur et sous des pratiques scientifiques, *Réseaux, Volume 15 Numéro 82-83*, 1997, (233-253)

³⁷⁰ Daha-rou, P, Karchid, S., *L'observation participante en sociologie*, Ateliers de lecture, université paris VII, Denis Diderot en ligne, pp.1-11, (2009-2010), <http://didel.script.univ-paris-diderot.fr>, (consulté en ligne le 12/05/2012)

Consciente de ces incontournables dont nous tiendrons compte, nous confirmons notre choix de mener notre recherche (et notre enquête) dans l'institution où nous exerçons, pour éclairer notre questionnement. Nous formulons une attente à l'issue de cette thèse : pouvoir donner une perspective, un prolongement professionnel à ce travail de recherche intégrant la dimension interculturelle. Avant de débiter notre enquête nous soumettons notre protocole de recherche à validation du Comité d'Ethique et de Recherche (CER) de l'établissement.

2-1-1 Une validation scientifique préalable : le CER

Nous faisons le choix de ne pas considérer dans ce travail les phénomènes communicationnels à l'œuvre dans la relation de soin "en train de se faire". De fait, nous ne menons pas d'entretiens ni d'observations directes auprès des malades, ce qui nous dispensait de la démarche officielle auprès du CER. Nous demandons cependant à présenter notre protocole de recherche devant cette instance institutionnelle car nous souhaitons obtenir une validation et l'autorisation d'effectuer notre enquête au sein de l'hôpital.

Nous présentons ce protocole le 16 février 2011, devant un comité composé de douze membres dont huit médecins (trois professeurs agrégés, cinq praticiens hospitaliers), quatre membres paramédicaux (dont trois cadres de santé), formés à la recherche et à l'éthique, légitimés par leurs pairs et par l'institution, garants du respect des règles éthiques dans le protocole et le projet de recherche soumis à validation. Ce comité est incontournable pour les projets de recherche intégrant les malades et nécessitant leur participation active (entretiens, observations directes). Ce passage devant le comité d'éthique et de recherche est déterminant pour nous. Il témoigne du respect que nous portons à l'institution et de l'intérêt que nous montrons à l'approbation des représentants ces collègues médicaux et paramédicaux dans cette démarche de recherche. Il témoigne également de notre volonté, en tant qu'infirmière, de développer les projets de recherche en SHS, encore peu nombreux dans l'institution. Le CER est surtout consulté pour des protocoles essentiellement médicaux, plutôt à visée épidémiologique, pour lesquels il formule un avis. Le président du CER, professeur en médecine, nous a exprimé son approbation pour cette recherche non médicale sur un sujet qu'il qualifie de "tabou" à ce jour : la différence culturelle et ethnique. Ce sujet a d'ailleurs fait débat au

sein des membres du CER, l'origine raciale n'étant jamais évoquée auprès des usagers bien que constituant parfois un élément contributif du diagnostic ou de la thérapeutique.

Nous suivons les indications du CER dans la formulation de l'une des questions fermées, concernant le lieu de scolarisation entre trois et dix ans, en terme de période.

Une fois la validation obtenue avec le numéro d'enregistrement, nous débutons notre enquête. Nous envoyons un courriel aux cadres de santé de chacun des pôles que nous souhaitons inclure, expliquant notre démarche de chercheur dans le cadre de ce doctorat en SIC et les conditions de réalisation de l'enquête. Nous sollicitons leur participation ainsi que celle de leur équipe soignante. Un élément conditionne cependant la contribution du cadre de santé : la gestion actuelle ou passée d'une équipe interculturelle de soignantes. La notion de volontariat pour elles-mêmes et les soignantes est posée d'emblée (cf. calendrier de l'enquête, annexe 2).

2-1-2 Les caractéristiques de la population enquêtée

Dans notre tapuscrit, nous présentons dans un premier temps la population enquêtée selon ses caractéristiques au sein de l'institution hospitalière : par son lieu d'exercice ; sa fonction ; son ancienneté de service et son ancienneté à l'hôpital. Puis nous identifions les caractéristiques plus personnelles de cette population selon : le lieu de naissance ; celui de leurs parents ; le lieu de scolarisation de trois à dix ans ; l'âge d'arrivée en France ; le lieu de vie des parents ; le lieu où les soignants ont suivi leur formation professionnelle.

2-1-3 Transiger entre un hôpital morcelé et des activités disparates pour les professionnelles

L'institution comporte onze établissements dispersés sur sept sites. Notre enquête ne concerne que cinq établissements et quatre sites : six établissements ont des fonctions, administrative, logistique, recherche et médecine humanitaire, convalescence, enfants mère et couple. Trois sites sont réservés aux fonctions administrative et logistique ou correspondant aux pôles que nous ne retenons pas dans notre enquête ce que nous argumentons par la suite dans la méthodologie de notre recherche.

Nous prévoyons de mener l'enquête sur l'ensemble des pôles cliniques au nombre de quinze. Nous intégrons également le pôle des prestataires spécialisés (qui a été dissous depuis l'enquête le 01/01/2013). Il intègre alors la filière du bio nettoyage où certains personnels ont fait fonction d'aide-soignante et dont le travail se situe en proximité des malades. Cette équipe est "métissée". Nous étudions la filière de l'encadrement de nuit, dont l'exercice en transversalité sur l'hôpital permet aux cadres de santé de côtoyer l'ensemble des soignantes en poste de nuit. Ce poste leur permet également de superviser le pôle des urgences, lieu où le brassage des populations est important en termes de malades accueillis.

Nous envisageons aussi d'enquêter sur le pôle des budgets annexes auprès de formateurs en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et institut de formation aide-soignante (IFAS). Elles assurent la formation de base et professionnelle des infirmières et des aide-soignantes. Nous intervenons également auprès des unités de soins de long séjour (USLD). Sous la responsabilité du pôle gériatrie elles dépendent du pôle des budgets annexes car elles sont régies par une convention tripartite entre le Conseil Général, la Caisse d'Assurance Maladie et l'hôpital.

L'important pour nous est de recueillir les données sur des secteurs dont l'activité est semblable, afin de permettre la comparaison de situations semblables (toute chose égale par ailleurs). C'est pour cette raison que nous excluons de notre enquête les blocs opératoires, l'hôpital des enfants et l'hôpital Femme-mère-couple. Dans ces secteurs, les personnels et l'activité ne sont pas de la même teneur : les blocs opératoires sont interventionnels, ce sont des infirmières spécialisées qui y travaillent (infirmière de bloc opératoire et infirmière anesthésiste), dont l'activité est plutôt technique dans l'instrumentation du chirurgien, dans l'activité de panseuse ou dans l'anesthésie du patient. Les aide-soignantes assurent essentiellement des tâches d'entretien des salles de bloc opératoire et du matériel, participent à l'installation du patient sur la table d'opération et ont peu de relations avec les malades opérés. Le cadre de santé a une mission d'organisation de l'activité opératoire en lien avec les équipes chirurgicales, les anesthésistes et les services de chirurgie (réalisation du tableau opératoire). Les tâches s'effectuent dans un univers fermé, clos, où les mouvements extérieurs sont réduits et contrôlés, de même que les artefacts. Le travail n'est pas comparable à celui des unités de soins dans les pôles cliniques. Dans les secteurs de pédiatrie (hôpital des enfants), les

infirmières sont puéricultrices (spécialisées pour les enfants). Il n'y a pas, voire peu d'aide-soignantes puisque là aussi, nous rencontrons la spécialité d'auxiliaire puéricultrice (AP). L'organisation et la prise en charge des enfants est totalement différente des adultes aussi bien dans le soin lui-même que dans l'environnement familial et structurel. L'hôpital Femme-mère-couple fonctionne quant à lui essentiellement avec des sages-femmes et peu d'infirmières, ce qui modifie quelque peu le contexte et l'approche des soins dans ces secteurs. En effet, la formation de sage-femme est médicale et celle des infirmières est paramédicale, les représentations et les positions peuvent être différentes.

Au regard de ces éléments, nous faisons le choix de mener notre recherche sur des secteurs adultes de chirurgie, de médecine quel que soit la spécialité médicale ou chirurgicale. Nous pouvons comparer ce qui est comparable en termes d'activité, d'organisation d'équipe, de modes de prise en charge des malades, d'intervenants et d'interactions, préservant ainsi une certaine homogénéité de la population interviewée. Nous étudions les équipes de soins "métissées" ce qui nous oblige à effectuer un travail de classification de la population que nous enquêtons.

Nous faisons évoluer notre identification des soignantes dans l'appellation, tout au long de cette thèse sans être *in fine* satisfaite de celle-ci. Faire correspondre le classement à des critères de "bords flous" est somme toute très complexe. Notre recherche fait référence à plusieurs notions qui s'enchevêtrent, s'imbriquent les unes avec les autres, certaines notions ne pouvant être précisément délimitées. Par exemple, évoquer la culture française ne nous semble pas adapté même si à un moment de notre cheminement elle a pu le paraître. Le métissage des populations sur le territoire français ne peut être assimilé à une culture unique. Etudier le discours des caucasoïdes et des non caucasoïdes³⁷¹, selon la terminologie épidémiologique en usage en santé publique et à l'hôpital, ne nous permet pas de différencier certaines influences culturelles telles qu'orientale et occidentale. Dans notre errance et indécision terminologique, nous décidons enfin d'arrêter notre choix et de faire référence aux personnes autochtones

³⁷¹ L'interculturel dépasse la terminologie utilisée en épidémiologie, définissant l'individu "caucasoïde" par le simple fait d'avoir la peau blanche ou de posséder les caractéristiques physiques d'un être humain euro-poïde. Cela qui nous amène à une réflexion et au choix d'une catégorisation des soignantes enquêtées que nous explicitons.

(originaires du pays où elles habitent, pour ce qui concerne notre thèse, il s'agit de la France) et non autochtones pour les autres pays. Cette classification apparaît de prime abord simple, pour autant elle ne nous satisfait pas totalement. En effet, nous ne pouvons extrapoler notre population enquêtée à cette seule catégorisation. Certaines soignantes ne répondent pas aux critères de cette appellation "autochtone et non autochtone". Pour exemple, nous incluons dans cette dernière catégorie les personnes originaires des DOM TOM qui comme l'a démontré Evrard (1988), bien que françaises, ont une culture qui leur est propre, conservatrice de la tradition culturelle de l'Afrique et de leur passé lié à l'esclavage. Elles ne peuvent donc être assimilées aux autochtones. A l'aune de ce constat se pose à nous un dilemme en ce qui concerne les personnes nées en France, vivant en France mais éduquées dans la culture du pays d'origine de la famille (habitudes, rites, traditions, langue). Sont-elles autochtones ou non autochtones ? Nous faisons le choix de les intégrer dans la catégorie non autochtone du fait de la prégnance de l'immersion culturelle familiale exprimée. Ces choix peuvent être contestés mais ils nous paraissent les plus pertinents au regard de notre objet de recherche dans un contexte contraignant fort.

Après avoir apporté ces précisions sur nos choix concernant notre terrain d'investigation, nous pouvons justifier les techniques de recueil et les techniques d'analyse que nous utilisons pour cette recherche.

2-2 Le choix des techniques de recueil et de leur technique d'analyse

Pour mener l'enquête, nous faisons le choix de techniques de recueil nous paraissant correspondre le mieux à l'atteinte de notre objectif, à savoir recueillir des données de terrain, nous permettant de comprendre les situations communicationnelles. Les données recueillies sont identifiées, classées par thèmes et catégories, analysées selon les techniques d'analyse spécifiques. Elles sont ensuite interprétées et donnent lieu à une discussion nous permettant de faire un ancrage théorique pertinent.

Dans le cadre de cette recherche en ethnographie organisationnelle, trouvant assise sur la théorie fondée, notre travail de thèse repose sur trente mois d'observation participante au sein d'unités de soins et d'équipes soignantes dans l'hôpital étudié. Cet établissement est de taille critique, comporte plusieurs établissements et vingt-six pôles d'activité. Les

personnels qui y exercent sont au nombre de quatorze mille et six mille neuf cent neuf d'entre eux sont des soignants. Les professionnelles auxquelles nous nous intéressons représentent 91.5% de cette population (les infirmières : 48% ; les aide-soignantes : 40% ; les cadres de santé : 3.5%)³⁷². Cette immersion rendue possible par notre activité professionnelle, nous permet de réaliser une intégration à l'équipe soignante considérée, une participation aux différentes interactions dans le cadre de ce travail collectif soignant. Nous observons particulièrement deux moments "clés" en termes de communication qui sont la relève inter équipes (ou transmissions) et le point effectué chaque matin par les infirmières aux médecins en présence du cadre de santé.

2-2-1 Une observation participante

L'observation participante trouve son origine dans les études ethnologiques des sociétés dites primitives. L'observateur s'insère dans le groupe qu'il veut étudier, participe à sa vie, ce que Lapassade dans les années 1990 qualifie d'étude *-in situ-* participant à la vie sociale du groupe³⁷³. Cet auteur étudie trente ans plus tôt les phénomènes de transe, les rites de possession, les états modifiés de la conscience, tout d'abord en Tunisie puis au Maroc, au Brésil, en Italie du Sud. Il mettra notamment en valeur la culture marocaine au travers de la musique des Gnawas, qu'il étudie pendant plusieurs années en se rendant à Essaouira. Cette musique est à l'origine de véritables trances chez les personnes qui s'en imprègnent. Lapassade demeure un sociologue et ethnologue de terrain jusqu'à sa mort en 2008, fondant ses recherches sur les interactions sociales entre le chercheur qu'il est et les individus du groupe dans lequel il est immergé. Il s'agit bien là de l'observation participante que nous faisons le choix de retenir.

2-2-1-1 Un observateur chercheur

Malgré les difficultés rencontrées, notre statut de cadre de santé dans l'institution relève d'une opportunité pour cette étude et n'aurait pas été possible autrement. Nous sommes dans une position d'observation déclarée (affichée et annoncée clairement aux soignantes), où notre identité professionnelle est connue du groupe soignant et des divers intervenants dans l'enquête. Nous enquêtons de l'intérieur, en qualité d'acteur sur

³⁷² Source : données chiffrées du bilan social 2012 de l'établissement étudié.

³⁷³ Lapassade, G., L'observation participante, dans Hess, R, Weigand, G (Dir.), *L'observation participante dans les situations interculturelles*, Anthropos, Paris, Economica, 2006

ce terrain. Être professionnelle de l'institution et cadre de santé facilite en outre l'accès aux différents secteurs de l'hôpital autorisant nos démarches.

En revanche, la prise de distance devient difficile face aux situations ainsi que l'ajustement de notre place au cours de l'interaction. Nous nous interrogeons fréquemment sur la place que nous occupons : à quel moment sommes-nous dans notre statut de cadre de santé ; à quel moment sommes-nous observateur chercheur dans la compréhension des situations ; à quel moment l'un des positionnements prévaut sur le second et selon quel critère ? La dimension éthique étant essentielle, nous y reviendrons ultérieurement.

2-2-1-2 Quand le chercheur prévaut sur la professionnelle et réciproquement

Le détachement du statut de professionnelle, bien que souhaité ne peut s'effectuer totalement. Notre implication au quotidien est lourde et nous répondons aux attendus de l'institution à notre égard au regard de notre fonction. « *Nos valeurs portées par le soi personnel sont implicitement présentes dans l'action professionnelle (pôle du praticien) comme dans l'action de recherche (pôle du chercheur) qu'elles imprègnent* » (De Lavergne, 2007, p.37)³⁷⁴. Cette difficulté a été par ailleurs étudiée par Kohn dans les années 2000 alors qu'il aborde la condition des enseignants et travailleurs sociaux qui interviennent en institution ou dans la rue et qui décident de mener une recherche à partir de leur travail. « *En accédant au rôle de chercheur, ils doivent selon le schéma classique, conquérir une "distanciation" à partir d'une position initiale de "participation" complète, d'immersion dans ce qui devient leur "terrain" d'observation* » (Lapassade, 2006, p.21)³⁷⁵. L'immersion constitue une phase importante de l'observation. Le chercheur « *devient une partie du groupe observé, partageant ses actions, ses émotions, ses priorités* » (*Ibid.*, p.39)³⁷⁶. Trouver la bonne distance avec le groupe observé est alors particulièrement difficile : plus la distance est grande, plus l'observateur est "dehors" et plus il diminue son accès à ce qui se passe dans le groupe. D'où la nécessité de prendre en compte ce statut hiérarchique institutionnel qui est le

³⁷⁴ Lavergne (De), C., La posture du praticien chercheur : une analyse de l'évolution de la recherche qualitative, *Recherches qualitatives Hors-Série Numéro3*, actes du colloque bilan et perspectives de la recherche qualitative, 2007, p.37

³⁷⁵ Lapassade, G., 2006, *Op.cit.*, p.21

³⁷⁶ *Ibid.*, p.39

nôtre à l'origine d'une distance, qui constitue un biais majeur mais inévitable selon nous, dans les données de terrain recueillies lors de l'enquête.

L'observation de terrain permet toutefois de mettre en évidence comment s'initient et s'organisent les actions en situation, comment s'élaborent les pratiques professionnelles, les processus sociaux et comment se construit le sens dont ces processus sont vecteurs. Elle nous permet de repérer et d'analyser le processus du travail "en train de" se réaliser. Or, si nous observons une action "en train de se faire", nous pouvons constater qu'*« il ne s'agit pas de perception seulement, mais de mobilité, de combinaison, d'accélération, de thésaurisation [...] ce lien fondamental entre ce que l'esprit peut voir et l'organisation de ce qu'il doit voir »* (Latour, 1987, p.87)³⁷⁷. L'observation nous permet d'identifier les processus de coordination entre les individus dans une situation organisée, ne se réduisant pas à une simple collecte de données dénuée de sens.

Les relations qui interviennent dans le travail, qu'elles soient humaines et/ou humaines-non humaines, sont en perpétuel mouvement, imposant aux individus une *« traduction »*³⁷⁸: *« Les choses ne sont elles-mêmes que relations. Ces relations sont diverses, elles sont construites différemment, vont dans des directions hétérogènes, forgent des ontologies partielles, "tentative" comme on dit joliment en anglais, qui ne sont jamais définitives, qui s'éprouvent »* (Hennion, 2013, p.43)³⁷⁹. Les relations, les actions s'interprètent en contexte, se traduisent, se permutent, se reconsidèrent, s'écrivent, se transforment. Pour Goffman (2013), l'action d'une personne est facilitée ou entravée par l'action de l'autre, en situation l'évènement et sa prise en considération constituant *« une partie de leur monde »*³⁸⁰. Ce qui fait la complexité de la compréhension que nous en avons.

L'observation est une perception structurée et organisatrice. C'est ainsi, que par une approche ethnographique, le chercheur peut *« accéder aux pratiques, aux actions plutôt qu'aux représentations, et donc à toutes ces pratiques cachées, "naturelles", tabous, contradictoires ou indicibles que les enquêtés-es peineraient (ou refuseraient) à décrire*

³⁷⁷ Latour, B., Les vues de l'esprit, une introduction à l'anthropologie des sciences et techniques, dans *Réseaux, Volume 5, Numéro 27*, 1987, (79-96)

³⁷⁸ Cette théorie de la traduction est développée par Latour dans les années 1980

³⁷⁹ Hennion, A., D'une sociologie de la médiation à une pragmatique des attachements, *Sociologies, théories et recherches*, 2013, (1-47)

³⁸⁰ Goffman, E., *Comment se conduire dans les lieux publics, notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Collection Etudes sociologiques, Paris, Economica, 2013, p.17

de manière orale ou écrite » (Buscatto, 2010, p.6)³⁸¹. L'approche ethnographique autorise le chercheur à intégrer le groupe, à se fondre en lui et ainsi mettre à jour les pratiques héritées, ancrées, cachées, pratiques appartenant au patrimoine culturel des individus constituant le groupe étudié. Le chercheur observe également les pratiques dans le contexte de réalisation. Il peut en comprendre l'élaboration, « *mettre en évidence les manières dont elles se définissent, s'articulent, se confrontent ou s'opposent, dans l'action et dans l'interaction, les différentes rationalités ou logiques d'action des acteurs évoluant dans les systèmes sociaux étudiés* » (Ibid., p.6)³⁸². De fait, intégrée au groupe, il nous est donné de participer à cette élaboration.

En situation de métissage, l'observation participante permet en outre d'avoir un regard ethnologique, de saisir la complexité de l'environnement. Elle favorise un regard ethnographique (appréhension des groupes ethniques selon leurs mœurs et coutumes). Elle fait également appel à la discipline de l'ethnométhodologie dans l'étude des activités et de la manière dont les individus les rendent intelligibles. L'approche des groupes en ce qui concerne leurs interactions sociales et leur communication interpersonnelle dans la vie quotidienne est ainsi explorée. Quand des individus de nationalité ou d'origine différentes se rencontrent et confrontent leur culture, leurs comportements et leurs points de vue, leurs positions s'expriment, soit de manière harmonieuse, soit de manière conflictuelle (Albert, 2006, p.134)³⁸³. Être observateur participant permet cette approche compréhensive des relations interpersonnelles et des interactions au sein du groupe.

Le contexte, la situation et le passage de l'un à l'autre sont les éléments fondamentaux à prendre en compte dans les interactions (Mucchielli, 2010)³⁸⁴. Identifier le cadre interprétatif permet aux acteurs de comprendre ce qui se déroule et pourquoi cela se déroule de cette manière et pas d'une autre. Cette identification se situe dans la lignée des travaux de Goffman étudiant les « *cadres de l'expérience* » comme des grilles d'interprétation (l'acteur entre dans la situation et en identifie les activités en cours) en y associant le « *cadre primaire* » (situation pour un acteur donné, avec sa propre vision,

³⁸¹ Buscatto, M., 2010, *Op.cit.* p.6

³⁸² *Ibid.* p.6

³⁸³ Albert, M-T., *Evidences dans la communication interculturelle*, dans Hess, R, Weigand, G. (Dir.). *Op.cit.* (pp.133-142)

³⁸⁴ Mucchielli, A., *Situation et communication*, Collection entreprendre et manager, Paris, Ovadia, 2010

sa culture, ses règles...). Le chercheur impliqué et intégré dans le groupe peut alors déterminer le cadre interprétatif et comprendre et/ou adopter le point de vue de l'autre, ce qui participe du sens. La sémiotique situationnelle permet aux acteurs de la situation d'en comprendre le sens, de même que les actions qui en sont issues. Szafrajzen (2010, p.3)³⁸⁵ étudie ainsi des apprenants dans une formation à distance et s'appuie sur la méthode de la sémiotique situationnelle et les trois principes énoncés par Mucchielli qui sont : le constructiviste-subjectiviste (mêlant sensibilité et engagement), le primat des significations (intentionnalité des expressions, conduites porteuses de sens) et l'intercompréhension (reposant sur l'empathie). Dans son article, elle rapporte d'autres principes dont nous retiendrons les deux plus proches de notre travail à savoir une communication comme construction collective du sens et une construction communicationnelle et sociale de la situation partagée. L'école de Palo Alto développe la théorie du « *recadrage* » grâce aux travaux de Watzlawick dans les années 1970, l'interprétation apparaît alors directement liée à la réalité perçue par les individus. Celle-ci peut être modifiée en fonction du point de vue et de l'intention de chaque protagoniste. Le cadre interprétatif apparaît donc fortement mouvant.

La prise en compte des éléments de la situation (contexte et individus) et la notion de collectif dans la construction du sens sont incontournables pour le chercheur. En revanche, le professionnel, chercheur dans son milieu professionnel ne peut faire abstraction de ses expériences, de son vécu, du sens qu'il donne lui-même aux situations et aux données recueillies. La neutralité absolue paraît impossible à obtenir. Cependant, nous sommes attentive à différencier le discours dit "officiel" (institutionnel) de ce que Mispelblom Beyer nomme « *les parlars ordinaires* ». Ces derniers sont subjectifs et « *difficiles à saisir* » (2000, p.220)³⁸⁶ et peuvent amener l'apprenti-chercheur à se fondre au discours. La teneur des propos est alors sujette à une interprétation variant en fonction de la prise de distance de celui-ci. C'est pourquoi, avoir conscience des avantages et limites de cette méthode d'enquête est primordial. Cela nous conduit à

³⁸⁵ Szafrajzen, B., *Les mécanismes en œuvre dans la construction identitaire d'une communauté virtuelle d'apprenants à distance*, pp.1-14, (2010), <http://isdsm.univ-tln.fr/PDF/isdsm32/isdsm32-szafrajzen.pdf>, (consulté en ligne le 25/04/2013)

³⁸⁶ Mispelblom Beyer, F., Communication organisationnelle et parlars ordinaires, dans Le Moëne, C. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la Société, Numéro 50/51, mai/octobre 2000, (pp.217-239), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, p.220

avoir recours à plusieurs techniques de recueil afin d'obtenir des données les plus fiables et objectives possibles, techniques que nous présentons et justifions.

2-2-1-3 L'observateur participant "visible et de l'intérieur"

L'observation participante consiste, dans notre cas, à être immergée au quotidien dans l'hôpital, les secteurs de soins et les équipes soignantes. Nous tenons un journal de bord où nous notons nos observations, des échanges qui nous ont interpellés, intéressés ou marqués, des réflexions, des interrogations, des propos, etc. Nous inscrivons également nos réflexions issues d'une situation à un instant donné, des rencontres et des interrelations avec les soignants, les malades et leur famille : « *le journal de bord a pour principale finalité d'objectiver la subjectivité afin d'éviter que celle-ci ne nuise à la nécessaire position en retrait de l'observateur [...] il sert en quelque sorte d'exutoire dans la gestion des affects* » (Martineau, 2005, p.11)³⁸⁷. Le contenu de ce journal de bord est intégré judicieusement au sein du présent tapuscrit (dans les résultats des différentes techniques d'enquête), quand il permet de compléter ou argumenter les données recueillies. Une des difficultés rencontrées dans la tenue de ce journal de bord a été de noter sur le vif les éléments d'observation, de discussion ou de compréhension ou même de noter *a posteriori* l'enchaînement des actions lié à l'exercice professionnel occultant cet aspect du travail du chercheur. Par conséquent il a donné lieu à une relecture approfondie à l'aune des autres données recueillies.

Nous faisons le choix d'enquêter dans l'institution où nous exerçons notre fonction d'encadrement et menons cette thèse sur du temps personnel parallèlement à l'activité professionnelle prenante qui a été décrite. Mais ce positionnement nécessite notre constante vigilance, notamment sur le plan éthique.

2-3 Le recueil de données et l'éthique du chercheur

De par notre profession de cadre de santé, nous sommes responsable d'une équipe soignante, garante de l'organisation du travail et de la qualité des soins dispensés dans un service hospitalier. Nous sommes immergée au quotidien et en permanence dans les équipes soignantes, à la fois témoin et partie prenante des interactions entre les

³⁸⁷ Martineau, S. L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites, Actes du colloque l'instrumentation dans la collecte des données, UQTR 26 novembre 2004, *Recherches qualitatives, Hors-Série Numéro 2*, (5-17)

professionnels et les bénéficiaires du soin. Ceci explique que nous sommes "visible" par l'ensemble des acteurs, évoluant au sein de l'équipe et du secteur de soin, ce qui nous place à l'intérieur de l'interaction. Cette position se confronte à celle du chercheur "caméléon" ou à découvert.

2-3-1 Chercheur "caméléon" ou chercheur à découvert

Nous avons deux choix possibles en terme de posture du chercheur : adopter la posture de chercheur "caméléon" ou celle de chercheur à découvert. Nous faisons le choix de cette dernière.

Cacher aux acteurs de la situation notre position, devenant transparent sur le terrain, distancé, un chercheur « *caparaçonné* » (De Lavergne, 2007)³⁸⁸ ne nous semble pas éthique. Il aurait pourtant été facile pour nous d'être ce chercheur caméléon de par notre statut institutionnel et notre fonction. Cependant il s'agit d'un positionnement avec lequel nous ne sommes pas en accord déontologiquement. En effet les règles professionnelles imposent un respect envers ses pairs qui selon nous aurait fait défaut. En choisissant comme terrain d'enquête l'institution où nous exerçons, nous adoptons de fait la position de « *chercheur de l'intérieur* » (*Ibid.*, p.33)³⁸⁹. Cela nous oblige à une attention plus soutenue et plus ciblée sur les comportements et les pratiques, appréhendant chaque espace, chaque discours, chaque relation comme une construction, un partage de savoirs, un acte communicationnel. Le risque que nous courrons, chercheur dans cette observation "à découvert", connue du groupe, est alors de contribuer à une déstabilisation de ce groupe dans son fonctionnement quotidien liée à la présence et au contexte d'une étude.

« *Le chercheur questionne son implication et le mode de production de ses connaissances* » (*Ibid.*, p.33)³⁹⁰. La double posture de "chercheur de l'intérieur", fait appel à l'implication, voire l'implexité définie par Le Grand (2000) comme la dimension complexe des implications³⁹¹. Celle-ci repose sur le contexte et une cognition située et distribuée, les connaissances étant mobilisées en fonction de la situation, des personnes et du contexte environnemental. La rationalité du comportement des

³⁸⁸ Lavergne (De). C., 2007, *Op.cit.* p.33

³⁸⁹ *Ibid.*, p.33

³⁹⁰ *Ibid.*, p.33

³⁹¹ Le Grand, J-L., *Implexité : implication et complexité*, (2000), <http://www.fp.univ-paris8.fr/recherches/JLLeGrandimplexite.html>, (consulté en ligne le 01/10/2012)

individus ne dépend pas seulement de ses capacités cognitives. Elle s'inscrit dans un système cognitif en lien avec son environnement et une distribution cognitive du travail s'effectue entre les individus présents (Laville, 2000, p.1301)³⁹². Il n'est pas envisageable de séparer le produit de la connaissance des conditions de sa production : l'implication est vue comme un engagement, une manière d'exposer et de s'exposer, elle devient une relation formelle dans le groupe. La complexité des situations, des interactions est opaque et fait que l'implication devient pour Le Grand, l'implexité. S'immerger dans ces situations et ces interactions en tant qu'observateur participant actif peut perturber ce qui se joue entre les individus, tel le phénomène artificiel ou naturel troublant une expérience. Cela fait de l'observateur que nous sommes un artefact, un phénomène artificiel et éphémère qui infère l'observation et les situations. Définir jusqu'où nous sommes impliquée et à partir de quel moment et dans quelle situation nous sommes dans l'implexité est complexe. A être trop impliquée et à participer de l'implexité, nous risquons de perdre l'œil critique et objectif de l'observateur chercheur participant, qui doit à la fois être au-dedans et au-dehors des situations.

C'est d'ailleurs ce qu'énonce Lapassade (2006) à propos du chercheur qui réalise une observation participante active : le chercheur "joue un rôle" et cherche à « *acquérir un statut à l'intérieur du groupe ou de l'institution qu'il étudie* » (Lapassade, *Op.cit.* p.19). Dans sa présentation de la méthode ethnographique aux étudiants de DESS d'ethnométhologie et informatique en 1993, cet auteur dit alors du chercheur ayant fait le choix d'une observation participante active, qu'« *il a un pied ici et l'autre ailleurs* » (Lapassade, 1992, p.5)³⁹³. Le chercheur participe aux activités du groupe, en revanche, il maintient une distance qui lui est nécessaire pour conserver le regard et le lien avec les théories scientifiques. Nous nous positionnons en tant que chercheur impliqué, dans une observation participante active et sur notre propre terrain, opportunité, voire ce qui n'est pas sans ajouter à la complexité du statut de chercheur et à son confort (celui du chercheur dans son milieu) car sans cette observation, la thèse n'existerait pas.

³⁹² Laville, F., Cognition située : une nouvelle approche de la rationalité limitée, *Revue économique*, Volume 21, Numéro 6, 2000, (1301-1331)

³⁹³ Lapassade, G., *La méthode ethnographique*, DESS ethnométhologie et informatique, année scolaire 1992-1993, <http://www.vadeker.net/corpus/lapassade/ethngrso.htm>, (consulté en ligne le 02/10/2012)

Nous prenons conscience qu'un dédoublement s'impose à nous dans les rapports entretenus avec les enquêtés et que celui-ci est indispensable. Nous sommes d'une part le cadre de santé et d'autre part le chercheur en SIC. Pour l'institution et pour les professionnelles enquêtées, ce statut est formellement identifié.

2-3-2 Une clarification nécessaire des attentes du groupe sur le terrain

Il convient d'expliciter la démarche vis-à-vis des professionnelles interviewées (lors de l'enquête dont nous présenterons le contenu ultérieurement) ainsi que de préciser l'utilisation qui est faite des données. Nous clarifions les attentes que pourraient avoir ces professionnelles au travers des propos personnels livrés dans les différents échanges (par exemple attendre de nous que nous servions de relais d'information auprès de leur propre hiérarchie).

D'un point de vue ethno-méthodologique, ce dédoublement voire détachement est indispensable pour le chercheur dans le cadre d'une observation participante, si ce dernier veut obtenir des résultats significatifs. L'observateur participant est impliqué dans la vie du groupe pour en saisir le sens, les valeurs, les normes. En revanche, l'observateur participant se détache du terrain et du groupe pour établir les liens entre ses observations et les théories qui lui permettent d'en expliciter le sens, les confrontant aux théories. Selon Benson et Hughes (2006), l'observateur participant « *peut devenir tellement impliqué dans la situation que sa volonté de détachement et d'objectivité s'effondre selon un processus couramment désigné par l'expression "going native" (devenir un natif, un "indigène")* » (cité par Lapassade, 2006, p.23)³⁹⁴. Devenir indigène est vu comme une nécessité par Goffman (1989) dans son journal d'une ethnographie contemporaine. Cette vision l'oppose à Benson et Hughes, pour qui devenir indigène est plutôt vu comme un risque, le risque d'avoir une vision profane et non scientifique des phénomènes observés. La dimension d'observation associée à la participation sur le terrain ne peut être confondue avec l'attitude scientifique qui impose un dédoublement systématique ; « *nous sommes à la fois, à chaque instant, acteurs et observateurs des autres et de nous-mêmes* » (Lapassade, 2006, p.25)³⁹⁵. L'objectivité de l'observation participante est discutée par certains auteurs. Les différentes approches

³⁹⁴ Lapassade, G., 2006, *Op.cit.* p.23

³⁹⁵ *Ibid.*, p.25

(anthropologiques, sociologiques, etc.) montrent que l'observation "pure" n'existe pas, que ce soit un choix ou non, les individus participent et influencent de fait la vie d'autrui, à des relations qui les affectent inévitablement : « *elle permet de refuser à la fois de faire comme si nous pouvions nous retirer de l'espèce humaine lorsque nous étudions et de faire comme si la seule alternative était de l'ordre de l'introspection plus ou moins bien tempérée* » (Winkin, 1997, p.2)³⁹⁶.

La tenue du journal de bord dans la neutralité de l'écriture des éléments qui y sont consignés est questionnée. Prenons pour exemple Favret-Saada, ethnologue ; elle étudie les phénomènes de sortilèges en Mayenne, les sorciers, les sorts jetés, l'emprise des mots dans ces manifestations et pour ce faire, elle s'engage « corps et âme » dans le groupe (Favret - Saada, 1985)³⁹⁷. Le chercheur perd la distance "émotionnelle" qui lui est nécessaire pour sa recherche. Il retranscrit cet affect dans ses propres mots au fil des pages de son journal de bord. Selon cette auteure, les affects peuvent entraver l'écriture. alors que pour Winkin, elle « *permet de cristalliser très vite une masse de données qui sont d'habitude évacuées* » (Op.cit., p.4)³⁹⁸.

Être sur notre terrain d'enquête, dans cette position d'observateur participant et simultanément dans un statut hiérarchique "supérieur" connu des participants, nous impose une certaine vigilance dans les relations interpersonnelles. La neutralité ne peut être totale, cependant certaines réactions de la part des enquêtés à notre rencontre, peuvent inférer les résultats de ce travail (par exemple la perte d'objectivité, de spontanéité et d'authenticité de leur discours).

Cette méthode peut procurer d'excellents résultats : les données y gagnent, outre en authenticité, en qualité et en intérêt, en compréhensibilité du point de vue des acteurs. Cependant, le coût peut être élevé pour le chercheur, en investissement de sa personne, de son énergie, de son temps et elle n'est pas sans poser des problèmes éthiques (Bouifrou, 2006, p.1)³⁹⁹.

La clarification de l'enquête, des modalités, du contexte et de ses objectifs est nécessaire pour gagner cette authenticité dans les données recueillies auprès des

³⁹⁶ Winkin, y., L'observation participante est-elle un leurre? *Communication et Organisation*, Numéro 12, (1997), pp.1-6, <http://communicationorganisation.revues.org/1983>, (consulté en ligne le 27/09/2013)

³⁹⁷ Favret - Saada, J., *Les mots, la mort, les sorts*, Collection Folio essais, Paris, Gallimard, 1985

³⁹⁸ Winkin., 1997, *Op.cit*, p.4

³⁹⁹ Bouifrou, L., Le rôle du chercheur dans l'observation participante, à partir de l'étude de cas de deux bidonvilles de Delhi, *FFSG*, « *L'espace social : outils et méthodes, objets et éthiques* », Rennes, ateliers terrains, pp.1-3, (2006), <http://eegeosociale.free.fr/rennes2006>, (consulté en ligne le 01/10/2012)

soignantes. Bouifrou (2006) évoque des problèmes éthiques, que nous prenons en considération dans le fait même d'enquêter à découvert, d'identifier notre statut auprès des professionnels. Nous intégrons également le biais que constitue notre statut hiérarchique élevé au sein de l'institution. Nous évitons d'être dans une stratégie dite « *d'oscillation pendulaire* » telle que la décrit De Lavergne (2007)⁴⁰⁰, laissant la place à une certaine orchestration de la part des acteurs, transformant le chercheur « *en miroir complaisant* ». Une stratégie de compromis se met alors en place entre le professionnel et le chercheur dans une domination alternée, une coexistence des deux positions en situation observée. En revanche, la position dominante situationnelle (professionnelle ou chercheur) peut inférer l'analyse et le sens que l'observateur donne aux situations rencontrées. Elle peut en effet interférer sur la compréhension des phénomènes observés.

Ainsi dans le cadre de l'observation participante par exemple, nous pouvons circuler librement. De par notre parcours professionnel, nous avons en effet une expertise nous donnant une bonne connaissance de l'institution, des métiers observés, du travail en équipe soignante. Ceci nous apporte des éléments de compréhension des situations rencontrées. En revanche, ce statut de cadre de santé sur le terrain de l'enquête, constitue une difficulté et un biais dans les résultats obtenus. D'une part, l'interprétation se prête au regard managérial et d'autre part, le rapport hiérarchique existant peut être une entrave à la liberté d'expression des soignantes. La confiance semble s'instaurer, la parole paraît libre allant jusqu'à des confidences sur des situations et/ou des ressentis personnels. Pour autant, sommes-nous dans l'authenticité du discours sans arrières pensées ? Certains propos peuvent ainsi être prononcés dans le but d'être relayés auprès de la hiérarchie, nous assimilant à « Hermès » ou « Mercure », le messager des dieux. Pour autant qu'il y ait eu une clarification des attentes et des modalités de l'enquête, l'espoir d'une possible déviance est toujours présent.

Les soignantes interrogées peuvent également tenir un discours, dont elles pensent qu'il s'agit de celui que nous souhaitons entendre. Notamment quand il est question de parler des valeurs soignantes, de celles de l'équipe, des pratiques de soins. Ce discours peut être qualifié de convenu, conventionnel, admis ou reconnu par la communauté

⁴⁰⁰ Lavergne (De), C., 2007, *Op.cit.*

soignante. Ce discours est cependant celui qui jalonne la formation initiale des infirmières et des aide-soignantes. (Nous nous y intéresserons dans le chapitre 2 de la deuxième partie). Il nous est alors difficile de faire la différence entre les propos qui sont personnels à la soignante, comme faisant partie de ses propres valeurs et ceux qui ne sont autres que le résultat d'un apprentissage et d'un discours acquis par la formation.

C'est en ce sens que le chercheur est vigilant, son regard scientifique prévalant sur son regard intuitif de professionnel impliqué institutionnellement. Ceci lui permet d'identifier et de comprendre comment travaille le collectif observé.

2-3-3 De l'interprétation des résultats

Une des vigilances concerne l'interprétation des résultats. Celle-ci ne peut dédouaner complètement la part intuitive et subjective du chercheur en lien avec l'exercice de la même profession, du même cœur de métier, dans le même contexte et dans la même institution. L'interprétation des résultats se réalise avec le regard lié à une fonction hiérarchique et d'encadrement dont il nous est difficile de nous défaire totalement. Cette part intuitive fait partie de nous en tant qu'individu.

La recherche inductive questionne la réalité à partir des découvertes successives issues du processus de recherche et « *la validation de ces découvertes est faite à travers le dialogue, la négociation du sens, la réflexion critique interpersonnelle, la recherche d'une lecture consensuelle de la réalité étudiée, l'interaction entre le vécu du chercheur et celui des participants* » (Anadon, Guillemette, 2007, p.3)⁴⁰¹. Nous pourrions penser que le recours à une tierce personne pour objectiver les résultats est nécessaire. Cependant cela ne peut être envisagé à notre sens dans une recherche inductive, car comme l'évoquent ces auteurs, l'interaction entre le chercheur et les participants dans le vécu, est fondamental pour valider les connaissances et les découvertes issues de la recherche. Dans l'interaction, il ne peut être fait abstraction des ressentis, de l'affect qui introduisent alors une part de subjectivité. Ce sont les participants à l'enquête, investigateur et investigués qui en font la teneur, que ce soit dans le déroulé lui-même que dans les résultats obtenus. La signification et l'interprétation sont élaborées de par

⁴⁰¹ Anadon, M, Guillemette, F., 2007, *Op.cit.*, p.3

les interactions. Que ce soit pour la démarche inductive ou pour l'interprétation des résultats, le chercheur ne peut faire totalement abstraction de ses préjugés et de sa perspective théorique. Il lui faut en être conscient.

Ensuite, nous construisons notre propre interprétation des données sur le discours d'interviewées déjà porteuses de leurs propres interprétations voire représentations, ce qui complexifie notre travail d'analyse. Nous acceptons dans l'interprétation des résultats cette part d'intuitif (liée à la professionnelle que nous sommes), de subjectif propre aux individus, dont nous ne pouvons nous extraire. En outre, des biais inhérents à notre statut de cadre de santé dans l'institution existent même si nous mettons tout en œuvre pour instaurer un climat propice à les minimiser et nous les prenons en compte : un biais "déformation" dans le discours convenu des soignantes en position duelle avec un cadre de santé de l'hôpital ; un biais de "représentativité" du fait d'une sélection de soignantes opérée par le cadre de santé de l'unité pour la réalisation des entretiens (un filtrage sur lequel nous n'avons pas la "main") ; un biais de "positionnement" du fait de notre statut de cadre de santé, qui peut entraver la libre expression des soignantes au détour des entretiens. Nous avons aussi nos propres représentations et nous sommes vigilante à ne pas les considérer comme des généralités même partielles.

Fort de ces réflexions *a priori*, nous faisons le choix d'une méthodologie en plusieurs étapes, que nous mettons en œuvre avec un souci de systématisme et une vigilance accrue. La relève étant évoquée par Grosjean et Lacoste (1999)⁴⁰² comme un moment "clef" de communication au sein de l'équipe, de transmission des informations, de partage d'une équipe rassemblée dans un même lieu et une même temporalité, nous décidons d'en observer plusieurs séquences au sein d'une unité de soins.

3- Le choix raisonné d'un moment clé : la relève

Quinze séquences de relève sont observées, de 13h30 à 14h, suivant la grille d'observation proposée par Grosjean et Lacoste (cf. annexes 6 et 7). Cette relève à mi-journée regroupe l'ensemble des deux équipes (équipe du matin et équipe de l'après-midi). Elle paraît être un point de synthèse fondamental de l'ensemble des informations, médicales ou paramédicales, des observations issues des soins, des décisions

⁴⁰² Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*

organisationnelles. Elles représentent un moment pédagogique pour les étudiantes en soins infirmiers et les élèves aide-soignantes mais également un moment de régulation pour le cadre de santé. Nous complétons nos observations par l'enregistrement phonique de séquences de relève. Celui-ci est confronté aux observations et au positionnement initial. Il peut nous donner un éclairage compréhensif des discours entendus. Ces enregistrements sont morcelés, le recueil se faisant par intermittence dans un contexte d'exercice professionnel où les sollicitations sont importantes ainsi que les éléments perturbateurs liés à l'environnement. Nous ne procédons qu'à deux enregistrements partiels, ces derniers n'étant destinés qu'à apporter un éclairage de l'observation dans le cadre d'une analyse communicationnelle centrée sur les interactions.

Pour parfaire les observations, nous étudions également le moment de transmissions entre les infirmières et les médecins appelé "point". Ce temps de communication n'a toutefois jamais été évoqué pendant les entretiens mais nous le jugeons *a priori* intéressant pour notre réflexion de chercheur.

3-1 Un choix raisonné d'observation

Cadre de santé dans un secteur de soins, nous participons quotidiennement aux relèves⁴⁰³ d'équipes, notamment celle qui a lieu entre 13h30 et 14h. Nous participons aussi aux transmissions qui ont lieu de 20h45 à 21h, entre l'équipe d'après-midi et celle de nuit et à la relève qui a lieu de 6h30 à 6h45 entre l'équipe de nuit et celle du matin lors de nos permanences de site.

Nous aurions pu observer la première relève du matin qui a lieu à 6h30 ou celle du soir. Cependant nous décidons de porter nos observations de chercheur sur la relève intermédiaire, à mi-journée. D'une part, il s'agit selon les professionnelles de la relève la plus importante pour l'organisation de la continuité des soins, du travail de l'équipe et pour la régulation des différentes actions mises en œuvre. Elle regroupe l'ensemble des soignantes, des futurs professionnelles en formation et le cadre de santé. D'autre part, cette relève est plus accessible dans la temporalité, dans l'espace et la permanence sur la durée de l'enquête, notre présence quotidienne étant plus sur un créneau horaire situé entre 8h et 19h.

⁴⁰³ Lire indépendamment relève, transmissions, staff, colloque qui nomment le même moment de communication entre les équipes soignantes, selon les personnes qui l'évoquent.

Nous observons quinze séquences de relève dans le secteur où nous sommes cadre de santé, décidant d'occuper cette position d'observateur et seulement cette position-là. La position n'étant pas annoncée à l'équipe en amont de la séquence, la relève se déroule comme à son habitude. Cela nous permet de l'appréhender avec un regard différent, de chercheur et non de cadre de santé. Nous notons les éléments observés sur un support que nous élaborons à partir de la grille d'observation de référence (cf. annexe 7), nous permettant une vue synoptique du recueil. Nous représentons schématiquement la relève, le positionnement des soignantes dans l'espace selon leur fonction, leur horaire de travail et parfois selon leur origine (pays de naissance et/ou familiale).

3-1-1 Les données des quinze séquences de relève

Nous représentons les participants de la relève dans le lieu et l'espace sur une représentation graphique, identifiant les fonctions, les postes de travail (cf. annexe 8). Les sigles "S" et "M" sur celle-ci correspondent aux plages de travail en lien avec les fiches de poste et fixant les activités et tâches incombant aux soignantes ("M" étant 6h30-14h12 ou 8h-15h42 ou 9h-16h42 ou 11h30-19h12 et "S" étant 12h18-20h ou 13h18-21h). Dans la réalité du terrain, les "M" se distinguent en M1, M2, M4, M6... M7 selon les horaires. Pour une meilleure lecture et compréhension nous préférons conserver "M" en matin et "S" en soir, quel que soit le poste de travail, nous intéressant aux phénomènes communicationnels et non à l'ensemble des activités pour ces soignantes⁴⁰⁴.

Ces dernières sont regroupées dans la salle des infirmières, comportant deux accès : un premier dans le couloir de circulation, dans l'espace d'accueil des patients, des familles et des intervenants ; un autre par l'une des deux pièces contigües, la salle à pansement dans laquelle elles accèdent par la salle de décontamination des aide-soignantes ou la salle de soins située deux pièces plus loin. A noter que ce secteur est en forme de « S », avec deux ailes structurelles, le bureau infirmier se situant à la jonction de celles-ci :

- l'une dédiée à une activité d'hospitalisation de semaine ; les lits sont fermés dès le vendredi soir 18 heures jusqu'au lundi matin 7 heures, la durée moyenne d'hospitalisation est comprise entre un et cinq jours ;

⁴⁰⁴ Dans les périodes d'observation des séquences de relève, nous adoptons la position d'observateur chercheur en Sciences de l'Information et de la Communication et non la position de Cadre de Santé.

- la seconde dédiée à une activité d'hospitalisation complète (ou traditionnelle). Les lits sont ouverts toute l'année, sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

3-1-2 La technique d'analyse des séquences de relève

A partir de nos observations de la relève, nous procédons à une synthèse de l'ensemble de celles-ci selon la même classification, celle utilisée par Grosjean et Lacoste (1999) dans leur étude sur le travail collectif à l'hôpital :

- les données stables au cours de l'interaction (présentes dans chacune des séquences observées)
- les données évoluant au cours de l'interaction (non permanentes). Elles dépendent de la situation, du contexte, de l'interaction, des personnes en présence...

Nous réalisons une représentation schématique de chacune des relèves afin d'en apprécier les variations et les spécificités (cf. annexe 9). Nous faisons ensuite une synthèse des données recueillies selon le contenu des échanges, leur déroulé, les postures observées par les acteurs et les actes communicationnels de ces interactions.

Nous procédons à la retranscription manuelle des enregistrements selon le même mode que les entretiens. Cela nous donne la possibilité d'identifier le discours dans son contenu, dans sa forme, dans les interactions entre les professionnelles participant à la relève, identifiant les artefacts environnementaux. L'enregistrement nous permet de compléter nos observations dans les interactions communicationnelles, la régulation du groupe dans ce temps de relève, la prise de décision et la place donnée à chacun. Nous procédons de la même manière pour le moment de point entre les médecins, les infirmières et la cadre de santé.

3-1-3 L'observation de quinze séquences de point

Nous avons choisi d'observer également ce moment dans le secteur où nous exerçons notre activité de cadre de santé, pour une question de faisabilité dans notre exercice professionnel mais aussi au regard de ce moment qui n'est pas commun à l'ensemble des unités de soins. La relève d'équipe est un moment important dans l'organisation des soignantes en secteur de soins. Pourtant elle ne bénéficie pas de la présence médicale. En revanche, il est formalisé un temps de rencontre entre les médecins, les infirmières et

le cadre de santé, le matin entre 9h et 10h30. Ce temps est modulable dans le moment et la durée selon les impératifs des médecins plus que des infirmières. Ces instants ne sont pas comparables aux transmissions de l'équipe soignante, que ce soit en termes de contenu et de forme.

Le point occupe moins de quinze minutes. Sont présentes les infirmières, les cadres de santé, les étudiantes en soins infirmiers en période de stage, l'interne et/ou le chef de clinique et/ou le praticien hospitalier et parfois quelques externes en médecine et/ou l'externe en pharmacie quoique ce ne soit pas systématique. Les infirmières évoquent les situations préoccupantes, les malades présentant des complications ou pour lesquels se pose un problème d'examen, de résultat et de soin. Les infirmières demandent des éclairages sur des éléments de prise en charge dont elles n'ont pas l'explication ou qu'elles ne comprennent pas. Notamment cette nécessité d'information et de compréhension se pose dans des décisions thérapeutiques. Ce moment de point est perturbé par des artefacts extérieurs et environnementaux que sont le téléphone, les intervenants extérieurs... les différentes sollicitations des médecins mais également par ce que nous qualifions "d'action réaction". Par exemple, un problème d'examen se pose, sitôt le problème énoncé, le médecin appelle aussitôt le service concerné sans attendre la fin des transmissions de l'infirmière, ce qui perturbe les échanges de ce "point" matinal.

Nous observons quinze séquences de "point" en utilisant la grille d'observations et le support de recueil que nous avons élaboré et utilisé pour la relève. Celui-ci nous en donne une vue synoptique. Nous ne représentons pas schématiquement le positionnement des acteurs sur les quinze séquences, car il est sensiblement le même, ce que nous constatons au quotidien par l'observation participante. Nous décidons d'enregistrer phoniquement une séquence de point afin de comprendre ce qui se joue dans cet acte communicationnel, en quoi ce moment est important pour le travail de l'équipe soignante même s'il diffère dans sa forme et selon les personnes présentes. La composition de l'équipe varie dans le temps, au gré des prises de poste, des absences et du tableau de service. L'enregistrement est partiel, car tout comme la relève, notre fonction de cadre de santé en activité nous oblige à répondre à des situations dans l'immédiateté (faisant prévaloir notre rôle de professionnelle sur celui de chercheur). La

technique d'analyse des séquences de point est identique à celle des relèves traitées en amont.

3-2 Des entretiens semi directifs et des questionnaires auto administrés

Nous avons choisi deux techniques de recueil nous permettant d'obtenir des données quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives sont destinées à caractériser la population enquêtée, les données qualitatives sont destinées à identifier, comprendre les phénomènes et les éléments des interactions.

3-2-1 Une technique de recueil qualitative: l'entretien

Nous choisissons de compléter notre observation, avec toutes les limites que nous avons évoquées, par la réalisation d'entretiens compréhensifs semi directifs auprès d'une population de soignantes volontaires. Pour ce faire nous sollicitons les cadres de santé de l'institution et nous leur présentons notre démarche.

3-2-1-1 De l'intention à la réalisation de l'entretien

Nous prenons contact auprès des cadres de santé des pôles inclus dans l'enquête, dès réception de l'autorisation par le CER de mener notre travail de recherche au sein de l'hôpital. A réception des réponses des cadres de santé correspondant aux critères d'inclusion et volontaires, nous les contactons par téléphone pour répondre à leurs questions éventuelles et fixer un rendez-vous pour réaliser l'entretien⁴⁰⁵. Nous émettons alors le souhait de pouvoir nous entretenir avec des soignantes de leur secteur, avec une infirmière et une aide-soignante voire deux de chaque fonction. Nous demandons si possible, à ce que l'une sur les deux soit non autochtone. Nous énonçons le terme d'ethnie quand cela est nécessaire à la compréhension de la demande.

Un rendez-vous est fixé avec le cadre de santé, à l'issue duquel nous sommes mise en contact avec les soignantes volontaires pour participer à l'enquête. Entre temps, nous rédigeons un courrier nominatif à l'attention de chaque soignante, leur expliquant la démarche (cf. annexe 3). Nous précisons l'importance d'enregistrer leur discours et

⁴⁰⁵Il ne s'agit pas ici de constituer un échantillon à proprement parler, compte-tenu de notre approche qualitative. Mais, même si cet ensemble de personnes interrogées ne cherche pas à donner lieu à des corrélations statistiques propres à une étude quantitative (étude menée ultérieurement), les personnes retenues dans cette partie exploratoire de notre travail constituent l'élément clé de notre investigation et a fait l'objet de toute notre attention.

l'usage qui en sera fait. Nous nous présentons comme chercheur en SIC et non en tant que cadre de santé de l'institution. Leur préciser que nous ne sommes pas un relais entre elles et leur encadrement nous paraît alors fondamental (garantie d'anonymat et de confidentialité des données). L'engagement de restituer les résultats de cette recherche si elles le souhaitent est pris même si la thèse est consultable en ligne après soutenance et si cette dernière est publique. Il est d'ores et déjà prévu que les résultats fassent l'objet d'une communication institutionnelle lors de la journée scientifique interrégionale soignante organisée chaque année en janvier. Cette présentation est déjà retenue pour le 29 janvier 2015 et constitue une étape de validation institutionnelle. La communication des résultats de cette thèse est déjà pressentie pour un prochain colloque interrégional de recherche paramédicale dans le cadre d'une demande institutionnelle.

Les entretiens sont programmés avec l'ensemble des cadres de santé pour eux-mêmes et pour les soignantes volontaires. Ils se déroulent sur un trimestre, de début avril à fin juin 2011. L'enquête par entretien est fastidieuse du fait des difficultés rencontrées qui sont de plusieurs ordres :

- La géographie : l'hôpital considéré est constitué de plusieurs établissements situés sur des sites différents et géographiquement opposés, sachant que nous nous rendons auprès de chacune des soignantes et cadres de santé sur leur lieu de travail, dans chaque secteur de soin. Nous menons au total cinquante-cinq entretiens.
- Le temps et la disponibilité : les déplacements sont chronophages. Cependant la plus grande difficulté est d'obtenir le rendez-vous et de pouvoir le conserver. Les tableaux de service des soignantes se modifient selon les impératifs de celui-ci, leur présentéisme. Nous sommes amenée à reporter des rendez-vous, voire en annuler certains et à solliciter d'autres soignantes. L'annulation du rendez-vous se fait souvent à la dernière minute. Deux rendez-vous sont ainsi reportés de notre fait, en lien avec les obligations de notre fonction d'encadrement. Ils sont reprogrammés dans la quinzaine suivante. En outre, nous réalisons un entretien auprès d'une cadre de santé travaillant exclusivement la nuit, avec un rendez-vous fixé à 21h15. Mais à l'heure dite, l'activité est telle qu'elle n'est disponible qu'en début de nuit, ce qui nous impose de patienter jusqu'à 0h30, moment où nous pouvons enfin nous mettre en retrait dans une pièce et procéder à l'entretien jusqu'à 1h45 du matin.

- Les interruptions pour une urgence de service : un entretien avec une cadre de santé est interrompu au bout de cinq minutes. Celle-ci est demandée immédiatement par sa hiérarchie. Nous convenons de reprendre contact dès le lendemain pour refixer un rendez-vous, mais l'entretien ne sera mené que la semaine suivante.
- Les entretiens auprès des soignantes non autochtones : si nous pouvons interviewer des aide-soignantes non autochtones, nombreuses et volontaires, il est plus difficile de trouver des infirmières, moins nombreuses surtout dans certains secteurs de soins. Quant aux cadres de santé non autochtones, ils sont plutôt rares. Ces divers constats nous interrogent socialement et humainement.
- L'accord de principe non consolidé : une cadre de santé contactée se porte volontaire. Elle ne donne pas suite au moment de fixer le rendez-vous puis ne répond pas aux sollicitations.

La logistique dans la phase « pré-entretien » est complexe et prenante. Nous avouons qu'elle nous a demandé de l'adaptation, de la réactivité, de la compréhension et de la patience pour permettre le recueil des données. La phase de réalisation de l'entretien nous apparaît ensuite plus sereine.

3-2-1-2 La réalisation de l'entretien

L'entretien se déroule selon une grille d'entretien (cf. annexe 5) afin de recueillir le discours des soignantes sur des thématiques telles que leur travail et leurs actions, la communication, le soin, l'équipe, la relève, le soin interculturel. Nous recueillons également leur sentiment sur le lien existant entre différence culturelle et standardisation des pratiques.

Pour la cadre de santé, l'entretien est réalisé dans son bureau, interrompu parfois par les appels téléphoniques, les entrées intempestives d'agents dans la pièce pour prendre un document ou pour la solliciter. Pour les infirmières et les aide-soignantes, l'entretien se déroule dans une pièce du service de soins, isolée, où nous ne sommes pas dérangées. Quivy et Van Campenhoudt disent de ce moment de l'entretien qu'il est « *une des phases les plus agréables d'une recherche : celle de la découverte, des idées qui jaillissent et des contacts humains les plus riches pour le chercheur* » (2006, p.58)⁴⁰⁶. Nous sommes en accord avec leurs propos (à l'écoute), l'entretien est selon nous une

⁴⁰⁶ Quivy, R, Van Campenhoudt, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*, troisième édition, Paris, Dunod, 2006

rencontre privilégiée. Nous choisissons de nous installer dans une position d'interview, assise en côte à côte distant avec l'interviewé et légèrement de face. Nous tentons d'effacer le plus possible, le vécu des soignantes dans les entretiens annuels d'évaluation ou autre entretien formalisé. Nous cherchons également à limiter le facteur d'influence que constitue le fait que nous soyons cadre de santé dans l'institution, parfois même cadre de santé dans le même pôle. Même si nous nous présentons comme chercheur, la représentation des soignantes à notre égard est inévitablement hiérarchique *apriori*. Nous sommes consciente des limites qu'induit notre statut de professionnelle. Cependant nous voulons installer un climat de confiance afin de libérer la parole. Dans la réalisation de ces entretiens, nous appliquons le principe de saturation :

La saturation vient combler l'absence de critères statistiques pour déterminer la taille de l'échantillon [...] Comment sait-on qu'on a atteint la saturation ? On s'en rend compte lorsque les données récoltées lors des dernières enquêtes sont répétitives ou déjà connues. La saturation est atteinte lorsque la recherche empirique ne révèle rien de nouveau (Depelteau, 2007, p.376)⁴⁰⁷.

Malgré la demande importante apparaissant dans l'expression du volontariat, notamment du fait des aide-soignantes non autochtones, nous mettons fin à la collecte des données après cinquante-cinq entretiens. Nous devons alors expliquer aux volontaires pour lesquelles nous ne réalisons pas l'entretien quelle en est la raison, ceci afin qu'elles ne se sentent pas exclues de ce travail.

3-2-1-3 La technique d'analyse

Nous procédons à une retranscription manuelle des entretiens notifiant les silences, les rires, les soupirs, les hésitations. Les entretiens ont une durée allant de trente minutes à parfois quatre-vingt minutes. En outre pour ce dernier entretien, nous faisons le choix de laisser libre cours à l'expression spontanée de la soignante. Les interviewées ayant répondu à des thématiques semblables, nous pouvons procéder à une catégorisation du discours, par rubrique et à une analyse des cooccurrences nous indiquant les associations de thèmes dans les séquences de communication. Nous pouvons également identifier au travers des situations de communication, les éléments et artefacts intervenant dans ces interactions communicationnelles, ainsi que les thèmes prévalents.

⁴⁰⁷ Depelteau, F., *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, 5^e tirage, Presses Universitaires de Laval, (pp.375-376), Québec, De Boeck, 2007

Nous scindons les entretiens en trois groupes : cadre de santé, infirmière, aide-soignante. Ceux-ci sont à leur tour scindés en deux sous-groupes : cadre de santé autochtone, cadre de santé non autochtone. La démarche est la même pour les infirmières et les aide-soignantes. Nous rappelons que, par un choix raisonné initial, nous considérons comme non autochtones, les soignantes nées à l'étranger et/ou ayant suivi leur scolarité de trois à dix ans à l'étranger et/ou arrivées en France à l'âge adulte et/ou ayant des parents nés et vivant à l'étranger et/ou nés en France mais éduqués dans la tradition et la culture familiale d'origine (dont les DOM TOM, un choix justifié précédemment). Sont identifiées comme étant autochtones les soignantes nées en France, vivant en France depuis leur naissance et ayant des parents français vivant en France. Pour les soignantes autochtones, le critère d'éducation selon la tradition familiale française est complexe à intégrer au regard du métissage culturel que connaît la société française et de la part identitaire liée aux origines.

Nous confortons cette analyse manuelle qualitative, par une analyse à l'aide d'un logiciel élaboré par Molette et Landre, sur la base des travaux de Ghiglione nommé Tropes. Cette analyse informatique nous permet de détacher les cooccurrences en fonction des thèmes et de conforter l'analyse manuelle.

Chaque texte, qu'il s'agisse d'un article, d'un ouvrage, d'un discours, etc., contient quelques phrases clés correspondant aux idées qui constituent son ossature, son squelette. Le problème dès lors-hors de toute interprétation préalable est d'atteindre ce(s) noyau(x) du texte qui contiennent l'essentiel du sens (Molette, Landre, 2011, p.5)⁴⁰⁸.

Le contenu des entretiens de chaque sous-groupe ou unité d'enregistrement est soumis à l'analyse de Tropes. Cette dernière fait émerger les mots, les noyaux de sens contenus dans le texte du discours et qui en sont le fondement. Un découpage de celui-ci (phrases et propositions), une « *levée d'ambiguïté des mots* », l'identification des classes d'équivalents est réalisée. Tropes nous donne tout d'abord un diagnostic du style général du texte et de sa mise en scène verbale. Il nous indique les propositions remarquables, des épisodes, des rafales, des catégories de mots (verbes, adjectifs, substantifs). Nous ne retiendrons pas ces éléments d'analyse ni le scénario produit par Tropes (construction des relations sous la forme d'une arborescence à partir des groupes

⁴⁰⁸Molette, P, Landre, A., *TROPES version 8.0 manuel de référence*, (2011), www.tropes.fr, (consulté en ligne le 02/06/2012), p.5

sémantiques), correspondant plus à une approche linguistique d'un discours monolithique ce qui n'est pas le cas de nos entretiens, ni de l'approche que nous avons choisie. Ce qui nous intéresse dans cette analyse informatique, c'est l'analyse catégorielle utilisant les données issues du découpage en propositions (identification des cooccurrences) et "la levée d'ambiguïté" (grammaticale, syntaxique, sémantique) qui s'effectue grâce à des « *algorithmes de résolution de problème* » (Molette, Landre, 2011, p.5).

Nous étudions l'affichage par fréquence décroissante des univers de référence (UR) représentatifs du contexte et indiquant le nombre de mots (occurrences) qu'ils contiennent. Ces univers de référence regroupent les principaux substantifs dans des classes d'équivalents (le logiciel utilise le dictionnaire des équivalents sémantiques). Nous prenons ensuite en compte les références utilisées (regroupant dans les classes d'équivalents les noms communs et noms propres ayant un sens voisin, indiquant le nombre d'occurrences). Ces éléments sont classés selon l'analyse des acteurs, actant (>60%, l'UR effectue l'action) ou acté (<60%, l'UR subit l'action). L'analyse des relations effectuée par Tropes a un intérêt dans notre étude, indiquant le lien entre deux classes et l'intensité qu'ont voulu y mettre les auteurs du texte. Tropes nous permet d'obtenir une représentation graphique des classes d'équivalents (univers de référence) et des relations, sous forme étoilée, sous forme de graphe des acteurs et sous forme d'aires. Nous retenons cette dernière qui nous semble être la plus lisible au vu des résultats⁴⁰⁹. Cette analyse informatique nous permet de justifier notre analyse catégorielle et de mettre en évidence l'importance de certaines relations entre les mots issus du discours des soignantes.

3-2-2 Une technique de recueil quantitative : le questionnaire auto administré

Nous observons quotidiennement le travail en contexte interculturel, la vie de ces équipes de soins dans une observation participante. Nous menons des entretiens semi-directifs pour recueillir le point de vue des soignantes sur leur travail, leurs actions, la communication, leurs attentes, sur le moment de la relève, sur le soin et plus

⁴⁰⁹ La distance entre la classe centrale et les autres classes est proportionnelle au nombre de relations qui les lient. Plus la distance est faible plus le nombre de relations est important. Plus l'aire est grande, plus les univers de référence sont nombreux.

particulièrement interculturel. Pour permettre un éclairage compréhensif sur les données issues de l'observation et du discours des soignantes, nous demandons aux cadres de santé, aux infirmières et aux aide-soignantes interviewées de remplir un questionnaire. Celui-ci nous permet d'identifier les caractéristiques de la population enquêtée et nous apporte des éléments d'analyse.

3-2-2-1 L'élaboration du questionnaire

Au regard d'un sujet de thèse touchant de si près à l'identité culturelle, nous choisissons d'utiliser le questionnaire auto administré pour recueillir les données. Celui-ci nous permet de représenter les soignantes interviewées d'une manière quantitative mais également qualitative. Notre présentation au CER a suscité de nombreux échanges entre les membres. Ils ont permis de fixer les questions à soumettre aux soignantes, concernant leurs origines, dans le respect de l'éthique. Le questionnaire repose sur des questions fermées et ouvertes et/ou à choix multiples. Nous cherchons ainsi à savoir ; si les questions posées ont une utilité et un sens pour le travail mené ; si la personne interrogée peut y répondre facilement ; si elle va accepter d'y répondre. Nous identifions les variables nécessaires à la caractérisation de notre population. Ensuite nous souhaitons connaître, par des questions ouvertes et/ou à choix multiples, le sentiment des soignantes sur le "prendre soin". Nous leur demandons de s'exprimer sur les avantages et les freins de la différence culturelle dans la relation de soin et dans la relation d'équipe. Nous les questionnons enfin, sur l'existence ou non de difficultés dans leur prise de poste et si oui lesquelles.

L'échantillon⁴¹⁰ de cinquante-cinq individus, tous issus de la population soignante de l'hôpital est non probabiliste. Il est composé de personnes volontaires. En ce qui concerne les infirmières et les aide-soignantes, elles sont sollicitées par l'intermédiaire de leur encadrement.

Une partie "commentaires libres" est laissée à disposition des soignantes. Elles peuvent si elles le souhaitent, nous faire part d'un avis, d'une remarque, d'un commentaire supplémentaire, en toute discrétion. Une fois le questionnaire élaboré, nous le testons auprès de cinq infirmières et aide-soignantes et deux cadres de santé. Seule une cadre de

⁴¹⁰ L'échantillon est aléatoire, sur la base du volontariat et présente les caractéristiques au regard du sujet traité. Les personnes interviewées sont autochtones et non autochtones. Le principe de saturation est appliqué ce qui en délimite le nombre.

santé s'interroge et nous interpelle sur l'utilité de demander le pays de naissance des parents. Nous lui expliquons l'intérêt de cette information au regard des soignantes éduquées dans les traditions familiales du pays d'origine des parents, pays autre que la France. Nous ne perdons pas de vue que le questionnaire demeure un prisme de la réalité sociale obtenue dans un laps de temps très court à un moment donné.

3-2-2-2 Le profil de la population

Nous recueillons auprès des soignantes, grâce au questionnaire les informations nous permettant d'identifier les caractéristiques sociodémographiques de la population d'enquête. Nous demandons à renseigner le grade, la fonction (elle peut être différente du grade), le genre (homme ou femme), l'âge, l'ancienneté dans le service de soins et à l'hôpital. Nous demandons également la date d'obtention du diplôme pour l'exercice de la fonction actuelle, ainsi que celle de l'obtention du diplôme dans l'exercice d'infirmière et/ou d'aide-soignante pour les cadres de santé. De même nous demandons la date de diplôme d'état d'aide-soignante pour les infirmières ayant bénéficié d'une promotion professionnelle. Nous souhaitons connaître le service d'exercice et le pôle pour les statistiques. Pour autant, les soignantes ne peuvent être identifiées *a posteriori* par ce critère ; l'anonymisation des réponses leur est garantie.

Nous questionnons le choix du lieu d'exercice des soignantes, interpellée par le profil des équipes rencontrées (comme par exemple, la fréquence des soignantes originaires d'Afrique sub-saharienne dans les secteurs de personnes âgées). Nous voulons identifier s'il s'agit d'un choix ou d'une affectation non souhaitée.

3-2-2-3 "autochtone" ou "non autochtone"?

De manière sous-jacente, la question de "l'ethnie" ou de "la race" est présente dans cette thèse. Si aux Etats-Unis se référer à ces mots est totalement admis y compris dans les études scientifiques, l'usage n'en est pas toléré dans la société française aujourd'hui. Ce qui rend complexe la dénomination de certaines soignantes interviewées qui reste malgré tout hésitante et "à bords flous" durant cette thèse.

L'ethnie se définit comme « *un groupe d'êtres humains qui possède, en plus ou moins grande part, un héritage socio-culturel commun, en particulier la langue* »⁴¹¹. La race, quant à elle, est définie anthropologiquement comme un « *groupement naturel d'êtres humains, actuels ou fossiles, qui présentent un ensemble de caractères physiques communs héréditaires, indépendamment de leurs langues et nationalités* ». L'approche des préhistoriens la désigne comme un « *ensemble de personnes qui présentent des caractères communs dus à l'histoire, à une communauté, actuelle ou passée, de langue, de civilisation sans référence biologique dûment fondée* »⁴¹².

Au travers de ces définitions, nous voyons se profiler les équipes soignantes étudiées, dans l'héritage culturel ou des traits physiques et de personnalité qui les fédèrent. Or évoquer un individu "d'autre origine" ne nous semble pas caractériser justement les personnes prises en compte dans ce travail. Cette désignation ne nous permet pas de savoir de quelle origine nous parlons, si nous considérons l'origine familiale, régionale, professionnelle, locale. Nous pensons ensuite employer la "différence culturelle" mais qui est également imprécise, car elle peut avoir trait à la religion, la culture locale et régionale ou du pays, l'éducation. Puis nous pensons distinguer les individus qui sont ou non de culture française. Ce qui n'apparaît pas envisageable du fait du métissage de la société française. Dénommer la culture française n'est pas exhaustif et elle tient également à l'imprégnation familiale, à l'éducation qui est différente selon les familles françaises considérées. Nous demeurons parfois hésitante dans notre catégorisation, utilisant tour à tour l'une ou l'autre des appellations sans pouvoir la fixer définitivement.

Toutefois nous faisons le choix de nommer ces groupes : "autochtone" signifiant une personne originaire du pays où elle habite et "non autochtone". Nous ajoutons d'autres critères à celui de "natif" que nous définissons. En effet, la dimension interculturelle intègre d'autres éléments que celui du pays de naissance et notamment le culturel et le cultuel. Nous sommes vigilante à ne pas induire des critères discriminants dans nos propos ou dans ceux des soignantes enquêtées. En revanche, nous tendons vers une identification précise des groupes, par un choix de critères pertinent. Nous cherchons à

⁴¹¹ Définition de l'ethnie, CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/ethnie>, (consulté en ligne le 22/07/2013)

⁴¹² Définition de la race, CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/race>, (consulté en ligne le 22/07/2013)

favoriser la compréhension d'une communication interculturelle dans un travail collectif.

Nous suivons dans ce questionnaire les préconisations du CER, à savoir poser des questions éthiques au regard d'un sujet demeurant tabou, y compris dans le milieu médical et de la santé. Après avoir renseigné le lieu de naissance de la soignante, nous modifions les questions ayant trait à l'immersion culturelle, en accentuant le degré de précision, selon les recommandations des membres de cette instance:

- La question 3 : « *Où avez-vous suivi votre scolarité entre 3 et 10 ans ?* »
- La question 4 : « *Vos parents sont-ils nés en France ?* », « *Vos parents vivent ils en France ?* »

Ces éléments peuvent permettre de mieux connaître l'influence du pays d'origine (et de la culture) sur les soignantes elles-mêmes. Entre trois et dix ans, l'identité se construit au travers des relations sociales entretenues à l'école, ce que confirment un médecin pédiatre et une psychologue du CER lors de la séance. Mieyaa et Rouyer (2010) corroborent ces propos dans l'étude menée auprès d'enfants de maternelle. Ces derniers vivent leurs expériences de socialisation, soumis à une pluralité d'influences sociales et au regard de la prégnance des rôles et du sexe, élaborent leurs propres normes desquelles émerge une culture enfantine⁴¹³. Cette période est donc importante à situer pour chaque soignante. Connaître le lieu de naissance et le lieu de vie des parents donne un aperçu de la culture qui peut être prégnante sur cette dernière, du seul fait de l'éducation, de la transmission culturelle et de l'héritage familial.

3-2-2-4 Faire la part du discours convenu dans les propos soignants

Les études professionnelles faites en France donnent à la soignante les fondamentaux, les valeurs, les savoirs liés à la profession. Ces fondamentaux sont communs à l'ensemble des professionnelles. La question 5 : « *Avez-vous suivi vos études professionnelles en France ?* » nous indique l'émergence probable d'un discours professionnel dans les propos des soignantes. Il s'agit d'un discours transmis et entretenu par la formation, l'apprentissage et intégré par la soignante comme étant le

⁴¹³ Mieyaa, Y, Rouyer, V., Genre, identité sexuée et émergence de cultures enfantines différenciées à l'école maternelle, *Actes du colloque international, Ministère de la Culture et de la Communication – Association internationale des sociologues de langue française – Université Paris Descartes*, 9es Journées de sociologie de l'enfance, (pp.1-10), Paris, 2010, http://www.enfanceetcultures.culture.gouv.fr/actes/mieyaa_rouyer.pdf (consulté en ligne le 28/04/2014)

sien. Ce discours est conforme à celui qui veut être entendu par les professionnelles (institut de formation et terrain de stage), fidèle à une conception du soin et respectant une déontologie. En ce sens il apparaît convenu.

Les techniques de recueil sont complémentaires. Elles permettent de différencier les propos acquis en formation de ceux acquis dans la construction identitaire de la soignante. Le discours convenu est reproductible à l'identique comme une leçon bien apprise, il est fabriqué. Le discours authentique utilise d'autres mots, varie selon les situations, le contexte, les personnes, le moment même si l'essence reste la même. Il se construit dans les interactions. C'est celui qui nous intéresse de prime abord dans notre démarche de compréhension.

3-2-2-5 La passation et le retour du questionnaire

Nous rédigeons un courrier nominatif et explicatif (cf. annexe 2) à l'attention des soignantes volontaires pour l'enquête auquel nous joignons le questionnaire. La consigne est de nous le retourner par courrier interne ou de nous le remettre lors de l'entretien. Une enveloppe portant nos coordonnées est mise à leur disposition et accompagne le courrier, laissant à la soignante le choix de sa restitution. Le questionnaire fait l'objet d'un traitement ultérieur et n'est pas consulté au moment de l'entretien.

3-2-2-6 La technique d'analyse du questionnaire

Nous recensons les cinquante-cinq questionnaires corrélés aux entretiens semi-directifs. Les questionnaires sont regroupés par fonction, sont anonymisés et numérotés. Nous procédons à un tri à plat des réponses, nous permettant d'en connaître la distribution selon les catégories de population et les items prédéfinis. Nous posons dans ce questionnaire une question fermée à choix multiples et des questions ouvertes. Nous effectuons pour celles-ci une analyse de contenu dont nous intégrons les résultats à l'ensemble des résultats de l'enquête.

Ce questionnaire nous permet une analyse quantitative des données caractérisant la population enquêtée. Nous obtenons donc un profil de soignantes pour cette recherche. Il nous permet également de réaliser une analyse qualitative au travers des réponses aux questions ouvertes. Nous faisons le choix d'une auto-administration, non nominative, à

distance de l'enquêteur. De notre point de vue comme chercheur et enquêteur, l'expression écrite de l'enquêté nous paraît ainsi facilitée. Pourtant, l'écrit peut constituer une entrave, du simple fait que "c'est écrit", que les mots portés sur le papier constituent pour la soignante une matérialisation de sa pensée visible de tous, ainsi qu'autant de traces visibles soumises au jugement des autres professionnels. Ce jugement intègre un processus de signification chez celui qui lit l'écrit (Galinson - Méléneq, 2011)⁴¹⁴ et semble redouté notamment par les aide-soignantes dont les transmissions écrites sont un engagement. Nous ressentons alors la réponse écrite au questionnaire comme un acte de confiance de l'interviewée vis-à-vis du chercheur que nous sommes.

Juxtaposer les résultats de l'entretien et du questionnaire permet de déceler la part de retenue ou non des soignantes, selon l'outil de recueil des données. Ce questionnaire nous permet de préciser la typologie des soignantes volontaires pour participer à l'enquête. Grâce aux questions fermées à choix multiples et ouvertes, il complète et éclaire le discours des soignantes recueilli lors des entretiens et les observations menées sur le terrain. La rencontre de l'autre, en face à face lors de l'entretien, ce qu'il nous confie, la part personnelle qu'il nous livre dans ses réponses au questionnaire, nous engage à mener des observations plus ciblées sur le terrain d'enquête. L'association des outils de recueil de données nous autorise également à nous centrer sur les moments "clés" de communication en équipe (relèves et points). Ces instants de communication jugés par les soignantes comme "forts" et fondamentaux pour leur organisation et leur cohésion d'équipe sont d'ailleurs étudiés par Grosjean et Lacoste (1999)⁴¹⁵ dont l'ouvrage constitue notre référence.

3-2-2-7 Une méthodologie raisonnée

Dans une démarche de recherche, il peut être intéressant de conforter un postulat par une enquête, celle-ci n'apportant alors qu'une vérification de la réalité perçue et des phénomènes observés. Si tel avait été notre objectif, nous aurions choisi une démarche hypothético-déductive. Nous aurions pu également nous placer dans une étude quantitative visant à dénombrer les phénomènes observés selon la population sans les comprendre et sans en comprendre les processus. Nous trouvons plus adapté et plus

⁴¹⁴ Galinson – Méléneq, B., 2011, *Op.cit.*

⁴¹⁵ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit*

novateur de nous placer dans une approche où prévaut la sérendipité. Nous sommes intéressée par la découverte de ce que peut laisser émerger le terrain, notamment à propos de notre thématique de recherche. Faire affleurer du terrain les données éclairant notre objet de recherche nous permet de comprendre et d'expliquer les phénomènes communicationnels à l'œuvre dans ces équipes de soins interculturelles et dans leur travail collaboratif à l'hôpital. C'est pourquoi nous faisons le choix de cette méthode ancrée dans la "théorie fondée". La compréhension des données nous amène ensuite à les conceptualiser. L'ancrage théorique nous incite à procéder à des choix méthodologiques reposant sur une démarche inductive.

La démarche se construit et se déconstruit au fur et à mesure des allers et retours entre la pratique et la théorie. Ce va-et-vient fait la complexité du travail rédactionnel du tapuscrit final de thèse dans la reconstruction *a posteriori* du cheminement réflexif, du cadre théorique et de la méthodologie. Nous ne pouvons occulter notre expérience et notre vécu, ce qui relèverait du mythe, de l'imaginaire. Notre histoire de vie et professionnelle participe de l'interprétation que nous faisons des phénomènes et des situations. En revanche, il s'avère que passer de cadre de santé à chercheur impose un regard scientifique qui exige de nous un regard "armé", ce dont nous avons totalement conscience. Ce regard distancé est nécessaire à la compréhension des observations.

Si nous nous intéressons particulièrement au moment des transmissions étudié par Grosjean et Lacoste (1999), nous introduisons en outre deux dimensions : l'interculturel et la normalisation. Ces dernières offrent un éclairage distinct à ce moment emblématique de communication ainsi qu'aux autres temps communicationnels de l'équipe.

La méthode de recherche ainsi décrite, il nous paraît important de présenter dès à présent la population de soignantes qui ont contribué à cette recherche. Connaître leur profil selon la catégorisation retenue nous semble indispensable à la compréhension des données de terrain recueillies lors de l'enquête.

4- Le profil des équipes soignantes côtoyées dans l'enquête⁴¹⁶

Nous présentons les soignantes par pôle puis selon les données socio démographiques qui les caractérisent. Dans un premier temps, nous intégrons cette population dans le contexte hospitalier organisé en pôles.

4-1 Les caractéristiques par pôles

Analysons la situation des cadres de santé, des infirmières, des aide-soignantes en fonction du pôle où elles exercent leur métier et/ou leur profession.

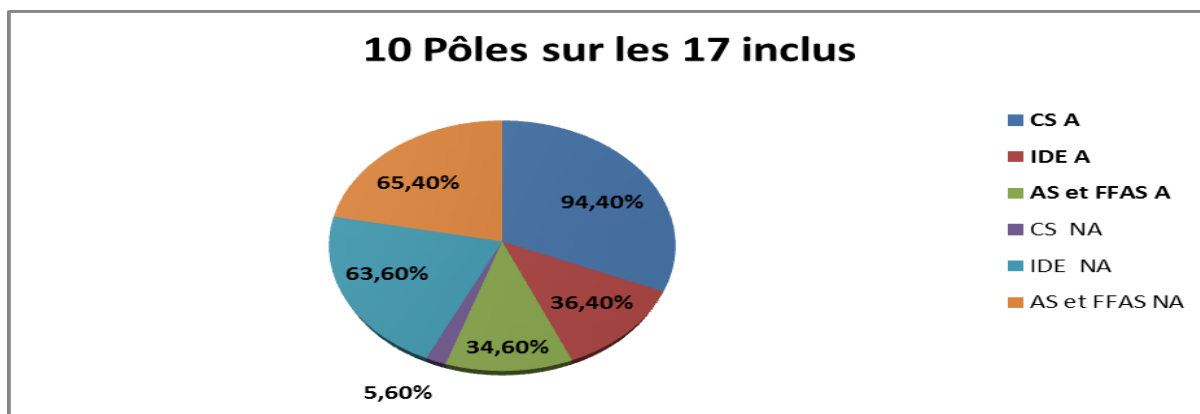
Sur les dix-sept pôles répondant aux critères d'inclusion, dix pôles participent :

- Le pôle céphalique
- Le pôle cardio vasculaire et métabolique
- Le pôle digestif
- Le pôle institut loco moteur
- Le pôle neuro sciences
- Le pôle gériatrie
- Le pôle psychiatrie
- Le pôle spécialités médicales
- Le pôle des budgets annexes
- Le pôle des prestataires spécialisés

Pour l'ensemble des pôles, nous constatons (cf. Figure 5, p.175) que les cadres de santé sont pour majorité autochtones. Les infirmières sont originaires quant à elles, de plusieurs pays. En revanche, nous retrouvons un pourcentage d'aide-soignantes non autochtones, nettement supérieur à celui des aide-soignantes autochtones.

⁴¹⁶ Dans notre travail de thèse, nous employons au féminin les termes se rapportant aux infirmières, aide-soignantes et cadres de santé, sujet de notre étude, de par le taux de féminisation de ces professionnelles. Selon le bilan social 2011 de l'établissement enquêté : 76.8% de femmes travaillent dans les secteurs de soins et la population féminine soignante représente 60.95% de l'ensemble du personnel de l'hôpital.

Figure 5 : Pourcentage des soignantes autochtones et non autochtones sur les dix pôles enquêtés

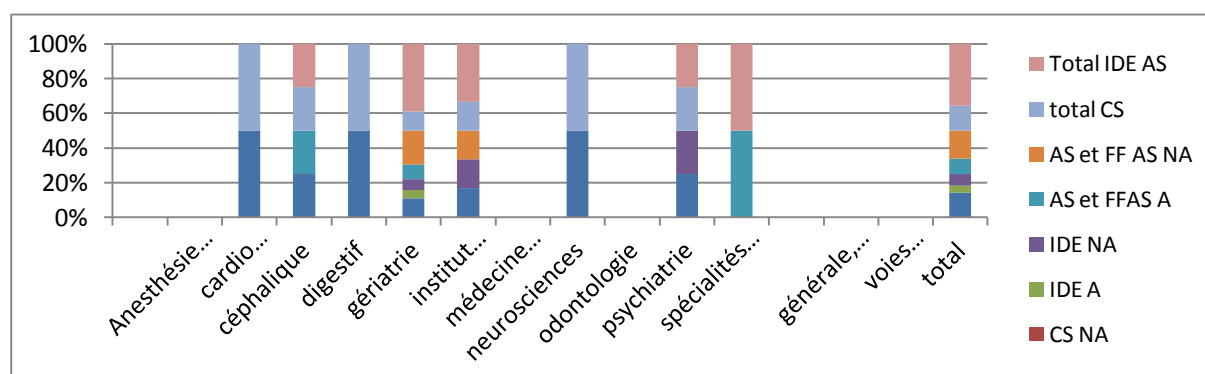


Légende (pour l'ensemble des figures): FFAS = faisant fonction d'aide-soignant ; CS= cadre de santé ; AS= aide-soignante ; IDE= infirmière ; A= autochtone ; NA= non autochtone

Nous constatons (cf. Figure 6) que le pôle gériatrie est pourvoyeur d'aide-soignantes non autochtones, soit cinq fois plus que les autres pôles regroupés, avec sur ce pôle un rapport de cinq non autochtones pour quatre autochtones. Alors que sur les autres pôles cliniques, ce rapport est de un autochtone pour trois non autochtones.

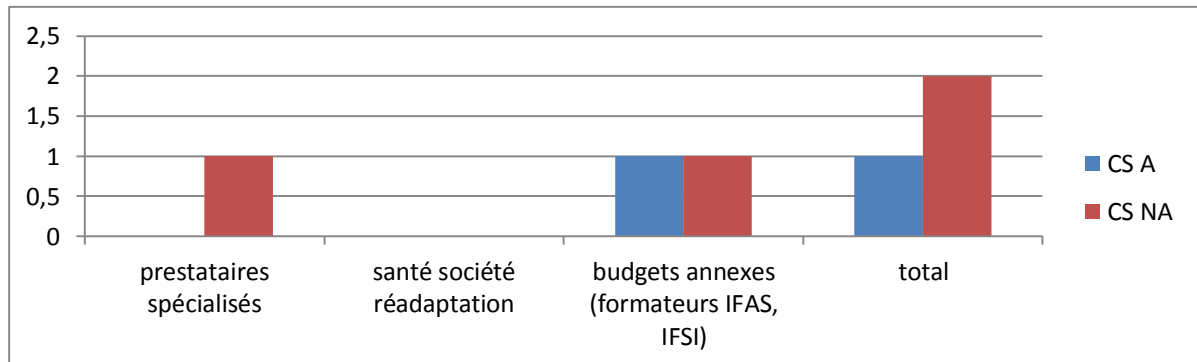
Nous observons que les soignantes non autochtones sont plus présentes sur les pôles ILM (institut locomoteur), psychiatrie et gériatrie. Sur les autres pôles cliniques, nous rencontrons des soignantes essentiellement autochtones.

Figure 6 : Nombre de participants autochtones et non autochtones selon la fonction, le pôle clinique d'exercice



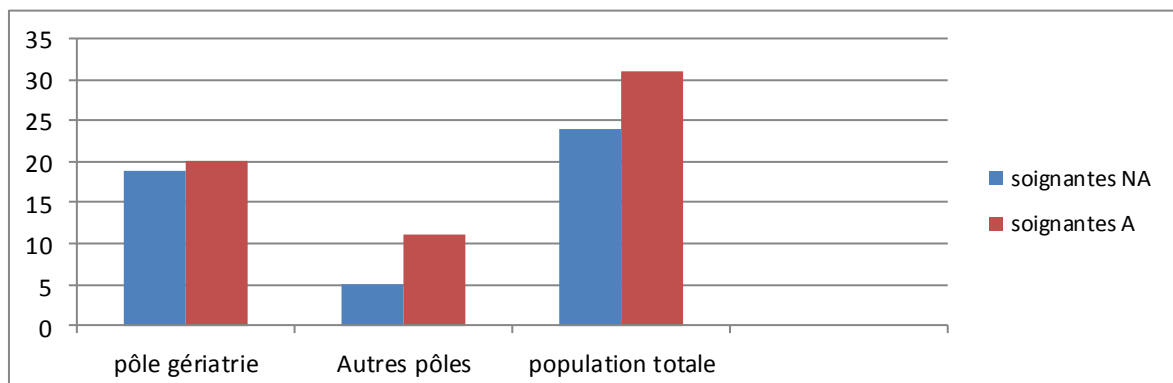
Sur le pôle des budgets annexes, nous nous entretenons avec deux cadres formateurs (formation initiale). Sur le pôle des prestataires spécialisés nous rencontrons une cadre de santé en poste de nuit (cf. Figure 7).

Figure 7 : Nombre (en ordonnée) de participants autochtones et non autochtones selon la fonction sur les pôles inclus autres que cliniques



La gériatrie est le pôle qui a participé à hauteur de 70.9% à l'enquête. Il recense le nombre le plus élevé de soignantes non autochtones soit 49% (dix neuf sur les trente neuf interviewées) alors que pour les autres pôles, elles représentent 31% (cinq soignantes sur les seize interviewées). Pour l'ensemble de la population interviewée, 43.6% des soignantes sont non autochtones (cf. Figure 8)

Figure 8 : Nombre (en ordonnée) de participants autochtones et non autochtones avec comparatif du pôle gériatrie versus les autres pôles enquêtés



Après avoir caractérisé la population soignante interviewée par pôle, nous nous intéressons aux soignantes selon leur grade et/ou fonction et leurs spécificités sociodémographiques.

4-2 Les caractéristiques des soignantes interrogées lors de l'enquête

Cinquante-cinq professionnelles ont participé à l'enquête, exerçant sur les quatre sites de l'hôpital dans les différentes spécialités médico-chirurgicales, selon divers modes de prise en charge (soins intensifs, hospitalisation traditionnelle ou de semaine, unités courts séjours, de soins de suite et de réadaptation et unités de long séjour⁴¹⁷).

Nous présentons tout d'abord le corps professionnel des cadres de santé.

➤ Un total de dix-huit cadres de santé représentant dix pôles ont été interviewées.

Parmi elles, deux sont non autochtones :

- quinze cadres de santé des services de soins traditionnels dans les pôles cliniques ;
- une cadre de santé du pôle médico technique des prestataires spécialisés (exerçant une activité d'encadrement de nuit) ;
- deux cadres de santé formateurs (formation de base infirmière et aide-soignante).

En ce qui concerne le corps professionnel des infirmières et des aide-soignantes, composant l'équipe au plus près de la personne soignée ou du résident, onze infirmières et vingt-six aide-soignantes ont été interviewées.

➤ Un total de onze infirmières réparties comme suit :

- cinq infirmières autochtones ;
- six infirmières non autochtones.

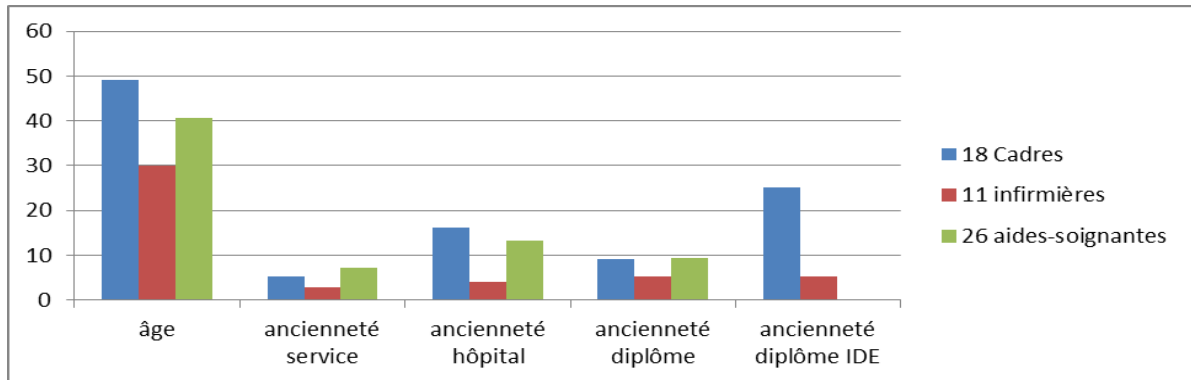
➤ Un total de vingt-six aide-soignantes réparties comme suit :

- dix aide-soignantes autochtones ;
- seize aide-soignantes non autochtones.

⁴¹⁷ Les USLD ou unités de soins de longue durée, sont des lieux de vie au même titre que les maisons de retraite, les personnes âgées sont des résidents et non des malades. Ils bénéficient des soins nécessaires (médicaux, d'hygiène et de confort).

Dans un premier temps, nous présentons la population interviewée selon ses caractéristiques en lien avec son âge et son exercice professionnel (ancienneté service/hôpital/diplôme). (cf. Figure 9).

Figure 9 : Caractéristiques des soignantes selon l'âge, l'ancienneté dans le service, dans l'hôpital et de diplôme dans la fonction occupée (en années)



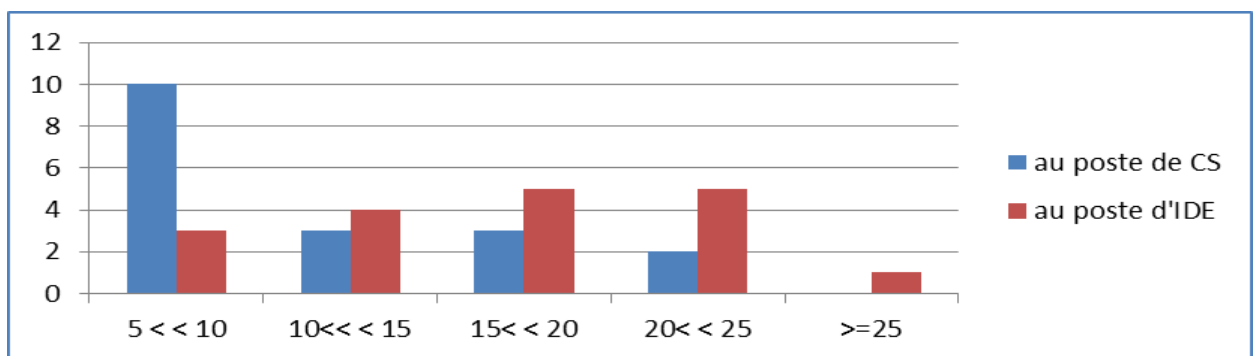
La population des soignantes enquêtées a une moyenne d'âge de trente ans pour les infirmières (dix sur les onze ont moins de quarante ans). Elles sont plus jeunes que les aide-soignantes dont la moyenne d'âge est de quarante ans (dix-huit sur les vingt-six ont entre trente et cinquante ans). Les cadres de santé sont plus âgées avec une moyenne d'âge de quarante neuf ans (neuf sur dix-huit ont plus de cinquante ans).

Le renouvellement des infirmières apparaît dans les résultats puisque hormis l'âge, l'ancienneté dans le service est inférieure à trois années (neuf sur les onze ont moins de cinq années d'ancienneté) et l'ancienneté moyenne à l'hôpital est de quatre années (sept sur onze ont moins de cinq années d'ancienneté). Elles ont en moyenne cinq ans de diplôme (sept sur onze ont moins de cinq ans de diplôme).

Pour les aide-soignantes, nous constatons une stabilité, avec une ancienneté dans le service d'une moyenne de sept années (dix-huit sur vingt-six ont moins de dix ans dans le service), une moyenne d'ancienneté à l'hôpital de treize années (vint-et-un sur vingt-six ont moins de vingt années d'ancienneté) et une ancienneté de diplôme d'une moyenne de neuf années (seize sur vingt-six ont moins de dix ans de diplôme). Certaines aide-soignantes ont été agents de services hospitaliers avant d'accéder à la formation d'aide-soignante, ce qui explique une ancienneté de diplôme inférieure à l'ancienneté à l'hôpital.

Pour les cadres de santé, le parcours est variable, l'ancienneté dans le service est en moyenne de cinq années (dix-sept sur dix-huit ont moins de dix ans), pour une ancienneté moyenne dans le diplôme de huit années (dix sur dix-huit ont moins de dix années) et à l'hôpital de seize années (neuf sur dix-huit ont plus de vingt ans d'ancienneté). Les cadres de santé ont toutes été infirmière avant d'accéder à la formation d'encadrement. Elles ont une antériorité dans les soins qui est en moyenne de vingt-cinq années. Pour l'une d'elles, le parcours a débuté par la fonction d'aide-soignante avant celle d'infirmière puis de cadre de santé. Il nous paraît intéressant de connaître l'antériorité des cadres de santé en tant qu'infirmière et/ou aide-soignante, pour une meilleure contextualisation de leur discours en terme de réflexion, d'expérience voire d'expertise. L'ancienneté moyenne du cadre de santé dans la fonction d'infirmière est de seize années et demies. Cinq cadres de santé en poste d'encadrement depuis plus de quinze années, ont accédé à la fonction de cadre de santé après cinq années au moins d'exercice infirmier. Pour les cadres de santé nommées récemment (moins de dix ans), nous voyons que la durée d'exercice en tant qu'infirmière s'est abaissée, de cinq à trois années (cf. Figure 10, p.184).

Figure 10 : Ancienneté au poste de cadre de santé et antérieurement au poste d'infirmière des cadres de santé enquêtées (en années)



Légende : en abscisse le nombre d'années ; en ordonnée le nombre de cadres

Nous nous intéressons maintenant aux soignantes dans leurs caractéristiques personnelle et familiale, dans leur éducation, dans une part de leur identité.

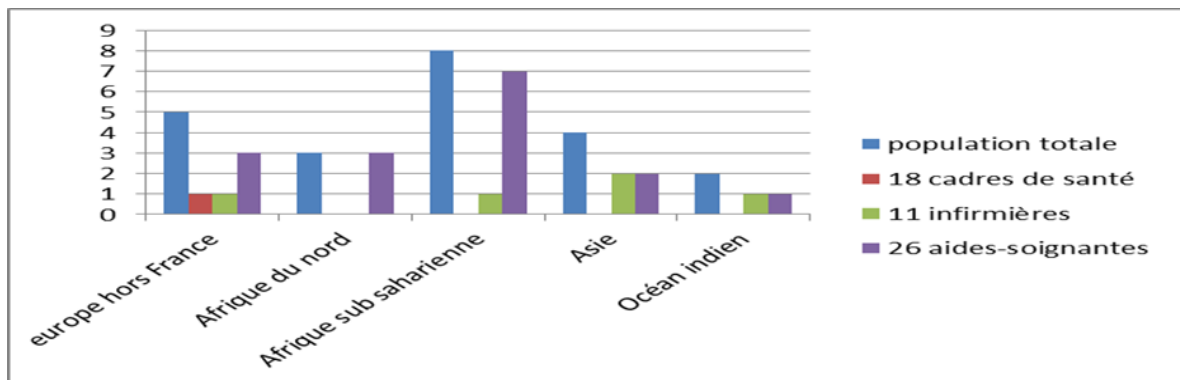
Tout d'abord, nous décrivons cette même population selon son pays de naissance et celui de ses parents. Plusieurs pays sont représentés parmi les soignantes :

- Les pays d'Europe (Allemagne, Espagne, Italie, Hollande) ;

- Les pays d’Afrique du Nord (Algérie et Maroc) ;
- Les pays d’Afrique sub-saharienne (Sénégal, Bénin, Zaïre, Cameroun, Centrafrique) ;
- Les pays d’Asie (Vietnam, Philippines, Sri Lanka) ;
- Les pays de l’Océan Indien (Madagascar).

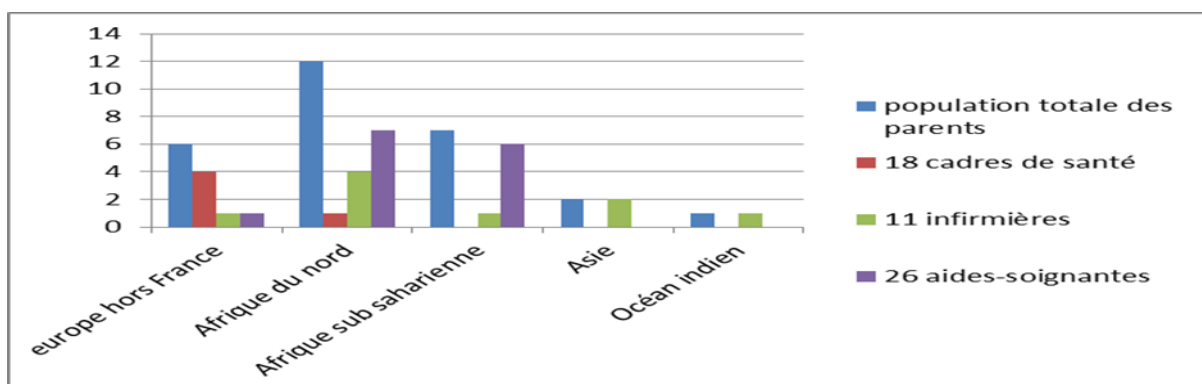
Pour ce qui concerne les soignantes (cf. Figure 11), seize d’entre elles (29%) sont non autochtones de par leur pays de naissance : sept sont d’un pays d’Afrique sub-saharienne (44% des non autochtones).

Figure 11 : Pays de naissance des soignantes non autochtones (en nombre)



Si nous regardons le pays de naissance des parents (père ou mère ou les deux⁴¹⁸), la proportion augmente considérablement puisque vingt-huit parents sont non autochtones (50.9%). Parmi les pays de naissance des parents (cf. Figure 12), le continent africain représente 34.5% soit 21.8 % d’Afrique du nord et 12.7% d’Afrique sub-saharienne.

Figure 12 : Pays de naissance des parents des soignantes enquêtées (en nombre)



⁴¹⁸ Si les deux parents sont nés dans un même pays étranger, nous ne prenons en compte dans la proportion des parents non autochtones qu’un seul des deux parents

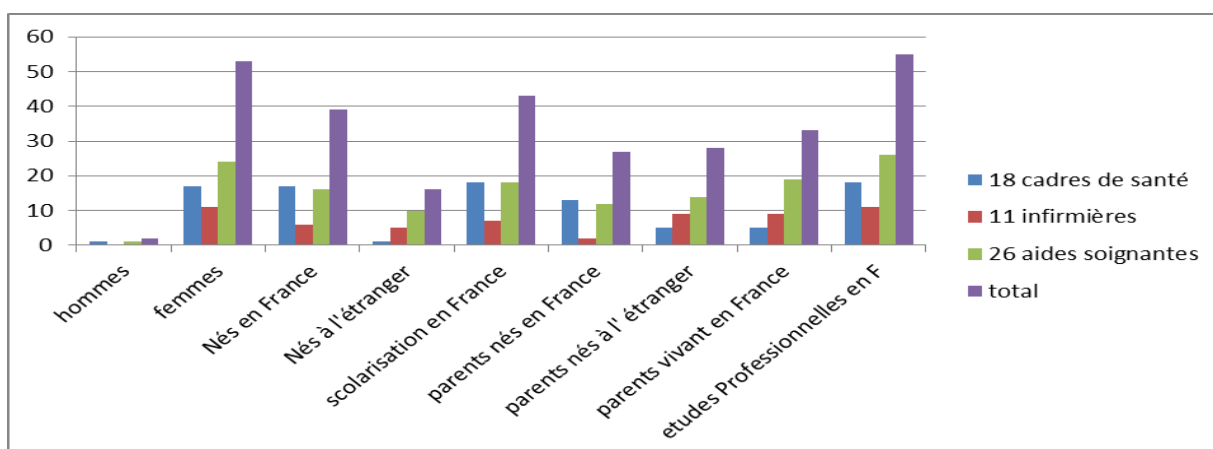
Parmi les cinquante-cinq soignantes, nous recensons deux hommes pour cinquante-trois femmes (3.6%), la population des soignantes restant encore très féminine. 70.9 % des soignantes sont nées en France dont trois dans les DOM-TOM. 29.1 % sont nées à l'étranger. Si 100% des cadres de santé ont été scolarisées entre trois et dix ans en France, seulement 63.6 % des infirmières et 69.2 % des aide-soignantes l'ont été.

Quatre infirmières sur les onze interviewées sont arrivées en France à l'âge de trente-deux ans, vingt-et-un ans, dix-huit ans et sept ans. Elles ont donc suivi leur scolarité dans un pays étranger. Pour les aide-soignantes, sept d'entre elles sont arrivées en France à l'âge de trente-deux ans, vingt-neuf ans, vingt-six ans, vingt-cinq ans, vingt-trois ans, vingt-et-un ans et dix-sept ans. Elles ont donc suivi également leur scolarité dans un autre pays que la France.

Parmi les infirmières et les aide-soignantes, dix d'entre elles sont arrivées en France à l'âge adulte (18.2%). La moyenne d'âge des soignantes non autochtones à l'arrivée est de 19.5 ans pour les infirmières et de 25 ans pour les aide-soignantes. Une cadre de santé est née à l'étranger mais est arrivée en France avant ses trois ans.

Les parents nés à l'étranger vivent pour 71.4% d'entre eux en France (vingt parents sur vingt-huit). Les trois parents nés dans les DOM TOM y vivent. En revanche, les cadres de santé, les infirmières et les aide-soignantes, quel que soit l'âge d'arrivée en France ont toutes fait leurs études professionnelles en France (cf. Figure 13).

Figure 13 : Caractéristiques des soignantes enquêtées selon le sexe, le lieu de naissance, le lieu de scolarisation, le lieu de naissance et de vie des parents, le lieu de formation professionnelle (le nombre est en ordonnée)



En conclusion,

Pour le cadre de santé que nous sommes, devenir chercheur sur son terrain professionnel demande une distanciation certaine par rapport à sa propre expérience, son vécu et ses interprétations des situations. Nous sommes passée d'un positionnement positiviste à interprétativiste grâce au parcours de cette thèse encadrée par l'équipe de recherche du laboratoire LERASS.

Convoquer la "théorie fondée" a correspondu à un choix raisonné qui n'a de sens que dans notre volonté de compréhension des éléments émergents du contexte, dans un ancrage en SIC et pour l'enquête de terrain. Celle-ci a été menée au sein de notre établissement hospitalier d'appartenance alors même que nous y sommes employée.

La compréhension des situations de communication et des phénomènes communicationnels à l'œuvre dans les équipes de travail soignantes en contexte interculturel est conditionnée par une méthodologie adaptée. Elle dépend des choix empiriques que nous faisons dans le cadre d'une démarche inductive. Être un observateur participant "visible de l'intérieur" nous attribue une place privilégiée dans l'observation de ces phénomènes et des actions "en train de se faire". Notre compréhension émerge des allers retours successifs entre la pratique et la théorie.

Nous référant aux travaux de Grosjean et Lacoste à propos du travail à l'hôpital, nous nous intéressons particulièrement au moment de la relève mais également du "point", y ajoutant la dimension interculturelle et de normalisation prégnante aujourd'hui à l'hôpital.

Conclusion de la partie I

Nous constatons que l'hôpital est en constante mutation. Le profil des usagers se transforme et avec lui, celui des professionnels de santé, intégrant la dimension interculturelle au travail collectif des équipes soignantes. Bien qu'évoluant au rythme de la société, le monde hospitalier se confronte à de nouvelles logiques. Qu'elles soient économiques, législatives, sécuritaires, elles en font une organisation contraignante.

Au cours des siècles, l'histoire a construit cette institution. Elle en a fait un lieu d'accueil et de soins pour l'ensemble de la population. L'hôpital est devenu un lieu de professionnalisation pour les personnels de santé qui y œuvrent. Cependant, la nouvelle gouvernance et la tarification à l'activité mises en place en 2004, ont généré des conflits de valeurs chez les soignantes. Les politiques de santé et les réformes hospitalières ont mis en concurrence les établissements de santé, publics et privés, les assimilant volontiers à des entreprises productrices de soins. Cependant, les missions de ces établissements ne sont pas identiques ni valorisées au même niveau, notamment celles qui relèvent de la santé publique et demeurent l'apanage de l'hôpital.

Cette approche de la santé n'est pas sans effet sur les soignants, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, les confrontant à une logique économique qu'ils perçoivent comme différente de la leur. A une offre excédentaire de soins proposée dans certains établissements hautement spécialisés s'oppose une offre critique au regard de certaines populations, notamment défavorisées. La logique humaniste se confronte aujourd'hui à la logique de rationalité. En outre, la certification imposée par l'HAS, a favorisé des standards, une normalisation qui oblige au développement d'une culture du risque. Les professionnels de santé ont intégré cette gestion du risque dans leurs pratiques soignantes, à l'origine d'une standardisation et d'une normalisation.

Dans un contexte de normalisation imposée, la co-production de soins implique de « *penser autrement la place du malade* » (Laurens, 2000)⁴¹⁹. L'acteur de soin adopte un nouveau positionnement et une relation de confiance apparaît comme nécessaire. En outre, l'exigence de la traçabilité s'accroît et s'impose aux soignants. Elle est comme

⁴¹⁹ Laurens, P., 2000, *Op.cit.*

autant de « *signes traces* » (Galinson - Méléneq, 2011)⁴²⁰ qui perturbent l'incertitude dominant les actes professionnels. Outre l'aspect communicationnel et sécurisant que la traçabilité induit pour les soignants, elle se trouve exacerbée et constitue une contrainte supplémentaire. C'est pourquoi la normalisation nous interpelle dans notre analyse du travail des équipes de soins en contexte interculturel. Elle questionne la prise en compte de la singularité de l'être humain dans la standardisation des pratiques.

La conception même de l'hôpital-entreprise interroge les professionnels de santé. L'hôpital réalise des recettes par la valorisation des soins dispensés et des dépenses. En revanche, il ne peut en aucun cas réaliser des bénéfices. A l'évocation de cette notion de rentabilité, les soignants "frémissent" étant inscrits dans une dimension de philanthropie et de "don" qui conçoit mal cette dimension marchande.

Pour comprendre comment fonctionne cette organisation, nous nous focalisons alors sur le travail de ces équipes soignantes composées des cadres de santé, des infirmiers(es) et des aides-soignants(es), devenues interculturelles à l'image de la société française. L'hôpital est un lieu d'hybridation où se rencontrent un public hétérogène et des professionnels de santé issus de la diversité⁴²¹. Ces derniers constituent des groupes, des équipes que nous définissons en termes de profession, d'activité. Cela nous permet de mettre en évidence une asymétrie des relations qui concerne aussi bien les professionnels de santé que les soignés. Une relation parfois mensongère existe entre le médecin et le malade ce qu'étudie Fainzang (2009)⁴²², le médecin faisant valoir son pouvoir et son influence sur le malade. A contrario, dans la fonction aide-soignante, nous faisons émerger la dimension de « *dirty work* », fonction qui selon Arborio (1995)⁴²³ est invisible dans le travail collectif. Si le rôle propre reste légalement celui de l'infirmière⁴²⁴, il n'empêche que l'asymétrie des relations apparaît en défaveur de l'aide-soignante. Or les études font apparaître la prévalence des personnels originaires d'Afrique dans la fonction d'aide-soignante. Cela nous interpelle et "aiguillonne" notre

⁴²⁰ Galinson- Méléneq, B., 2011, *Op.cit.*

⁴²¹ Nous rappelons que la diversité est définie comme la différence, plusieurs. C'est la reconnaissance d'identités multiples fondées sur l'individu et son existence, sur sa place dans la société selon un rapport à la norme sociale.

⁴²² Fainzang, S., 2009, *Op.cit.*

⁴²³ Arborio, A-M., 1995, *Op.cit.*

⁴²⁴ Nous mettons au féminin les mots infirmier, aide-soignant et cadre de santé dans la suite de ce tapuscrit au regard de la population interviewée lors de l'enquête (3.5% Hommes ; 96.5% Femmes). Nous parlons donc de l'infirmière, de l'aide-soignante et de la cadre de santé.

curiosité, notre intérêt dans la compréhension de ce constat. Nos propos s'orientent alors vers le questionnement des phénomènes communicationnels et des pratiques soignantes au sein d'équipes interculturelles à l'hôpital.

Les relations asymétriques et l'influence que les soignantes ont les unes sur les autres majorent l'imprévisibilité dans les situations à risque (Gramaccia, 2008)⁴²⁵. Elles rendent floues les zones d'incertitude que les professionnels de santé utilisent les uns vis-à-vis des autres et qui leur procurent du pouvoir (Crozier, Friedberg, 1977)⁴²⁶. L'incertitude et le pouvoir qui se rapportent à leur métier et leur position dans l'institution sont alors mobilisés, rendant délicates les relations et les interactions. Ainsi, l'introduction des TIC dans l'univers de la santé réduit ce pouvoir en donnant la parole aux malades. L'expertise médicale peut alors être discutée entre les médias, le malade et le médecin (Romeyer, 2007)⁴²⁷ par exemple dans des débats publics. Mais les médecins subissent alors pour leur part, les effets de cette normalisation et du consumérisme médical (Grand, Kopel, 2006)⁴²⁸ qui modifient en permanence les relations professionnelles et les rapports médecin-malade. Le médecin perd son aura face à des « clients » et plus seulement patients, acteurs de leurs soins, en attente de résultats et de qualité.

Les TIC contribuent à cette évolution, facilitant au public et donc aux malades, l'accès à la connaissance jusque-là détenue par les seuls médecins. Elles aident à la circulation de l'information (Dossier patient informatisé, intranet, myview (imagerie clinique), SRI (examens de laboratoire)...). En revanche, l'introduction de l'ordinateur est considérée par certaines infirmières, comme un obstacle à la relation avec le malade (Bonneville, Sicotte, 2010)⁴²⁹. Selon ces professionnelles, celui-ci rend invisible le travail émotionnel des soignants (Roux, 2013)⁴³⁰ et modifie la relation par écran interposé.

Depuis la nouvelle gouvernance de 2004, le corps médical s'inscrit dans le contrôle de son exercice et dans l'approche économique. En outre, il joue "dans et sur" les règles

⁴²⁵ Gramaccia, G., 2008, *Op.cit.*

⁴²⁶ Crozier, M, Friedberg, E., 1977, *Op.cit.*

⁴²⁷ Romeyer, H., 2007, *Op.cit.*

⁴²⁸ Grand, A, Kopel, S., 2006, *Op.cit.*

⁴²⁹ Bonneville, L, Sicotte, C., 2010, *Op.cit.*

⁴³⁰ Roux, A., Rationalisation des émotions dans les établissements hospitaliers : pratiques des soignantes face à un travail émotionnel empêché, *Revue internationale communication sociale et publique*, Numéro 8, 2013, (81-98)

imposées par les référentiels (Groleau, Mayère, 2009)⁴³¹. Les paramédicaux quant à eux, sont dans une réponse et un suivi des règles imposées par la certification et les démarches qualité. Bien que confrontés à des logiques contradictoires, "l'agir ensemble" (Bonneville, Grosjean, 2009)⁴³² paraît inévitable. Les infirmières développent leur rôle autonome (ou rôle propre), assuré en collaboration avec les aide-soignantes. Elles se valorisent dans les actes techniques, par mimétisme au médecin (Laurens, 2000)⁴³³. Cette valorisation dans la technique est à l'origine du délaissement des actes du rôle propre aux aide-soignantes (Dirty Works), lesquelles sont aujourd'hui en quête d'autonomie et de reconnaissance dans ce rôle par rapport aux infirmières. Dans ce cadre, les interactions à l'œuvre entre les différentes professionnelles, il convient de positionner le cadre de santé. Celui-ci apparaît comme médiateur et interface, présent dans les phénomènes communicationnels du secteur, effectuant un travail invisible de régulation et d'articulation. En effet, une part d'invisibilité apparaît dans la fonction d'articulation complexe du cadre de santé (Bourret, 2009)⁴³⁴, activité combinée avec d'autres. Elle se réalise souvent dans l'interstice, au gré des situations rencontrées et des relations interpersonnelles.

Ce travail est pensé et agi en situation. Il transforme l'action individuelle en entreprise collective selon des ajustements mutuels, coordonnant les activités, co-construisant le sens et les actions "en et par" l'équipe. Nous nous interrogeons alors sur l'influence que peut avoir la situation de métissage des soignantes sur le management des cadres de santé.

La formation des soignantes fabrique un discours convenu reposant sur les valeurs du soin, les valeurs personnelles et collectives. Le travail en "binôme" infirmière et aide-soignante est nommé "collaboration" par celles-ci alors qu'il semble relever plus d'une coopération reposant sur l'interaction entre les deux professionnelles. Prenons l'exemple des soins d'hygiène : elles peuvent élaborer l'organisation des soins au malade ensemble et procéder à leur réalisation simultanément. Elles peuvent également réaliser ces mêmes tâches de manière séparée, chacune ayant ses propres tâches dans le travail collectif. Cela fait référence à la « *co-conception et la conception distribuée* »

⁴³¹ Groleau, C., Mayère, A., 2009, *Op.cit*

⁴³² Bonneville, L., Grosjean, S., 2009, *Op.cit*.

⁴³³ Laurens, C., 2000, *Op.cit*.

⁴³⁴ Bourret, P., 2009, *Op.cit*

étudiée dans le cadre des systèmes complexes à risques par Bouzon (2003)⁴³⁵. Les savoirs de chacun sont mutualisés, l'incertitude est réduite par les échanges à l'œuvre et la capacité créative s'amplifie. Si la coopération est un partage des compétences, la collaboration quant à elle introduit la notion de "bonne volonté" de la part des acteurs. Le travail collectif de co-production des soins apparaît comme indissociable d'une co-construction du sens, des pratiques, menant à des actions collectives. Le sens se construit dans les interactions, la re-contextualisation de l'ensemble (Guillier, 2011)⁴³⁶. En revanche, un nouveau mode de relation se développe : les TIC (le dossier patient informatisé). Ces nouvelles technologies questionnent la communication des soignantes sous toutes ses formes et la construction du sens dans les interactions collectives (Gramaccia, 2008)⁴³⁷.

L'organisation et la communication sont influencées par la culture. Celle-ci majore l'incertitude des situations, des interactions et les zones de pouvoir des individus. Accepter l'hôpital comme un lieu d'hybridation, implique que chacun approfondisse ses connaissances de l'autre afin de dépasser ce qui apparaît comme une relation superficielle. Cela permet d'éviter les erreurs d'interprétation ou d'analyse (Couzinet, 2009)⁴³⁸. La culture fait irruption dans l'hôpital et vient se confronter à la normalisation. L'interculturel introduit alors un nouveau mode de communication qui intervient dans les interactions entre membres de cultures différentes, chaque élément du contexte devenant lui-même communication.

Que ce soit des infirmières antillaises dans les hôpitaux parisiens (Evrard, 1988)⁴³⁹, aux soignantes issues de l'immigration dans ces mêmes hôpitaux. (Cognet (2001, 2004)⁴⁴⁰; Bertossi, Prud'homme 2011)⁴⁴¹, ces études nous amènent à nous interroger sur la communication de ces équipes et sur l'existence d'une ou plusieurs cultures soignantes. En effet, si l'intensité des interactions induit un ensemble de manières de faire, de sentir et de penser, elle fait émerger les caractéristiques du groupe. Les soignantes témoignent

⁴³⁵ Bouzon, A., *Coopération et communication dans les projets de conception collective*, (2003), pp.1-10, http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/docs/00/06/23/22/PDF/sic_00000803.pdf, (consulté en ligne le 25/09/2013)

⁴³⁶ Guillier, F., 2011, *Op.cit.*

⁴³⁷ Gramaccia, G., 2008, *Op.cit.*

⁴³⁸ Couzinet, V., 2009, *Op.cit.*

⁴³⁹ Evrard, C., 1988, *Op.cit.*

⁴⁴⁰ Cognet, M., 2001, 2004, *Op.cit.*

⁴⁴¹ Bertossi, C, Prud'homme, D., 2011, *Op.cit*

d'identités plurielles qui se révèlent dans l'hôpital et qui participent de la différenciation au sein du groupe infirmier. Elles se constituent selon Dubar (1992)⁴⁴² en groupe de pairs avec ses codes informels, ses règles de sélection, ses intérêts et langages communs, sécrétant ses stéréotypes. Comprendre comment le travail individuel des soignantes s'insère dans le collectif au travers des phénomènes communicationnels, nous invite à dépasser les discours convenus sur le sujet.

Devenue doctorante, nous appuyant sur la théorie fondée dans un ancrage dans notre terrain professionnel, nous cherchons à comprendre l'élaboration des interactions. La vision des SIC croise celle de l'épidémiologie qui a jalonné notre parcours. Elle nous permet d'avoir un regard sur la communication, le fonctionnement de l'organisation, un regard détaché de notre position de professionnelle. Forte est d'admettre que la subjectivité liée à notre part intuitive, est inévitable dans l'interprétation des données, mais nous conscientisons notre position, nos limites et nos choix méthodologiques dans un souci constant de distanciation. En effet, notre regard infirmier et hiérarchique influence inévitablement certaines situations. Il est complexe pour nous "d'enlever notre manteau de manager" et de faire évoluer notre positionnement positiviste lié à notre cœur de métier. Le regard des SIC et notre parcours au sein de l'équipe du laboratoire dans laquelle nous sommes insérée nous achemine vers cette optique compréhensive et un positionnement résolument interprétativiste.

Après autorisation du CER, nous réalisons une observation participante "visible et de l'intérieur" avec un centrage sur le moment de la relève. Nous y associons des entretiens compréhensifs et semi-directifs auprès de cinquante-cinq soignantes (cadres de santé, infirmières et aides-soignantes) et des questionnaires auto administrés pour compléter les données des entretiens. Notre position de cadre de santé nous oblige cependant à clarifier les attentes des soignantes à notre égard. Nous souhaitons éviter d'être un "miroir complaisant" et un relais hiérarchique pour les soignantes. Nous ne voulons pas non plus être "l'oreille" d'un discours convenu (Bouifrou, 2006)⁴⁴³. Nous tenons parallèlement un journal de bord qui manque de l'exhaustivité que nous espérons initialement du fait même de notre double position : professionnelle et apprenti-chercheur sur le même terrain.

⁴⁴² Dubar, C., 1992, *Op.cit.*

⁴⁴³ Bouifrou, L., 2006, *Op.cit.*

Allier des méthodes qualitative et quantitative nous permet de faire émerger du terrain les données que nous mettons en dialogue (Villemagne, 2006)⁴⁴⁴. C'est ainsi qu'apparaît une problématique encore "tabou" dans notre société et à l'hôpital, pour reprendre le terme employé par les membres du CER. Nous nous questionnons alors sur :

En contexte interculturel et de normalisation, quels sont les phénomènes communicationnels dans une équipe soignante à l'hôpital permettant la réalisation du travail collectif ?

Notre terrain d'enquête est un important hôpital régional morcelé, réparti en plusieurs établissements et plusieurs sites. Les pôles et les soignantes retenus répondent à des critères d'inclusion que nous fixons et sur la base du volontariat. Les données nous permettent d'établir le profil de la population enquêtée. Celui-ci est nécessaire à l'interprétation des résultats, à la compréhension des phénomènes observés et du discours recueilli lors des entretiens. Le profil des soignantes est hétérogène, leurs caractéristiques sont définies selon des critères sociodémographiques.

Selon les soignantes, leur cœur de métier repose sur la communication dont la définition n'est pas universelle. Celle-ci est dépendante des approches, des modèles et des personnes. Cependant, nous pouvons dire que la communication « *c'est avoir en commun* » (Bougnoux, 2001)⁴⁴⁵. Dans une approche interactionniste, nous retenons les éléments qui participent de la communication et notamment ceux apportés par l'école de Palo Alto : les comportements, le verbal et le non verbal, le contenu et sa compréhension, la relation (circulaire selon Galinon - Méléneq)⁴⁴⁶, et tous les éléments du contexte qui concourent à la production et à la création du sens partagé. (Gardère, 2010)⁴⁴⁷.

Un des moments en commun que nous étudions dans la présente recherche est celui de la relève, moment clé étudié par Grosjean et Lacoste (1999) dont l'ouvrage constitue notre référence dans ce travail. Nous choisissons également de nous y intéresser (ainsi qu'au moment du "point") en y introduisant cette dimension interculturelle et de

⁴⁴⁴ Villemagne, C., 2006, *Op.cit.*

⁴⁴⁵ Bougnoux, D., 2001, *Op.cit.*

⁴⁴⁶ Galinon – Méléneq, B., 2007, *Op.cit.*

⁴⁴⁷ Gardère, E., 2010, *Op.cit.*

normalisation non prises en compte au cours de l'étude menée par ces auteures. La relève apparaît comme un moment fort de communication et de co-construction dans le travail collaboratif des soignantes. Il nous paraît alors fondamental de l'observer sur plusieurs séquences.

La deuxième partie de cette thèse nous amène à présenter les éléments de compréhension de notre problématique au travers des données recueillies auprès des soignantes, que ce soit par l'observation, les entretiens et les réponses aux questionnaires. Par l'association des outils de recueil utilisés, nous souhaitons une exhaustivité des points de vue, une objectivation des phénomènes observés, une mise à distance des affects pouvant être à l'origine d'erreurs de jugement. En revanche, nous avons conscience de l'imprégnation professionnelle dans l'interprétation que nous faisons des situations et des phénomènes dont nous ne pouvons faire abstraction.

Partie II

Une dimension "clandestine" révélée à l'hôpital

Chapitre 1. Comment le chercheur interprète ce que vit la cadre de santé

- 1- Des constatations prévisibles, d'autres inattendues**
- 2- Un travail collectif revisité**
- 3- Des équipes "métissées" questionnées**

Chapitre 2. Quand la théorie interculturelle questionne la communication des équipes soignantes métissées

- 1- Une communication interpersonnelle omniprésente**
- 2- Une communication officielle "enchantée"**
- 3- Une communication paradoxale**

Chapitre 3. Une communication métissée non traitée à l'hôpital

- 1- Des soignantes éprouvées**
- 2- L'émergence du racisme dans l'équipe soignante**
- 3- Une discrimination triangulaire genrée**
- 4- Une communication élaborée sur le déni racial à l'hôpital**

II. Une dimension "clandestine" révélée à l'hôpital

Traiter du métissage à l'hôpital nous amène à appréhender une dimension que nous qualifions de "clandestine" du seul fait qu'elle apparait non traitée par les divers acteurs hospitaliers alors même qu'elle peut influencer sur les pratiques, les comportements, les positions... et les interactions. C'est en révélant ce rapport au métissage que nous pourrons tenter de comprendre et d'expliquer ce qui est à l'œuvre dans les interactions entre soignantes dans les équipes que nous qualifions dès lors de "métissées".

Après avoir caractérisé la population enquêtée, nous présentons dans cette deuxième partie les résultats de notre enquête menée en terrain hospitalier. Nous tentons de faire émerger dans les données recueillies auprès des soignantes, les éléments de compréhension de notre problématique. Nous procédons à une analyse de contenu, selon une classification catégorielle et thématique, en différenciant les soignantes selon les items retenus. La population cible de l'enquête nous amène à porter une attention particulière aux soignantes non autochtones natives et/ou originaires du continent africain et des Dom Tom ; nous constatons en effet un pourcentage significatif de ces soignantes et notamment dans la fonction aide-soignante. Nous nous intéresserons à ce constat qui selon nous est loin d'être anodin.

Nous étudions particulièrement les situations de communication dans une visée descriptive puis compréhensive, identifiant les phénomènes, les interactions et les éventuelles influences du contexte interculturel et de normalisation. Cela fait l'objet du chapitre 1. Nous nous centrons principalement sur la relève inter-équipes et le moment du point réalisé en présence des médecins. Nous sommes ainsi placée au cœur de cette communication en équipe. Cette position nous permet d'identifier des comportements ou attitudes et des situations de communication toujours dans l'optique de comprendre ce qui se construit entre les participants. Se focaliser sur ces moments formels nous permet alors d'identifier et d'analyser les pratiques contingentes et les interactions.

Nous nous intéressons également aux différents actes communicationnels se déroulant en équipe, organisant le travail, transformant les actions individuelles en travail collectif, contributifs de cet « *agir ensemble* » décrit par Bonneville et Grosjean (2009).

Nous identifions par l'observation complétée du discours des contradictions, des non-dits qui semblent masquer un constat plus profond.

Nous interrogeons dans le chapitre 2 les pratiques des équipes de soins en situation et en contexte de métissage, les confrontant à la normalisation et la standardisation. Nous appréhendons ainsi la différence culturelle mettant en tension la singularité de l'être humain et la standardisation imposée par la certification. Si la communication apparaît comme omniprésente, elle laisse entrevoir son caractère paradoxal dans un discours officiel qui semble "enchanté" s'opposant à une réalité qui s'en éloigne. Elle fait émerger le mal être que connaissent certaines professionnelles du soin.

Cette constatation nous amène dans le chapitre 3 à étudier les interactions entre les soignantes métissées au sein des équipes en unité de soins, prenant en compte les éléments du contexte : l'hôpital, la normalisation et la différence culturelle. Nos connaissances de terrain sont alors transcendées par l'émergence des données dans une démarche empirique. L'interprétation de ces dernières s'effectue à l'aune de l'éclairage scientifique et théorique existant dans le champ disciplinaire des SIC. Elle nous engage à considérer une communication interculturelle qui nous semble non traitée à l'hôpital et qui apparaît jusqu'alors déniée. Toutefois, le métissage et la communication interculturelle qui s'élaborent révèlent des contradictions dans les propos des équipes de soins : entre les discours et les actes des soignantes, ce que nous interrogeons.

Notre cheminement dans cette thèse et notamment dans cette seconde partie, transforme notre regard intuitif de professionnelle de santé en une démarche scientifique, cherchant à interpréter ce que vit la cadre de santé dans son quotidien ainsi que les soignantes composant l'équipe ce que nous proposons de développer en suivant.

Chapitre 1. Comment le chercheur interprète ce que vit la cadre de santé

Nous observons au cœur des équipes professionnelles du soin les phénomènes que vivent celles-ci. Immersée au quotidien parmi les soignantes, nous identifions ce qui organise leur travail, participe de leurs actions et interactions. Nous recueillons de l'intérieur les données de l'observation, ne pouvant cependant faire abstraction de notre regard de cadre de santé en exercice. En revanche, nous plaçons toute notre attention sur le moment de la relève, moment de communication perçu et décrit comme "fort" par certaines soignantes. Nous tentons alors de mettre en avant cette neutralité nécessaire à ce travail de recherche pour alimenter le regard scientifique du chercheur.

Afin de confronter nos observations aux perceptions des soignantes, nous demandons aux cinquante-cinq interviewées lors des entretiens de nous raconter comment se passe la relève dans leur service de soins.

1 Des constatations prévisibles, d'autres inattendues

De par le caractère formel de la relève, les éléments d'observation recueillis et issus du discours des soignantes nous amènent à des constats pour les uns probables et pour d'autres fortuits. Leur imprévisibilité découle des interactions qui s'enchaînent et s'articulent ce qui donne à ce moment communicationnel son importance pour les soignantes. Formalisé dans les échanges et dans sa temporalité, il demeure pourtant unique.

Selon Grosjean et Lacoste (1999), la relève « *instaure la continuité temporelle des activités à travers le relais des personnes, la relève a sa raison d'être dans tous les lieux où alternent des équipes successives* » (p.77)⁴⁴⁸, elle revêt un aspect cognitif et socio-psychologique, faisant émerger une connaissance distribuée dans les rôles et les fonctions : « *la mise en contexte regarde vers l'amont, vers la mémoire, les faits passés ; elle regarde aussi vers l'aval, vers le futur, par l'élargissement de l'horizon d'action et l'anticipation des évolutions* » (Ibid., p.103)⁴⁴⁹. Les soignantes intègrent des comportements sociaux qui sont assimilés à des « processus cognitifs » (Heintz,

⁴⁴⁸ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.77

⁴⁴⁹ *Ibid.*, p.103

2011)⁴⁵⁰. Dans ces derniers les tâches sont réalisées, prenant en compte « l'environnement et l'action » mais également les « patterns » (formes), les comportements et langages verbaux et non verbaux, ce qui constitue l'interaction sociale définie par Cicourel (2011)⁴⁵¹. En outre, ce chercheur associe les attentes mutuelles du rôle de chacun des acteurs présents dans l'interaction ainsi que les perceptions qui seraient *in fine* un filtre social (Friedman, 2011)⁴⁵². Les considérant comme un « élément variable de l'interaction sociale », Cicourel (1973) dira des normes qu' « *elles sont problématiques pour toutes scènes d'interaction car nos pensées réfléchies comme participants ou observateurs, réifient et reconstruisent les règles du jeu* » (p.29)⁴⁵³. Ainsi les soignantes se rencontrent, partagent les informations dont elles disposent à propos des malades et dont elles assurent les soins, et selon un ordre négocié (Strauss, 2009, *Op.cit*)⁴⁵⁴ elles déterminent ensemble la trajectoire du malade, les actions qui en sont déterminantes et structurantes de la réalité. Celle-ci est différente pour chacun des participants, comporte sa part d'incertitude ; elle invite à la discussion. « *La relève est d'abord l'occasion de dire devant les autres ce que l'on sait, de leur donner une chance de réagir, de déclencher la confrontation des versions de la réalité* » (Grosjean, Lacoste, 1999, *Op.cit*, p.105)⁴⁵⁵. Pour ces auteures, la relève orale n'est qu'une « mise en contexte » de l'action et de l'écrit, ce qui en fait sa singularité. En revanche, elle est ce moment incomparable dans l'absence de récursivité des situations, des interactions et des relations interpersonnelles.

Nos constatations nous permettent d'affirmer qu'aucune relève n'est identique et nous pouvons ainsi « *mesurer l'importance du travail d'organisation sans cesse remis sur le métier par les équipes soignantes en termes de production, d'information et de*

⁴⁵⁰ Heintz, C., Les fondements psychiques et sociaux de la cognition distribuée, dans Clément, F, Kaufmann, L (Dir.). *La sociologie cognitive*, Collection Cogniprisme, (pp.277-298), Paris, La maison des sciences de l'homme, 2011, p.280

⁴⁵¹ Cicourel, A.V., Processus cognitivo-affectifs, interaction et structure sociale, dans Clément, F, Kaufmann, L (Dir.). *La sociologie cognitive*, Collection Cogniprisme, (pp.325-352), Paris, La maison des sciences de l'homme, 2011 (traduction de Cicourel, A., *Mind and Society*, 2006, (39-70) par Clément, F)

⁴⁵² Friedman, A., La perception : une approche en sociologie cognitive, dans Clément, F, Kaufmann, L (Dir.). *La sociologie cognitive*, Collection Cogniprisme, (pp.161-192), Paris, La maison des sciences de l'homme, 2011

⁴⁵³ Cicourel, A.V., *Cognitive sociology, language and meaning in social interaction*, London, Penguin Education, 1973, p.29

« *Norms are problematic to all interaction scenes because our reflective thoughts, as participants or observers, reify and reconstruct the rules of the game* » (Notre traduction).

⁴⁵⁴ Strauss, A., 2009, *Op.cit*.

⁴⁵⁵ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.105

communication » (Mayère, 2014, §29)⁴⁵⁶. Pour ce faire, nous observons plusieurs de ces moments également nommés "transmissions", "colloque" que nous présentons et analysons en suivant.

1-1 La relève : mise en tension des résultats

Nous constatons des éléments similaires à ceux relevés par Grosjean et Lacoste dans l'étude qu'elles mènent cela fait quinze années. Leurs observations portent sur trois secteurs de soins : médecine, chirurgie et pédiatrie. Outre la dimension collective du travail inscrite dans une coopération sur laquelle nous reviendrons, nous revisitons le travail collectif des soignantes (dans le sous-chapitre 2). La relève y apparaît comme contributive du travail organisationnel, d'articulation et d'une intelligence collective qui « *tient donc d'abord à une représentation adéquate et distribuée du travail, de ses nécessités, mais aussi des moyens de sa réalisation* » (*Op.cit.*, p.177)⁴⁵⁷.

Nous observons dans ce travail de thèse la relève dans un service de médecine interne gériatrique et spécialisé pour une part de son activité en onco-gériatrie (cancérologie de la personne âgée). Les modalités de la relève examinée dans ce service regroupent les caractéristiques des trois services étudiés par ces auteures. Elles constituent en partie les constats prévisibles que nous avons pu voir en situation et que nous présentons ci après, notamment dans les données stables (qui demeurent semblables d'une relève à l'autre). La relève repose sur une transmission d'informations sur les malades par les infirmières, un partage de savoirs et de savoir-faire entre les soignantes, un échange sur les perceptions mutuelles à propos de certaines situations leur permettant de dégager les éléments qui leur semblent tangibles. En outre elles mobilisent un « *savoir-comprendre et savoir combiner* » qui selon ces mêmes auteures sont contributifs de la confiance, de la réactivité face aux imprévus. Les soignantes confrontent ainsi leurs pratiques, leur analyse des situations, planifient et organisent le travail collectif et les soins. Elles prennent des décisions en équipe, s'interrogent parfois sur l'éthique de ce qu'elles

⁴⁵⁶ Mayère, A., Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée, *Revue française des Sciences de l'information et de la communication*, 4/2014, Dossier recherche au féminin : de l'importance de la présence des femmes dans l'ensemble des domaines de la recherche en SIC : approches par domaines, §29

⁴⁵⁷ Grosjean, M, Lacoste, M., *Op.cit.*, p.177

vivent ou des soins qu'elles réalisent, engageant une réflexion sous l'œil expert du cadre de santé.

Nous faisons *in fine* les mêmes constats que Grosjean et Lacoste, attribuant à la relève les fonctions de mise en contexte, d'interprétation, de confrontation, d'évaluation, de décision, de programmation, d'expression mais également de reconnaissance de soi, du groupe et du travail. Nous définissons les caractéristiques de la relève selon la grille d'observation utilisée par ces auteures pour leur étude (cf. annexe 5). Nos constatations nous permettent de réaliser en premier lieu une analyse descriptive de l'espace, des participantes et de leur positionnement ainsi que des données stables. Une deuxième phase d'analyse porte sur les données "variables", modifiant le cours des interactions (modalités d'intervention, cadres de participation, normes de l'interaction, activités concurrentes).

1-1-1 Les participants à ce moment communicationnel

Sont présentes à cette relève la cadre de santé, les infirmières, les aide-soignantes, les étudiantes en soins infirmiers et les élèves aide-soignantes. En semaine, elle concentre parfois jusqu'à vingt personnes ensemble dans la pièce alors que le samedi et le dimanche le nombre des participants est porté à dix (infirmières, aide-soignantes et cadre de santé quand celle-ci est de permanence pour le site). Dans le secteur de soins étudié, les médecins ne participent pas. Toutefois, il existe un autre moment de rencontre des infirmières avec les médecins et la cadre de santé : le point, auquel nous nous intéressons en suivant. Nous choisissons de représenter le positionnement des participants dans la pièce où se déroule la relève. Il apparaît que la place de chacun a son importance dans l'interprétation que nous pouvons faire de ce moment et des interactions qui s'y construisent.

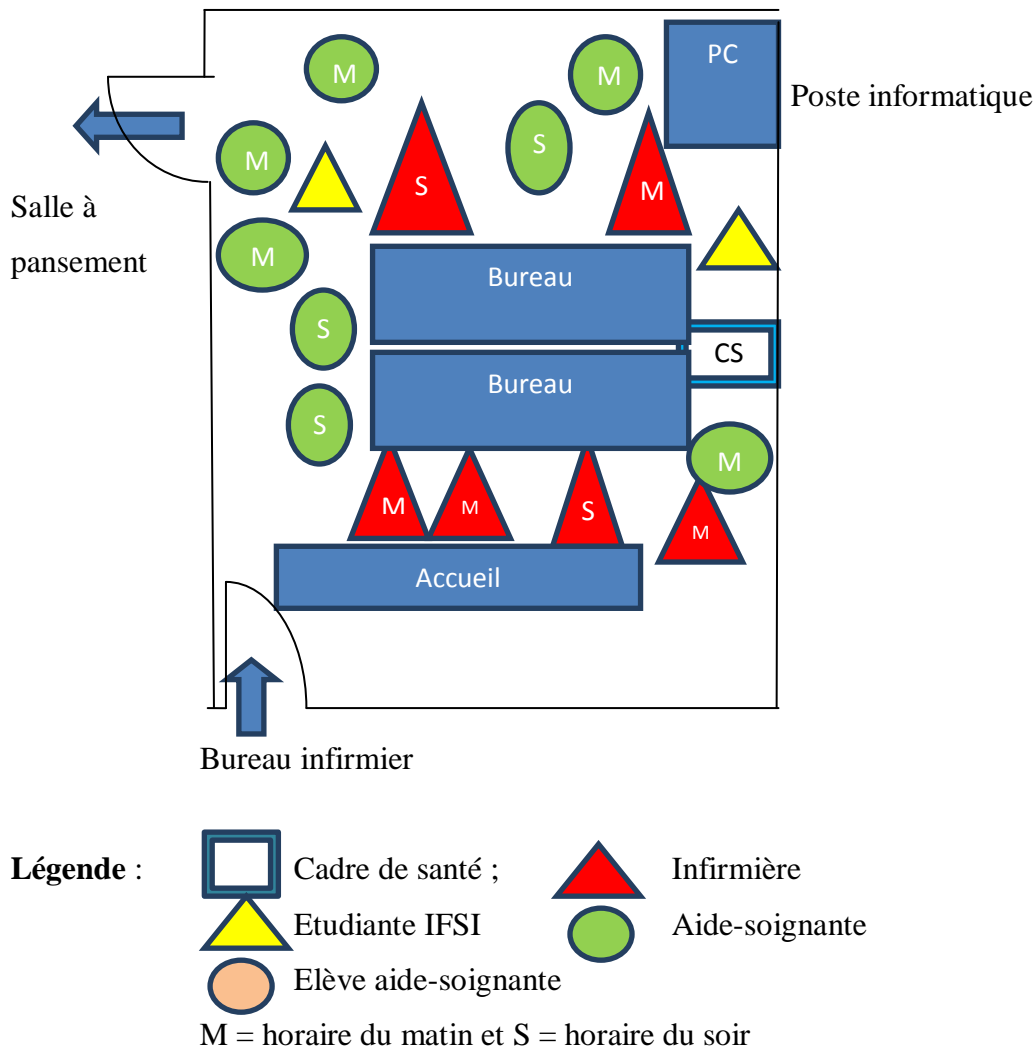
1-1-2 Le positionnement des soignantes

Les observations que nous faisons de la relève nous permettent d'en faire une représentation graphique dont nous présentons ici une séquence sur les quinze observées (cf. Figure 22 p.198 et annexe 9).

Le positionnement des soignantes dans l'espace est très peu différent d'une séquence à l'autre. Les infirmières du matin et du soir sont regroupées autour du bureau central. Les

deux infirmières en horaire intermédiaire se placent plutôt vers l'extérieur étant amenées à bouger, à sortir de la pièce, à répondre au téléphone durant le temps des transmissions.

Figure 22 : Disposition des soignantes pendant la relève du 29/04/2011 à 13h30



Elles donnent également des documents aux ambulanciers ou autres intervenants⁴⁵⁸, accueillent les futurs hospitalisés ou procèdent aux formalités des malades en instance de sortie. Elles sont plus dans une fonction d'organisation, de logistique, d'accueil et de

⁴⁵⁸ Les autres intervenants peuvent être : la brancardière de l'antenne d'imagerie du site ; l'aide kinésithérapeute qui achemine les malades en rééducation, la dentiste, la psychologue, l'assistante sociale... tout professionnel de santé intervenant dans le parcours de soin du malade. (Les intervenants pré cités le sont au féminin car il ne s'agit ici exclusivement que de femmes)

programmation (notamment pour les hospitalisations de semaine). Nous constatons qu'elles peuvent être indifféremment debout à la banque d'accueil ou assises à proximité de la sortie de la pièce.

De la même manière les aide-soignantes du matin sont amenées à répondre aux appels des malades (sonnettes), à accompagner l'infirmière dans l'installation d'un nouvel hospitalisé. Elles se localisent de préférence vers la porte d'accès à la salle à pansement ce qui leur permet de participer à la relève, d'apporter les informations nécessaires sur les malades dont elles se sont occupées le matin, tout en pouvant sortir facilement de la pièce si nécessaire. Comme les aide-soignantes, les étudiantes sont assises. Elles se placent en fonction de leur future profession : les étudiantes en soins infirmiers s'installent proches des infirmières qui les supervisent et les élèves aide-soignantes auprès des aide-soignantes diplômées, plutôt en retrait du bureau central. La cadre de santé se place indifféremment dans la pièce, au centre comme sur le pourtour.

Nous remarquons une disposition des soignantes selon deux cercles concentriques : les infirmières et les étudiantes en soins infirmiers sont sur le premier, le plus central. Selon les séquences, les deux aide-soignantes en poste du soir se positionnent sur ce même cercle. En revanche, les autres intervenants se placent sur le second. La seule relève où l'ensemble des soignantes se trouve assis autour du bureau est le weekend car moins nombreuses (neuf à dix soignantes). A noter que le week-end, seuls les lits d'hospitalisation complète sont ouverts, les lits d'hospitalisation de semaine ne sont activés que cinq jours sur sept et l'effectif de l'équipe est ajusté en conséquence.

En référence aux travaux de Mucchielli (2006)⁴⁵⁹, nos observations procèdent d'une analyse systémique des communications qui permet la compréhension des phénomènes à l'œuvre dans ce moment communicationnel. La disposition des soignantes construit le premier niveau du contexte systémique des échanges dont le cadrage fait partie. En l'occurrence, le "cadre" est représenté ici par l'espace qui compose le rituel de la relève (la salle des infirmières), les soignantes et leur positionnement, à la fois dans cet espace et dans le rituel où se construisent les interactions. En outre, le fait que ce soit le bureau des infirmières renforce le rapport de subordination entre l'infirmière et l'aide-soignante, la première orchestrant les échanges durant ce moment ritualisé. Nous

⁴⁵⁹ Mucchielli, A., *Etudes des communications : Nouvelles approches*, Collection U, Paris, Armand Colin, 2006

décrivons et analysons ce qui selon Mucchielli (2005)⁴⁶⁰ construit les processus primaires et communicationnels de la contextualisation. Il s'agit d'une approche constructiviste que nous transcenderons par l'interprétation des interactions contextualisées.

Les infirmières du matin se placent à côté de celles du soir ou en face à face. La relève se passe d'infirmière à infirmière, celle-ci ayant règlementairement la responsabilité de l'organisation des soins qu'elle met en place avec l'aide-soignante, ainsi que des malades qu'elle prend en soins. Sur l'ensemble des séquences observées, les aide-soignantes de soir se placent à proximité des infirmières, légèrement en retrait, pour écouter et prendre en note les informations sur les malades dont elles s'occupent l'après-midi même. Sur les quinze séquences observées, la cadre de santé a une position « tournante » dans la pièce, se situant autour du bureau central (5/15), à l'entrée de la salle debout à l'accueil (7/15), près de la fenêtre (2/15), le long du mur entre une aide-soignante et une élève aide-soignante (1/15) (cf. l'ensemble des relèves représentées, Figure 22, annexe 9). Selon Bouzon (2002), « *le partage de l'espace influence le fonctionnement de l'organisation en favorisant ou en limitant les interactions* » (§4)⁴⁶¹ ce que nos observations permettent de mettre en évidence, d'autant plus que la relève a lieu systématiquement dans le bureau des infirmières, ce qui en soi est symbolique.

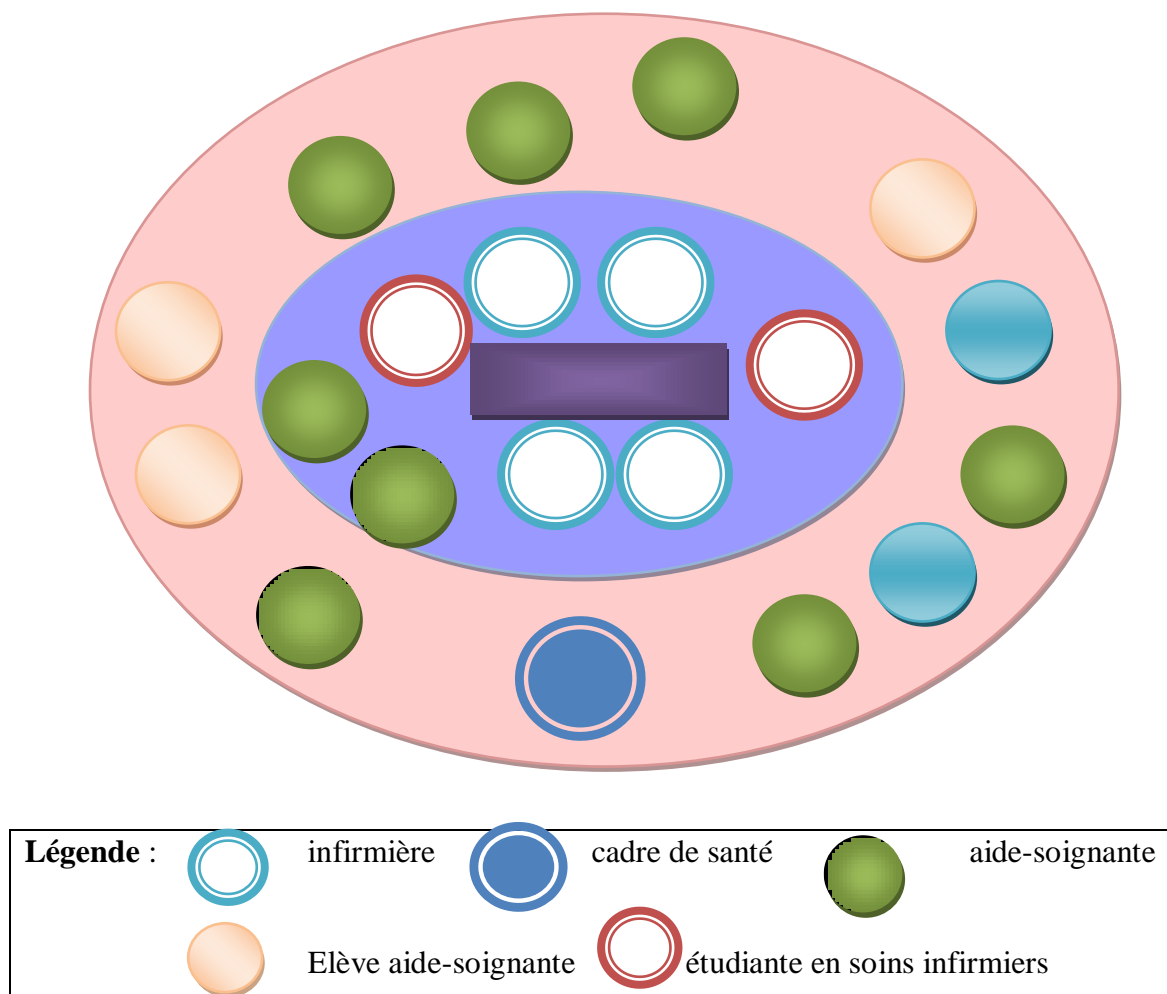
Nos observations dans cette phase plutôt descriptive, nous permettent de "modéliser" cette disposition des soignantes dans la pièce où s'effectue la relève. Elle est celle que nous retrouvons pour quatorze séquences sur les quinze observées. Nous admettons une stabilité de certaines soignantes dans le cercle central et une mobilité d'autres situées dans le second cercle, plus extérieures selon le contexte, des personnes et affinités notamment (cf. Figure 14, p.205). Les statuts et fonctions semblent également influencer dans les interactions et les phénomènes communicationnels au sein du groupe soignant. Notre constat n'est pas sans rappeler les travaux d'Arripe en 2010. Etudiant les liens entre l'université, les professionnels hospitaliers et les acteurs du secteur médico-social

⁴⁶⁰ Mucchielli, A., *Etudes des communications : Approche par la contextualisation*, Collection U, Paris, Armand Colin, 2005

⁴⁶¹ Bouzon, A., *Espace, communication et ingénierie concourante*, Communication et Organisations, Espace et communication dans les organisations, Numéro 21, 2002, <http://communicationorganisation.revues.org/2623>, (consulté en ligne le 31/01/2014)

dans la mise en place d'un « *Pôle Handicaps, Dépendance et Citoyenneté* », elle s'intéresse alors à la co-construction d'une culture commune entre ces différents participants dans le cadre d'ateliers de recherche. Selon elle, « *les personnes partageant une même appartenance sectorielle, catégorielle ou sociale partageraient donc aussi certains rites d'interaction et certains codes communicationnels communs, différents de ceux partagés par les autres groupes* » (D'Arripe, 2010, p. 115)⁴⁶².

Figure n°14 : Représentation du positionnement des soignantes pendant la relève



Selon les logiques, les règles, les individus en présence ont les indications nécessaires pour guider leur propre manière d'agir et d'interagir dans une situation donnée. Les

⁴⁶² Arripe (D'), A., Articulation des savoirs professionnels et universitaires au sein des ateliers de recherche : vers la construction d'une culture commune homogène ? dans Bonnet, J *et al* (Dir.). *Les savoirs communicants entre histoire, usages et innovations*, Collection Sociétés, (pp.113-120), Dijon, Presses Universitaires de Dijon, 2010

infirmières partagent ces rites d'interaction et codes communicationnels avec la cadre de santé. Elles détiennent la parole et rythment les transmissions. Elles possèdent l'ensemble des savoirs qui apparaît comme dominant celui des autres participants (dont les aide-soignantes). Toutefois ces savoirs distribués « *ne doivent pas être considérés comme un stock, où comme au marché, chacun s'approvisionnerait, mais qui se construisent au fur et à mesure de l'action commune, des échanges et de conflits, et de la contribution quotidienne à une même organisation* » (Grosjean, Lacoste, *Op.cit.*, p.187)⁴⁶³. Ces remarques interrogent de fait la culture soignante dans son unicité et/ou sa pluralité mais également dans son possible rapport de domination.

La structure dans l'espace s'assimile à un groupe restreint composé d'une culture dominante (les infirmières) et de sous cultures (les aide-soignantes, les étudiantes en IFSI⁴⁶⁴, les élèves aide-soignantes) qui participent « *de la culture dominante et contribuent à son évolution constante* » (Landry, 2007, p.187)⁴⁶⁵. La dominante correspond aux « *manières de penser et d'agir* » apprises et partagées par l'ensemble du groupe et « *touchent aux comportements et pratiques sociales* » (*Ibid.*, p.184)⁴⁶⁶ ce qui nous questionne et nous oblige à reconsidérer l'unicité de la culture soignante en contexte interculturel (cf.chapitre 2).

Les jeux de pouvoir entre les différentes catégories font partie de cette culture dominante et le positionnement en est une manifestation. Comme le décrit Reynaud, les individus composant le groupe dominant (ici les infirmières et la cadre de santé) détiennent le pouvoir. Le style, les normes, la régulation de l'ensemble dépendent d'elles. L'alliance entre "dominants et dominés" est alors favorisée pour « *réussir une action collective* » (2004, p.88)⁴⁶⁷. C'est ainsi que ces jeux de pouvoir amènent "un repli sur soi" des aide-soignantes entre elles, qui se manifeste dans le positionnement dans la salle et les variations de l'expression orale lors des transmissions. La cadre de santé devient le médiateur, la personne capable de franchir les cercles concentriques, les "frontières" de ces sous-groupes qui font la dynamique de la relève. Elle organise selon les règles établies (elle régule), articule, sollicite les aide-soignantes dans l'expression

⁴⁶³ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.187

⁴⁶⁴ IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

⁴⁶⁵ Landry, S., 2007, p.187

⁴⁶⁶ *Ibid.*, p.184

⁴⁶⁷ Reynaud, J-D., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, troisième édition, Paris, Arland Colin, 2004, p. 88

de leur travail par le langage, lors des transmissions orales. Dès lors, le bureau infirmier ressemble à un appareil de communication segmenté et hiérarchique, chaque participant évoluant dans un territoire.

Les travaux de Goffman nous permettent de situer les participantes du cercle central (notamment les infirmières) dans des interactions non focalisées (engagement corporel et situationnel où le corps communique quelque chose à l'autre) et focalisées à la fois (dans un engagement de face). Selon cet auteur, l'engagement de face « *prend la forme d'un cercle, en général conversationnel où un foyer unique d'attention visuelle et cognitive est ratifié comme ce qui lie mutuellement les participants* » (Goffman, 2013, p.204)⁴⁶⁸. La distribution de l'engagement des individus s'opère alors dans la situation. L'observation des séquences met en évidence une mobilité des soignantes dans l'espace délimité virtuellement par le cercle concentrique, selon leur catégorie, leur horaire de travail et leur affinité. La relève s'apparente alors à la définition des entités interactionnelles élaborée par Goffman en termes de: engagement de face, occasion sociale (cadre de référence de l'engagement), rassemblement social (ensemble de personnes coprésentes pendant « *une période continue de temps* » (*Ibid.*, p.204)⁴⁶⁹).

Ce constat en situation de relève fait également référence aux travaux de l'école nord américaine de Palo Alto théorisant l'approche systémique de la communication. Tout ce qui nous entoure constitue un système dans lequel sont intégrées les communications et interactions entre les acteurs. Celui-ci présente des points de divergence dans sa dynamique, sa vocation et selon l'approche que nous en avons. Les échanges interpersonnels des acteurs, que ce soit dans un groupe, dans une pièce de théâtre, élaborent la dynamique du système. Ils reposent sur une circularité de la relation, un « *effet retour (verbal et non verbal) permettant d'évaluer la compréhension de ce qui est échangé* » (Galinon - Méléneq, 2007, p.20)⁴⁷⁰ ce que nous pouvons observer durant la relève. Chacun influence ses propres réactions mais également celles des autres (Watzlawick, Helmick-Beavin, Jackson, 1979)⁴⁷¹, le non verbal ne pouvant être dissocié

⁴⁶⁸ Goffman, E., *Comment se conduire dans les lieux publics, notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Collection Etudes sociologiques, Paris, Economica, 2013, p.204

⁴⁶⁹ *Ibid.*, p.204

⁴⁷⁰ Galinon – Méléneq, B., *Penser autrement la communication, du sens commun vers le sens scientifique, du sens scientifique vers la pratique*, Communication sociale, Paris, L'Harmattan, 2007, p.20

⁴⁷¹ Watzlawick, P et al., 1979, *Op.cit.*

du verbal qui l'accompagne. Les "frontières" entre les cercles concentriques où se positionnent les soignantes pendant la relève sont perméables et autorisent les interactions entre tous les participants. En revanche, les comportements peuvent influencer l'interprétation et l'analyse que les soignantes ont de la situation. Ce qui est à l'origine d'erreurs et de paradoxes, le plus souvent de manière involontaire (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975)⁴⁷². Les phénomènes de communication n'ont de sens que pris en compte dans leur contexte (Mucchielli, 2006, *Op.cit*)⁴⁷³. Comprendre les actes communicationnels à l'œuvre dans la relève ne peut se faire qu'en situation, en intégrant les règles, les interactions dans leur nature et leur récurrence (ce que cet auteur nomme « *les jeux de groupe* »). Observer la relève des soignantes nous permet d'identifier le "cadre" constitutif des « *éléments significatifs d'une situation* » (Mucchielli, *Op.cit*, p.49)⁴⁷⁴.

Nous ajoutons les éléments de compréhension que nous relatons selon la grille d'observation choisie. Ainsi sont recueillies les données stables (présentes d'une séquence à l'autre), les modalités de la communication des soignantes selon la position dans l'espace, la posture, le non verbal. Les cadres de participation (foyers de parole, phénomènes "parasites") sont identifiés ainsi que les normes de l'interaction (les règles dans la prise de parole) et les activités concurrentes (actions menées en dehors du cadre de la relève). Nous proposons tout d'abord de nous intéresser aux données stables, nommées ainsi car elles sont présentes dans chaque séquence de relève.

1-1-3 Les données stables au cours de la relève

La relève repose sur un ensemble d'interactions entre les différents participants. Elle constitue un cadre formalisé d'échanges entre les soignantes et est ritualisée (même lieu et à la même heure tous les jours). Les données stables sont celles qui ne varient pas ou peu d'une séquence à l'autre et dont nous retrouvons les éléments déjà évoqués précédemment, à chaque moment de transmissions. Parmi les trois relèves formalisées (sur les vingt-quatre heures), la relève intermédiaire est la plus longue puisqu'elle dure trente à quarante minutes alors que les deux autres ne durent que quinze minutes. En

⁴⁷² Watzlawick, P, Weakland, J, Fisch, R., *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Essais points, Paris, Seuil, 1975

⁴⁷³ Mucchielli, A., 2006, *Op.cit*.

⁴⁷⁴ Mucchielli, A., 2005, *Op.cit.*, p.49

outre, cette relève qui a lieu à 13h30 est la plus citée par les soignantes lors de l'enquête. Elle est quotidienne, regroupe six infirmières, huit aide-soignantes, la cadre de santé, les étudiantes en soins infirmiers (jusqu'à trois selon les stages et les périodes), les élèves aide-soignantes (jusqu'à quatre selon les stages et les périodes). La présence de chacune est légitime et nécessaire pour les soignantes. Nous constatons que plusieurs éléments sont invariables quelle que soit la séquence : les données, la chronologie de la relève, les participantes, le lieu. La sollicitation du cadre de santé à l'endroit des aide-soignantes est elle aussi immuable, au regard d'une expression orale rare voire inexistante. La parole vient exclusivement des infirmières. Selon les séquences, le cadre de santé est plutôt debout à l'accueil (7/15)⁴⁷⁵ faisant face à l'ensemble des soignantes. En revanche, d'autres éléments sont l'objet des contingences du moment.

1-2 La relève et le "point" : des pratiques contingentes

Nos observations font apparaître l'incertitude présente dans la relève (et le point que nous lui associons) quant à son déroulement, fortement dépendant des contingences. Nous nous intéressons à la relève en particulier, ce moment existant dans tous les secteurs de soins (ce qui n'est pas le cas du point). Les situations, les individus en présence et les intervenants extérieurs à l'équipe, les artefacts favorisent une instabilité de ces moments de communication. Nous pouvons évoquer l'interruption brutale des transmissions et la mobilisation immédiate des soignantes dès qu'un malade présente une complication, une dégradation majeure de son état. Evènement imprévisible comme tant d'autres plus ou moins graves qui modifient le cours de ce moment de transmissions dans le contenu, la forme et le déroulement. C'est en ce sens que nous évoquons les pratiques contingentes qui font varier cet intervalle de temps.

1-2-1 Les modalités d'intervention selon la position dans l'espace

Lors de la relève, les infirmières généralement assises autour du bureau, en face à face ou côte à côte se transmettent les données nécessaires à la continuité de la prise en charge des malades dont elles sont responsables. Parfois elles semblent occulter les autres participants : « (G) à nous deux... (Cat) je t'écoute » (extrait de la séquence du

⁴⁷⁵ La donnée se retrouve dans 7 séquences de relève sur les 15 observées.

25/07/2011)⁴⁷⁶. Les aide-soignantes du soir sont plutôt assises autour ou sur le côté du bureau central pour entendre et noter ce dont elles ont besoin pour travailler. Celles du matin sont plutôt en retrait ou sur le côté ou encore à proximité des portes de sortie, derrière les infirmières « *Les plus anciennes aide-soignantes cachées derrière la porte dans le coin comme si on ne les voyait pas, les nouvelles et les élèves beaucoup plus près du bureau [...]* » (EIDE10)⁴⁷⁷. En outre, nous observons que les aide-soignantes se placent parfois par affinités, notamment les non autochtones ce que nous argumente une d'elles : « *Alors dans la pièce, comment on est placé, après c'est par affinités, c'est par affinités... alors oui ça se passe comme ça...* » (EAS6). Elles ont tendance à se regrouper dans un même coin de la pièce, à proximité des professionnelles natives du même pays ou d'un pays voisin du leur. La dimension culturelle apparaît prégnante et fédératrice dans ce moment de communication.

Cependant, les soignantes ne semblent pas percevoir ce phénomène de regroupement : « *on est assises tout autour de la table, c'est une table ou alors quand il n'y a pas de place on s'éparpille un peu partout, on est toutes mélangées ensemble* » (EAS2). Elles l'expliquent par le fait que la pièce est exigüe pour le nombre de personnes participantes à la relève. Toutes ne pouvant s'asseoir et ne pouvant être au plus près des infirmières qui parlent.

La cadre de santé est indifféremment assise autour du bureau ou dans un coin de la pièce ou plutôt debout à la banque d'accueil, à l'entrée de la pièce, ce qui lui apporte une visibilité sur l'ensemble des soignantes « *Moi je suis un peu le chef d'orchestre de cette équipe, donc j'estime qu'il faut qu'ils sachent leur gamme...* » (ECS5). Cette place lui permet d'interpeller les aide-soignantes pour des compléments d'informations sachant qu'elles parlent peu spontanément ce que nous interrogerons quand nous étudierons les normes de l'interaction : « *Le cadre donne les informations, encourage les aide-soignantes à parler et embête les étudiants infirmiers quand ils font la relève (rire)* » (EIDE10). La cadre de santé a un rôle pédagogique et n'hésite pas en tant que maître de stage, à vérifier l'acquisition des connaissances et du savoir-faire des

⁴⁷⁶ Les soignantes et médecins s'exprimant lors des séquences de relève ou de point enregistrées sont rendues anonymes par des initiales pour les infirmières (G, AI, Cat, Car, M), par l'appellation (la cadre, l'aide-soignante, l'élève, PH, interne). Cette codification est utilisée dans l'ensemble de la thèse pour les extraits de discours

⁴⁷⁷ L'anonymisation des entretiens s'est faite ainsi : ECS (Entretien cadre de santé) suivi du numéro d'entretien. Nous procédons de la même façon pour les infirmières (EIDE) et les aide-soignantes (EAS). Cette codification est utilisée dans l'ensemble de la thèse pour les extraits de discours

étudiantes en soins infirmiers et élèves aide-soignantes. Elle complète également les données, transmettant au groupe celles recueillies dans le suivi de la visite avec les médecins, les rencontres avec les familles ou les échanges avec les malades. De la place qu'elle occupe dans l'espace, la cadre de santé observe et régule les écarts d'attention, les échanges inappropriés ou les discussions en "aparté" de certaines soignantes et principalement des aide-soignantes. Si ces actes communicationnels sont gênants pour le passage des transmissions, sortant du rituel et de la trame de celles-ci, ils témoignent de ce que « *les aide-soignantes ne sont pas ressenties comme indispensables : elles peuvent aller et venir ou être occupées par une conversation parallèle sans que la transmission ne s'arrête* » (Grosjean, Lacoste, 1999, p.82)⁴⁷⁸. Nos observations corroborent cette affirmation : la sortie de la pièce des aide-soignantes pour réaliser une action (répondre à une sonnette ou autre) n'interrompt pas la relève qui se poursuit. Son absence ou son silence n'en change pas le cours, elle n'apparaît pas nécessaire à ce moment communicationnel.

Toutefois, certaines aide-soignantes nous expriment lors de l'enquête : « *On est les yeux des infirmières, les oreilles et tout ça* » (EAS12), ce qui les place dans un paradoxe. Située dans une position de subordination à l'infirmière incontournable, elle réalise les soins du rôle autonome infirmier et pour autant elle apparaît négligée dans sa fonction et sa position. « *Selon l'information, l'information n'est pas plus importante que ça pour les infirmières et elles continuent sur leurs transmissions, l'aide-soignante n'est pas écoutée enfin... ça dépend qui* » (EAS14). Cette position de l'aide-soignante nous semble pourtant déterminante dans l'appréhension du travail collectif des soignantes et nous nous y intéresserons.

Pour les aide-soignantes comme pour l'ensemble des professionnelles de santé présentes, les transmissions se font à l'aide des dossiers individualisés des malades ainsi que le tableau blanc de programmation des entrées et sorties ou des interventions spécifiques des autres intervenants (actes à réaliser par les externes, actes diététiques, de kinésithérapie, de pédicurie...). Le positionnement dans la salle permet à chaque soignante de consulter ces outils durant ce temps de relève. Ils participent de la distribution des connaissances ce que Mayère et Bazet expriment lors d'une conférence

⁴⁷⁸ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.82

en 2014 sur le dossier patient informatisé⁴⁷⁹. Elles évoquent l'« *écriture distribuée sur des objets* » contribuant au travail collectif. Selon elles, les outils sont « *souvent partagés, ils circulent de l'un à l'autre, portent une information qui concerne toute une équipe* » (*Ibid.*, p.42)⁴⁸⁰ dans un collectif de soin « *fonctionnellement, spatialement et temporellement éclaté* » (*Ibid.*, p.54)⁴⁸¹. Ainsi le dossier de soins et le tableau de planification demeurent deux outils fondamentaux du travail hospitalier, dans un espace partagé où la connaissance des soignantes est distribuée dans les interactions en situation.

Mais au-delà de l'espace et des outils qui participent à la communication, nous nous intéressons à la posture des soignantes pendant la relève. Celle-ci en dit long sur les relations et les rapports entre les individus en présence.

1-2-2 Les modalités d'intervention selon la posture

Les infirmières sont sur les fauteuils et les aide-soignantes sur les tabourets installés à chaque relève et rangés en suivant. Seuls les quatre fauteuils les plus confortables restent dans la pièce. La symbolique du matériel associé à la soignante qui l'utilise, témoigne d'une situation hiérarchique marquée. Une territorialité est établie au travers de cette installation des soignantes qu'elles en aient conscience ou non. Nous référant aux travaux de Hall, l'espace est organisé selon un schéma formel. « *Les évènements spatiaux donnent à la communication son intonation et son accent, et dépassent parfois le discours. Le flux de paroles et le changement de distance entre les individus en interaction participent du processus de communication* » (Hall, 1984, p.206)⁴⁸². Ainsi, les infirmières placées en "face à face" ont une posture du corps en avant. En position côte à côte, elles sont légèrement en retrait sur le dossier de leur fauteuil. Les aide-soignantes sont souvent appuyées dos au mur, légèrement décalées sur leur tabouret. Des soignantes des deux grades, ainsi que la cadre de santé sont accoudées sur la banque d'accueil debout, le buste en avant face au bureau central où les infirmières parlent. « *En général la plupart du temps les infirmières restent sur le bureau, c'est*

⁴⁷⁹ Mayère, A, Bazet, I, Marrast, P, Despiau, F., Le travail soignant recomposé avec écrits d'écran, Conférence « *Les controversations de La Grave* » : *Les informatisations des dossiers patients*, IFERISS, 17/04/2014, Hôtel-Dieu Saint Jacques, Salle des Colonnes, Toulouse.

⁴⁸⁰ *Ibid.*, p.42

⁴⁸¹ *Ibid.*, p.54

⁴⁸² Hall, T-E., 1984, *Op.cit.*, p.206

normal pour écrire et après, les aide-soignantes d'après-midi aussi, on ne peut pas écrire sur les genoux, c'est plus eux qui sont... on laisse la place » (EAS22). Ces dernières sont installées plus confortablement que les autres, que ce soit le siège ou la localisation dans la pièce, ce que certaines aide-soignantes trouvent normal. Le positionnement dans l'espace et les postures corporelles influencent la communication notamment dans sa tonalité. Ils modifient les interactions dans leur construction : « *où il y a de l'espace, où on peut discuter, où tout le monde est bien assis, pas debout en train de souffler, tout le monde est concentré* » (EAS25).

Cette remarque de soignante renvoie à la proxémie, notamment sur l'influence de la distance entre les individus en situation de communication. Ce concept étudié par Hall intègre la culture comme l'élément conditionnant l'agencement de l'espace, fixant les distances qui deviennent des frontières "invisibles" et qu'il convient de ne pas franchir. Leur traversée génère des comportements, des réactions variables selon l'individu et ses interlocuteurs, la représentation qu'il a des autres, le statut... La modification du "schéma de l'interaction" par un simple geste de recul lors de l'échange "affecte directement la conversation" :

Non seulement le message vocal est fonction de la distance mais le sujet d'une conversation exige parfois une utilisation spécifique de la distance. Il y a certaines choses dont il est difficile de parler si l'on ne se trouve pas dans la zone d'interaction adéquate (Hall, 1984, p.208)⁴⁸³.

Ce constat en lien avec le positionnement et les postures nous amène à appréhender ce moment de relève comme fortement hiérarchisé, indépendamment de l'âge des soignantes qui ne semble pas être un élément déterminant. Nous nous y intéresserons particulièrement en tant que moment professionnel fort (cf.1-3).

1-2-3 Les cadres de participation

Il est cependant difficile pour ces soignantes de rester concentrées durant ce temps de transmissions du fait même des événements extérieurs qui les troublent. La relève en elle-même est perturbée et interrompue par des événements extérieurs comme les appels téléphoniques ; jusqu'à six ou sept pendant les trente minutes qui la constituent « *C'est le téléphone... moi le téléphone me gêne dans le sens que quand il sonne c'est embêtant...* » (EAS4) ce que certaines soignantes perçoivent comme gênantes dans leurs

⁴⁸³ Hall, T-E., 1984, *Op.cit*, p.208

transmissions. A cela s'ajoute les entrées intempestives dans la pièce (médecin, malade, ambulancier, soignante d'un autre service ou autre intervenant), l'appel téléphonique d'un service prestataire (imagerie, laboratoire ou autre) etc. L'environnement de la relève influence les interactions à l'œuvre et peut gêner le cours de celles-ci ce qui nous amène à considérer les cadres de participation de ce moment communicationnel.

1-2-3-1 L'émergence du discours

Voilà, tout le monde a normalement son mot à dire, l'infirmière commence par son tour, quand elles sont deux elles sont sectorisées [...] elles sont sectorisées et nous on complète au fur et à mesure des choses qu'elle a dites [...] on complète ses transmissions à elle (EAS15).

La relève comporte un seul foyer de parole entre les deux infirmières du même secteur (celle du matin qui passe la relève à celle de l'après-midi), les transmissions se faisant un secteur après l'autre. Les aide-soignantes interrompent parfois le discours des infirmières. Elles apportent une précision par rapport à ce qui est dit ou qui n'a pas été énoncé par l'infirmière sur l'état du malade ou sur ses propos, sur son vécu, ses questions, sur une observation. En outre, lors des transmissions, quelques discussions de moins d'une minute ont lieu en *aparté* à propos du travail, du malade, de ce qui vient d'être dit. Ce qui peut être interprété par les autres participants comme de la dispersion (nous y reviendrons dans le sous-chapitre 1-3) ou une « *absence* » que Goffman définit comme « *cette espèce de migration intérieure, hors du rassemblement avec les autres* » (Goffman, *Op.cit.*, p.61)⁴⁸⁴. La cadre de santé interrompt aussi le discours de l'infirmière pour avoir des précisions ou en apporter, pour solliciter les aide-soignantes et les faire participer plus activement à la relève. Toutefois, l'expression des soignantes suit un rituel et une hiérarchisation : « *C'est les infirmières qui parlent et nous, au niveau aide-soignant, s'il y a quelque chose à ajouter, on rajoute, les aide-soignantes ne parlent pas facilement, pas tout le monde, c'est le tort peut-être...* » (EAS3).

1-2-3-2 Les mots et le corps se mêlent tout en se singularisant...

Les transmissions regroupent et confrontent l'ensemble des informations et des données. Chacune est importante dans la compréhension des situations, l'élaboration du projet de soins du malade et l'organisation du travail collectif.

⁴⁸⁴ Goffman, E., 2013, *Op.cit.*, p.61

Ce n'est pas forcément parce que telle personne est l'infirmière qu'elle voit tout, l'aspect... les gens se situent, on voit où on est, je vous ai face à moi je vous vois devant, celui qui sera derrière vous vous verra le dos... et voilà, c'est un ensemble, chacun apporte son regard, sa manière de voir les choses et en fonction de tout ça, ils agissent... (EAS5).

Cette professionnelle non autochtone (EAS5) y intègre la dimension interculturelle (cf. chapitre 2). Elle souligne à quel point le contexte, l'environnement, la situation, la position des individus... modifient la perception, l'interprétation, la traduction des événements qu'ils peuvent en avoir. L'identité de chacun influence ses représentations, ses pratiques et les actes communicationnels qui évoluent en contexte selon les situations rencontrées. D'où une relève qui apparaît dynamique, ponctuée d'anecdotes contribuant à détendre certaines situations difficiles pour les soignantes dans leur quotidien. Nous observons des mimiques, les gestes avec les mains, les mouvements de tête (balancement de gauche à droite ou d'avant en arrière, vers le haut ou vers le bas). Il s'échange aussi des regards parfois empreints de complicité, des expressions corporelles notamment entre les soignantes non autochtones. En revanche, certaines d'entre elles échangent des mots dans leur langue natale (dialectes africains, Wolof et/ou Berbère).

Après ça nous arrive aussi de parler en arabe avec certaines, de glisser quelques mots, mais c'est pas méchant [...] des fois aussi quand on est dans le couloir, on parle aussi, on glisse deux ou trois mots mais c'est pas méchant "alabez, abdoullah", ça va, on rigole (rire) mais on le fait tout le temps, même les collègues africaines elles parlent, elles glissent des mots en africain. (EAS6).

Ayant assisté à ce genre de situation, nous constatons alors l'effet de surprise d'autres soignantes autochtones à ces échanges dans une autre langue que le français. Parfois ces échanges déclenchent parmi ces dernières des rires ou sourires voire des signes de mécontentement et de désaccord (sourcils froncés, bouche tendue, lèvres pincées, regard sombre). En revanche, à aucun moment elles ne demandent la signification des mots énoncés (traduction). «Après on dit ah ça ne se fait pas» (EAS6), certaines professionnelles non autochtones expriment alors un sentiment de culpabilité à utiliser leur langue natale, elles semblent avoir le sentiment de braver un interdit, la langue nationale, officielle et admise par tous étant le français. Il semble que s'exprimer dans la langue natale procède d'un rapprochement des soignantes, d'un sentiment de réassurance et apparaît nécessaire à une identification commune des soignantes non

autochtones dans le groupe. Pour Rey et Van Den Avenne (1998), utiliser la langue natale se réfère à l'identité ethnique. Elle est la « *langue souvenir dotée d'une importance affective forte* » (p.123)⁴⁸⁵, la « *langue du milieu* », celle qui appartient à la tradition orale, aux habitudes langagières portées par l'individu et qui lui permettent de dialoguer avec les autres. Il semble que ce soit pour ces soignantes une manière d'exister dans l'équipe, d'afficher et de marquer la différence, de faire émerger leur identité tout en la reconnaissant. L'affect surgit alors dans le discours et les mots.

1-2-3-3 Quand l'affect est mis au jour...

Selon Landry (2007), le groupe fonctionne dans une interdépendance de trois zones dynamiques qui sont : le travail, le pouvoir et l'affection. La communication verbale et non verbale véhicule une connotation affective dans les relations interpersonnelles dont l'expression dépasse le contenu. Utiliser notamment la langue natale qui n'est pas la langue dominante du groupe (ici le français), témoigne de « *l'émergence d'émotions et de sentiments groupaux* » dont le caractère (positif ou négatif) contribue à la cohésion du groupe⁴⁸⁶. L'affect est omniprésent dans le quotidien de ces professionnelles. Il émerge des différentes interactions des soignantes les unes avec les autres, y compris dans les échanges extérieurs à la relève.

La cadre de santé intervient régulièrement pour faire taire les aide-soignantes qui parlent entre elles d'autre chose que des transmissions : elle demande de faire silence, interpelle sur l'intérêt de partager le discours, questionne... Le ton accompagne les actions relatées, associant les gestes, les expressions corporelles et du visage (sourire, regard, mimiques, froncement de sourcils, etc.).

Quand je vois que quelqu'un essaie... de... par du non verbal, quand je vois que les gens ont quelque chose, qu'ils ont envie de dire quelque chose et que finalement il y en a d'autres qui monopolisent la parole parce qu'ils s'expriment davantage, il m'arrive parfois de redistribuer la parole (ECS10).

Elle manifeste également une certaine impatience au travers de soupirs marqués, de "chut" insistant, d'un coup de talon sur le sol ou de la main sur la banque d'accueil sur

⁴⁸⁵ Rey, V, Van Den Avenne, C., langue et identité en situation migratoire : identité ethnique, identité linguistique, à chacun son bambara, *Actes do I simposio International sobre o bilinguismo*, 1998, (120-131)

⁴⁸⁶ Landry, S., 2007, *Op.cit.*, p.125

laquelle elle est accoudée. *A contrario*, elle distribue la parole aux aide-soignantes cherchant à la prendre sans y parvenir.

Les différents comportements observés lors de la relève, témoignent de la réaction émotionnelle qui se traduit dans ce que Hall (1984) nomme « *le langage silencieux* »⁴⁸⁷. L'inflexion de la voix de l'infirmière qui parle est régulière, se modifie dans le ton selon les événements rapportés et discutés, les vécus, les situations rencontrées. Si une conversation parallèle des aide-soignantes gêne la relève, l'infirmière monte le ton pour la faire cesser ou demande directement à ce que les aide-soignantes arrêtent leur discussion. Nous observons que les infirmières parlent peu entre elles, concentrées sur la relève et les informations qui y circulent. Elles s'inscrivent dans des coopérations de travail qui selon Grosjean et Lacoste (1999) « *s'appuient sur un savoir antérieur sur lequel chacun fait fond* » (*Op.cit.*, p.35)⁴⁸⁸. En outre, les infirmières et les participants à la relève complètent les données partagées même s'il ne s'agit pas du secteur dont elles sont responsables, chaque information ayant son importance. L'âge des soignantes n'apparaît pas comme un élément déterminant dans les interactions, il est dépassé par la fonction dans un rituel hiérarchisé. En revanche, nous interrogeons l'influence de la condition non autochtone.

1-2-3-4 Être une soignante non autochtone

« *Dès qu'on se voit on est attiré parce qu'on est loin et quand on se retrouve c'est... on dirait il y a un aimant qui nous rapproche* » (EAS20).

Durant ce temps de transmissions, nous observons que les soignantes sub-sahariennes et antillaises (DOM-TOM) se regroupent dans un même coin de l'espace ainsi que les élèves de même origine. S'y ajoutent parfois les autres soignantes non autochtones (Afrique du nord, Océanie).

Quand j'arrive et que je vois quelqu'un peut être du même pays, ah tiens j'ai une sœur (rire) c'est mon frère, quand je vois O, je dis tiens mon frère, du coup les collègues se moquent de moi, c'est un truc qui vous rassure, on se raccroche à ça, c'est normal... vous cherchez quelque chose pour vous rapprocher (EAS5).

Nous les questionnons sur cette observation. Certaines d'entre elles nient dans un premier temps ce constat, évoquant le hasard ou le défaut d'attention, puis finissent par

⁴⁸⁷ Hall, T-E., 1984, *Op.cit.*

⁴⁸⁸ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.35

rire. Ce positionnement se répète au cours de notre enquête et confirme nos observations, y compris pendant les pauses conviviales et sonores lorsque les soignantes non autochtones se retrouvent. « *Après il y en a qui acceptent pas, ils aiment bien être ensemble, ne pas se mélanger mais bon [...]* » (EAS8). La soignante non autochtone qui est seule au milieu de soignantes autochtones a tendance à se mettre en retrait et à être plus silencieuse. Par le rapprochement, elles semblent ainsi marquer ce que Varo (2001) exprime comme « *l'opposition entre le "nous (plutôt national)" et le "eux, les autres" (autres pays, autres cultures)* » (p.127)⁴⁸⁹. Les soignantes se rapprochent des individus auxquels elles semblent s'identifier par le pays d'origine ; la couleur de peau ; la langue... Les comportements sont des « *signes-symboles* » témoins d'une appartenance, des « *signes-traces d'identification* » (Galinon – Méléneq, 2011, p.201)⁴⁹⁰ auxquels se réfère la couleur noire. Cette dernière mobilise une symbolique universelle et des affects au sein des relations et interactions sociales. Elle « *impose des schémas de pensée, voire une catégorisation de la perception du réel, qui propage, et déforme en même temps, la communication entre les hommes et les sociétés* » (Dumont, 2012, p.144)⁴⁹¹ qu'il convient de considérer dans la dynamique de l'équipe de soin, d'autant qu'elle concerne essentiellement les aide-soignantes. En outre, cette population se trouve en déficit de reconnaissance professionnelle, inscrite dans la mise en œuvre du "sale boulot" constitué des soins du "care" délaissés par les infirmières. Ce double constat et ces propos nous interpellent à deux niveaux : humainement et professionnellement. Nous nous y intéresserons particulièrement dans les chapitres 2 et 3.

1-2-4 Les normes de l'interaction

La relève débute quand tout le monde est présent. Les retardataires sont appelées par les soignantes déjà installées dans la pièce afin que la relève commence à 13h30 précises.

On demande ben déjà qui est de quel côté pour savoir à qui on s'adresse en priorité, puisqu'après on s'adresse à toute l'équipe, ce n'est pas parce qu'on est côté rouge qu'on ne va pas passer côté bleu et ce n'est pas parce qu'on est côté bleu qu'on ne va pas passer côté rouge... (EIDE4).

⁴⁸⁹ Varo, G., Les présupposés de la notion d'interculturel, réflexions sur l'usage du terme depuis trente ans, dans Villanova (De), R, Hily, M-A, Varo, G. (Eds.). *Construire l'interculturel ? de la notion aux pratiques*, Collection espaces interculturels, Paris, L'Harmattan, 2001, p.127

⁴⁹⁰ Galinon - Méléneq, B., Fragments théoriques du signe trace. Propos sur le corps communicant, dans Galinon – Méléneq, B. (Dir.). *L'homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, (pp.192-212), Paris, Cnrs, 2011, p.201

⁴⁹¹ Dumont, R., 2012, *Op.cit.*, p.144

Le service est partagé en deux secteurs, chaque malade est présenté par l'infirmière responsable du matin, de manière plus détaillée quand les soignantes participantes ne le connaissent pas (retour de vacances, de repos ou changement de secteur). Sinon, ne sont évoqués que les actions marquantes, les événements ou les situations récentes (de la nuit ou de la journée) et les actions à prévoir ou à réaliser. Quand l'infirmière du premier secteur a terminé de transmettre les informations, celle du deuxième secteur prend alors la parole. En outre, nous constatons une mobilité des soignantes sur chacun des secteurs ce qui explique la connaissance qu'elles ont de l'ensemble des malades et leur intervention ponctuelle en cours de transmissions. Les aide-soignantes transmettent à propos du rôle propre ou autonome (rôle en collaboration avec les infirmières), sur des éléments physiques (autonomie, état de la peau, modification état antérieur...) ou psychologiques (état de tristesse, de repli, de confusion, pleurs ou hilarité, hallucinations...). Chacune semble pouvoir s'exprimer librement au sein du "cadre" fixant le rituel.

Et pourtant, « *les aide-soignantes quand elles sont entre elles, elles auraient tendance à se faire une petite relève quand elles sont en groupe elles ont plus de mal à prendre la parole* » (ECS1). Les aide-soignantes ont des difficultés à s'exprimer oralement, énonçant pour certaines la crainte de la " justification de soi devant le groupe : « *Alors je ne sais pas si c'est l'effet de masse et qu'elles n'osent pas prendre la parole [...] l'effet de groupe peut-être, elles ont moins habituées à parler... je pense qu'elles n'osent pas, la crainte de dire une bêtise...* » (EIDE9). Les professionnelles en présence remarquent cette difficulté à intervenir oralement, les aide-soignantes l'expriment ainsi que la crainte du "jugement des autres" qui va au-delà de la simple justification : « *Voilà c'est difficile au niveau du staff car il y a tout le monde et il y a des enjeux justement de pouvoir, les jugements qu'on peut porter qui sont très importants* » (ECS16). Le jugement constitue un signe-trace, mobilisant à la fois « *l'expérience passée et l'évènement (ou la personne) objet du jugement* » (Galinon – Méléneq, 2011, *Op.cit.*, p.206)⁴⁹². Dans ce moment d'expression, les identités personnelle et professionnelle se mêlent, participant du sentiment de reconnaissance, de la valorisation du rôle et de la place occupée, à l'origine d'une position de retrait. Cette dernière semble plus marquée pour les soignantes non autochtones et notamment celles dont la couleur de peau est

⁴⁹² *Ibid.*, p.206

noire : « *Les soignantes africaines sont plus en retrait, parlent un peu moins que les autres, cela amène souvent à des discussions car elles ne voient pas forcément les choses de la même manière mais du coup c'est ce qui est intéressant* » (ECS11). Les aide-soignantes sont subordonnées aux infirmières et de fait « *dans les communications collectives, elles ont encore souvent un statut de dominé* » (Grosjean, Lacoste, 1999, *Op.cit.*, p.84)⁴⁹³. Le sentiment de domination, même s'il n'est pas utilisé en ce terme, dépasse cette dimension de subordination et peut générer chez la professionnelle un sentiment d'infériorité, ce que nous exprime une aide-soignante non autochtone : « *Et des fois je pense que c'est parce qu'on est timide, parce que... je ne sais pas... parce qu'il y a des gens aussi peut-être qui se sentent un peu inférieurs aux autres...* » (EAS21). Cela nous questionne dans un possible lien avec la fonction, l'expérience et les connaissances, voire le fait d'être non autochtone.

Cependant nous observons que la relève du week-end est moins solennelle que la semaine même si le rituel est constant, ce qui rend manifeste la part de liberté que s'octroient les soignantes dans ce moment. Moins nombreuses, elles s'autorisent des échanges *en aparté* plus détendus. Certaines aide-soignantes s'autorisent à ne pas assister aux transmissions dans leur intégralité, à entreprendre une autre activité pendant ce temps imparti, etc. La hiérarchisation de la relève tient plus *in fine* aux infirmières qui l'animent qu'à la formalisation de ce moment de communication. Le week-end est aussi le temps où la convivialité occupe une place importante et permet aux soignantes d'établir des liens moins hiératiques, semblant gommer un temps la différence. Nos observations imposent toutefois de moduler l'interprétation que nous en faisons. Les conditions d'exercice de ces équipes sont différentes le week-end de la semaine, comme du jour et de la nuit, la charge de travail variant du fait du nombre de soignantes présentes, de la typologie des malades présents, des soins prioritaires, des événements...

Nous ne pouvons pas réduire notre interprétation à ce que la relève du week-end perd en hiérarchisation et en formalisation tout en gagnant de la convivialité. En revanche nous pouvons compléter celle-ci dans les artefacts qui modifient le cours des interactions pendant la relève et qui sont moins nombreux le samedi et le dimanche ou la nuit. Nous définissons ces artefacts comme des faits, des événements, des éléments contextuels qui

⁴⁹³ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.84

modifient le cours des interactions. Ils constituent les activités dites "concurrentes" que nous présentons.

1-2-5 Des activités concurrentes et intrusives

Après ça se passe dans la pagaille parce qu'il y a les ambulanciers qui tapent à la porte, il y a les sonnettes en permanence, donc tu ne peux jamais avoir personne, cette porte fait vachement de bruit à la salle de soins, moi je trouve que ça se passe dans le bordel, mais bon (ECS12).

Même si la relève se déroule dans une pièce spécifique identifiée entre autre pour cet usage, elle n'est pas pour autant "protégée" des événements extérieurs qui font irruption dans cet espace et l'influencent : ce sont les activités dites "concurrentes", participant aux interactions.

Si le médecin rentre à ce moment-là il nous coupe et ça met le bordel car il ne sait pas qu'on fait une relève, c'est son petit côté voilà... on lui dit youhou on parle, au revoir... mais il le prend bien (rire) (EIDE10).

Nous observons des entrées impromptues dans la pièce (ambulanciers, familles, malades, autres personnels...) mais aussi des sorties imprévisibles en raison des appels malades (sonnettes), l'obligation de répondre au téléphone (sortie pour entendre et ne pas gêner) ou à toute autre demande extérieure, à l'origine d'une perte d'information pour les soignantes quittant la relève. « *Il y a beaucoup de bruit, ce n'est pas silencieux, c'est animé* » (EIDE8). Certaines infirmières et cadres de santé disent être gênées dans leurs transmissions par ces mouvements, les interruptions qui perturbent leur discours et leur concentration. Les bruits de voix troublent les échanges, les interactions et les actes communicationnels au sein de l'équipe : « *Elles discutent entre elles souvent (rires) et puis voilà sinon, il est très difficile de placer un mot quand il y a beaucoup de brouhaha* » (EIDE2).

Des fois les aide-soignantes d'après-midi se mettent au fond, elles ne vont rien entendre, il y en a deux ou trois elles n'osent pas, celles du matin elles soufflent un peu, elles discutent, et elles gênent celles de l'après-midi, le cadre c'est toujours la maîtresse d'école, ban, ban, ban... c'est un poulailler ici... (EAS2).

Les conversations en "aparté" sont aussi perçues comme gênantes par les soignantes. En outre, s'ajoutent à ces mouvements et ces bruits de voix ce que nous qualifions de "tâches parasites" comme par exemple l'utilisation non professionnelle d'internet pendant la relève ou les gestes répétitifs qui troublent l'attention :

Et ce que j'ai observé c'est qu'il y en a qui sont dans des gestes répétitifs qui moi m'énervent, ne serait-ce que déboucher et reboucher un stylo, et qui claquent, c'est quelque chose que je ne supporte pas, même d'imprimer des documents pendant qu'on fait la relève... le bruit... je trouve que le parasitage est très vite, voilà... m'occulte très vite l'esprit donc chaque fois je demande d'arrêter... (ECS9).

Pendant la relève les infirmières sont amenées à lire les documents, à écrire dans le dossier des éléments de transmissions, un rendez-vous, une évaluation ou une consigne. Pour autant, ces actions ne paraissent pas perçues comme perturbantes, elles apparaissent nécessaires dans les transmissions et la mise en contexte :

Outre le rapport de pure redondance, on peut discerner deux configurations caractéristiques des relèves observées : l'une où l'oral sert essentiellement à apporter des précisions et des éclaircissements sur l'écrit, l'autre où l'oral livre un contexte plus large, qui transforme les conditions d'interprétation de l'écrit (Ibid., p.116)⁴⁹⁴.

Afin de compléter les données de l'observation " *in situ*" et du discours des cinquante-cinq soignantes entretenues, nous nous intéressons aux deux séquences de relève enregistrées partiellement.

1-2-6 Les données des enregistrements des deux relèves à 13h30

Les données sont identifiées selon cinq catégories que sont le contenu de l'enregistrement de deux séquences de relève (les 22 et 25 juillet 2011), le déroulé, les postures, les actes communicationnels et les observations générales. Nous nous centrons en premier lieu sur le contenu et les modalités du discours, dépassant ainsi le cadre de l'observation au travers de certains sens dans la lignée des travaux de Grosjean et Lacoste (1999).

1-2-6-1 Le contenu de la relève :

Nous confirmons par les enregistrements les éléments d'observation des quinze séquences de relèves. Le contenu de ce moment de transmissions concerne :

- L'état du malade, somatique et psychologique : « (G)⁴⁹⁵ *Elle est épuisée. Entre hier et aujourd'hui... je n'ai même pas demandé de la lever. Hier elle se levait*

⁴⁹⁴ Ibid., p.116

⁴⁹⁵ Nous rappelons que dans le verbatim que nous présentons, G, Al, Car, Cat, M sont des infirmières. Nous rappelons également que le verbatim est respecté dans les mots, la construction des phrases... tout comme pour les entretiens semi directifs menés.

sur ses jambes pour aller aux toilettes, aujourd'hui non » (Extrait de la relève du 25 juillet 2011).

Les informations apportées se fondent sur des faits, une évaluation de la situation et de son évolution. Les infirmières sont dans un processus cognitif qui les amène à mobiliser leurs connaissances, à interpréter, à comprendre, à traduire ce constat pour agir en contexte. Cette traduction s'opère pour elles-mêmes mais également pour l'ensemble des participants à la relève.

- Les indicateurs (paramètres cliniques) et leur surveillance : « (Al) monsieur H, 38°3 ce matin, qui a été apparemment fatigué et tachycarde cette nuit... » (Extrait de la relève du 22 juillet 2011).

Les signes observés font appel aux connaissances de l'infirmière, ils se traduisent en pathologie ou en problème par l'interprétation que les soignantes en font. Ils permettent l'élaboration et l'organisation des actions. Toutefois, la compréhension des soignantes apparaît dans les interactions avec les autres soignantes mais aussi avec les objets (appareils de surveillance) ce qui fait référence à la théorie de la cognition distribuée élaborée par Hutchins (1996)⁴⁹⁶.

- les traitements dans la prescription, l'administration et l'évaluation :
(Al) avec le duro comment elle était ; (G) alors le duro... j'en ai parlé, j'ai demandé 50, je pense que c'est ça qu'il a dû prescrire oralement il m'a dit 50 ; (Al) elle était super douloureuse ; (G) le méopa je le mets à cinq direct pour la toilette et elle est bien, l'actiskénan c'est parti... (Extrait de la relève du 25 juillet 2011).

L'infirmière se situe à la fois dans le rôle prescrit et son rôle autonome. Des échanges de justification « *elle était super douloureuse* » et de contrôle « *avec le duro comment elle était* » s'opèrent entre pairs, ce qui participe de « *la reconnaissance de soi, du groupe et du travail par les pairs* » (Grosjean, Lacoste, 1999.)⁴⁹⁷.

- les éléments diagnostiques à évaluer ou les examens prévus qui conditionnent les actions à mener :
(G) Mme R je ne sais pas s'ils ont vu l'IDR ce matin, je leur ai dit mais... il faut que je leur pose la question... Mme R, rien pour elle, elle a sa scintigraphie cet après-midi à 14h, il faut s'assurer du transport ; (Car) il faut faire attention il y a des examens qui sont pas notés...là c'est le TEP qui nous a appelé... (Extrait de la relève du 25 juillet 2011).

⁴⁹⁶ Hutchins, E., 1996, *Op.cit.*

⁴⁹⁷ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*

Il s'agit ici d'échanges où les rôles sont redistribués en fonction des tâches à effectuer. L'insuffisance des informations disponibles pour les infirmières est exprimée dans les propos de ces dernières : " *je ne sais pas ; je leur ai dit mais ; il faut que je leur pose la question* ". Dans "*il faut s'assurer*" il s'entend un ordre, une instruction, une obligation dans la tâche à exécuter pour l'infirmière qui prend le relais. Cet ordre, bien que donné par l'infirmière qui transmet, ne s'inscrit pas dans un rapport de subordination, hiérarchique. Il contribue au travail collectif de ces soignantes, telle une consigne permettant l'agencement des actions coordonnées par les professionnelles.

- l'entourage, qui est également considéré dans la prise en soins des malades :
« *(Cat) Je lui ai expliqué, j'ai aussi expliqué à son fils pour la chambre seule, ils veulent une chambre seule mais... une chambre particulière, il y en a d'autres qui la nécessite avant lui* » (Extrait de la relève du 22 juillet 2013).

Interpréter, traduire, comprendre la situation du malade et le prendre soin, impose la prise en compte de son environnement familial, structurel, ses habitudes de vie... Ce qui met en œuvre le processus cognitif des soignantes, dépassant le traitement individuel des informations dans l'élaboration des interactions entre les individus en présence.

- le devenir du malade est une composante du projet de soins conduit par l'infirmière et détermine les actions de l'équipe :

(Cat) le problème on a fait le point avec L c'est C qui l'a suivi, et... ; (M) oui parce que moi hier j'étais à la visite et du coup, il a vu qu'il y avait les résultats de la fameuse biopsie en fait, il y avait que du muscle, donc... y avait rien de... ; (Al) y avait rien de... et en fait il lui avait dit qu'il le laisserait sortir et que peut-être il le re-convoquerait en consultation justement pour refaire une nouvelle biopsie étant donné que là ça n'avait rien donné quoi ; (Cat) si on veut le faire sortir, tout le monde vendredi, ça va être galère... (Extrait de la relève du 22 juillet 2011).

L'absence, l'insuffisance des informations « *peut-être* », sont à l'origine d'un questionnement en équipe, d'une non prévisibilité du travail, des tâches et mettent parfois en difficulté les infirmières face au soigné. L'incertitude est amplifiée dans le travail collectif des soignantes ce que nous observons dans cet extrait de discours : la sortie du malade dépend de la programmation d'un examen spécifique en hospitalisation ou en consultation. Or l'infirmière n'a pas de donnée qui puisse l'orienter et lui permettre d'informer le malade.

La relève est également le moment où l'équipe se questionne sur :

- Les actions à mener:

(Al) la VVP⁴⁹⁸ ça en est où ?; (G) plus de VVP, plus de VVP donc J a mis la rehy en sous cut... et elle est calme ; (Al) oui je sais, je l'ai fait 3 fois hier, et chaque fois tu es dans la veine et quand je montais le cath elle explose ; (Car) moi j'avais un retour veineux mais j'avais de trop petites veines pour monter le cath ; (Al) moi j'ai essayé 3 fois, mais 3 fois elle était tellement précaire, j'ai dit je vais essayer de regarder mais... (Extrait de la relève du 25 juillet 2011).

Le questionnement accroît les incertitudes et amènent les soignantes à se justifier devant le groupe. Ainsi les infirmières rendent visible leur actions et obtiennent la reconnaissance du collectif « *la présence des autres est l'occasion de donner consistance et visibilité au travail de chacun : par le seul fait de rapporter ses actions, on démontre son utilité, on expose ses difficultés, on marque sa place* » (Ibid., p.109)⁴⁹⁹. Il s'agit également pour l'infirmière de partager son expérience dans cette situation avec ses pairs en terme d'avertissement, leur permettant de se préparer à la situation à venir, de s'adapter, de réajuster et de partager à nouveau dans le cadre par exemple, d'une analyse de pratique. Les situations considérées comme problématiques sont également posées au groupe. Elles sont de différents types :

➤ *organisationnel*, mettant en évidence des dysfonctionnements liés à une gestion inappropriée des activités afférentes aux soins.

(G) l'actiskenan c'est parti, il y aura deux prescriptions nominatives, trois et donc, c'est l'autre cahier, et ce sont pas des toxiques qui vont dans les tiroirs, on met une poche transparente à l'étiquette du patient et ce n'est que pour ce patient, tant que je suis dans les toxiques, il va falloir trouver la solution, mercredi j'ai fait les toxiques ils étaient tous là, entre jeudi et vendredi il y a des bugs, ou des choses qui ont pas été administrées ou pas aux bonnes personnes je n'en sais rien, mais... donc j'en n'ai déjà récupéré un ; (Car) on va pas pouvoir les récupérer tous ; (G) on va y jeter un œil demain on va essayer de récupérer le plus possible ; (Car) oui mais c'est sur on va pas pouvoir les récupérer tous, on va en rattraper un ou deux mais on va pas rentrer des lignes... on regardera et on appellera les gens ; (Al) oui mais je sais ; (G) on va repartir de la prescription ; (Car) on a regardé ce WE ; (Al) et puis c'est pas un qui en manque c'est ; (G) ça colle pas ; (Al) il y en a plus d'un qui est pas noté... les actiskénan... mais quand même entre 5 et 10 ; (G) il y a une marge c'est tout, c'était jeudi et vendredi c'est tout, parce que mercredi y a pas de problème et samedi il y a un problème ; (Car) le problème c'est qu'avant tu descendais voir V, tu discutais... on revient hier nickel et voilà... ; (G) toujours est-il que c'est parti, pour la dotation nominative, il faut bien dire pour demain matin que c'est de la nominative pour chaque patient il y a la poche... (Extrait de la relève du 25 juillet 2011).

⁴⁹⁸ VVP, lire voie veineuse périphérique

⁴⁹⁹ Ibid., p.109

Ces tâches incombent aux infirmières notamment quand il s'agit des thérapeutiques et de la gestion des stupéfiants. Dans cet extrait, les infirmières expliquent la procédure tout en faisant remarquer la déviance à celle-ci de certaines de leurs pairs et les problèmes engendrés. Une discussion se met en place entre les infirmières afin de récupérer la situation, analyser les causes du problème, remettre les documents et la dotation de médicaments aux normes, responsabiliser chaque professionnelle, "fixer" l'organisation.

➤ *Interculturel*, dans la prise en soins (cf. chapitre 3) :

« *(Car) ce monsieur est d'origine russe ; (M) Polonais ; (G) Dioise (rires) ; (Car) il a des troubles cognitifs, la communication ne va pas être des plus faciles ; (G) il ne va pas être rassuré* » (Extrait de la relève du 25 juillet 2011).

La barrière que paraît représenter la langue dans la relation de soin est évoquée dans cet échange ainsi que la compréhension altérée par des troubles cognitifs pathologiques. Le discours sous-tend la fonction de réassurance que comporte l'usage d'une langue commune, ce que les propos des soignantes lors de ses interviews met en évidence.

- Les évènements et leur signification :

(Cat) Il a eu un 38 ce weekend je crois, chaque fois... ; (Al) Ça s'est produit la nuit d'avant aussi... Le problème c'est que ça fait deux ou trois fois que ça arrive... ; (M) La nuit d'avant, il avait un 38° et... (Inaudible) ; (Al) (Extrait de la relève du 22 juillet 2011).

Les infirmières ont besoin de comprendre la situation pour agir, de confronter leur avis face aux différentes situations et au contexte. Elles confrontent leurs interprétations et leur analyse de situation, y compris lorsqu'il s'agit de thérapeutiques et de leurs effets comme en témoigne l'extrait ci-dessous :

(Al) A la 11, Mr B, très encombré ce matin, heu, ouai, malgré la scopo, y compris dans la nuit, en plus quand ils l'ont tourné à la toilette sur le côté, les crachats tu sais, ça coulait, assez purulents, je l'ai dit aux médecins donc du coup pour son confort il a été mis sous antibiotiques et... ils ont majoré le lasilix, ils ont mis des corticoïdes, et heu... ils voulaient arrêter la réhy... ; (Cat) Ouai... Mais ils ne veulent pas mettre un peu de scopoderm dans la réhy ?... ; (Al) Ce serait bien oui... Après discussion je veux bien arrêter la réhy mais il a du valium dans la réhy... L'a dit alors on laisse un 500... ; (Cat) Il va falloir que je pose une deuxième voie veineuse car mélanger tout ça sur un même cath ; (Al) Donc il a toujours le valium dans la réhy, il a dit qu'on maintenait le 500 (Extrait de la relève du 22 juillet 2011).

- la cadre de santé régule et rappelle la règle qui selon certaines situations, met en jeu la responsabilité de l'infirmière :

(Al) Donc il a toujours le valium dans la réhy, il a dit qu'on maintenait le 500, sur la prescription il y a marqué stop réhy mais L, a dit qu'on le maintenait le 500 avec le valium ; (la cadre) Il va falloir le faire marquer quand même ; (Al) Du coup le scoburen, je lui ai mis à 10h ce matin ... ; (Cat) Il faut l'hydrater ; (la cadre) L'embêtant c'est que c'est marqué sur la prescription de l'arrêter, il vaut mieux la continuer pour lui, mais admettons qu'il fasse un OAP⁵⁰⁰ ou n'importe, on va dire attendez c'est marqué arrêter, pourquoi une réhy est branchée... et c'est l'infirmière qui est responsable (Extrait de la relève du 22 juillet 2011).

Devant ces consignes contradictoires, la cadre de santé rappelle aux soignantes l'obligation pour le médecin de prescrire par écrit et l'infirmière de procéder à la traçabilité de ses actes dans le respect de la prescription médicale. Ces écrits sont « *le tracé interprétable dans le cadre d'une culture écrite donnée* » (Jeanneret, 2011, p.72)⁵⁰¹. Ils permettent aux soignantes et aux autres professionnels de santé d'en prendre connaissance, d'en avoir une lecture précise et pertinente et d'agir en conséquence. L'infirmière cherche alors le sens de ses actions auprès de ses pairs. L'infirmière se trouve confrontée à un dilemme : appliquer la prescription écrite (qui prévaut juridiquement) ou appliquer la prescription orale qui lui semble la plus adaptée au malade (absence de traçabilité en cas de problème).

Ces extraits de relève mettent en évidence les différentes formes langagières dans le passage des transmissions. Nous les identifions sans les développer, notre recherche ne reposant pas sur une analyse linguistique.

- déontique : « *(G) il faut que je leur pose la question... (Car) il faut faire attention* » associée à la forme constatative avec un sujet collectif à la fois directif, indiquant la procédure :

(G) quand on reçoit un appel pour un examen, un, la feuille d'examen est ici, on la prend et on note le jour, la date et l'heure de l'examen, après, on reporte sur la feuille verte et on reporte dans le cahier... (Extrait de la relève du 25 juillet 2011).

- expressive (Extraits de la relève du 25 juillet 2011) : Elle ne concerne essentiellement que les infirmières (autochtones), seules à s'exprimer au cours des séquences enregistrées (quelques interventions de la cadre, d'une étudiante en soins infirmiers et une élève aide-soignante, toutes autochtones).

⁵⁰⁰ OAP, lire œdème aigu du poumon

⁵⁰¹ Jeanneret, Y., Complexité de la notion de trace. De la traque au tracé, dans Galinon - Méléneq, B (Dir.). *L'homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, (pp.59-86), Paris, Cnrs, 2011

- Dans les boutades « *(G) que te dire, que l'examen des crachats est parti et... il n'est pas revenu !* (rires de l'ensemble de l'équipe) ». (G) récupère ainsi l'attention de l'équipe pour poursuivre les transmissions, c'est une accroche de l'auditoire ;
 - Dans le ton approbateur « *(Cat) c'est clair !* ». (Cat) a un ton ferme, sec, tranché qui n'attend pas de réponse ;
 - Dans le ton résigné « *(Car) on regardera... et on appellera les gens !* » ;
 - Mimique grimaçante « *(Al) elle est super douloureuse...* ». La grimace accompagne les propos de l'infirmière, le rappel mnésique du pansement, de l'état de la malade fait partie intégrante du discours ;
 - Mimique pensante « *(G) ça colle pas...* ». la réflexion se perçoit dans le ton de l'infirmière, la mobilisation immédiate des savoirs qui lui permettent d'affirmer que les éléments ne correspondent pas entre eux.
- justificative "de ce qui a été fait" : « *(G) Mme C à la 10, toilette faite sous méopa, réfection des pansements vue par les médecins, demande pour demain de l'avis d'A qui est au secteur X, j'ai fait le prélèvement et j'ai envoyé, ça fera comme hier* » ou "de ce qui doit être fait" pour le malade : « *Il va falloir que je pose une deuxième voie veineuse périphérique car mélanger tout ça sur un même cath, heu...* » (Extrait de la séquence du 22 juillet 2011). Une manière de faire reconnaître le travail effectué auprès des pairs et de le situer dans une action collective.
- Les interventions médicales sont également relatées ainsi que le ressenti du malade. Beaucoup de verbes d'actions sont employés dans le discours tels que « *je ne lui ai pas laissé... je lui ai demandé... je lui ai donné... je lui ai fait... je lui ai fait prendre...* » (Extrait de la séquence du 25 juillet 2011).

Nous relevons que le contenu exposé est fonction de l'infirmière qui parle. La présentation est alors plus ou moins complète, dynamique et interactive avec l'ensemble des soignantes présentes « *l'équipe infirmière on monopolise beaucoup la parole et surtout... je pense qu'il y a de forts caractères dans l'équipe infirmière et... même certaines infirmières monopolisent la parole par rapport à d'autres infirmières quoi...* » (EIDE9). En revanche, le contenu répond à une pluralité de fonctions à l'œuvre dans les

interactions dépassant la simple transmission : « *Le rôle de l'interaction ce n'est pas seulement transmettre à sens unique, c'est répondre aux questions et aux sollicitations des autres et intégrer leurs réactions, c'est construire un discours à plusieurs* » (Grosjean, Lacoste, *Op.cit.*, p.103)⁵⁰². Cela intègre les fonctions d'interprétation, de confrontation, d'évaluation, de décision, d'expression, mais également de reconnaissance de soi, du groupe et du travail.

Nous observons également la fonction pédagogique ou formative de la relève que ce soit entre professionnelles ou envers les étudiantes et élèves en formation initiale (infirmière, aide-soignante). Cependant nous ne rapporterons pas de verbatim dans ce travail même si celui-ci existe dans l'enregistrement, les étudiants ne faisant pas partie de notre population cible d'enquête. Nous pouvons juste préciser que lors de la relève, l'étudiante est initiée au rituel des transmissions dans la forme, le contenu, l'expression orale face à un groupe de professionnelles et notamment à ses pairs.

Le contenu de la relève est alternativement descriptif, narratif, interprétatif, interrogatif, évaluatif, affirmatif. Les soignantes sont dans "l'agir", puis dans le "penser" et dans les deux simultanément. Parfois elles évoquent les difficultés rencontrées dans la réalisation d'un acte technique (pose d'un cathéter veineux) paraissant totalement détachées de la personne soignée. Elles sont également déconnectées des participants de la relève dans ce moment de partage d'expérience et de connaissances. Nous remarquons dans ces enregistrements, à l'instar des différentes séquences observées durant les trente mois de l'enquête, le peu d'expression orale des aide-soignantes. « *Les aide-soignantes ont beaucoup de mal à parler, en règle générale surtout en travaillant en binôme, où elles sont vraiment ensemble tout le temps, elles ont tendance à laisser la place à l'infirmière* » (ECS1). Les infirmières expriment des éléments en lien avec leur rôle propre alors même que ce sont les aide-soignantes qui ont effectué les actes : « *Je coupe souvent la parole à l'infirmière, en me tournant vers l'aide-soignante, en lui disant puisque c'est vous qui avez fait la toilette dites-moi comment est son état cutané* » (ECS1). Elles ne relèvent pas, ne complètent pas les informations, ne donnent pas leur sentiment sur la situation relatée « *elles y écoutent plus qu'elles ne parlent* »

⁵⁰² Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.103

(*Ibid.*, p.110)⁵⁰³. Nous étudierons particulièrement les aide-soignantes dans ce moment hiérarchisé.

1-2-6-2 Le déroulement de la relève

Au-delà du contenu des transmissions et de leur valeur communicationnelle, nous nous centrons sur le déroulé de ce moment incontournable pour les soignantes. Nous constatons des allers retours entre les infirmières, l'une interrompant l'autre pour obtenir des précisions, faire des remarques, un rappel de la situation antérieure ou préciser la situation prévisionnelle, avoir une évaluation précise (douleur, paramètre clinique...). Il existe un échange entre les deux infirmières, au cours des interactions continues qui se construisent à plusieurs et qui produisent le sens.

Le sens se produit dans le cadre d'une mise en scène de l'activité où sont convoqués les acteurs, objets et terrain, mais aussi grâce à un va et vient autorisant une prise de conscience verbalisée, une mise en mots des écarts, des différences, des convergences de discours, de modes opératoires et de résultats (Grosjean, Huet, Bonneville, 2010, p.18)⁵⁰⁴.

Cependant, une intervention ponctuelle de la troisième (en horaire intermédiaire) apporte des précisions issues de la visite avec les médecins ou des activités de son poste. Les connaissances sont alors partagées, confrontées, construites dans une action collective, une combinaison de situations qui font sens dans les ressources langagières. « *Nous dirons que la connaissance est ici "mise en scène" par les sujets, qu'elle n'est pas uniquement localisée dans la "tête" des individus mais située au niveau des interactions entre membres engagés dans une tâche* » (*Ibid.*, p.88)⁵⁰⁵. Le discours est chronologique, il est fluide même s'il fait l'objet de questions réponses à certains moments. Les commentaires sont courts, le discours de l'infirmière qui transmet est ponctué par celle qui prend la relève, dans les interactions à l'oeuvre.

1-2-6-3 Les postures pendant la relève

Ce qui donne force et consistance aux interactions repose sur les postures des intervenants et dans l'influence qu'elles font subir aux événements et aux personnes.

⁵⁰³ *Ibid.*, p.110

⁵⁰⁴ Grosjean, S, Huet, R, Bonneville, L., Du management des connaissances à la « communicabilité » des connaissances, dans Bonnet, J, Bonnet, R, Gramaccia, G. (Dir.). *Management et communication, mutations, emprunts et résonances*, (pp.59-93), Paris, L'Harmattan, 2010

⁵⁰⁵ *Ibid.*, p.88

L'installation des infirmières dans les fauteuils, le buste en avant, dans une attitude d'écoute active et en face à face, place celles-ci selon l'approche proxémique de Hall (1971) dans un rapport confidentiel voire coopératif. « *J'ai plutôt l'impression que ce sont les infirmières qui se parlent entre eux*⁵⁰⁶, à mon avis, il manque un peu de relève aide-soignante » (EAS21). Les transmissions ont tendance à se faire dans un "tête à tête" infirmier, ce que démentent certaines infirmières évoquant plutôt « *un tour de table* » (EIDE3). Les échanges sont accompagnés de regards, de mimiques du visage marquant l'approbation, l'interrogation, l'ironie, la moquerie (yeux levés au ciel, rictus, sourire en coin)... de la part des participantes "en écho" aux propos de la soignante qui s'exprime (autochtone ou non autochtone). En revanche, les réactions de type quolibet, désapprobation nous apparaissent plus fréquentes de la part des infirmières envers les aide-soignantes.

Le ton monte quand les infirmières sont en désaccord, replaçant l'équipe dans une position d'écoute. Un relâchement s'observe quand le médecin entre dans la pièce et dit : « *j'ai posé Mme X sur les toilettes* » ce qui fait rire l'équipe. Les mots s'accompagnent de comportements de la part des professionnelles : relâchement du corps, sourires, quelques mots en "aparté", gestuelle lors de l'entrée du médecin. En revanche, le visage de « Al » et « Cat » est sévère, les sourcils parfois froncés, interrogatif, le ton de la voix est modéré et grave en accord avec une situation de patient qui interpelle et inquiète. S'observe alors « *la rareté et la sobriété de la manifestation des émotions personnelles à propos d'un travail qui en comporte cependant beaucoup* » (Grosjean, Lacoste, *Op.cit.*, p.111)⁵⁰⁷.

Les propos sont aussi ponctués d'interjections ou d'expressions contraires à la réalité de la situation, ici l'embarras du médecin de ne pas trouver l'origine des manifestations cliniques du malade « *(Al) mais par contre si tu veux, L est content parce qu'il ne voit vraiment pas d'où ça peut venir* » (Extrait de la relève du 22 juillet 2011). Nous observons également des jugements ou remarques sur les malades, quant à leur comportement envers les soignantes et pour lequel ces dernières marquent une certaine retenue dans les propos ce que ne laisse pas paraître le ton ou l'expression :

⁵⁰⁶ Il ne s'agit pas d'un faute de frappe ou une erreur de retranscription lors de la lecture de l'entretien. Nous respectons les propos des personnes interviewées, nous retranscrivons mot à mot, avec les erreurs de vocabulaire ou de grammaire française, fidèle au discours des soignantes (nous interviewons des soignantes autochtones et non autochtones).

⁵⁰⁷ Grosjean, M, Lacoste, M. 1999, *Op.cit.*, p.111

(G) C'est tout, est ce qu'il fait une dépression corticale pour son futur départ je ne sais pas... pour l'histoire, il ne voulait pas me montrer ses boutons, ce mec il est quand même... il suffit quand c'est comme ça, de pointer du doigt que s'il ne peut pas mettre son pantalon tout seul, soit il a besoin d'aide à domicile soit il partira en structure, et donc, il met son pantalon. On va réussir à le coincer à force ! ; (La cadre) je ne sais pas si on va le coincer comme vous dites mais il a du caractère ce monsieur (Extrait de la relève du 22 juillet 2011).

Sur la dernière phrase, la cadre remet dans la norme le discours pris dans l'émotion et l'agacement de la situation vécue avec ce patient. Selon Mercadier (2012), « *l'usage que les soignants font de la parole, qui peut parfois se teinter d'humour, participe pour une grande part à cette maîtrise des affects* » (p.213)⁵⁰⁸. Nous remarquons simultanément un changement de posture, qui de personnelle devient collective. Cela se traduit dans l'élocution. Evoquant la problématique de gestion des stupéfiants, l'infirmière emploie au départ « *je* » puis rapidement emploie « *on* ». Ce changement renvoie à une responsabilité collective du dysfonctionnement dans la gestion des thérapeutiques appelées usuellement "toxiques" ou "stupéfiants". Les conduites expressives font partie intégrante de la relève, de la co-construction du sens et des communications collectives. La communication ne peut donc se résumer au verbal. Celui-ci est indissociable du non verbal.

1-2-6-4 Les actes communicationnels : deux types de communication, verbale et non verbale

La communication verbale (orale) repose sur différents modes d'échanges et formes de discours que nous venons d'évoquer sur le verbatim des soignantes. Les actions sont relatées, programmées, anticipées ce qui participe de la coordination de celles-ci et du travail collectif qui selon Morrissette (2010) est « *élaboré dans les interactions* »⁵⁰⁹.

Les aide-soignantes sont sollicitées à plusieurs reprises pour obtenir des précisions. Le médecin interrompt la relève, interpellant les infirmières, posant une question, donnant une consigne oralement. Les mots composent le texte devenant le contenu de l'interaction, dont la signification est accessible à l'ensemble du groupe dans une

⁵⁰⁸ Mercadier, C., *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, 8^e tirage, Paris, Seli Arslan, 2012, p.213

⁵⁰⁹ Morrissette, J., Une perspective interactionniste, un autre point de vue sur l'évaluation des apprentissages, *Revue Sociologies*, 2010, <http://sociologies.revues.org/3028>, (consulté en ligne le 28/04/2014)

traduction de celui-ci connue de chacun. Les interlocuteurs marquent peu d'hésitations et vont à l'essentiel dans leur discours. Les échanges entre les infirmières sont très courts et ciblés, mobilisant des savoirs partagés à l'origine d'« *une économie linguistique* » (Grosjean, Lacoste, *Op.cit.*, p.15)⁵¹⁰. Les phrases sont parfois inachevées mais s'enchaînent avec logique. L'infirmière qui prend la relève traduit simultanément le sens de la transmission reçue et « *met en œuvre des mécanismes d'interprétation qui s'appuient sur un traitement contextuel de la signification* » (*Ibid.*, p. 13)⁵¹¹. Selon ces auteures, les infirmières sont en situation d'interconnaissance. L'absence de certains mots, les phrases inachevées ne gênent en rien l'intercompréhension des professionnelles.

La tonalité et les postures évoluent et se transforment durant la relève. Nous relevons un mélange d'ambiance agréable, détendue : « *Elle est assez bon enfant chez nous, c'est vrai que... elle peut être prise à la légère, ce n'est pas le mot, mais voilà c'est dans un contexte où on réunit toute l'équipe donc c'est un moment agréable* » (EAS11), suivi de moments plus sévères selon la situation (par exemple l'état d'un malade se complique, l'équipe apprend le décès d'un malade chronique connu ...), le cas évoqué, l'écart à la règle et son rappel. Nous assistons à des échanges directifs de la part de la cadre et/ou des infirmières, rappelant les règles de fonctionnement, les procédures et ordonnant un suivi de celles-ci, applicables dans l'immédiateté.

Les actes sont aussi communicationnels dans l'écrit en termes de traçabilité des soins, de programmation, d'identification des problèmes, d'analyse, de prescription, de réalisation, d'évaluation et de réajustement. Si nous considérons le processus d'élaboration de l'action et du sens, le discours des infirmières et le non verbal se situent à la fois dans du décisionnel, de l'évaluation, de l'observation et de la programmation de l'action. La cadre de santé est plus axée sur l'organisationnel et le prévisionnel dans l'activité du service, sur le recadrage de la relève en termes d'ambiance et de contenu parfois. Elle a une implication pédagogique avec les professionnelles mais également avec les élèves et les étudiantes qu'elle va questionner (précision, connaissance, justification, correction).

La communication non verbale est omniprésente et accompagne le discours des soignantes. Parfois le non verbal se trouve en contradiction avec le discours tenu, avec

⁵¹⁰ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.15

⁵¹¹ *Ibid.*, p.13

les mots énoncés. Prenons comme exemple l'infirmière qui exprime à un malade fatigué que tout va bien alors que son visage montre l'inquiétude sur son état. Le corps trahit la pensée et l'interlocuteur est rarement dupe de cette contradiction. Les propos sont plutôt corrélés aux manifestations gestuelles (rires, sourire, regard, expressions du visage, gestuelle avec les bras, le corps, la tête, le torse...). A l'évocation de l'acte de perfuser, nous voyons la soignante se replonger dans la situation et elle lève le bras du côté concerné par le soin au malade. Ce geste s'accompagne de mimiques, d'un regard levé au plafond qui paraît dans le vague, le temps pour l'infirmière de se re projeter au moment de l'acte technique au lit du malade. Elle remonte le temps pour revivre virtuellement la situation se soin. La description du pansement s'accompagne des gestes, montrant le membre pansé, s'accompagnant des mouvements de la main (actes de déterision, de prélèvement...), des rictus si la plaie est particulièrement odorante ou non engageante visuellement, etc. Le regard de l'infirmière qui transmet "balaye" l'assemblée notamment quand une question est posée, une précision est demandée ou si celle-ci cherche du regard l'aide-soignante avec laquelle elle a travaillé comme pour obtenir son assentiment. Le visage s'exprime selon l'état, l'humeur de la soignante, selon la gravité des propos, les sentiments (plaisir, colère, désapprobation). L'intonation de la voix laisse apparaître elle-même ces différents états. Le contenu ne peut être dissocié de la relation ce que les chercheurs de l'école de Palo Alto tel que Watzlawick ont mis en exergue dans leurs travaux.

Pendant la relève, nous observons différentes postures du corps. L'infirmière qui passe les transmissions se tient souvent droite face au bureau. Son regard est tourné vers celle qui prend le relais et se tient généralement de la même façon. L'infirmière qui assiste mais qui n'est pas concernée par le secteur, est assise de biais ou basculée sur le dossier de son siège ou est occupée à faire autre chose (prépare des dossiers, des bons, écrit...). Les professionnelles ne restent pas statiques pendant ces trente à quarante minutes de relève. Elles manipulent dans leurs doigts un crayon, un papier, regardent un dossier patient. Les soignantes bougent sur leur siège, en font tourner l'assise de droite à gauche. Celles qui sont assises sur la banque d'accueil, agitent leurs jambes dans le vide. Ceci n'est pas sans faire référence à l'approche micro-analytique de l'interaction au travers de la kinésie et de la proxémie étudiées par Birdwhistell et Hall dans les

années 1970. Les comportements, les gestes sont porteurs à eux-seuls d'un message « *l'accomplissement de n'importe quel acte en présence d'autrui en fait une pratique individuelle et sociale* » (Birdwhistell, 1981, p.167)⁵¹². Ils sont parfois l'illustration de la discussion en cours ou le "comportement interactionnel" (variété de mouvements de l'ensemble du corps par rapport aux autres participants de l'interaction). Le ton de la voix, certaines mimiques ou expressions, sont des kinèmes d'accentuation vis-à-vis du contenu de l'échange. Selon Hall, « *le contenu de la conversation est lié à la distance et à la situation, ainsi qu'aux relations entre les participants, leurs émotions et leurs activités* » (Hall, 1981, p.216)⁵¹³. Les comportements sont une réponse non détachable de la culture de chacun.

Au regard de l'espace et du positionnement des soignantes, dans le premier cercle identifié qui est central, la tenue des soignantes est beaucoup plus attentive et plus droite, leur corps est moins mobile. L'attention paraît plus constante autour du bureau central, à l'image de la scène dans le théâtre antique, là où semble se "jouer" la relève.

1-2-7 Les données d'observation des quinze séquences de point

Nous faisons le choix de traiter à part de la relève ce moment de communication et de transmissions qu'est "le point": ce moment n'est pas formalisé dans toutes les unités de soins et il ne suit pas le même rituel que la relève (l'heure est variable dans un créneau spécifique ; le point peut être succinct et se dérouler dans le couloir, au plus près de l'infirmière si celle-ci n'a pas terminé ses soins (opérationnel) ; il peut avoir lieu en dehors de la présence du cadre, des autres infirmières voire des étudiantes en soins infirmiers, etc.). Au regard de similitudes, nous présentons les observations qui différencient "le point" de la relève et nous ne traitons ici que des éléments complémentaires de ceux rapportés à propos de cette dernière. (cf. 1-2-6).

1-2-7-1 Les participantes et le déroulement du point

Le point est *a priori* un moment de rencontre entre l'équipe médicale, les infirmières, la cadre de santé et les étudiantes en soins infirmiers lorsqu'elles sont présentes. C'est un

⁵¹² Birdwhistell, R-L., Un exercice de kinésique et de linguistique : la scène de la cigarette, dans Winkin, Y. (Dir.). *La nouvelle communication*, Essais points, (pp.160-190), Paris, Seuil, 1981, p.167

⁵¹³ Hall, E-T, Proxémique, dans Winkin, Y. (Dir.). *La nouvelle communication*, Essais points, (pp.191-221), Paris, Seuil, 1981, p.216

moment peu formalisé qui se déroule entre 9h et 10h30 (le plus souvent à 9h30), d'une durée de quinze minutes environ, dans le bureau des infirmières. L'équipe médicale est composée d'un praticien hospitalier (PH) responsable du secteur, un chef de clinique, une interne en médecine et des externes dont le nombre et le niveau d'études varient. Le point a lieu avec l'ensemble de l'équipe médicale, une partie ou une seule personne, souvent l'interne. Les deux infirmières du matin, la cadre de santé et l'interne sont assises autour du bureau face au tableau blanc (où sont inscrits les malades et les spécificités). Les dossiers des malades sont posés sur le bureau à portée de main.

Les problèmes sont exposés par les infirmières aux médecins et une réponse est attendue par celles-ci pour agir, réagir ou réajuster les actions avec l'ensemble de l'équipe et les aide-soignantes (absentes de ce moment car en cours de réalisation des soins d'hygiène auprès des malades). Le moment du "point" constitue la zone d'incertitude de l'infirmière vis-à-vis des aide-soignantes, seule détentrice des informations qui y circulent. Ajouté à la relève du matin, il permet de caler l'organisation des soins et de la prise en charge des malades pour la journée.

1-2-7-2 Le contenu du point

Les échanges menés lors du point semblent reposer sur des faits. Les infirmières énoncent les actions menées justifiant d'une validation médicale *a posteriori* ou d'un réajustement y compris sur des actions planifiées. Bien que le contenu soit commun à celui de la relève, il apparaît ici succinct et ciblé. Les informations sur l'état du malade ne concernent que les changements, des éléments de surveillance perturbés, des thérapeutiques à ajuster, de examens à prioriser ou des résultats à consulter :⁵¹⁴

(Cat) Mme C une insuffisance rénale elle a son doppler des artères rénales à 10h30 et donc elle le dextro était bien j'ai fait son insuline je vais lui refaire et en fonction je verrais... parce que voilà et elle a un petit truc à la malléole mais j'ai regardé c'est une fin d'escarre, heu ça la chatouille.

Le contenu apparaît peu développé, les échanges sont brefs et ciblés. L'infirmière énonce successivement les actions programmées (examen), celles qui sont déjà faites (dextro, insuline) et à faire (plaie malléole) ainsi que l'évaluation que la professionnelle

⁵¹⁴ Cat, Car, G, M, Al sont les infirmières présentes lors de la séquence de point enregistrée. PH et interne sont les médecins. Est également présente, la cadre de santé de l'unité. Les extraits sont issus de la séquence de point enregistrée le 26 juillet 2011.

en fait. Les infirmières paraissent questionner les médecins à la recherche de compléments d'informations leur permettant de donner du sens et d'agir. Ceci tout en mobilisant leurs propres savoirs qu'elles opposent aux médecins, surtout lorsque la prescription leur paraît incohérente. Elles sont en recherche de validation de l'action à mener, comme par exemple l'administration de tuberculine :

(Cat) voilà et par contre tu m'as marqué IDR, tu veux cinq unités ou dix unités parce que la mode ces derniers temps c'était dix unités, donc moi je pose la question parce que bon, jusqu'à présent je faisais toujours une dose c'est-à-dire cinq unités et la semaine dernière, les deux patients qu'on avait on a fait dix unités donc je veux savoir, elle n'est pas prête donc.

Un ajustement s'opère entre les différentes informations avec une validation mutuelle des infirmières et des médecins. En exprimant « *je veux savoir* » l'infirmière procède à ce que Lacoste (2000)⁵¹⁵ nomme "l'auto-confrontation". « Cat » commente son activité, s'assure de sa validité. Echanger avec les médecins permet d'ajuster le programme thérapeutique et tendent à modifier les actions prévues.

(PH) Ensuite Mme M, il faut voir son bilan pour savoir... ; (Car) elle a 37000 plaquettes, ils ont déjà appelé ; (interne) et elle va nous rappeler, j'ai eu l'infirmière, parce qu'ils avaient eu comme résultat 50000, j'ai bien écrit qu'elle était iniquable, qu'elle s'était déperfusée et voilà... elle m'a dit qu'elle allait voir ; (Car) apparemment cette dame, L... avait demandé un doppler veineux en urgence ; (Interne) ouai ; (Car) j'ai pas pris le RV parce que si je prends le RV c'est pas avant dix jours et j'attendais de voir ce que l'on fait, si elle part pas au bloc... si elle part pas au bloc, je l'enverrais au doppler aujourd'hui. Si elle part au bloc ça laissera du temps pour le doppler tu vois. On ne va pas l'envoyer au doppler en sortant du bloc.

L'équipe médicale et paramédicale valide simultanément les décisions, les réajustements dans la conduite thérapeutique sur un argumentaire étayé. Les actions se coordonnent en fonction des diverses informations qui se concentrent à ce moment de "point". A la fois, sont décrits les éléments de contexte « *iniquable, déperfusée, il faut un bilan pour savoir* » et les alternatives possibles en fonction de la décision médicale « *si elle part au bloc... ; si elle ne part pas au bloc...* ». Nous pouvons aisément affirmer le caractère situé des actions qui exclue de fait la récursivité. Elle repose sur les indices du moment, les éléments du contexte et la situation rencontrée. Nous notons que

⁵¹⁵ Lacoste, M., L'espace du langage. De l'accomplissement du travail à son organisation, dans Le Moëne. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la Société, Numéro 50/51, Mai/octobre 2000, (pp.197-215), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail

les formes de discours employées lors du point sont similaires à la relève (Extraits du point du 26 juillet 2011).

Ce point est un moment important de l'organisation de la prise en charge des malades en termes d'information, de réajustement, de prise de décision ensemble. Nous percevons la dimension collective du travail, dans un fonctionnement collectif des soignantes et des médecins reposant sur un travail d'articulation sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

1-2-7-3 Le déroulement du "point"

Le déroulement est chronologique comme la relève. La seule différence est que l'infirmière ne parle que des malades pour lesquels elle rencontre un problème ou a une interrogation. Le "point" regroupe quatre infirmières, la cadre de santé, l'interne, le Praticien Hospitalier (PH) ou le chef de clinique parfois les deux, et les externes en médecine et/ou pharmacie.

Nous observons une écoute active entre les différentes professionnelles. Dans la lignée des travaux des chercheurs du collège invisible de Palo Alto, nous notons la prégnance de la communication non verbale accompagnant le verbal, dans les mimiques, les regards, la gestuelle, la posture... en signe d'approbation ou de désapprobation, manifestation de l'état émotionnel des interactants ou de son activité mentale (appelés gestes d'autocontact ou autocentrés selon Barrier (2010)⁵¹⁶). Les torses sont en avant dans l'écoute de la part de l'interne ou pendant le discours (narratif) de l'infirmière. Parfois l'interne et/ou l'infirmière s'appuient sur le dossier du fauteuil, sont l'une et l'autre relâchées, jambes croisées mais toujours en face à face ou côte à côte proximal. Cette posture "face à face" fait référence aux travaux de Goffman (1973)⁵¹⁷, dans l'influence réciproque exercée sur les actions respectives des individus en présence, dès lors qu'ils ont cette proximité. L'infirmière en poste de M4 (9h 16h42), assise sur le bureau a le torse "ramassé" sur lui-même. Elle accompagne les échanges, les questionnements des infirmières en poste dans les deux secteurs d'hospitalisation. Les informations échangées sont nécessaires à l'organisation de l'interne et/ou des autres médecins. Nous assistons aussi à des discussions entre les médecins qui donnent

⁵¹⁶ Barrier, G., *La communication non verbale*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 2010

⁵¹⁷ Goffman, E., *Mise en scène de la vie quotidienne, les relations en public*, Collection le sens commun, Paris, Editions de minuit, 1973

un éclairage aux infirmières, relayé ensuite au reste de l'équipe lors de la relève. Les échanges verbaux profitent à l'ensemble des professionnelles présentes dans cet espace de communication et participent de la prise en charge des malades. Ce moment apparaît comme nécessaire à l'organisation du travail quotidien de l'ensemble de l'équipe étudiée.

1-2-7-4 Les actes communicationnels pendant le point

La communication est orale, les échanges semblent libres, de type conversationnel, les propos courts, les réponses simultanées. Nous nous intéressons aux différentes formes du discours qui apparaît comme élaboré selon les spécialités, l'utilisation de formes abrégées, de phrases sans verbe... En revanche, tout comme la relève nous constatons que cela ne gêne en rien la circulation et la compréhension des informations pour les participants. Les propos s'enchaînent, le sens se construit dans le discours élaboré à plusieurs et mobilisant des savoirs professionnels partagés.

Le sens se produit dans le cadre d'une mise en scène de l'activité où sont convoqués acteurs, objets et terrain, mais aussi grâce à un va et vient autorisant une prise de conscience verbalisée, une mise en mots des écarts, des différences, des convergences de discours, de modes opératoires et de résultats » (Bonnet et al, 2010, p.18)⁵¹⁸.

Dans ce va et vient nous relevons cinq types de discours au cours des séquences de "point": compréhensif, interrogatif, affirmatif, négociatif, narratif, que nous illustrons par un extrait de verbatim sans le développer, étant communs à la relève.

Nous notons que l'infirmière exprime dans ses propos et le ton de sa voix, une volonté d'avoir des informations fiables en sa possession et non des incertitudes, des informations qui ne seraient pas confirmées. Celles-ci seraient préjudiciables à la prise en soins des malades dont l'infirmière est responsable. Son discours est compréhensif :

« (Interne) je ne sais pas je vais me renseigner, je ne savais pas que ça avait changé ; (cat) donc voilà oui, bon... moi aussi j'ai été étonnée mais bon » (Extrait du point du 26 juillet 2011).

« Cat » pose les choses fermement « donc, voilà », exprime et affirme que c'est comme ça « oui » et attend une certitude de la part du médecin « bon ». Le discours devient

⁵¹⁸ Bonnet,J, Bonnet,R, Gramaccia, G., *Management et communication, Mutations, emprunts et résonances*, Paris, L'Harmattan, 2010, p.18

ensuite interrogatif. L'infirmière « Cat » attend des informations précises du médecin qu'elle n'a pas et qui la mettent en difficulté dans sa prise en soins de la patiente. Celle-ci dépend de la décision médicale quant à un changement possible de service, de spécialité et la réalisation d'un examen endoscopique.

(Cat) Mme G, alors ça tombe bien parce que c'est les prescriptions... non ce n'est pas elle pour les prescriptions... tu étais là quand le pneumo est passé hier ?; (Interne) non ; (Cat) donc du coup on se la garde ou elle est transférée en pneumo cette dame ? Parce que moi on m'avait dit suspicion de tuberculose ou néo pulmonaire et donc hier elle n'a pas eu son préviscan mais on va attendre l'INR pour savoir, pour prendre une fibro pour vendredi parce que c'est peut-être pas utile de prendre le RV maintenant si l'INR est... ; (Interne) ouai... elle a eu le préviscan ; (Cat) non elle l'a pas eu.

Le questionnement concerne l'opérationnalité, la supervision des tâches et sa mise en ordre mais également ce que Strauss nomme « l'arc de travail » ; il le définit comme le « tableau d'ensemble donné par le médecin » (Strauss, 2009)⁵¹⁹. Les interrogations contribuent aux arbitrages décisionnels concertés entre les médecins et les infirmières à propos du projet de soins et du programme thérapeutique du malade. Les échanges discursifs s'inscrivent dans un fonctionnement collectif qui nécessite un travail de régulation, dans un espace de communication où les interactions construisent le travail collectif. L'affirmation intervient elle aussi dans les arbitrages décisionnels médicaux ou infirmiers. « (Interne) L. a dit on laisse tomber on ne fait pas de geste... ». La décision est posée clairement et définit le plan d'actions pour les soignantes.

Au-delà du questionnement, les infirmières racontent, décrivent, commentent le contexte, la situation du malade ou de soin, apportant elles-mêmes leur propre évaluation voire réajustement. Le narratif s'accompagne des conduites expressives qu'ont décrit Grosjean et Lacoste dans leur étude sur le travail à l'hôpital (boutades, ton de la voix, mimiques, manifestations de colère, protestation, désaccord, joie, accord, adhésion, etc). L'ensemble, discours et conduites, influence l'ambiance de ce moment de communication et participe du travail et du fonctionnement collectif. Nous constatons des accords ou désaccords sur certains actes techniques ou matériels qui sont exprimés et discutés entre les participants. Le cadre de santé est parfois en position de

⁵¹⁹ Strauss, A., *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Logiques sociales, Paris, L'Harmattan, 2009

médiateur dans les échanges d'articulation et de régulation. Les médecins font un constat et formulent la décision thérapeutique qui s'impose pour la malade.

(Interne) faut lui passer des plaquettes, mais la voie on y arrive pas ; (Car) hier soir c'est le chef qui a réussi... ; (PH) mais elle se l'est arrachée ; (Interne) et voilà et autrement on n'a pas de solution... ; (Car) oui oui tout à fait ; (Interne) on va lui poser une voie veineuse et lui passer les plaquettes, elle a 37000 plaquettes peut être au bloc.

Un échange s'engage entre les médecins, l'infirmière et le cadre pour solutionner le problème. La décision médicale est jugée non pertinente par les infirmières lui confrontant leur connaissance de la malade. C'est alors que la suite de l'échange semble placer les locuteurs dans des discours parallèles, sans écoute l'un de l'autre.

(La cadre) on peut demander à un anesthésiste de se déplacer pour poser le voie périphérique mais aller au bloc pour ça, je l'ai jamais vu ; (Car) le problème c'est qu'elle a des veines tellement petites qu'on ne monte même pas un cath bleu, un cath bleu quoi, je n'ai quand même pas appelé pour qu'on me passe des caths pédiatriques, sur un cath pédiatrique on va jamais y arriver quoi, on va réfléchir, on va voir ; (La cadre) les anesthésistes ils se déplacent plus pour placer une voie à un malade ? avant ça se faisait ; (Car) oui mais le truc c'est qu'on n'arrive pas... ; (La cadre) oui mais un anesthésiste ; (Cat) L a perfusé la seule veine qu'elle avait, après tu es obligée de perfuser a dans le bras que tu ne dois pas perfuser, elle a été opérée du sein, elle a eu radio et machin ; (Car) j'ai compris qu'elle avait été opérée du sein, mais j'ai cherché là aussi ; (Cat) mais oui, oui tu es obligée, de tout de façon quand elle est arrivée vendredi elle était perfusée sur le mauvais bras;

L'infirmière « Car » reste dans une recherche de solution par elle-même « on va réfléchir, on va voir » tout en précisant l'improbabilité de ce soin. « Cat » confirme cette attitude, « tu es obligée de perfuser dans le bras que tu ne dois pas perfuser... oui, oui, tu es obligée » et se justifie aussitôt « elle est arrivée vendredi, elle était perfusée sur le mauvais bras », comme se déchargeant d'une responsabilité qu'elle ne peut ou ne veut assumer face à ce constat. « Cat » se justifie devant ses pairs et attend leur validation. Les deux infirmières sont dans l'opérationnel, "ici et maintenant", alors que la cadre de santé est dans la recherche d'une solution durable "ailleurs et à distance", inscrite dans une supervision de l'ensemble des actions menées par le collectif, dont l'aide-soignante à ce moment précis est exclue (nous rappelons qu'elle ne participe pas au point). L'absence d'écoute perçue par la cadre de santé, amène celle-ci à imposer la poursuite du point, mettant fin à la circularité de la situation, imposant un temps de recul aux infirmières : « (La cadre) aller on continue ». Ce temps apparaît comme

nécessaire à l'appréhension du problème dans un nouvel espace d'échanges et de médiation. Nous retiendrons la définition de cette dernière qui selon Caune (2006) est « *un phénomène qui permet de comprendre la diffusion des formes langagières ou symboliques, dans l'espace et le temps, pour produire une signification partagée dans une communauté* » (p.86)⁵²⁰. L'écoute active, une traduction similaire de la situation, l'utilisation des références et interprétations semblables, favorisent la production de cette signification partagée. Ainsi la négociation peut être effective et amener à un accord.

Le point comme la relève c'est « *mettre en mouvement chaque catégorie d'une position isolée à une position de coopération* » (Grosjean, Lacoste, *Op.cit.*, p. 192)⁵²¹. Nous nous attachons particulièrement à cette dernière qui seule, regroupe l'ensemble des soignantes que nous étudions.

1-3 Des moments professionnels forts

Riche des constats que nous observons dans chacune des séquences de relève, nous cherchons à comprendre comment les soignantes vivent ce moment de communication quotidien. Analysant les observations et les enregistrements de la relève, nous obtenons une vision extérieure des interactions qui se construisent dans ce laps de temps précis et formalisé. Nous sommes particulièrement attentive à mettre à distance nos propres représentations et interprétations, notre compréhension des phénomènes communicationnels se concevant dans cette recherche avec le regard scientifique du chercheur en SIC "de l'intérieur" et non avec celui du professionnel expert.

1-3-1 La relève, un moment fort de rencontres périodiques codifiées

La relève de 13h30 se confirme comme la plus importante pour ces professionnelles. Elle est vue comme fédératrice de l'équipe soignante. Les transmissions se font en présence du cadre de santé et permettent de sectoriser le travail. L'ensemble de l'équipe est présent, rarement les médecins.

⁵²⁰ Caune, J., 2006, *Op.cit.*, p.86

⁵²¹ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.Cit.*, p.192

1-3-1-1 Une élaboration normalisée

La relève est un moment de rencontre périodique codifiée sur l'ensemble des éléments qui participent à son élaboration tels que la connaissance des malades, le réajustement en concertation des informations et actions les concernant.

La relève c'est un moment où on fait le bilan par rapport à chaque patient [...] les infirmières qui prennent la parole et disent ce qu'il y a comme changement par rapport aux infos qu'elles ont eues dans la journée et après chacun donne son avis là-dessus [...] (EAS5).

Toutefois l'ordre d'intervention des professionnelles dans ce temps de transmissions s'effectue selon la place et la chronologie du moment. S'agissant de la relève de l'équipe de nuit à celle du matin, l'infirmière de nuit transmet puisqu'elle était en poste.

C'est l'infirmière qui lance les dés on va dire, voilà, on va prendre ce côté, voilà, Mme untel [...] (EAS25).

Une hiérarchie dans l'espace et les interrelations est instaurée dans ce moment communicationnel formalisé. Revenons sur la symbolique de la place occupée : les fauteuils sont réservés aux infirmières, leur place également autour du bureau, ce qui semble inscrire les soignantes dans un territoire qui leur serait dévolu.

On fait de façon que l'orateur comme l'infirmière elle soit vraiment bien placée pour avoir un œil sur tout le monde et que tout le monde peut capter ce qu'elle est en train de dire, elle peut pas se mettre derrière et parler, on la cherche dans tous les sens, je pense que même quand elle arrive, cette chaise est occupée on laisse la place quand même pour qu'elle soit quand même bien placée pour tout le monde... (EAS19).

Certaines d'entre elles perçoivent la place et l'installation des infirmières comme une « mauvaise habitude » (EIDE10), pour d'autres, cette place est primordiale au déroulé des transmissions favorisant les échanges. Elle est centrale dans ce moment de communication, aussi bien dans l'expression que dans l'espace.

Certaines aide-soignantes n'hésitent pas à laisser la place à l'infirmière qui parle. Nous assimilons ceci à un effet hiérarchique qui influence les comportements des soignantes dans un espace dont Bouzon (2002) dira qu'il « est aussi un lieu de vie au travail qui agit sur les comportements individuels et collectifs des employés » (§1)⁵²².

⁵²² Bouzon, A., 2002, *Op.cit.*, §1

1-3-1-2 Les cooccurrences liées à la relève

Pour les soignantes, évoquer la relève fait principalement référence aux transmissions. Toutefois l'analyse informatique que nous réalisons avec le logiciel Tropes, s'il corrobore cet aspect de la relève quel que soit le groupe de soignantes, il fait apparaître des cooccurrences qui semblent prégnantes dans ce moment de communication centré sur le malade (cf. annexe 31) :

- la communication (échanges, dialogue, écoute, parole, entretien, information...) :

Alors bien sur ça met en jeu la sécurité du patient les transmissions, tout ce qu'on dit, ce qui s'est passé et qu'il faut prendre en compte, il n'y a pas que la sécurité du patient, il y a tout ce qui se passe dans l'équipe à ce moment-là et ça c'est de la communication (ECS15) ;

- le temps (heure, minutes, jour, matin, après-midi, soir...) :

Déjà pour commencer la relève, on est obligé tout le monde alors que la relève c'est treize heures trente, alors il y a un temps pour rassembler tout le monde, puis un temps pour demander de se taire et pendant la relève il y a encore un temps où il faut encore replacer les gens en disant c'est la relève (EIDE1) ; Tout le monde assiste, tout le monde, il y a les infirmières du matin et du soir qui arrivent, il y a les aide-soignantes du matin et du soir... (EAS13).

- l'organisation :

Ou aussi l'occasion de régler des problèmes quand il y a des aide-soignantes qui trouvent qu'elles ont trop travaillé par rapport à d'autres, de revoir l'organisation s'il y a besoin (EIDE 4) ; « Si je prends la relève de 13h30 le moment clé de la journée » (EAS10) ;

- les catégories professionnelles :

« Il y a la hiérarchie c'est sur d'une manière ou d'une autre, infirmières aide-soignantes mais ça se ressent pas forcément » (EAS5) ; Après qu'est-ce qui s'y joue, tout se joue là, parce que finalement tous les corps de... toutes les fonctions sont représentées, que ce soit la fonction médicale, la fonction infirmière, la fonction aide-soignante, la fonction cadre, la fonction kiné heu, tout le monde est là... (ECS10).

- les comportements :

Les infirmières sont toujours assises autour de la table, les aide-soignantes sont toujours en retrait sauf une ou deux qui se mettent autour de la table, et il faut toujours faire le gendarme auprès des aide-soignantes qui sont toujours en train de parler. Voilà, quand il n'y en a pas une qui regarde internet... (ECS12) ; je sais que c'est dans l'excitation que la matinée s'est passée, l'agitation des gens... le comportement de mes collègues des fois, je sais si la matinée... ah oui ça c'est un

indicateur, 13h30 quand on prend la relève c'est le moment où on a tout le ressenti de l'équipe sur le travail du matin (EIDE9).

La relève est associée au patient qui en est le centre et particulièrement au corps (la relation de soin), à la main (soin par le toucher), à la langue (comme expression verbale d'un pays, d'une culture) pour les soignantes non autochtones (cf. annexe 31). Cette prégnance émerge que ce soit en tant qu'actés ou actants. Les cadres de santé y ajoutent le management, les infirmières évoquent l'équipe, les échanges et le « *coéquipier* » (qui n'est autre que l'aide-soignante dans le travail en "binôme"). Les aide-soignantes quant à elles, mentionnent le bureau des infirmières où a lieu la relève. Celui-ci est présenté par certaines comme la pièce la plus adaptée et la plus spacieuse pour les regrouper dans ce moment de communication. Cependant le fait que ce soit le bureau des infirmières ajoute au rapport hiérarchique au lien de subordination qui existe entre elles, les aide-soignantes venant sur le "territoire" des infirmières. Elles mentionnent également la famille, l'équipe et pour certaines aide-soignantes non autochtones « *la parole* » (comme une valeur de gage).

Les cadres de santé associent également à la relève le discours, l'information mais aussi la notion de culture (les cooccurrences sont l'Afrique, l'Afrique du nord, la région), que certaines associent au phénomène de « *retrait* ». Toutefois, d'autres cadres de santé (formateur et manager) mentionnent la force du groupe dans le positionnement des individus et dans l'existence des non autochtones au sein de celui-ci, au travers d'« *une présence* » qu'elles perçoivent.

Ce sont les infirmières qui parlent et les aide-soignantes... des fois... quand Mme L est là on sait plus quoi dire, personne ne dit rien (rire) non mais c'est vrai, mais quand elle n'est pas là, ça parle dans tous les sens, ça parle des malades mais pas tout le temps, Mme L met un peu d'ordre, non mais c'est vrai, après on parle pas, il y a des moments où on parle de ce qu'on devrait pas parler et on devrait écouter la relève, de parler par exemple j'en sais rien, est ce que tu travailles demain, qu'est-ce que tu vas faire après... (EAS22).

Bien que positionnée, l'aide-soignante s'exprime sur sollicitation de l'infirmière ou de la cadre de santé. Elle s'exprime peu spontanément sauf dans les *apartés* ou avec des pairs de même origine et sur des sujets plutôt personnels.

Cela nous questionne et nous invite à comprendre comment la parole est distribuée. Nous nous demandons également ce qui fait que ces professionnelles parlent moins que les autres dans ce temps communicationnel qui semble pourtant mobiliser les émotions.

1-3-1-3 L'émergence de l'émotionnel...

Une part d'émotionnel semble transparaître dans les conduites expressives qui accompagnent les échanges discursifs durant la relève, centrés sur le malade. S'intéressant à l'intimité des soignantes, la relation de soin dans le rapport au corps de l'autre et au corps malade, Mercadier (2012)⁵²³ décrit la « *maîtrise des émotions* » comme incontournable pour la soignante. Selon elle, être professionnelle impose une maîtrise des affects qui se traduit au cours de la relève par la dérision et autres manifestations (boutade, moquerie...). En outre, Roux étudiant les transmissions auprès de deux équipes soignantes, identifie un « émotionnel empêché » de la part des professionnelles. « *La communication est au cœur de l'expérience émotionnelle de cette dernière participant aux prises de décision. Ainsi nous considérons que le travail émotionnel est avant tout un travail de communication* » (Roux, 2013, p.85)⁵²⁴. Maîtrise des affects, émotionnel empêché et pourtant selon certaines cadres de santé, l'émotion à sa place dans ce moment de relève où la parole semble être libre « *c'était surtout une émotion d'être ensemble, c'était très fort, c'était impossible de ne pas la vivre pour moi* » (ECS15). Le lieu où se déroule les échanges est important dans ce vécu, au seul usage des soignantes, marquant une séparation avec les malades même si les échanges sont centrés sur eux. Ces derniers ne pénètrent pas dans le bureau infirmier.

Le système de communication dans l'unité d'hospitalisation apparaît alors morcelé et hiérarchique. Les médecins ont leur espace (leur salle de réunion, leur visite...) et les infirmières ont leur bureau ou leur salle de soins. Les malades ou toute personne qualifiée "d'étrangère au service" n'entrent pas dans cet espace. Mercadier attribue un « *intérêt majeur* » à cette relève de mi-journée que nous considérons nous-mêmes dans cette recherche. Selon elle « *c'est à ce moment-là que se traitent les grandes questions* » (2012, p.241)⁵²⁵ ce qui n'empêche pas les cadres de santé d'assimiler ce temps de transmissions à un regroupement convivial, « *comme si on avait fait un feu de camp tu sais (rire)* » (ECS13). Tout le monde est là, en rond... ce qui corrobore la description spatiale que nous faisons de la relève, en deux cercles concentriques, l'animation de la

⁵²³ Mercadier, C., 2012, *Op.cit.*

⁵²⁴ Roux, A., 2013, *Op.cit.*, p.85

⁵²⁵ Mercadier, 2012, *Op.cit.*, p.241

relève dépendant du cercle central. C'est un moment fort, structuré, codifié, centré sur le patient.

1-3-1-4 L'individu, déterminant de ce temps communicationnel

Dans ce moment de rencontre périodique et codifié, les interactions entre les professionnelles sont vécues comme intenses et sont à l'origine de la dynamique du groupe sur laquelle nous reviendrons. Les individus sont solidaires dans le circuit de l'information, l'un influençant l'autre. Les réactions des diverses participantes lors de la relève sont intégrées, les réponses aux questions et sollicitations dans les échanges sont apportées. Discuter les points de vue participe alors des décisions collectives. Les outils de travail tel que le dossier médical (qui inclue le dossier de soins) tracent les interactions et les informations concernant l'ensemble de l'équipe. Les actions font varier le travail collectif ce qui ne peut être détaché de l'élaboration du sens et de la fonction occupée. La signification que les soignantes donnent aux actions les influence et en fait émerger une nouvelle. Celle-ci dépend de la compréhension qu'elles ont de la situation « *la compréhension que je peux avoir d'un phénomène* » (ECS16) et de l'action qu'elles mettent en œuvre. Chacune d'elles a sa propre interprétation de la situation rencontrée, dans un contexte particulier.

Les activités sont interdépendantes et s'articulent. Elles s'assemblent les unes aux autres (Weick, 2009)⁵²⁶ et font sens dans l'environnement, dans la situation et l'action elle-même, ce qui fait référence au « *sense-making* ». Ce dernier est défini par Weick en 1995, comme un processus dynamique où les individus créent le sens de manière collective en contexte organisationnel : « *C'est l'agencement je pense de petits actes qui font qu'on avance ensemble* » (EAS15). Pour cet auteur, une organisation fait face à un environnement qu'elle a elle-même contribué à produire et auquel elle s'adapte (enactment). Les individus font des choix selon l'interprétation qu'ils ont d'une situation (sélection), ce qui fait sens pour eux. Plus les interprétations sont nombreuses, plus les interactions le seront pour « faire sens ». En outre, les individus ont tendance à se référer à leur expérience passée, aux processus et dispositifs connus et utilisés dans une situation semblable (rétention). Pour Weick, « *Faire sens d'une situation (et donc organiser une réponse) implique d'abord un passage à l'acte - ce qu'il appelle*

⁵²⁶ Weick, K. E., Vidaillet, B. (Coord.). *Le sens de l'action*, Paris, Vuibert, 2009

« enaction »- qui fait ensuite l'objet de processus d'interprétation et de rétention rétrospectifs » (Cooren, Robichaud, 2011, p.153)⁵²⁷ ce qui contribue au phénomène d'*Organizing*.

Toutefois pour Le Moëne, le contexte organisationnel se veut pertinent pour les participants leur « permettant de contextualiser toutes leurs conduites, c'est-à-dire interpréter de la même manière ce qui se passe » (Mucchielli cite Le Moëne, 2006, p.137)⁵²⁸. C'est alors que le processus d'élaboration du sens est influencé par les comportements et les actions, lesquelles dépendent des informations disponibles, de l'interprétation que les individus en font et de l'intention qu'ils y mettent : « Les actions entreprises (questions, quête d'information) leur permettent d'acquérir de nouvelles connaissances et de produire de nouvelles significations afin de poursuivre leurs activités » (Maurel cite Dervin, 2010, p.5)⁵²⁹. L'ancrage identitaire, la dimension sociale, l'intelligibilité partagée de l'environnement participent au « sense-making » dont la co-construction se réalise « en situation » et selon l'intentionnalité et le souhait des individus (Giroux, 2011).

Le sense-making est le processus par lequel les personnes construisent et reconstruisent le sens de la situation, et élaborent le sens de ce qu'il convient de faire [...] le sense-giving est le processus par lequel les individus essaient d'influencer le processus de sense-making des autres dans le sens de la signification qu'ils préfèrent (Giroux, 2011, p.193)⁵³⁰.

Nous situant dans une approche managériale, nous pourrions alors associer à cette intentionalité la dimension stratégique, mettant au jour des jeux de pouvoir entre les acteurs, une zone d'incertitude subie et agie de ces derniers, leur conférant une autonomie. Pour Crozier et Friedberg (1977)⁵³¹ l'individu est un acteur stratégique,

⁵²⁷ Cooren F, Robichaud, D., Les approches constitutives, dans Grosjean, S et Bonneville, L. (Dir.). *La communication organisationnelle, Approches, Processus et enjeux*, (pp.140-175), Montréal, Chenelière éducation, 2011, p.153

⁵²⁸ Mucchielli, A., Le contexte organisationnel : essai de définition d'un concept nécessaire pour les études sur les organisations, dans Bouzon, A. (Dir.). *La communication organisationnelle en débat, champs, concepts, perspectives*, Communication des organisations, (pp.131-144), Paris, L'Harmattan, 2006, p.137

⁵²⁹ Maurel, D., Sense-making : un modèle de construction de la réalité et d'appréhension de l'information par les individus et les groupes, *Etudes de communication, Numéro 35, pratiques informationnelles, questions de modèles et de méthodes*, (2010), <http://edc.revues.org/index2306.html>, (consulté en ligne le 09/05/2013)

⁵³⁰ Giroux, N., La communication du changement en organisation, dans Grosjean, S, Bonneville, L. (Dir.). *La communication organisationnelle, Approches, processus et enjeux*, (pp.176-224), Québec, Chenelière éducation, 2011, p.193

⁵³¹ Crozier, M, Friedberg, E., 1977, *Op.cit.*

modifiant ses objectifs au décours de l'action et selon ses propres intérêts, ce qui fait varier les incertitudes et le sens pour l'ensemble de l'organisation. En outre, la communication (notamment le langage) occupe une place importante dans « les jeux stratégiques », « *elle est une composante essentielle des interactions, verbales et non verbales, dans le cadre systémique et social qu'est l'organisation* » (De la Broise, Grosjean, *Op.cit.*, p.82)⁵³². Elle est « *un processus inscrit dans un mouvement continu et permanent faisant des organisations des espaces complexes, multidimensionnels qui se constituent en réalités communicationnelles* » (De Lourdes Oliveira, 2012)⁵³³. La relève apparaît donc comme l'espace communicationnel où s'élabore le sens de manière partagée déterminant le travail collectif des soignantes.

1-3-1-5 De l'oral à l'écrit...une difficulté pour les aide-soignantes

L'individu est déterminant dans les interactions élaborées durant la relève. Les informations transmises pendant la relève sont de plusieurs ordres : prescrit, rôle autonome, organisationnel. Les soignantes se placent tour à tour dans chacun de ces domaines informationnels, spontanément, intentionnellement ou non.

Oh mon grand désespoir la relève ! Ouai mon grand désespoir puisque j'ai fait mon mémoire sur les transmissions, la collaboration infirmière aide-soignante donc voilà mon grand désespoir [...] c'est les infirmières qui parlent et c'est médical [...] (ECS6).

Dans le discours, certains cadres de santé reprochent aux infirmières d'être trop dans le prescrit, le médical, plutôt que dans leur rôle autonome. Les infirmières semblent se valoriser, plus dans les soins techniques que dans les soins relevant de leur rôle autonome (dont les soins d'hygiène et de confort font partie) lesquels sont délégués aux aide-soignantes, assimilés à un "dirty work" par les infirmières et non perçus ainsi par les aide-soignantes elles-mêmes. Elles se trouvent alors dans une situation paradoxale : elles semblent détenir une compétence relationnelle spécifique vis-à-vis du malade tout en étant dans une position de subordination vis-à-vis de l'infirmière, exécutant « les

⁵³² De la Broise, P, Grosjean, S., 2011, *Op.cit.*, p.82

⁵³³ De Lourdes Oliveira, I, Aparacedia de Paula, M, Marchiori, M., *Um giro no concepção de estratégias comunicacionais : dimensão relacional*, Rencontres forum iberoamericano das estratégias de comunicação, resa de debate4, República Dominicana, (pp.1-16), 12 à 14 de julho de 2012, p.2
"proceso que significa movimiento continuo y permanente, siendo las organizaciones espacios complejos, multidimensionales, que se constituyen como realidades comunicacionales" (notre traduction)

tâches déléguées par les infirmières, peu valorisées, considérées comme sales et dégradantes qui amènent l'aide-soignante à avoir un contact avec le patient qu'elle peut qualifier d'intime [...] » (Arborio, 2012, p.135)⁵³⁴.

Or si les activités soignantes sont réparties entre les professionnelles selon une division du travail et des tâches précises, elles apparaissent codifiées lors de la relève notamment dans l'utilisation des supports de communication (de transmissions). Nous faisons le même constat qu'Arborio (2012) en ce qui concerne la difficulté de prise de parole des aide-soignantes lors de la relève mais également dans l'utilisation et l'écriture dans le dossier de soins. Prendre la parole devant le groupe, écrire sur le dossier de soins est une pratique relativement récente pour celles-ci (une vingtaine d'années) et nous observons qu'elle varie d'une professionnelle à l'autre. « *On arrive à intervenir chose qu'on ne faisait pas il y a quelques temps, quelques années (rires) oui ce n'était pas rentré dans les habitudes, voilà* » (EAS10). Nous ne reviendrons pas sur l'aspect "prise de parole" que nous avons développée précédemment. En revanche, nous nous intéressons à leur transmission écrite.

Selon Cifali (2013), l'écrit pose la question de "pour qui nous écrivons", pour soi ? Pour l'autre ? Quel rapport avons-nous avec l'écriture, la peur du jugement par exemple ? « *C'est en écrivant que nous pensons, la pensée se construit dans l'écriture, la mise en lien s'opère [...] C'est construire sa pensée pour qu'elle puisse être donnée à l'autre* »⁵³⁵. L'écriture fixe la pensée des soignantes. Elle constitue alors une empreinte de la personne au travers de sa pensée mise en mots et rendue visible par ces derniers.

C'est un effort que je leur ai demandé, un effort tu vois le terme... que je leur ai demandé parce que quand je suis arrivée elles n'écrivaient pas sur les dossiers de soins, c'était interdit avant... et... ou elles écrivaient en vert donc stigmatisées... (ECS5).

Dans les propos de ce cadre de santé, réserver la couleur verte (inscription de la diurèse)⁵³⁶ aux transmissions écrites des aide-soignantes constitue leur stigmatisation.

⁵³⁴ Arborio, A-M., *Un personnel invisible, les aide-soignantes à l'hôpital*, 2^e édition, Collection « sociologiques », Anthropos, Paris, Economica, 2012

⁵³⁵ Propos du Professeur Emérite Mireille Cifali, Sciences de l'éducation de l'université de Genève, recueillis lors de son intervention à la 3^e journée de didactique des formations sanitaires et sociales, organisée à l'IFSI du CHU de Toulouse le 5 décembre 2013 dans son intervention : "*le travail de la subjectivité de l'écriture dans l'analyse des pratiques : perspectives et précautions*".

⁵³⁶ La diurèse est la quantité des urines produites par une personne sur vingt-quatre heures. Elle peut être quantifiée chaque heure sur prescription médicale faisant alors l'objet d'une feuille de surveillance

Ce « *signe* » accentue la visibilité ainsi que la diffusion de leurs écrits et de leur pensée à l'ensemble des professionnels utilisateurs du dossier de soins (médecins, paramédicaux). La peur du jugement de l'autre en émerge ce que les aide-soignantes redoutent à leur égard, notamment certaines non autochtones. Pour ces dernières, le niveau de formation peut contribuer à cette difficulté d'écriture voire d'expression orale.

On a besoin de beaucoup de la tête et des jambes mais comme ils demandent pas pour la formation un niveau académique super élevé, les gens qui font aides-soignants sont ceux qui ont échoué dans le système scolaire, non pas qu'ils ne sont pas intelligents, mais le système scolaire, quel que soit le pays, dans le mien aussi, il ne s'adapte pas à l'individu [...] et le seul fait qu'ils ont des problèmes pour écrire, ils se sentent nuls et bon... (EAS21).

Le dossier est celui du malade, il est un élément du dossier médical : « *il n'est pas qu'aux infirmières, les dossiers aussi sont à tout le monde et...* » (EIDE3). L'écrit permet de conserver la trace quel que soit l'intervenant et une continuité des actions.

Il y a le diagramme mais après il y a autre, mais ce n'est pas rempli, jamais... dommage pour le patient parce que suivant l'équipe, admettons c'est moi qui fait passer l'information, je le dis à ma collègue elle le fera et après ça risque de se perdre et ça recommencera quand moi je serais revenue, c'est souvent comme ça (EIDE2).

En outre certaines infirmières expriment clairement la nécessité de tenir à jour le dossier, ce qui appartient à l'ensemble des professionnelles, déniait de fait la difficulté des aide-soignantes.

Ce moment de la relève est décrit comme majeur par les soignantes quel que soit leur fonction dans l'équipes de soin. Cependant l'expression des aide-soignantes est limitée que ce soit à l'oral ou à l'écrit alors même que la solidarité dans la circulation de l'information est posée. Ce temps constitue un moment d'échange codifié, ritualisé dans un espace communicationnel réservé. Le sens des actions s'élabore en situation et celles-ci participent du travail collectif. La relève apparaît comme un temps communicationnel essentiel à l'équipe de soin. Toutefois l'ambiance est déterminante pour le déroulement de ces transmissions et l'organisation qui en découle.

spécifique. Pour une évaluation de la diurèse des vingt-quatre heures, ce paramètre est transcrit quotidiennement sur le diagramme de surveillance clinique à l'aide d'une barre de couleur verte correspondant à la quantité relevée à la même heure chaque jour ; la succession des barres journalières amenant à la réalisation d'une courbe de surveillance. Cette tâche est en général assurée par les aides-soignantes.

1-3-2 La relève, des moments d'échanges humains forts

L'ambiance est un des éléments le plus évoqué par les soignantes lors de la relève. Certaines la décrivent comme « *bon enfant* », agréable (EAS11). Les unes en font un indicateur de l'atmosphère du service de soin, un « *signe-trace* » du travail sur la durée du poste précédent, d'autres un indicateur des activités à venir :

Je sens très bien au niveau des ambiances ce qui peut se passer, alors par moment cette faculté là qui n'est pas dut tout celle d'un médium (Rire) me permet d'anticiper, de comprendre que quelque part, quelque chose d'inattendu va arriver, et... (ECS17).

L'interprétation de l'ambiance est personnelle, mobilisant les affects, reposant sur la perception et la traduction de la situation (et des activités) qui est propre à chacun.

A *contrario* du symptôme médical associé à des causes multiples, l'ambiance de l'équipe ou du service est un mélange d'intuition et de faits liés aux relations interpersonnelles, aux interactions dont la prise en compte est incontournable pour « *aboutir à une justesse de l'interprétation* » (Galinson - Méléneq, 2011)⁵³⁷. En outre, l'ambiance de l'équipe est propice à un travail collectif satisfaisant aux normes et à un sentiment positif des soignantes, notamment vis-à-vis de l'influence de la cadre de santé. « *Le cadre de santé fait l'équipe et l'équipe fait le cadre de santé* » (EAS26).

1-3-2-1 L'existence d'une dispersion...

Pour autant que la relève soit un moment d'échanges humains fort et que l'ambiance soit déterminante dans le travail collectif des soignantes, nous observons lors des séquences de transmissions, une perte d'attention, une dispersion de concentration de certains membres : « *un temps pour demander de se taire et pendant la relève il y a encore un temps où il faut replacer les gens en leur disant c'est la relève [...]* » (EIDE1). Cette dispersion est du fait des participantes, des événements et du contexte, de tout élément susceptible d'influencer la construction des interactions tels que les *apartés* et les artefacts. Elle est généralement appréhendée négativement, associée à des troubles attentionnels (pathologiques) ou à un détournement de l'attention par dissipation. Nous observons une infirmière lors de la relève: elle répond au téléphone tout en écrivant sur le dossier ou un cahier, en écoutant ce qui se dit autour d'elle. Elle est dans une "attention flottante" qui lui permet d'écouter sans se laisser totalement

⁵³⁷ Galinson - Méléneq, B., 2011, *Op.cit.*

absorber par le discours, tout en ayant ses propres interprétations avec une prise de distance dans laquelle elle peut analyser ce qui se joue autour d'elle et y participer elle-même. Une personne extérieure peut interpréter ce qu'elle voit de l'infirmière comme un défaut d'attention ou d'intérêt à ce qui se déroule dans la pièce, alors même que l'infirmière contribue aux interactions à l'œuvre.

En outre cette dispersion est aussi liée à un afflux de tâches au même moment. Selon Datchary (2011)⁵³⁸, elle est le produit des interruptions que connaît l'individu au travail et que nous observons lors des séquences de relèves, des impondérables, des tâches multiples effectuées en simultanément... "Faire plusieurs choses en même temps". Ce qui en fait une compétence dans la capacité à s'adapter aux modifications subites et à gérer les activités plurielles :

Les actions qui composent le nœud de multi-activité sont "actives" et pertinentes ensemble. Le non engagement de l'acteur dans l'une d'elle (rendue visible par le fait qu'il apparaît comme faisant autre chose) est intelligible comme une absence et pas comme un défaut de pertinence » (Datchary, Licope, 2007, p.7)⁵³⁹.

Toutefois dans une situation, l'individu peut détourner son attention, être en « absence », effectuant ce que Goffman nomme « *une espèce de migration intérieure* ». Celui-ci est "ailleurs" (*away*), il se donne un temps pour occuper un autre monde « *auquel lui seul participe* » (p.61)⁵⁴⁰. Néanmoins, il participe toujours aux interactions à l'œuvre bien que témoignant d'un certain relâchement général. Ainsi, considérant la soignante préoccupée, fatiguée, dont l'attention ne se fixe pas alors qu'elle se situe au sein même de l'action, nous pouvons dire qu'elle se situe dans une « *dispersion-préoccupation* » en référence aux travaux de Datchary (2011). Elle perd les informations qui sont transmises et elle n'est plus en capacité d'assurer ses activités ou engagements pluriels⁵⁴¹. En revanche, considérant la dispersion tel un processus, ce détournement d'attention, cette absence, cette préoccupation peut être le produit de cette hiérarchisation de la relève où l'aide-soignante ne s'exprime pas, n'est pas valorisée

⁵³⁸ Datchary, C., *La dispersion au travail*, Collection le travail et l'activité humaine, Toulouse, Octarès, 2011

⁵³⁹ Datchary, C, Licope, C., La multi activité et ses appuis : l'exemple de la « présence obstinée » des messages dans l'environnement de travail, *Revue Activités*, Volume 4 Numéro 1, 2007, (pp.4-26), <http://www.activites.org/v4n1/datchary.pdf>, (consulté en ligne le 19/07/2013)

⁵⁴⁰ Goffman, E., 2013, *Op.cit.*, p.61

⁵⁴¹ Nous ne développons pas ici le concept d'engagement. Nous retenons simplement que la notion d'engagement est l'articulation de la réalité et l'aspect moral dans une relation de sens (en référence aux travaux de Thevenot, cité par Datchary, (2011).

dans son rôle auprès des malades et au sein du groupe, moment collectif où elle communique dans le silence ou dans les *apartés*. « *En effet, le fait de se disperser, suppose qu'à un moment antérieur la personne n'était pas dispersée* » (Datchary, 2011, p.28)⁵⁴².

Être non autochtone semble être perçu comme favorisant la dispersion. L'expression française, l'accent requiert plus d'effort de leur part et plus d'attention de leur pairs autochtones ce qui paraît complexifier les échanges.

Surtout l'après-midi, on dit écoutez-moi s'il te plait ! [...] il faut que je parle pour eux c'est plus compliqué, pour eux il faut faire plus attention à ce que je dis... peut-être je parle vite mais... parfois c'est... est-ce qu'ils calculent, est-ce qu'ils m'écoutent et moi parfois c'est chuuuuuuuu ! (rire)... il faut parfois penser comme je dois le dire bien, comme ça, parfois c'est stressant d'avoir un groupe, un groupe pour parler parce qu'il comprend, comprend pas, l'autre qui commence à parler et tu dis, il écoute pas, et petit à petit en travaillant, c'est tout le temps en travaillant et voilà, c'est tout le temps c'est vrai, les collègues doivent faire plus des efforts qu'avec une infirmière française quoi, mais bon (EIDE6).

Un effort de concentration plus important s'impose à ces soignantes pour afficher une expression française pertinente, aisée et compréhensible de toutes. Un effort d'attention, d'écoute est nécessaire aux autres pour comprendre, traduire et interpréter les informations transmises. La relation à l'autre dépend des efforts mutuels consentis mais également du respect des règles institutionnelles et de celles établies par le groupe.

1-3-2-2 Le rappel à la règle...

D. Jackson (1981) étudiant les interactions familiales et la relation à l'autre, identifie des règles qu'il définit ainsi : « *Ces conventions relationnelles, qui sont ici dénommées règles, prescrivent et limitent les comportements individuels dans toutes sortes de domaines quant au contenu, organisant leur interaction en un système d'une stabilité raisonnable* » (D. Jackson, 1981, p.32)⁵⁴³. Selon lui, la relation fait intervenir un compromis entre les individus pour permettre la continuité et la stabilité de la relation, reposant sur des règles et des normes. En outre, s'agissant de la relève, les règles et les normes qui fixent le rituel, sont connues de tous.

⁵⁴² Datchary, C., 2011, *Op.cit.*, p.28

⁵⁴³ D.Jackson, D., L'étude de la famille, dans Watzlawick, P, H.Weackland, J. *Sur l'interaction, Palo Alto 1965-1974, une nouvelle approche thérapeutique*, (pp.23-59), Paris, Seuil, 1981

après c'est vrai que parfois l'équipe s'il y a trop de monde, si on est fatiguée, il y a des personnes qui disent on l'a déclenché, ils sont en off, ils vont partir ils sont de matin, cela se voit clairement, parfois c'est vrai on va dire chut, il faut écouter parce que c'est important, parfois ça se passe bien, parfois ça se passe un petit peu plus dispersé, et plus c'est dispersé plus l'infirmière a du mal à se concentrer et peut oublier des choses et après... (EIDE6).

Toute déviance, toute dispersion qui serait d'ordre personnel provoque un rappel à la règle par l'infirmière qui possède la parole ou le cadre de santé. Cet écart peut avoir une influence plutôt négative sur les actions à venir, les réajustements "situationnels" liés aux événements, notamment dans la perte des informations nécessaires à l'élaboration du travail collectif. Ce dernier s'élabore dans les rapports humains que la cadre de santé modère et régule au travers des échanges.

La relève réunissant l'équipe soignante est aussi l'opportunité d'aborder les problèmes de service et pour la cadre de santé de rappeler les règles, qu'elles soient internes au groupe ou institutionnelles (procédures par exemple). La relève, moment d'échanges ritualisé et hiérarchisé apparaît alors déterminante dans l'organisation.

1-3-3 La relève, un moment d'échanges hiérarchisés

Nous observons pendant les différentes séquences de relève une hiérarchie des échanges. Bien que l'expression paraisse libre et soit vécue comme telle par les soignantes qui l'évoquent lors des entretiens, nous constatons que cette parole est sous le contrôle des infirmières. Il s'agit d'un espace communicationnel cadré.

1-3-3-1 Un conflit de rôles dans une relève cadrée

La hiérarchie des échanges apparaît étroitement liée à la fonction occupée par la soignante et au cadrage de la relève. Certaines cadres de santé expliquent que les infirmières monopolisent la parole (rappelons que ce sont elles qui l'initient), les aide-soignantes parlent peu pour des raisons que nous avons évoquées précédemment, ce qui oblige les "managers" à redistribuer la parole. Un constat dont certaines infirmières se rendent responsables « *Peut-être qu'on leur donne pas assez la parole [...] elles sont sollicitées quand le cadre les sollicite* » (EIDE9), conjointement à une culpabilisation de quelques aide-soignantes pour ne pas prendre assez la parole alors même qu'elles sont toutes deux complémentaires, se considérant comme « *les yeux des infirmières, les oreilles et tout ça [...]* » (EAS12). Et pourtant elles hésitent à transmettre leurs

observations, leurs évaluations des soins qu'elles réalisent dans le champ du rôle autonome de l'infirmière. Bien que celle-ci en soit responsable, le rôle propre leur semble "abandonné" par l'infirmière à ce moment précis, les rôles et tâches se trouvant nettement dissociés. « *Les aide-soignantes sont libres de parler [...] l'infirmière parle du problème infirmier, son problème mais ce qui nous concerne elle n'en parle pas [...]* » (EAS1). Nous sommes à nouveau dans ce conflit entre le rôle prescrit et le rôle propre infirmier, le "sale boulot" des infirmières devenant le travail des aide-soignantes dans lequel elles ont des difficultés à être valorisées et qui d'ailleurs n'est pas cité.

La relève constitue le "cadre" des échanges quotidiens tel que l'identifie Goffman puis Bateson dans les années 1970. En outre elle repose sur un cadrage que Lorient (2009) détermine dans une étude visant à identifier comment les policiers et les infirmières parlent du stress au travail. Il se situe dans la planification des actions et plus particulièrement pédagogiques, dans l'apprentissage du métier au travers des actes et des comportements observés chez les malades, leurs proches, les intervenants, les pairs et permet en outre de renforcer les règles, les valeurs du groupe.

Le cadrage du travail par les discussions entre collègues n'a pas seulement un aspect pratique, mais présente une dimension symbolique en faisant vivre la culture professionnelle du groupe, en donnant un sens acceptable aux contraintes du métier dès lors qu'elles sont perçues comme faisant partie des efforts normaux pour réaliser ce qui est défini collectivement comme le vrai travail, le « bel ouvrage » (Lorient, 2009, p.4)⁵⁴⁴.

En outre le "cadre" de la relève quotidienne prend en compte l'espace où s'effectuent les transmissions lequel n'est pas toujours ressenti comme adapté par les soignantes voire il apparaît gênant :

On a un problème justement on en discutait, on arrive pas à être tous ensemble dans la même pièce, c'est un peu chaud, problème de place, informellement toute l'équipe sait que la priorité des places avec une table est donnée à ceux, à ceux qui doivent écrire pour l'après-midi par exemple... (EIDE4).

L'espace devient l'expression de la hiérarchisation de ce moment d'échanges, l'informel prenant alors une dimension formelle dans la priorisation des places. Les

⁵⁴⁴ Lorient, M., Discussions informelles au sein du groupe de travail et construction du stress, *Communication et Organisation* Numéro 36, pp.1-9, (2009), <http://communicationorganisation.revues.org/877>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

propos des professionnelles nous amènent à nous intéresser et à questionner celle de l'aide-soignante dans l'élaboration du travail collectif.

1-3-3-2 L'aide-soignante... et le paradoxe du temps

« *J'ai l'impression que chacun court son lièvre, qu'on est pris dans le quotidien on a à peu près tous le même, il n'y a pas de moment où on se pose ensemble et ça c'est dommage* » (ECS11). Le temps apparaît être déterminant dans les moments communicationnels dont le manque est perçu par certaines professionnelles comme pénalisant le travail collectif. En outre, le rapport au temps semble plus marqué pour les aide-soignantes que pour les autres membres de l'équipe et nous tentons d'apporter des éléments explicatifs.

La plupart sont donc soumises à des rythmes de travail et d'existence décalés par rapport aux temporalités sociales dominantes. A ce décalage s'ajoute la variabilité, qu'elle soit inscrite dans l'alternance matin /soir, donc régulière et prévisible, ou qu'elle relève de modifications de planning notamment pour pallier des absences, donc peu prévisibles (Bouffartigue, Bouteiller, 2006, p.3)⁵⁴⁵.

Le rythme de travail des professionnelles du soin se montre "pénible et décalé" ce qui est commun à l'ensemble des professionnelles (infirmières et aide-soignantes). Toutefois au-delà des horaires, ces soignantes sont confrontées à une intensification de la charge de travail et une exigence accrue en terme de qualité du travail. La pénibilité paraît plus marquée pour les aide-soignantes qui assurent des soins d'hygiène et de confort auprès de malades de plus en plus dépendants. Les infirmières assurent de nombreuses tâches administratives, de traçabilité... ce qui les détournent régulièrement des soins relevant du rôle autonome infirmier, actes de soins nécessitant une capacité physique (efforts de soulèvement, de retournement, de manutention) dès lors assurés par les seules aide-soignantes. Cela constitue une contradiction pour ces professionnelles qui se trouvent confrontées à « *la rapidité dans l'accomplissement des tâches et d'autre part la lenteur des contacts corporels* » (Aubry, 2012, p.7)⁵⁴⁶ ce qu'il est difficile pour elles de concilier. Les activités physiques liées aux soins du corps exigent en soi du temps, aussi bien au regard de leur technique que de l'approche psychologique du soigné, ce qui place ces soignantes dans une situation de paradoxe, *a fortiori* si elles sont non

⁵⁴⁵ Bouffartigue, P, Bouteiller, J., Jongleuses en blouse blanche, *Revue Temporalités* 4, 2006, (3-17)

⁵⁴⁶ Aubry, F., Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante, *Revue Temporalités* 16, 2012, (1-18)

autochtones ; la notion du temps et du rythme est relative et est perçue différemment selon les personnes et les pays (cf.chapitre2). Alors qu'il s'interroge sur la manière de conjuguer la collaboration et les relations humaines dans un projet d'exploitation des manguiers en Haïti, pour Talégrand (2001) il existe une différence d'appréhension et de gestion du temps particulièrement marquée entre les pays :

Lorsque des français m'annoncent qu'ils s'en vont résider en Haïti, je leur recommande de se parer de trois qualités essentielles pour vivre dans ce pays sans s'énerver inutilement et pester à longueur de journée. La première de ces qualités est la patience. La seconde est également la patience. La troisième est encore la patience (Talégrand, 2001, p.54)⁵⁴⁷.

Ce rapport du travail au temps est conforté dans les cooccurrences identifiées par l'analyse du logiciel Tropes. Le temps est prégnant pour les aide-soignantes dans la réalisation des actions mais également comme étant un élément "subi", sur lequel elles n'ont aucune prise. La communication apparaît comme majeure dans le rapport au travail, uniquement pour les cadres de santé et les infirmières ce qui nous interpelle en terme de réalité de l'équipes de soin dans un travail qui se dit collaboratif.

1-3-3-3 Les échanges hiérarchisés et impensés

La relève bien que hiérarchique et ritualisée est un moment qui crée des liens professionnels entre les participantes. Les échanges sont variés et nombreux : discours, parole, mémoire, information, communication, accord, observation, organisation. (cf. annexe 31). Toutefois, nous constatons que certaines soignantes non autochtones s'effacent pendant la relève. La hiérarchisation du rituel donne aux infirmières le monopole de ce moment de communication au détriment des aide-soignantes qui pour certaines, se sentent privées de ce temps d'échanges : « *Les aides-soignants sont là pour insister sur des points qui leur sont particuliers... ils sont chargés d'insister sur ces points là mais malheureusement cela ne se fait pas toujours* » (EAS17). Nous percevons ici l'influence que les membres du groupe ont les uns sur les autres. Elle s'inscrit dans le rapport entre la nature de la tâche et la structure du groupe ce qui fut développé par Moscovici et Faucheux en 1960. L'équipe soignante se construit et interagit dans ces jeux de pouvoir entre ses membres pouvant être à l'origine de conflits, « *une rencontre consciente de différences, de souhaits ou de désirs incompatibles* »

⁵⁴⁷ Talégrand, N., *Coopération : comment conjuguer collaboration et relations humaines*, Paris, L'Harmattan, 2001, p.54

(Mongeau, Saint-Charles, 2011, p.267)⁵⁴⁸. C'est le dépassement du conflit, qu'il se rapporte aux tâches, aux relations ou aux procédures, qui permet alors la prise de décision grâce aux interinfluences, laquelle appartient généralement aux infirmières.

Certaines soignantes non autochtones énoncent la « peur du jugement de leurs paroles », la « peur de se tromper », la « difficulté perçue de leur accent et de leur expression en français ». Le regroupement de celles-ci et leurs échanges privilégiés tendent à conforter notre approche du groupe restreint dans la lignée de celle étudiée par Anzieu et Martin (2007)⁵⁴⁹ orientée vers le but, la vision commune des individus. La dimension hiérarchique bien que prégnante pour ces soignantes est rarement mentionnée dans leur discours, lors des entretiens ou dans les temps informels.

En revanche, le comportement des soignantes non autochtones intègre une dimension émotionnelle, qu'exprime la communication verbale (parler la langue native) et non verbale (regroupement, gestes...). Selon les travaux de Moscovici dans les années 1980⁵⁵⁰ sur la psychologie des minorités actives, ces soignantes peuvent être assimilées aux acteurs minoritaires dont les comportements peuvent influencer les autres acteurs au travers de leur investissement comme de leur rigidité ou repli.

C'est l'exemple de communication où on essaye de trouver les mots pour, mais sinon [...] que mes collègues, peut être certaines ici, elles trouvent que je suis pas à l'aise par rapport à ça alors soit ils m'écoutent pas soit ils savent déjà donc, c'est frustrant quand on parle à quelqu'un qui s'intéresse pas à ce qu'on dit quoi... peut être qu'ils savent déjà le dossier, ou peut-être que je le dis mal, je me pose la question (EIDE3).

Nos observations montrent plutôt un retrait de celles-ci, laissant aux soignantes dites "majoritaires" une emprise sur l'ensemble du groupe. Nous constatons dans le comportement des soignantes non autochtones, les « *symptômes* » de cette emprise groupale décrits par Oberlé et repris par Landry (2007)⁵⁵¹ tels que la limitation de la recherche d'information, l'autocensure ou l'évitement du débat, la perception stéréotypée de l'interlocuteur.

⁵⁴⁸ Mongeau, P, Saint-Charles, J., Les approches communicationnelles des groupes et des organisations, dans Grosjean, S, Bonneville, L. (Dir.). *La communication organisationnelle, Approches, processus et enjeux*, (pp.253-279), Montréal, Chenelière éducation, 2011

⁵⁴⁹ Anzieu, D, Martin, J-Y., *La dynamique des groupes restreints*, Collection Quadrige, Paris, PUF, 2007

⁵⁵⁰ Moscovici, S., *Psychologie des minorités actives*, Paris, PUF, 1979

⁵⁵¹ Landry, S., 2007, *Op.cit.*

Des stratégies dans le discours en lien avec des formes de pouvoir sont alors utilisées par les individus : nous citons pour exemple la coercition (tenter de prendre la parole sans succès, parle en aparté, être dévalorisé...) comme l'illustre les extraits EIDE3 (cf.p.255) et EAS18. Certaines professionnelles non autochtones expriment leur sentiment de ne pas être écoutées selon les personnes en présence, ce que ne verbalisent pas les soignantes autochtones : « *L'aide-soignante n'est pas écoutée enfin ça dépend qui* » (EAS14). La relation à l'autre, qu'elle soit symétrique ou complémentaire (reposant sur l'égalité ou la différence) est influencée par cette inter dépendance et inter influence entre les individus ce que les chercheurs de Palo Alto mettent en évidence dans leur approche interactionniste de la communication. En outre la différence permet aux individus de « se compléter et de maintenir l'équilibre de leur relation » (Watzlawick, 1972)⁵⁵². Toutefois cet équilibre n'est possible que si les soignantes se sentent autorisées à prendre la parole, si leurs propos sont pris en compte.

On ne parle pas toujours, parce que parfois on essaye de prendre la parole mais c'est pas toujours évident, j'ai vu des tentatives de prise de parole qui se sont soldées par un échec, très vite, c'est pas important de parler de ça [...] ou bien on est complexée dans notre façon de le dire de telle sorte que parfois on se sent petit, un peu mal et on dit plus rien, on est frustré, il y a une certaine forme de frustration, ça, ça existe, on le vit [...] le cadre quand elle est là régule, mais parfois quand le cadre n'est pas là, ce sont des situations qui se produisent oui [...] (EAS18).

Les membres de l'équipe ne peuvent se soustraire des différentes relations. Des rétroactions s'opèrent entre les individus (ici les soignantes) et avec elles « *la règle de comportement réciproque* » suivie par les acteurs. La relation est alors définie comme « *la nature du lien* » entre les personnes (Mucchielli, 2006)⁵⁵³ qui nous l'avons vu est de subordination entre l'infirmière et l'aide-soignante.

Le système que nous étudions est composé d'éléments élaborant une hiérarchie (cadre de santé, infirmière, aide-soignante), interreliés en permanence dans des relations de nature différente, dans le discours et participe du cadre ou cadrage de l'interaction (Watzlawick *et al*, 1975)⁵⁵⁴. Le sens de la relation dépend des soignants (actants) qui en

⁵⁵² Watzlawick, P *et al*, *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972

⁵⁵³ Mucchielli, A., 2006, *Op.cit*

⁵⁵⁴ Watzlawick, P, *et al.*, 1975, *Op.cit.*

donnent la définition et font varier la vision de la situation dans les interactions qui sont nombreuses entre les différents participants durant la journée de travail.

Nous identifions celles permettant la coordination des tâches, la traçabilité des actions mises en œuvre, la circulation des informations, les actions de soins. Ces dernières concernent essentiellement le binôme infirmière aide-soignante. Des interactions spécifiques sont mises en œuvre par la cadre de santé : la régulation, l'articulation, l'organisation. Nous ne cherchons pas à identifier les échanges signifiants entre les acteurs, ni le repérage interprétatif qui nous permettraient d'élaborer une contextualisation systémique telle que l'a présenté Mucchielli. En revanche, tenter de modéliser les types d'interactions permettrait d'éclairer et de comprendre les phénomènes communicationnels à l'œuvre dans ce groupe soignant, dans la forme et la logique de ces échanges en introduisant deux éléments majeurs : l'interculturel et la normalisation. Procéder à une modélisation nécessiterait de compléter les données notamment par l'observation et l'analyse spécifique des interrelations, du discours, des jeux d'échanges et d'interactions, des logiques...y compris dans leur intensité. Nous ne disposons pas de l'ensemble de ces observations pour réaliser cette modélisation celle-ci ne constituant pas au début de cette thèse une finalité de notre recherche. Ce qui représente en soi une limite de notre travail.

Toutefois nous constatons durant la séquence de relève du 28 juillet 2011 le regroupement dans le fond de la pièce des trois aide-soignantes non autochtones (deux africaines sub-sahariennes et une antillaise). Notre position d'observateur participant nous permet d'énoncer ce fait comme n'étant pas rarissime. Nous constatons de nombreux échanges entre ces professionnelles, souvent détachés des transmissions en cours. Bien qu'appréhendé comme un hasard par ces soignantes, un besoin de réassurance, un phénomène inconscient, nous constatons ce clivage régulier des aide-soignantes. Cela nous questionne dans la conception même de l'équipe soignante au regard des comportements et du discours des soignantes. Afin d'apporter un éclairage à notre questionnement et nos constats, nous nous intéressons désormais à la dynamique de cette équipe soignante. Pour ce faire, nous proposons de répertorier les principaux éléments perçus comme déterminants par certaines soignantes lors de la relève (cf. Figure 23, p.258).

Figure 23 : Synthèse des éléments de la relève perçus comme déterminants par certaines soignantes

<p>Les aide-soignantes</p> <p>Elles se placent par affinités, les anciennes derrière, près de la sortie.</p> <p>Elles parlent peu voire pas, sont entre elles (les aide-soignantes). Elles se dissipent pendant la relève (se dispersent).</p> <p>Les aide-soignantes non autochtones sont en retrait, se regroupent (clivage) parlent moins que les autres, expriment les choses différemment.</p> <p>Elles n'écrivent pas ou peu sur le dossier de soins.</p> <p>La cadre de santé régule, quand elle est là la relève est plus calme.</p>	<p>Eléments communs à l'ensemble des fonctions</p> <p>Lieu : bureau infirmier</p> <p>La relève assure la circulation et la transmission des informations à propos du malade et de l'organisation.</p> <p>Tout le monde participe.</p> <p>Espace de création de lien.</p> <p>Moment de rencontre, intense, court, fort.</p>	<p>Les infirmières</p> <p>Elles se placent autour du bureau central, en face à face ou côte à côte proximal.</p> <p>Elles se parlent d'infirmière à infirmière.</p> <p>Le discours est plutôt médical, structuré, centré sur le malade.</p> <p>L'ambiance est un indicateur de la charge de travail et de l'organisation.</p> <p>L'infirmière rappelle l'attention si elle observe un décrochage (notamment venant des aide-soignantes).</p> <p>Pour les infirmières non autochtones : difficultés ressenties au regard de leur accent, leur expression française, s'inquiètent de la compréhension de tous lors des transmissions.</p>
<p>Les étudiantes</p> <p>Elles présentent les malades dont elles sont responsables, l'infirmière complète ou corrige. Elle ne fait pas participer l'aide-soignante. La cadre de santé questionne, fait préciser, évalue (pédagogie).</p>	<p>La parole est libre, le respect mutuel</p> <p>Il y a une dynamique.</p> <p>L'animation est faite par l'infirmière.</p> <p>La cadre de santé régule, articule ce temps de communication.</p>	<p>Les cadres de santé</p> <p>Elles se placent indifféremment au centre, au pourtour, assise, debout, voire au milieu des aide-soignantes qu'elles sollicitent régulièrement pour s'exprimer. Elles régulent la parole entre les infirmières et les aide-soignantes.</p> <p>Elles ont un rôle d'articulation, de régulation, elles font du lien, elles gèrent les conflits de valeurs, elles distribuent la parole.</p> <p>Elles sont à l'écoute du non verbal. Dans la relève, la continuité des soins s'élabore.</p>

Cette synthèse nous permet de mettre en évidence ce que nous nommons un discours "enchanté" tenu par certaines d'entre elles. Celui-ci se confronte à nos observations

quotidiennes de ce moment de relève. Nous cherchons à identifier et comprendre quelle peut être cette dynamique d'équipe métissée en secteur de soins à l'hôpital.

1-3-4 La dynamique de l'équipe soignante

L'ensemble des soignantes observées et interviewées appréhende leur travail en équipe. La communication paraît y occuper une place importante quel que soit le mode, le type, le style, le moment, la situation, les personnes. Cependant, pour certaines d'entre elles, ce travail en équipe s'avère parfois difficile. Il repose sur des déterminants institutionnels et professionnels, la ligne directrice étant "l'équipe" que ce soit pour les infirmières comme pour les aide-soignantes. Pour comprendre ce qui anime ce groupe de soignantes, il convient de le définir *a priori* et de l'inscrire dans sa dynamique.

1-3-4-1 Une équipe, un groupe...

La définition évolue dans le temps, et si en 1456, l'équipe désigne un équipage de bateau, dès 1864 elle est « *un groupe de personnes unis dans une tâche commune* » (Littré) ; « *un groupe de personnes réunies par un dessein commun, pour accomplir ensemble un travail commun, groupe plus ou moins structuré ayant une finalité commune* »⁵⁵⁵. Le groupe trouve son origine en Italie en 1688 dans le mot « *gruppo* » qui signifie « *nœud, assemblage* » et qui dès le XVIII^e siècle prend la définition qui est la sienne aujourd'hui : « *ensemble de personnes ou de choses ayant des caractéristiques communes* »⁵⁵⁶. Définir le groupe et/ou l'équipe comme plusieurs personnes ayant des « particularités semblables » et oeuvrant à une « *travail commun* » nous amène à nous intéresser à sa dynamique.

Le concept de dynamique de groupe émerge de recherches menées par Lewin en 1944 où il étudie aussi bien les préjugés raciaux que le leadership notamment au cours de l'apprentissage des enfants dans l'élaboration de modèles réduits d'avions ; le rôle de l'animateur du groupe y apparaît déterminant. Il cherche aussi à comprendre les phénomènes à l'œuvre dans le fascisme et le nazisme et les conduites humaines propres aux individus mais également produites par le groupe d'appartenance. Pour lui le

⁵⁵⁵ Définition de l'équipe selon le CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/%C3%A9quipe>, (consulté en ligne le 11/05/2012)

⁵⁵⁶ Définition de groupe selon le CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/groupe>, (consulté en ligne le 11/05/2012)

groupe est : « *un ensemble dynamique et en le définissant non pas sur la base de la similitude des membres mais sur la base de leur interdépendance dynamique* » (Faucheux, 1957, p.426)⁵⁵⁷. Il détermine alors des facteurs d'influence de cette dynamique tels que l'environnement, le comportement des membres, les affects, la cohésion. Interviennent également les attitudes, les sentiments, la personnalité, la perception que l'individu a de lui-même et des autres qui influencent le groupe, ce qui sera développé également par les chercheurs du collège invisible de Palo Alto dans la communication interactionniste.

Dans une approche psychosociale, Adamczewski dans les années 1980 assimile le groupe à une entité collective où chacun apporte énergie et compétences. L'engagement, la motivation et la reconnaissance sont identifiés comme contributifs de la dynamique et des interactions. Ces mêmes éléments d'influence décrits par Lewin émergent dans l'analyse du discours des soignantes réalisée par Tropes, en réponse à la question « *comment vous sentez vous dans votre équipe ?* ». L'équipe semble prégnante en tant que telle. Pour certaines soignantes autochtones, elle est associée au travail, à la motivation et à la communication. Cette prégnance apparaît moindre pour d'autres soignantes notamment non autochtones, qui associent principalement le travail et la connaissance à leur sentiment en équipe, ce que nous tentons de comprendre et d'expliquer au regard de l'ensemble des données recueillies.

1-3-4-2 Des individus... une dynamique...

Les chercheurs "interactionnistes" qu'ils soient naturalistes comme Homans ou expérimentalistes comme Bales observent des phénomènes de groupe entre les individus le composant : l'interaction. Selon ces auteurs, la cohésion du groupe est « *la résultante de toutes les forces qui poussent les individus à rester dans le groupe* » (Faucheux, *Op.cit.*, p.432)⁵⁵⁸ ce qui implique une "énergie" mise en œuvre par les membres de celui-ci. Pour autant certaines soignantes se sentent à l'écart : « *On dit un travail d'équipe mais je me sens quand même à l'écart...* » (EAS8). Pour Lewin, un groupe se pérennise par le sentiment d'appartenance et la dynamique qui lui permet de

⁵⁵⁷ Faucheux, C., La dynamique de groupe, *Revue l'année psychologique*, Volume 57 Numéro 2, 1957, (425-440)

⁵⁵⁸ Faucheux, C, 1957, *Op.cit.*, p.432

progresser et de gérer les relations interpersonnelles (Anzieu, Martin, 2007)⁵⁵⁹. Néanmoins les professionnelles ne perçoivent pas de la même manière d'être en situation extérieure au groupe. « *Je me situe à côté... je ne suis pas dans l'équipe et je ne suis pas en dehors, je suis un petit satellite de (rire) petit satellite de la planète [...]* » (ECS6). La position de la cadre de santé, à la fois "dehors et dedans" lui permet d'avoir une vision "macro" tout en suscitant la dynamique de l'équipe. « *C'est quelqu'un qui est pas au-dessus de la mêlée, mais bien dans un bateau, le même bateau que tout le monde [...]* » (ECS15).

En revanche, dans une vision managériale et organisationnelle, la cadre de santé entrevoit la fragilité du système (cohésion de l'équipe) qui dépend de la connaissance de chaque membre, du positionnement de chaque intervenant dans une temporalité : « *Les actions se mettent en place tous les jours, j'ai le sentiment que tout est extrêmement fragile [...]* » (ECS3). Les interactions ne sont pas récursives, elles sont éphémères et existent en situation, ce qui remet en question l'équilibre du groupe. L'état personnel, l'état d'esprit, les états d'âme peuvent modifier les conduites qui sortent alors des standards élaborés par le groupe et s'en démarquent. « *L'humeur est comme une clef* » (EAS20). Les aide-soignantes évoquent particulièrement le climat de travail au sein du groupe. Il leur apparaît fondamental pour sa stabilité, sa dynamique et la communication qui s'y élabore : « *J'observe, j'analyse l'état d'esprit des gens et selon l'état d'esprit des gens, je communique d'une façon ou d'une autre* » (EAS21). Appartenir au groupe fait émerger des stéréotypes, des standards de conduite ce qui nous interroge au regard du métissage des équipes soignantes dans les interactions et les phénomènes communicationnels observés.

1-3-4-3 Les soignantes : un groupe restreint métissé ?

La dynamique d'un groupe est directement liée à sa taille et ses caractéristiques. Les données de l'observation nous permettent d'assimiler l'équipe soignante par ses caractères, à un groupe restreint où chacun connaît tous les autres et peut entrer en relation, dans un face à face. Le groupe est un produit élaboré selon des règles établies par les personnes en présence, « *un construit émergent d'une mise en conformité* »

⁵⁵⁹ Anzieu, D, Martin, J-Y., 2007, *Op.cit*

(Gramaccia, 2001, p.100)⁵⁶⁰, il est « *un système psychosocial composé de trois à environ vingt personnes qui, en coprésence, agissent et interagissent ensemble, leur action étant sous-tendue par le partage d'une visée plus ou moins précise qui leur est commune* » (Landry, *Op. cit*, p.63)⁵⁶¹. Ainsi dans un respect des règles et selon une même optique, ce groupe de soignantes apparaît interagissant autour de la prise en soins du malade et de sa famille, centre de leurs actions : « *Quand je pense que ce que je fais est bon pour le patient* » (EIDE11). Les professionnelles agissent dans une structuration de division du travail dans laquelle s'opère une interdépendance, des relations de pouvoir et affectives, une différenciation des rôles et ce, dans un contexte normé et d'interactions.

« *J'agis de mon propre chef* » (EIDE10). Toutefois, cette structuration résultant de la sociabilité et de la structure d'appartenance est rendue mouvante par les interactions ce qui laisse une partie d'initiative personnelle aux individus dans les actions menées. La conscience d'exister pour chacun des membres de l'équipe résulte des interactions à l'œuvre et de leur sentiment d'appartenance à ce groupe. « *Le collectif se met à exister parce que les individus croient qu'il existe* » (Grosjean cite Girin, 2008, p.32)⁵⁶². Celui-ci fait émerger les croyances, les rites, un langage symbolique qui lui est propre.

Toutefois le groupe tend à exercer une pression dite "de conformité" visant à unifier les conduites, les opinions, les informations, les idées... ce qui influence de fait sa dynamique. Les interactions favorisent une cohésion des individus (confiance, échange, coopération), une cohésion technique (règles de l'action concertée) et une cohésion normative et culturelle (identification au chef, au groupe, aux enjeux).

Le moyen de décrire cet ensemble est peut-être de dire que c'est un "nous". Il contient cette sorte de sympathie et d'identification mutuelles pour lesquelles "nous" est l'expression naturelle. Chacun vit avec le sentiment du tout, et trouve dans ce sentiment les buts principaux de sa volonté (Mucchielli, cite Cooley, 1975, p.8)⁵⁶³.

Nous reprenons à notre compte cette définition de Cooley en 1909 dans « *social organization* », citée par Roger Mucchielli qui au-delà des relations en face à face,

⁵⁶⁰ Gramaccia, G., *Les actes du langage dans les organisations*, Communication des Organisations, Paris, L'Harmattan, 2001, p.100

⁵⁶¹ Landry, S., 2007, *Op.cit*, p.63

⁵⁶² Grosjean, S, cite Girin, J., dans Grosjean, S, Bonneville, L. (Dir.). *Repenser la communication dans les organisations*, Communication des Organisations, Paris, L'Harmattan, 2008, p.32

⁵⁶³ Mucchielli, R., cite Cooley, C-H., 1975, *Op.cit*, p.8

décrit une « *collaboration intime de personne à personne* » et un sentiment d'unicité du groupe.

Ce sentiment d'unicité se trouve questionné par le métissage des équipes soignantes qui semble influencer le groupe. Certaines infirmières et aide-soignantes évoquent dans leur discours le problème que représente pour elles la différence. En outre, l'analyse informatique du discours des soignantes par le logiciel Tropes y associe des cooccurrences prégnantes : le temps, la famille et la langue. Elles apparaissent dans l'action (actant) comme dans l'influence (acté) et semblent poser des difficultés aux professionnelles dans le travail quotidien et les relations en équipe. Certaines aide-soignantes évoquent aussi la culture, l'éducation mais également le respect, la différence, l'inquiétude, la religion et le racisme, éléments dont certaines s'accrochent mal au travers de leur discours. Ces cooccurrences nous amènent à questionner ce cadre de référence nécessaire au groupe restreint "métissé" et à sa dynamique. Appartenir à celui-ci induit une valorisation des mêmes buts, l'établissement des normes d'interdépendance, un langage spécifique, des signaux, des rites, des "codes" propres au collectif. *Infine* pouvoir percevoir l'autre tout comme l'autre nous perçoit, ce qui exige un partage de culture et des cadres mentaux de référence (Anzieu, Martin, 2007)⁵⁶⁴ propres à ce groupe.

En outre, la proximité induite dans le groupe restreint peut troubler les soignantes dont les références seraient différentes. La perception et la vision des attitudes corporelles, des postures, des comportements est rendue possible et favorise les interactions. Les individus peuvent faire la différence entre ce qui est dit et ce qui est réellement communiqué, mesurant alors l'écart entre les mots et l'expression. Cependant, les distances entre les individus varient selon ce qu'ils sont, leur personnalité, leur culture, l'environnement, le contexte. Confrontant la relève à la théorie développée par Hall (1971), chercheur du collège invisible de Palo Alto, ce moment place les interlocuteurs dans une distance personnelle, un mode proche ou lointain pour ce qui concerne la sphère centrale où tout est perceptible, y compris la chaleur du corps de l'autre, le souffle. Selon Goffman « *les personnes doivent sentir qu'elles sont suffisamment proches pour être perçues dans ce qu'elles font et pour être perçues dans leur sensation*

⁵⁶⁴ Anzieu, d, Martin, J-Y., 2007, *Op.cit.*

d'être perçues » (2013, *Op.cit.*, p.18)⁵⁶⁵. Les autres participantes se situent plus dans une distance sociale « *limite du pouvoir sur autrui* » (Hall, 1971, p.152)⁵⁶⁶. Nous constatons que les soignantes non autochtones se placent plutôt dans la seconde sphère, là elles se regroupent, elles mènent leurs *apartés*. Dans cet espace les soignantes ont la possibilité de se mettre en retrait, de s'isoler, de faire autre chose, de déporter leur attention de l'objet de la relève (ce que Goffman qualifie « *d'absence* », nous l'avons évoqué précédemment). Pour Hall, « *l'espace parle* » et chacun a son espace. Or selon l'individu, ce qu'il est, sa culture, son éducation, sa fonction hiérarchique... cette proximité des corps peut être appréciée, dérangeante voire choquante. Le métissage semble faire varier cette distance et les comportements tout en conservant la proximité nécessaire au groupe restreint ce qui participe à la complexité de la communication.

1-3-4-4 La reconnaissance et la dynamique de progrès...

L'équipe soignante revendique l'espace central dans le bureau comme étant le sien. De fait, l'occupation de celui-ci par les étudiants en médecine ou les médecins du service a tendance à irriter les infirmières qui n'hésitent pas à exprimer dans leur non verbal qu'elles ont besoin de « *leur place* » (agitation, gestes, expressions, posture...). Pour certaines soignantes, respecter leur espace, "leurs relèves" ou tout autre acte communicationnel semble contribuer à leur reconnaissance, qu'elle soit professionnelle ou personnelle. Elles fondent leur exercice du métier sur l'engagement de chacune, l'interdépendance des membres, les valeurs humanistes dont le partage dynamise le groupe. « *Progresser cela veut dire sortir la tête de l'eau, du quotidien, déjà il faut en avoir la volonté* » (ECS3). L'analyse des situations et la démarche de progrès dans laquelle s'inscrit la professionnelle semblent également lui permettre de s'élever au-dessus du quotidien.

Pour ce faire elle la reconnaissance des pairs comme du groupe apparaît nécessaire ainsi que la cohésion d'équipe, la construction du sens : « *Le sens c'est important oh oui... il faut être dans l'acte et il faut que l'acte transcrive cette recherche de sens [...]* » (ECS10). L'élaboration du sens repose sur l'analyse et l'interprétation des situations dans les interactions à l'œuvre : « *L'analyse de ce qui se passe, la prise de recul [...] le sens, le vrai sens des mots qui ont été dits [...]* » (ECS8) d'où l'importance d'un cadre

⁵⁶⁵ Goffman, E., 2013, *Op.cit.*, p.18

⁵⁶⁶ Hall, E-T., *La dimension cachée*, Essais points, Numéro 89, Paris, Seuil, 1971, p.152

de références commun. La reconnaissance émerge aussi de la relation à l'autre, « *La rencontre de l'autre au sens large, l'élève, la collègue, toute confrontation au sens positif du terme [...]* » (ECS2), des interactions qui se construisent dans cette rencontre et pour lesquelles certaines peuvent commettre parfois des bévues par méconnaissance ou inadvertance, ce qui influence la dynamique, les relations et la reconnaissance : « *Respecter les gens et communiquer avec eux, non seulement vous grandissez déjà et heu... parce que parfois vous commettez dans la communication des maladresses. J'en ai commis quelques-unes mais j'ai appris de ces maladresses pour ne pas les répéter* » (ECS18). Certaines cadres de santé disent se situer au cœur de ces interactions individuelles et collectives, à la fois lieu et processus de construction du sens. Toutefois, bien que celles-ci soient complexes, les soignantes évoquent du plaisir à travailler ensemble, à s'entraider, à communiquer.

J'ai jamais eu de souci de communication avec l'équipe et je pense que l'équipe me le rend bien [...] soulager les unes et les autres et arriver à repérer quand il y en a une qui est en difficulté, qu'elle a besoin de lever le pied et la soulager, c'est important de regarder aussi les autres [...] (EIDE9).

Au-delà de la reconnaissance et de l'engagement des membres de l'équipe, certaines soignantes associent la formation et la curiosité à la dynamique de progrès et à la créativité du groupe. En outre la différence culturelle semble perçue tantôt positivement dans ce qu'elle apporte (au malade, à l'équipe) et tantôt négativement dans la difficulté qu'elle ajoute au sein de ce dernier. Pour exemple, une infirmière interviewée nous fait part des relations qu'elle considère positives de ce soignant homme non autochtone avec les malades et qui sont à l'origine de la reconnaissance de celui-ci :

O, on sent ça chez O, il va chanter le jazz et parler aux hommes comme il parle à un homme de son âge, il ne voit pas où est le problème et les hommes s'en sentent beaucoup valorisés chez les patients... ils... on sent qu'ils vont parler à O très détendus, ils sont contents de le voir, ils parlent entre hommes et ça c'est une différence qu'on a vraiment (EIDE10).

Dans d'autres cas, la différence culturelle semble à l'origine d'une distance entre les soignantes qui complexifie l'"agir ensemble" et la cohésion du groupe: « *J'ai eu des moments difficiles quand je suis arrivée et donc [...] cela a été difficile de me faire accepter* » (EAS19). En revanche, elle ne semble pas retenir leur attention alors même qu'elle induit des comportements dans le travail de l'équipe. Pour comprendre ce travail

collectif et communicationnel, nous appréhendons l'équipe selon le point de vue de chacune des fonctions observées : les cadres de santé, les infirmières et aide-soignantes.

2 Un travail collectif revisité

Dans les échanges formels et informels, les soignantes évoquent leur travail comme étant une collaboration, notamment dans l'incontournable binôme constitué de l'infirmière et de l'aide-soignante. Or, les données de l'observation nous amènent à questionner ce discours.

2-1 Un "agir ensemble"

Appréhender le travail collectif de l'équipe soignante revient à identifier les formes de celui-ci, afin de comprendre la place occupée par la communication. Pour atteindre cette compréhension, nous nous intéressons aux activités en secteur d'hospitalisation, telles qu'elles se vivent par les soignantes.

2-1-1 Collaboration et/ou coopération soignante ?

« *C'est plus un travail en collaboration que d'équipe* » (EAS24) ; « *on est en binôme, on s'entraide beaucoup entre nous, ça fait une force de l'équipe* » (EAS4). Dans la vie professionnelle observée, ces deux termes ont une définition très proche faisant souvent l'objet de confusion, les deux mots étant employés l'un à la place de l'autre, sans nuance. Certaines soignantes disent travailler en collaboration, cependant nous observons parfois une forme de travail s'apparentant plus à une coopération que nous définissons.

Etymologiquement, cette dernière est « *l'action de participer avec une ou plusieurs personnes à une œuvre ou action commune, une aide ou entente entre les membres d'un groupe en vue d'un but commun* »⁵⁶⁷. Ce terme est emprunté au latin "*cooperatio*" qui désigne la « *part prise à une œuvre faite en commun* » (qui peut être différente selon les personnes, les métiers). « *C'est un travail d'équipe, faire le travail dans le même sens c'est important* » (EAS1). La coopération repose sur la division des tâches entre les participants dans un agencement logique pour atteindre l'objectif commun fixé. « *J'en tire profit quoi, des capacités de chacune, c'est intéressant, ça fait avancer...* »

⁵⁶⁷ Définition de coopération selon le CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/coop%C3%A9ration>, (consulté en ligne le 28/07/2013)

(EIDE9). Selon l'approche des SIC et de Bouzon (2004), la coopération repose sur la coordination des activités « *quand ces dernières sont distribuées entre les intervenants, ou l'animation quand elles sont co-réalisées* » (p.175)⁵⁶⁸. Les tâches sont mises en commun par juxtaposition de celles-ci mais la coopération dépasse cet agencement par le simple fait qu'elle s'insère dans les interactions. L'absence de consensus entre les participants peut alors laisser place à des « *accords de circonstances entre les acteurs* », chacun d'eux ayant sa part dans le travail à réaliser. A l'inverse de Bouzon, dans une vision plutôt managériale, Zarifian (1996)⁵⁶⁹ considère « *l'entente consensuelle* » comme indispensable à la performance des entreprises, sous l'angle de la créativité des salariés, reposant sur un langage organisationnel connu par eux et dont ils sont acteurs dans l'élaboration. Il décrit alors deux niveaux de coopération : faible (à chacun sa tâche et son domaine de responsabilité) et forte (travailler ensemble et communiquer) ce que certains cadres de santé s'efforcent de favoriser. Toutefois le risque d'erreur y est plus important du fait des phénomènes d'influence à l'œuvre dans ce mode de travail (Le Boterf, 1997)⁵⁷⁰.

Quel qu'il soit mon travail est toujours de bétonner, d'essayer d'organiser au mieux tout ce qui est logistique etc. ; pour dégager la pression... heu... mentale que peut avoir tout ça auprès des agents afin qu'ils donnent le meilleur, le meilleur soin possible (ECS13).

La collaboration quant à elle, est plutôt une « *participation à une œuvre commune, avec le concours d'un ou plusieurs collaborateurs* »⁵⁷¹. Dès 1829, elle désigne « *l'action de travailler avec quelqu'un* », empruntée au latin médiéval "*collaboratio-onis*", « *possession acquise par le travail commun* ». Pour les soignantes, cette collaboration apparaît plutôt cognitive dans le partage des savoirs, des compétences : « *On n'est pas trop d'une équipe pour réfléchir à comment faire pour que ça se passe dans les meilleures conditions possibles et pour le devenir (du patient)* » (EIDE4). L'étude d'Henri et Lundgren-Cayrol (2001)⁵⁷² sur l'apprentissage collaboratif dans le champ éducatif conforte notre point de vue. Elle met en évidence que celui-ci permet à

⁵⁶⁸ Bouzon, A., 2004, *Op.cit.*, p.175

⁵⁶⁹ Zarifian, p., *Travail et communication*, Paris, PUF, 1996

⁵⁷⁰ Le Boterf, G., *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris, Editions d'organisation, 1997

⁵⁷¹ Définition de collaboration selon le CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/collaboration>, (consulté en ligne le 28/07/2013)

⁵⁷² Henri, F, Lundgren-Cayrol, K., *Apprentissage collaborative à distance: faire comprendre et concevoir les environnements d'apprentissage virtuels*, Québec, Presses Universitaires de Québec, 2001

l'apprenant de construire ses connaissances dans un travail collectif avec ses pairs, un échange et un partage de compétences ce que nous constatons dans l'équipe soignante. Pour certaines cadres de santé, le travail collectif de l'équipe ne peut se réaliser que dans le respect des compétences et du positionnement affirmé de chaque membre. Il s'organise autour du malade et du groupe soignant, la cadre de santé se plaçant plutôt dans un accompagnement des professionnelles de santé « *Je me situe toujours dans le prendre soin d'une équipe...* » (ECS17), mais également les étudiantes en soins infirmiers et élèves aide-soignantes : « *Mon travail au quotidien, je peux le résumer, c'est un accompagnement dans un processus de professionnalisation* » (ECS2). Au-delà de la notion « *d'agir ensemble* », la collaboration se fonde sur une autonomie et une maturité des acteurs. Dans un effort intellectuel, un but et une signification partagés par les professionnelles, elle leur permet de progresser, d'atteindre les objectifs fixés tout en diminuant le risque d'erreur.

Un bon travail d'équipe autant avec les chirurgiens qu'avec les agents de services hospitaliers qu'avec les cadres de santé, c'est une équipe assez soudée [...]. On se retrouve, on se concerte, on est entre nous, on essaye de trouver des moyens... (EIDE2).

Collaborer sous-tend que les professionnelles aient l'engagement, la motivation de travailler et de faire ensemble, la volonté de s'impliquer, sans répartition *a priori* des rôles, par une coordination des tâches qui n'est autre que l'agencement des actions et l'ajustement des comportements de chacun : « *On ne travaille pas individuellement, c'est coordonné...* » (EAS20). Cette coordination est mise en œuvre dans une co-construction du collectif et de ses actions dans les interactions à l'œuvre entre les professionnelles : « *En situation de travail, une activité collective donnée correspond à la mise en œuvre d'un processus de coopération entre les opérateurs et d'un processus de coordination au niveau de leurs actions* » (Barthe, Queinnec, 1999, p.670)⁵⁷³. En outre, si la coordination organise les différents actes (de soins ou afférents) pour le groupe de soignantes, le prendre soin du malade nécessite celle des soignantes. Elles peuvent se sentir plus compétentes et productives ensemble que séparément, ce qui garantit la réussite de la collaboration (Robidoux, 2007)⁵⁷⁴ et donc du soin. Néanmoins

⁵⁷³ Barthe, B., Queinnec, Y., 1999, *Op.cit.*, p.670

⁵⁷⁴ Robidoux, M., *Collaboration interprofessionnelle*, Ecole en chantier, document de travail, université de Sherbrooke, (2007), pp.1-25, <http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>, (consulté en ligne le 09/05/2013),

la frontière entre la coopération et la collaboration est ténue pour les profanes dans le domaine. Selon les situations et les personnes, les soignantes sont dans un travail coopératif ou collaboratif. Elles interagissent en fonction de leurs compétences dans une répartition des tâches (coordination), associant une convergence des efforts (coopération), un engagement sur des objectifs et un sens partagés (collaboration). Cette collaboration devient un « *processus d'interaction entre les acteurs, la structure organisationnelle...* » (Robidoux, *Op.cit*, p.13)⁵⁷⁵, ce qui lui donne une dynamique, une logique de progression et une certaine chronologie.

Nous pouvons inscrire nos observations *in fine* dans la lignée des travaux de D'Amour *et al* (1999) qui placent les soignantes étudiées dans une collaboration interprofessionnelle. Ces auteurs la définissent à partir d'une étude au sein des services de santé au Québec et l'observation de trois équipes (petite enfance, maintien à domicile, consultations) :

La collaboration interprofessionnelle est un ensemble de relations et d'interactions qui permettent aux professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci (p.69)⁵⁷⁶.

Cela nous amène à nous interroger sur le moment où s'élabore la communication dans le processus collaboratif, ce que d'Amour *et al* (2003) mettent en évidence dans leurs travaux. Ils identifient trois degrés de collaboration : en action, en construction, en inertie, qui correspondent aux différents niveaux de celle-ci (de forte à faible). La communication influencerait ce niveau dans le fait même qu'elle nécessite « *respect mutuel et partage* » (*Ibid.*, p.16)⁵⁷⁷ ce que les soignantes expriment dans leur discours, dans les relations interpersonnelles et interdépendantes. Communiquer dans les interactions permet une structuration de l'action collective, prenant en compte les contingences et des contraintes de l'organisation.

La collaboration prend assise sur une régulation : des acteurs, des espaces professionnels, des interventions, des interactions et du « *processus d'interconnaissances* » que Friedberg définit comme « *l'ensemble des actions amenant*

⁵⁷⁵ Robidoux, M., 2007, *Op.cit.*, p.13

⁵⁷⁶ D'Amour, D, Sicotte, C, Levy, R., L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé, dans *Sciences sociales et santé*, Volume 17 Numéro 3,1999, (pp.67-94)

⁵⁷⁷ *Ibid.*, p.16

les individus à se connaître » (D'Amour *et al*, *Op.cit*, p.82)⁵⁷⁸. Elle apparaît compliquée dans le contexte économique que connaît l'hôpital. Elle repose sur la relation d'interdépendance entre les éléments du système (Wacheux, Kosmerelli Asmar, 2007)⁵⁷⁹ qu'ils soient organisationnels, interpersonnels et systémiques, ce que complexifie le contexte de métissage des équipes soignantes. Nous nous intéressons à leurs rapports de travail et à l'influence qu'ont ces derniers sur les actes communicationnels.

2-1-2 Des individus à la cohésion... l'engagement du groupe

Les soignantes paraissent coopérer plus qu'elles ne collaborent. Les tâches sont juxtaposées, mises en commun, centrées sur le malade, néanmoins ce qui pourrait en faire une collaboration reste peu visible. Vis-à-vis du groupe soignant, Hedoux introduit l'idée d'une communauté, reposant sur des attentes de comportements issus de coutumes, de valeurs partagées (2002)⁵⁸⁰ menant vers une cohésion de celui-ci « *Si tu arrives à bien connaître ça*⁵⁸¹, *tu peux faire d'une manière, d'une façon heu... comme une alchimie quoi, pour pouvoir manager une équipe* » (ECS7). Cela demande une connaissance des membres pour identifier, comprendre et ajuster les comportements, ce que le métissage des équipes de soins complexifie dans la diversité des approches, des interprétations qu'il génère.

C'est tout le travail qu'a à faire le soignant avec sa propre histoire, ses propres croyances [...] alors la croyance là-dedans, il s'agit pas de la croyance religieuse mais de concept, d'évènements qui nous ont forgé dans notre vie et qui font que l'on est dans telle ou telle posture face à la souffrance du patient... (ECS17).

La socialisation communautaire est une forme ancestrale qui présuppose un groupe d'appartenance reposant sur la croyance dans l'existence d'une communauté, reproduite à l'identique au cours de générations. « *Pour bâtir une équipe, on ne peut travailler que sur des valeurs communes [...] les croyances, oui, elles interfèrent...* » (ECS5). Elle

⁵⁷⁸ D'Amour *et al*, 1999, *Op.cit.*, p.82

⁵⁷⁹ Wacheux, F, Kosmerelli Asmar, M., Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire, dans *Conférence internationale en management, Beyrouth, Liban 2007*, (pp.1-19), http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article_3fevfinal.pdf, (consulté en ligne le 09/04/2013)

⁵⁸⁰ Hedoux, J., Dubar (Claude) la crise des identités, l'interprétation d'une mutation, *Revue française de pédagogie*, Volume 139, 2002, (158-162)

⁵⁸¹ Ça : les qualités et défauts de la personne

s'élabore sur un emboîtement, une famille, une ethnie... mais aussi sur l'appartenance professionnelle, avec ses propres codes et valeurs ce qui peut s'identifier à une communauté de pratique (cf. 2-3).

Dans la catégorie des groupes primaires, l'équipe est une variété originale qui ajoute à la cohésion socio affective et aux relations interpersonnelles de face à face, une caractéristique supplémentaire : celle de la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui sera l'œuvre commune (Mucchielli, 1996, p.9)⁵⁸².

Au sein de la communauté soignante sont mêlées simultanément les conduites, les normes et valeurs issues du groupe professionnel et du groupe social et/ou familial :

Il y a une formation commune, toutes les aide-soignantes, toutes les infirmières, toutes les soignantes en général, bon il y a une partie aussi qui est en nous qu'on ne maîtrise pas qui vient de notre culture, de nos croyances, de nos croyances religieuses, de notre façon de voir la maladie, de notre façon de voir la mort, de notre façon de relativiser, d'appréhender la douleur... (EAS18).

Devenue métissée, la communauté entretient les normes, les conduites et les valeurs du groupe professionnel, néanmoins elle intègre celles issues de la diversité, du métissage qui influencent le partage, les échanges, la communication entre les membres. Dans une étude des rencontres dans le cadre d'un hôpital psychiatrique, Goffman (2013) s'intéresse à analyser les comportements des individus en interaction et notamment dans les lieux publics. Cet auteur différencie alors les interactions en deux catégories : non focalisée et focalisée. Sur cette dernière repose la coopération des individus. En revanche, elle introduit l'engagement dans une dimension non focalisée, dans « *l'entrée en présence immédiate les uns des autres dans des circonstances où il n'est pas exigé d'eux qu'ils communiquent par la parole...* » (Goffman, 2013, p.31)⁵⁸³. Il caractérise l'engagement des personnes en situation selon qu'il soit dominant ou subordonné et note que les échanges non verbaux l'influencent. En outre le partage des connaissances se trouve renforcé par la cohésion élaborée par la communauté.

Dans la lignée des travaux de Festinger dans les années 1950, pour qui la cohésion n'est autre qu'une « résultante de forces », les chercheurs donnent aux membres du groupe un rôle majeur au travers de « *l'évaluation positive faite par eux-mêmes et leur motivation*

⁵⁸² Mucchielli, R., 1996, *Op.cit.*, p.9

⁵⁸³ Goffman, E., 2013, *Op.cit.*, p.31

à rester au sein de ce groupe » (Janis, 1972)⁵⁸⁴. En 1982, alors qu'il étudie les équipes sportives, Carron l'assimile à une démarche dynamique unissant les membres vers l'objectif et maintenant le lien social alors que Landry (2007) fait de la cohésion un produit des interactions groupales :

La cohésion groupale est la résultante du processus affectif qui se développe dans l'interaction groupale par la traversée réussie de chacune des étapes de l'évolution du groupe restreint dans ses trois zones dynamiques, ce passage se traduisant par l'émergence des sentiments de sécurité, de confiance et d'affection, de plus en plus grands chez tous les membres, lesquels suscitent des sentiments d'appartenance au groupe, d'engagement et de solidarité, de même que le sentiment groupal de l'unité de groupe (Landry, 2007, p.288)⁵⁸⁵.

« J'ai la primauté d'être la mémoire du pôle, donc voilà, après mon expérience et mon âge, elles m'appellent "le sage" » (ECS1). Cette mémoire est directement liée à la personne, à son identité personnelle et professionnelle. Pour le groupe, elle prend toute son importance dans une situation de métissage où se mêlent les histoires, les cultures, les projets, les valeurs, les connaissances... lesquels semblent influencer sur les processus et les organisations. Les savoirs multiples sont la propriété du groupe (soignant) et servent à la compréhension, à l'amélioration des pratiques, à la qualité des prestations de soins. Si nous confrontons la définition de Landry, au groupe soignant étudié en situation de métissage, celle-ci nous interroge dans sa réalité au quotidien pour chacun des membres. L'auteur intègre la dimension affective à la cohésion. Elle évoque l'émergence de la confiance et de l'affection alors même que Mercadier et Roux dénotent cet "émotionnel empêché", cette invisibilité de l'affect dans les interactions soignantes nécessaire au maintien « du professionnalisme ».

L'interculturalité... enrichissement et difficulté, enrichissement car on s'ouvre sur différentes façons de voir, des visions différentes, de se comporter aussi et difficulté car comment relier tout ça avec notre propre culture, comment faire que quelque chose permette de construire quelque chose ensemble [...] mais difficile de travailler avec quelqu'un qui a une façon différente de penser, d'agir... (ECS2).

La place de l'affect n'est pas perçue de la même façon selon les auteurs et les études. En revanche, pour Maisonneuve, la « notion de cohésion est centrale dans les groupes

⁵⁸⁴ Janis, I. Cité par Landry, S., dans *Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints*, Québec, Presses universitaires de Québec, 2007

⁵⁸⁵ Landry, S., 2007, *Op.cit.*, p. 288

restreints » (1993, p.21)⁵⁸⁶, elle est la "force" qui maintient l'ensemble des éléments du groupe (le système), le sentiment de « *l'être ensemble* ». Toutefois, nous questionnons l'existence de ce dernier alors qu'une hiérarchisation prégnante vit au quotidien, le sentiment de subordination prévalant sur « *l'être ensemble* » dans une interdépendance des membres.

2-1-3 Une interdépendance multiple des soignantes

L'individu est positionné dans plusieurs états qui le rendent dépendant des autres individus, ce que Sichman *et al* (1994)⁵⁸⁷ développent dans la théorie de la dépendance. Soit la personne ne sait pas faire et est donc tributaire de quelqu'un d'autre ; soit elle ne possède pas les ressources nécessaires pour faire ou ne connaît pas le "plan" établi pour réaliser l'action ; soit elle n'est pas reconnue par l'autre comme étant en capacité de faire ou autorisée à faire : « *Ce n'est pas une arabe qui va me donner des ordres* » (ECS18) ; soit elle est capable de faire mais n'a pas la possibilité, en est empêchée (croyances par exemple) :

On est influencé par sa culture... oui je sais que moi j'ai eu, j'ai encore des difficultés avec la toilette mortuaire... par rapport à la manière dont on m'a élevée aussi, quoi, on a toujours eu peur des morts... par rapport à des superstitions... (EAS14).

Associant cette théorie au groupe restreint que nous étudions, nous pouvons soutenir que les aide-soignantes se situent dans un état de dépendance vis-à-vis des infirmières. Celui-ci est dû à la fois par l'absence de connaissances lié à une formation de niveau différent et la "non permission" de pratiquer certains soins, pour lesquels elles ne sont pas habilitées officiellement. Envisager le travail en commun instaure de fait la présence de contraintes à la fois interpersonnelles et institutionnelles. Ces dernières reposent sur des normes dites sociales. Désobéir à la règle est une désobéissance à l'autorité établie et expose l'individu à une sanction. Les normes sociales se décomposent en règles mais aussi en "vraies normes", lesquelles sont les croyances communes partagées, les valeurs.

⁵⁸⁶ Maisonneuve, J., *La dynamique des groupes*, 10^e édition, Paris, PUF, 1993

⁵⁸⁷ Sichman, J-S, Demazeau, Y, Conte, R, Castelfranchi, C., Un mécanisme de raisonnement social fondé sur des réseaux de dépendance, *actes des 2^e journées francophones IAD et SMA* à Voison, France, pp. 131-142, (Mai 1994), <http://www.lti.pcs.usp.br/scriptLattesV8.06/lti/artigos/1994/SICHMAN%20-%20Un%20m%C3%A9canisme%20de%20raisonnement%20social%20fond%C3%A9%20sur%20des%20r%C3%A9seaux%20de%20d%C3%A9pendence.pdf>, (consulté en ligne le 09/05/2013)

Les relations interpersonnelles dans le groupe restreint métissé influencent les interactions et ajoutent à la dimension d'interdépendance et de complémentarité. Des « *pressions de conformité* » obligent les membres à se conformer aux normes du groupe et les exposent à des sanctions « *groupales* » en cas de déviance (refoulement des modes de pensée du groupe et de ses attitudes) ou de marginalisation (comportements différents de ceux attendus par le groupe), se manifestant par des railleries, des moqueries, des formes de mépris et une exclusion (Landry, 2007)⁵⁸⁸. Dans leur discours, les soignantes évoquent ces sanctions groupales au travers des propos, en lien notamment avec leurs valeurs : « *C'est pas les mêmes comportements, ce n'est pas les mêmes valeurs au travail [...]* » (ECS12) ; leur identité personnelle : « *Appelez-moi l'esclave [...]* demandes à la blonde elle vous expliquera [...] » (EIDE2) ; « *On en a une, moi elle me marre, elle est rigolote, parce qu'elle sort du bled quoi, on le voit* » (EAS26) ; leur identité professionnelle : « *Quelque fois je vois les regards, elle est infirmière ou quoi, qu'est-ce qu'elle fait là [...]* elle est pas ASH [...] » (EIDE3). Nous reviendrons sur ce métissage dans le chapitre 2 et ce qu'il fait émerger au travers des actes communicationnels.

2-2 L'équipe de soin

Les soignantes œuvrent au quotidien dans un travail collectif et une unicité pour dispenser au malade des soins adaptés et personnalisés, témoignant d'une « *intentionnalité commune vers un but collectif accepté* » (Mucchielli, 1996, p.7)⁵⁸⁹. En ce sens elles constituent une équipe voire un groupe restreint tel que nous l'avons défini précédemment. La synergie des membres est favorisée. Ils se connaissent dans leur rôle mais aussi dans leur talent et cela permet une mobilisation des ressources en fonction des situations dans un « faire ensemble ».

Cependant, l'individu continue d'exister au sein de ce collectif tout en construisant des interactions (*Ibid.*)⁵⁹⁰ et en participant à la cohésion du groupe : « *Ça touche la cohésion de l'équipe parce que tu bouges un ou deux éléments t'as toute la cohésion qui change [...]* » (ECS5). L'équipe devient cet espace communicationnel, véritable lieu

⁵⁸⁸ Landry, S., 2007, *Op.cit*

⁵⁸⁹ Mucchielli, R., 1996, *Op.cit.*, p.7

⁵⁹⁰ *Ibid.*,

d'échanges entre les membres du groupe, lieu de co-construction de sens et de co-production de l'action collective.

2-2-1 L'équipe... espace de communication contrôlé

L'équipe soignante est un espace de communication où l'expression et l'écoute peuvent être perçues comme libre et sans jugement. Toutefois, nos observations et les propos recueillis auprès des soignantes démontrent l'inverse notamment à l'égard des aide-soignantes. Comme nous avons pu l'observer pendant la relève, les infirmières contrôlent l'espace communicationnel et la parole. Ce que Perrenoud (1996)⁵⁹¹ identifie à la relation de pouvoir, dont la présence apparaît à la fois inévitable et prohibée dans le travail collectif et les tâches coopératives. Cette relation va au-delà du "leadership" dans le fonctionnement de l'équipe, qui selon une approche managériale donne à l'un de ses membres un avantage sur les autres et de fait, lui concède une autorité sur le groupe.

Dans une approche communicationnelle, nous retenons que le leadership requiert les « habiletés de communication qui sont centrales » qui semblent dévolues à l'infirmière, visant à « *exprimer une représentation de la réalité de manière à réduire la complexité du contexte social et informationnel et à orienter l'action du groupe* » (Mongeau, Saint-charles, *Op.cit.*, p.266-267)⁵⁹². Bien que les aide-soignantes soient sous l'autorité des infirmières dans une fonction hiérarchique, cela n'exclue pas la présence de leaders au sein du groupe et de la fonction.

Selon Aubé (2009)⁵⁹³ l'équipe répond à trois critères : l'interdépendance des membres, une responsabilité collective de la production des biens et des services, une durée de vie indéterminée. Dans l'espace de communication que constitue l'équipe, le leader dans sa position et ses attributs contribue largement à l'animation de celui-ci. Ce qui n'est pas sans rappeler la communication interactionniste développée par les chercheurs du collège invisible de Palo Alto dans une approche systémique.

⁵⁹¹ Perrenoud, P., *Pouvoir et travail en équipe*, pp.19-39, (1996), http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1996/1996_10.html, (consulté en ligne le 08/04/2013)

⁵⁹² Mongeau, P, Saint-Charles, J., 2011, *Op.cit.*, p.266-267 (en référence à Weick, 1969 ; Barge, Hirokawa, 1989)

⁵⁹³ Aubé, C, Rousseau, V., Des équipes de travail efficaces, ce qu'il faut faire et ne pas faire, *Revue Internationale de Gestion*, dossier équipes de travail, 2009/2 *Volume.34*, Montréal, HEC, (60-67)

2-2-2 L'équipe... un système complexe

L'équipe soignante s'apparente à un système complexe (Bertalanffy, 1993)⁵⁹⁴ et d'actions intermédiaires qui déterminent l'organisation. Comparée au système d'informations, elle se trouve à la croisée de la remontée de celles-ci vers l'encadrement de proximité et l'équipe médicale. Elle effectue aussi la transmission des informations vers le malade (informations descendantes dont elle assure la traduction), sa famille et autres intervenants (Le Moigne, 1977)⁵⁹⁵. Ce qui la place souvent dans cette relation "mensongère" étudiée par Fainzang (2009) où les soignantes se sentent en "porte à faux" vis-à-vis des malades et de leur famille. Nous observons clairement cette position d'interface durant notre enquête.

Ce système complexe d'actions permet de rendre compte des phénomènes relationnels et décisionnels ce que Simon en 1958 démontre dans la théorie de la conception. Il y qualifie la décision "d'intelligente" que nous interprétons comme le produit du système où chaque intermédiaire intervient (réflexion collective). « *On n'est pas trop d'une équipe pour réfléchir à comment faire pour que ça se passe dans les meilleures conditions possibles et pour le devenir* » (EIDE4). En outre, les interactions et l'incertitude en sont le fondement, elles participent dans la prise de décision et donc la mise en œuvre de l'action : « *Je pense qu'on se complète en équipe, on a besoin de l'autre pour travailler...* » (EAS2). Dès lors, chacun des membres du groupe restreint apparaît nécessaire au bon déroulement des actions.

La standardisation c'est pour moi un ensemble de procédures, mais ce n'est en aucun cas des processus. La standardisation peut s'appliquer à une machine dont il faut visser les boulons dans un certain ordre selon un plan, c'est applicable à l'aéronautique. Quand on traite de l'humain, c'est comme si tu essayais de fixer un boulon mou, sur une machine mouvante et sans tenue ! Vas attraper le boulon toi ! (ECS3).

Hormis les contraintes et le lien hiérarchique prégnant que nous avons évoqués, le système hospitalier intègre aujourd'hui une normalisation, une standardisation des pratiques dans son organisation, qui ne sont pas sans poser des difficultés à l'équipe soignante dans son fonctionnement et ses interactions (cf. chapitre 3) confrontant standardisation et métissage dans le travail collectif des soignantes.

⁵⁹⁴ Bertalanffy (Von), L., *La théorie des systèmes*, Paris, Dunod, 1993

⁵⁹⁵ Le Moigne, J-L., *La théorie du système général : théorie de la modélisation*, Paris, PUF, 1977

L'équipe soignante apparaît plutôt comme un groupe restreint, un système complexe animé des interdépendances et des interrelations entre chacun des membres. Elle est aussi un espace de communication hiérarchique et discriminant, lequel contraint et règle l'expression des soignantes. Cette approche nous questionne dans la vision que nous pouvons en avoir : une communauté de pratiques.

2-3 Une communauté de pratique"s"

La communauté de pratique est issue des théories de l'apprentissage et d'une réflexion à propos de la place des connaissances dans les organisations. Plusieurs auteurs ont élaboré leur définition, mettant cependant en avant la dimension "pratique" plus que "communauté". Nos observations nous amènent à considérer les soignantes telle une communauté de pratique"s" du fait de la pluralité de celles-ci.

2-3-1 Un lien communicationnel et cognitif

Dans la lignée des travaux d'auteurs comme Wenger, Mc Dermott et Snyder en 2002, Bourhis et Tremblay en 2004, nous rappelons que si la communauté est appréhendée par Hedoux (2002)⁵⁹⁶ comme une groupe dont les attentes sont des comportements issus de coutumes et de valeurs partagées ; la communauté de pratique y ajoute l'expertise ou une profession semblable. En outre, les membres manifestent la volonté de partager, d'échanger autour d'un intérêt et/ou projet commun : « *J'en tire profit quoi, des capacités de chacune, c'est intéressant, ça fait avancer...* » (EIDE9). Pour cela, ils s'inscrivent dans un apprentissage collectif producteur de pratiques propres à la communauté (Wenger, 2005)⁵⁹⁷ ce qui est le cas dans les équipes étudiées.

Selon Tremblay (2005), les membres sont liés par les connaissances qu'ils partagent et développent, accroissant le savoir du groupe dans son ensemble. « *La rencontre de l'autre au sens large, l'élève, la collègue, toute confrontation au sens positif du terme...* » (ECS2). Ce lien est relativement stable contrairement à l'équipe, qui pour cette auteure est axée sur l'objectif, le résultat à atteindre et est de nature plutôt temporaire : « *... le savoir, l'activité et les relations sociales sont interreliés et qu'ils*

⁵⁹⁶ Hedoux, J., 2002, *Op.cit.*

⁵⁹⁷ Wenger, E., *La théorie des communautés de pratique, apprentissage, sens, identité*, Gervais, F (Trad), Québec, Les Presses Universitaires de Laval, 2005

fournissent la ressource permettant de générer le "sens de la communauté" » (Tremblay, 2005, p.695)⁵⁹⁸. L'expression se réalise dans les connaissances et la communauté se place alors comme « soutien » dans l'apprentissage et la collaboration. Il est alors nécessaire pour les membres d'utiliser un même langage compréhensible par tous et de manifester l'ouverture aux autres permettant l'accroissement du savoir. Bien que nous apparaissant comme une évidence au premier abord, comparer l'équipe soignante à une communauté de pratique reste cependant à démontrer, notamment si nous considérons cette équipe dans sa globalité. Nous observons des éléments en faveur d'une communauté de pratique plutôt corporatiste (infirmière) excluant de fait les aide-soignantes dont le niveau de connaissances est différent et inférieur à celui des infirmières. Celui-ci est en lien avec la formation initiale, parfois le niveau scolaire et le parcours professionnel.

Des moments d'échanges autres que la relève, pouvant être propices au développement de cette communauté de pratique, ne semblent pas formalisés au sein des unités de soins. *« On est pris dans le quotidien on a à peu près tous le même, il n'y a pas de moments où on se pose ensemble et ça c'est dommage » (ECS11). Si nous considérons les infirmières, nous sommes face à un groupe de personnes de profession semblable. Elles manifestent la volonté de communiquer dans le partage, l'échange autour du projet de soins et de vie du malade. Cette même volonté se manifeste chez certaines aide-soignantes interviewées. L'apprentissage est collectif et continu puisqu'il réside dans les interrelations entre les professionnelles, les étudiantes et élèves, ce que nous observons durant notre travail de recherche. En outre ces interrelations s'opèrent également avec les aide-soignantes. « C'est passionnant d'être à l'affût de ce qui se passe et de comprendre, et de gérer... » (ECS9). Ce qui fait référence à la théorie de la cognition distribuée traitée en amont dans ce travail. La cadre de santé se trouve en position d'animer, de gérer cette communauté de pratique dans sa dynamique et son évolution : elle « est un médiateur, un facilitateur, c'est une personne de communication qui permet des choses, qui devrait être un moteur... » (ECS15).*

Certaines infirmières expriment néanmoins l'importance que revêt pour elles le "sens commun" dans la conception du soin, la réflexion, le questionnement et l'action collective du groupe : *« d'avoir les mêmes pratiques, les mêmes heu... on va dans le*

⁵⁹⁸ Tremblay, D-G., Les communautés de pratique : quels sont les facteurs de succès ?, *Revue internationale sur le travail et la société*, Volume 3, Numéro 2, octobre 2005, (692-722)

même sens toute l'équipe, on a... on travaille ensemble » (EIDE9) ; « Ce qui est important dans l'équipe pour moi, je trouve, la philosophie du soin, [...] on se pose beaucoup de questions autour de ça... (EIDE10).

L'individu qui intègre la communauté est influencé par cette dernière. Il s'en approprie la culture identitaire, participe et remplit des tâches de plus en plus complexes jusqu'à devenir professionnel à part entière : « *Je ne le fais pas parce que j'ai envie de le faire ou qu'il faut le faire, c'est parce que derrière il y a une logique, il y a une raison, il y a un sens... » (EIDE1).* La participation est d'abord périphérique puis elle peut devenir complète au gré des observations, de l'intégration. « *A l'instinct (rire) bon après t'as des situations qui te font... qui te font réagir... tu observes, tu écoutes, tu es là sans être là mais tu es là sans t'imposer mais tu traines... » (ECS14).* La présence de la cadre au sein du groupe permet à celui-ci d'être vigilant, de réfléchir aux actions et à leur portée, favorisant le développement et le partage des connaissances : « *Pour le bien commun (rire), pour le bien commun, j'agis parce que je suis là pour ça... mais on a tellement d'actions à entreprendre simultanément en même temps... » (ECS13).* L'entreprise commune est alors le résultat d'un processus collectif de négociation entre les membres du groupe « *La solution se trouve ensemble » (ECS16)* et elle est définie par les participants en cours du processus : « *C'est la décision et avant la décision c'est l'analyse fine de ce qui se passe » (ECS17).* Selon Wenger (2005)⁵⁹⁹ la communauté est liée à la pratique et repose sur l'engagement mutuel de ses membres (*mutual engagement*), sur une entreprise commune (*joint enterprise*) et un répertoire partagé (*shared repertoire*) ce que certains propos de soignantes nous permettent de mesurer : « *Le partage et dans le partage forcément tu as la communication... partage, échange, soutien c'est ce qui fait grandir, voilà, c'est une dimension que je trouve très immense dans le soin » (ECS18).* Ce qui nous amène à interroger cet espace de communication communautaire.

2-3-2 Une communauté de pratique soignante : espace de communication

Selon le modèle décrit par Tuckman en 1965 s'intéressant au travail d'équipe, quatre phases amènent à la constitution d'une communauté de pratique : « *forming, storming,*

⁵⁹⁹ Wenger, E., 2005, *Op.cit.*

norming, performing » (Reffay, Chanier, 2005)⁶⁰⁰. Tout d'abord, le groupe se forme, les individus apprennent à se connaître, s'affrontent et dès lors, le groupe peut être constructif et/ou destructif : « *Je me sens appartenir à cette équipe, ouai... je me sens bien, c'est une construction depuis que je suis là...* » (ECS4). Ensuite le groupe fonctionne, les individus sont dans leur rôle « *L'analyse de ce qui se passe, la prise de recul...le sens, le vrai sens des mots qui ont été dits...* » (ECS8) , à leur place et enfin les individus sont mis en situation ; « *Les interrogations, les... je crois que c'est se poser des questions, réfléchir, essayer de donner du sens à ce que l'on fait, avancer en se questionnant, en se disant... en se posant des questions...* » (ECS10). L'étape finale est celle qui permet de créer les valeurs collectives, utilisant les avantages fournis par chaque membre du groupe, ce qui nous questionne en contexte de métissage dans la diversité de traduction des situations.

Je me sens bien dans mon équipe... je me dis que je vais passer une bonne journée même si je sors exténuée des fois où cela a été dur...parce que j'ai travaillé avec des gens qui ont la même vision que moi (EIDE4).

L'évolution de la communauté de pratique semble reposer sur l'engagement, la coordination et la communication. Elle « *se caractérise par l'existence d'un collectif où se produit le partage des connaissances dans le cadre d'interactions répétées* » (Giroux, 2007, p.159)⁶⁰¹ entre des membres présentant des préoccupations semblables. Selon Gherardi *et al* (1998) « *dans leur pratique, les membres développent au fil du temps, des relations interpersonnelles qui concourent au maintien d'un sentiment de communauté, au développement d'une identité commune* » (Giroux, 2007, p.167)⁶⁰². Lieu de communication, elle se fonde sur les interactions mutuelles, les échanges de savoirs et de compétences, lesquels permettent à la communauté de se développer, de s'enrichir, « *les communautés de pratique peuvent être considérées comme des histoires partagées d'apprentissage*» (Wenger, 2005, p.97)⁶⁰³.

⁶⁰⁰ Reffay C, Chanier, T., *Approche minimaliste de la formation d'enseignants du supérieur au rôle de concepteur-tuteur de cours en ligne*, pp.1-31, rapport du laboratoire LIFC, 17/06/2005, http://hal.inria.fr/docs/00/13/31/43/PDF/EduticeReffayChanier050617_v2.pdf, (consulté en ligne le 08/04/2013)

⁶⁰¹ Giroux, N., *Le nouage des savoirs en organisation*, dans Bouzon, A. (Dir), *La communication organisationnelle en débat, champs, concepts, perspectives*, Communication des Organisations, (pp.159-189), Paris, L'Harmattan, 2007

⁶⁰² *Ibid.* p.167

⁶⁰³ Wenger, E., 2005, *Op.cit.*, p.97

Nous référant au modèle de Tuckman, nous pouvons envisager l'équipe soignante telle une communauté de pratique centrée sur la profession d'infirmière ce que nos observations mettent en évidence : un même cœur de métier, des activités de soin, des pratiques remises en question dans le cadre d'un apprentissage, d'une formation continue. L'enrichissement du savoir se réalise dans le partage collectif au travers des interactions et des communications (orales, posters, publications) lors de journées thématiques, de colloques, de séminaires. Les infirmières organisent des congrès, interviennent dans d'autres (nationaux, internationaux). Les thématiques sont générales ou spécifiques (congrès des infirmières de bloc, anesthésistes, de dialyse-néphrologie-transplantation, gériatrie, soins palliatifs...) et mettent en valeur les travaux des équipes de soins (travaux de recherche), à titre collectif ou individuel (pour exemple : la première journée francophone de recherche en soins (Angers les 11 et 12 avril 2013) ; la troisième journée de recherche interrégionale paramédicale (Toulouse le 29 novembre 2013)). En 2015 aura lieu la 20^e journée scientifique soignante, organisée annuellement par la direction des soins de l'établissement enquêté. La communication des résultats aux pairs peut contribuer au développement du savoir et de la communauté de pratiques (d'un ensemble de pratiques soignantes, générales et spécifiques). Le Secrétariat International des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone (SIDIIEF), créé en 2000 participe activement à un réseau et à des manifestations professionnelles. Cet apprentissage et/ou perfectionnement est destiné aux professionnelles en poste mais aussi aux étudiantes en stage. Chaque membre se positionne comme "apprenant" et s'intéresse au sens et à la pratique. Le nouvel arrivant construit sa propre identité professionnelle. Il acquiert les pratiques au regard des exigences du métier, en lien avec la réglementation et les valeurs portées par le collectif :

Nombreux auteurs identifient l'apprentissage comme l'objectif majeur des communautés. Cohendet et al (2003) présentent une typologie à cet égard. Ils affirment que les communautés visent à permettre l'apprentissage par le travail (learning in working), alors que le travail en équipe viserait plutôt l'apprentissage par l'interaction et le groupe fonctionnel permettrait l'apprentissage par les tâches (learning by doing) (Tremblay, 2005, p.698)⁶⁰⁴.

La communauté de pratique renforce les acquis issus de la formation initiale et continue, la connaissance collective se développant en situation de travail, dans les interactions

⁶⁰⁴ Tremblay, D-G., 2005, *Op.cit*, p.698

des soignantes. Elle est un produit du groupe dont le stock est alimenté en interne et en externe à l'institution (Allegre, Andreassan, 2008)⁶⁰⁵. Les participants suivent des objectifs qui « *touchent habituellement l'échange, le partage de l'information et des savoirs, une meilleure utilisation des ressources délocalisées, de même que la création d'une mémoire collective, des objectifs qui relèvent principalement du partage des connaissances* » (Gramaccia, *Op.cit.*, p.716)⁶⁰⁶. En outre, le partage des connaissances se construit dans l'espace de communication et d'apprentissage que celle-ci représente notamment pendant la relève qui est un moment d'échanges :

Moi je pense, on l'a souvent dit, je pense aux transmissions, après ça va être quand on va mettre les choses en place dans le service... les imprévus, les priorités aussi ça joue beaucoup, on communique tout le temps, on parle beaucoup... on a besoin de l'avis des autres, de passer l'information entre nous...(EAS6).

Les différents échanges observés en cours d'actions entre les professionnelles, que ce soit à titre d'avis, de précision, de conseil, d'information, d'apprentissage ou autre, participent à la transmission et l'accroissement des connaissances et du savoir. Ils contribuent au développement des compétences des membres de la communauté, dans le partage des différentes pratiques et d'un répertoire composé des éléments unissant celle-ci, ce que peut complexifier le métissage par la diversité qu'il amène. Nous attestons d'une communauté de pratique's"soignante intégrant la pluralité de celles-ci.

2-3-3 Une communauté de pratique's" reconnue et inter reliée

Quand nous sommes membres à part entière d'une communauté de pratique, nous sommes en terrain familier, nous pouvons nous comporter de façon compétente, nous nous sentons compétents et reconnus comme tels. Nous savons comment nous engager avec les autres. Nous saisissons pourquoi ils font ce qu'ils font parce que nous comprenons le sens de leur entreprise (Wenger, p.170)⁶⁰⁷.

Se sentir compétent et reconnu comme tel conforte l'appartenance à la communauté de pratique nous dit Wenger. Certaines soignantes expriment ne pas se sentir reconnues « *De mes pairs, j'attends, j'attends un peu de reconnaissance, de voilà... de la communication d'égal à égal...* » (ECS14). Elles attendent cette reconnaissance ainsi

⁶⁰⁵ Allegre, C-B, Andreassan, A-E., *Gestion des ressources humaines : valeur de l'immatériel*, Bruxelles, De Boeck, 2008

⁶⁰⁶ Gramaccia, G., 2001, *Op.cit.*, p.716

⁶⁰⁷ Wenger, E., 2005, *Op.cit.*, p.170

que le développement de compétences professionnelles jugé nécessaire pour les membres de la communauté, ce qui passe par un travail et une réflexion collective :

« *Que ce soit des soignants, de bons soignants, avec les compétences attendues...* » (ECS2). Pour d'autres, il est souhaitable que les membres témoignent d'un engagement professionnel, fondé sur des valeurs humanistes : « *Qu'on puisse être capable de soigner tout le monde, de les prendre en charge de la même manière...* » (ECS18).

La communauté soignante évolue dans ses pratiques au cours des années, grâce aux progrès de la médecine, aux innovations. Toutefois, elle ne peut être dissociée de l'organisation "hôpital", les soignantes ne peuvent pas travailler seules, indépendamment des autres intervenants qu'ils soient médicaux ou non médicaux. Ce qui fait de l'hôpital une organisation composée d'une « *constellation de communautés de pratiques* » (*Ibid*)⁶⁰⁸ interconnectées les unes aux autres, avec des frontières temporelles et spatiales auxquelles les soignantes s'adaptent. Les connexions entre les communautés reposent sur ce que Wenger appelle les « *objets frontières* » (*boundary objects*) et les individus « *courtiers* » (*brokers*), le courtage étant « (...) *le recours à la multi appartenance pour transférer les éléments d'une pratique vers une autre pratique* » (Chanal, 2000)⁶⁰⁹, le mode de la relation d'une communauté de pratiques vers l'extérieur. Par exemple, un des objets frontières est le soin par le toucher, le massage et les courtiers sont les infirmières, les aide-soignantes, les masseurs-kinésithérapeutes... Les formations pluridisciplinaires permettent un transfert dans les pratiques selon les fonctions (Pour exemple, des transferts d'actes médicaux vers les infirmières, transfert de compétences). C'est le cas aujourd'hui des pratiques avancées, se référant à la « *advanced nursing practice* », terme anglo-saxon qui apparaît dans les années 1960. Si la communauté de pratiques se développe et enrichit son savoir dans une démarche volontaire et commune, les pratiques avancées émergent néanmoins en contexte de pénurie médicale et d'évolution dans le domaine de la technologie et de l'innovation. L'infirmière formée et spécialisée est alors habilitée à dispenser des soins dans le domaine du diagnostic et de la prescription, avec une supervision médicale. Les

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p.170

⁶⁰⁹ Chanal, V., *Communautés de pratique et management par projet, à propos de l'ouvrage de Wenger(1998) communities of practice : learning, meaning and identity, M@n@gement, Volume 3, Numéro1, pp.1-30, (2000), <http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/staf11/0304/Chanal.pdf>, (consulté en ligne le 05/06/2013)*

pratiques peuvent s'en trouver modifiées dans le déplacement des valeurs qui les animent. Alors les communautés de pratiques passent « *de la communauté de pratique émergente à la communauté de pratique délibérée. Les acteurs sont à ce moment-là, mobilisés par des incitatifs habituels de l'organisation (rémunération, statut, etc.) ils sont alors unis par des liens contractuels* » (Giroux, 2007, p.171)⁶¹⁰. C'est ainsi que les mouvements sociaux des infirmières spécialisées ont amenés une révision de la législation, reconnaissant leur diplôme d'état (notamment les infirmières anesthésistes) à un niveau master, bénéficiant d'une revalorisation salariale. En ce qui concerne les aide-soignantes, après avoir obtenu la reconnaissance d'un diplôme d'état aide-soignant, ces professionnelles sont en recherche d'une certaine autonomie dans leur exercice du rôle propre infirmier. Une manière semble-t-il, de se soustraire en partie, à la subordination à l'infirmière. Cette mouvance qui anime le corps professionnel soignant peut modifier l'essence même de la communauté de pratiques et l'émergence d'une intelligence collective qui nous interpelle dans sa définition et son élaboration (collective, relationnelle, systémique).

Le métissage et la dimension interculturelle sont rarement évoqués comme étant problématique. Or nos observations montrent pourtant à quel point ils sont présents dans le quotidien des soignantes et influence le groupe et/ou la communauté de pratiques soignante. Ils apparaissent "clandestins", non comme des composantes cachées sciemment "dans et par" le collectif, mais plutôt comme la non prise en compte de l'importance de celles-ci ce que nous cherchons à mettre au jour et comprendre.

3 Des équipes "métissées" questionnées...

Le travail en équipe apparaît comme nécessaire pour les soignantes, assimilé spontanément à la collaboration. Si tentée de corroborer ces propos en tant que cadre de santé, dans notre position de chercheur, il convient d'éclairer ce discours au regard du contexte et des préjugés qu'il véhicule. Dans cet environnement contraint, les mots utilisés revêtent une grande importance. Ainsi Bouillon et Maas (2009)⁶¹¹ dans leurs travaux à propos du management s'interrogent sur le mot « *collaborateur* » dans le cadre de l'action collective et de l'unicité structurelle dans laquelle elle se réalise. Nous

⁶¹⁰ Giroux, N., 2007, *Op.cit.*, p.171

⁶¹¹ Bouillon, J-L, Maas, E., 2009, *Op.cit.*

faisons de même en appréhendant la collaboration entre infirmière et aide-soignante au sein de l'équipe métissée.

3-1 Des contradictions invisibles et/ou occultées

L'organisation en pôles de l'hôpital semble avoir complexifié la communication entre les professionnels, introduisant une asymétrie des positions selon les pôles et ces derniers. « *De mon équipe..* » (ECS5) ; « *je me sens bien dans mon équipe...* » (EIDE4). Les soignantes expriment toujours un fort sentiment d'appartenance à leur équipe, à leur unité de soin alors que celle-ci a aujourd'hui dépassé les frontières du service et du site. Pour autant, l'institution demande aux soignantes de travailler en collaboration, d'être efficaces au quotidien et de s'accorder sur les conditions du travail à mener.

3-1-1 Collaboration et imperméabilité des échanges

« *C'est plus du travail en collaboration que d'équipe* » (EAS24). Les soignantes ont été formées en ce sens et semblent l'avoir intégré. Nous avons pu constater au cours de ce travail de recherche, que cette collaboration implique l'engagement de chacune dans le respect des activités et tâches autorisées⁶¹², que ce soit pour les infirmières : « *On travaille ensemble* » (EIDE9) et de manière plus marquée pour les aides-soignantes : « *On est en binôme, on s'entraide beaucoup entre nous, ça fait une force de l'équipe* » (EAS4).

Nous avons fait référence précédemment à l'étude de Wacheux et Kosremelli (2007)⁶¹³ où ils définissent la collaboration interprofessionnelle. Un des facteurs mis en exergue est notamment d'« *avoir un langage commun* ». Ces auteurs font référence à Corser qui en 1998 propose un modèle conceptuel des interactions de collaboration médico infirmière où celle-ci varie en fonction des facteurs personnels et organisationnels ce qui nécessite une "distribution équitable des pouvoirs"⁶¹⁴. Pour autant que le langage soit commun entre les deux métiers, nous sommes face à une asymétrie dans les interrelations (hiérarchisation et subordination). Le binôme apparaît être une

⁶¹² Les tâches, activités et compétences sont fixées par la législation au travers du décret de compétences et des textes légaux régissant l'exercice professionnel, ainsi que de la fiche métier inscrite au répertoire national des métiers

⁶¹³ Wacheux, F, Kosremelli, A., 2007, *Op.cit.*,

⁶¹⁴ Corser, W- D., A conceptual Model of Collaborative Nurse-Physician Interactions: The Management of Traditional Influences and Personal Tendencies, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, An International Journal, Volume 12(4)*,1998, (325-341).

coopération plus qu'il n'est une collaboration, permettant de dépasser les « *limites individuelles et gérer l'interdépendance des décisions* », en favorisant le transfert et le développement des connaissances par le groupe, accessibles à tous (De Terssac, 2002)⁶¹⁵. Or le transfert dont parle cet auteur, ne peut se faire qu'à condition qu'il y ait une perméabilité dans les échanges entre les individus dans les actes communicationnels. « *Pour moi la communication c'est quasi 100%* » (ECS8). Nous exprimons dans le terme "perméabilité", l'existence d'une fluidité des interrelations, des échanges, des transmissions d'information et de savoir entre les membres de l'équipe « *Pas de place pour les choses enrobées et déformées* » (EIDE10).

Dès lors, nous décelons une première contradiction entre le discours des soignantes et la réalité du terrain que nous observons au quotidien.

3-1-2 L'illusion d'une liberté d'expression

Holcman (2001)⁶¹⁶ fait état d'une étude de 1980 menée par Vaichère, un médecin du travail ergonomiste, à propos de la charge de travail du personnel de soins à l'hôpital et de ses conséquences sur la santé. « *Je dirais que c'est tout le temps que je communique, ce n'est pas des moments... je passe mon temps à communiquer* » (ECS10). Les résultats montrent à quel point les échanges verbaux sont nombreux entre soignés et soignantes : quatre-vingt à cent-soixante-dix fois par jour pour les infirmières, soixante-dix à cent-vingt fois par jour pour les aide-soignantes. Il est cependant intéressant de constater que ces échanges oraux ne sont pas énoncés par les soignantes comme appartenant aux tâches à accomplir ou à leur activité. Ils paraissent se fondre dans les activités quotidiennes. Ils ne sont pas tracés et appartiennent à la part cachée du travail collectif. « *Il faut savoir communiquer, c'est notre mission* » (ECS11). Si pour certaines cadres de santé, elle s'apparente à une mission du poste, la communication semble plutôt naturelle « *C'est un échange permanent que ce soit verbal ou non verbal...* » (EAS15) et parfois compliquée, « *la communication c'est complexe, ça amène beaucoup de nuances...* » (ECS17). Ce sont ces rapports entre les individus qui font l'organisation d'où l'intérêt de favoriser leur visibilité et leur "perméabilité" au sein du collectif.

⁶¹⁵ Terssac (De), G., *Le travail : une aventure collective, recueil de textes*, Daniellou, F, Terssac (De), G, Schwartz, Y (Dir), Collection travail et activité humaine, Toulouse, Octares, 2002

⁶¹⁶ Holcman, R., *Comment appliquer les 35 heures dans un service hospitalier ?* Mémoire de directeur d'hôpital, ENSP, 2001

C'est alors qu'une deuxième contradiction émerge : les soignantes nous expriment leur liberté d'expression au sein d'un travail d'équipe ce que nos observations semblent réfuter. Un monopole infirmier existe dans la communication orale notamment au moment de la relève. Le discours des soignantes apparaît différent en situation d'entretien puisque certaines y affirment pouvoir s'exprimer librement alors que les échanges informels au gré des situations, dans un couloir, sur la porte d'une chambre... énoncent l'inverse. Ils semblent transformer une communication officielle (parfois enchantée) en une toute autre réalité sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 2.

3-1-3 L'émergence d'une discrimination genrée...

Toutefois ces échanges ne vont pas sans heurts. Nous notons que la communication entre les soignantes de statuts hiérarchiques divers, dans les secteurs de soins, *a fortiori* en contexte de métissage est complexe et multifactorielle. Il semble mettre au jour une discrimination selon le métier, le sexe et l'ethnie, l'histoire et la couleur de peau, à laquelle nous nous intéressons.

Nous nous référons à nos observations de terrain et notre panel d'interviewées, ne disposant pas de données chiffrées pour l'établissement enquêté, ni de statistiques nationales qui puissent soutenir nos propos. Toutefois la constitution de notre population d'enquête révèle des écarts dans le recensement des soignantes non autochtones. Moins de 1% des cadres de santé sont non autochtones, quelques infirmières sont dénombrées. En revanche, nous n'avons aucune difficulté à solliciter des volontaires non autochtones parmi les aide-soignantes car elles sont nombreuses et présentes sur plusieurs pôles.

3-1-3-1 ... par le métier

Nous sommes amenée à constater dans notre enquête que les soignantes non autochtones occupent pour la plupart le métier d'aide-soignant ou d'agent des services hospitaliers (ASH) ce qui n'est pas l'apanage de l'hôpital étudié : « *Déjà les africains ils sont aides-soignants en général, c'est ce que j'ai constaté... dans mon ancien hôpital...* » (EAS18).

Notre constat s'inscrit dans la lignée de l'étude de Cognet en 2004 montrant que les individus originaires d'Afrique sub-saharienne et des DOM TOM sont « *surreprésentés*

dans les emplois moins qualifiés » (Cognet, *Op.cit.*, p.8)⁶¹⁷ comme celui d'aide-soignant. Accéder à un emploi mieux valorisé peut alors devenir suspect. Il ne correspond plus au stéréotype élaboré socialement, la couleur de peau semblant devenir un indicateur de référence ce que certains soignés renvoient aux soignantes.

Quelques fois je vois les regards, elle est infirmière ou quoi ? Qu'est-ce qu'elle fait là [...] elle n'est pas agent de service hospitalier [...] c'est vrai quelques fois ils disent c'est vous l'infirmière ?.... ils ont peur, elle est étrangère peut être elle a pas eu son diplôme ici ou je ne sais pas [...] une patiente, elle m'a dit qu'elle ne voulait pas être traitée par des "bougnoles" [...] (EIDE3).

Être infirmière, malgache, marocaine ou sub-africaine et à la peau sombre, apparaît alors complexe dans certaines situations de communication, le statut non autochtone semblant surpasser la fonction et les compétences. « *Les patients pensent que je suis là pour faire le ménage, que je ne suis pas infirmière, pour quelle raison le ménage ?* » (EIDE2). La soignante ne sent pas reconnue dans son identité professionnelle.

Menant son étude auprès d'auxiliaires familiaux au Canada mais également en France dans un établissement hospitalier, les travaux de Cognet (2004) mettent en évidence « *un accès discriminé aux emplois et à la promotion à la fois par le genre et par l'ethnicité* » (*Ibid.*, p.8)⁶¹⁸. Nous faisons le même constat dans le discours de certaines aide-soignantes non autochtones nous rapportant leurs difficultés à trouver un poste en sortie de formation. La différence semble complexifier non seulement l'exercice du métier mais également l'obtention d'un poste alors même que les qualifications sont identiques.

[...] vous sortez tous de la même école vous êtes trente, tous mes collègues avaient du boulot, nous étions cinq noirs dans cette formation de trente, trois des Antilles, deux de l'Afrique, nous étions les deux africaines à avoir du boulot bien après les autres... (EAS20).

En outre, nos observations au sein de l'hôpital mettent en évidence un nombre important de soignantes non autochtones dans certaines spécialités comme la gériatrie. Cette orientation n'est pas exprimée clairement par celles-ci lors des entretiens et des échanges informels. « *Vous voyez dans ma culture une personne âgée c'est une mine d'or (rire) oui, ils ont vécu, ils ont plein de choses à raconter...* » (EAS14) ; « *moi je*

⁶¹⁷ Cognet, M., 2004, *Op.cit.*, p.8

⁶¹⁸ *Ibid.*, p.8

suis née et j'ai grandi en Afrique et chez nous en Afrique, la personne âgée elle est porteuse de savoirs, elle véhicule un vécu, c'est, ce n'est pas comment dire... c'est l'âme de la maison » (EAS15). La place et la représentation de la personne âgée ne suffit pas à affirmer qu'elles justifient cette prégnance des soignantes non autochtones auprès des personnes âgées. Nos constatations nous amènent alors à poser la discrimination comme un élément participant du construit collectif de ces équipes, produit par l'imaginaire ou la réalité de certains autochtones ; avoir la "peau noire" et/ou être non autochtone semble modifier la représentation qu'ils en ont et véhiculer cette idée favorisant les actes discriminatoires.

Une troisième contradiction émerge dans la présence des non autochtones *a fortiori* à la "peau noire" principalement dans la fonction aide-soignante. Cependant le métier n'est pas le seul élément de cette discrimination genrée.

3-1-3-2 ... par le sexe et l'ethnie

Nous venons d'établir un lien entre métier et métissage ce que les travaux d'Ansermet (2011) confortent. Elle pose le constat suivant : les fonctions d'aide-soignantes sont exercées par des femmes étrangères essentiellement originaires d'Afrique "noire". Elle met en évidence dans ses travaux un travail sexué pour ces professionnelles, qui fait émerger des différences de comportement ce que révèlent nos observations.

Essentiellement tout ce qui touche à l'hygiène, cela peut avoir un impact important et dans le rapport homme femme... alors on s'adressera à la femme de façon complètement différente par rapport à l'infirmier qui va arriver derrière ou le médecin (ECS13).

Selon que ce soit une soignante ou un soignant, les interactions sont différentes par les comportements mais aussi les propos. Cet auteur fait apparaître un travail racialisé où ces aide-soignantes "noires" sont reconnues comme possédant "naturellement" les tâches du « *Care* »⁶¹⁹.

J'arrive, je touche toujours l'épaule de la personne, je serre fort pour dire je suis là, vous êtes en sécurité, tout le temps c'est mon premier pas quand j'arrive, je dis bonjour coucou c'est moi, sinon je vais faire un bisou au front, sinon je serre pour dire je vais vous faire la toilette... (EAS25).

⁶¹⁹ Le "Care" (mot issu des Etats-Unis) désigne les soins liés à l'entretien et au maintien de la vie, fondés sur les habitudes, les coutumes et les croyances des soignés, reposant sur le souci de l'autre et le prendre soin ; le "Cure" est constitué des soins de réparation et de traitement de la maladie.

Ils témoignent d'un maternage que nous retrouvons dans les comportements et les gestes tactiles exprimés dans les propos de certaines soignantes interviewées dans ce travail. Evoquer une racialisation du travail des soignantes peut s'expliquer en partie par l'histoire de ces femmes qui intègrent les traditions familiales et culturelles. Certaines propos font émerger un passé qui paraît encore très présent dont elles semblent ne pouvoir ou vouloir se défaire. Toutefois ce passé interfère dans le quotidien de ces soignantes et dans les actes communicationnels.

3-1-3-3 ...par l'histoire

Certaines soignantes ont une approche qui se situe dans les soins du "Care" et qui semble trouver une assise dans leur passé, leur identité personnelle... « *Je ne peux pas ne pas toucher la personne... mes parents me touchaient beaucoup, mais c'est vrai que chez nous, enfin chez nous aux Antilles, dès qu'on parle on touche la personne... nos ancêtres étaient d'Afrique noire alors...* » (EAS22). En outre le recours au soin par le toucher apparaît plus prégnant pour ces soignantes non autochtones qui le mettent en lien avec leur pays d'origine et leurs racines : l'Afrique "noire".

Quelques auteurs dont les études se situent sans le champ de la sociologie, avancent l'idée que les individus auraient une disposition particulière à certaines activités, métiers... selon leur genre, leur ethnie (Clarke, 2010 ; Ansermet, 2011 ; Clair, 2012 ; Bereni, Chauvin, Revillard, 2012). Dans une approche pluridisciplinaire, il apparaît que cette prédisposition aux soins du care pourrait être attribuée aux soignantes de "couleur" telle une possible subsistance d'un maternage attendu durant la période colonialiste. A cette époque, la femme noire ou de "couleur" occupe un rôle social qui consiste à « *travailler et à s'occuper du bon fonctionnement de la vie des blancs* » (Ansermet, 2011)⁶²⁰. Dans les plantations, alors que les hommes travaillent la terre et s'occupent des animaux, les femmes noires exécutent les tâches domestiques et s'occupent des enfants blancs ; elles sont les "nounous". Être noir ne permet pas l'accès à des activités "nobles" ou d'occuper des postes à responsabilité. Seul le métis peut y prétendre d'autant plus que sa peau est claire. Selon Dicale (2011)⁶²¹ le métis est une personne qui n'est ni l'un ni l'autre, ni blanc ni noir, ou est-il peut-être les deux, ce qui induit une

⁶²⁰ Ansermet, C., Aide-soignante : un travail sexué et racialisé, *Revue d'information sociale, Reiso*, (2011), <http://www.reiso.org/spip.php?article1295>, (consulté en ligne le 23/10/2012)

⁶²¹ Dicale, B., *Maudits métis*, Paris, Editeurs jean-Claude Lattes, 2011

difficulté d'identification. « *Certains métis paraissent plus métis que d'autres* » (Guyot, 2002, p.292)⁶²². Autrement dit, la couleur de peau tend à favoriser la discrimination « *On me dit que je suis sale [...]* » (EIDE2) et la hiérarchisation sociale, à l'origine de comportements parfois péjoratifs à l'égard des non autochtones.

3-1-3-4 ... par la couleur de peau

C'est ainsi que nous observons des comportements et des réactions différentes vis-à-vis des soignantes des Antilles, de la Réunion. Elles sont assimilées à celles originaires d'Afrique sub-saharienne, témoignant de cette hiérarchisation selon la couleur de la peau. Il en est de même pour les professionnelles originaires du Maghreb qui sont "qualifiées d'africaines" avec tout le cortège de préjugés et de stéréotypes qui leurs sont attachés. De nos jours, il subsiste encore une part de cette histoire de colonisation que les soignantes non autochtones expriment.

L'hôpital est à l'image de la société française un petit microcosme du grand microcosme quoi... c'est des pieds noirs ils viennent d'Afrique du nord, ils sont d'anciens colons, ils travaillaient en Afrique, nos parents travaillaient à la voirie de la mairie de Paris, donc c'est l'image de la société française qui avait son empire, ses colonies...(EAS18).

Si pour Ansermet, les soignantes non autochtones (notamment noires) sont naturellement dans le "Care", nos observations forment un lien entre être non autochtone et les capacités cognitives (dites inférieures aux autochtones) et *a fortiori* si la soignante à la peau noire. « *Là où il y a un souci, c'est quand elles n'ont pas le même niveau, elles ont du mal à s'entendre...* » (ECS7) ce qui selon ce cadre de santé peut créer une difficulté dans le travail collectif. Au-delà de cette différence de niveau présumée exprimée par certaines soignantes, semble ressurgir le discours des voyageurs du XVII^e siècle se rendant en Afrique :

En fait excusez-moi, elle avait du mal à accepter que ce soit une noire qui lui explique les choses, voilà le final de l'histoire, pour nous j'ai l'impression que ce soit une black qui apprenne à quelqu'un, je suppose qu'il y a des gens qui pensent que les noirs nous sommes des sous-races, qu'on ne comprend rien... (EAS25).

Une critique acerbe de ces populations à la peau noire est rapportée dans les récits de voyage de Bernardin de Saint Pierre, notamment sur leur physique et leur intelligence

⁶²² Guyot, D., *Destins métis, contribution à une sociologie du métissage*, Paris, Karthala, 2002

(Cussac, 2012)⁶²³. Or ces préjugés liés à la couleur de peau semblent perdurer à ce jour tel que le montrent les propos narrés par cette aide-soignante EAS25. Ils sont à l'origine de comportements modifiant le cours des interactions dans l'équipe soignante.

3-1-4 Les pratiques comportementales singulières se confrontent

Dans notre recherche, de multiples situations communicationnelles relevant de ce constat sont interrogées et notamment des situations soigné-soignante. Néanmoins nous décidons de nous centrer sur les relations interpersonnelles dans l'équipe métissée, pour comprendre ce qui se joue dans celles-ci.

Nous choisissons de relater une situation conflictuelle au sein d'une équipe rapportée de façon informelle par la cadre de santé, entre des aide-soignantes originaires d'Afrique du nord pour les unes et d'Afrique sub-saharienne pour les autres confrontées aux autochtones. Le désaccord concerne l'évaluation d'une étudiante infirmière marocaine, dont les comportements professionnels seraient incompatibles avec la fonction de l'avis des soignantes autochtones et non autochtones (Afrique sub-saharienne). Cette évaluation est contestée par les autres soignantes non autochtones (Maghreb). Chaque groupe se met à parler dans sa langue maternelle (arabe, wolof...) devant les malades, ce qui crée des tensions avec les soignantes autochtones. Les soignantes non autochtones sont rendues responsables de la situation par les autochtones, ces dernières amplifiant le problème qui devient central. « *Exacerber le meilleur de chacun, sauf que les agents drainent les problèmes et ça cristallise autour* » (ECS5). La cadre de santé organise alors une réunion de recadrage autour des valeurs de soin, des valeurs personnelles, du travail et des relations en équipe.

Le pouvoir d'influence qui s'exerce dans le groupe induit des stratégies verbales et non verbales (Landry, 2007)⁶²⁴. Il s'y ajoute une pression dite « de conformité » excluant de fait des pratiques, des comportements qui ne seraient pas conformes. Le fait d'échanger dans la langue maternelle, non compréhensible par les autres membres est perçu comme une forme de violence, une agression à l'égard des personnes qui ne comprennent pas ce qui est dit. « *Le respect de la différence ne serait-ce que dans la compréhension de ce*

⁶²³ Cussac, H., Bernardin de Saint-Pierre, lecteurs de récits de voyages ou la circulation de quelques savoirs sur l'Afrique du 17^e siècle au 18^e siècle, dans (Collectif). *Dix-huitième siècle, l'Afrique*, Numéro 44/1, (pp.201-219), Paris, La découverte, 2012

⁶²⁴ Landry, S., 2007, *Op.cit.*

que dit l'autre quand il n'a pas la même origine... » (ECS13). La communication s'élabore dans le partage d'un répertoire et d'un cadre de référence communs pour une intercompréhension. Replacer les soignantes dans un cadre professionnel et des valeurs partagées quelle que soit leur couleur de peau, permet au cadre de santé d'asseoir son pouvoir et d'apaiser les conflits. Les tensions du groupe se fondent certaines fois sur des préjugés, des représentations que les membres peuvent avoir des autres et qui influencent leurs comportements.

Je crois bien que les gens de couleur ne sont pas gentils... il y a une notion de préjugé, attention il y a les noires on rigole pas... enfin préjugés qui véhiculent un esprit de force ou de capacité ou quelque chose comme ça, et un autre préjugé un esprit de crainte, un esprit de nonchalance, de fainéantise et tout ça, ça aussi c'est dit en rigolant, on nous le dit en rigolant tout le temps mais voilà, ce préjugé là qu'on est nonchalant... (EAS14).

A l'instar des études identifiant le genre comme pouvoir dans l'organisation, Landry se réfère à Fiske qui en 1998 vient à établir une vision stéréotypée des femmes (gentilles mais incompetentes) contrairement aux hommes (moins gentils mais compétents). Nous pouvons établir une analogie de cette vision dans ce qu'expriment certaines aide-soignantes. « *Je crois bien que les gens de couleur ne sont pas gentils ...* ». Il peut s'agir là d'un préjugé, un jugement *a priori* voire d'un stéréotype défini comme « *un ensemble de croyances à propos d'un groupe social* » (Legal, Delouée, 2008, p.8)⁶²⁵, qui a « *valeur de connaissance* » dont les « *idées sont consensuelles et socialement partagées* ». Croire que "le noir n'est pas gentil" induit des comportements et des pratiques singulières alors même que « *les stéréotypes restent une simplification de la réalité et s'accompagnent d'une tendance à exagérer les ressemblances entre les membres de la catégorie* » (*Ibid.*, p.18)⁶²⁶. Certains auteurs comme Azzi et Klein en 1998 identifient la catégorisation comme étant elle-même une forme de discrimination, « *nous/eux* » (*Ibid.*, p.52)⁶²⁷. Elle repose essentiellement sur les caractéristiques physiques, la similitude entre les personnes de même appartenance, les éléments culturels qui stigmatisent. Selon Héas et Dargère (2014) « *lorsque le stigmate est visible ou rendu visible il intervient de facto dans les relations humaines et sociales, parfois à corps défendant. Il perturbe les interactions, dégradant les possibilités mêmes de*

⁶²⁵ Legal, J-B, Delouée, S., *Stéréotypes, préjugés et discrimination*, Votterm, Dunod, 2008, p.8

⁶²⁶ *Ibid.*, p.18

⁶²⁷ *Ibid.*, p.52

l'échange » (p.12)⁶²⁸. Quelle que soit la situation rencontrée, nous constatons que la différence influence les actes communicationnels dans les relations, les propos, les interactions entre les soignantes elles-mêmes.

Nous observons que certaines soignantes, originaires d'Afrique sub-saharienne ou d'Afrique du nord, emploient facilement le tutoiement ce qui n'est pas le cas des soignantes autochtones et qui est parfois mal accepté par ces dernières. Le tutoiement du malade n'est pas une pratique acceptée professionnellement. Pour autant, la diversité induit des pratiques communicationnelles différentes selon les cultures qui construisent les interactions dans l'équipe soignante et le travail collectif :

La culture des autres c'est un moyen de s'ouvrir l'esprit, d'échanger, c'est aussi un mode de communication, si vous vous fermez à la culture des autres, vous vous fermez à ce qu'est l'autre parce que quelque part on vit à travers les croyances, cultures, et si on commence par refuser ou critiquer ce que les autres croient, on ne peut pas travailler ensemble... (EIDE4).

C'est alors qu'apparaît une quatrième contradiction. La communication est holistique, elle se construit sur les interactions, qui font émerger des comportements et propos parfois en opposition. Les membres de l'équipes de soin prônent la réalité de l'interculturel et ses avantages. Pourtant, leur discours révèle en parallèle des manifestations qui dénoncent des "freins" surpassant les avantages reconnus par les professionnelles. Les pratiques diffèrent du fait de l'éducation et la culture et peuvent amener à une discrimination de la part de l'équipe elle-même.

J'étais dans un secteur de réanimation où j'étais la seule infirmière arabe, je vous dis ça parce qu'on m'a dit arabe, et un jour on m'a dit ce n'est pas une arabe qui va me donner des ordres par exemple, voilà (ECS18).

Dès que la discrimination se révèle dans la relation, elle se fonde sur les représentations et les convictions des individus présents, ce qui fait la singularité de l'interaction. La communication interculturelle mobilise des compétences spécifiques et confronte les contradictions. Nous nous intéresserons aux actes discriminants qui apparaissent dans notre travail de recherche (cf. chapitre 3). Bien qu'ils semblent occultés dans les propos de certaines soignantes, ils émergent des interactions et des comportements. Nous choisissons de questionner l'espace public que constitue l'hôpital, espace de communication où les non-dits apparaissent au sein des équipes soignantes métissées.

⁶²⁸ Héas, S, Dargère, C. (Dir.), *Les porteurs de stigmates, Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives*, Collection des Hauts et Débats, Paris, l'Harmattan, 2014, p.12

3-2 Des non-dits chez les soignantes

Les données de l'observation recueillies durant l'enquête nous amènent à établir l'existence de "non-dits" chez les soignantes. Ils semblent masqués par un discours que nous qualifions de convenu, effaçant les stigmates de leurs difficultés à « *agir ensemble* ». Conduire les soignantes à parler de leur travail quotidien en facilite l'émergence. Toutefois, nous décidons de distinguer le travail des cadres de santé de celui des infirmières et des aide-soignantes, différenciant les propos des soignantes autochtones et non autochtones. Contrairement à l'approche historique des métiers (tenant compte de l'évolution professionnelle des soignantes), nous présentons ces résultats selon un ordre hiérarchique du fait des missions, des activités que nous explicitons pour une meilleure compréhension de nos choix et de la gestion du collectif.

3-2-1 Le discours managérial des cadres de santé...

De manière générale, le cadre de santé exerce une fonction d'encadrement, de management d'équipe. Il est responsable de l'organisation, du fonctionnement de l'unité ou du service. Le cadre de nuit supervise l'ensemble du site hospitalier.

3-2-1-1 ...dans les missions

Certains cadres de santé définissent leur travail dans les missions qu'elles mènent en tant que gestionnaire. Quelques activités d'organisation et de planification sont perçues comme contraignantes et chronophages, occupant la majeure partie de leur temps. Pour exemple l'élaboration du tableau de service dont l'absentéisme majore la perception négative que peut en avoir la cadre de santé : « *Toutes les semaines je sais que je dois pondre du planning, alors je ponds du planning !* » (ECS13). Cependant d'autres cadres de santé disent consacrer leur énergie à encadrer les professionnelles dont elles sont responsables, à les former, à assurer le bien-être au travail. Elles disent avoir un positionnement qui leur permet de faire face aux situations dans leurs missions.

...donc nous sommes le médecin et moi-même sur son pré carré et moi j'aime bien que l'on respecte mon travail et mes attributions, donc le médecin est au courant de tout cela, c'est quelque chose que je défends, je suis obligée de le défendre, pied à pied, ce positionnement sinon à chaque faille, à chaque fois que je ne suis pas présente, le médecin récupère du terrain (...) je montre que j'y suis... (ECS 17)

Selon Mucchielli (2010), le positionnement qu'occupent les acteurs en situation leur permet d'attribuer une signification aux phénomènes rencontrés. « *Les phénomènes perçus, comme ses conduites et les conduites des autres, prennent un sens en rapport avec ce positionnement* » (p.65)⁶²⁹. Les conduites des uns et des autres trouvent leur sens dans la relation entre les activités et la position des acteurs mais aussi dans la structure des relations. La cadre de santé occupe une position hiérarchique vis-à-vis de l'infirmière comme de l'aide-soignante et cette relation peut varier dans la qualité en termes de soutien, opposition, indifférence... conflit.

Certains cadres de santé disent de leur travail qu'il est collectif, un travail d'équipe dans le respect des compétences de chacun et qui demande de leur part un positionnement affirmé. Il nous semble que ces propos relèvent d'un discours convenu, l'idéal enseigné dans les instituts de formation initiale (professionnelle, préparant aux métiers d'infirmier ou d'aide-soignant) et dans certaines formations managériales. Le travail managérial s'organise autour du malade et de l'équipe, pour assurer de conditions de travail satisfaisantes aux soignantes et un soin adapté au malade. Nous y reviendrons dans le chapitre 2. En outre la cadre de santé accompagne également les étudiants en formation, aidant ceux-ci à devenir professionnels. Pour certaines d'entre elles, l'accompagnement se fait au regard du contexte (qu'elles soient formatrices ou gestionnaires d'unités de soins) et notamment en partenariat formateurs et terrains, point sur lequel elles insistent. « *Le formateur est un médiateur, un facilitateur, c'est une personne de communication qui permet des choses, qui devrait être un moteur [...]* » (ECS15).

La tenue d'un journal de bord, durant les trente mois de l'enquête, nous permet de noter nos observations quotidiennes et les échanges informels avec les cadres de santé. Les propos témoignent alors d'un décalage avec les données du discours recueilli lors des entretiens. Les professionnelles y expriment l'absence des formateurs au quotidien dans les services de soins à l'hôpital, auprès des tuteurs et des étudiants en stage professionnel pratique. Elles attendent un soutien de cet apprentissage infirmier chronophage et difficile à assurer par le tuteur de l'étudiant, en parallèle du poste d'infirmière au lit du malade. L'infirmière ne peut être détachée totalement sur cette

⁶²⁹ Mucchielli, A., 2010, *Op.cit.*, p.65

mission pédagogique, ce qui n'est pas sans rappeler les contraintes économiques hospitalières, de rationalisation des effectifs.

D'autre part les cadres de santé jugent leurs relations de travail avec les médecins insuffisantes bien que leur trouvant des excuses (charge de travail exigée par les chefs de pôle, activités médico économiques...). Ainsi se confrontent le discours "affiché" et la réalité observée de celui-ci. Des propos contraires à ceux recueillis dans les entretiens sont tenus en situation de communication informelle. La parole semble alors se libérer lors d'une conversation en dehors de tout enregistrement, dans un contexte de « pause-café » ou au détour d'une porte, dans un couloir ce que Bourret (2009) nomme « interstice »⁶³⁰.

3-2-1-2 Quand l'interculturel émerge...

Certains cadres de santé disent de leur travail qu'il repose sur l'analyse des situations, ce qui leur permet d'avoir la réponse ou le comportement adapté. En revanche, elles n'abordent pas spontanément la dimension interculturelle dans leur management d'équipe. Le travail interculturel n'est évoqué que par quelques-unes exprimant qu'il ne modifie pas leurs pratiques de cadre. D'autres font pourtant spontanément référence à des soignantes d'Afrique sub-saharienne, perçues comme positives dans le travail, dans l'équipe et dans les soins, dans leur comportement modéré.

Je pense à Paméla qui a rejoint sa Nouvelle-Calédonie il y a un an, et qui est venue aide-soignante en France faire ses études et qui au bout de vingt ans est repartie chez elle par choix personnel et Paméla était quelqu'un de, de...comment dire, très humain si tu veux dans sa prise en charge, son toucher, dans sa... elle était, elle avait des petits détails comme ça qui... je dis pas qu'elle soignait les gens comme quelqu'un de sa famille mais presque (ECS5).

A *contrario*, certaines situations interrogent l'encadrement et semblent influencer leur management. Mentionnée à plusieurs reprises dans les entretiens, nous prenons pour exemple la toilette mortuaire vécue comme difficile à réaliser voire impossible pour certaines soignantes non autochtones (Afrique sub-saharienne et Antilles notamment). « *Je suis en phase d'observation parce que je ne sais pas jusqu'à quel point elles ne servent pas de leur appartenance culturelle pour se soustraire à ce qu'elles n'ont pas envie de faire par rapport à la mort* » (ECS9). Par cet exemple, nous observons

⁶³⁰ Bourret, P., 2009, *Op.cit.*

l'interprétation par la cadre de santé de la situation et ce qu'elle met en place d'un point de vue managérial au regard de celle-ci. Elle se place en opposition avec les propos et le ressenti des soignantes. Une zone d'incertitude se révèle, une suspicion du cadre de santé se développe à leur égard alors que la situation apparaît comme émotionnellement difficile pour ces professionnelles. Celle-ci est à mettre en lien avec leur histoire personnelle, leurs croyances, leurs traditions ce qu'elles ont pu partager lors de ce moment d'entretien comme cette infirmière :

La culture je pense, les religions, les différentes religions et différentes cultures influencent les soins que l'on fait... je pense... parce que... on a aussi enfin... nos histoires, nos représentations culturelles [...] en France c'est... on touche pas trop au corps de l'individu [...] moi je touche beaucoup les gens et des fois c'est... faut faire attention, ça peut être perçu autrement... certaines cultures se touchent beaucoup, le rapport au corps est différent... (EIDE8).

Certains cadres de santé se positionnent dans l'expression d'un management semblable quel que soit les membres de l'équipe. Néanmoins nous constatons une différence d'approche en contexte interculturel, en fonction des situations et des personnes, laquelle peut influencer leur travail collectif : « *selon avec qui elles travaillent ça fait tache d'huile...* » (ECS7). De notre point de vue, il s'agit à nouveau d'un non-dit à propos d'une pratique culturelle qui peut déranger ou *a contrario* être appréciée selon les pratiques managériales des cadres de santé.

3-2-1-3 La communication intègre la dimension interculturelle

Culturellement il n'y a aucun problème de couleur [...] Il me semble heu... peut-être que... heu... je ne peux pas faire une généralité, j'ai une africaine... ils sont peut-être un peu plus verbal expansif, tu vois quand ils parlent avec les patients... en restant très professionnel... je suis témoin quand même... je t'avouerais que les autres, je n'ai pas... ce n'est pas une grosse différence (ECS4).

Certains cadres de santé, expriment le positif de cette diversité culturelle dans les soins, l'équipe et le travail collectif. Néanmoins elles donnent simultanément un argument plutôt négatif (« *verbal expansif* »). De leur point de vue la diversité ne semble pas poser de problème (« *de couleur* ») dans les pratiques managériales de ces cadres de santé, pour autant un problème existe notamment avec la langue :

J'ai des gens, non seulement des gens de couleur qui arrivent vraiment de Centrafrique ou du Maghreb ou des Antilles mais j'ai aussi des gens qui viennent de la communauté européenne. Alors avec... je trouve qu'ils apportent

une richesse, ils enrichissent notre, notre, d'abord notre culture, notre façon de voir les choses, heu... c'est parfois un frein aussi... heu notamment pour l'intégration, là je parle de, de, de mon infirmière qui arrive du sud de l'Espagne et qui d'abord a eu des difficultés par rapport à la langue, parce qu'elle avait l'impression d'être mal comprise... (ECS10).

Quelques cadres de santé non autochtones partagent cet avis et évoquent dans leur travail la nécessité de trouver un langage commun et des valeurs communes, ce qui permet aux acteurs de se comprendre, d'échanger, de construire la relation.

Selon une approche managériale et organisationnelle, le langage participe des enjeux de pouvoirs, des conflits, les stratégies... animant les organisations. Les travaux des chercheurs de Palo Alto permettent alors l'analyse et la compréhension des interactions à l'œuvre. Certaines cadres de santé ont plutôt une vision fonctionnaliste de la communication évoquant la nécessité de connaître les règles communautaires et surtout les "codes" culturels des interlocuteurs. Pour autant, l'élaboration des interactions impose aux interlocuteurs de traduire leur pensée en mots et inversement, encore faut-il que la traduction soit sur un registre commun, ce qui nous renvoi au cadre de référence dans lequel s'élabore la communication. « *Quelqu'un te parle de dialogue, il est plus sur la même longueur d'onde, c'est quelqu'un qui vient vers toi, le dialogue c'est deux...* » (ECS13). Pour dialoguer, il est souhaitable de parler la même langue ce qui facilite la communication ainsi que la compréhension.

La confrontation des différentes populations dans une communication peu ou mal identifiée, peu ou mal connue, peu ou mal comprise de part et d'autre, exige de la part des soignantes une connaissance des singularités. Cette connaissance selon elles, permet de désamorcer les situations difficiles voire conflictuelles. Être de la même culture que les soignés est selon ces cadres de santé non autochtones une ressource.

On approche parfois des cultures que l'on méconnaît, c'est très intéressant de voir pourquoi les uns réagissent d'une certaine manière et pourquoi, pourquoi pas les autres et ensuite on est obligé de communiquer sur ces valeurs, essayer de se rencontrer et de discuter [...] (ECS18).

Dans les propos de cette cadre de santé, nous retrouvons cette dimension de volonté, d'engagement, de valeurs, de connaissances nécessaires pour faciliter les interactions dans l'ajustement des comportements. En outre, les dimensions de temps et d'histoire propres à chaque personne sont nécessaires à la compréhension des situations et leur

donnent sens. Prendre conscience de l'autre est pour les cadres de santé facilitant dans les soins et la communication. La culture agit sur les personnes, les actes communicationnels et donc sur la construction des interactions où chacun se positionne.

Il y a du lien entre nous, on est tous liés comme si c'était une grande corde et qu'il y avait des petits nœuds...de temps en temps comme une grande corde, de temps en temps on tire la corde après on lâche un peu ou on en laisse un peu à l'autre, tu vois c'est une corde à nœuds, chacun a son petit nœud de temps en temps (ECS4).

Soumettant le discours des cadres de santé à l'analyse informatique de Tropes, la culture et l'Afrique sont les cooccurrences identifiés par ordre de fréquence dans la définition de leur travail par les non autochtones. Ces mots sont à la fois actant et acté dans la relation, à la fois agissant sur celle-ci et subissant l'influence d'autres éléments (cf. Figure 14, annexe 12 et Représentation graphique 1, annexe 14). Parmi les cadres de santé autochtones, peu font référence dans leur discours à la dimension interculturelle même si elles décrivent des difficultés au quotidien dans les relations interindividuelles (soit avec les malades ou dans l'équipe), en lien avec l'origine ethnique et émanant d'un "racisme" dont elles taisent le mot. Ainsi, certaines conduites et/ou comportements semblent niés, minimisés, voire occultés alors même qu'ils participent de la communication interculturelle.

Le discours des cadres de santé laisse émerger les non-dits que ce soit au travers des propos contradictoires (relations avec les formateurs et les médecins) mais également au sujet de l'interculturel. Ils apparaissent dans la communication non verbale, dans les gestes, dans les soupirs et renvoient à une dimension affective parfois de l'ordre du vécu personnel « *J'aime voir, échanger, montrer que je suis là, repositionner, aider et faire des choses, ça c'est un plaisir...* » (ECS18). Nous nous intéressons aux infirmières.

3-2-2 Les infirmières

Pour les infirmières autochtones le travail est d'équipe, pluridisciplinaire dans lequel certaines disent faire le maximum pour le patient. Celui-ci requiert un esprit d'équipe et de solidarité : « *On n'est pas trop d'une équipe pour réfléchir à comment faire pour que ça se passe dans les meilleures conditions possibles et pour le devenir* » (EIDE4), éléments nécessaires à la dynamique et la cohésion du groupe pour un travail collectif. Toutefois, nous identifions ces propos comme appartenant à un discours convenu,

idéalisé alors même que ces professionnelles révèlent des contraintes dans leurs conditions de travail.

3-2-2-1 L'équipe et le "prendre soin"

Alors que certaines infirmières le cite d'emblée, le travail d'équipe et collaboratif se positionne en deuxième intention derrière le prendre soin. Certaines infirmières évoquent le "prendre soin" dans sa singularité, à la fois dans leur rôle propre et dans leur rôle prescrit⁶³¹, rappelant les enseignements de formation initiale que nous détaillerons dans le chapitre 2 : un discours convenu et idéalisé.

Le "prendre soin" fait partie du travail de l'infirmière, repose principalement sur le binôme avec l'aide-soignante « *Et un travail en équipe, en binôme avec l'aide-soignante, un travail d'équipe avec les aide-soignantes* » (EIDE9) et en pluridisciplinarité avec les autres professionnels de santé. Pourtant nos observations font émerger le caractère occasionnel de ce travail à deux, infirmière et aide-soignante, réservé à certains soins. Si certaines infirmières autochtones définissent leur travail à partir de la notion d'équipe, d'autres infirmières non autochtones placent leur priorité dans la réponse à la demande des malades et donc dans ce "prendre soin" : « *De mon travail en tant qu'infirmière... alors mon travail c'est d'abord la prise en charge des patients, qui sont malades...* » (EIDE3). Elles expriment dans leur discours la dimension relationnelle comme prévalente : « *La nuit c'est plutôt du relationnel, calmer les angoisses, calmer les... bon il y a les douleurs aussi, il y a des soins...* » (EIDE7) et se positionnent dans leur rôle autonome, dans des soins dits "de base" (selon les 14 besoins de Virginia Henderson déjà cités) :

Le travail que je fais ici, bon, ici on fait le travail infirmière basique que l'on fait dans tout hôpital et ici pareil qu'en Espagne, heu, voilà, on essaye de soigner ici des personnes âgées, après on fait voilà, les soins basiques... (EIDE6).

D'autres infirmières disent de leur travail et du "prendre soin" qu'il repose sur de l'écoute et sur les échanges interpersonnels. Elles énoncent l'importance de « *parler*

⁶³¹ Le rôle propre ou rôle autonome de l'infirmière est constitué de l'ensemble des soins de base, pour lesquels l'infirmière a l'autonomie dans la prise de décision des actions à mettre en œuvre. Le rôle prescrit est sous la responsabilité des médecins seuls prescripteurs ; l'infirmière réalise les prescriptions et en assure la surveillance.

ensemble ». Un centrage sur le malade et la communication interpersonnelle dans l'équipe semblent alors nécessaires ce que la difficulté d'expression en français ou l'accent peut rendre difficile.

3-2-2-2 L'équipe et le travail

« *D'avoir les mêmes pratiques les mêmes heu... on va dans le même sens toute l'équipe, on a... on travaille ensemble* » (EIDE9).

A l'instar des cadres de santé, la communication et la culture au travers du groupe social sont déterminantes dans le travail des infirmières (analyse par le filtre de Tropes cf. Représentations graphiques 1 annexe 14). Certaines infirmières autochtones évoquent la formation, la reconnaissance, le tandem (binôme) et l'équipe comme influençant le travail. Pour d'autres infirmières non autochtones, le sentiment et le jugement apparaissent comme agissant sur leur travail. Elles placent l'équipe en position d'acté, comme subissant l'influence de celui-ci. Pour elles, le coéquipier fait la différence dans l'action. Selon ces soignantes, l'équipe intervient et en retour le travail agit fortement sur celle-ci et sur la communication :

On essaye de trouver les mots pour, mais sinon... que mes collègues, peut-être certaines ici, elles trouvent que je ne suis pas à l'aise... c'est frustrant quand on parle à quelqu'un qui ne s'intéresse pas à ce qu'on dit quoi... (EIDE3).

Ces éléments de discours des infirmières non autochtones mettent en exergue les non-dits à propos de l'équipe en situation de métissage. En effet, « *le sentiment, le jugement* » traduisent le ressenti de ces professionnelles en termes d'attitudes ou de propos à leur encontre de la part des autres soignantes, de comportements pouvant masquer des ressentiments et influencer les interactions.

3-2-3 Les aide-soignantes

Les aide-soignantes définissent leur travail dans ses caractéristiques organisationnelles, relationnelles et introduisent pour certaines la singularité du malade.

3-2-3-1 Un lien hiérarchique fort et une division des tâches

Si certaines infirmières évoquent le lien de subordination des aide-soignantes dans une organisation avec celles-ci « *qui va faire quoi, qui va travailler avec qui, les imprévus* » (EIDE5), d'autres aide-soignantes autochtones nomment d'emblée le travail en équipe :

« *C'est un travail d'équipe et pas d'une personne* » (EAS4), ce qui dépasse le seul binôme avec l'infirmière et qui repose sur l'entraide « *ça fait une force de l'équipe* » (EAS4). Cette notion de force n'est pas sans rappeler la cohésion du groupe dont les forces exercées le maintiennent à l'équilibre, à l'origine de l'appartenance, de l'engagement et de la solidarité (Landry, 2007)⁶³². Dans une approche organisationnelle, quelques aide-soignantes non autochtones définissent leur travail plutôt comme un travail posté avec un planning établi par la cadre de santé. Il s'agit d'un travail sectorisé selon la relève et les transmissions, un travail en relation avec l'infirmière pour une complémentarité : « *Je pense qu'on se complète en équipe, on a besoin de l'autre pour travailler [...]* » (EAS2).

Derrière la nuance de leurs propos, les soignantes paraissent marquer le lien hiérarchique fort et la division des tâches qui existent au sein de ce groupe. Elles confirment les relations asymétriques entre les membres de la communauté soignante. Si l'équipe est un élément prégnant dans le discours, elle paraît idéalisée et implique une remise en question.

3-2-3-2 Une dimension relationnelle du travail

C'est un travail qu'on fait en équipe car sans l'équipe on est rien, on s'en sort pas, on fait du bricolage sans l'équipe [...] (EAS18).

Pour travailler en équipe, certaines aide-soignantes introduisent la dimension relationnelle qui semble dépasser le travail collectif de l'équipe (médicaux et paramédicaux), l'inter dépendance des relations aux personnes alors que d'autres font prévaloir la nécessité d'« *être professionnelle* ». Ces propos peuvent masquer un non-dit dans la relation interculturelle comme également appartenir au discours convenu, par des attitudes qu'il convient d'adopter dans l'exercice du métier. Être professionnelle fait appel aux acquis de la formation initiale, dans les propos, les pratiques, les attitudes et les postures. Ce qui peut laisser parfois peu de place à la singularité issue de la diversité.

Certaines aide-soignantes se centrent sur la relation avec les malades et ce qu'elles perçoivent d'elles mêmes dans celle-ci. Selon elles, il est nécessaire d'avoir la capacité d'aller vers la personne, d'avoir la croyance en l'autre ce qui est rassurant pour la

⁶³² Landry, S., 2007, *Op.cit.*

personne et permet de construire la relation et la communication. En revanche, quelques aide-soignantes non autochtones ajoutent et insistent sur la dimension de respect de l'autre qui participe à la relation de manière prégnante:

Moi je dis je respecte la personne avec ses valeurs voilà et moi aussi ayant mes valeurs à moi, je sais à quel moment il faut que je m'arrête aussi, je suis soignante mais je ne peux pas faire n'importe quoi, j'ai mes limites... (EAS20).

Cette insistance sur la notion de respect de la personne et de ses valeurs se retrouve notamment dans les propos des soignantes du pôle gériatrie où les aide-soignantes non autochtones sont plus nombreuses. Pour ces dernières, le respect est culturel et en lien avec la personne âgée. Toutefois, il peut aussi être considéré comme un discours convenu issu des acquis de formation et que nous observons dans la plupart des propos.

3-2-3-3 Communication, culture et affect

La communication verbale et non verbale occupe une place prépondérante dans cette perception du travail que les aide-soignantes peuvent avoir. L'éducation et la culture semblent intervenir dans le positionnement des soignantes non autochtones et dans le rapport à l'âge. L'ancienneté, que ce soit en âge ou en expérience professionnelle ou vis-à-vis du malade âgé, octroie aux soignantes une reconnaissance particulière par leurs pairs : « *Quand il y a quelqu'un qui est ton aîné, tu dois respecter ton aîné [...]* » (EAS25).

Ce qui peut complexifier les relations dans le collectif, l'émotionnel faisant partie du non-dit de celles-ci (filtre de Tropes cf. Représentation graphique 1, annexe 14). Hormis l'âge ou l'ancienneté, la singularité de la personne est mise en exergue par certaines aide-soignantes non autochtones, tant au niveau des malades que des soignantes. Elles expriment « leur amour de la personne » (en lien avec leur culture individuelle), pour d'autres le fait qu'il y a peu de personnes âgées dans leur pays en Afrique (conditions de vie) et ces quelques « *ancêtres* » vivent en famille et non en institution. « *Vous voyez dans ma culture une personne âgée c'est une mine d'or ! (rire) ouiiii, ils ont vécu, ils ont plein de choses à raconter* » (EAS13). Ce discours corrélé avec d'autres propos recueillis de manière informelle peuvent être associés à certains comportements observés en situation auprès des personnes âgées. Notamment ceux des aide-soignantes d'Afrique sub-saharienne procédant à des massages des mains, des pieds, caressant le dessus de la tête, parlant à voix modérée, douce, avec un rythme régulier pour apaiser le

ou la malade, chantant même une comptine ou une berceuse de leur pays. Ces pratiques qui intègrent culture et affect, font parfois l'objet de débat dans l'équipe, en termes d'habitudes, de concept de soin et d'harmonisation de celles-ci.

Au-delà de la communication analogique et digitale, des interactions à l'œuvre que nous observons durant ce travail émerge la notion de discrimination dans le travail, exprimée par quelques aide-soignantes non autochtones. Certaines énoncent le terme de racisme voire de xénophobie dans leur discours, du fait des malades mais également des pairs :

J'ai vécu le racisme ici, envers mes collègues par des gestes, par des mots qui m'ont été répétés, des gestes surtout, des voilà... des petits gestes, des petites mimiques, des petites allusions... du genre tu as vu Y, ce n'est pas du travail d'arabe... (EAS2).

Notre posture d'apprenti-chercheur et les données de l'observation recueillies, nous amènent à "effeuiller" la naïveté qui intuitivement animait le cadre de santé que nous sommes, dans le fait de penser qu'à l'hôpital, un milieu de soignants, le racisme ne pouvait trouver sa place. A l'image de Favret-Saada se laissant pénétrer des affects en présence des sorciers du bocage, nous avons laissé les affects nous ceindre et parfois nous traverser lors de certains entretiens. Notamment lorsque des aide-soignantes non autochtones nous livrent leurs sentiments à propos de la toilette mortuaire, pour elles-mêmes et vis-à-vis de leurs collègues, au travers de larmes. « *C'est ce "vécu ensemble" avec les sujets observés qui va permettre d'aller au-delà des évidences* » (Michaux, 2013, p.138)⁶³³. Nous ne voulons pas attribuer une interprétation erronée aux propos des soignantes et nous cherchons à rester fidèles à ces derniers. Toutefois si interpeller le racisme reste un exercice périlleux, son influence dans les interactions que ce soit de manière visible ou non, nous conduit à nous y intéresser.

3-3 Un constat risqué

Aborder le sujet de l'interculturel dans le travail de thèse sous l'angle du métissage des équipes peut paraître audacieux voire risqué. Il est en effet complexe d'aborder ce sujet très souvent "adossé" au racisme. Ce mot est "évité", il est sujet à discussion voire à débat par ce qu'il véhicule et dont il ne peut être fait abstraction. Côté la "race", l'ethnie, la culture d'un pays, la religion, peut soulever des passions dans la société où

⁶³³ Michaux, L., *Le soignant chercheur, pour une recherche humaine en soins*, Paris, Seli Arslan, 2013, p.138

s'exprime une « *identité stigmatisée* » (Labelle, 2006)⁶³⁴. Il est question de xénophobie, de stigmatisation, de discrimination ou de racialisation qui n'est autre que « *la production des rapports sociaux (processus) et la construction de catégories idéologiques (problématisation)* » (Fassin, 2012, *Op.cit.*, p.161)⁶³⁵. Le simple fait d'établir des catégories peut être assimilé à un acte discriminatoire, une ségrégation.

Dans les équipes soignantes métissées, nous constatons que certaines soignantes non autochtones se trouvent en situation contradictoire entre l'attendu et la réalité. Les relations interpersonnelles semblent troublées par la différence et placent les soignantes dans un conflit de valeurs humanistes : « *Si on veut se faire respecter, il faut commencer par respecter l'autre... en tant que soignant... il faut être à l'écoute de l'autre et de sa différence, sinon on n'a pas notre place* » (EAS2). Pour autant, aux propos "enchantés" tenant du conseil (il faut), succèdent l'expression de ce qu'elles vivent : « *J'ai vécu le racisme ici...* » (EAS2). De fait, nous ne pouvons pas nous contenter d'une approche sous l'angle de la racialisation qui est à différencier du racisme ou de l'existence des races. Les disciplines de la sociologie et de l'épidémiologie étudient et catégorisent celles-ci (caucasoides ou europoides, négroïdes, asiatiques...) et les déterminent selon une typologie (couleur de la peau, couleur des yeux, type de cheveux, caractéristiques morphologiques ou physiologiques...). Elles mentionnent parfois l'origine (arabe, afro-américain, slave, aryen, hispanique...) bien que dans ce dernier cas, nous sommes déjà dans une tendance de racialisation telle que l'appréhende Fassin, voire de racisme avec sa connotation négative. Evoquer le terme de "race" en France est perçu socialement comme péjoratif et discriminant d'emblée et l'interdit s'en trouve renforcé. *A contrario* aux Etats-Unis, les études raciales sont courantes et socialement acceptées.

L'étude de Cervulle (2011) sur les représentations cinématographiques démontre qu'elles sont contributives de la reproduction du racialisme et du racisme. Ceux-ci sont sous l'influence de la domination "blanche"(qui apparaît comme la norme) qui y est intégrée et des croyances portées par les spectateurs. Cervulle voit dans « *l'expérience*

⁶³⁴ Labelle, M., Un lexique du racisme, études sur les définitions opérationnelles relatives au racisme et aux phénomènes connexes, *Numéro 1, coalition internationale des villes contre le racisme*, documents de discussion, pp.1-49, Unesco, (2006), <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001465/146588f.pdf>, (consulté en ligne le 01/05/2012)

⁶³⁵ Fassin, D., 2012, *Op.cit.*, p.161

spectatorielle » le vecteur de la « *formation et la stylisation* » des identités ethno raciales. Selon lui,

Si la notion de « race » désigne un rapport social notamment caractérisé par la formation d'identités ou d'assignations identitaires sur lesquelles se fondent des rapports de pouvoir et discriminations, il apparaît nécessaire d'en penser les implications aussi bien pour les groupes minorés que pour ceux en situation hégémonique (p.102)⁶³⁶.

Cette retenue quant à l'évocation de la différence de couleur de peau ou de culture existe chez les professionnelles de santé, qu'elles soient infirmières, aide-soignantes, cadre de santé ou médecins. Elles n'osent pas aborder ce sujet dans la réalisation de leur anamnèse médicale et clinique auprès des malades⁶³⁷. Bien que le profil des usagers de l'hôpital évolue, les services de soins accueillant des malades d'origine et de culture différentes, ce sujet est occulté. Pourtant il peut avoir selon les médecins, un intérêt diagnostic, certaines "races" présentant des caractéristiques et des spécificités biologiques, des sensibilités particulières envers certaines pathologies (nous l'avons décrit dans notre recherche épidémiologique sur la greffe et les facteurs prédictifs de rejet). Parler de ce thème suscite d'ailleurs un débat "fourmi" au sein de la communauté médicale, comme ce fut le cas lors de notre présentation au CER du protocole de recherche en vue d'une validation institutionnelle de notre établissement.

Cette diversité transforme les relations interpersonnelles et la communication entre les soignantes et les soignés (Bouznah, Lewertowski, 2013)⁶³⁸. « *Ce qui m'agresse, les gens d'Afrique du nord ou les gens du voyage, en tant que patients, on n'a pas ouvert le bec qu'ils nous lancent vous êtes racistes* » (ECS1). Ce mélange de populations, de traditions familiales et ethniques, ce mélange culturel et cultuel n'est pas sans créer des difficultés dans la prise en charge et "le prendre soin". De l'incompréhension naissent des situations pouvant devenir conflictuelles. L'incommunication prend le pas sur la

⁶³⁶ Cervulle, M., L'expérience spectatorielle comme technique de soi racialisante, *Recherches en communication, Numéro36*, avril 2013, (101-118)

⁶³⁷ Exprimé par les médecins eux-mêmes, lors de notre présentation du protocole de recherche devant l'instance médicale et paramédicale hospitalière (CER) le 16 février 2011 et ayant suscité un débat au sein du groupe de pairs.

⁶³⁸ Bouznah, S, Lewertowski, C., *Quand les esprits viennent aux médecins, 7 récits pour soigner*, Paris, Editions in Press, 2013

communication (Robert, 2005)⁶³⁹ ce qui peut être dommageable dans la mission de soins assurée par les hospitaliers. Comprendre cette communication au travers des « *effets de culture, de pouvoir et de situation* » (Desjeux, 2002)⁶⁴⁰, que ce soit dans des interrelations et des interactions en équipe ou auprès des soignés, apparaît essentiel dans ce travail soignant en situation interculturelle. L'intérêt est bien de favoriser la communication et l'intercompréhension entre les différents acteurs hospitaliers et les usagers du soin. C'est ainsi que des consultations médicales interculturelles se sont mises en place dans certains établissements dans un souci de compréhension, de traduction de la situation selon la vision du monde des malades accueillis :

Le fait de pouvoir rassurer avec deux ou trois mots d'arabe, c'est quelque chose qui est royal pour moi, par rapport à ma satisfaction personnelle, par rapport à mes valeurs, à mes croyances et par rapport à mes valeurs professionnelles ou du coup ça se rejoint et c'est le feu d'artifices quoi, le feu d'artifices (ECS18).

Ce mot de "race" reste prohibé dans son utilisation. Cervulle lui préfère l'appellation de « *minorités visibles* » généralement de couleur noire (Cervulle, 2011), en opposition aux « *majorités visibles* » de couleur blanche (Amadiou, 2013, p.185)⁶⁴¹ ce qui les inscrit dans des rapports sociaux asymétriques où l'origine ethnique revêt le même caractère que la race ce qui reste tendancieux. C'est pourquoi nous faisons le choix raisonné d'une distinction de la population enquêtée en deux groupes : autochtone et non autochtone ce qui peut constituer un choix discutable, mais c'est celui qui nous paraît être le plus approprié en fonction du contexte et de la revue de la littérature. Un choix que nous argumentons dans l'approche méthodologique.

Intégrer une dimension interculturelle dans ce travail de recherche fait appel à des données construites socialement en lien avec « *un ensemble de pratiques mises en oeuvre pour répondre à des problèmes de terrain* » (Abdallah Pretceille, 1986, p.25)⁶⁴² que cette auteure met en lien avec les réactions xénophobes ou racistes. Or nos

⁶³⁹ Robert, P., De la communication à l'incommunication ? *Communication et langages*, Numéro 146, 4^e trimestre 2005, (3-18)

⁶⁴⁰ Desjeux, D., Les échelles d'observation de la culture, interculturel et communication dans *les organisations, communication et organisation*, 22/2002, (1-8)

⁶⁴¹ Amadiou, J-F., *DRH le livre noir, embauches, alaires, carrières...la vérité qui dérange*, Paris, Seuil, 2013

⁶⁴² Abdallah Pretceille, M., Pédagogie interculturelle : bilan et perspectives, dans *l'interculturel en éducation et en sciences humaines, travaux de l'université de Toulouse Le Mirail, Série A tome 36, Volume 1*, (pp.25-32), Toulouse, Université Toulouse Le Mirail, 1986

observations mettent au jour les différences de comportements des soignantes, qu'elles soient autochtones ou non autochtones dans le collectif. Elles révèlent plusieurs formes de racisme au sein de ces équipes décrites par Gagnard (2010)⁶⁴³ dans son étude auprès des élèves aide-soignantes "noires" dans un hôpital et questionnent la communication dans ce contexte. Il semble que ce ne soit pas la culture, ni le relationnel entre des groupes qui fasse l'interculturel mais plutôt l'analyse qui est faite des situations selon le « paramètre culturel ».

Ça dépend du degré de connaissance des gens, c'est toujours pareil quand vous connaissez les gens, leurs valeurs, leur identité, leur fonctionnement, leur mode de communication, vous allez, je vais utiliser une communication que je vais estimer comme adaptée, voilà et donner entre guillemets une illusion de continuité (ECS18).

Introduire la notion d'équipes métissées, c'est reconnaître la présence de ce paramètre culturel dans les interactions entre des soignantes culturellement différentes. Cette continuité et cette communication "adaptée" tend à favoriser la compréhension des problèmes et des besoins des individus, inscrits dans une singularité. Abdallah Preceille préfère parler de « *discours interculturel* » qui selon elle est interactionniste, situationnel et dynamique. Questionner l'Autre et le Soi simultanément nous renvoie à Mead (2011)⁶⁴⁴ dans la relation qui s'établit entre les deux, dans l'interdépendance et les comportements qui sont générés dans les échanges communicationnels. Ces éléments transcendent les limites des structures sociales construites par les différents groupes. Dans nos observations la relation existe, en revanche les non-dits, les contradictions, les attitudes font émerger une distance et des comportements qui nous amènent à questionner la communication de ces équipes soignantes "métissées".

En conclusion,

S'immerger dans des équipes soignantes en tant qu'observateur de l'intérieur a été pour nous exercice complexe et une chance. Nous avons nos propres représentations et interprétations des situations dont nous avons dû faire le plus possible abstraction. Nous avons observé de l'intérieur les phénomènes que vivent les soignantes et les interactions pour les comprendre. Nous avons choisi d'explorer le moment des transmissions dans les enregistrements, les observations directes et les propos recueillis lors des entretiens

⁶⁴³ Gagnard, L., 2010, *Op.cit.*

⁶⁴⁴ Mead, G-H., *L'esprit, le soi et la société*, le lien social, 2è tirage, Paris, PUF, 2011

avec les différentes soignantes. Certains éléments recueillis étaient prévisibles de par la fonction organisante de la relève. Notamment la ritualisation et la reproductibilité d'une relève très hiérarchisée, qui se déroule dans l'espace que nous représentons sous la forme de cercles concentriques au nombre de deux. Celui-ci devient le théâtre des interactions entre soignantes. Cependant, certains autres se révèlent dans le rapprochement culturel au sein de cet espace, l'usage de la langue native et l'évacuation de l'affect dans les relations. Les soignantes expriment peu leurs propres sentiments à l'égard de certaines situations. Le discours s'accompagne de gestes, de comportements, de communications non verbales parfois en décalage des mots énoncés, créant un paradoxe. Cette place de l'intérieur nous a permis d'identifier des résultats similaires aux travaux de Grosjean et Lacoste (1999). La relève ne serait qu'une mise en contexte de l'action et de l'écrit, un moment unique non récursif. Le moment du point est lui aussi formalisé et ritualisé dans certains services. Il est dépendant de l'équipe médicale et en lien avec les problèmes médicaux et les prescriptions. Les moments de relève sont vécus comme "forts" par les soignantes même s'ils sont hiérarchisés. En revanche, ils sont faits d'incertitude et influencés par les contingences.

La relève est apparue comme un espace de communication où la parole est détenue par les infirmières, les aide-soignantes s'exprimant peu ou pas, sollicitées quelquefois par la cadre de santé présente. Nous avons mis en évidence les sentiments de jugement par autrui et de justification devant un groupe, qui de fait, amènent les aide-soignantes à ne pas vouloir s'exprimer devant lui. La communication verbale et non verbale a fait émerger la dimension affective "empêchée" dans les relations interpersonnelles qui influe le positionnement des soignantes. Celui-ci repose sur des signes symboles témoins d'une appartenance à un groupe et des signes traces d'identification (Galinon - Méléneq, 2011) produits par l'histoire de vie des individus en présence et qui sont à l'origine de signes et de comportements visibles qui en font la singularité.

Les pratiques interrogent alors la notion même de l'équipe de soin. Elle s'identifie *in fine* à un groupe restreint du fait de la proximité des personnes et de ses caractéristiques. Les soignantes interagissent dans un système complexe d'interactions où coopération et collaboration s'amalgament au gré des situations et des enseignements dispensés lors de

la formation professionnelle initiale. Les observations nous ont montré que les soignantes coopèrent plus qu'elles ne collaborent dans le travail quotidien des équipes de soins à l'hôpital. Ce groupe restreint forme une communauté de pratique"s" (et non pas de pratique au singulier) marquée par la pluralité de celles-ci.

Toutefois l'émergence du métissage dans ces équipes soignantes voire du racisme est venue troubler cette communauté, officiellement attachée à la volonté de partage, au langage et aux valeurs communes. Le changement de profil des équipes soignantes et la discrimination qui s'en dégagent, peuvent remettre en question les principes qui animent cette communauté, au travers des contradictions, des non-dits. Nous admettons comme risqué le fait de nous intéresser dans cette thèse à la communication dans un contexte interculturel et de métissage des équipes soignantes, nommées pour certaines "minorités visibles". Il est également hardi d'approcher la discrimination qui émerge dans les interactions. En revanche, même si notre position dans ce travail de thèse est celle de chercheur, nous sommes cadre de santé en exercice et ce constat interroge nos pratiques soignantes et managériales. Nous voulons donc comprendre quels sont les phénomènes communicationnels à l'œuvre dans ces équipes soignantes métissées à l'hôpital, ce que nous proposerons en suivant.

Chapitre 2. Quand la dimension interculturelle questionne la communication "en train de se faire" des équipes soignantes métissées

Interroger les pratiques des équipes de soins métissées à l'hôpital dans une approche communicationnelle nous amène à accepter cette confrontation avec la réalité. Ces professionnelles interagissent dans le cadre d'un travail collectif et d'une diversité culturelle qui se confronte au cadre normé et contraint. Nous assistons à une mise en tension de la singularité de l'être humain et à une standardisation qui semble majorée dans le cadre de la démarche de certification. Les observations et propos recueillis durant l'enquête font émerger à la fois une communication "plurielle" au sein des équipes soignantes et des espaces identifiables dont la relève est représentative. En outre, les données collectées font apparaître la permanence des phénomènes communicationnels empreints d'incertitudes et d'ajustements du discours selon que les échanges sont formels ou informels.

Les soignantes se trouvent alors face à des paradoxes et des contradictions. Certaines sont confrontées au jugement et à une justification collective, auxquels elles tentent alors de se soustraire. En revanche, nous ne pouvons ignorer les discours officiels des cadres de santé. Confortés par un cadre de normalisation et de standardisation, leur point de vue rencontre celui des infirmières et aide-soignantes. Porteurs d'un discours parfois "convenu", ces professionnelles témoignent de paradoxes perceptibles dans les situations de communication que nous interprétons.

1 Une communication interpersonnelle omniprésente

La communication est évoquée par l'ensemble des soignantes comme un élément fondamental de leur travail quotidien en équipe. Pour certaines cadres de santé, la communication revêt un caractère permanent alors que pour d'autres professionnelles, infirmières et aide-soignantes, elle intervient sur le plan professionnel et personnel, apportant une notion de plaisir mais également d'incertitude.

1-1 L'incertitude et la standardisation des pratiques soignantes

La standardisation des pratiques résulte de la professionnalisation du métier d'infirmière et des démarches qualité renforcées par la certification. La culture du risque intègre

toutes les fonctions hospitalières et s'impose aux soignantes qui se familiarisent peu à peu avec celle-ci. Les référentiels, les procédures, les fiches techniques, d'évaluation, de déclaration et d'analyse des événements indésirables... jalonnent le travail de ces professionnelles, notamment celui des infirmières et des cadres de santé de par leur fonction et leurs missions. Toutefois, les situations de travail et de communication génèrent une incertitude permanente qui oblige les soignantes à des ajustements pour préserver l'équilibre du collectif.

1-1-1 L'incertitude dans l'imprévisibilité de l'action

Tout ne se fait pas au feeling, il y a un cadre, il y a des règles à respecter [...] il y a un peu de fantaisie personnelle qu'on peut se permettre qui tient à notre personnalité mais c'est des particularités qui tiennent de notre histoire, de notre culture mais en général on est sur les rails, on travaille dans les règles de l'art (EAS18).

La coordination des activités et des actes du collectif est préétablie dans des fiches de postes, des organisations du travail. Les individus qui composent le groupe sont en interdépendance et l'action collective paraît prévaloir sur l'action individuelle. « *Ce n'est pas un individu qui peut désorganiser un travail d'un groupe sauf s'il y a argumentation au bénéfice du patient [...]* » (ECS1). Il semble exister une ligne directrice, une organisation de base, modulée par les interactions entre les différents intervenants. En revanche, le comportement professionnel est prégnant dans ces dernières : « *Cela nous oblige à un comportement professionnel rigoureux...* » (ECS3).

Certaines aide-soignantes non autochtones rappelant l'existence d'une standardisation des pratiques précisent en outre, qu'il est nécessaire d'avoir des règles, un cadre dans le travail et dans la communication. Toutefois, l'incertitude et le risque existent. L'incertitude revêt un caractère d'imprécision, d'imprévisibilité de l'action, du résultat voire de l'évolution d'un acte ou d'une situation. Elle constitue la marge de liberté et de choix des individus, la zone de pouvoir qu'ils ne contrôlent pas car les comportements individuels sont tout sauf prévisibles (Crozier et Friedberg, 1977⁶⁴⁵ ; Fischer, 1999⁶⁴⁶). Elle est aussi associée à l'erreur, à l'origine d'un flou dans l'identification des données

⁶⁴⁵ Crozier, M, Friedberg, E. 1977, *Op.cit.*

⁶⁴⁶ Fischer, G-N, Le concept de relation en psychologie sociale, *Recherche en soins infirmiers*, rencontre, Numéro 56, mars 1999, (4-11)

(choix et manière de les énoncer), la description (en lien avec la signification que l'individu leur donne) ou la localisation de la réalité observée (Gervais *et al*, 2005)⁶⁴⁷. A l'instar de l'univers de l'entreprise étudiée par Bouzon (2001)⁶⁴⁸, l'institution hospitalière est incertaine et la prise de risque pour les soignantes et les soignés est permanente. Celle-ci allie la technique à l'humain, la norme à la singularité, transcende l'individu et sa perception du risque, laquelle est en lien avec ses connaissances, le contexte, ses perceptions et ses représentations. L'incertitude et communication apparaissent indissociables.

1-1-2 L'incertitude dans l'espace de communication

Les travaux de Lamizet (1997) concernant l'incertitude des territoires placent celle-ci à « *l'intersection de l'information et de la communication* ». L'espace intègre le cadre de travail devenant pour l'individu son territoire ce qui génère une incertitude pour lui-même (dans les limites de son appropriation) et pour les autres : « *Ce qui est incertain en fin de compte c'est l'articulation des pratiques et des lieux de la communication sur les formes et les objets de l'information* » (p.58)⁶⁴⁹.

La normalisation et la standardisation des pratiques techniques et/ou communicationnelles ne suffisent pas en outre à atteindre le "risque zéro". L'individu reste déterminant dans les interactions, porteur d'une incertitude que nous qualifions d'expérientielle et d'évolutive. « *Au-delà de l'incertitude du territoire c'est l'incertitude des acteurs qui y vivent qui est en question : les incertitudes du territoire sont peut-être aussi, les incertitudes des cultures qui s'y déploient et qui s'y diffusent* » (*Ibid*, p.68)⁶⁵⁰.

La prise en compte du métissage amène une incertitude supplémentaire dans les interactions du seul fait de la rencontre des cultures et de la diversité des interprétations, des comportements... Les individualités rendent mouvantes les frontières de l'incertain dans l'espace de communication et les interactions. Pour Lamizet (1997) « *parler d'incertitude n'est sans doute pas neutre : il s'agit bien, ici, de la représentation de*

⁶⁴⁷ Gervais, M, Bedard, Y, Jeansoulin, R, Cervelle, B., Gestion de l'incertitude dans les bases de données géographiques, développement du modèle du producteur raisonnable, *Revue internationale de géomatique*, Volume X, numéro X/2005, (1-31)

⁶⁴⁸ Bouzon, A., 2001, *Op.cit.*

⁶⁴⁹ Lamizet, B., Incertitudes des territoires : approche conceptuelle, *Revue Quaderni Numéro 34*, hiver 1997-1998, (57-68)

⁶⁵⁰ *Ibid.*, p.68

l'aléatoire dans l'expérience que nous pouvons en avoir » (Ibid, p.67)⁶⁵¹. Ce qui nous confronte les soignantes et l'incertitude à la diversité dans l'hôpital en contexte normé.

1-1-3 Les soignantes appréhendent la standardisation⁶⁵²

Quand on est dans un cadre hyper rigide de normalisation tout déviant n'a plus sa place [...] je pense que le manager, c'est une âme, c'est une âme d'un service, ça peut être le vent de folie, c'est celui qui est garant de tous les cadres et de voir comment ce cadre, on peut se tordre dedans comme un petit vers parce que des fois on en a besoin ... (ECS1).

Evoquer un contexte normé à l'hôpital fait principalement référence à la certification considérée comme une démarche pérenne à celui-ci. Elle est à l'origine de l'élaboration d'outils qui inscrivent les soignantes dans une normalisation et une standardisation des pratiques. Certaines ont toutefois des difficultés à les accepter alors même qu'elles peuvent grâce à eux, évoluer dans un cadre de référence sécurisant les pratiques. En revanche la réalité perçue des standards confrontée à la singularité humaine dépend des individus en présence.

1-1-3-1 Une réalité de la normalisation et de l'humain

« Standardisation des pratiques on est dans les procédures, différence culturelle on est dans l'humain... » (ECS8). La réalité n'est pas universelle, la nôtre est différente de celle perçue ou décrite par l'autre. Elle tient compte de la vision que les individus ont des choses et des situations. Pour exemple, *« mettre de l'humain dans les petites boîtes, c'est difficile »* (EIDE4) est la réalité de cette infirmière qui appréhende la standardisation.

Ainsi, évoquer la réalité de la normalisation (pratique instituée) couplée à la singularité de l'humain ne peut se faire qu'en fonction de ses propres repères, donnant lieu à différentes perceptions émanant du groupe des soignantes.

Pour moi c'est difficile de standardiser les soins, il faut s'adapter à la personne... parce que si on s'adapte pas, je ne pense pas que le soin que l'on fait sera efficace et le but recherché, il y est pas quoi...(EIDE1).

⁶⁵¹ Ibid., p.67

⁶⁵² Nous n'observons pas dans l'enquête de différence significative dans les perceptions des soignantes à propos de la standardisation des pratiques et de la différence culturelle, selon qu'elles soient autochtones ou non autochtones.

Certaines professionnelles ont le sentiment que la normalisation inhibe ce qui fait la singularité de l'être humain, la part individuelle, affective, la capacité d'ajustement aux situations et au contexte. « *On ne devrait pas utiliser de protocoles standards pour toutes les personnes, on est tous différents... il faut un peu de normes mais il faut que la norme soit plus légère et tienne compte de l'humain* » (EAS2). 80% (44/55)⁶⁵³ des soignantes interviewées pensent qu'il n'est pas possible d'intégrer la singularité humaine dans les procédures et le cadre normé imposé par la certification. « *Je pense que la couleur... la différence ne rentre pas dans un standard, un cadre. L'être humain ne rentre pas dans les protocoles, c'est ce que je pense* » (EAS22). Elles appréhendent ces outils normés, ces standards comme des contraintes alors mêmes qu'ils tendent à être une sécurité et la garantie d'une harmonisation des savoir-faire : « *tout le monde travaille sur une même normative et c'est bien* » (EIDE6) exprime cette infirmière non autochtone. En revanche pour d'autres soignantes, vouloir standardiser apparaît dès lors contradictoire et ne permettrait pas de respecter la personne et ses croyances. « *J'ai toujours été heurtée de faire rentrer les gens dans un moule, donc le protocole pour moi est un moule* » (ECS5). Selon certaines professionnelles, l'humain s'exprime par sa différence. Confrontée à leur réalité, évoquer la standardisation fait alors émerger chez certaines professionnelles, notamment les aide-soignantes, un sentiment d'opposition voire d'indignation.

Alors ça moi, ça je m'y assois dessus leurs protocoles parce qu'ils viennent travailler dans les soins... et ils ne voient pas comment on fait [...] ça doit être fonction du patient et pas fonction d'un protocole [...] la norme et l'humain ce n'est pas compatible (EAS1).

1-1-3-2 Une communication interculturelle contrainte

... à devenir des machines on est plus dans l'individualité qui induit du hasard, du précaire, des choses qui ne sont pas tout à fait exactes ou carrées, à standardiser ça va être carré et juste, on aura moins de procès et on sera plus dans l'économie, mais on va perdre en qualité des soins (EIDE10).

D'autres soignantes ressentent plutôt la normalisation comme une "entrave" à la relation et la communication. La profusion des protocoles, la tendance selon elles « *à tout standardiser* » serait plutôt la traduction d'un objectif : gagner en réassurance ("ouvrir

⁶⁵³ Cette fraction correspond au nombre de réponses obtenues en faveur de l'argument exposé sur le nombre total d'interviewées soit 55. Pour chacun des trois points de vue concernant la normalisation et l'humain, cette fraction est utilisée sous cette forme.

le parapluie" diront certaines dans les échanges informels) et diminuer la marge d'incertitude que procure la diversité culturelle. Se situer dans un contexte interculturel apporte de la variété et de la fantaisie, ce qui semble s'opposer aux standards perçus fixes et routiniers par ces professionnelles :

Ah oui la standardisation, les normes et tout, c'est quelque chose de cadré, de scientifique, on ne peut pas y mettre de l'affectif, de je ne sais pas moi, du bricolage, de l'empirisme, c'est des choses carrées, scientifiques, normales, normées il faut les faire de telle sorte [...] moi je ne trouve pas que ça aille ensemble, l'humain est compliqué dans tout ce qui est normé, borné comment on fait... on déroge pour satisfaire le patient, répondre à sa demande, ses croyances, son mode de vie, voilà quoi (EAS18).

Toutefois, pour les professionnelles, la diversité culturelle paraît complexe à prendre en compte dans un cadre normé et à la fois incontournable : « *Mais après, il faut prendre en compte la différence culturelle, si tu ne la prends pas en compte tu vas au clash... si tu enlèves l'humain, vas travailler à l'usine hein (rire)* » (ECS14). La nier pourrait nuire à la construction des interactions et favoriser l'émergence de ce que nous nommons une "dys-communication". Nous rappelons qu'étymologiquement, "dys" trouve son origine dans le grec ancien et exprime une difficulté. Celle-ci peut intervenir dans l'établissement de la relation à autrui, dans les échanges verbaux (langagiers) et/ou non verbaux, dans la compréhension, l'interprétation des informations et/ou dans leur transmission. Nous l'identifions au travers des situations rencontrées et observées.

1-1-3-3 La liberté de choix contrainte par les normes

Il est vrai que maintenant en France on a protocolisé, on a imposé par la certification, contexte normé, c'est... enfin voilà... on traite de l'humain et il faut un peu de souplesse... on ne peut pas coller complètement avec le cadre (EIDE8).

Si certaines soignantes énoncent être opposées à la standardisation, 12.7% (7/55) estiment que le couplage normalisation- singularité de l'individu est possible même s'il est parfois complexe, les normes contribuant aux organisations. « *Il y aura toujours des normes, il y aura toujours des directives, des règles à suivre* » (EIDE9). En revanche, au-delà des avis tranchés, 7.3% (4/55) des soignantes interviewées sont partagées entre une possible compatibilité et une opposition totale. « *Je pense que c'est possible de les associer, oui ça peut, ce n'est pas évident quand même* » (EAS23). Pour certaines d'entre elles, la normalisation implique de fait une absence de choix : « *des fois ce n'est*

pas compatible, mais on est obligé de faire avec... » (EAS12). Pour y pallier, d'autres envisagent de rendre flexible le cadre de travail.

Pour autant un choix leur appartient : déroger à la règle ce qui est leur décision. Elles utilisent alors leur marge de liberté ce qui déplace la zone d'incertitude des autres soignantes. « *Certes il y a des référentiels, mais moi je préfère déroger des normes et que la patiente sorte rapidement de l'hôpital » (EIDE11). Ce pouvoir de décision repose sur une capacité de jugement des professionnelles et sur la confiance au sein du groupe. Il fait également appel au sens élaboré par les individus, selon leurs habitudes et leurs propres normes : « Les normes il en faut c'est sûr, mais après il faut individualiser, non on n'est pas des robots... » (EIDE2). La capacité des soignantes à émettre un choix et à prendre une décision contraire à la standardisation des pratiques, utilisant leurs propres normes, amène à interroger la singularité de la personne et son imprévisibilité.*

1-1-4 Une singularité humaine imprévisible

« *La standardisation des pratiques, heu, annihile complètement les personnes et... leur être [...] je mise sur le savoir être pour faire émerger la différence... » (ECS13). Selon une approche interdisciplinaire, nous pouvons appréhender l'incertitude comme se manifestant simultanément chez l'individu dans son corps et son esprit. Elle peut apparaître sous la forme d'un avertissement (l'exemple de la maladie qui se déclare ou non) ; un état d'esprit produit par le contexte et l'interprétation que l'individu en fait « On peut tous avoir la même bêche, on bêchera jamais de la même façon... » (ECS4). La singularité humaine intègre une part d'émotionnel dans la communication qui apparaît difficilement "standardisable".*

1-1-4-1 La place de l'émotionnel

Les travaux de Lazarus et Folkman en 1984 à propos du stress assimilent plutôt l'incertitude à un état de confusion. « *Les pensées façonnent les émotions et les émotions façonnent les pensées » (Lazure, 1998, p.29)⁶⁵⁴. Celui-ci est vécu par la personne au regard de la signification qu'elle donne au contexte dans lequel elle se trouve. Aborder le vécu de la personne inscrit de fait une part d'émotionnel, d'affectif*

⁶⁵⁴ Lazure, G., Incertitude... influence de l'évolution d'un concept sur le développement de la connaissance infirmière, *Recherche en soins infirmiers, Numéro 53*, juin 1998, (24-37)

lié aux situations rencontrées. Ces émotions contributives des interactions peuvent changer le cours des événements. En revanche, elles peuvent demeurer invisibles à autrui, ou tout du moins elles essaient de le rester, ce qui pour les soignantes est un exercice difficile. « *Gardée secrète la plupart du temps parce que non-conforme aux normes en vigueur au sein de l'hôpital, l'émotion est ressentie au plus profond de l'être* » (Mercadier, 2011, p.11)⁶⁵⁵. Il est de bon ton pour une soignante de ne pas montrer ses émotions, de les garder enfouies en elle. « *On ne parle pas des souffrances des patients, de celles que peuvent ressentir les soignants ou encore de toutes les émotions : plaisir, honte, dégoût, colère, peur ne semblent pas exister dans la vie d'une infirmière* » (Mercadier, 2012, p.115)⁶⁵⁶. Néanmoins, l'indifférence émotionnelle ne paraît pas compatible avec l'exercice de cette profession reposant sur des valeurs profondément humanistes.

Ainsi, pour certaines soignantes non autochtones, la ligne directrice (le malade) reste fondamentale dans la détermination des actions individuelles et collectives. Cette vision paraît exclure l'émotionnel pour ne rester que sur des éléments objectivables. En revanche les agissements d'un individu, non prévisibles en lien avec les émotions, peuvent parfois engager le collectif, modifiant la zone d'incertitude dans laquelle évolue le groupe : « *L'incertitude varie d'un sentiment d'insécurité profonde à une vague imprécision, accompagnée d'émotions parfois positives, parfois menaçantes* » (Ibid, p.26)⁶⁵⁷. La confiance apparaît alors l'élément indispensable pour gagner en certitude (Baudry, 1994)⁶⁵⁸ ce que les soignantes recherchent dans le travail collectif et les interactions.

1-1-4-2 Un espace communicationnel mouvant

L'espace communicationnel occupé par les soignantes se caractérise par une mouvance liée aux individus en présence et au contexte. Cette instabilité du cadre de la communication modifié par le contexte interculturel influe l'incertitude des participants.

⁶⁵⁵ Mercadier, C., 2011, *Op.cit.*, p.11

⁶⁵⁶ Mercadier, C., L'infirmière et l'écriture, pourquoi est-ce si difficile pour une infirmière d'écrire ? dans Arslan, S, Delomel, M-A, Dupuis, M *et al.*, *Les soignants, l'écriture, la recherche, la formation, œuvrer au partage du sens du soin*, (pp.113-120), Paris, Seli Arslan, 2012, p.115

⁶⁵⁷ *Ibid.*, p.26

⁶⁵⁸ Baudry, B., Contrat autorité et confiance. La relation de sous traitance est-elle assimilable à la relation d'emploi ? *Revue économique, Volume 43, Numéro 5, 1992, (871-894)*

Même après être du Sénégal et travailler avec une africaine du Congo ou du Cameroun, on a pas la même façon des fois, de se... de se rejoindre sur certains points de vue, mais ce qui est intéressant là-dedans, c'est de savoir ce qui peut jaillir de cette différence-là, de savoir comment se mettre comme vous avez dit les mots clés, communication, partage, pour aller dans le sens du patient... on communique, on communique et on essaye de voir, on se parle... (EAS15).

La confiance entre les membres apparaît fondamentale à l'élaboration des interactions et du travail collectif des équipes soignantes. En revanche, le temps et la peur du jugement occupent une place importante faisant varier l'incertitude. « *On sait qu'on doit travailler en équipe, dans les grandes lignes on sait comment on s'organise mais dans le secteur on peut tout lâcher pour faire quelque chose de plus urgent* » (EIDE4). L'espace de travail subit les imprévus, transformant dans le temps les actions en cours et les interactions. Ces dernières s'élaborent avec les priorités du moment, en fonction d'éléments qui bouleversent l'organisation prévue et obligent à des réajustements. « *Après les choses ne se passent pas toujours comme je veux, comme je le prévois [...]* » (EIDE 8).

Les soignantes se situent dans un système ouvert d'interactions tel que l'ont conceptualisé les chercheurs de l'école de Palo Alto. La communication élaborée par les individus en présence est déterminée par le contexte, la relation interpersonnelle et le contenu, « *la relation englobant le contenu* » (Watzlawick, 1979)⁶⁵⁹ ce qui en fait la mouvance. « *C'est réactualisé en permanence tous les jours, tous les jours ça change...* » (EIDE8). Les priorités obligent les soignantes à sortir de la standardisation du travail, sans pour autant déroger aux normes de pratiques, dans le respect de certaines règles professionnelles. Leurs choix, leurs décisions, sont amendés en situation. Les actions élaborées sont le produit de négociations, de concertations, de décisions en équipe et parfois elles sont spontanées : « *J'agis en faisant mon travail, je le réfléchis pas, je vois un malade qui est là, qui va pas bien, qui pleure, je... je... je suis là* » (EIDE7). Certaines soignantes en parlent comme le fruit d'un « *sixième sens* » ou « *parfois c'est de l'impulsion*⁶⁶⁰ » (EIDE6). Certaines aide-soignantes ajoutent une composante personnelle : l'humeur et l'état d'esprit. « *C'est une bonne question (rire)... ça surprend (rire)... l'humeur du jour et en fonction des personnes, des personnes que*

⁶⁵⁹ Watzlawick, P, et al., 1979, *Op.cit.*

⁶⁶⁰ Nous respectons le discours de l'interviewé, cependant, il nous semble que l'infirmière non autochtone fait une confusion de vocabulaire dans le mot utilisé ; nous pensons que le terme est « *intuition* » plutôt qu' « *impulsion* » ce qui suivrait la logique du discours dans l'entretien.

j'ai en face... parce que c'est ça qui donne le ton je pense à la journée » (EAS10). De par sa mouvance et sa temporalité, elle contribue à l'incertitude de la communication.

1-1-5 Une communication incertaine

« J'observe, quand je travaille en équipe, j'observe, j'analyse l'état d'esprit des gens, et selon l'état d'esprit de gens je communique d'une façon ou d'une autre [...] » (EAS21).

La contingence des interactions dans leur construction et leur mise en œuvre demandent aux soignantes des capacités d'adaptation. Ces dernières deviennent un pré requis dans leur fonction, évalué au cours de la formation initiale comme dans les évaluations annuelles d'activité des professionnelles. *« Il faut savoir communiquer c'est notre mission [...] »* (ECS11). Si la communication représente pour certaines cadres une de leurs missions, elle est imprévisible au regard des situations que la cadre de santé a à gérer au quotidien.

Bien que certaines cadres de santé voient la communication comme un "outil", elles sont d'accord pour dire que celle-ci passe par la relation à l'autre et constitue un besoin : *« J'en ai besoin de cette communication [...] »* (ECS10). Le sens de l'interaction est donné par le système au moment présent, ce qui fait référence aux théories développées par le collège invisible de Palo Alto. *« Ce n'est pas linéaire, ce ne sont pas les mêmes actions que l'on reproduit »* (EAS11). Il s'agit d'une mise en commun dans un contexte et selon trois principes énoncés par Marc et Picard en 1989 : la totalité, la causalité circulaire, le principe de régulation (De la Broise, Grosjean, *Op.cit.*, p.72)⁶⁶¹. Les actions sont situées et organisées en contexte et ne peuvent être récursives ce qui participe de l'incertitude de la communication *« Tous les jours c'est différent »* (EAS8). Au-delà de l'unicité des actions, l'incertitude de la communication dépend des individus en présence, eux-mêmes sujets à des variations notamment dans le temps :

Il y a une réaction immédiate les actions ne sont jamais pareilles, je suis là comme ça, c'est interchangeable, ce n'est pas quelque chose d'immuable, si vous voulez, ni d'irréversible, je ne peux pas être pareille tous les jours, toutes les nuits, le malade n'est pas dans le même état d'esprit, je ne suis pas dans le même état d'esprit, comment on est arrivée au boulot, comment on arrive au travail... (EIDE7).

⁶⁶¹ De la Broise, P, Grosjean, S., citent Marc, E, Picard, D., (1989), 2011, *Op.cit.*, p.72

Pour certaines soignantes la communication se fonde sur le contact à l'autre, à ce qu'il laisse apparaître à son interlocuteur. Selon elles, les TIC ne remplissent pas ces exigences, ce que Bonneville et Sicotte (2010) corroborent dans leur étude sur l'informatisation des soins à domicile. L'ordinateur est perçu par les professionnelles de santé comme gênant les interactions avec les malades et comme un « *obstacle à la qualité de la communication soignant-soigné* » (p.145)⁶⁶². Selon ces soignantes, communiquer c'est « *toucher la fibre sensible de certains d'entre eux* » (ECS13) ce que ne permet pas un écran interposé "médiateur".

Alors communication d'abord je vais dire ce qui n'est pas une représentation de la communication, l'écran n'est pas une communication... je préfère toujours me déplacer et voir la personne, entendre sa voix, voir son expression pour comprendre comment nous fonctionnons ensemble (ECS14).

Ces propos s'inscrivent dans la lignée des travaux de Goffman (relation en face à face) et de l'école de Palo Alto. L'organisation apparaît comme une réalité qui n'existe que par les interactions à l'œuvre, stabilisée par les relations entre les individus dans un face à face où l'écran n'aurait pas sa place. Privée de ce contact direct qui permet d'associer le discours aux gestes et de saisir la réalité des mots crée l'incertitude. Elle se trouve ainsi confrontée à la standardisation qu'implique l'introduction de cet outil au travers des projets de l'établissement.

1-1-6 Des projets institutionnels porteurs d'imprévisibilité

Les TIC s'intègrent dans les changements organisationnels imposés par le projet d'établissement et les projets restructurants. Certaines cadres de santé dénoncent alors l'insécurité et la perte de confiance produites par la mise en œuvre de ces évolutions : « *Je pense à mon équipe infirmière, une situation où j'ai senti une mise en danger énorme, c'est le passage à la DNAC*⁶⁶³[...] » (ECS3).

Cet exemple est intéressant de par ce qu'il touche aux évolutions des TIC à l'hôpital qui requièrent de nouvelles compétences chez les soignantes. Elles intègrent de nouvelles tâches pas toujours bien comprises et acceptées, « *l'innovation peut donc se montrer*

⁶⁶²Bonneville, L, Sicotte, C., L'informatisation des soins à domicile : enjeux pour la communication interprofessionnelle et soignant-soigné, dans Routier, C, Arripe (D'), A, *Communication & santé : enjeux contemporains*, (pp.141-152), Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2010

⁶⁶³ DNAC : Dispensation Nominative Automatisée Centralisée pour les traitements, préparés par un robot pour les 24h. Ils sont distribués quotidiennement par la pharmacie dans chaque secteur de soin : un casier par malade et des traitements conditionnés unitairement dans des sachets avec un code barre.

particulièrement anxiogène et aller à l'encontre de la réussite des interactions susceptibles de concourir à l'intercompréhension et à la coopération » (Bonnet et Bonnet, 2003, p.73)⁶⁶⁴. Nous narrant la mise en place de la DNAC dans le service, le discours de cette cadre illustre les propos de ces auteurs en termes d'anxiété, de déstabilisation, de résistance au changement, de tensions entre les participants au projet voire de sentiment d'insécurité pour le malade et pour les soignantes elles mêmes. Les organisations recherchent « *plus de lisibilité, d'accessibilité, de disponibilité* » ainsi qu'une production de sens quel que soit le domaine. Or l'introduction de la diversité traduit dans le métissage crée des espaces de communication, de choix et l'émergence de nouveaux comportements. Se projeter "par et dans" l'organisation suscite chez le professionnel un engagement et une contribution à la construction du sens.

Dans cet exemple de la DNAC, il semble que les éléments de partage et de communication ont fait défaut. Une situation anxiogène s'est créée induisant une résistance à ce changement majeur en termes de sécurité et de normalisation, le résultat obtenu allant à l'encontre des attendus. L'ambivalence du stimulus et l'interprétation qui en est faite favorise l'imprécision de la situation. Elle laisse apparaître l'anxiété, le stress et plus d'imprévisibilité pour les individus (Lazure, *Op.cit*)⁶⁶⁵ et complexifient la communication.

Il est donc des situations qui vont à l'encontre des formes de management collaboratif où « *l'action dans l'organisation sera dès lors considérée d'autant plus efficace qu'elle fait l'objet d'une construction collective consensuelle* » (Cordelier, Tine, 2010, p.207)⁶⁶⁶. Bien que prenant assise sur une normalisation et une standardisation, ces changements non concertés influencent les pratiques des soignantes et constituent alors une prise de risque collective. L'absence de consensus, de confiance entre les différents acteurs génère l'incertitude (Gramaccia, Cordelier, 2012)⁶⁶⁷ et l'incompréhension, ce qui peut aller jusqu'au désengagement des individus. La cadre de santé se situe à l'interface des différentes interactions, à la fois relais de la commande institutionnelle et

⁶⁶⁴ Bonnet J, Bonnet, R., *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants, entre le rationnel et le sensible*, Paris, L'Harmattan, 2003

⁶⁶⁵ Lazure, G., 1998, *Op.cit.*

⁶⁶⁶ Cordelier, B, Tine, M-A., L'intégration de l'organisation par les pratiques collaboratives. La sanction de l'individu par le collectif, dans Bonnet, J, Bonnet, R, Gramaccia, G, *Management et communication, mutations, emprunts et résonances*, communication des organisations,(pp.207-221), Paris, L'Harmattan, 2010

⁶⁶⁷ Gramaccia, G, Cordelier, B. (Dir.). *Management par projet. Les identités incertaines*, Collection Communication, Québec, Presses Universitaires de Québec, 2012

garante de la cohésion de l'équipe à laquelle elle appartient tout en étant parfois à l'extérieur. « *Je me situe à côté... je ne suis pas dans l'équipe et je ne suis pas en dehors, je suis petit satellite de (rire) [...]* » (ECS6).

Les projets institutionnels sont porteurs d'imprévisibilité ce dont témoigne l'exemple de la DNAC. Leur mise en œuvre se confronte à diverses contingences, produites par les situations de communication et les interactions élaborées dans les équipes soignantes. En contexte interculturel et de métissage, il semble que l'incertitude ne soit pas traitée et la singularité non prise en compte. (Pour exemple cet extrait de discours d'une cadre de santé, nous présentons l'intégralité du verbatim sur le thème, empreint d'émotion)

Je comprends pas ce mot standardiser... d'où ça sort... je comprends pas, ça me met en colère... donc ça veut dire qu'on rebascule de nouveau dans ce côté très impersonnel où on s'imagine qu'on est tous catholiques, qu'on vient tous du même endroit, qu'on fonctionne tous de la même manière et qu'on a tous été élevés de la même manière, qu'on a fait les mêmes études, qu'on a eu les mêmes difficultés dans la vie, qu'on a pas de richesses personnelles, que tout est beau dans le meilleur des mondes, qu'on a jamais, qu'on a tous pas le cancer, on sait tous pas que c'est [...] je ne vais pas dire standardiser, mais harmoniser, dans harmoniser je suis plus dans la communication... C'est pour ça que le mot standard me hérisse, le discours institutionnel c'est adapté, personnalisé, globalisé, voilà ça m'énerve car ça reste des beaux mots dans des belles bouches qui balancent ça en réunion mais qu'est-ce que cela veut dire pour eux [...] c'est la première fois qu'on me pose la question, j'ai chaud tellement je suis contente de pouvoir avoir dit et je suis ravie que tu m'ais sollicitée parce que je trouve très intéressant, très intéressant et si jamais il y a un retour, j'aimerais savoir ce qu'il en est [...] tu auras que des actions personnelles et individuelles dommage parce qu'il y a plein de petits feux d'artifice, si quelqu'un arrive à trouver la branche pour faire un bouquet de fleurs, mais il y a que l'institution pour le faire (ECS18).

Selon cette cadre de santé, la prise en compte de l'individu n'est possible qu'avec l'intervention de l'institution, dans une organisation globale. Cette professionnelle partage sa perception d'une standardisation imposée au regard de la singularité de la personne qu'elle vit comme une aberration et qu'il nous a paru intéressant de partager. Ignorer la différence dans une standardisation inconsidérée peut amener les soignantes et l'institution hospitalière à modéliser les individus, les organisations et à négliger les ressources humaines dans les situations de communication.

1-2 L'incertitude des situations de communications

La communication est appréhendée tel un système ouvert d'interactions où les situations intègrent une marge d'incertitude du fait des variations du contexte. Menant une étude

dans un secteur accueillant des personnes dépendantes en contexte de démarche qualité, Aïssani et Bordes (2007) montrent que les interactions entre les différents acteurs mobilisent les différentes « *logiques sociocognitives* », avec cependant un regard porté sur les situations et actions antérieures. Si l'expérience permet l'acquisition de connaissances, de comportements, elle inscrit les individus dans une démarche réflexive qui permet d'analyser les situations, repenser les actions menées et programmées, en élaborant le sens. Il s'agit de « *penser sa pensée, faire et se regarder faire, s'arracher à soi* » cite le Professeur Develay lors d'une conférence de didactique à Toulouse⁶⁶⁸. La pensée revient sur l'action (pensée réflexive) et la pensée revient sur la pensée qui revient sur l'action (pensée réfléchie). Chaque individu y conserve sa part d'incertitude et d'imprévisibilité. L'action précéderait donc le sens que les individus lui attribuent.

Toutefois, l'étude d'Aïssani et Bordes fait émerger une asymétrie dans le système d'échanges qui repose sur une domination d'un groupe sur l'autre. Ce dernier « *tend de résister à la pression symbolique en faisant valoir ses propres visions de la qualité* » (Aïssani, Bordes, 2007, p.84)⁶⁶⁹. Les influences et le pouvoir des individus, les uns sur les autres modifient la teneur des échanges et de la communication, ce qui paraît transposable au contexte de métissage des équipes soignantes. Nous reviendrons sur ce rapport à la diversité dans la communication dans le chapitre 3.

Dès que le contact s'établit avec quelqu'un, les individus entrent dans un espace singulier où se construit la communication. Chaque élément en présence devient déterminant pour la relation et l'issue en reste incertaine. Le travail d'articulation est continu et comporte sa part d'incertitude notamment dans les décisions qui peuvent être prises. Il procure aux organisations et à la communication une imprévisibilité, une instabilité, une complexité liée aux diverses contingences, « *lesquelles composent et recomposent la dynamique des professionnels de santé et leur identité* » (Mayère,

⁶⁶⁸ Le Professeur Emérite Michel Develay, Didactique des disciplines, université Lyon II, dans son introduction à la posture réflexive, dans le cadre de la 3^e journée de didactique des formations sanitaires et sociales à l'IFSI du CHU de Toulouse le 5 décembre 2013, thème : *L'analyse des pratiques professionnelles dans la construction de la compétence*

⁶⁶⁹ Aïssani, Y, Bordes, O., Démarche qualité, sensemaking et émergence dans les structures de communication, dans Mucchielli, A, *l'interaction et les processus de l'émergence*, (pp.59-90), Paris, Eska, 2007

2013)⁶⁷⁰. Nous choisissons de nous intéresser à certaines situations narrées par les soignantes lors des entretiens formalisés durant l'enquête. Nous considérons les cadres de santé d'une part, les infirmières et aide-soignantes d'autre part, leur fonction modifiant la nature des situations évoquées.

1-2-1 Les situations managériales des cadres de santé

« *On ne peut pas travailler sur l'humain sans communiquer [...]* » (ECS5).

Quatorze situations sur dix-huit narrées par les cadres de santé soit trois quarts d'entre elles (cf. Tableau 4, annexe 23), concernent les rapports avec un membre de l'équipe soignante, du fait même de leur position de manager. Elles comparent volontiers les interactions entre les professionnelles à une « *mayonnaise* » (ECS8) qu'en tant que cadres elles feraient monter pour obtenir une cohésion de l'équipe, voire à une « *alchimie* » (ECS7). Ce parallèle montre à quel point les interactions sont incertaines dans leur construction et leur issue. La communication se construit dans les relations interpersonnelles, les valeurs et la connaissance de l'autre. En outre les éléments de contexte de la situation, les personnes présentes, le mode de communication et les signes utilisés sont essentiels et font l'objet d'une analyse.

Qu'est-ce que je mets en place, la communication, voilà, la première chose, la première chose c'est de cibler les personnes... savoir à qui j'ai à faire... j'ai besoin de connaître leur identité personnelle et professionnelle... après il faut savoir, il faut trouver, et ça c'est la base de la communication, trouver le canal intéressant pour faire ressortir quelle est la priorité et quelles sont, quelles sont les valeurs de chacun (ECS18).

Certaines cadres de santé décrivent le type de relation qui s'établit, les stratégies à l'œuvre et les éléments qui émergent pour elles de la situation. Selon elles, communiquer met en relation les personnalités et les valeurs individuelles. L'interprétation et le sens de la situation se déterminent en fonction des personnes en présence, de ce qu'elles sont, de ce qu'elles pensent, de leur identité. Prendre en compte ces éléments ainsi que les comportements, les mots utilisés, le ton de la voix... permet l'instauration du dialogue évitant ainsi « *une impression d'être sur une autoroute et de se croiser sans se voir* » (ECS4). En revanche, s'ils favorisent l'entrée en relation et le

⁶⁷⁰ Mayère, A., Communication organisationnelle et organisation de santé : enjeux et perspectives, *revue internationale de communication sociale et publique*, revue électronique, RICP 2013-8, (pp.99-111), (2013), revueesp@uqam.ca, (consulté en ligne le 19/04/2013)

dialogue, ils apparaissent à l'origine de conflits, de manifestations agressives, de jugements de valeur, de tensions entre les individus. (cf. Tableau 5, annexe 24). Dans une approche interactionniste, nous nous intéressons particulièrement aux situations conflictuelles évoquées par les cadres de santé. Nous décelons chez les interactantes une « *surenchère sans fin* » qui renvoie aux travaux de Watzlawick (1979) sur la relation symétrique et en miroir. Selon cet auteur, la symétrie s'opère sur l'égalité ou la minimisation de la différence entre les individus. Or le danger demeure la rivalité qui peut s'installer dans ce type de relation et le conflit qui en découle, comme dans la situation exposée par ECS4. Dans l'interaction, l'infirmière s'impose au cadre de santé par son attitude et par le verbe, laissant à cette dernière le sentiment d'être un « *punching ball* ». Toutefois la perception et l'interprétation de la situation manquent parfois d'objectivité faisant appel aux affects, à l'expérience et au vécu des personnes.

La situation permet un partage, un échange, une réflexion sur les pratiques qui s'imposent dans le travail collectif de l'équipe soignante. « *C'est la décision et avant la décision c'est une analyse fine de ce qui se passe* » (ECS17). Au-delà de la subjectivité, certaines cadres de santé considèrent l'analyse collective de la situation comme déterminante dans leurs actions, aboutissant à une décision commune. Pour d'autres cadres de santé, quelle que soit la situation évoquée communiquer semble favoriser la mobilisation des connaissances, le transfert d'informations, l'assurance d'une équité pour une prise de décision négociée et acceptée de tous. C'est ce qui permet à l'organisation d'émerger, « *grâce à un certain type de discours l'organisation se met à exister dans les têtes de ceux à qui le discours s'adresse* » (Mispelblom Beyer, 2000, p.217)⁶⁷¹.

Cependant, certaines cadres de santé énoncent leur difficulté dans la communication avec les soignantes quant celle-ci intègre les contingences et les injonctions. « *Quand je ne suis pas en accord avec mes valeurs ou que je ne suis pas d'accord avec ce qu'on me demande, la charge de travail devient lourde pour moi* » (ECS5). Si elles partagent réciproquement leurs expériences en groupe, ces professionnelles expriment leur difficulté à tenir un discours ou à agir à l'opposé de leurs valeurs professionnelles et/ou personnelles. Néanmoins elles représentent l'institution et la dualité du discours les

⁶⁷¹ Mispelblom-Beyer, F., 2000, *Op.cit.*, p.217

place dans un paradoxe qui ajoute à leur difficulté: « *C'est la ligne de conduite institutionnelle, le contrat professionnel [...] je sais dans quelle institution je suis, je sais pourquoi, je sais avec qui [...]* » (ECS15). Dès lors, le double discours situe les cadres de santé dans une injonction paradoxale celle-là même étudiée par Watzlawick dans les années 1980 et sur laquelle nous reviendrons dans le dernier point de ce chapitre.

1-2-2 Les infirmières et les aide-soignantes

Les situations relatées sont en lien avec leur fonction et leurs missions. Si pour les cadres de santé la communication avec l'équipe est prévalante, pour les infirmières et les aide-soignantes autochtones il s'agit plutôt des situations associant (par ordre de fréquence) le malade (8/13)⁶⁷², puis les collègues (3/13), la famille (1/13) et une élève (1/13). Les soignantes non autochtones se rappellent des situations dans un ordre inverse que leurs pairs autochtones, impliquant d'abord la famille (9/20) le malade (6/20), les collègues (4/20) et une élève (1/20).

Les infirmières font ressortir dans leur récit, les éléments qu'elles considèrent comme fondamentaux dans la communication et qui font varier la marge d'incertitude pour elles-mêmes et pour les autres. Il s'agit du positionnement de la personne, de la gestion du verbal et des émotions, de l'écoute, du poids des mots, de la nécessaire maîtrise de la situation excluant la notion de transfert entre le soigné et/ou sa famille et la soignante. Nous observons combien la maîtrise de la charge émotionnelle est prégnante dans le travail des soignantes, jusqu'à devenir un poids pour elles. Nous nous référons une nouvelle fois aux travaux de Mercadier (2011) et Roux (2013).

Les situations les plus marquantes pour les infirmières et les aide-soignantes autochtones concernent les malades, peu les collègues (3/13). Elles mentionnent leur position "instable" face à l'absence d'information médicale au malade et/ou un décalage dans le discours tenu par les médecins et les professionnelles qui peut alors apparaître contradictoire.

⁶⁷² Cette fraction détermine le nombre de situations évoquées en lien avec la catégorie, sur le nombre total de situations narrées par les soignantes (soit 13 pour les infirmières et aide-soignantes autochtones et 20 pour les infirmières et aide-soignantes non autochtones)

Je sais que je suis en train de mentir, j'affirme au malade que je ne sais pas alors que je sais, même si je ne sais pas tout. Parce que je ne sais pas et de toute façon je ne peux pas lui dire ce que je sais, ce n'est pas de ma compétence (IDE 9).

Ce que nous exprime cette infirmière dans un échange informel témoigne de cette instabilité qui complexifie les relations interpersonnelles avec le malade mais également avec l'équipe. Ce qui n'est pas sans rappeler l'étude précitée de Fainzang (2009) questionnant la relation mensongère médecin-malade. Que ce mensonge soit par omission ou volontaire, l'infirmière accroît l'incertitude de la situation dans laquelle elle-même se trouve et devient un obstacle dans le cheminement du malade pour l'acceptation de son diagnostic, de son traitement, de son devenir. « *L'hôpital est un théâtre vrai, en ce sens que les acteurs, même les mieux lotis, ne réussissent jamais totalement à tricher, à cacher leur humanité.* » (Vega, 2011, p.200)⁶⁷³. Elle se trouve alors dans une contradiction instaurant une relation paradoxale. Dans cette relation infirmière-malade semble régner confusion, suspicion, insatisfaction et le trouble est jeté dans les sentiments ce qui génère des comportements pas toujours considérés comme adaptés par les protagonistes. Traitant de « *l'ambiguïté du travail infirmier à l'hôpital* » Vega (2011) évoque cette relation paradoxale avec le malade, reposant sur les savoirs, les positions de chacun, les capacités à réagir et à s'adapter. Cela ajoute de l'incertitude pour les différentes personnes concernées.

Les soignantes s'inscrivent plutôt dans les rapports hiérarchiques « *c'est moi l'infirmière tu vas attendre ma réponse* » (EIDE10) voire de domination « *si j'ai quelque chose à te dire, que tu sois jaune, blanche ou noire, je vais te le dire* » (EAS26) ce qui va à l'encontre de la conception de l'équipe et des rapports entre les membres de celle-ci exprimée par certaines soignantes. Cette contradiction dans les propos témoigne d'une certaine opacité des relations interpersonnelles, de la part insaisissable de celles-ci du fait même du contexte et des personnes en présence.

Dans les situations de communication interpersonnelle, le corps peut alors s'exprimer à la place des mots : « *Oui mon corps est moi-même et j'en veux prendre soin : guenille si l'on veut, ma guenille m'est chère* » (Molière dans les femmes savantes, 1672). C'est d'ailleurs ce qui caractérise l'interaction non focalisée mise en évidence par Goffman

⁶⁷³ Vega, A., *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Une pensée d'avance, Paris, éditions des archives contemporaines, 2011

(2013)⁶⁷⁴ où l'engagement corporel permet une communication non verbale. Selon Dufrene (2002)⁶⁷⁵, le corps est médiateur et relève de la corporéité (matérialité), de la sensation au regard, de la perception, de la dualité du corps et de l'esprit. Chaque société a son corps et sa langue, obéit à ses règles, ses rituels d'interactions, ses comportements, ses gestes et ses rites. Ces éléments sont importants à connaître dans un contexte interculturel pour pouvoir entrer en relation avec l'autre et sa différence et pour construire un travail collectif. Le corps est « *médiant* » et engagé dans un processus de communication, le corps « *médié* » appartient alors au contexte culturel et traduit les représentations corporelles qui évoluent avec les mentalités. Les médias utilisent notamment l'image qui "exhibe" les corps. Quel que soit le message sous-jacent, elle en reste la « *version simplifiée* » et le « *support essentiel de la diffusion d'un imaginaire sur l'"Autre"* » (Blanchard, 2007, p.299)⁶⁷⁶ ce que cet auteur met en évidence lorsqu'il s'intéresse aux affiches sur le thème colonial et la promotion de l'exotisme. Elles sont le reflet du regard que portent les individus sur les Autres (et leur corps) à une période donnée.

Si pour certaines soignantes la communication repose sur des éléments qu'elles jugent positifs comme la capacité de discussion en équipe, les échanges avec le cadre de santé et les explications qui en résultent, d'autres font émerger des éléments plutôt négatifs à l'égard des soignantes non autochtones laissant paraître une identité qui semble plutôt malmenée ce que nous appréhendons dans le chapitre 3. Au delà de la part d'incertitude qu'elle mobilise, traiter la communication interpersonnelle qui apparaît omniprésente dans le travail collectif des soignantes nous amène à porter notre regard sur ses deux aspects : formelle et informelle.

1-3 L'informel dans le formel

La communication dans les équipes soignantes se situe dans une double perspective : elle est formelle (programmée et contrôlée par la hiérarchie, ritualisée comme pour la relève) et informelle (non contrôlable, non programmée, sans logique apparente). « *La*

⁶⁷⁴ Goffman, E., 2013, *Op.cit.*

⁶⁷⁵ Dufrene, B., *Place du corps dans les SIC*, pp.1-9, (2002), http://w3.ugrenoble3.fr/les_enjeux/2002/dufrene/dufrene.pdf, (consulté en ligne le 07/07/2012)

⁶⁷⁶ Blanchard, P., Altérité, identité, stéréotypes des corps dans les affiches de spectacle ethnographiques, dans Boëtsch, G, Hervé, C, Rozenberg, J.J. (Dir.). *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, (pp.299-312), Bruxelles, De Boeck et Larcier, 2007, p.299

communication informelle c'est le temps de pause, machin, comme ça, c'est différent et là ça m'apporte une relation individu à individu » (ECS13).

La communication informelle a pour caractéristique de ne pas obéir aux règles, d'instaurer une relation "sympathique", une attention spécifique à l'autre, de se placer dans un cadre non formalisé. Elle repose sur les relations interpersonnelles, aux mots sont associés les gestes, les postures, les expressions corporelles, le contexte. Ces moments informels sont associés par les soignantes à la convivialité, à la pause, café et/ou cigarette (pour cette dernière, elle se fait en dehors du service et du bâtiment). Pendant ces quelques minutes des informations s'échangent, des commentaires sur tel évènement, telle personne, telle modification. Selon certaines infirmières la relève intègre également des moments de partage, de plaisir, de complicité qui facilitent la compréhension, la cohésion d'équipe et la recherche de sens (pour exemple cette infirmière qui amène sa tasse de chocolat chaud dans le bureau infirmier pendant les transmissions ; Ou cette boîte de confiseries amenée par une famille qui occupe le centre du bureau, à discrétion de l'ensemble des soignantes qui pénètrent dans la pièce...). Ces écarts à la règle et au rituel des transmissions et/ou ces échanges spontanés eu milieu des activités, permettent au groupe de se connaître, de se fédérer autour de ce qui touche l'un d'eux ou l'ensemble. « *Quand le cadre n'est pas là, ça parle dans tous les sens, ça parle des malades mais pas tout le temps [...]* » (EAS22). Ils facilitent également l'accession à cette compréhension des situations. La cadre de santé représente cette règle pour le groupe.

Quel que soit le cadre, formel ou informel, les interactions semblent faciliter "l'intelligibilité mutuelle" entre les soignantes, à l'origine d'ajustements et d'entraide. Cette dernière se manifeste au travers des gestes, des mots dans une réciprocité des perspectives. Bidet *et al* (2013), dans une étude au sein d'urgences pédiatriques démontrent que « *le déficit d'intelligibilité mutuelle n'est pas préjudiciable à la poursuite de l'activité collective* » (Bidet *et al*, 2013, p.186)⁶⁷⁷. L'activité se poursuit au-delà de cette intelligibilité mutuelle, chaque intervenant étant nécessaire à la coopération « *productive* », quel que soit son rythme y compris en l'absence de

⁶⁷⁷ Bidet, A, Boutet, M, Chave, F., Au-delà de l'intelligibilité mutuelle: l'activité collective comme transaction. Un apport du pragmatisme illustré par trois cas, *Revue Activités, Volume 10, Numéro 1*, 2013, (172-191)

réciprocité. « *Je suis un peu actrice aussi, et je sais quand je fais la relève, je fais aussi mon petit numéro* » (EIDE10). Pour mener à bien la coopération productive dont parle Bidet *et al* (2013) et atteindre l'intelligibilité mutuelle, certaines infirmières font appel dans leurs messages à la pédagogie, y intègrent le sens, les comportements mais également l'intention dans une mise en scène (étudiée par Goffman en 1973).

« *C'est à dire qu'on a au moins en commun d'être tous là pour le malade d'abord et après la communication c'est très important, entre nous on communique [...]* » (EIDE7). Nous nous arrêtons sur cette phrase qui nous paraît être une idéalisation du quotidien des soignantes. Nous nous interrogeons en outre sur ces mots qui viennent se confronter à nos observations sur le terrain ainsi qu'aux propos de certaines autres professionnelles de santé. S'il est important de communiquer pour ces soignantes, nous pouvons nous demander de quelle communication nous parlons.

2 Une communication officielle "enchantée"

Les actes communicationnels et les interactions sont multiples dans le quotidien de ces professionnelles. Comme nous l'avons étudié dans le chapitre 1, la relève en est un moment essentiel. Toutefois si les soignantes et notamment les cadres de santé affirment communiquer en permanence, il convient de nous interroger sur cette réalité affichée par ces managers. Nous nous intéressons donc à la communication managériale officielle (ou enchantée dans une vision idéalisée du contexte) qui semble placer ces professionnelles dans un paradoxe.

2-1 Les discours officiels de la communication managériale

Les cadres de santé sont formés à l'animation, la gestion et la pédagogie. Ils peuvent exercer aujourd'hui comme gestionnaire d'unité de soins ou formateur en institut de formation professionnelle et pour ce faire, la culture et le langage sont communs. Les apports sur la communication font partie du module 1 de leur formation qui est l'initiation à la fonction de cadre de santé. Or au travers du discours des cadres de santé, émergent les fondamentaux enseignés en formation initiale (cf. discours convenu, point 3 de ce même chapitre). Les cadres de santé s'inscrivent dans une communication interne (managériale) où elles sont chargées de faire circuler les informations des

dirigeants vers les personnels dont elles sont responsables avec lesquelles elles se sentent parfois en contradiction.

2-1-1 Les savoirs formels et informels

Les pratiques managériales évoluent selon les époques, les différents courants issus notamment des sciences de gestion et avec elles la communication managériale. Ainsi la formation au diplôme de cadre de santé est en cours de révision (référentiel d'activités et de compétences) avec une mise en œuvre du nouveau programme prévue pour 2015. Cette actualisation est réalisée en cohérence avec les politiques nationales de santé, les transformations des organisations, des métiers et les innovations dans les domaines sanitaires et sociaux dans un contexte médico-économique désormais contraint. Les cadres de santé sont alors préparés à des formes de management différentes au regard des nouvelles structures organisationnelles faisant appel à d'autres savoirs professionnels. Ces derniers complexifient l'articulation et la communication managériale dans une organisation faite des interactions de l'ensemble des individus en présence. En outre, accompagner ces évolutions nécessite d'autres formes communicationnelles de la part de ces professionnelles de santé. C'est ainsi que les savoirs professionnels, formels et informels apparaissent comme

des processus et des produits de médiation multiples. Ces derniers impliquent en cela des questionnements posés en termes d'interactions, de contexte et de construction de sens dans le concert de l'histoire, des usages et des innovations vécus, introduits et représentés de manière formelle ou informelle par des acteurs individuels et collectifs » (Bonnet et al, 2010, p.7)⁶⁷⁸.

Le rôle pédagogique du cadre de santé, de l'infirmière ou de l'aide-soignante intervient dans cette transmission de savoirs :

C'est pour ça qu'effectivement je vous rejoins, dire qu'un patient à une LAM ce n'est pas pédagogique d'autant quand on découvre que la personne qui le dit ne le sait pas elle-même, là le carnage, surtout mais même... vu le niveau de la stagiaire qui est très efficace... (EIDE10).

Selon D'Arripe étudiant l'articulation des savoirs professionnels et universitaires dans des ateliers de recherche, les comportements « naturels » sont guidés par des règles implicites acquises lors de la socialisation au sein de trois groupes d'appartenance

⁶⁷⁸ Bonnet, J, Bonnet, R, Raichvarg, D. (Dir)., *Les savoirs communicants, entre histoire, usages et innovations*, Sociétés EUD, Dijon, éditions universitaires de Dijon, 2010, p.7

(sociale, sectorielle, catégorielle). Pour cette auteure, les rites d'interaction et certains codes communicationnels sont partagés par les personnes d'une même classe. Ils sont différents d'une classe à l'autre (2010, p.115)⁶⁷⁹. Entrer en interaction, implique pour les individus, une mobilisation des expériences antérieures et de la culture. Il est donc complexe pour le cadre de santé de stabiliser et de structurer les interactions entre l'ensemble des professionnelles de santé, alors même qu'elle ne dispose pas toujours de ces expériences.

Aujourd'hui, les TIC participent elles aussi de ces interactions. Elles se développent à l'hôpital et l'échange en face à face a laissé la place aux échanges électroniques. Si les outils du Web permettent « *de nouveaux modes de construction et de circulation des savoirs* » (Soumagnac, 2010, p.61)⁶⁸⁰, nous nous interrogeons sur les nouvelles formes de communication et de transmission de savoirs voire d'informations qu'ils induisent.

L'écran n'est pas une communication c'est plutôt un écran, c'est-à-dire une surface plane qui peut masquer quelque chose, qui dirige le regard et qui malheureusement risque d'occulter ce qui est autour et qui est la véritable... de ce qu'il faut vivre (ECS15).

Ainsi les savoirs comme les informations sont transmis avec la part d'incertitude liée à leur qualité tant dans le contenu que dans la forme et selon les individus en présence et en contexte. En outre ils tendent à s'adapter aux demandes des différents acteurs et notamment les managers des établissements.

2-1-2 Un discours "au service de" ou contrôlé par l'établissement

La communication managériale repose sur les formes de management participatif suscitant l'adhésion des personnels au-delà des contraintes ressenties. Elle est soutenue d'une éthique, de discours « *portant sur des valeurs et appelant à travailler ensemble dans une entreprise plus équitable* » (Huët, Loneux, 2011, p.294)⁶⁸¹. La

⁶⁷⁹ Arripe (D'), A., Articulation de savoirs professionnels et universitaires au sein d'ateliers de recherche : vers la construction d'une culture commune homogène, dans Bonnet, J *et al*, *Les savoirs communicants, entre histoire, usages et innovations*, Sociétés EUD, (pp.113-120), Dijon, éditions universitaires de Dijon, 2010, p.115

⁶⁸⁰ Soumagnac, K., Les éditeurs de fiction à l'heure d'internet : quel renouvellement des pratiques de communication et d'organisation des savoirs ? dans Bonnet *et al* (Dir.), *Les savoirs communicants, entre histoire, usages et innovations*, Sociétés EUD, pp.62-68, Dijon, Editions Universitaires de Dijon, 2010, pp.61- 62

⁶⁸¹ Huët, R, Loneux, C., Responsabilité sociale des entreprises, éthique et communication, dans Grosjean, S, Bonneville, L, (Dir.) *La communication organisationnelle, Approches, processus et enjeux*, pp.280-310, Montréal, Chenelière éducation, 2011, p.294

communication interne de l'établissement informe les professionnelles des orientations stratégiques, les associant à l'opérationnalité. Les informations sont descendantes et semblent laisser peu de place à l'échange. Le discours "orchestré" par les dirigeants semble mettre les professionnelles sous contrôle, les informations ayant valeur "de feuille de route" pour les managers. La communication est alors appréhendée tel « *un instrument au service des objectifs de la direction* » (Giroux, *Op.cit.*, p.182)⁶⁸² dans le système et non comme ayant une part active dans la détermination de celui-ci.

Ce discours se confronte alors à celui plus humaniste des cadres soignants, axé sur les besoins et la motivation, recherchant l'engagement des individus au travail. Or, les personnels soignants se trouvent aujourd'hui dans une situation paradoxale. Leur engagement est sensé répondre aux contraintes imposées par l'institution (en ce qui nous concerne l'hôpital), ne prenant pas en compte leur propre motivation à s'impliquer dans une action, et/ou un projet ; la dimension de « *contrôle institutionnel* » semble transcender de notre point de vue la dimension de « *service à l'institution* ». L'interculturel nécessite *a fortiori* le développement d'une compétence spécifique managériale ou soignante associant la prise en compte de la singularité. Ce qui ne semble réalisable qu'à condition que les soignantes soient amenées à partager un même système d'équivalence au sein de l'établissement et de l'organisation évitant ainsi « *le repli des acteurs sur leur sous-culture d'origine* » (D'Arripe, *Op.cit.* p.119)⁶⁸³. Nous nous questionnons dès lors sur la vision (perception) que peuvent avoir les soignantes du cadre de santé au sein de cette équipe, ce qui pourrait expliquer que les infirmières et les aide-soignantes ne la nomment pas. Elle semble perçue dans ses missions managériales, dans son expertise voire dans son rôle d'interface avec la direction.

2-1-3 Un "exercice imposé" pour les cadres de santé

Certaines de ces soignantes évoquent l'organisation en équipe et le partage d'expérience, des savoirs dans ce groupe restreint. Elles nomment selon le cas l'aide-soignante ou l'infirmière parfois le médecin : « *Je travaille en collaboration avec mon infirmière, avec toute l'équipe, les médecins...* » (EAS19). En revanche la cadre de santé n'est pas citée clairement. Cette dernière est plutôt appréhendée comme étant en

⁶⁸² Giroux, N., 2011, *Op.cit.*, p.182

⁶⁸³ *Ibid.* p.119

dehors de l'équipe notamment par les aide-soignantes. Elle n'est sollicitée en dernier recours que lorsque l'équipe n'a pas trouvé de solution :

En fait nous on discutait de ce qui s'était passé, chacune disait ce qu'elle avait vécu et on essayait de se donner des conseils [...] on essayait de trouver des solutions, mais on était très embêtées, et quand on était vraiment trop embêtées on allait voir le cadre qui gérait la chose... (EAS1).

La position hiérarchique de la cadre de santé et le fait qu'elle "représente" la direction de l'établissement trouble la spontanéité des interactions. Ainsi il apparaît dans les propos des soignantes une « *domination symbolique managériale* » (Gherardi, Parrini – Alemano, 2012)⁶⁸⁴ qui influe l'ensemble des professionnels.

Là il y avait Mme E, je ne me suis pas sentie à l'aise pour le faire, parce que ça reste quand même ma cadre, ma chef et en fait peut-être je suis restée dans cette idée d'évaluation en fait, et j'étais bloquée pour ça [...] je me suis sentie moins efficace en fait donc heu... voilà (EIDE1).

Dans son étude sur les cadres de proximité à l'hôpital et la communication, Bourret (2004)⁶⁸⁵ met en évidence cette distance entre la vision idéalisée et le quotidien des cadres qui se confronte aux perceptions des infirmières et aide-soignantes à son égard. Certaines infirmières et aide-soignantes non autochtones reconnaissent à la cadre de santé une compétence de "médiateur" auprès de l'équipe, des malades et des familles :

On leur explique beaucoup de choses et souvent ils ont cette barrière, ils n'arrivent pas à comprendre, quand ils voient que peut-être, ils te disent peut-être vous êtes une aide-soignante, ce que vous exprimez c'est peut-être pas ça, je ne dis pas que c'est ça, je fais un recours à ma supérieure hiérarchique (EAS20).

Pour d'autres soignantes elle rappelle les règles qu'elle fait respecter. Pour autant les soignantes ne semblent pas dupes des stratégies utilisées par les managers : « *Après la cadre a une certaine diplomatie qui fait qu'elle a une certaine manière de dire...* » (EIDE1).

Dans cette position vis-à-vis de l'équipe et dans leurs activités managériales quotidiennes, certaines cadres de santé expriment toutefois leurs difficultés. Ces dernières paraissant les "priver" des échanges communicationnels avec les soignantes

⁶⁸⁴ Gherardi, L, Parrini – Alemano, S., Communication enchantée de l'idéologie managériale : storytelling et journal d'entreprise, dans Pelissier, N, Marti, M. (Dir.). *Le storytelling : succès des histoires, histoires d'un succès*, (pp.155-172), Paris, L'Harmattan, 2012

⁶⁸⁵ Bourret, P., Modes de communication des cadres de santé, Exigences de la relation et proximité des équipes, *Communication et Organisation*, Numéro 24, 2004, (1-8)

Pour exemple la gestion de l'absentéisme qui est selon elles chronophage et ne nécessite pas des savoirs complexes. Il s'agit d'une « *corvée* » servant à « *combler des trous* » (ECS13). Certaines tâches s'imposent aux cadres de santé en lieu et place des échanges interpersonnels, de l'élaboration du sens et de l'intercompréhension dans une fonction d'interface (Bonnet, Bonnet, 2004)⁶⁸⁶. Quelques cadres de santé dénoncent le manque de temps pour « *s'arrêter* » en équipe, prendre du recul, mobiliser l'espace communicationnel dans une réflexion, un partage, une analyse de pratique... « *Les interrogations, les... je crois que c'est se poser des questions, réfléchir, essayer de donner du sens à ce que l'on fait, avancer en se questionnant, en se disant... en se posant des questions [...]* » (ECS 10). Même si le discours officiel ne correspond pas toujours aux aspirations des managers, il apparaît cependant relayé et accompagné pour susciter un minimum d'adhésion de la part des personnels. Pour certaines soignantes, interagir, échanger les informations, créer du sens afin de fournir des prestations de soins de qualité aux malades semble indispensable.

L'espace de communication semble désaffecté alors que les espaces de parole apparaissent nécessaires. « *Les interactions, les discussions et les débats entre collègues de travail participent à l'émergence d'une certaine culture professionnelle qui donne un sens aux tâches quotidiennes des travailleurs eux-mêmes* » (Bonneville, Grosjean, 2012, p.7)⁶⁸⁷. Les actes langagiers sont performatifs, les énonciations visant à faire quelque chose dans un contexte, ce qui référence aux travaux d'Austin. Ces dernières reposent sur une intention (celle des managers et des dirigeants) et sur « *l'obtention de certains effets par la parole* » (Austin, 1970, p.129)⁶⁸⁸. De fait, les propos tenus par les cadres de santé apparaissent déterminants dans l'organisation des soignantes même si la communication managériale est délocalisée, ce que nous révèlent les observations durant l'enquête. Les cadres de santé communiquent aux détours de leurs "errances" dans les différentes zones du secteur de soins, en étant en mouvement, réalisant des tâches, en dehors des espaces formalisés ou des activités opérationnelles.

⁶⁸⁶ Bonnet, R, Bonnet, J., Les cadres et les dirigeants : des interfaces fonctionnelles et symboliques dans les mondes organisationnels, *Communication et Organisation*, 24/2004, pp.1-9, (2004), <http://communicationorganisation.revues.org/2886>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

⁶⁸⁷ Bonneville, L, Grosjean, S., Pourquoi faut-il sortir de la parole instrumentalisée en milieu de travail, *communication*, Vol.30/2/2012, (2004), <http://communication.revues.org/index3515.html>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

⁶⁸⁸ Austin, J-L., *Quand dire c'est faire*, Numéro 235, Essais points, Paris, Seuil, 1970, p.129

Selon Bourret (2009)⁶⁸⁹, ces professionnelles ne sont jamais « *immobiles* », l'imprévu, la priorité les amenant à se déplacer.

Les contraintes économiques drastiques obligent les managers à cet "exercice imposé" où elles sont d'une part le relais du discours officiel des dirigeants auprès des personnels soignants et d'autre part sous l'influence de leur ressenti en tant qu'acteurs vis-à-vis de leur contribution, de leur appartenance, voire de leur engagement. D'où la difficulté perçue par certaines, de relayer certains messages institutionnels aux équipes. Dans la lignée des travaux en psychologie sociale menés par Festinger dans les années 1960, certaines cadres nous disent se trouver dans une dissonance cognitive, leurs actions se trouvant en désaccord avec leurs croyances et suscitant dès lors des tensions.

Ça me paraît aussi important qu'il y ait une cohésion entre cadres et au niveau de l'institution. C'est parfois ça qui pose problème, c'est quand il y a, heu... là je lâche un mot... une dissonance (rire) entre l'institution et nous [...] c'est le grand écart parfois (ECS9).

Leur fonction dans l'établissement les oblige à assurer la circulation de l'information telle qu'elle émane de la direction, les amenant à se justifier ou à adapter leurs comportements aux opinions formulés. Elles peuvent alors se sentir sous contrôle et soumises à un « *ordre exigeant un comportement qui de par sa nature ne peut être que spontané mais justement ne peut plus être spontané quand il résulte d'un ordre* » (Watzlawick *et al*, 1975, p.84)⁶⁹⁰ qui n'est autre qu'une injonction. Or les messages contradictoires et les injonctions paradoxales troublent la communication entre les individus. Si cette situation génère des conduites diverses, des comportements possibles, imprévisibles, spontanés ou "calculés", le lien avec le cœur de métier semble maintenu.

La communication managériale élaborée par les cadres de santé nous apparaît dès lors constituée d'un trépied : le discours officiel (des dirigeants), le discours du réel (quotidien et contextuel) et le discours de l'idéal. Nous nous intéressons au discours managérial réel et enchanté à l'origine d'une dichotomie.

⁶⁸⁹ Bourret, P., 2009, *Op.cit.*

⁶⁹⁰ Watzlawick, P, Weakland, J, Fisch, R., 1975, *Op.cit.*, p.84

2-1-4 Une communication managériale dichotomique

Il semble exister une dichotomie entre le discours des managers qui apparaît "merveilleux et intemporel" et la réalité de la communication managériale. Certaines cadres évoquent ce discours officiel tel qu'elles l'ont appris en formation ou tel qu'elles voudraient le tenir au quotidien. Or il se confronte au discours directorial et le paradoxe s'instaure.

2-1-4-1 La confrontation des discours

La communication managériale est une dimension à part entière du management et participe à la communication interne que Michon (1994) définit comme « *l'ensemble des principes et pratiques qui permettent les échanges de messages, d'idées et de valeurs entre les membres d'une même organisation* » (p.2)⁶⁹¹. Toutefois, le milieu contraint hospitalier ajoute une difficulté à la mise en œuvre de cette communication managériale, perçue comme idéale par ces managers et faisant l'objet d'un discours convenu (cf. sous-chapitre 3). Certaines professionnelles décèlent un décalage entre leur réalité de terrain et le discours officiel qui leur est transmis par les dirigeants, et dont elles sont le relais auprès des équipes. Quelle que soit le moment et la raison évoquée (manque de temps, injonctions, augmentation de la charge de travail, désorganisation, contraintes économiques, pénurie de personnel...) les éléments sont déterminants dans l'approche organisante de la communication que Giroux (1994) désigne comme « *faire ensemble* »⁶⁹². Pour elle, la communication organise et elle est contenue dans l'organisation ce qui participe de la dichotomie de la communication managériale élaborée par les cadres de santé.

2-1-4-2 Une temporalité déterminante

Certaines soignantes sont d'accord pour dire que lorsqu'il s'agit de situations de changement, de projets, il est nécessaire de laisser un temps supplémentaire à consacrer à la réflexion et à l'échange entre les membres de l'équipe. La cadre de santé n°5 (ECS5), verbalise hors entretien (à la fin de l'enregistrement) les difficultés qu'elle a

⁶⁹¹ Michon, C., Management et communication interne : les six dimensions à considérer, *Communication et Organisation*, La communication interne : une approche croisée, 5/1994, (pp.1-9), <http://communicationorganisation.revues.org/1713>, (consulté en ligne le 18/09/2013), p.2

⁶⁹² Giroux, N., La communication interne : une définition en évolution, *Communication et Organisation*, la communication interne : une approche croisée, 5/1994, (pp.1-14), <http://communicationorganisation.revues.org/1696>, (consulté en ligne le 29/06/2012)

rencontré avec l'équipe, simplement par ce qu'elle n'a pas pu selon elle « *s'arrêter* » avec les soignantes pour communiquer autour de la mise en œuvre d'un projet restructurant. Elle exprime ses difficultés et notamment que l'institution ne lui a pas laissé ce temps. Nous retrouvons les composantes de la communication interne décrites par Michon (1994) : information, convivialité, participation, fédération, implication et identification (*Op.cit.*, p.4)⁶⁹³ dans laquelle néanmoins, les cadres de santé ont des difficultés à mobiliser le collectif dans une individuation de leur corps professionnel (Lépine, Parent, 2013)⁶⁹⁴. Le management par projet est un paradoxe communicationnel dans le contexte contraint actuel, porteur d'espérances mais aussi d'inquiétudes. Il peut être à l'origine de repli sur soi, de démotivation, de prise de risque alors même que le projet induit des « *comportements prometteurs* (solidarité, écoute mutuelle, partage, identité retrouvée) » (Mesnil, 1998, p.7)⁶⁹⁵ et favorise la reconnaissance. La temporalité apparaît être source de confrontation entre les dirigeants et les managers voire les équipes de soins.

2-1-4-3 Quand la communication construit la reconnaissance

Le discours de certaines cadres de santé paraît parfois dépourvu des émotions qui animent l'équipe. Il repose sur des notions formatées, apprises en formation ou acquises par l'expérience. Toutefois, les mots et le contexte dans lesquels ils ont été formulés, trahissent des "non-dits" au travers des attentes formulées par ces professionnelles et notamment une crainte, une incertitude envers l'avenir qui accroît le paradoxe. Le discours officiel repose sur un sentiment de participation, d'implication, d'identification aux valeurs fédérant les personnels de l'établissement dans lequel certaines cadres de santé à l'hôpital ne se retrouvent pas. « *De mes pairs j'attends, j'attends un peu de reconnaissance, de voilà... de la communication d'égale à égale [...]* » (ECS14). Quelques cadres de santé expriment le manque de reconnaissance et d'épanouissement dans leur exercice.

⁶⁹³ Michon, C., 1994, *Op.cit.*, p.4

⁶⁹⁴ Lépine, V, Parent, B., De la visibilité à l'individuation des cadres hospitaliers. L'obstacle de la dyschronie, dans Andonova, Y, Vacher, B. (Coord.). *Nouvelles formes de visibilité des individus en entreprise : technologie et temporalité*, Communication et Organisation, Numéro 44, (pp.41-52), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux, 2013

⁶⁹⁵ Mesnil C., Enjeux et paradoxes du management par projet, *Communication et Organisation*, 14/1998, pp.1-8, (1998), <http://communicationorganisation.revues.org/2131>, (consulté en ligne le 21/04/2013)

La reconnaissance est un besoin, un bien être, du plaisir. Elle concerne l'individu dans ce qu'il est personnellement et professionnellement dans l'expertise (ECS10) et dans le dialogue (ECS3). Dans la lignée des travaux de l'école des relations humaines, l'éclairage des SIC permet d'identifier et de comprendre comment elle s'élabore. Les actes de communication dont le langage, ont selon Lépine (2009) « *un rôle central en raison de leur dimension performative* » (p.99)⁶⁹⁶ dans cette construction de la reconnaissance. Ainsi les cadres de santé sont amenées à faire circuler un discours qui dans son contenu ou sa traduction ne comporte pas les valeurs auxquelles certaines sont attachées. L'harmonie des pratiques, la vision partagée et les valeurs communes dont le respect (ECS15) contribuent à leur reconnaissance « *Qu'elles travaillent de la façon dont j'aime travailler voilà (rire)* » (ECS13).

Les propos des professionnelles font émerger de leur discours des composantes de la communication managériale qui pour certaines ne semblent être qu'un idéal puisqu'elles ne les retrouvent pas dans leur travail quotidien et dans l'établissement. Nous constatons en outre que certaines infirmières et aide-soignantes expriment des propos similaires à ceux des cadres de santé. Selon elles, la communication s'élabore dans le partage des valeurs, la cohésion, l'engagement et le respect. La recherche de reconnaissance est peu exprimée et moins prégnante que les cadres de santé. Elle apparaît comme un produit de la communication, élaborée "dans et par" les interactions entre les soignantes où chacune occupe un rôle important.

2-1-4-4 La cadre de santé façonne la communication

Convoquant les travaux de Lawrence et Lorsch (1994) sur les concepts d'intégration et de différenciation dans le monde de l'entreprise, nous constatons une similitude avec l'hôpital. Des relations entre les individus et des stratégies individuelles dépendent l'efficacité de la collaboration. L'ouverture à l'autre et la franchise vis-à-vis du collectif de travail s'imposent, ce qui crée « *un climat de confiance entre les parties, qui facilite la résolution de beaucoup de problèmes* » (Lawrence, Lorsch, 1994, p.30)⁶⁹⁷. Certaines

⁶⁹⁶ Lépine, V., la reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante : la communication des cadres de santé, dans Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F. (Coord.). *Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail*, Communication et Organisation, Numéro 36, Décembre 2009, (pp.97-107), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux, p.99

⁶⁹⁷ Lawrence, P, Lorsch, J., *Adapter les structures de l'entreprise*, les classiques EO, Paris, Les éditions d'organisation, 1994

cadres de santé évoquent cette confiance dans leur discours. « *Je ne suis pas originale j'attends de la communication, de la confiance...* » (ECS10). Cependant aujourd'hui, elles redoutent la perte de sens dans le travail collectif de l'équipe par un désengagement, une démotivation qui complexifient la communication managériale et de fait "désenchangent" le discours officiel. Même si les informations sont descendantes, les stratégies de l'établissement et le discours officiel reconnaissent la place du cadre de santé dans l'atteinte des objectifs pour l'établissement. La crainte de ne pas pouvoir remplir leurs missions auprès de l'équipe, auprès des usagers (soins) et la perte d'engagement sont importantes pour les professionnelles, dans un contexte contraint économiquement et humainement. L'expérience du cadre de santé est perçue par certaines infirmières et aide-soignantes comme "facilitante", riche et avantageuse pour l'équipe, permettant une meilleure compréhension des situations, une reconnaissance, à condition qu'elle puisse être partagée dans l'équipe, que la cadre de santé soit dans « le même bateau » que les autres soignantes :

Ce que je définis comme un cadre, c'est quelqu'un qui est pas au-dessus de la mêlée mais bien dans un bateau, et en même... le même bateau que tout le monde, voilà, mais seulement qui peut effectivement, éventuellement donner les directions, qui peut faire changer de cap, qui peut amener les gens à avoir justement une vision non pas de ce qu'il y a juste devant le bateau mais bien éclaircir donc peut être un petit peu en hauteur, un peu plus sur le mat mais dans le bateau, si le bateau coule, il coule avec, on prend les décisions ensemble, on y réfléchit ensemble[...] (ECS15).

Derrière ce discours enthousiaste, émergent des éléments dont l'absence paraît nuire à la communication managériale comme notamment « *jouer franc jeu* » avec l'équipe, que celle-ci « *y mette de la bonne volonté* ». Les cadres de santé semblent être des éléments déterminants dans l'équilibre de l'équipe métissée et le façonnage de sa communication.

2-1-4-5 Les supports écrits et leur interprétation

La communication managériale ne peut faire l'impasse de la traçabilité comme acte communicationnel. Nos observations montrent que les soignantes utilisent avec prudence les supports écrits dans l'élaboration de leur communication. Le Bris et Barthe (2013), étudiant les écrits de la relève de poste, les appréhendent comme une activité continue. Selon elles, les supports écrits permettent à la fois un feed-back entre les intervenants mais également ils permettent de laisser une trace durable, d'attribuer une

validité au contenu, de coordonner et de "transmettre"⁶⁹⁸. Toutefois, les supports comme les notes écrites (consignes et autres) sont remis en question dans l'utilisation qui en est faite (objectif et méthode). L'absence d'explication et la traduction des individus de la note peut être assimilée à de la manipulation et être à l'origine de conflits interpersonnels.

Une situation conflictuelle entre équipe de jour et de nuit rapportée par une cadre de santé lors de l'entretien formalisé illustre ces propos. De traçabilité d'une remise en question d'une pratique pour les unes (infirmières postées en jour) l'écrit devient jugement de compétences pour les autres (infirmières postées en nuit) ce que ces dernières expriment par courrier personnel à la cadre de santé. « *Une lettre de deux pages de l'infirmière de nuit me disant qu'elle est très touchée de ce mot au tableau, que bon ça lui fait pas plaisir par ce que c'est au regard à la vue de toute l'équipe...* » (ECS7). Cette professionnelle a le sentiment d'être remise en question dans ses compétences, ses pratiques, son éthique, par cette note écrite sur le tableau à la salle de soins, laissée par l'équipe de jour à l'attention de l'équipe de nuit à la vue de tous.

Cette note apparaît hors cadre formalisé des transmissions et sans échanges oraux entre les protagonistes. Communiquer nécessite de comprendre qui sont les individus. La cadre de santé considère « *Il y a eu pétage de plomb quoi, de cette... en plus de D... qui est bien quoi [...] elle a dû déconner quand même un peu tu vois...* » (ECS7). Elle façonne la communication en équipe dans son intervention en régulant le conflit tout en étant répressive, rappelant les règles déontologiques incombant aux soignantes :

Alors je dis je vois que tout le monde est au courant de ce problème du week end, ça tombe bien, je suis fort aise, ça va me permettre de rappeler certaines règles et là je dis, j'ai lu l'article, je leur dis la délation ça ne se fait pas, quand on a quelque chose à dire à une collègue on le lui dit, oralement, personnellement et professionnellement. Si elle ne le l'entends pas, ce qui peut arriver, et bien, il y a un cadre [...] mais il est interdit de marquer quoi que ce soit au tableau concernant un jugement et tout ça, non seulement, bon... (ECS7).

Dans leur étude sur la déclaration des événements indésirables à l'hôpital, Mayère et Roux (2009) montrent que l'écrit peut être perçu comme un moyen de « *répression et/ou de surveillance des capacités de chacun* », un outil de légitimation et de validation et un outil contraignant. Les écrits permettent de procéder à l'évaluation de la

⁶⁹⁸ Le Bris, V, Barthe, B., Ecrits de relève de poste : une activité continue, *Revue activités, Volume 10 Numéro1*, 2013, (31-54)

professionnelle. Cependant, l'écrit génère des échanges individuels et/ou collectifs, une « *dynamique d'échanges écrits et oraux* » (Mayère, Roux, 2009, p.11)⁶⁹⁹.

Dès lors, ces propos nous questionnent quant au "récit managérial" entendu de manière informelle durant les trente mois d'enquête, dans l'évocation fréquente des termes confiance, coopération et engagement. Ces mots apparaissent plutôt comme des « *idéaux types* » qui se trouvent de fait, en décalage avec la « *pensée concrète* » des cadres, « *préoccupés de résoudre des problèmes contingents et de tirer le meilleur parti des opportunités qui se présentent à eux* » (Bonnet et al, 2010, p.9)⁷⁰⁰. La communication managériale est pragmatique pour les cadres de santé qui s'accommodent mal de l'insuffisance de certains éléments dans leur gestion et leur communication quotidienne. « *Mes attentes elles sont infinies quelque part et à la fois, et à la fois déjà d'arriver à être moi-même quoi [...] c'est de me sentir vivante dans un groupe d'êtres humains [...]* » (ECS9). La communication managériale, officielle amène peu à peu à une communication paradoxale où certaines cadres de santé semblent craindre de perdre leur identité. La dimension interculturelle ajoute à cette communication d'autres schémas de pensée et d'autres représentations qui influencent les personnes confrontées à la diversité culturelle ce que nous questionnons.

2-2 Le métissage pénètre l'espace communicationnel

moi je me vois plus tard en Afrique avec une feuille de banane au bord de l'eau, infirmière dans un dispensaire avec une feuille de banane en train de bronzer au bord de l'eau (rire), non c'est un peu caricatural, mais c'est vrai que j'aimerais bien... (EAS15).

Nous nous intéressons quelques instants aux propos de cette aide-soignante non autochtone en réponse à une formulation de ses attentes. L'interprétation que nous en faisons n'est pas exhaustive, elle n'engage que nous dans le contexte de cet échange. Cette aide-soignante évoque un retour dans son pays d'origine, une évolution professionnelle (elle ne se voit plus aide-soignante mais infirmière), dans un dispensaire (pour aider les plus démunis). Pourtant, cette aide-soignante d'Afrique sub-saharienne

⁶⁹⁹ Mayère, A, Roux, A., Ecritures individuelles et collectives. Déclarer, ne pas déclarer, savoir dire et savoir jouer avec le dispositif, *Etudes de communication* 33/2009, pp.1-12, (2009), <http://edc.revues.org/1162>, (consulté en ligne le 04/05/2013)

⁷⁰⁰ Bonnet, J, Bonnet, R, Gramaccia, G. (Dir). *Management et communication, Mutations, emprunts et résonances*, communication des organisations, Paris, L'Harmattan, 2010

ajoute à son discours des éléments caricaturaux qui mobilisent les stéréotypes et les préjugés sur lesquels nous reviendrons (cf. sous-chapitre 3) : la feuille de banane (pouvant faire référence au côté indigène attribué à certaines races) et « *bronzer au bord de l'eau* » (renvoie à la notion de temps, de rythme, de nonchalance voire fainéantise... stéréotypes socialement attribués aux individus non autochtones et plutôt à la "peau noire"). La prise en compte du métissage des équipes de soins dans la communication managériale et les interactions semble s'imposer.

2-2-1 Le silence comme acte communicationnel

Nous référant aux composantes décrites par Michon (1994), nous pouvons énoncer que la diversité culturelle et le métissage contribuent à l'identification des soignantes aux valeurs et à l'identité de l'établissement, dans une communication élaborée par l'ensemble des soignantes composant l'équipe et la cadre de santé. Pour autant, certaines soignantes mettent en exergue le retrait et le silence d'autres soignantes en particulier non autochtones, ce qui nous questionne.

Le silence souvent associé à l'écoute occupe une place importante dans la relation à l'autre, dans la dynamique de l'interaction. Il est « *un signe ponctuant l'espace sonore, sa matérialité syntaxique n'est autre que la relative conscience de non audition* » (Arshad, 2000, p.2)⁷⁰¹. Le silence est un acte de langage à lui-seul, il est un symptôme, une stratégie. Il exprime un secret, il cache, il tait, il est symbolique et parfois violent, mais il est aussi dérangeant et l'individu a tendance à le briser. Pour les chercheurs de l'école de Palo Alto, le silence régit, appartenant à des règles conversationnelles, un mode de communication non verbal dont il est nécessaire de faire l'interprétation en contexte. Le silence est cependant peu bordé dans le discours des soignantes. Pour celles-ci la recherche de sens étant le produit du langage et de la cognition, et non pas du silence. « *Les communicants doivent s'accorder ensemble sur le sens de chaque énoncé avant de passer au suivant* » (Lepastourel, Testé, 2011, p.133)⁷⁰². Selon

⁷⁰¹ Arshad, M., Le dire du silence : ponctuations émotionnelles et cognitives des interactions, *Communication et Organisation*, 18/2000, pp.1-6, (2000), <http://communicationorganisation.revues.org/2413>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

⁷⁰² Lepastourel, N, Testé, B., Traces langagières en psychologie sociale de la communication, dans Galinon-Méléneq, B (Dir), *L'homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, (pp.127-147), Paris, Cnrs éditions, 2011

Bruneau (1973)⁷⁰³, le silence mêle les rapports affectifs favorisant les relations interpersonnelles (silence interactif). Il appartient également au rite, en lien avec l'identité culturelle de l'individu (silence socioculturel) ce qui peut apporter un éclairage au retrait et au silence manifestés par certaines soignantes non autochtones. Si le discours managérial est porteur d'intention, celle des dirigeants à l'égard du métissage des équipes et des usagers reste à mettre au jour.

2-2-2 Une grammaire comportementale au sein de l'orchestre soignant

Quel qu'il soit, le discours est circulaire, sa production suit les règles, l'intention, les connaissances des interlocuteurs. La communication langagière repose sur l'utilisation d'un vocabulaire spécifique, en référence à un « *lexique* » où les mots n'ont pas la même traduction pour les individus. Les travaux du collègue invisible du Mental Research Institute de Palo Alto révèlent que la communication possède une grammaire comportementale dont les individus disposent au cours des interactions. Ils sont les instrumentistes dans l'orchestre que constitue l'équipe de soin pour ce qui nous occupe.

la culture va changer la façon d'appréhender l'autre même que je ne le veuille pas, je suis influencée par mon éducation, ma culture, même avec des gens qui ne sont pas malades, avec tout le monde, par exemple concrètement, quand je vous parle, on nous a éduqué à ce que quand on parle à quelqu'un on ne le regarde pas dans les yeux, par exemple, donc vous c'est l'inverse, donc ce qui fait que des fois, franchement des incompréhensions... (EIDE7).

Or les individus apprennent inconsciemment la partition avec laquelle ils communiquent. Celle-ci n'est pas écrite, elle se joue au détour de l'élaboration des interactions. « *Chaque acteur dans l'interaction jouerait une voix de la partition globale, partition intégrant des données communicationnelles (comportement gestuel par exemple) et contextuelles (niveaux logiques de contexte) complexes* » (Bosche, 2008, p.95)⁷⁰⁴. Etudiant le monde métissé dans une approche anthropologique interculturelle, ce chercheur détermine que « *chaque individu puiserait à sa grammaire culturelle pour se comporter. Dans la situation interculturelle, ces grammaires seraient différentes. Ainsi les indices textuels et la trame contextuelle seraient utilisés*

⁷⁰³ Bruneau, T.-J., Le silence dans la communication, *Revue Communication et langage*, Volume 20, Numéro 20, 1973, (5-14)

⁷⁰⁴ Bosche, M., *Anthropologie interculturelle, immersion au cœur d'un monde métissé*, ebooks/open anthropoly, 2008, p.95

différemment par les individus de cultures différentes » (Ibid., p.95)⁷⁰⁵. Au-delà du langage verbal, la grammaire comportementale intègre le langage corporel qui émerge dans le discours et qui contribue à l'élaboration du sens. En outre, la communication discursive s'associe à de la gestuelle, des comportements qui selon la culture vont modifier l'interprétation que les individus vont en avoir ; il existerait donc plusieurs grammaires en lien avec les différentes cultures.

Gueguen et De Gail (2000) voient notamment dans le toucher « *la source d'influence la plus puissante mais aussi la moins connue* », en termes de familiarité mais aussi de soumission, le toucheur dominant le touché (p.2)⁷⁰⁶. Pour autant, certaines soignantes non autochtones reconnaissent leur spécificité dans un toucher aisé, particularité culturelle sortant de ce rapport de domination décrit par ces auteurs.

La diversité culturelle et le métissage des équipes de soins, oblige les cadres de santé à adapter leur discours managérial. Elles assurent la traduction des informations entre les dirigeants et les soignantes. Reprenant la métaphore de l'orchestre, le toucher, serait le registre privilégié de ces soignantes non autochtones parmi d'autres registres disponibles : « *L'analogie de l'orchestre a pour but de faire comprendre comment on peut dire que chaque individu participe à la communication plutôt qu'il n'en est l'origine ou l'aboutissement* » (Winkin, 1981, p.25)⁷⁰⁷. L'interaction est bien plus que la somme des éléments interagissant. Le contexte intègre l'interprétation des paroles et des gestes, de l'individu et des actes, Birdwhistell parle alors de « *système qui a rendu l'échange possible* » (Ibid, p.75)⁷⁰⁸. Au-delà de l'abondance des mots, le métissage introduit une variété de possibles dans les interactions, les interprétations et les comportements.

2-2-3 Une "dys-communication" interculturelle

Nos observations et le discours des soignantes nous montrent à quel point la méconnaissance de l'autre peut être à l'origine d'une dys-communication et de

⁷⁰⁵ Ibid., p.95

⁷⁰⁶ Gueguen, N, Gail (De), M-A., Le toucher : un indicateur culturel implicite du statut et du rôle, *Communication et Organisation*, 18/2000, pp.1-8, (2000), <http://communicationorganisation.revues.org/2410>, (consulté en ligne le 06/05/2013), p.2

⁷⁰⁷ Winkin, Y. (Dir.), *La nouvelle communication*, Essais points, Numéro 136, Paris, Seuil, 1981

⁷⁰⁸ Ibid, p.75

situations conflictuelles. Celles-ci appellent parfois des comportements discriminatoires que la communication managériale semble occulter.

Quand tu as des gens d'emblée qui te renvoient, oui vous avez ce comportement parce que vous êtes raciste, ben tu y envoies celle qui le profil qui leur correspond le plus et là... de suite ça calme un peu les choses pour si peu qu'ils se retrouvent à parler la même langue, ça fait "glupps"... (Rire) (ECS14).

Certaines cadres de santé vivent comme une agression individuelle la remise en question de leurs valeurs par les usagers hospitaliers non autochtones qui ne respectent pas les règles (notamment ECS14 et ECS1 qui dans l'entretien évoquent les heures de visites auprès des familles et le fait que les familles arrivent « à quinze »). La relation à l'autre fait émerger un décalage dans l'interprétation de la situation ; leur discours est managérial, en tant que représentantes de la direction elles font appliquer la règle qui est commune à toutes les familles dans un souci d'équité, alors que le comportement des familles est culturel et se heurte à la règle imposée (ils viennent nombreux quel que soit le moment de la journée, font du bruit...).

Pour d'autres cadres de santé (non autochtones) la culture impose un "ajustement" des individus, intégrant leur histoire de vie, des comportements et un fonctionnement en lien avec celle-ci. En outre, la méconnaissance des "codes" culturels (approche fonctionnaliste mais nécessaire à l'élaboration et la compréhension des interactions) est mise en avant. Elle est source de violences verbales, de comportements qui sont perçus comme inadaptés de la part des soignantes comme les soignés et/ou de la famille. La communication est complexe et selon Goffman, « même si un individu peut s'arrêter de parler, il ne peut s'empêcher de communiquer par le langage du corps. Il peut parler à propos ou non. Il ne peut pas ne rien dire » (Ibid p.269)⁷⁰⁹. Dès lors, le positionnement des cadres de santé non autochtones dans leur rôle et leurs missions contribue à engager le dialogue et à apaiser certaines situations. Toutefois, intégrer le métissage dans la communication interne (managériale) apparaît complexe, imprévisible : « Si tu arrives à bien connaître ça⁷¹⁰, tu peux faire d'une manière, d'une façon heu... comme une alchimie quoi, pour pouvoir manager une équipe » (ECS7). L'ignorer induit une communication sur des niveaux différents qui apparaît asymétrique.

⁷⁰⁹ Ibid., p.269

⁷¹⁰ Ça : les qualités et défauts des personnes

2-2-4 Une communication asymétrique

Communiquer c'est niquer en commun, inversion psychanalyse... ça veut dire que quand quelqu'un te parle de communiquer, tu feras attention, c'est qu'il a une idée derrière la tête, une idée à te faire passer, à te faire gober ! Quelqu'un te parle de dialogue, il est plus sur la même longueur d'onde, c'est quelqu'un qui vient vers toi, le dialogue c'est deux [...] (ECS3).

Apportant une nuance quant à l'utilisation du mot communication, une des cadres de santé lui attribue une définition psychanalytique et lui préfère le mot de dialogue. Ces propos sous-entendent la mise en jeu de rapports de domination, de pouvoir, de séduction, d'influence entre les individus parfois au profit de situations paradoxales voire d'injonctions paradoxales. Celles-ci agissent sur le climat social au travers des rapports établis.

S'intéressant à la communication interne (appréhendée comme l'alliée de la direction) dans des entreprises soumises à des tensions organisationnelles de type restructuration, délocalisation... Morillon et Bouzon (2009)⁷¹¹ montrent qu'elle est soumise à des injonctions paradoxales, « il faut dire sans dire, ne pas dire tout en disant ». Au-delà de ces injonctions qui alimentent le paradoxe, apparaît également la manipulation qui renforce et l'absence de confiance indispensable aux échanges. Etudiant les phénomènes relationnels à l'œuvre entre des individus inscrits dans deux micro-projets « à l'issue incertaine », Gramaccia met en exergue cette confiance réciproque et nécessaire excluant *a priori* toute manipulation :

Cette confiance n'est pas l'expression d'une convention justifiée a priori, dictée et contrôlée par le management, mais le produit d'un échange dialogique, d'une transaction par laquelle les interlocuteurs se constituent mutuellement comme « confiants », en somme comme le produit d'un acte de langage (Gramaccia, 2007, p.51)⁷¹².

Que la communication soit abordée par quelques cadres de santé sous l'angle de la manipulation, laisserait à supposer que le discours de certaines soignantes pourrait être manipulateur. Il pourrait être aussi celui de la "soignante rationalisante" capable de tenir un discours et d'agir simultanément de manière diamétralement opposée ou de la "soignante rationnelle" qui réfléchit avant d'agir en référence aux travaux de Benoit

⁷¹¹ Morillon, L, Bouzon, A., Les injonctions paradoxales de la communication interne en période de tensions organisationnelles, *Etudes de communication*, 33/2009, pp.1-10, (2009), <http://edc.revues.org/1096>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

⁷¹² Gramaccia, G. *Les actes de langage dans les organisations par projet*, dans Bonneville, L, Grosjean, S, repenser la communication dans les organisations, (pp.51-86), Paris, L'Harmattan, 2007

(1998)⁷¹³. Quelle que soit celle-ci, la communication managériale constitue un réel enjeu pour les institutions et fait l'objet d'un discours officiel porté par les pratiques des managers. Les cadres de santé tiennent un discours officiel où la communication est idéale (écoute, dialogue, compréhension, valeurs communes, langage commun). En revanche, nos observations font entrer en contradiction l'officiel et la réalité du terrain dans un paradoxe où l'interculturel n'est pas traité à ce jour, privant les soignantes et les dirigeants du développement de leur intelligence collective.

3 Une communication paradoxale

La communication managériale telle que les cadres de santé nous l'exposent dans leur discours apparaît attractive. Collaborer, recherche de sens, pratiquer le participatif, favoriser cohérence et cohésion... ce discours officiel semble "enchanté" au regard de la réalité perçue du quotidien. Les acquis de formation professionnelle sont restitués dans les propos et se "heurte" à la réalité des soignantes. Le discours "convenu" est un des pivots des paradoxes dans lesquels celles-ci se trouvent et d'où émerge l'interculturel.

3-1 Des discours convenus

Ce discours "attendu", élément majeur de la communication semble produit par les enseignements acquis en formation initiale et professionnelle. « *Que ce soit des soignants, des bons soignants, avec les compétences attendues et puis à titre individuel, que si j'ai un problème de santé, étant vieillissante, eh bien que je sois bien soignée* » (ECS2). Nous avons ici une représentation idéalisée du soignant que nous interrogeons.

3-1-1 La part des enseignements

Pour comprendre le discours des soignantes, il convient de nous intéresser aux contenus des enseignements qui vont inscrire la future infirmière ou la future aide-soignante dans une posture professionnelle. Les référentiels de formation reposent sur des modules dont les contenus se fondent notamment sur les disciplines mères que sont la psychologie, la sociologie, l'anthropologie... La communication s'intègre alors dans ces enseignements dont nous considérons le contenu pour chaque formation initiale.

⁷¹³ Benoit, D., La « manipulation » dans la communication, *Communication et Organisation*, management par projet et logiques communicationnelles, 13/1998, pp.1-11, (1998), <http://communicationorganisation.revues.org/2044?lang=enment>, (consulté en ligne le 13/14/2013)

3-1-1-1 la formation aide-soignante

A l'institut de formation aide-soignant (IFAS), le module 5 intitulé « *relation–communication* » vise à acquérir la compétence suivante : « *Etablir une communication adaptée à la personne et son entourage* »⁷¹⁴. Les objectifs de formation sont de « *développer dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité* » des capacités : « *d'écoute de la personne et son entourage et prendre en compte des signes non verbaux de communication sans porter de jugement* », à « *s'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage dans le respect de la personne et avec discrétion* », à expliquer le soin, à « *faire exprimer les besoins et les attentes de la personne* », à « *apporter des informations* »... (Ibid., p.33)⁷¹⁵. La lecture du référentiel de formation notamment dans ce module 5, nous permet de retrouver des éléments du discours des aide-soignantes dans les savoirs associés théoriques et procéduraux. Au niveau des pratiques ils comportent la communication verbale et non verbale. L'objectif à atteindre est l'« *adaptation de la communication aux différentes situations rencontrées dans les soins* » (Ibid, p.34)⁷¹⁶.

Dans les savoirs nous identifions les mots cités par les soignantes au cours de l'enquête : « *les valeurs et les principes : respect, discrétion, écoute sans jugement confidentialité* » ; « *les facteurs influençant la communication* » ; « *les techniques de communication : observation, entretien, communication verbale et non-verbale* »... Ces mots intègrent également la grille d'évaluation des mises en situation professionnelle.

Une relation de confiance est établie, la communication est adaptée en fonction de l'état de santé de la personne ou de sa douleur, l'information est donnée est comprise par la personne et son entourage, les attentes de la personne sont écoutées, entendues avec respect et prise en compte... (Ibid., p.34)⁷¹⁷

Les travaux dirigés amènent les élèves à travailler sur les émotions, le toucher, le regard, les distances (bulle intime), l'écoute active, la communication non verbale, la synchronisation... Les six attitudes de Porter⁷¹⁸ font l'objet de jeux de rôles en groupe

⁷¹⁴ Profession aide-soignant, formation des professions de santé, Recueil des principaux textes relatifs à la formation conduisant au diplôme d'état, Uzès, SEDI, 2010, p.33

⁷¹⁵ Ibid., p.33

⁷¹⁶ Ibid., p.34

⁷¹⁷ Ibid., p.34

⁷¹⁸ Elias-H, Porter est un psychologue américain proche de Carl Rogers. Etudiant les entretiens thérapeutiques, il définit dans les années 1950 six attitudes qualifiées de dangereuses pouvant empêcher

(Evaluation/jugement, interprétation, support/aide/soutien, conseil/décision, enquête et empathie). Le niveau d'exigence attendu dans cette formation professionnelle porte sur l'acquisition des techniques de base de la communication, des comportements adaptés au travail et à la relation avec la personne soignée.

3-1-1-2 La formation infirmière et les cadres de santé

Pour les étudiants en formation professionnelle infirmière, le référentiel de formation comporte des unités d'enseignements⁷¹⁹ en lien avec les six domaines de compétences : SHS et droit ; Sciences biologiques et médicales ; Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ; Sciences et techniques infirmières, interventions ; intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ; méthodes de travail. Les apports communicationnels concernent essentiellement la compétence 1 (disciplines mères que sont la psychologie, la sociologie et l'anthropologie) et constitue un enseignement transversal sur l'ensemble des autres domaines. Les enseignements portent notamment sur la psychologie de la santé, la psychologie du développement, la psychologie cognitive, la psychologie sociale, la sociologie, l'anthropologie (UE1.1-S1 et S2)⁷²⁰. Le contenu de ces unités d'enseignements aborde les grands concepts de ces disciplines mères, « *le développement de la personne et de la personnalité, les relations sociales et groupales, la dynamique de groupe, les réseaux de communication, la coopération, la collaboration, la dépendance, la dynamique dans les relations de soins...* » (Ibid., p.60-61)⁷²¹. La perspective interactionniste est étudiée, par exemple entre l'enfant et les autres êtres humains dans un contexte dont il ne peut être dissocié, la recherche de la proximité, de la relation, de l'échange avec autrui... La communication interactionniste selon l'approche psychosociologique de Watzlawick est utilisée pour aborder la communication et la conduite d'une relation dans un contexte de soin, les acteurs se trouvant soumis à des variables psychologiques (mécanismes de défense...), cognitives (fonctionnement intellectuel et mental, prise en compte du système de croyances, des

l'émergence d'un discours « authentique » chez l'interlocuteur. Notre attitude place l'interlocuteur dans une position particulière.

⁷¹⁹ Annexe V de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier dans Profession infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme de Etat et à l'exercice de la profession, référence 531200, Paris, Berger Levrault

⁷²⁰ UE= unité d'enseignement, S= semestre. Lire partout cette dénomination. S1 et S2 correspondent) la première année de formation, S3 et S4, la deuxième année et S5 et S6 la troisième année.

⁷²¹ Ibid., p.60-61

représentations) et sociales (rôles, statuts, préjugés et stéréotypes sociaux). Les codes, les canaux, les attitudes sont intégrés dans ces enseignements qui mettent en avant le système culturel dans l'utilisation du verbal et du non verbal en fonction de la culture, du lieu, de l'espace, du temps, des croyances.

Dès la première année de formation, les étudiants en soins infirmiers sont amenés à comprendre la communication au travers de l'histoire de vie de la personne avec laquelle s'établit la relation de soin. Les unités d'enseignement en lien avec la compétence 4 : Sciences et techniques infirmières « *identifie les éléments permettant de communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* » (Ibid., p.92)⁷²² et « *adapter ses modes de relation et de communication aux personnes, aux situations et aux contextes* » (Ibid., p.94)⁷²³. Cela commence dans les soins d'hygiène et de confort qui sont appréhendés en contexte et selon les cultures : « *Dignité, pudeur, intimité, autonomie, bien être, hygiène...* » (Ibid., p.91)⁷²⁴. Les concepts de « *relation, communication, négociation, médiation...* » sont développés. « *La communication par le langage, la culture, la langue, la communication non-verbale, le toucher dans les soins...* » sont également traités. Il est enseigné aux étudiants les éléments qui participent au fondement de la relation de confiance et de l'alliance thérapeutique au travers de « *la relation d'aide, l'écoute, les attitudes, l'analyse des interactions, les signes cliniques verbaux et non verbaux...* » (Ibid., p.92-93)⁷²⁵.

Nous faisons le constat d'une restitution du contenu des enseignements et des mots employés dans le discours des soignantes interviewées. Selon Coudray et Gay, la formation initiale vise à « *mieux préparer* » les étudiants en soins infirmiers « *à l'exercice du métier* » par « *l'acquisition des compétences attendues* » et le développement « *d'une pensée réflexive qui lui permettent d'agir dans des situations professionnelles nouvelles* » (2009, p.39)⁷²⁶. A l'évocation des compétences et du professionnalisme par les soignantes interviewées, les notions de conformité aux exigences règlementaires et de performance émergent au travers des termes efficience et

⁷²² Ibid., p.92

⁷²³ Ibid., p.94

⁷²⁴ Ibid., p.91

⁷²⁵ Ibid., p.92-93

⁷²⁶ Coudray, M-A, Gay, C., *Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études d'infirmières*, Issy-les-moulineaux, Elsevier Masson, 2009

efficacité. Les cadres de santé infirmiers mobilisent ces mots de par les acquis de formation professionnelle initiale qu'elles transfèrent aux futures professionnelles mais également de par leurs pratiques managériales orientées vers les démarches qualité, les évaluations de pratiques professionnelles... Les valeurs mobilisées pour les infirmières sont semblables à celles des aide-soignantes ou des cadres de santé et expliquent le discours homogène des soignantes interviewées sur certaines questions ayant trait au "prendre soin" et à la relation. Il s'agit là d'un discours convenu, intégré, conscientisé et restitué par les soignantes. En revanche, il en émerge la dimension interculturelle qui se concrétise et se différencie dans les mots utilisés selon que les soignantes soient autochtones ou non autochtones.

3-1-2 L'émergence de l'interculturel dans le discours convenu

Nous faisons le choix d'amener les professionnelles à discourir sur le soin et le prendre soin. Ils constituent pour les soignantes enquêtées le cœur de métier, la cible de leurs actions et ce qui anime l'équipe. Nous identifions la spontanéité d'évocation de l'interculturel dans leurs propos. Nous constatons que le discours convenu se concrétise dans l'évocation par les soignantes de la relation de soin et d'équipe, quel que soit la fonction, que nous mettons en lien avec le tronc commun des acquis de formation.

3-1-2-1 A propos du soin et du "prendre soin"

Selon les cadres de santé, la philosophie du soin se fonde sur les valeurs du soin mises en commun en équipe telles que l'équité, la tolérance, l'authenticité, le respect, la disponibilité, la reconnaissance, l'humilité. La prise en soins repose en outre sur des procédures et des valeurs liées au cœur de métier, auxquelles se réfèrent l'ensemble des soignantes (respect, soutien, partage, communication). Celles-ci constituent les fondamentaux, l'identité du métier transmis par la formation et les professionnelles expertes dans les équipes de soins, donnant lieu à un discours convenu.

Dans le questionnaire autoadministré nous posons la question suivante : « *Qu'est ce qui est important pour vous dans la prise en soins des personnes ?* » (Question n°6). Nous identifions clairement dans le discours des soignantes, qu'elles soient autochtones ou non autochtones, les acquis et les fondamentaux en lien avec le référentiel d'activités

infirmier⁷²⁷ mais également avec le référentiel de compétences⁷²⁸ tels que : l'écoute de la personne ; l'empathie ; le respect des règles d'hygiène ; de sécurité ; de pudeur ; de dignité ; le bien être de la personne ; avoir une posture professionnelle ; utiliser la communication verbale et non verbale ; être authentique et professionnelle... Le questionnaire auto-administré nous permet de différencier ce discours reproductible d'une personne à l'autre de la pensée singulière des soignantes (cf. annexe 9 et 38).

Les compétences requises et attendues quelle que soit la fonction occupée sont : communicationnelle, relationnelle, méthodologique, cognitive et professionnelle. Au-delà des mots convenus de respect et d'écoute, le relationnel et la communication sont prégnants pour les soignantes. Ils apparaissent au travers du savoir être de la personne (authenticité, humanité, professionnalisme), de la prise en compte de la personne elle-même (singularité) et des actions de communication mises en œuvre (partage, échange, dialogue). Dès lors que la communication est posée comme fondamentale au métier.

Nous remarquons que seules les aide-soignantes font référence au confort, à l'hygiène, à la sécurité, le bien être qui sont des critères d'évaluation normative de leurs soins en situation et sur lesquels les professionnelles insistent lors de la formation (cf. Tableau 15). Nous n'observons pas de différence significative dans les résultats entre les aide-soignantes autochtones et non autochtones concernant le prendre soin (cf. annexe 10). Nous l'interprétons par la présence du discours convenu acquis en formation professionnelle, dont l'ensemble des aide-soignantes interviewées ont bénéficié en France.

Tableau 15 : Mots cités uniquement par les aide-soignantes à la question 6

Mots cités	confort	hygiène	sécurité	Bien être	total
Aide-soignantes A	5	2	4	3	14
Aide-soignantes NA	4	5	3	2	14
total	9	7	7	5	28

⁷²⁷ *Référentiel d'activités, annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier dans Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, (pp.19-26), Paris, Berger-Levrault, 2009*

⁷²⁸ *Référentiel de compétences, annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, dans Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, (pp. 27-41), Paris, Berger-Levrault, 2009*

3-1-2-2 L'interculturel dans la relation de soins fait émerger les paradoxes

La dimension interculturelle apparaît spontanément dans le discours des soignantes à l'évocation de la relation de soin et avec l'équipe. A la question n°7 (questionnaire autoadministré) : « *Si je vous parle de la culture de la personne pourriez-vous me donner trois avantages et trois inconvénients dans la relation de soin (A) et la relation d'équipe (B)* », nous retenons les dix premiers mots cités par les soignantes en termes "d'avantages et d'inconvénients" en ce qui concerne la différence culturelle (cf. Tableaux 17-18-19 et 20, annexe 11). Toutefois, bien qu'ayant choisi de ne pas traiter la communication dans la relation soignante-soignée, nous ne pouvons ignorer celle-ci totalement. La relation de soins constitue le cœur de métier des professionnelles observées et c'est à l'évocation de celle-ci que la dimension culturelle et ses paradoxes émergent des propos. (cf. Tableau 22 annexe 40).

Nous ne constatons pas *apriori* de différence significative dans les réponses entre les soignantes autochtones et non autochtones, exception faite de l'apprentissage et des échanges par rapport aux cultures et autres pays. L'expression des soignantes non autochtones y est très supérieure à celle des autochtones (10/11).

Certaines soignantes considèrent la diversité culturelle dans la relation de soin plutôt avantageuse (richesse, diversité, ouverture, communication adaptée...) (cf. Tableaux 21 et 22 annexe 40). En revanche, nous observons une différence significative pour ce qui concerne les "inconvénients" perçus de cette différence culturelle (barrière de la langue et accent) qui dans les entretiens de ces mêmes soignantes apparaissent plutôt comme une ressource. En outre ne pas connaître suffisamment l'habitus des individus influence la prise en charge des malades. D'autres soignantes non autochtones évoquent les préjugés, les *aprioris*, les clichés et étiquettes émis à leur rencontre dans cette relation de soins, ce qui se confronte également au discours. Elles évoquent la différence dans l'apparence physique, la peur de l'inconnu, les croyances erronées et les difficultés d'échanges. La tolérance et l'acceptation de la différence sont mises en exergue par certaines d'entre elles, plus axées sur l'être humain et que nous interprétons comme un non-dit de leur part. Au-delà de la richesse que semble apporter la diversité culturelle, quelques soignantes autochtones mettent en avant la découverte de la culture, des

coutumes, du savoir-faire et des connaissances. Elles établissent un lien avec l'éducation, la tradition, l'adaptation, le respect des pratiques différentes induites par la culture de la personne. Pour autant, la discrimination émerge à nouveau dans leurs propos. Elles évoquent la maladresse, la vision de la femme différente, le refus de la culture, le niveau d'instruction différent...

Nous notons ici un premier paradoxe qui émerge du discours écrit (questionnaire) confronté au discours oral (entretien). Les propos recueillis lors des entretiens s'opposent à ceux du questionnaire. Ils révèlent un discours dont nous pouvons dire qu'il est socialement "correct et acceptable", au travers de la richesse de la différence culturelle et de l'apprentissage que les soignantes disent en faire. Toutefois, seules devant le papier, les soignantes affichent d'autres mots, l'écrit se confrontant à l'oral, l'ensemble des mots interpellant la diversité raciale et la discrimination. Elles n'hésitent pas à mettre en écrit les mots témoignant de celle-ci et dont elles semblent faire l'objet au quotidien. Les observations de terrain montrent plutôt une certaine intolérance et une difficulté dans l'acceptation de la différence ce qui constitue là aussi un paradoxe. Les inconvénients énoncés s'apparentent aux clichés qui sont à l'image de la société et que nous observons également dans la relation en équipe. Ils placent les professionnelles du soin dans une communication qui se révèle paradoxale. La réalité du terrain semble s'opposer au discours idéalisé des professionnelles.

3-1-2-3 L'interculturel dans la relation d'équipe

Nous observons des données semblables aux précédentes (relation de soin) à propos des "avantages" perçus par les professionnelles de l'interculturel dans la relation d'équipe (cf. Tableau 23 annexe 41). Certaines soignantes autochtones citent les échanges (10/12), le partage des différences (8/11), l'enrichissement général (5/6) alors que d'autres soignantes non autochtones privilégient l'ouverture d'esprit (5/8) ce qui peut laisser supposer une acceptation difficile de la différence pour quelques unes. Dialoguer, partager, échanger intègre en outre les croyances de l'individu qui participent à la communication.

3-1-2-3-1 L'émergence de la discrimination

L'évocation de l'interculturel dans la relation en équipe fait émerger d'autres éléments que ceux cités dans la relation de soins en terme d'inconvénients. Nous notons une différence significative entre les soignantes autochtones et non autochtones (cf. Tableau 24 annexe 41). Toutefois, les préoccupations partagées demeurent la langue, l'accent, le langage (4/8).

Certaines soignantes autochtones parlent d'intolérance (4/6), d'incompréhension (1/6), de clivage dans l'équipe (3/4) à l'origine d'une dys-communication. Elles évoquent le rythme, les valeurs culturelles différentes qu'elles considèrent être un inconvénient majeur (5/5). D'autres soignantes non autochtones se placent sur un tout autre registre que leurs collègues, les inconvénients majeurs résidant dans : l'obligation de "*faire plus que les autres*" et de "*se justifier*" (3/0) ; la perception d'un racisme et d'une xénophobie (4/6) ; la difficulté à se rejoindre de par des perceptions différentes (2/3) ; des visions différentes (2/3) ; l'attribution de préjugés et d'étiquettes (2/3) à leur endroit.

La discrimination semble alors émerger du discours écrit ce qui apparaît à nouveau contradictoire avec le discours oral lors des entretiens formels ou informels, discours se voulant politiquement correct. Ces résultats issus des questionnaires nous interrogent sur leur teneur et sur l'authenticité des échanges oraux que nous avons pu avoir et qui ressemblent plus à un discours de complaisance. Nous ne mettons pas en doute les propos des soignantes dans leur sincérité, cependant l'expression écrite dans un questionnaire anonyme apparaît facilitée quand il s'agit de parler de discrimination.

Nous semblons investir ici la dimension paradoxale de la communication, certaines soignantes exprimant le contraire de ce qu'elles pensent réellement, que ce soit de manière consciente ou inconsciente. Nous pouvons nous demander ce qui se cache derrière le verbatim des soignantes, quelle peut être l'empreinte de l'histoire sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 3 et quelle est la réalité des soignantes.

3-1-2-3-2 La réalité des soignantes

Au-delà des dix mots prévalent recueillis à la question 7 du questionnaire auto-administré, certaines soignantes autochtones évoquent la tolérance. Elles mentionnent d'emblée la dimension communicationnelle (avoir un autre regard, apprendre à

connaître l'autre dans le respect mutuel, une relation plurielle, une complémentarité, une solidarité, une interculturalité, de la confiance, l'adaptation et l'entraide...). Il en est de même pour d'autres soignantes non autochtones qui marquent la spécificité dans la connaissance des coutumes, des rites et de des cultures, la partage d'expérience et du vécu, avoir moins de réserve et plus de lien. En outre, ces professionnelles se situent dans l'approche fonctionnaliste de la communication mentionnant l'importance de la transmission des "codes" culturels ce qui permet de communiquer en étant "en phase".

Ce sont les propos que nous retrouvons dans le discours des soignantes interviewées et pour lequel nous avons des difficultés à faire la part entre un discours socialement, politiquement correct et un discours empreint d'authenticité. Toutefois, nous considérons qu'il s'agit de l'expression de leur réalité.

L'expression des "inconvenients" de la différence culturelle dans la relation d'équipe semble faire sortir les soignantes de leur discours convenu. Des éléments à l'image de la société apparaissent ce dont nous prenons progressivement conscience à la lecture des données de l'observation. La différence significative dans les résultats se situe dans les mots et propos évoqués par les soignantes non autochtones et elles seules : « *racisme* » ; « *xénophobie* » ; « *devoir faire plus, se justifier plus que les autres* ». Ce sont des facteurs d'inégalité et de discrimination décrit par Amadiou (2013) dans une étude sur l'embauche dans des entreprises. Celle-ci repose sur les résultats d'un sondage Sofres auprès de français et d'européens en 2009. Nous évoquons cette étude car elle met en évidence dans la société l'ethnisation des relations sociales ce qui ne peut être détaché de l'univers hospitalier. Pour les français, la couleur de peau et l'origine ethnique se classe en deuxième position avec 64% des réponses, après le look, la façon de s'habiller et de se présenter (67%). Le nom, l'accent, la façon de parler recueillent respectivement 49% et 47%. Le nom est en effet évocateur d'une origine, d'une possible appartenance religieuse. Il est un marqueur social (Amadiou, 2013, *Op.cit*, p.25). A compétences égales, ces critères peuvent être discriminatoires dans le travail quotidien et pas seulement dans les embauches, les promotions... d'où ce sentiment exprimé de devoir toujours faire plus pour ces professionnelles. L'apparence physique devient alors

« *classante* » pour le candidat (Barrier, 1998)⁷²⁹. Une seule soignante non autochtone sur les vingt-six interviewées évoque ses difficultés à être recrutée dans un nouvel établissement de santé à sa sortie de formation du fait de son ethnie (camerounaise).

La réalité des soignantes apparaît différente selon qu'elles soient autochtones ou non autochtones ainsi que le regard qu'elles portent les unes sur les autres. Certaines autochtones font émerger la difficulté d'intégration et à travailler ensemble de leurs collègues. Elles font émerger la contrainte que représente l'acceptation de la différence, le refus de l'autre, le jugement, la stigmatisation des différences, la difficulté d'expression, la couleur... En revanche, d'autres soignantes non autochtones ajoutent à la complexité, un sentiment de manque de confiance à leur égard, d'injustice, de commérages et de doute. Pour certaines cette réalité s'exprime dans les questionnaires (corroborée par les entretiens) et semble issue d'un vécu personnel. Au-delà des propos les touchant en tant que personne (non acceptation de l'autre, normes et communication différentes, manque d'ouverture, difficulté à faire sa place et à se positionner) émerge le refus d'accepter certaines pratiques liées à cette diversité culturelle (pour exemple le toucher, le rapport au corps).

Remettre en question le rapport entre la communication et l'organisation selon une approche interactionniste en contexte de métissage apparaît nécessaire notamment dans les comportements, les valeurs et les discours qui se veulent éthiques. Ce sont eux qui déterminent les actions et les interactions.

L'analyse culturelle de l'organisation et de la communication nous amène à traiter celle-ci autrement, à soulever des enjeux différents, à faire émerger des valeurs profondes et à tenter de saisir l'invisible et l'indicible qui produit et génère sans cesse des formes auxquelles chacun donne un sens (Mahy, 2011, p.118)⁷³⁰.

Ces propos interrogent la communication des soignantes non autochtones identifiée comme paradoxale au sein de l'équipe de soin hospitalière ce que nous étudions précisément maintenant.

⁷²⁹ Barrier, G., L'entretien de recrutement : problème de validité et processus d'induction inter acteurs, *communication et organisation*, 14/1998, pp.1-11, (1998), <http://communicationorganisation.revues.org/2107>, (consulté en ligne le 05/05/2013)

⁷³⁰ Mahy, I., Les approches symboliques et culturelles, dans Grosjean, S., Bonneville, L. (Dir.). *La communication organisationnelle, Approches, processus et enjeux*, (pp.111-139), Québec, Chenelière éducation, 2011, p.118

3-2 Des soignantes aux prises d'un mal être...

Nous intéresser au discours des soignantes nous immerge dans un ensemble de contingences d'identification (discours convenu ou ressenti), d'interprétation (authenticité ou apparences) et de projection (quelle communication interculturelle dans ces équipes métissées à l'hôpital ?). La dimension interculturelle y apparaît négligée dans le quotidien de ces professionnelles que ce soit dans le travail collectif, dans la normalisation ainsi que dans le « *vivre ensemble* » ce qui semble inscrire les soignantes dans un "mal être" pour lequel nous tentons de donner des pistes explicatives.

3-2-1 Un métissage qui apparaît "ignoré"...

Il y a longtemps que je suis là, les gens de couleur il n'y en avait pas et tout d'un coup beaucoup de gens de couleur, c'est vrai qu'au début ça fait drôle [...] on s'est dit mais qu'est ce qui se passe (rire) il y a une recrudescence, il y a plus de... c'est vrai ça fait poser question (rire) [...] donc c'est vrai qu'on se demandait il y a plus de personnel ou quoi, qu'est ce qui se passe ?[...] EAS3).

A ce stade de notre travail, nous considérons le métissage des équipes soignantes à l'hôpital comme admis. En revanche il semble être un phénomène récent dans l'établissement considéré. Les études menées sur le terrain de l'hôpital mettent en évidence le métissage des populations, qu'elles soient soignées ou soignantes sans pour autant faire l'objet de recensement afin d'en identifier les caractéristiques.

Si nous nous intéressons au quotidien des urgences, il consiste dans la prise en charge de personnes étrangères désignées par Stitou (2007) comme ce « *qui n'est pas familier* » et que les individus ont tendance à refouler, « *un symptôme et un point de cristallisation dans l'actualité du lien social* » (p.24)⁷³¹ ce que la presse et les médias ont tendance à conforter. Or s'avère que catégoriser les personnes c'est déjà les discriminer (Fassin, Fassin, 2009)⁷³². Le métissage émerge au sein des équipes soignantes et nous pouvons déceler qu'il n'est pas sans influencer les interactions et autres actes communicationnels.

⁷³¹ Stitou, R., Les résurgences de l'étranger dans la contemporanéité du lien social, dans Stitou, R. (Dir.). *L'étranger et le différent dans l'actualité du lien social*, (pp.17-33), Nantes, Plein feux, 2007, p.24

⁷³² Fassin, D, Fassin, E. (Dir.). *De la question sociale à la question raciale*, Numéro 308, Paris, La découverte

3-2-1-1 ...dans l'équipe de soin et le travail collectif

Révéler ce métissage et l'accepter en tant que réalité participe de l'organisation dans sa construction. Nier le métissage, c'est nier la réalité organisationnelle dans ses apprentissages (partage des connaissances) dans la symbolique qui maintient et stabilise l'organisation. La communication interculturelle « *visé à la compréhension mutuelle et non au blâme mutuel* » (Mahy, 2011, p.119)⁷³³ pour permettre les interactions.

3-2-1-1-1 Le métissage cristallisé

Selon Caune (2010) « *tisser le lien social, c'est inventer des traits d'union, des espaces, des scènes d'énonciation où les individus produisent des lieux d'expression, des lieux de coopération, des lieux d'initiative* » (p.98)⁷³⁴ ce qui va à l'encontre de la cristallisation évoquée par Stitou. Celle-ci se fait plutôt autour de faits médiatiques se rapportant à une catégorie de la population voire plusieurs, dans une approche plutôt négative.

Le métissage s'il est reconnu comme tel, est à lui seul une mise en commun des cultures dans la communication organisationnelle. Toutefois, les données de l'observation ne semblent pas le reconnaître ainsi. « *Ils se sentent sans doute mieux compris par les gens de la même culture...* » (EIDE5). Le métissage représente pour certaines soignantes (pas de différence significative entre les fonctions occupées) un élément qualitatif pour le soigné et une "richesse" pour l'équipe. L'ouverture d'esprit et la tolérance permettent de le reconnaître dans les relations interpersonnelles et *in fine* influencent les interactions et le travail collectif des équipes soignantes. « *Alors que le concept de groupe renvoi à un construit humain observable, la notion d'équipe renvoi à un discours normatif sur la coopération dans un contexte organisationnel symboliquement désigné comme communautaire* » (Gardère, Gramaccia, 2003, p.107)⁷³⁵. L'équipe se révèle un lieu d'apprentissage où les soignantes en présence s'approprient les normes et les valeurs, ce qui influe sur les pratiques professionnelles. Toute déviance à la règle par l'un des

⁷³³ Mahy, I., Les approches symboliques et culturelles, dans Grosjean, S, Bonneville, L. (Dir.). *La communication organisationnelle, Approches, processus et enjeux*, (pp.111-139), Montréal, Chenelière éducation, 2011, p.119

⁷³⁴ Caune, J., 2010, *Op.cit.*, p.98

⁷³⁵ Gardère, E, Gramaccia, G., Anthropologie des petits groupes : de Lewin à Midler, une brève histoire de la coopération dans les collectifs restreints, dans Gardère,E, Gramaccia, G (Coord), *Coexister dans les mondes organisationnels*, Grec/o, Communication des Organisations, (pp.99-141), Paris, L'Harmattan, 2003

membres du groupe peut s'apparenter à un acte conflictuel et il peut devenir le sujet d'une cristallisation. « *Tu te crois plus maligne que les autres* » (ECS5).

Ces propos sont tenus par l'équipe envers une aide-soignante non autochtone. Celle-ci refusait de se soumettre à l'organisation du secteur et avait en outre réussi dans un soin où les autres avaient échoué. « *Qu'elle saute, qu'elle parte* » (ECS5). Des jugements sont alors portés sur la personne par l'équipe allant jusqu'à une volonté d'exclusion de cette soignante. Nous référant à la théorie de l'école de Palo Alto, nous pouvons cependant appréhender leur relation comme complémentaire. Le positionnement des soignantes ainsi que leur comportement affichent une asymétrie dans leur système d'interactions. Toutefois, cette asymétrie peut aisément amener les interactants à un rapport de pouvoir plutôt que vers une recherche d'équilibre et d'égalité dans leur relation interpersonnelle. L'exclusion d'un de ses membres fait obstacle au « *contact des esprits* » qui selon Gardère et Gramaccia a lieu dans l'équipe (2003) « *Sauf que les agents drainent les problèmes et ça cristallise autour* » (ECS5). La compliance aux règles, aux normes et l'intégration de celles-ci comme étant celles du groupe permet l'élaboration du sens en équipe : « *La construction du sens partagé est le socle de toute coopération qui suppose une mise en commun des référentiels. C'est pourquoi déterminer un sens commun est un préalable essentiel à la conduite de l'action dirigée dans les projets* » (Gardère, 2010, p.231)⁷³⁶. Selon cette auteure, la construction du sens de l'action dépend de l'espace, du « *contexte relationnel entre les acteurs* » dans lequel elle se déroule. *A contrario*, la non compliance aux règles définies par le groupe expose la personne (autochtone ou non autochtone) au rejet de celui-ci.

3-2-1-1-2 Une action située et distribuée

L'action "en train de se faire" dépend de la situation, de l'environnement, des personnes en présence et de l'action initiale prévue (cette dernière pouvant être modifiée par les imprévus). « *Tous les jours c'est différent* » (EAS8). Certaines soignantes énoncent des éléments qu'elles considèrent être les déterminants des actions : comportements, sentiments, perceptions, instincts. Ils participent de l'imprévisibilité des situations. Dans une approche interactionniste de la communication ces déterminants sont étroitement

⁷³⁶ Gardère, E., Du lien communicationnel en mode projet au levier managérial, dans Bonnet, J, Bonnet, R, Gramaccia, G. *Management et communication, mutations, emprunts et résonances*, Communication des organisations, (pp.223-244), Paris, L'Harmattan, 2010

liés aux interactants (individus) et donc à leur identité personnelle et culturelle. Au-delà de cette incertitude des situations et des actions, intervient l'engagement des individus pour le collectif et pour la personne soignée, cette profession conservant une dimension de "don de soi". L'état d'esprit des intervenants, leur état "de forme" et leur disponibilité à l'autre conditionnent le déroulé de la situation ou de l'action.

Dans la lignée des travaux de Suchman dans les années 1980 (théorie issue de l'ethnométhodologie) nous pouvons dire de l'action des soignantes dans les équipes métissées qu'elle est située et organisée. Traduit de l'anglais « *situated action* », le déroulé de l'action dépend des circonstances matérielles et sociales. Selon cet auteur, l'action est une représentation mentale d'une réalité externe dépendante de la situation. Les artefacts sont alors mobilisés par les acteurs de la situation et la relation de l'acteur à son environnement prend son sens dans l'interaction. Le travail collectif s'organise dans la coordination des activités et des tâches. Ce qui laisse supposer que les soignantes peuvent avoir une interprétation différente des situations et des actions selon la vision qu'elles ont en lien avec leur culture. Dès lors, le métissage et sa dimension interculturelle apparaissent comme des éléments fondamentaux de la situation et de l'organisation de par leurs caractéristiques culturelles. En outre les prédispositions de chacune des soignantes sont fondamentales dans les interactions, ce que Watzlawick décrit en 1979 dans les cinq axiomes de la communication, associant le verbal et le non verbal, le comportement des uns agissant sur le comportement des autres. Le métissage peut alors influencer les interactions selon l'idéologie des personnes présentes à propos de la différence culturelle.

Nous nous intéressons donc au métissage dans la manière dont il s'accorde aux attendus collectifs et se conjugue avec les pairs. Pour ce faire, nous repons notre argumentaire sur le soin « *parce que le soin c'est tout ce qu'il englobe, mais c'est énorme le soin, il faudrait trois jours pour en parler !* » (ECS18). Comme nous l'avons vu précédemment, il est le cœur de métier de ces professionnelles, la cible de leurs actions et il s'accommode difficilement des variantes dans les manières de penser, dans les pratiques alors que la diversité semble s'imposer. Le soin apparaît tel un espace d'interaction et de communication où la diversité culturelle s'immisce. « *Le partage et dans le partage forcément tu as communication [...] partage, échange, soutien c'est ce qui fait grandir,*

voilà, c'est une dimension que je trouve très immense dans le soin » (ECS18). L'action est située, la cognition est distribuée, théorie que développe Hutchins en 1995 et qui en contexte interculturel permet aux individus interagissant d'étendre leurs connaissances. Le regard porté sur les objets, les personnes, les mots, les situations devient pluriel par le métissage et renvoie à sa propre expérience, ses propres connaissances qui sont alors mobilisées. L'ensemble fait sens dans la communication organisationnelle.

3-2-1-1-3 Un métissage qui fait sens dans la communication organisationnelle

« Déjà, il faut s'adapter au patient surtout s'il a envie, bon, on sait qu'on a une organisation mais des fois on fait bifurcation [...] » (EAS26). Le sens de l'observation décrit par certaines aide-soignantes contribue à mettre en relation les éléments qui à leur tour font sens et oriente les actions en fonction du malade lui-même. Les savoirs et les connaissances se partagent et s'échangent dans l'espace de communication que représente le soin. C'est dans cet espace que se crée le sens dans les interactions.

Le sens se produit dans le cadre d'une mise en scène de l'activité où sont convoqués acteurs, objets et terrain, mais aussi grâce à un va et vient autorisant une prise de conscience verbalisée, une mise en mots des écarts, des différences, des convergences de discours, de modes opératoires et de résultats (Bonnet, Bonnet, 2010, p.18)⁷³⁷.

Les connaissances sont élaborées collectivement, elles sont produites par « l'action en train de se faire » (*Ibid.*, p.61)⁷³⁸ et se fondent sur l'interprétation qu'en font les individus. La dimension culturelle de la communication prend toute son importance dans cet espace, déterminée par les « interactions entre les modes de pensée, les moyens de communication et les représentations » (Caune, 2006, p.43)⁷³⁹. Le métissage des équipes soignantes demande alors une prise en compte de cette dimension intégrant « le processus symbolique » par lequel la réalité de ces professionnelles s'élabore, se stabilise et évolue. En contexte, la cadre de santé assure ce cadrage qui donne une certaine stabilité à l'équipe pour construire les interactions et réaliser les tâches qui leur incombent.

⁷³⁷ Bonnet, J, Bonnet, R., 2010, *Op.cit.*, p.18

⁷³⁸ *Ibid.*, p.61

⁷³⁹ Caune, J., 2006, *Op.cit.*, p.43

Mais pour moi, c'est le... c'est cet espace d'interaction, c'est un espace là très particulier, entre deux personnes ou entre une équipe et un groupe de malades aussi, mais enfin de toute façon, c'est une affaire de personnes, d'être humains quoi (ECS8).

Le métissage fait sens dans la communication organisationnelle que ce soit dans le travail collectif ou le soin lui-même. Nous admettons qu'il existe une fragilité de l'ensemble liée à l'imprévisibilité des situations et des personnes en présence. La proximité qu'impose le soin ou certaines actions dans une situation « à portée de voix » (Gramaccia, 2007)⁷⁴⁰ permet une réactualisation permanente et simultanée du contexte et de la situation vécue et partagée par le soigné et/ou la soignante. L'analyse de pratique quant à elle, permet une réflexivité participant à la construction du sens de l'activité dans des situations complexes (Bonnet, Bonnet, Viard, 2013)⁷⁴¹ telles que les soins. En outre, le métissage semble ajouter à l'incertitude de ce cadrage et la complexité de la recherche de sens.

Nos observations durant l'enquête nous amènent à identifier les équipes soignantes métissées selon la métaphore de l'orchestre dans l'approche interactionniste de l'école de Palo Alto. Leur travail collectif se révèle à nous telle une orchestration selon les fonctions, les missions, les situations, le contexte environnemental auquel nous ajoutons la dimension culturelle. Chaque soignante participe à l'orchestre (l'équipe) dans sa fonction (instrument) et avec ce qu'elle est personnellement (musique). Être non autochtone semble apporter une variante dans cette "musique" et la communication peut alors permettre la mise en œuvre des actions avec une certaine "harmonie". Le rôle régulateur du cadre de santé amène celle-ci à se voir "fluidifiant" le travail collectif :

« *Je me vois comme la burette d'huile dans les rouages [...]* » (ECS10). La communication dimensionne l'œuvre de l'équipe, reposant sur des valeurs humanistes qui apparaissent comme le "tempo" de cet orchestre. La prise en compte et l'intégration

⁷⁴⁰ Gramaccia, G. (2007). Les actes de langage dans les organisations par projet, dans Bonneville, L, Grosjean, S, *Repenser la communication dans les organisations*, Communication des Organisations, Paris : L'Harmattan, pp.51-86

⁷⁴¹ Bonnet, J, Bonnet, R, Viard, P., L'analyse des pratiques en formation infirmière. Vers une clinique du sens, dans Andonova, Y, Vacher, B. (Coord.). *Nouvelles formes de visibilité des individus en entreprise : technologi et temporalité*, Communication et Organisation, Numéro 44, (pp.177-188), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux, 2013

du métissage dans celui-ci semblent contributives de l'organisation et de la communication.

3-2-1-1-4 Un métissage mis au jour... une intégration

« *Le séjour d'un tronc d'arbre dans l'eau ne le change jamais en crocodile* » (EAS5)

Rendre visible le métissage des équipes soignantes à l'hôpital ne suffit pas à l'intégrer dans la réalité quotidienne de celles-ci. Le faire émerger participe de l'évolution des pensées, des représentations, des sociétés vis-à-vis de la diversité et de la différence. Autrement dit la différence existe, elle appartient à la singularité de l'individu et le milieu dans lequel est l'individu ne suffit pas à le changer. Il amène à l'intégration⁷⁴².

Les différences culturelles ne sont pas remises en causes, ni ne sont niées. En revanche, ce sont les ressemblances et les convergences qui sont mises en avant afin d'obtenir une cohésion sociale. Parler d'intégration implique une volonté conjointe de la société qui accueille et des individus qui souhaitent y entrer.

C'est sûr que de culture différente surtout les africains, on a quand même cet esprit où on se dit les autres ne nous acceptent pas forcément, qu'ils ont cet esprit de supériorité ou même si vous avez le diplôme, ils disent le noir reste le noir, le blanc c'est ce qui est bon, les gens parfois ont tendance à nous le renvoyer d'une manière ou d'une autre... (EAS5).

Dans leur ouvrage « *être français aujourd'hui* », Marchand et Ratinaud (2012)⁷⁴³ étudient les contributions qui ont animé le grand débat sur l'identité nationale en 2009 lancé par Besson alors ministre de l'Immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire. L'identité nationale semble pour certains dépasser les frontières de la France, gagner l'espace européen associant de fait l'immigration dans ce contexte de questionnement. En France, les migrants ont recours à l'aide d'associations et l'intégration n'apparaît pas comme naturelle. Des tendances comportementales regroupent les individus en catégories, l'une tend vers la coopération et la seconde est

⁷⁴² Définition de intégration selon le Haut conseil de l'intégration, <http://www.hci.gouv.fr/-Mots-de-l-integration-.html#l>, (consultée en ligne le 14/04/2013) : *Le terme d'intégration (généralement référé à la situation des immigrés installés de façon durable dans le pays d'accueil) désigne à la fois un processus et les politiques qui ont pour objet de faciliter sa mise en œuvre. Note : Le processus, inscrit dans la durée, est celui d'une participation effective de l'ensemble des personnes appelées à vivre en France à la construction d'une société rassemblée dans le respect de principes partagés (liberté de conscience et de pensée, égalité entre homme et femme par exemple) telles qu'elles s'expriment dans des droits égaux et des devoirs communs* (Haut Comité de l'Intégration).

⁷⁴³ Marchand, P, Ratinaud, P. (2012). *Être français aujourd'hui, les mots du « grand débat » sur l'identité nationale*, Paris : LLL les liens qui libèrent

plutôt pulsionnelle ce qui est en faveur de ce que Mead appelle « *hostilités* ». Ces dernières sont à l'origine d'une opposition de la société qui est consécutive d'une non intégration des conduites et normes sociales organisant cette société à laquelle l'individu veut appartenir. « *J'ai eu des moments difficiles quand je suis arrivée et donc [...] cela a été difficile de me faire accepter [...]* » (EAS19). Il convient alors de parler de différenciation comportementale plus que d'intégration face à l'émergence des conflits et hostilités manifestes.

3-2-1-1-5 Une non reconnaissance du métissage des soignantes

Les hostilités et conflits sont parfois conditionnés par une non reconnaissance des individus dans le travail collectif et/ou dans le "vivre ensemble". « *L'agent est mal perçu* » (ECS8). Le métissage semble "négligé" par certaines soignantes dans les interactions et dans les relations interpersonnelles. Nos observations nous permettent de confirmer notre ancrage dans une approche de la communication (et du travail collectif des soignantes) selon la conception interactionniste et situationnelle et le modèle de l'orchestre tels que les chercheurs du collège invisible de l'école de Palo Alto les ont théorisés.

Le métissage donne lieu à des comportements d'intolérance, de rejet, d'agressivité verbale, de délation parfois même allant jusqu'à l'exclusion du groupe. Ces comportements sont questionnés, l'information manque, une communication difficile devient alors source de conflit entre les soignantes. Le comportement interactionnel se détermine par une multitude de mouvements, de gestes démonstratifs et instrumentaux accompagnant les paroles mais pouvant être en contradiction avec celles-ci (Winkin, 2001)⁷⁴⁴. « *La communication me sert à ça, c'est vraiment faire avec ce que les gens sont [...]* » (ECS16). L'écoute de l'autre et l'attention qui lui est portée favorise la construction de la communication. Celle-ci permet aux individus d'être ensembles, de reconnaître l'autre tout en étant soi-même reconnu. *In fine* elle permet à chacun d'exister : « *Cela nous a permis de rentrer dans le domaine culturel de l'autre et dans la réaction de l'autre face à la maladie [...]* » (ECS1). Certaines cadres de santé non autochtones définissent la communication comme le "fil conducteur" de la relation à

⁷⁴⁴ Winkin, Y., 2001, *Op.cit.*

l'autre, fortement liée au travail, au cadre de santé lui-même, aux échanges conversationnels à l'œuvre dans les interactions. Toutefois, pour passer de l'individuel au collectif et à la connaissance des gens, la communication nécessite l'intégration du contexte et notamment du métissage.

Nous pouvons dire que ce dernier est reconnu dans les équipes soignantes à l'hôpital, dans son existence et sa réalité. Pour autant, il ne semble pas être abordé institutionnellement (dans son identification et sa validation). Il apparaît non-reconnu et/ou méconnu dans sa spécificité (en ce qui concerne les caractéristiques culturelles et communicationnelles) et favorise alors l'émergence d'un racisme caractérisé à l'égard des soignantes. Les comportements rapportés lors des entretiens et observés durant l'enquête montrent une communication élaborée non pas grâce aux convergences mais bien par les divergences. Ce qui semble faire du métissage une différenciation plutôt qu'une réelle intégration. Certaines soignantes révèlent être gênées par cette différence voire parfois, ne pas la tolérer. Les stéréotypes apparaissent alors dans le discours. Nous y reviendrons dans le chapitre 3. En revanche, d'autres infirmières et aide-soignantes exploitent la rencontre avec l'autre. Elles reconnaissent au métissage qu'il est aidant, qu'il se confond dans l'équipe, dans le service de soins. Selon elles il ne génère pas de difficulté à le vivre pour les soignantes ou les soignés, auquel cas il est soit occulté, soit rejeté. Pourtant, le simple fait d'avoir un accent prononcé suscite des discriminations.

Tout d'abord quand je suis arrivée ici, il y a un an déjà, ça a été difficile, ça a été difficile parce que moi je parlais encore un petit peu pire que maintenant le français, j'arrivais voilà, c'était mon premier travail, mon premier travail et je trouvais que l'équipe c'était un peu fermée [...] (EIDE6).

A ce moment précis le doute semble s'installer chez les professionnelles quant à la compréhension et les capacités cognitives des soignantes non autochtones. Or nous constatons par nos observations qu'il peut être responsable d'une non reconnaissance entre individus, d'une "dys-communication" de par l'incompréhension de la langue et des mots, des traditions culturelles : « *Les confusions sur les mots qu'il faut connaître... comme la maqurelle dans les îles ça veut dire curieuse alors que nous, cela ne va pas dire la même chose ici ! (rire)* » (EIDE 10). Le métissage ne semble pas préoccuper les soignantes dans les interactions et leurs pratiques de soins au sein d'un travail collectif. Les comportements discriminatoires paraissent transcender l'intégration

de cette singularité dans le groupe. La standardisation et la normalisation complexifient en outre, cette non-reconnaissance du métissage dans le travail collectif des soignantes.

3-2-1-2 ...dans la standardisation et la normalisation

Dans la démarche de certification et la standardisation que connaît l'hôpital, la prise en compte de la singularité que représente le métissage apparaît comme non prioritaire et s'en trouve oubliée. Les différences sont mises en exergue au détriment des convergences alors que la standardisation fixe un cadre commun à tous.

3-2-1-2-1 L'émergence de la culture dans les pratiques

Après je pense que la culture intervient dans le soin, après tout dépend de l'expérience, mais c'est vrai, étant d'origine musulmane, on n'accepte pas beaucoup la douleur, déjà on voit quelqu'un de très algique, directement on va s'affoler [...] certes il y a la culture mais la culture fait partie de la personne (EIDE11).

Lors des entretiens formels durant l'enquête, le fait de donner aux professionnelles l'opportunité de parler du soin et de leur vie en équipe les a amenées à en aborder la dimension culturelle. Certaines soignantes l'ont évoquée spontanément, concevant qu'elle soit un plus dans leurs pratiques : enrichissement du regard de chacun, respect de la différence et des représentations culturelles respectives. EIDE11 évoque la représentation culturelle de la douleur. Dans ce cas précis la standardisation et les normes mettent à disposition des échelles permettant d'évaluer la douleur (Doloplus, échelle visuelle et analogique, échelle Garonne...) adaptées et spécifiques aux enfants, aux non communicants... C'est ainsi que dans les secteurs de soins s'énonce de manière discriminante le "syndrome méditerranéen" dont l'interprétation et la prise en compte apparaît comme peu respectueuse de la réglementation en matière de douleur, de respect de la culture de l'autre et de son intégration dans le programme thérapeutique. L'hétérogénéité du seuil de douleur est ignoré, son lien avec la culture également ainsi que la compréhension des échelles selon les individus. Le "huit" d'un malade dont la culture est l'expression verbale et corporelle de la douleur, ne peut être comparé au "huit" d'un malade silencieux. Notre propos n'est pas de rendre pertinente une évaluation de la douleur. En revanche, nous pointons ici l'importance des représentations culturelles et d'un langage commun pour les individus, afin de permettre la compréhension des situations et l'adaptation de la réponse s'agissant ici d'un

analgésique. La normalisation et la standardisation des pratiques semblent complexifier l'individualisation des soins, des interactions en contexte interculturel et de métissage des équipes soignantes, ce que nous cherchons à comprendre.

Il y a une formation commune, toutes les aide-soignantes, toutes les infirmières, toutes les soignantes en général, bon il y a une partie aussi qui est en nous qu'on ne maîtrise pas qui vient de notre culture, de nos croyances, de nos croyances religieuses, de notre façon de voir la maladie, de notre façon de voir la mort, de notre façon de relativiser, d'appréhender la douleur [...] (EAS18).

Les croyances ne semblent que peu prises en compte dans la standardisation des pratiques et la normalisation. Ceci est marquant pour certaines soignantes non autochtones qui évoquent spontanément leur relation à la mort, leur difficulté à gérer ce soin et ce moment, selon leurs croyances et leurs traditions. Elles disent ressentir une incompréhension de la part de leurs collègues autochtones (pensent qu'elles refusent de faire le soin) et une interprétation de leur difficulté ne correspondant pas à leur réalité (état émotionnel mis en doute) dont témoigne cet extrait :

J'ai du mal à mettre la distance parce que chez moi, un mort on le pleure pas seulement parce que c'est quelqu'un de notre famille, c'est une personne qui part, et qu'on accompagne... bon nos voisins, nos amis, quelqu'un du quartier, il suffit qu'on l'ait connu ben on va pleurer avec, et ça c'est quelque chose... là on a perdu une dame et c'est arrivé à nous deux ma collègue qui est guadeloupéenne et moi, c'étaient nous on faisait la toilette à cette dame et elle est partie dans nos bras quand on lui faisait la toilette, j'ai réprimé l'envie de pleurer... et y a un autre collègue qui est aussi guadeloupéen et il me dit mais... c'est quand même considéré comme une faiblesse.... c'est difficile, je pouvais pas... je crois que c'est quelque chose que j'ai du mal à faire (l'aide-soignante pleure) vous vous occupez de quelqu'un et il part et après faire comme si de rien n'était, je peux pas faire comme ça (elle pleure toujours)... en parler, en parler, si je pleure c'est pas un problème mais si vous pleurez... on parle pas beaucoup, on passe du temps à faire semblant, j'ai l'impression de passer mon temps à faire semblant... (EAS13).

Les représentations des soignantes à l'égard du soin ou d'une population les orientent dans leur mode de penser, dans leurs pratiques, dans leur approche. Bien qu'ayant suivi la même formation professionnelle et ayant les mêmes acquis, la situation s'appréhende différemment selon les individus. Ce qui questionne la culture dans la norme.

3-2-1-2-2 L'apparition de la discrimination dans la norme

La diversité des significations et des interprétations sont propices à l'émergence de discriminations, rendues de plus en plus visibles par la normalisation et la

standardisation des pratiques. Certaines soignantes semblent avoir des difficultés à gérer les situations qu'elles perçoivent comme discriminantes. Associer la culture aux standards élaborés paraît complexe et parfois fait débat dans les équipes. C'est le cas par exemple, des malades dont l'état ne justifie plus leur prise en charge dans telle ou telle alternative d'hospitalisation. Cette différence de perception et d'interprétation génère parfois des tensions dans l'équipe et les relations interpersonnelles, confrontant les cultures.

ce que je n'ai pas accepté, ce qui a été très difficile pour moi, personne à la fin n'a voulu l'accepter au service [...] parce qu'il y avait même des collègues qui disaient il serait mieux dans son pays [...] j'ai parlé à deux collègues qui sont de même origine, on a pas supporté, parce qu'on a des patients qui sont là actuellement on se plaint d'eux, on dit qu'ils sont pas adaptés au service mais on les garde[...] c'est un peu de racisme [...] (EAS6).

Les différences de traitement des malades à contexte similaire est alors perçu par certaines soignantes comme une discrimination du malade et *in fine* d'elles-mêmes dans une communauté culturelle. Le respect de la règle et du protocole peut être vécu comme une marque de racisme à l'encontre du malade. La différence culturelle ajoute en difficulté de compréhension et d'interprétation des situations et des décisions pluridisciplinaires.

3-2-1-2-3 La singularité humaine et la standardisation...quelle est la perception des soignantes ?

Notre période d'enquête correspondant à la préparation de la certification de l'établissement hospitalier enquêté, nous cherchons à recueillir le point de vue des soignantes sur la façon dont elles appréhendent la différence culturelle de la personne soignée et de la soignante dans le cadre de la certification. Les techniques de recueil et d'analyse des données nous permettent conjointement une évaluation quantitative et qualitative des résultats.

Quarante-quatre soignantes (80%) sur les cinquante-cinq interviewées pensent qu'il n'est pas possible de prendre en compte la singularité humaine dans les procédures et le cadre contraint imposé par la certification. Sept soignantes (12.7%) pensent qu'il est possible de faire cohabiter les deux et quatre (7.3%) sont partagées entre une possible association des deux et l'opposition totale. Les réponses des soignantes autochtones et non autochtones ne laissent pas apparaître de divergences dans leurs positions sur ce

sujet. « *Quand on est dans un cadre hyper rigide de normalisation tout déviant n'a plus sa place [...]* » (ECS1). Le métissage semble être ce déviant dans la singularité qu'il présente. Or si l'adaptation à la personne est nécessaire pour réaliser un soin, pour certaines soignantes elle devient utopique dans le cadre de standards établis. L'humain est un tout et sa prise en charge est holistique ce que ne permettrait pas la standardisation. La démarche qualité à laquelle contribue la certification permet une réflexion sur les pratiques et une dynamique de progrès. Celle-ci implique une remise en question des professionnelles et de leurs compétences. Toutefois le métissage fait varier l'approche de l'individu mais également les pratiques de soins ce que la normalisation et la standardisation n'intègrent pas.

Selon Vacher (2010)⁷⁴⁵ « *interdire quelque chose permet tout le reste* », une façon de stimuler la créativité des individus et laisser des "marges de manœuvre" aux professionnelles. La profusion de prescriptions (normes institutionnelles) favorise de multiples détournements de la règle, chacun attribuant un sens aux situations rencontrées. C'est ainsi que la standardisation des pratiques jugée excessive par les soignantes est à l'origine de "contournements" dès que celles-ci ne correspondent pas aux attentes des soignés. Informellement, un cadre de santé nous confie que tout « *se noie* » dans les procédures alors que dans l'acte individuel « *la personnalité transgresse le savoir être* ». Selon elle, l'excès de procédures, de standards dilue le potentiel créatif des soignantes, inhibe la prise en compte de la singularité humaine et l'expression de la personnalité. En outre, la standardisation est sensée servir le malade dans la communication et la relation, et non l'inverse, le métissage pouvant être un plus dans le service rendu au malade à condition que l'affect puisse être intégré.

Pour seize aide-soignantes non autochtones sur les dix-sept interviewées (soit 94%), la différence ne rentre pas dans un standard où l'affect, les croyances, les habitudes n'auraient pas leur place. Le savoir être repose sur cette différence, ce métissage, tout en sachant qu'il existe une limite à la prise en compte de la culture.

⁷⁴⁵ Vacher, B. (2010). Sens et normes font-ils bon ménage dans les organisations ? *Etudes de communication*, 34/2010, pp.1-10, <http://edc.revues.org/index1679.html>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

Des fois ce n'est pas compatible mais on est obligé de faire avec [...] sinon la différence culturelle il faut qu'elle s'adapte, qu'elle ne soit pas rigide, quitter son pays ou son île heu... pour pouvoir avancer et faire quelque chose de sa vie... [...] (EAS12).

Les procédures sont en effet nécessaires, pour que tout le monde ait des normes de pratiques et de référence semblables sur lesquelles la singularité peut prendre son assise. Selon certaines soignantes, l'harmonisation réside plutôt dans la communication laquelle ne peut être assimilée à un standard, car situationnelle et interactionniste. Ce qui se réfère une nouvelle fois à l'école de Palo Alto et le modèle de l'orchestre. Chacun entre dans l'orchestre (avec ce qu'il est, même si la formation professionnelle est commune), joue de son instrument en s'adaptant aux autres, sans partition celle-ci n'étant pas écrite. La musique s'élabore sur le moment, en cours d'interactions. Il paraît en être de même pour l'équipe soignante en contexte interculturel, « *c'est de savoir ce qui peut jaillir de cette différence-là* ». "Harmoniser" apparaît plus approprié que "standardiser", intégrant la dimension culturelle et communicationnelle au travail collectif et à l'organisation.

Nous venons de mettre en évidence la réalité d'un métissage oublié dans les équipes de soins, le travail collectif et le contexte de standardisation et de normalisation imposé par la certification à l'hôpital. La dimension communicationnelle apparaît comme étant fondamentale pour les soignantes et ne peut être dissociée de la dimension culturelle. Elle participe à "l'harmonie" des relations interpersonnelles et des interactions élaborées par les soignantes métissées. En revanche, pour les soignantes non autochtones, cette harmonie laisse place à une "double contrainte".

3-2-1-3 Une "double contrainte" pour les soignantes non autochtones

La "double contrainte" ou "double bind" est théorisée par Bateson dans les années 1960, chercheur du collège invisible de l'école de Palo Alto, alors qu'il étudie les malades psychiatriques et les relations familiales. Les malades se retrouvent dans des situations faites d'injonctions contradictoires, obligeant à la mise en place de diverses stratégies. Etudiant la schizophrénie, Haley et Weakland dans le même temps constatent les perturbations intrapsychiques qui affectent le patient schizophrène dans sa relation aux autres et vis-versa. « *Il doit vivre dans un univers où les séquences d'événements sont telles que ses habitudes communicationnelles classiques seront en quelque sorte*

appropriées » (Watzlawick *et al*, 2011, p.192)⁷⁴⁶. La double contrainte est un vrai paradoxe qui place la personne en pleine contradiction, devant un choix qu'il ne peut faire sans se placer dans un dilemme.

3-2-1-3-1 ...dans les comportements

Le discours des aide-soignantes non autochtones nous oriente vers cette "double contrainte" à leur endroit. Celle-ci intervient essentiellement dans les comportements que ces soignantes non autochtones adoptent dans des situations où elles se sentent "agressées" dans leur racines familiales.

Nous prenons pour exemple la situation racontée par une aide-soignante antillaise : [Une malade ne marche pas correctement et veut se rendre aux toilettes, l'aide-soignante lui dit : « *Prenez-moi par le bras* ». Tout en marchant la malade n'arrête pas de regarder la professionnelle et elle lui dit : « *J'espère que vous n'allez pas déteindre sur moi ?* » demandant par la suite à celle-ci d'aller se laver les mains]. Cette situation peut susciter un sourire racontée ainsi. Pourtant, elle oblige l'aide-soignante à se placer dans une situation d'injonction paradoxale. D'un côté, elle est professionnelle et elle est "noire", c'est son identité. De l'autre, elle est obligée de se plier à une "mise en scène" imposée par la malade, qui nie sa couleur de peau au point de vouloir la faire partir. L'aide-soignante poursuit son récit :

J'ai parlé avec elle, je suis revenue pour l'embêter, je lui ai dit j'ai nettoyé ce n'est pas parti ! Alors elle me dit il faut faire tremper et froter, je suis repartie et après elle me dit, ça fait rien, on est resté là (EAS22).

Autrement dit, du point de vue de la dame hospitalisée, une aide-soignante, une professionnelle n'est pas noire, elle est blanche. Pour Laurent (2013) « *le blanc est la norme à l'aune de laquelle est, a contrario, établie la différence, voire la déviance symbolique. La "race" est ainsi le fardeau dont les blancs sont épargnés* » (p.52)⁷⁴⁷. Certaines professionnelles sont donc obligées de mettre en place des stratégies

⁷⁴⁶ Watzlawick, P, Beavin Bavela, J, D. Jackson, D., *Pragmatics of human communication*, New York, WW.Norton et company, 2011

«*Must live in a universe where the sequences of events are such that his conventional communicational habits will be in some sense appropriate*» (notre traduction)

⁷⁴⁷ Laurent, S., Pourquoi s'interroger sur les blancs ? de l'utilité des whiteness studies, dans Laurent,S, Leclère, T. (Dir.), *De quelle couleur sont les blancs ? Des "petits blancs" des colonies au "racisme anti-blancs"*, (pp.49-57), Paris, La découverte, 2013, p.52

personnelles pour pouvoir continuer à travailler, à interagir avec les autres. La double contrainte atteint l'action, la pensée et le sentiment chez les personnes qui la vivent.

Je suis désolée je ne suis pas blonde aux yeux bleus et je ne m'appelle pas Patricia, je suis désolée, je ne vais pas aller sur la tombe de mes parents pour leur dire vous avez déconnés vous auriez dû me faire blonde aux yeux clairs... (EAS2).

Les injonctions paradoxales « exigent et interdisent à la fois certaines actions » (Watzlawick, 1978, p.28)⁷⁴⁸. Pour exemple cette aide-soignante évoquant son travail exprime successivement deux idées apparaissant comme injonction paradoxale : « *J'ai une expérience que j'ai acquis dans la vie qui me permet de... de faire mon travail comme je le conçois moi* » et cinq phrases plus loin elle exprime : « *On travaille en faisant attention de ne pas... en faisant attention à nos collègues mais à condition que nos collègues aussi soient dans la même optique voilà, c'est heu...* » (EAS17).

Cette aide-soignante exprime dans son propos deux injonctions qui s'opposent l'une et l'autre : "sois spontanée et sois toi même dans ton travail" en outre, "tiens compte des autres". Selon Watzlawick, intimer l'ordre d'être spontané constitue déjà un paradoxe, l'ordre allant à l'encontre de la spontanéité. Or l'aide-soignante dit travailler « *comme je le conçois moi* » et simultanément « *en faisant attention à nos collègues* » et de surcroît « *à condition que nos collègues aussi soient dans la même optique* » ; deux conditions qui entravent le spontané de la professionnelle dans son travail. D'autres soignantes cherchent à se préserver et à s'intégrer en tant que professionnelle. « *Il y a des soins c'est vrai qu'on est en France, donc on s'adapte* » (EIDE3), elles développent leur capacité d'adaptation, elles renforcent le dialogue mais aussi elles se rapprochent entre elles ce qui les rassure. Parfois l'identité les place dans une situation de "double contrainte". L'injonction paradoxale intervient dans les pratiques de soins quand celles-ci se confrontent à une tradition culturelle et culturelle différente ce qui fait émerger un clivage entre les soignantes.

3-2-1-3-2 Un clivage s'installe

Elle dit ah tiens c'est quelqu'un de chez moi-même si on n'est pas du même pays, on le vit comme ça [...] c'est mon frère quand je vois O... je dis tiens mon frère [...] vous cherchez quelque chose pour vous rapprocher ... (EAS6).

⁷⁴⁸ Watzlawick, P., *La réalité de la réalité, confusion, désinformation, communication*, Numéro 162, points, Paris, Seuil, 1978, p.28

Le clivage s'il constitue une « division » peut être une stratégie protectrice ce que Molinier (2009) met en évidence dans une étude sur les infirmières et les aide-soignantes notamment en secteur de pédiatrie. Il montre la nécessité pour ces femmes d'établir un clivage entre le professionnel et le personnel du fait des situations anxiogènes rencontrées, des situations de souffrance d'autrui. La distanciation affective permet aux soignantes de se protéger⁷⁴⁹. Nous supposons que celui opéré par les soignantes non autochtones peut avoir cette dimension protectrice, rassurante pour ces professionnelles dans le fait de :

- Utiliser la dérision : « *La noire... oui tu sais la noire là... j'ai dit oui peut-être que le prénom vous a échappé* » (EAS15) ;
- Ne pas répondre : « *On se fait facilement agresser et on a du mal à... on a du mal à savoir répondre comme on devrait...* » (EAS10) ;
- Faire comme si elles n'avaient pas entendu les propos : « *On entend dire ah regardes comment elle travaille, il faut trouver la faute...* » (EAS25) ;
- Rentrer dans le jeu de la personne : « *On revient toujours aux sources, des fois on a des dames âgées musulmanes et elles parlent en arabe et moi ça ne me dérange pas de lui parler en arabe pendant la toilette* » (EAS2) ;
- Supporter les mots et agissements dans la relation avec les autres soignantes : « *Elles sont souples, elles supportent des choses qu'elles ne devraient pas* » (ECS5) ;
- Ne pas répliquer : « *S a dû vous le dire aussi, l'impression d'être fliquée... je n'en parle pas avec l'équipe, je laisse passer* » (EAS14).

Ce clivage affectif constitue un élément du paradoxe de la communication pour ces soignantes qui selon l'approche de Palo Alto ne négocient pas leur place dans la relation mais adoptent plutôt des attitudes de résilience.

3-2-1-3-4 Entre résilience et résignation

Les soignantes non autochtones entrent dans une résilience définie comme une « *force morale, qualité de quelqu'un qui ne se décourage pas, ne se laisse pas abattre* »⁷⁵⁰ qui

⁷⁴⁹ Molinier, P., Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care: perméabilité ou clivage? *Temporalités* 9/2009, pp.1-17, (2009), <http://temporalites.revues.org/988>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

⁷⁵⁰ Définition de résilience selon le CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9silience>, (consulté le 28/09/2013)

leur permet de fonctionner au quotidien. Elles peuvent ainsi faire face aux situations traumatiques telles que les manifestations de discrimination qui constituent un environnement peu propice pour ces soignantes. « *C'était elle qui l'avait décidé ainsi, que c'était comme ça ...* » (EAS11). Dans la relation de soin, elles renoncent si le malade est trop hostile à leur égard et se mettent en retrait ou elles restent en adaptant leur comportement « *Ils ont peur, ils me voient rentrer, je sors mon grand sourire, je parle calmement, doucement...* » (EAS18). En présence des familles certaines soignantes arrivent à dépasser les situations même si elles disent perdre le naturel de leur relation avec le malade. Elles font plus attention aux mots employés, à ce qui les entoure par crainte de procédures à leur endroit. Elles disent « *aller à reculons* » parfois dans la chambre du malade ce qui « *empiète* » sur la relation de soin et la relation avec le patient. Cela instaure une distance « *supplémentaire* ».

D'autres soignantes non autochtones mettent en place des stratégies que nous pouvons qualifier de survie, afin de déconnecter la souffrance générée par les propos des personnes en présence, malades ou collègues d'une pensée qui ancre ces soignantes à leur condition de non autochtone et de "noire". Elles donnent l'apparence d'un détachement au regard des propos ce qui fait apparaître une résignation témoignant d'un certain fatalisme dans ce qu'elles vivent. « *Je garde comme objectif quand même le projet là d'évoluer, d'être infirmière, pourquoi pas prendre votre place de cadre... je plaisante* » (EAS15). Cependant elles expriment dans leur discours, derrière les mots, leur condition. A la fois elle considère être capable d'évoluer mais d'un autre côté, être infirmière ou cadre et être noire paraît complexe voire irrationnel : « *Vous avez vu il y a une infirmière black... vous avez déjà vu une infirmière black, jamais vu ça de ma vie... c'est choquant, c'est choquant d'entendre ça, j'ai entendu des collègues dire ça, ça fait drôle* » (EAS25). Ces propos sont confortés par Kassembe (2001) qui témoigne et décrit sa réalité d'infirmière noire, ainsi que celle de professionnels vivant une réalité semblable à la sienne.

Les cadres noirs (infirmières, surveillantes, médecins et autres) trouvent plus facilement de nuit plutôt que des postes où leur présence est nécessaire de jour seulement. Les européens ont le choix entre ces deux types de poste, pour les africains, c'est une obligation d'accepter ce qu'on leur propose ou plutôt impose (p.48)⁷⁵¹.

⁷⁵¹ Kassembe, D., *Soigner en noir et blanc*, Paris, L'Harmattan, 2001, p.48

Elle exprime qu'il y a peu de cadres noirs, en outre ils sont affectés principalement en poste de nuit ce qui peut être considéré comme discriminant. Si la soignante non autochtone se contraint elle-même à garder sa condition sociale, l'autre (l'autochtone) la contraint à demeurer dans le cadre des représentations et des stéréotypes qui lui sont dévolus.

Être blanc est donc un pouvoir symbolique, voire un fantasme d'ascension ou de préservation de son statut social. A mesure que l'individu s'élève dans la hiérarchie sociale, qu'il se conforme à la norme et se rapproche de la majorité, il devient plus pâle (Laurent, Leclère, Op.cit, p.10)⁷⁵².

Dans le contexte de la "double contrainte", les normes sociales et la tradition sont influentes et la relation intense est porteuse de valeur de survie pour l'un ou l'ensemble des participants (Watzlawick et al, 2011)⁷⁵³. Toutefois, les soignantes sont aux prises d'un mal être. Celui-ci repose sur la mise au jour d'un métissage des équipes qui apparaît non reconnu, une culture ignorée dans la normalisation et la standardisation des pratiques, une double contrainte pour les soignantes non autochtones. Ce mal être devient alors tourmentant pour certaines d'entre elles ce que nous développons dans le chapitre suivant.

Conclusion,

Nos observations ont montré l'omniprésence de la communication au sein des équipes soignantes. En outre elle s'est révélée être duelle, reposant à la fois sur un discours officiel qui apparaît "enchanté" et un discours "expérientiel" qui participe d'une communication paradoxale. Etudier les phénomènes communicationnels de l'intérieur nous a permis de révéler une communication incertaine et mouvante dans les interactions à l'œuvre. Cette incertitude est liée au territoire, à l'espace, aux personnes, aux comportements, aux actes langagiers... Elle est apparue dans une diversité incontournable et une singularité imprévisible. En outre les observations nous ont amenée à conclure que la singularité de l'être humain s'intègre difficilement dans la standardisation et la normalisation qui est imposée à l'hôpital. Ces dernières l'inhiberaient.

Au sein d'un travail collectif, la peur du jugement de l'autre préoccupe les soignantes, dans la contingence des interactions. Si les TIC se sont développées dans l'hôpital elles

⁷⁵² Laurent, S, Leclère, T., *Op.cit.*, p.10

⁷⁵³ Watzlawick et al, 2011, *Op.cit*

ne peuvent se substituer au contact direct, aux relations interpersonnelles. Nos observations nous ont également permis de pointer l'incertitude générée par les projets institutionnels dans l'engagement des personnels et la co-construction de sens à laquelle ils aspirent à participer. Etudier les situations de communication a mis en évidence cette asymétrie qui existe dans les relations. Elle laisse la place à une domination d'un groupe sur l'autre et à un sens peu ou pas partagé ce qui questionne la communication interne et managériale. La communication formelle et informelle a permis d'appréhender la performativité des actes langagiers, l'élaboration et le partage de savoirs formels ou informels, l'utilisation des TIC. Ces constats nous ont amené à considérer le discours officiel sous deux aspects : au service de l'institution et contrôlé par l'institution. En effet, nous avons pu mettre au jour une distance entre la vision idéale et la réalité du terrain dont le discours managérial s'accommode mal. Les cadres de santé entrent dans un exercice imposé dans des contraintes économiques fixées par l'établissement, où leur discours auprès des équipes les place dans une situation paradoxale et d'injonction. Ces contraintes semblent les priver de ce temps d'échanges qui leur est nécessaire à la transmission des informations de la direction et à la réflexion en équipe.

La communication managériale nous est apparue dichotomique dans ce paradoxe. Elle intègre les jeux d'influence, les divers comportements et révèle un discours "convenu" inhérent aux managers mais également aux infirmières et aux aide-soignantes. Les mots utilisés par les soignantes reflètent les acquis de la formation professionnelle initiale infirmière et aide-soignante. En revanche, ils témoignent de l'émergence de la dimension interculturelle dans les soins et les équipes. La réalité des soignantes non autochtones semble reposer sur un passé dont elles ne semblent pas pouvoir se défaire. Le métissage est mis au jour sans pour autant bénéficier de reconnaissance alors même qu'il fait sens dans la communication organisationnelle, laquelle s'élabore en équipe. La standardisation et la différence culturelle apparaissent comme discordantes pour les soignantes, l'une excluant l'autre dans sa mise en œuvre. Les soignantes non autochtones évoluent entre résilience et résignation dans les actes communicationnels dont elles sont actrices et dans une "double contrainte" qui semble s'imposer à elles.

Nos observations ont fait émerger une discrimination que nous qualifions de triangulaire et qui néanmoins paraît déniée. Comment la communication peut-elle se construire sur celle-ci ? C'est ce que nous proposons d'interroger dans ce dernier chapitre de la thèse.

Chapitre 3. Une communication métissée non traitée à l'hôpital

Le métissage intègre les interactions qui se construisent dans les différentes relations interpersonnelles. Il devient un élément de contexte permettant l'élaboration d'une communication interculturelle, qui nous l'avons vu s'accommode difficilement de la standardisation et de la normalisation imposée aux établissements de santé. La communication interne et managériale, au-delà des discours officiels liés aux politiques, aux stratégies et aux contraintes économiques qui contraignent les hôpitaux ne semble pas prendre en compte la dimension interculturelle. C'est ce que les données de l'observation mettent au jour et que nous verrons en premier lieu. Néanmoins le métissage des équipes de soins participe à la transformation des relations interpersonnelles, à l'approche des soins voire des pratiques et influence la communication. Il donne à certaines soignantes une impression d'être "malmenées" dans le travail collectif et les interactions à l'œuvre ce que nous interrogeons.

Les données de l'observation participante et celles recueillies auprès des équipes soignantes métissées à partir des deux techniques de recueil choisies : l'entretien et le questionnaire auto administré, nous révèlent un élément semblant prégnant : le racisme. Nous l'observons dans les rapports entre soignés-soignantes mais également dans les interactions entre les soignantes elles-mêmes. Celles-ci l'ont fait apparaître alors qu'intuitivement, de notre position de cadre de santé, il était "souterrain" voire inexistant. Nous étudions celui-ci dans une relation que nous définissons comme triangulaire, associant le genre, le métier et l'origine ethno raciale. Nous nous intéressons dans cette triangulation aux aide-soignantes qui apparaissent plus concernées par celle-ci à la fois par le métier et par le fait d'être non autochtone.

En outre nous constatons un paradoxe entre le discours et les actes, qui nous conduit à penser la communication de ces équipes métissées comme construite sur un déni racial. Nous tentons d'apporter des éléments éclairant ce constat et nous envisageons sa contribution de cette communication métissée à l'intelligence collective (traitée par Grosjean et Lacoste en 1999).

1- Des soignantes éprouvées...

Dénommer les soignantes au regard de leur origine fut complexe dans ce travail de thèse, ce que nous explicitons dans la méthodologie. Or les données de l'observation nous amènent aujourd'hui à considérer une nouvelle caractéristique du métissage influençant fortement les interactions et les relations interpersonnelles dans les équipes soignantes métissées : la couleur de peau. Cette dernière se révèle plutôt "noire", elle concerne seize soignantes sur les cinquante cinq interviewées, soit 29%. Parmi elles, sept sont d'Afrique sub saharienne et deux des DOM TOM (56.25%). Les aide-soignantes à elles seules en recensent huit (soit 89%).

Nous faisons le choix de nous intéresser particulièrement à ces aide-soignantes noires (12/ 26 non autochtones) car ce sont celles auxquelles les discours font principalement référence à l'évocation de la dimension interculturelle. En outre, les propos évoquent certains traitements à leur égard du fait même de leur couleur de peau, que ce soit des soignés voire des soignantes elles-mêmes, qui participent à leur ressenti. Comme nous l'avons étudié précédemment, les comportements induits par un métissage modifient l'élaboration de la communication interpersonnelle. Il semble laisser indifférents les soignantes qui ne le prennent pas en considération, alors que des discriminations en émergent. Ce contexte semble contribuer à cette impression qu'ont certaines soignantes d'être atteinte dans leur condition de novice dans le métier ou dans leur identité personnelle.

1-1 ... du fait d'être novice

La réalité des soignantes non autochtones apparaît éloignée de celle des autochtones qui n'expriment pas de difficultés particulières en lien avec leur identité ou leur reconnaissance dans le travail quotidien. Seul un désir de revalorisation de la fonction aide-soignante est attendu, ainsi qu'une meilleure compréhension des familles vis-à-vis du travail réalisé qu'elles jugent difficile physiquement et moralement. Pourtant, il semble exister une forme d'exclusion dans les équipes soignantes liée à l'intolérance des professionnelles entre elles. Notamment une intolérance des soignantes expérimentées envers les novices. Certaines cadres expriment le vivre difficilement : *« J'ai une équipe d'aide-soignantes qui est beaucoup plus construite, plus expérimentée donc qui possède bien l'organisation, qui ont un enchaînement avec une logique et qui*

heu... et qui parfois pourraient montrer chez certaine de l'intolérance vis-à-vis des nouvelles » (ECS1). Cette exclusion est comparable à celle des "sénior" en situation de travail, étudiée par Lagacé et Tougas (2007)⁷⁵⁴ à l'origine du désengagement, de la déstabilisation, de la démotivation, de la perte d'estime de soi chez ces derniers. Si les "novices" vivent l'intolérance des "sénior", certaines aide-soignantes non autochtones se sentent dans une situation semblable, considérées comme étant au bas de la hiérarchie ; parfois mêmes débutantes ; elles font un "sale boulot" ; et de surcroit, elles ont la peau noire, foncée ou mat. L'identité de ces soignantes se trouve alors affectée par cette intolérance qui émerge des relations interpersonnelles et des interactions.

1-2 ... du fait de l'identité

L'identité est un concept de la philosophie aristotélicienne où Aristote essayait de définir le sens du même : le sens ou le non-sens. Pour ce philosophe tout change constamment, chaque chose étant et devenant autre que ce qu'elle est. « *Je ne sais jamais qui je suis dans le regard de l'autre* » (Dubar, 1992, p.110)⁷⁵⁵. Nous référant au mythe de la caverne de Platon, rechercher l'accord de la pensée et du réel apparaît complexe, n'ayant de sens que pour l'observateur et de l'endroit où il se trouve. Autrement dit, si le regard d'autrui indique à l'individu qui il est, cela suppose autant de regards différents, autant d'interprétations du réel et autant de définitions. L'identité est une construction de l'individu qui repose sur son vécu, ses acquis, ses connaissances, sa culture, son éducation... sur un ensemble d'éléments avec lesquels il est en interaction et qui en font sa mouvance.

C'est au travers des interactions quotidiennes et des images qu'elles nous renvoient que se construit peu à peu l'image que nous nous faisons de nous : la représentation et l'estime de soi découlent pour une large part du "miroir d'autrui" des retours aux messages que nous émettons (Marc, 2005)⁷⁵⁶.

Entrer en communication permet à l'individu de savoir comment l'autre le reconnaît et quelle est son identité dans son regard et/ou dans ce qu'il lui renvoie. L'identité prend appui sur des représentations mentales qui permettent aux individus d'être en cohérence. Elles se fondent dans une continuité entre les expériences du passé et du présent, ce que

⁷⁵⁴ Lagacé, M, Tougas, F., 2007, *Op.cit.*

⁷⁵⁵ Dubar, C., *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1992, p.110

⁷⁵⁶ Marc, E., *Psychologie de l'identité, soi et le groupe*, Paris, Dunod, 2005

Cuche (2010)⁷⁵⁷ définit comme l'identité culturelle, résultant d'interactions entre l'individu et l'environnement social, résultat d'une reconnaissance réciproque.

Pour une grande part, en effet, l'identité d'une personne, d'une communauté est faite de ces identifications à des valeurs, des normes, des idéaux, des modèles, des héros, dans lesquels la personne, la communauté se reconnaissent. Le Se-reconnaître-dans, contribue au Se-reconnaître-à [...] (Ricoeur, 1990, p.146)⁷⁵⁸.

L'identité se construit, se déconstruit, se reconstruit suivant la situation dans une continuité du rapport à autrui. Elle devient alors un enjeu de la communication parmi les enjeux territoriaux, relationnels et d'influence (Lipiansky, 1993)⁷⁵⁹, elle est à la fois la condition, l'enjeu et la résultante des nombreuses communications, toute parole étant émise d'une certaine place. Ce qui fait la singularité de l'expérience de communication.

La socialisation est alors un apprentissage pour accéder à la vie en société, l'individu y acquiert les normes sociales et se construit dans la communication avec les autres.

Le concept de l'identité est pluridisciplinaire et complexe. Nous faisons le choix de ne pas l'étudier plus en profondeur ne constituant pas notre objet de recherche. En revanche nous nous intéressons aux comportements induits rapportés par les soignantes dont le racisme. Produits par le regard porté sur l'autre, ils peuvent influencer le regard perçu par autrui et donc son identité, ainsi que la communication entre les soignantes.

2- L'émergence du racisme dans l'équipe soignante

Durant la période d'enquête nous constatons les propos discriminants des personnes hospitalisées voire des familles à l'égard des soignantes non autochtones. Il nous est apparu en outre un élément que nous traiterons avec prudence : le racisme au sein des équipes soignantes métissées, entre pairs auquel nous nous intéressons.

2-1 Un racisme caractérisé

avec ma collègue H où heu... où une collègue elle est partie à la retraite, elle me dit on y voit comme dans le trou du cul d'un nègre, elle le disait ça à chaque fois, moi je disais rien... à chaque fois je disais rien quand j'étais à l'hôpital, j'attends d'être stagiaire pour pouvoir parler, j'attends d'être stagiaire, je prenais sur moi et un jour c'est arrivé elle l'a redit et je lui ai répondu, mais

⁷⁵⁷ Cuche, D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, 4^e édition, Collection grands repères, Paris, La découverte, 2010

⁷⁵⁸ Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990

⁷⁵⁹ Lipiansky, E-M., L'identité dans la communication, *Communication et langage*, Volume 97, Numéro 97, 1993, (31-37)

attends pourquoi tu dis ça, tu t'es vue physiquement avant de pouvoir critiquer, tu es déjà rentrée dans le trou du cul d'un nègre, elle me dit non ! C'est une expression G, c'est pour rigoler !... je lui dis non, je ne rigole pas...avec ça... parce qu'à force d'entendre, d'entendre, d'entendre, ça fait très mal, on sait qu'on est noires, t'as pas besoin de nous redire qu'on est noires, c'est bon... (EAS25).

Evoquer le racisme suppose que soit reconnue l'existence de races (groupements humains ayant les mêmes caractéristiques physiques), de continuité entre les caractéristiques physiques et morales (et pas seulement un regroupement d'individus se ressemblant), possédant une hiérarchie unique de valeurs (races inférieures ou supérieures aux autres) et une politique fondée sur le savoir. Pour Todorov (1989) il repose plus sur un comportement et/ou une idéologie⁷⁶⁰. Cette dernière est née des voyageurs du XIX^e siècle attribuant des caractéristiques physiques, morales, intellectuelles... aux peuples et notamment faisant prévaloir une supériorité de la race blanche (Monneyron, 2004)⁷⁶¹ le tout reposant sur des croyances, des idées reçues, des représentations collectives.

Selon Ashimolowo (2007) l'empreinte du passé colonial est dans la mémoire collective, directement liée au racisme et induit de fait une relation asymétrique : « *L'esclavage n'est pas né du racisme, c'est plutôt le racisme qui est la conséquence de l'esclavage* » (p.196)⁷⁶² à l'origine d'une acculturation et d'un métissage (mélange des deux). L'acculturation émerge des travaux de Powell en 1880 étudiant les modes de vie et de pensée des immigrants au contact de la société américaine de l'époque. Elle résulte du contact continu des groupes d'individus de culture différente ce qui selon Cuhe (2010) génère des changements dans les modèles initiaux (patterns)⁷⁶³. L'individu apprend les comportements, les règles lui permettant d'être accepté par le groupe (tout en conservant sa culture) voire assimilé (Il abandonne sa culture). Il peut aussi être séparé du groupe social (Il n'a pas de relation avec le groupe dominant) ou se placer dans la ségrégation, la marginalisation (L'individu perd son identité, il ne participe pas à la société) ; les populations accueillies à l'hôpital sont parfois dans ce dernier modèle d'acculturation. En ce qui concerne notre recherche, certains comportements des

⁷⁶⁰ Todorov, T., *Nous et les autres, la réflexion française sur la diversité humaine*, Numéro 250, Points, Paris, Seuil, 1989, p.133

⁷⁶¹ Monneyron, F., *L'imaginaire racial, racisme et eugénisme*, Paris, L'Harmattan, 2004

⁷⁶² Ashimolowo, 2007, *Op.cit.*, p.196

“*slavery was not born of racism, rather, racism was the consequence of slavery*” (notre traduction)

⁷⁶³ Cuhe, D., 2010, *Op.cit*

soignantes témoignent d'une difficulté pour les unes à s'intégrer dans le groupe et/ou pour les autres, à intégrer les pairs dans l'équipe. Elle se manifeste dans les propos, les attitudes, porteurs de dévalorisation.

2-1-1 Des propos, des attitudes...

Et j'en ai pris plein... sale négresse, rentrez chez vous, vous êtes là pour nous manger notre pain, rentrez chez vous, enfin bon, un discours bien abouti hein [...] je vais pas les caricaturer de racistes mais ils ont ce vécu qui fait que le racisme c'est quoi pour moi, le racisme c'est la méconnaissance de l'autre [...] c'est un peu quelque part, ça reflète la peur, on connaît pas on a peur, on me dit souvent ah moi je n'aime pas les noirs, mais toi alors, c'est pas pareil alors que c'est ça... (EAS15).

Les comportements des soignés et des soignantes autochtones à l'égard des non autochtones témoignent d'un racisme « caractérisé », qui heurte par son évidence, sa visibilité, qui atteint l'individu dans son être, son identité personnelle et professionnelle. Un rapport de pouvoir voire de domination s'instaure, l'un étant perçu inférieur à l'autre, faisant l'objet de sarcasmes, de rumeurs, de mensonges, d'insultes, d'agressivité dans les relations interpersonnelles. Cela modifie la communication reposant sur le contenu et la relation, ce qui selon Watzlawick (1979)⁷⁶⁴ détermine le sens donné à la rencontre entre les interactants.

L'étude de Gagnard (2012)⁷⁶⁵ menée auprès des élèves aide-soignantes noires, met en évidence deux types de racisme : le racisme caractérisé qu'elle différencie du racisme invisible (moins flagrant que le premier, dans les attitudes, les regards, la remise en question des compétences) plus difficile à vivre :

je rentre dans une chambre de patient, il y a une famille qui est là, il y a une attitude que je ressens moi, je sais pas si j'ai raison ou pas, je ressens une certaine, une attitude qui n'est pas positive, je dirais de la xénophobie ou des trucs comme ça, il y a une forme d'hostilité que je ressens, j'entreprends les soins, c'est pas bien compris donc [...] on le regarde d'une façon, c'est des préjugés, voilà le mot que je cherchais, il y a souvent des préjugés [...] cette situation m'a marquée parce que dans mon métier, dans mes compétences, on a voulu les contester parce que j'étais différent des autres [...] (EAS18).

⁷⁶⁴ Watzlawick, P., 1972, *Op.cit.*

⁷⁶⁵ Gagnard, L., *Le vécu du racisme, une étude de psychodynamique du travail auprès d'élèves aides-soignants*, dans Fassin, D. (Dir.). *Les nouvelles frontières de la société française*, Numéro 371, (pp.543-563), Paris, La découverte, 2012

2-1-2 Une dévalorisation entre pairs

Le fait d'être de couleur différente m'a posé souci, ah oui, ah oui, le cas de l'humiliation de me faire gratter les plaintes devant la porte d'entrée [...] quand on est noire on vous le fait bien ressentir, c'est-à-dire on est obligé de faire plus que les autres, de donner davantage[...] ce sont des représentations sur lesquelles les gens vont rester (EAS25).

Le racisme invisible apparaît comme une évidence dans le discours des soignantes. Il est cependant insidieux entre les soignantes et constitue pour la professionnelle et l'apprenti-chercheur que nous sommes une révélation. Certaines soignantes non autochtones semblent s'accommoder du racisme des soignés. *A contrario*, elles dénoncent celui de leurs collègues qui cherche à atteindre leurs capacités cognitives, leurs compétences et leur identité personnelle. Le simple fait d'être noire de peau est une "marque" et semble aller de pair avec des capacités cognitives et/ou une intelligence inférieure aux autres (notamment aux blancs), ce que les colonialistes ont amené les « *personnes de couleur à voir d'elles mêmes* » (Ashimolowo, 2007, p.324)⁷⁶⁶.

Ce préjugé semble prendre son origine dans les travaux des naturalistes (XVIII^e et XIX^e siècles) étudiant les crânes et n'hésitant pas à établir un rapport entre la « *faible capacité crânienne de l'Africain et sa faible intelligence* » (Yvanoff, 2005, p.256)⁷⁶⁷. C'est ainsi que s'instaure une dominance sociale, théorie développée par Sidanius et Protto en 1999, une hiérarchie entre les groupes (dominés et dominants), les tâches dévalorisées étant attribuées plus facilement aux dominés (cf. EAS25). « *Il y a eu des réactions qui ont été douloureuses [...] la collègue... elle avait dit que de me... non j'étais baissée, accroupie... t'as vu le singe là-bas au bout [...]* » (EAS22), Certains propos méprisants, certaines moqueries (notamment sur l'accent) et attitudes comme l'ignorance atteignent la personne dans ce qu'elle est, ce que Kassembe (2001)⁷⁶⁸ raconte dans ses expériences d'infirmière noire dans un hôpital de la banlieue nord de Paris. Si le racisme est

⁷⁶⁶ Ashimolowo, M., M., *Being black ? celebrating our heritage, confronting our challenges*, United States of America, Shippensburg, destiny image, 2007, p.324

“*The historical challenge of what Blacks have gone through in slavery and in the new world of colonialists in Africa has meant that the person of color often tends to see himself as being inferior to the white race*” (notre traduction)

⁷⁶⁷ Yvanoff, X., *Anthropologie du racisme, Essai sur la genèse des mythes racistes*, Collection racisme et eugénisme, Paris, L'Harmattan, 2005, p.256

⁷⁶⁸ Kassembe, D., 2001, *Op.cit.*

caractérisé dans les propos, il peut prendre d'autres formes et se dissoudre dans le ton, le regard, l'interprétation... devenant un racisme qualifié "d'invisible".

2-2 Un racisme invisible...

On me le démontre, on me le montre, on me le fait entendre ou on me le fait comprendre, ça fait mal, j'ai vécu le racisme ici, envers mes collègues par des gestes, par des mots qui m'ont été répétés, des gestes surtout, des voilà... des petits gestes, des petites mimiques, des petites allusions... du genre tu as vu Y c'est pas du travail d'arabe, y a pas grand-chose à dire je pense, je pense que ça fait partie des phrases discriminatoires... (EAS2).

Le racisme repose sur des mythes parfois anciens, « *un ensemble d'apparences trompeuses que nos peurs ont tenté, au cours des âges, de transformer en vérités indémonstrables* » (Yvanoff, *Op.cit.*, p.7)⁷⁶⁹. L'autre devient lui-même une « *construction mythique* » où chaque élément du corps, de l'esprit qui la compose et/ou de l'être social peut être déformé et susciter des actes racistes. Ce qui est parfois à mettre en lien avec les faits médiatiques qui stigmatisent certaines populations dans la société et portent atteinte aux soignantes de même origine ou confession. Bien que différenciés, les deux sortes de racisme sont souvent associées. Dans ses travaux Leyens (2012) distingue la « *color blindness* » (être aveugle aux différences) et « *color consciousness* » (accepter les différences en accord avec la morale). Selon lui, l'assimilation au groupe (considéré comme dominant) est une forme de « *cécité aux couleurs* » que les individus intellectualisent. Pourtant « *on peut parfois commander à son intellect et aux comportements de ne pas montrer de racisme, il est infiniment plus difficile de réussir cette performance au niveau affectif* » (p.26)⁷⁷⁰. Le racisme invisible semble aisément identifié par les soignantes qui en sont destinataires. Il est perceptible quel que soit le phénomène communicationnel, prégnant dans le ton de la voix, les allusions... ce que nous observons durant l'enquête.

2-2-1 ...dans le ton et l'expression

La manière de dire les choses est un élément très souvent évoqué par certaines soignantes. La connaissance des "cadres" temporel et historique influence la traduction

⁷⁶⁹ Yvanoff, X., 2005, *Op.cit.*, p.7

⁷⁷⁰ Leyens, J-P., *Sommes-nous tous racistes ? Psychologie des racismes ordinaires*, Collection PSY-individus, groupe, culture, Wavre, Mardaga, 2012, p.26

et la compréhension qu'ont les interactants d'une situation, celle-ci ayant "un avant et un après" qui nuancent l'interprétation que les individus peuvent en faire.

J'ai dit oui kiki, c'est vrai, c'est vrai tu as raison, je ferais mieux pour la prochaine fois, mais c'est vrai que la façon dont elle m'a parlé c'était terrible, ça m'a fait quelque chose, mais c'est vrai que je ne suis pas rancunière... [...] c'est vrai qu'elle m'a répondu sèchement mais elle est un peu comme ça des fois, pour elle c'était normal de me parler comme ça... voilà, je préfère faire profil bas... (EAS12).

Le ton employé entre collègues détermine la communication et modifie les relations interpersonnelles et les interactions sur un ressenti, une impression, un déchiffrement de la situation, ce qu'expriment certaines soignantes. Dans l'extrait du discours EAS12 (aide-soignante originaire des Antilles), même s'ils le laissent à penser, les propos ne permettent pas d'affirmer s'il s'agit ici d'un racisme invisible en lien avec la couleur de peau, d'une discrimination à l'égard du métier d'aide-soignant ou simplement d'un trait de personnalité singulier de cette infirmière. Là encore, la relation dépasse le contenu dans la communication tel que Watzlawick le démontre au sein du collègue invisible et ce que le racisme traduit pour les interactants.

2-2-2 ...dans ce qu'il traduit, face aux croyances

Il se disait que M et moi ensemble on attirait le mauvais sort au patient, moi ça me faisait toujours bien rire ces histoires de mauvais sort jusqu'au jour où M l'a vraiment cru et qu'on l'a retrouvée en larmes [...] parce qu'elle m'a dit, oui c'était sur un weekend, elle me dit C, on les fait mourir ? Elle y croyait vraiment, ça c'est ses croyances à elle [...] (EIDE10).

Connaitre la culture de l'autre, les visions et croyances qui s'y rapportent semble être un élément facilitant dans la relation de soin, d'équipe et la communication. La culture est une histoire pluridisciplinaire qui regroupe les aspects intellectuels d'une civilisation, les modes de vie d'une nation et que l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science, la Culture (UNESCO) définit comme

L'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances⁷⁷¹.

⁷⁷¹ Définition de la culture selon l'UNESCO, Mexico 06 Août 1982, <http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=fr>, (consulté en ligne le 30/04/2012)

Les croyances intègrent l'identité culturelle et sont à l'origine des comportements en société qui selon Véga (2007)⁷⁷² participent à la "vision" que les individus ont de ce qui les entoure et déterminent leurs comportements.

Ainsi, le rite funéraire semble constituer une préoccupation majeure pour les soignantes non autochtones (notamment sub-sahariennes et/ou antillaises) qui y font spontanément référence dans les entretiens formalisés. Les croyances liées à la mort sont inculquées dès l'enfance et forment des interdits, des superstitions (vaudouisme) « *quand on est enfant on vous parle comme ça sans vraiment connaître, voilà... je pense que ça poursuit et ça plonge dans une peur quoi* » (EAS14). Autant de pays, autant de croyances ou de mythes qui se transmettent de génération en génération, du pouvoir des "gri-gri" en protection du mauvais œil à l'incarnation du défunt dans la végétation.

La mort comment on l'appréhende, il y a une différence entre la société occidentale et chez nous, la mort là-bas est vécue comme le début d'autre chose, les ancêtres qui sont morts ne sont pas partis, ils sont là à côté, ils sont dans l'eau, ils sont dans les feuilles, ils sont partout [...] (EAS18).

Les croyances ont un sens pour celui qui y croit, partagées avec d'autres membres du groupe ou de la société et intègrent les représentations des individus « *selon un ordre séquentiel qui se reproduit avec régularité* » (Favret-Saada, 1994)⁷⁷³. Pour autant ce sens peut être remis en cause par d'autres qui ne partageraient pas ces mêmes croyances (Levy, 2008)⁷⁷⁴ et se trouveraient en décalage dans les représentations de l'évènement, de la situation. Le conflit des croyances individuelles peut être à l'origine de la mise en doute d'un ressenti, d'une sincérité dans les actions et comportements qui en découlent. « *Chaque individu construit des échanges qu'il entretient avec autrui, des images mentales correspondant à des jugements sur les divers objets de son univers social* » (Bouzon, *Op.cit.*, p.135)⁷⁷⁵. En revanche chaque culture élabore ses croyances. Lorsque Laplantine (2012) évoque la maladie, il s'intéresse aux différentes traditions en Afrique, au Brésil... et à la compréhension de la maladie et de la santé pour ces peuples. Il s'agit pour lui de « *la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un*

⁷⁷² Véga, A., *Soignants, soignés, pour une approche des soins infirmiers*, Bruxelles, De Boeck, 2007

⁷⁷³ Favret-Saada, J., *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Folio Gallimard, 1994

⁷⁷⁴ Levy, I., *Soins, cultures et croyances*, Bruxelles, Estem, 2008

⁷⁷⁵ Bouzon, A., 2004, *Op.cit.*, p.135

mode d'appréhension particulier du réel : celui de l'image croyance [...] » (Laplantine, 2012, p.298)⁷⁷⁶ ce qui demande d'explorer les racines de ces peuples pour comprendre.

Ainsi les comportements des soignantes dans les relations et les interactions se fondent sur des croyances diverses et variées, parfois à l'origine de peur, de crainte, de rejet, ce que nous montrent les observations sur le terrain de l'enquête notamment à l'égard des soignantes non autochtones de couleur de peau noire. « *On est... oui il y a que des noires l'après-midi et qu'elle est la seule blanche et qu'elle avait peur... c'est dit en rigolant mais... attention il y a les noires on rigole pas* » (EAS12). Durant des siècles, le noir est vu comme « *le symbole du mal et du diable, l'autre est le symbole de la pureté et de la beauté* » (Yvanoff, *Op.cit*, p.175). Un parallèle entre la noirceur du corps et de l'âme est établi au cours du moyen âge. « *Quand c'est le grand black qui rentre dans la chambre, O le grand black, je sens que parfois je peux faire peur à certains patients, ils ont peur, ils me voient rentrer...* » (EAS18). Le démon prend alors toutes les formes y compris celle « *d'un grand homme noir* ». Cette peur est une limite à se dévoiler et à s'ouvrir à l'autre pour le laisser pénétrer dans son espace personnel. La méconnaissance de l'autre engendre la peur, en outre le racisme empêche la connaissance de l'autre et favorise les discriminations et les préjugés (ce que nous verrons en suivant). La communication interculturelle y gagne en complexité. Pour Shan (2004)⁷⁷⁷ l'obstacle à l'élaboration de cette dernière provient plutôt de l'homogénéité de la pensée et du mode de vie matérialisés dans les stéréotypes, les préjugés, la discrimination et le racisme qui empêchent les êtres humains d'accepter l'autre comme semblable à soi.

L'enquête menée auprès des soignantes révèle que ces manifestations discriminantes émanent aussi de leurs pairs. En outre, les propos et les préjugés font émerger ce qui semble relever de prophéties auto réalisatrices à l'égard des soignantes non autochtones. Celles-ci pouvant annoncer et expliquer leurs comportements.

⁷⁷⁶ Laplantine, F., Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie, dans Jodelet, D (Dir.) *Les représentations sociales*, Collection sociologie d'aujourd'hui, (pp.133-148), Paris, PUF, 2012

⁷⁷⁷ Shan, B., La communication interculturelle : ses fondements, les obstacles à son développement, *communication et organisation* 24/2004, pp.1-6, (2004), <http://communicationorganisation.revues.org/2928>, (consulté en ligne le 03/05/2013)

2-3 Des stéréotypes et préjugés

Lippmann dès 1922 évoque les « *images présentes dans la tête* » des individus, socialement partagées, interchangeable quel que soit l'individu appartenant au groupe concerné (Leyens *et al.*, 1996)⁷⁷⁸ : Le stéréotype devient une « *pensée comme rendant le fonctionnement prévisible* » (Senac-Slawinski, 2012, p.192)⁷⁷⁹ dont l'objectif est de « *garantir la survivance culturelle* » du groupe en conservant la situation en l'état (Ferrari, 2001)⁷⁸⁰. L'enquête menée durant cette recherche auprès des soignantes hospitalières met en évidence les stéréotypes et les préjugés (jugements *a priori* et plutôt négatifs), à l'égard de groupes ethniques auxquels les soignantes appartiennent. « *Quand on vous voit marcher les noires, on vous croit fatiguées* » (EAS12). Dans le discours des soignantes autochtones, nous constatons par exemple la présence d'un stéréotype en lien avec le rythme, le temps... « *Mais des fois en équipe on a envie de les booster un peu voilà* » (EAS3) ; qui atteint les soignantes non autochtones plus particulièrement sub-sahariennes et noires : « *J'aime bien je dis black ce n'est pas péjoratif, elles sont cool, elles sont calmes, y en a vraiment elles sont lentes mais elles y arrivent quand même...* » (EAS26). Ce lien entre le stéréotype (rythme) et la soignante noire est mis en évidence dans les travaux de Cognet (2004)⁷⁸¹ « *Ils ont du mal à aller vite, voilà, donc c'est prendre le temps [...] c'est la culture du soleil...* » (ECS1). Or ces stéréotypes et préjugés conditionnent la relation et les interactions à l'œuvre dans l'équipe soignante métissée. « *Quand on vient des îles, peut-être qu'on n'a pas le même rythme que quand on vit en métropole depuis l'enfance et qu'au niveau du travail ça se confronte des fois* » (EIDE10). Ils sont verbalisés par certaines soignantes autochtones qui expriment d'un côté la différence avec une certaine bienveillance, et de l'autre formulent un certain agacement.

« *Les gens d'Afrique noire sont moins rapides, on ne peut pas le cacher, ils le savent eux, on leur dit, ils font comme ils peuvent* » (EAS11). Ces *apriori* transforment les relations et influencent la spontanéité dans les comportements. Nous identifions une discrimination stigmatisée triangulaire qui allie le genre (femme), le métier (aide-

⁷⁷⁸ Leyens, J-P *et al.*, *Stéréotypes et cognition sociale*, Numéro 214, Collection psychologie et sciences humaines, Wavre, Mardaga, 1996

⁷⁷⁹ Senac-Slawinski, R., *L'invention de la diversité*, Collection le lien social, Paris, PUF, 2012

⁷⁸⁰ Ferrari, G., Le corps et le stéréotype, dans Wolton, D. (Dir.). *Stéréotypes dans les relations nord-sud*, Hermès, Numéro 30, (pp.85-90), Paris, Cnrs éditions, 2001

⁷⁸¹ Cognet, M., 2004, *Op.cit.*

soignant) et la couleur de peau, qui influe les interactions des équipes soignantes et que nous formalisons.

3- Une discrimination triangulaire genrée

La discrimination est le produit d'actes et de comportements issus de croyances visant à déprécier la personne (stigmatisée) appartenant à un groupe différent du sien. Ainsi l'histoire a contribué à considérer la race blanche comme supérieure à la noire, produit d'une idéologie raciale qui alimente le racisme. Lors d'un discours à la chambre des députés le 28 juillet 1855, Jules Ferry exprime « *qu'il est du devoir de la troisième république française de civiliser les races inférieures...* » (Monneyron, *Op.cit.*, p.24)⁷⁸². Cette croyance cherchera à s'affirmer dans une réalité anthropologique que les chercheurs et voyageurs du XIX^e siècle tenteront d'établir et qui aujourd'hui est encore reliée à certaines populations et origines ethno raciales. Nous intéressant aux équipes soignantes métissées, nous faisons émerger une discrimination qui semble se construire selon trois pôles genrés : le sexe, le métier et l'origine ethno raciale, et concernant particulièrement les aide-soignantes. Le genre est objet de discrimination dans la société et objet de recherche pour les SIC comme pour d'autres disciplines. Nous choisissons de nous intéresser à cette population soignante selon cette approche.

3-1 Une féminisation du métier

Conformément aux études et aux statistiques de la DREES qui recense au 01 janvier 2013 87,2% de femmes dans la population infirmière⁷⁸³, la population soignante de l'hôpital étudié composée de 6909 professionnels se révèle féminine à 80%⁷⁸⁴. Notre échantillon est conforme à ce constat. Selon Clair (2012) "gender" se substitue à "femme" et désigne la logique sociale générale « *qui contraint tout en faisant exister* » les femmes, catégorie qui nous occupe dans cette recherche. La catégorisation "féminin et masculin" des groupes perdure, identifiée comme une normativité, « *comme s'il y avait une continuité évidente entre les organes génitaux, la totalité d'une personne et sa*

⁷⁸² Monneyron, F., 2004, *Op.cit.*, p.24

⁷⁸³ Sicart, D., *Les professions de santé au 01 janvier 2013*, document de travail série statistique, Numéro 183, Août 2013, DREES, <http://www.drees.sante.gouv.fr/publications,677.html>, (consulté en ligne le 26/12/2013)

⁷⁸⁴ Chiffres clés du bilan social 2012 de l'hôpital enquêté (communiqués sur le site interne)

façon de se comporter au quotidien » (p.84)⁷⁸⁵, alors que cette catégorisation ne pourrait être qu'une description.

La différence culturelle en termes de... essentiellement tout ce qui touche à l'hygiène, cela peut avoir un impact important et dans le rapport homme femme.... alors on s'adressera à la femme complètement différente par rapport à l'infirmier qui va arriver derrière ou au médecin (ECS13).

Toutefois être un homme ou une femme fait varier les relations, *a fortiori* en contexte interculturel, la société étant encore très marquée par une domination masculine.

En revanche, dans la profession infirmière ou le métier d'aide-soignante, les hommes sont minoritaires et nos observations révèlent que porteurs d'une blouse blanche, ils sont facilement pris pour des médecins par les familles et/ou les malades. Le genre est un facteur social reconnu par les sociologues comme discriminant dans un contexte « *d'ethnisation des rapports sociaux et de stigmatisation des migrants venus des anciennes colonies ainsi que de leurs descendants nés en France* » (*Ibid.*, p.111)⁷⁸⁶. C'est ainsi que le féminisme noir « *black feminism* » prend son essor en 1980 aux Etats-Unis grâce aux associations luttant pour l'abolition de l'esclavage et les études sur le genre se développent dès 1980. Il arrive seulement en France dans les années 1990-2000, les colonies étant installées ailleurs qu'en métropole. « *Si les femmes sont assignées au travail domestique, c'est parce qu'elles auraient des aptitudes naturelles pour l'accomplir* » (*Ibid.*, p.21)⁷⁸⁷. Le genre est une construction sociale, un processus relationnel et un rapport de pouvoir. Ce qui nous amène vers le métier d'aide-soignant longtemps réservé aux seules femmes.

3-2 Aide-soignant : un métier discriminant

La sociologie du genre met en évidence le caractère disponible dont fait preuve la femme à une époque où elle est salariée ou épouse de chef d'entreprise, où elle cumule vie professionnelle et vie domestique. Le métier d'aide-soignant comporte les activités dont les femmes ont été longtemps les seules exécutantes, considérées comme faites pour celles-ci : les soins, les tâches ménagères et culinaires... Le métier d'aide-soignant appartient à ces métiers du "Care" qui participent de la division sexuelle du travail. Ces métiers s'inscrivent dans la continuité des « *rôles et valeurs* » réservés aux femmes

⁷⁸⁵ Clair, I., *Sociologie du genre*, Collection sociologies contemporaines, 128, Paris, Armand Colin, 2012

⁷⁸⁶ *Ibid.*, p.111

⁷⁸⁷ *Ibid.*, p.21

(aide, soutien, soin). Néanmoins ce métier d'aide-soignant requiert une formation et des compétences spécifiques dans les soins que les prestataires de service ne possèdent pas, restant dans le domaine profane et non professionnel. Bereni *et al* (2012) évoque le phénomène de « *ségrégation sexuée du marché du travail* » dont les métiers du soin font partie. « *La part de femmes est de 88% chez les infirmière, 92% chez les aide-soignantes...* » (p.191)⁷⁸⁸. La rémunération, les conditions de travail et le prestige social sont associés à cette division sexuée du travail. Ce métier d'aide-soignant apparaît discriminant et discriminé. Il l'est par le regard que l'aide-soignante porte elle-même sur son métier, par celui que lui porte ses pairs, les infirmières, les autres professionnelles mais également les usagers de l'hôpital et la société en général. A 90% féminin selon les statistiques de la DREES en 2011, les hommes qui l'exercent sont employés de préférence dans les services où la force est requise et où le fait d'être un homme peut apaiser les tensions (urgences, psychiatrie, brancardiers...). Les infirmiers quant à eux se destinent plus volontiers aux activités techniques et deviennent infirmiers anesthésistes (réanimation ou blocs opératoires) ou cadres de santé. Ils exercent alors des activités mieux valorisées par les pairs, par l'institution et par les médias. Être une femme et exprimer travailler à l'hôpital amène spontanément et systématiquement la question : « vous êtes infirmière ? ». Pourquoi pas médecin ou aide-soignante ? Au-delà du genre par le sexe et par le métier, la triangulation se poursuit avec le genre se rapportant à la race.

3-3 Être aide-soignante et être noire : l'empreinte du passé ?

Traiter dans cette thèse du genre se rapportant à la race peut apparaître risqué de notre part. Cependant, il se révèle avec force dans les données de l'observation et ne peut être revenir à une clandestinité dont l'enquête l'a fait émerger. « *Déjà les africains ils sont aides-soignants en général, c'est ce que j'ai constaté [...] dans mon ancien hôpital...* » (EAS18). Les soignantes non autochtones semblent plutôt occuper la fonction d'aide-soignante. Nous identifions ainsi le troisième pilier de la discrimination triangulaire que constitue la condition noire : la race, que nous aborderons avec circonspection.

⁷⁸⁸ Bereni, L, Chauvin, S, Jaunait, A, Revillard, A., *Introduction aux études sur le genre*, Ouvertures politiques, 2^e édition, Bruxelles : De Boeck, 2012

Dans un rapport remis au ministre de l'enseignement et de la recherche en octobre 2008, Wieviorka définit la diversité selon les éléments que sont : les différences, la vision de la nation, les identités spécifiques (âge, sexe, religion, origine socio professionnelle, nationale ou couleur de peau)⁷⁸⁹. Concernant la minorité noire, Ndiaye établit un lien direct entre la diversité et la discrimination qui selon lui « *est une disparité de traitement fondée sur un critère illégitime* » (Ndiaye, 2011, p.297)⁷⁹⁰. Les différences culturelles qui composent cette diversité sont instables, dépendent du hasard mais aussi du degré de connaissance des gens. Elles s'inscrivent dans le système ouvert d'interactions où le comportement en contexte des uns dépend de celui des autres et l'influence, en référence aux théories des chercheurs du collège invisible de Palo Alto.

C'est toujours pareil quand vous connaissez les gens, leurs valeurs, leur identité, leur fonctionnement, leur mode de communication, vous allez, je vais utiliser une communication que je vais estimer comme adaptée, voilà et donner entre guillemets, c'est mal utilisé, une illusion de continuité (ECS18).

Si pour certaines soignantes non autochtones être d'une autre culture facilite leur positionnement et leur donne une « *double vision de la vie [...]* » (EAS15), pour d'autres au contraire, cela complexifie le positionnement dans leur fonction et la communication. Nous expliquons en partie ce constat par l'empreinte de l'époque l'histoire que certaines soignantes évoquent dans leurs propos.

3-3-1 L'empreinte d'un passé colonialiste

Je me dis que ce n'est pas à 98 ans que je vais changer quelqu'un qui a peur d'une négresse, peut être que c'est une petite fille de colon [...] par rapport à ma couleur de peau, on me prenait encore pour une esclave [...] (EAS15).

Tout le présent ne s'explique pas uniquement par le passé de ces soignantes et de leurs ancêtres. Pour autant, nous ne pouvons faire abstraction de ce segment d'histoire colonialiste qui marque les héritiers aujourd'hui, dans leur passé de colonialiste ou d'esclave. « *Traces et marques seraient donc à la fois interaction entre passé et présent, et révélateur des organisations spatiales, notamment dans leur dimension ségrégative coloniale et post coloniale* » (Lesourd, *Op.cit.*, p.306)⁷⁹¹. Certaines soignantes comme EAS15, évoquent notamment la condition d'esclave attribuée aux individus ayant la

⁷⁸⁹ Senac-Slawinski, R., 2012, *Op.cit.*, p.7

⁷⁹⁰ Ndiaye, P., *La condition noire, essai sur une minorité française*, N°140, Paris, Folio actuel, 2011

⁷⁹¹ Lesourd, M., 2011, *Op.cit.*, p306

peau noire ou foncée. Ndiaye (2009) précise qu' « être noir n'est ni une essence ni une culture mais le produit d'un rapport social : il y a des noirs parce qu'on les considère comme tels » (p.45)⁷⁹². La domination coloniale instaure une distinction "coloriste" qui fait de la couleur de peau un stigmate discriminatoire : « La noirceur a fait l'objet de constructions religieuses, philosophiques, anthropologiques, physiologiques, médicales, environnementales, etc., destinées à en démontrer le caractère inférieur, néfaste, dangereux ou repoussant » (Ibid., p.49)⁷⁹³. C'est ainsi que les métis appelés « sangs mêlés » aux Antilles, selon la couleur de la peau, occupent des postes différents sans pour autant accéder aux mêmes emplois que les blancs. Un métis clair peut prétendre à être l'équivalent de chef d'équipe, un métis foncé ne peut être qu'exécutant (Dicale, 2011 ; Guyot, 2002).

C'est sûr que nous en tant que culture différente surtout les africains, on a quand même cet esprit où on se dit que les autres ne nous acceptent pas forcément, qu'ils ont cet esprit de supériorité ou même si vous avez le diplôme, ils se disent le noir reste le noir, le blanc c'est ce qui est bon, les gens ont tendance à vous le renvoyer d'une manière ou d'une autre, on le perçoit [...] (EAS5).

Cette hiérarchie sociale liée à la couleur de peau subsiste à la fin de la colonisation et de l'esclavage et marque de nos jours les pensées, les comportements et les conduites sociales, lesquelles émergent dans le discours de certaines soignantes.

3-3-2 De la race à la racialisation au regard colonialiste

Nous rappelons que le mot de race n'est pas utilisé en France car vécu comme péjoratif et rejeté dans les espaces publics (Fassin, 2009)⁷⁹⁴ alors qu'il est facilement utilisé aux Etats-Unis y compris dans les travaux scientifiques. C'est alors que le mot racialisation fait son apparition, à la fin du XIX^e siècle, correspondant aux traits physiques distinctifs d'un groupe humain et qui en fait son identité et constituant un processus de catégorisation des individus (Fassin, 2012)⁷⁹⁵. Dans les années 1970, Barth identifie le groupe ethnique à une organisation sociale qui ne se fonde pas uniquement sur son

⁷⁹² Ndiaye, P., Questions de couleur. Histoire, idéologie et pratiques du colorisme, dans Fassin, D, Fassin, E. (Dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Numéro 308, (pp.45-62), Paris, La découverte, p.45

⁷⁹³ Ibid., p.49

⁷⁹⁴ Fassin, D, Fassin, E. (Dir). *De la question sociale à la question raciale*, Numéro 308, Paris, La découverte, 2009

⁷⁹⁵ Fassin, D., 2012, *Op.cit.*

contenu mais en fonction des différentes interactions. Lors d'un séminaire à Paris en 2012 sur la « *Racialisation et mondialisation* » au New-York University, Banton s'interroge alors sur la manière de remplacer ces termes de race et d'ethnie relevant plus de termes courants (dits emiques) en sociologie : l'ethnie (la relation établie avec d'autres ethnies), l'ethnicité (une appartenance) et l'ethnisation (classement selon le rôle occupé, le statut, la hiérarchie). Pour Saada, le racisme « *pré existe à la colonisation dont il a été le moteur* » (2009, p.65)⁷⁹⁶. Le "regard colonialiste" marque l'histoire de ces populations noires et/ou d'Afrique du nord.

Selon une approche communicationnelle ce regard se définit par Lesourd (2011) dans « *une société colonialiste et colonisée avec un système post colonial* » par le regard que les individus portent les uns sur les autres. Il repose sur une cohabitation de traces (empreintes du passé) et marques coloniales (signes, repères s'y rapportant). Elles ne sont autres que le produit des interactions temporelles entre le passé et le présent et contribuent à l'élaboration de la communication.

La trace, ce n'est pas seulement ce que l'on voit, c'est aussi ce que l'on sent, ce que l'on entend, ce que l'on touche, ce que l'on goûte [...] la trace elle-même ne peut être saisie que dans son passage, au moment de son écoulement, au lieu où elle peut être captée (Steck, 2011, pp.254-255)⁷⁹⁷.

L'intelligence et le niveau d'instruction constitue alors une différence discriminante. « *Les gens pensent que les noirs nous sommes des sous races, qu'on ne comprend rien....* » (EAS26). Les blancs (colons) étaient considérés supérieurs aux noirs (et aux colonisés en général) et ces derniers ne pouvaient qu'occuper des postes subalternes. Or la population aide-soignante recense en majorité les professionnelles "noires" dans l'hôpital étudié. Ceci nous amène à nous interroger sur le fait d'être "noire à l'hôpital". Traiter de l'équipe soignante métissée intègre la diversité et fait référence à la couleur de peau, laquelle supporte l'empreinte coloniale pour les descendants des esclaves (les autres) ou des colons (les blancs). Elle existe toujours et semble inscrite dans la mémoire collective participant de « *l'ethnisation des rapports sociaux fondée sur la persistance de représentations d'origine coloniale* » (Blanchard, Bancel, Lemaire,

⁷⁹⁶ Saada, E., Un racisme de l'expansion. Les discriminations raciales au regard des situations coloniales, dans Fassin, D, Fassin, E., *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Numéro 308, (pp.63-79), Paris, La découverte, 2009, p.65

⁷⁹⁷ Steck, B., Flux et territoires : de la trace à la marque, une question de distance, dans Galinon-Méléneq, B. (Dir.). *L'homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, (pp.249-270), Paris, Cnrs éditions, 2011, pp.254-255

2006, p.13)⁷⁹⁸. Les héritiers de l'époque des colonies semblent contenus dans les représentations du passé, sans pouvoir s'en extraire. « *L'Afrique noire par exemple est marquée d'une appréciation très négative, révélant des stéréotypes coloniaux évidents* » (*Ibid.*, p.256)⁷⁹⁹. Croire à l'empreinte d'un passé provient des schémas de pensée, d'une catégorisation du réel à un moment donné, de connotations symboliques « *universellement ressenties mais pas nécessairement identiques d'une culture à l'autre* » (Dumont, *Op.cit.*, p.144)⁸⁰⁰. Pour ne parler que de la couleur noire, l'appréhender nécessite une approche pluridisciplinaire qui nous permet de comprendre ce qu'elle représente. Toutefois au-delà de la couleur, le noir représente à lui seul un langage et un préjugé qu'il convient de redéfinir « *dans une symbolique post-raciale du noir* » (*Ibid.*, p.54)⁸⁰¹. Pour autant nous recueillons des propos qui témoignent plus d'une intolérance et font appel aux jugements, aux stéréotypes, aux préjugés que font émerger les "non blancs". Ce qui se confronte au discours convenu dont les soignantes font preuve et auquel nous nous intéressons.

3-3-3 Être noire et soignante à l'hôpital

On connaît pas l'autre, l'autre il pose en général toujours problème que ce soit le blanc qui arrive en Afrique on le regarde d'une certaine façon, que ce soit l'africain qui arrive ici ou le chinois qui arrive ici, on le regarde d'une façon, c'est des préjugés, voilà le mot que je cherchais, il y a souvent des préjugés qui sont à la base de ça quoi donc ça, je l'ai analysé comme ça, c'était pas, pour moi c'était pas grave mais je l'ai vécu, j'ai vécu et j'ai fait face, on a obtenu un résultat donc on n'en parle plus (EAS18).

Nous mettons en évidence dans ce travail de recherche que la femme non autochtone et particulièrement "noire" est très présente dans le métier d'aide-soignante, ce que corroborent différentes études. En outre, ce métier est subordonné à l'infirmière et sous la dépendance hiérarchique du cadre de santé. Nous proposons une piste d'explication de ce constat : des études courtes (dix mois). Ces femmes non autochtones peuvent avoir un métier rapidement, accessible à un niveau de troisième au collège, assurant des tâches qui apparaissent naturelles : les soins d'hygiène, d'entretien et de confort. Certaines aide-soignantes accèdent à la formation d'infirmière par le biais d'une

⁷⁹⁸ Blanchard, P, Bancel, N, Lemaire, S. (Dir.), *La fracture coloniale, la société française au prisme de l'héritage colonial*, numéro 232, Paris, La découverte/poche, p.13

⁷⁹⁹ *Ibid.*, p.256

⁸⁰⁰ Dumont, R., *Op.cit.*, p.144

⁸⁰¹ *Ibid.*, p.54

promotion professionnelle financée, toutefois elles se révèlent peu nombreuses. Nous les situons dans une division catégorielle du travail, sexuée et ethno raciale, qui semble maintenir la femme "noire" dans un rapport de domination (et de dominée). Dans ce contexte, l'élaboration de la communication entre soignantes nous apparaît alambiquée.

« Dans une équipe c'est un plus d'avoir des gens de cultures différentes, cela facilite l'échange, la communication par rapport à la langue, on en a eu certains, on a.... on a du mal à les comprendre [...] » (EAS23). Questionner la communication en contexte interculturel dans les équipes soignantes fait émerger spontanément pour certaines, la couleur de peau et la langue. Elles apparaissent comme étant le plus difficile à gérer par ces professionnelles dans les interactions et les interrelations. Pour communiquer les individus utilisent le verbal et le non verbal. Cela suppose d'utiliser les mêmes mots et surtout de construire un sens commun dans les interactions. La compréhension pour Bateson (1977)⁸⁰² se fonde sur le système de référence des individus (langage, habitudes, culture). La communication est alors complexifiée dès lors qu'il y a incompréhension du locuteur comme de l'auditeur du fait de l'accent, de l'expression française, du sens des mots employés différent pour les deux individus en relation. En outre, le système de référence de ces soignantes non autochtones intègre la communication par le toucher, le rapport au corps étant culturellement différent et celles-ci disposant d'habiletés tactiles. Si ces dernières sont appréciées par certaines cadres de santé, elles ne sont pas forcément reconnues par l'ensemble de l'équipe car différentes de leurs propres pratiques, de leur approche du soin et de la communication. L'équilibre des relations interpersonnelles s'en trouve modifié, fondées sur la différence et le positionnement des individus.

La communication s'élabore dans ce rapport au passé qui semble favoriser l'asymétrie dans les relations interpersonnelles, instaurant un rapport de places qui apparaît en lien avec la couleur de peau « *il s'agit de définir quelle position nous souhaitons occuper et quelle position nous conférons à l'autre. Le rapport de places est produit par les individus en interaction* » (De la Broise, P, Grosjean, S, *Op.cit.*, p.74)⁸⁰³. Quel que soit le niveau d'études, quel que soit la profession, être différent semble induire de fait une

⁸⁰² Bateson, G., 1977, *Op.cit.*

⁸⁰³ De la Broise, P, Grosjean, S., *Op.cit.*, p.74

discrimination ce qui contribue à éprouver l'identité des soignantes non autochtones. Tentant de comprendre les phénomènes communicationnels à l'œuvre dans le quotidien professionnel de ces soignantes, nous envisageons la possible présence d'un déni racial dans les interactions de ces équipes soignantes métissées.

4- Une communication élaborée sur le déni racial à l'hôpital

Nos observations sur le terrain professionnel révèlent l'existence d'un double racisme à l'hôpital et dans les équipes soignantes : caractérisé et invisible, ce dernier plus insidieux et présent dans certaines attitudes et ambiances. En outre, ces femmes aide-soignantes et non autochtones "noires" semblent marquées par une histoire et s'accommodent mal des préjugés et des stéréotypes formulés par leurs pairs à leur égard. Si certains faits de discrimination sont clairement affichés, nous nous interrogeons sur les phénomènes communicationnels qui orientent les soignantes à l'hôpital dans un paradoxe entre leur discours et leurs actes. Ce que nous pouvons d'ailleurs extrapoler à la société en général où se manifeste le refus de la différence notamment ethnique, les unes se confrontant à l'impensé des autres.

4-1 Une pensée raciale à l'œuvre dans les actes communicationnels

Les sociologues de l'école de Chicago tels que Strauss, Hughes, Star, Schütz... se sont intéressés au rapport genre/classe/ethnicité dans les années 1970 à 1990. Le travail y est qualifié d'invisible pour les tâches accomplies « *par les femmes et des personnes de couleur ou par ceux qui, dans la situation considérée, ont une position de "classe, de statut et/ou de pouvoir" inférieure* » (Clarke, 2010, p.251)⁸⁰⁴. L'individu évolue en fonction « *des aspects réflexifs de la vie sociale, la façon dont ce que nous pensons à propos de ce que nous faisons influe sur la réalisation de l'acte lui-même (penser c'est faire)* » (Kian, 2010, p.285)⁸⁰⁵ pour autant les clichés sociaux perdurent. Les différentes études amènent à affirmer que la pensée raciale existe et la théorie du genre semble s'être développée à travers elle. Ainsi, le déni racial émerge des différents modes,

⁸⁰⁴ Clarke, A.E., Anselm Strauss en héritage : sexe/genre et race/ethnicité, dans Chabaud-Rychter, D, Descoutures, V, Devreux, A-M, Varikas, E. (Dir.). *Sous les sciences sociales, le genre*, (pp.245-259), Paris, La découverte, 2010, p.251

⁸⁰⁵ Kian, A., Erving Goffman : de la production sociale du genre à l'objectivation sociale des différences biologiques, dans Chabaud-Rychter, D, Descoutures, V, Devreux, A-M, Varikas, E. (Dir.). *Sous les sciences sociales, le genre*, pp.276-288, Paris, La découverte, 2010, p.285

formes et supports de communication et s'entretien au travers d'eux, influençant les comportements et les relations interpersonnelles que nous observons pour les soignantes dans l'exercice de leur profession. Bien que conscientes du métissage des équipes qu'elles observent et vivent au quotidien, certaines d'entre elles expriment ce que nous nommons "leur pensée raciale" dans les comportements qui participent de la communication interactionniste. Toutefois, le recours à l'humour fait émerger "l'impensé racial" apparaissant jusque-là comme un "clandestin" de la communication.

4-1-1 Une pensée raciale ancrée dans des comportements

On n'est pas différent enfin sauf que voilà, on a la couleur de la peau ou enfin... notre culture ou sinon... on est pareils. On ne prend pas la place de quelqu'un parce que, nous on a comme tout le monde, la chance d'aller à l'école et on a profité de cette chance pour réussir, on nous a pas donné.... (EIDE8).

La communication met au jour la diversité et la pensée raciale qui semblent y être associées, ce que montrent nos observations durant l'enquête. Cette préoccupation ethnique apparaît ancrée dans l'hôpital dans ce qu'elle communique ainsi que dans les images et/ou propos stéréotypés qu'elle perpétue socialement à l'aide d'adjonctions racistes. Les médias contribuent à potentialiser cette pensée raciale autour des problèmes de société ou de santé publique composant l'actualité comme l'accueil des Roms en France, les immigrés de Lampeduzza, les exilés syriens... « ... faire exister la question raciale, c'est-à-dire une certaine manière de décrire le monde social et de poser des problèmes dans l'espace public » (Fassin, 2012, p.160).⁸⁰⁶.

Dans une approche psychologique, le comportement est défini comme « l'ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données », c'est une « manière d'être et d'agir » (cf. définition du CNRTL). Les comportements sont issus des situations et des éléments qui les composent, fondés sur les acquis de la personne dans son éducation, la tradition familiale et culturelle, ses apprentissages, sa personnalité, ses émotions... « On est ce qu'on est, j'ai beau le fuir, j'ai beau éviter les choses, ça me rattrape toujours, je ne sais pas si on nous fait quelques chose à la naissance... (Rire), c'est ça... » (EAS5).

⁸⁰⁶ Fassin, D. (Dir.), *Les nouvelles frontières de la société française*, Numéro 371, Paris, La découverte, 2012

En outre, les comportements des personnes avec lesquelles les soignantes travaillent deviennent déterminants dans l'élaboration des interactions. Ils participent à l'évitement et/ou la gestion des tensions ou des conflits liés à la différence et/ou l'incompréhension et/ou l'erreur d'interprétation. « *Il faut être en paix avec nous-mêmes pour confronter avec les autres, ou alors on est toujours dans l'amalgame, l'autre il a dit ça sur moi, parce que je suis une étrangère... je suis une arabe...* » (EAS17).

La pensée raciale s'exprime dans la relation d'équipe mais également dans la relation de soin et notamment au travers du refus de soin par un malade à l'égard d'une soignante non autochtone. Ce comportement témoigne du refus de la différence ethnique chez les individus, soignés ou soignantes liée à la méconnaissance de l'autre et/ou une intolérance à cette différence et qui s'apparente au racisme. Le comportement des unes est interprété par les autres dans une réalité qui ne leur est pas familière et qui peut alors créer les tensions dans les relations et les interactions, tendant à diviser plutôt que rassembler. Les différences sont en outre une clé d'explication dans le rapprochement entre les personnes de même origine, partageant les mêmes traditions, le même langage et la même sensibilité facilitant les interactions : « *Quand je sais que c'est une personne proche de mes origines, je fais un peu plus attention parce que je sais que dans notre culture il y a des pratiques qui doivent se faire et d'autres pas [...]* » (EAS10). Nous constatons que le discours des soignantes apparaît en contradiction avec nos observations *in situ*.

La diversité culturelle semble présenter des côtés "obscur" qui opacifient la communication de ces équipes soignantes métissées. La difficulté à reconnaître le racisme dans une pratique qui apparaît comme courante et fréquente, rend celui-ci anodin ce qui en fait aisément un "impensé". La violence de certains propos, de certains comportements est banalisée, la discrimination intègre alors le sens commun. Ainsi l'utilisation de l'humour dans l'expression langagière ou corporelle permet à certaines soignantes de dévoiler leur propre racisme ou à d'autres d'user de l'autodérision pour le révéler au grand jour dans les actes communicationnels.

4-1-2 L'humour : autodérision et/ou impensé racial ?

Selon le CNRTL, l'humour se définit comme une « *forme railleuse qui attire l'attention avec détachement, sur les aspects plaisants ou insolites de la réalité* ». L'insolite

provoque la surprise sur un élément jugé inhabituel, le caractère d'une personne et les aspects de son comportement ou de ses attributs. L'humour est considéré par certains auteurs comme un enjeu dans l'espace public (Quenemer, 2009⁸⁰⁷ ; Chabrol, 2006⁸⁰⁸) mais également comme un outil de management (Bottega, 2008)⁸⁰⁹. Toutefois, il fait intervenir l'intention de son utilisation, l'interprétation espérée par l'énonciateur et l'interprétation effective de l'auditeur. Selon Romero et Cruthird (2006)⁸¹⁰ l'humour revêt cinq formes : La personne se ridiculise elle-même pour amuser les autres et se faire accepter d'eux (*self defeating*) ; elle a une conception de la vie humoristique ce qui lui permet de gérer son stress quotidien (*self enhancing*) ; elle plaisante avec les autres en les attirant avec humour ce qui permet une amélioration des interactions (*affiliative*) ; elle communique son désaccord sur un ton positif (*mild aggressive*) ; elle est drôle au détriment d'autrui, le ridiculisant, témoignant d'un sentiment de supériorité envers lui (*agressive*). Nos observations nous permettent de retenir les trois premières formes comme clé de compréhension de certains propos, des circonstances de leur énonciation et de l'interprétation qui nous est donnée d'en faire.

Les soignantes non autochtones semblent plutôt utiliser l'autodérision. Il s'agit pour elles d'une façon de refouler ce qui alimente les tensions entre les individus en présence dans les interactions. Comme par exemple cette aide-soignante qui affirme se frotter les mains pour faire partir le noir, jouant le jeu avec humour de la malade qui craint qu'elle ne déteigne sur elle. L'humour peut alors devenir une stratégie de survie et d'adaptation à un environnement hostile envers elle, une manière de déconnecter la situation de ses perceptions et donc des émotions. L'humour est « *produit et résulte de la position du sujet énonciateur* » (Quenemer, *Op.cit*)⁸¹¹. Il dépasse le discours en conservant son pouvoir actif dans un contexte normé et hiérarchisé. En ce qui concerne les soignantes autochtones, les données recueillies durant l'enquête semblent être plutôt en faveur d'un humour "*agressive*" ou "*mild aggressive*", à connotation négative, ceci malgré la tonalité

⁸⁰⁷ Quenemer, N. (2009)., Performativité de l'humour : enjeux méthodologiques et théoriques de l'analyse des sketches dans les talk-shows, *Question de communication, Numéro 16*, Journalistes et sociologues, (265-288)

⁸⁰⁸ Chabrol, C. (2006)., Humour et médias : définitions, genres et cultures, *Question de communication, Numéro 10*, (7-17)

⁸⁰⁹ Bottega, C. (2008)., L'humour est-il un outil de management ? *Revue humanisme et entreprise, 2008/3, Numéro 288*, (21-34)

⁸¹⁰ Romero, E.J, Cruthirds, K.W. (2006)., The use of humor in the workplace, *Revue academy of management perspectives*, (58-69)

⁸¹¹ Quenemer, N., 2009, *Op.cit.*

enjouée, le visage rieur des énonciateurs, masquant selon nous l'impensé racial. Pour exemple, l'humour utilisé dans une référence à la colonisation, au nombre de soignantes noires et/ou arabes en présence simultanément ou aux lieux d'origine comme le "bled"

Dans l'équipe il y avait beaucoup d'origines différentes, ça se passait très bien, nous on était... à un moment donné même je leur disais arrêtez un peu vous allez nous coloniser ! En rigolant bien sûr parce qu'on était plus que quatre blanches et les autres noires (EAS1).

Toutefois nous observons que les soignantes non autochtones ont tendance à travailler ensemble, à se regrouper dans l'espace de travail et pendant les pauses. L'acte et la décision s'élaborent dans "l'agir". Le langage et le corps interagissent, les comportements voire les décisions peuvent aller à l'encontre des mots utilisés, les signes analogiques (non verbaux) contredisant les signes digitaux (verbaux) ce que l'école de Palo Alto conceptualisera dans les années 1980. « *L'intention et les effets recherchés se brouillent parfois* » (Quenemer, *Op.cit*)⁸¹², ce qui crée le paradoxe des situations de communication. L'utilisation de l'humour interroge la vérité des actes communicationnels et notamment du discours, laissant place à un décalage affiché par le contenu et la forme et/ou la relation, ce que Watzlawick identifie en 1979 dans ses travaux. Selon lui la relation « englobe » le contenu.

Arrêtons nous sur l'extrait d'entretien (EAS1) mentionné quelques lignes plus haut, il ne semble pas que cette soignante rencontre des difficultés en contexte interculturel : « *dans l'équipe il y avait beaucoup d'origines différentes, ça se passait très bien, nous on était... ..* ». En revanche, le discours qui suit immédiatement laisse émerger les contradictions ou paradoxes : « *... à un moment donné même je leur disais arrêtez un peu vous allez nous coloniser ! En rigolant bien sûr parce qu'on était plus que quatre blanches et les autres noires* ». Le nombre de soignantes non autochtones devenant supérieur aux autochtones serait-il source d'angoisse et d'un imaginaire pour l'AS1 ? D'un côté, l'acceptation de la différence est affichée, de l'autre il est rappelé la place de chacun, tout en soulignant « *en rigolant bien sûr...* ». Toutefois, avec ou sans humour, le « *"vivre ensemble" est fondé sur l'"agir ensemble"* » (Bernard, Joule, 2005)⁸¹³ et cette

⁸¹² Quenemer, N., 2009, *Op.cit.*

⁸¹³ Bernard, F, Joule, R-V. (2005)., Le pluralisme méthodologique en Sciences de l'Information et de la Communication à l'épreuve de la "communication engageante", *Question de Communication, Numéro 7*, espaces politiques au féminin, (185-208)

pensée raciale semble intégrer le quotidien des soignantes à l'hôpital, créant un paradoxe entre les discours et les actes des soignantes.

4-2 L'émergence d'un impensé racial dans le discours

La théorie d'Habermas de 1981 sur « *l'agir communicationnel* » semble démasquer et faire sortir de sa clandestinité cet impensé racial. Selon cet auteur, les individus recherchent une définition commune des situations, une validité du langage, de sa compréhension et de sa reconnaissance par l'autre dans son exactitude, ce que le métissage semble complexifier. L'humour et les différents comportements des soignantes contredisent le discours que nous avons pu observer, révélant cet impensé racial dans l'absence de reconnaissance, de sincérité, de justesse, d'exactitude nécessaires aux actes communicationnels. Toutefois ces derniers s'élaborent dans la rencontre avec l'autre ce qui intègre d'autres éléments que le langage : les phénotypes (couleur de la peau, odeur, chevelure...), l'apparence vestimentaire et l'image qui synthétise les deux premiers niveaux (Villain - Gandossi, 2001)⁸¹⁴. La manifestation du refus de ce que renvoi l'autre renforce les représentations, les actes discriminatoires et favorise certains comportements, état d'esprit et discours. La pensée raciale entretient les stéréotypes et s'entretient elle-même dans les différentes discriminations.

Si les racismes caractérisé et invisible s'affichent socialement et à l'hôpital comme notre recherche en témoigne, si la pensée raciale semble intégrer la communication élaborée par les soignantes des équipes métissées, le discours de celles-ci nous questionne dans l'impensé qu'il semble révéler. Le métissage à l'hôpital interpelle certaines soignantes autochtones qui le verbalisent. Elles l'identifient comme récent et l'assimile plutôt à une réponse à une pénurie et non comme un fait de société. Si EAS3 affirme lors de l'entretien formalisé que ça ne la dérange pas, *a contrario*, dans le « *ça fait drôle* » nous nous demandons s'il n'y aurait pas une manifestation de l'impensé racial. En se questionnant sur le fait qu'il n'y ait plus de personnel, nous pouvons formuler l'hypothèse que les propos de cette aide-soignante manifestent cet impensé ; le

⁸¹⁴ Villain-Gandossi, C., La genèse des stéréotypes dans les enjeux de l'identité/altérité Nord-Sud, dans Wolton, D. (Dir.). *Stéréotypes dans les relations Nord-Sud*, Hermès Numéro 30, (pp.27-40), Paris, Cnrs éditions, 2001

recrutement de soignantes non autochtones peut être pour elle une solution palliative et *in fine* non souhaitée.

Etudiant les TIC et les représentations de l'informatisation dans la société, Robert (2009) révèle que l'impensé n'est autre que mettre « à l'abri de questionnements scientifiques et de remises en cause légitimes »⁸¹⁵ un sujet, un fait ou un problème. Il s'agit de contourner les questions qui pourraient être déstabilisantes ou nécessiter de la prudence tel que le racisme ... Dans le contexte de cette thèse émerge l'impensé racial essentiellement des différents propos des soignantes autochtones. Un discours plebiscite la différence culturelle et révèle cependant des sous-entendus qui placent les soignantes dans une contradiction et un contournement de la question fondamentale que nous osons ici formuler : Sommes nous tous racistes ?

4-2-1 Le racisme derrière l'impensé ?

« *Sommes-nous tous racistes ? Psychologie des racismes ordinaires* » constitue le titre de l'ouvrage de Leyens (2012). Cet auteur débute son ouvrage par « *Je sais que je suis raciste, peut-être même envers plusieurs groupes. Je le regrette ; je préférerais dire que je ne suis pas d'accord avec certains groupes...* » (p.13)⁸¹⁶. Evoquer un racisme "subtil" pourrait relever de l'impensé dans la symbolique de certaines situations, en référence à une idéologie comme notamment le nombre de non autochtones en présence.

Si la surreprésentation des soignantes non autochtones apparaît comme impensable pour les autochtones, l'impensé repose également sur la forme langagière de la communication et le cognitif (niveau d'instruction). Les données recueillies lors des entretiens font prévaloir positivement les actes communicationnels (échange, partage...) dans la différence culturelle. Pour autant, les soignantes placent le langage, la langue, l'accent au premier rang des "freins" à la relation d'équipe. Pour exemple, parlant des médecins étrangers une cadre de santé verbalise : « *Ça pose des problèmes aux secrétaires qui doivent décrypter les lettres qu'ils leurs dictent [...]* » (ECS8). Le problème n'est pas énoncé clairement, il apparaît comme étant sous-entendu dans le

⁸¹⁵ Robert, P., *Une théorie sociétale des TIC. Penser les TIC entre approche critique et modélisation conceptuelle*, Collection communication, médias et construits sociaux, Paris, Hermès Lavoisier, 2009

⁸¹⁶ Leyens, J-P., *Sommes-nous tous racistes ? Psychologie des racismes ordinaires*, Wavre, Mardaga, 2012

discours. Nous affichons une certaine méfiance quant à des affirmations que nous pourrions formuler alors même que l'incertitude occupe l'espace interactionnel et de communication. Les propos d'ECS8 peuvent être l'expression d'une difficulté liée à un accent, une élocution, une maîtrise de la langue sans pour autant être une manifestation raciste.

L'incompréhension est la deuxième réponse formulée par les soignantes, dont 86% émanent d'autochtones. L'ethnie est sous-jacente aux propos des soignantes concernant la différence culturelle. Certaines d'entre elles évoquent le niveau d'instruction des soignantes non autochtones comme influençant négativement les échanges, n'étant pas de même niveau que les autochtones.

Elles ont un niveau d'instruction plus bas que celui des français ce qui est un handicap au quotidien [...] Il y a beaucoup plus d'aide-soignantes d'autres origines mais pas les infirmières [...] je pense qu'il y a plus de différences, dans une différence de niveau d'instruction et là où il y a un souci, c'est quand elles n'ont pas le même niveau, elles ont du mal à s'entendre [...] (ECS7).

Ces propos nous interpellent car l'ensemble des soignantes (autochtones et non autochtones) ont suivi la même scolarité en formation professionnelle initiale, un même programme, des évaluations semblables, un même concours d'entrée et des épreuves de diplôme de niveau égal aux autres. Pour autant, le niveau d'instruction est mentionné comme inférieur à celui des "français". Une des pistes explicative serait peut-être dans le passé, les écrits des grands voyageurs ou des colonisateurs. ECS9 nous dit d'un médecin Algérien faisant fonction d'interne dans le service « *qu'il faisait peur au malade dans ses explications, il avait un relationnel difficile* » (ECS9). Bien qu'affirmant clairement sa position de "non raciste" dans son discours, cette cadre de santé exprime la peur inspirée au malade, la difficulté relationnelle de ce médecin, qu'elle semble relier directement aux critères "algérien" et "faisant fonction d'interne" (groupe ethnique et position sociale). Toutefois, rien ne nous permet de l'affirmer, un jugement que nous ne nous autorisons pas.

De fait, si le discours semble révéler l'impensé racial, il ne nous permet pas de certifier l'existence d'un racisme même si celui-ci nous apparaît probable.

4-2-2 Un impensé qui reste difficile à dévoiler

"Démasker" l'impensé demeure complexe. S'il est impensé, il est souvent inconscient et il apparaît utopique de penser explorer l'inconscient des individus. En outre, s'il est impensé, il n'est pas traité, il n'est pas remis en question, ce qui ne permet pas aux chercheurs dans un champ pluridisciplinaire de s'emparer de faits sociétaux et de les porter dans l'espace public. Nous dévoilons dans nos constatations l'impensé racial qui semble présent dans la communication des équipes soignantes métissées. Pour autant, nous sommes consciente de l'évitement du sujet dans les relations interpersonnelles et les interactions qui construisent le travail collectif des soignantes.

Nous observons au quotidien des réactions qui sont celles que nous pouvons rencontrer dans la vie de tous les jours en tant que citoyen : ne pas prendre l'ascenseur alors que des soignantes non autochtones sont dans la cabine, changer de secteur pour ne pas travailler avec certaines d'entre elles ou ne pas s'asseoir à côté de soignantes dont la couleur de peau diffère de la sienne... mais cela ne nous permet pas d'établir des certitudes dans le fait que d'être non autochtone, voire "noire" conditionne le comportement dans un impensé en lien avec la race, l'ethnie. Il peut s'agir simplement d'un changement dans le contexte qui amène les individus à modifier leurs décisions, leurs actions, sans aucun lien avec l'origine ou la couleur de peau. Evoquer la différence raciale reste cependant problématique pour le corps médical. Notre présentation du protocole de recherche devant le CER, en février 2011, a suscité un échange animé entre les médecins présents. Le constat de la difficulté à aborder le sujet de l'ethnie, de la culture avec les malades est posé par ces professionnels alors même que ce serait une nécessité pour la prise en charge de ces personnes. Il apparaît donc fondamental d'en apprécier les caractéristiques.

Evoquer ce qui a trait à la race demeure "tabou" selon le terme employé par le CER. Cela s'inscrit dans une potentielle perspective d'ouverture, une piste de recherche pour les sciences médicales et les SHS ce dont notre thèse témoigne aujourd'hui.

4-2-3 Un déni racial à l'échelle de la société

Le débat public s'organise autour des discriminations liées au sexe, à l'appartenance ethnique ou religieuse même si la loi tend à protéger les individus de celles-ci. « *Être blanc ne signifie pas simplement avoir la peau claire, mais plutôt : ne pas être identifié*

comme un Noir, un Arabe, un Asiatique, un Turc ou un musulman, ne pas porter certains stigmates » (Tevanian, 2013, p.25)⁸¹⁷.

Pour autant, certaines personnes ont des difficultés à s'inscrire dans des établissements, à trouver un emploi, un logement... Sous des formes cachées, détournées, les discriminations perdurent. « *On rencontre des gens du Maghreb qui ont leur culture propre, des gens du voyage, quelques roumains, mais majoritairement la population qui pose souci entre guillemets [...]* » (ECS18), ces propos laissent apparaître ce que Fassin (2009) appelle « *le spectre du communautarisme* », la résurgence de « *questions minoritaires impensables dans le cadre national* » et que les débats publics ont négligé en France dans les années 1990⁸¹⁸ alors qu'aux Etats-Unis ces questions ont été mises dans l'espace public. Les politiques concernant l'immigration et les mesures prises ou à prendre en faveur des immigrés apparaissent à certaines autochtones comme une menace, « *une rupture d'égalité, une dépossession* » (Ndobu, *Op.cit*)⁸¹⁹ à l'origine de certains comportements racistes sur fond de rejet voire de violence.

La communication contribue à diffuser des représentations qui se répandent dans la société, favorisent le racisme ordinaire au quotidien plus ou moins bien toléré, notamment "par et dans" les médias (publicité, films, presse écrite...). Ces idées reçues appartiennent au sens commun, nécessitant d'être réinterrogées dans la mouvance sociétale. Ainsi l'imaginaire est entretenu « *reflétant les sentiments collectifs* » et construit sur « *l'omniprésence de l'image et du discours savant* » (Blanchard, 2001, p.154)⁸²⁰. L'image de l'autre est figurative, verbale et écrite. Notre propre vision et appréciation nous permet de reconsidérer les *apriori*, les évidences et de les faire évoluer dans les interactions, les partages de savoirs, l'échange des pensées au travers du discours, dans l'ajustement des comportements : « *Ce qui importe dans les organisations n'est pas seulement de filtrer et traiter l'information pour décider, c'est*

⁸¹⁷ Tevanian, P., Réflexion sur le privilège blanc, dans Laurent, S et Leclère, T. (Dir.). *De quelle couleur sont les blancs ? Des "petits blancs" des colonies au " racisme anti-blancs"*, (pp.25-33), Paris, La découverte, 2013

⁸¹⁸ Fassin, E., Questions sexuelles, questions raciales. Parallèles, tensions et articulations, dans Fassin, D, Fassin, E. (Dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Numéro 308, (pp.238-256), Paris, La découverte, 2009

⁸¹⁹ Ndobu, A., 2010, *Op.cit*.

⁸²⁰ Blanchard, p., La représentation de l'indigène dans les affiches de propagande coloniale : Entre discours républicain, fiction phobique et discours racialisant, dans Wolton, D (Dir.). *Stéréotypes dans les relations Nord-Sud*, Hermès Numéro 30, (pp.149-168), Paris, Cnrs éditions, 2001, p.154

aussi et surtout de comprendre ce que font les uns et les autres pour donner du sens à l'action collective » (Grosjean, 2008, p.32)⁸²¹. Il est des questions sociales refoulées qui en font un impensé, notamment celles qui ont trait à l'esclavage et la colonisation. Les questions raciales concernent des rapports sociaux et l'impensé a contenu ces questions jusqu'à ces dernières années, dans un déni de leur réalité ce qui partage aujourd'hui les opinions nationales. « *Le présent résonne avec le passé* » et « *la racialisation de la question sociale* » témoigne de la prise de conscience nationale d'une histoire maintenue sciemment dans l'inconscient collectif. (Fassin, *Op.cit*)⁸²². Être différent implique de fait un questionnement et un doute sur la possibilité de construire quelque chose ensemble et de communiquer.

L'hôpital nous apparaît à l'image de la société française, un univers contraint et métissé, où les questions raciales semblent faire l'objet d'un déni de la part des professionnels. Sous le discours "enchanté" des soignantes dans les équipes métissées, quelle que soit la fonction qu'elles occupent, sous les propos positifs, nous admettons l'existence d'un impensé racial, enfoui dans la mémoire collective et réactivé dans les situations. Le racisme existe à l'hôpital comme dans la société, qu'il soit caractérisé ou invisible, qu'il soit affiché ou impensé, qu'il soit reconnu ou dénié ce que nos observations mettent au jour. Nous référant dans notre thèse aux travaux de Grosjean et Lacoste (1999), il convient à l'issue de notre travail de considérer les analogies et la contribution de celui-ci à la discipline.

4-3 Quels apports depuis Grosjean et Lacoste (1999) ?

Notre contribution scientifique aux SIC se mesure au regard de l'ouvrage de référence qui a guidé notre recherche. L'étude sur le travail collectif à l'hôpital mené par Grosjean et Lacoste en 1999 nous donne aujourd'hui un recul de quinze années sur l'approche communicationnelle des soignantes et l'émergence de l'intelligence collective dans ces équipes.

4-3-1 Des résultats comparables

Dans leur étude, Grosjean et Lacoste s'intéressent particulièrement à la communication langagière. Elles caractérisent la dimension collective du travail : coopération,

⁸²¹ Grosjean, S., *Repenser la communication dans les organisations*, Paris, L'Harmattan, 2008

⁸²² Fassin, E., 2009, *Op.cit*.

fonctionnement collectif, régulation conjointe et articulation, médiation... posant l'intelligence collective comme une énigme. Elles utilisent l'observation participante pour comprendre l'activité communicationnelle des soignantes et notamment la situation collective de la relève. Elles interprètent les situations de travail dans un couplage communication-action, communication-collectif et elles mettent en évidence l'enchaînement des interactions. Elles se centrent sur la relève, qui apparaît comme un moment clé dans le travail collectif et qu'elles appréhendent comme « *l'ethnographie d'une pratique de parole* » (p.77)⁸²³. Leurs conclusions mettent en évidence le caractère dynamique et temporel du travail, la plurifonctionnalité de l'action, le caractère distribué de la connaissance et de l'information, l'existence d'interdépendances entre les individus, de coordinations, la mobilisation de compétences collectives... Selon ces auteures, le langage est un outil organisationnel puissant, il organise l'expérience et l'action, permet la réflexion, l'expression et la critique.

Nous faisons le choix d'utiliser également l'observation participante complétée d'autres techniques de recueil de données qui nous amènent à révéler et formuler des conclusions identiques à celles de ces auteures. Les soignantes élaborent un travail collectif "dans et par" la communication, le langage y occupant une place et un rôle fondamental qu'il soit oral ou écrit. Nous référant à ces travaux, nous avons centré nos observations sur le moment auquel elles se sont-elles mêmes intéressées : la relève. En près de quinze années, celle-ci ne semble pas avoir connu d'évolution particulière, elle répond au même rituel, dans des conditions similaires décrites par ces auteures. Elle fait émerger les mêmes difficultés aujourd'hui qu'en 1999. Notamment dans la prise de parole des aide-soignantes pendant la relève, dans le rapport de subordination avec l'infirmière, dans son positionnement dans l'espace dans ce moment de communication.

Nos observations sont identiques aux leurs et corroborent leurs conclusions. Toutefois, l'intelligence collective des équipes soignantes est questionnée dans le contexte de notre recherche : le métissage, qui constitue un des éléments faisant de notre thèse une contribution originale pour la discipline, donnant un éclairage supplémentaire à leurs travaux.

⁸²³ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*, p.77

4-3-2 Une contribution originale

Le travail collectif à l'hôpital dans le groupe restreint constitué par les soignantes, confronte diverses représentations et interprétations qui permettent au collectif d'évoluer et de construire ensemble un plan d'action pour atteindre le résultat escompté. L'équipe s'anime des interdépendances entre les membres qui la composent et qui produisent des interactions directes. Elles sont déterminées par les normes et les valeurs du groupe, dans des rapports intégrant les dimensions de pouvoir, d'autorité et d'autonomie. En outre, le travail intègre une part de chaque individu, de son identité, chacun percevant les éléments de la situation selon ce qu'il est.

4-3-2-1 Le métissage des soignantes

Cette dimension individuelle et culturelle se traduit dans un métissage des individus et est un des apports de notre recherche. Intégrer la dimension interculturelle dans la dynamique de l'équipe, dans les pratiques de cette communauté, dans les interactions, suppose en outre un partage des présupposés portés par chaque individu dans sa singularité. Le langage, les comportements prennent alors appui sur des références qui ne sont parfois plus identiques. Le langage est appréhendé par Grosjean et Lacoste comme un « outil organisationnel », intégrant la réflexion, la distribution de la connaissance et de l'expérience pour construire et orienter l'action. Nous faisons les mêmes observations durant l'enquête. Toutefois, le métissage des équipes soignantes influence les interactions dans leur élaboration, dans leurs interprétations ainsi que dans la prise de parole elle-même (notamment des aide-soignantes non autochtones). L'alliance du métissage avec le langage engendre les « *intelligences de travail* » à l'œuvre dans le travail collectif. En revanche, les constatations font apparaître l'impensé racial et le racisme dans les actes communicationnels à l'œuvre dans le travail collectif de ces équipes soignantes métissées, dans les interactions et les relations interpersonnelles. Ils amènent à questionner *in fine*, l'émergence et la co-construction d'une intelligence collective dans l'équipe soignante métissée à l'hôpital, dans la négation de l'autre et les expressions multiples de celle-ci.

4-3-2-2 La standardisation des pratiques

Si la dimension culturelle n'a pas été traitée dans les travaux de Grosjean et Lacoste en 1999, il en est de même pour la normalisation et la standardisation. Renforcées par la

démarche d'accréditation (2004 pour l'hôpital étudié) puis de certification imposée aux établissements de santé tous les quatre ans, celles-ci semblent influencer les actes communicationnels à l'œuvre dans le travail collectif.

Dans l'approche communicationnelle et interactionniste, la confrontation de la dimension interculturelle et de la standardisation apparaît peu positive du point de vue de certaines soignantes, pour qui les normes sont vécues comme contraignantes. La norme vise la conformité, « *l'enfreindre représente une transgression sur le plan individuel* » (Huët, Loneux, *Op.cit.*, p.307)⁸²⁴. Or nos observations révèlent une déviance de la part de certaines soignantes dont elles ont conscience mais qui s'impose à elles. La différence culturelle semble alors difficile à associer à des standards. Qu'il s'agisse des normes langagières, des standards de pratiques, la règle et la norme contribuent au cadrage des interactions sans prendre en compte la singularité de l'individu et de sa culture. Les normes sont faites « *d'attentes partagées par les membres à l'égard de ce qui est convenable ou non* » (Mongeau, Saint-charles, 2011, *Op.cit.*, p.272)⁸²⁵ ce qui se confronte au métissage qui induit de fait la diversité des attentes, des points de vue. En revanche, il exige d'être traité *a fortiori* lorsqu'il fait émerger un impensé racial dont nous pouvons questionner son rapport à l'intelligence collective considérée par Grosjean et Lacoste dans leurs travaux.

4-3-2-3 Vers une intelligence collective

Nos observations nous ont amenées à appréhender la communication des soignantes selon l'approche systémique et interactionniste. Le modèle de l'orchestre que nous retenons s'apparente à l'équipe soignante que ce soit dans le positionnement des professionnelles (place et rôle), leur prestation, le rituel (notamment de la relève), les enjeux des unes et des autres, les éléments de régulation des interactions. Pour Winkin (2000) la communication issue de ce modèle orchestral est une production collective : les individus sont tous des hommes orchestres jouant plusieurs instruments en même temps, ils prennent part à la communication existante, ils participent et s'accordent aux autres ans un ajustement mutuel et permanent pour maintenir l'harmonie : « *Dans ce*

⁸²⁴ Huët, R, Loneux, C., 2011, *Op.cit.*, p.307

⁸²⁵ Mongeau, P, Saint-Charles, J., 2011, *Op.cit.*, p.272

vaste orchestre culturel, il n'y a ni chef ni partition. Chacun joue en s'accordant sur l'autre » (p.8)⁸²⁶.

Introduisant la dimension interculturelle dans les interactions, nous faisons de l'espace de communication un espace interculturel vecteur d'apprentissage (Anaflous, 2013)⁸²⁷ mais également d'intelligence pratique des individus en situation de travail qui nous l'avons vu précédemment, transgresse la standardisation quand celle-ci est « *inapplicable en l'état* » (Chanlat, 2013)⁸²⁸. Cette intelligence pratique se fonde sur la compréhension, la découverte de l'autre dans sa propre réalité qui se présente comme différente de la nôtre, l'acquisition de connaissances dans un esprit volontaire de curiosité et de partage. Elle permet à cet espace communicationnel de devenir le lieu d'émergence d'une intelligence collective. La communication se construit dans la production du groupe développant un sentiment d'appartenance, l'inter influence entre les membres, le traitement de l'information en groupe et l'organisation dont « *la communication est indissociable* » (Giroux, 1993)⁸²⁹.

Nous n'avons pas la prétention de circonscrire la définition voire le concept d'intelligence collective, qui à l'aune des travaux interdisciplinaires ne sont pas stabilisés à ce jour. En revanche, introduire l'impensé racial et/ou le racisme dans la communication des soignantes en contexte de métissage, nous invite à les appréhender dans la lignée des travaux de Grosjean et Lacoste (1999). Pour ces auteures, l'intelligence collective se conçoit dans une mise en relation du sens que chacun donne aux situations, aux objets, aux pratiques et aux normes... pour *in fine* élaborer un sens partagé, favoriser l'apprentissage et le développement des connaissances. Selon les auteurs, les champs de recherche et les disciplines, l'intelligence collective dépasse le travail collectif par les relations entre les membres (Zaïbet-Greselle, 2007) reposant parfois sur l'interdit « *La proscription apparaît plus intéressante que la prescription* » (Vacher, 2010)⁸³⁰. Elle est en soi le dépassement des individus ce qui suppose une

⁸²⁶Winkin, Y., 2000, *Op.cit.*, p.8

⁸²⁷ Anaflous, M., Peut-on gérer l'interculturel ? *Revue Communication, Volume 31/1*, (2013), <http://communication.revues.org/3763>, (consulté en ligne le 14/10/2013)

⁸²⁸ Chanlat, J-F., Les études critiques en management, un rappel historique, *Revue Communication, volume 31/1*, (2013), <http://communication.revues.org/3840>, (consulté en ligne le 14/10/2013)

⁸²⁹ Giroux, N., Communication et changement dans les organisations, *Revue Communication et Organisation Numéro 3*, 1993, <http://communicationorganisation.revues.org/1615?lang=en>, (consulté en ligne le 29/12/2013)

⁸³⁰ Vacher, B., Sens et normes font-ils bon ménage dans les organisations ? *Etudes de communication 1/2010, numéro 34*, (127-142)

capacité d'expression de ces derniers, une possibilité de se consulter, de réfléchir ensemble, de discuter des décisions prises ou à prendre selon des représentations qui leurs sont communes : « *Quand un groupe d'individus collabore ou rivalise avec l'un l'autre, intelligence et comportement qui autrement n'existeraient pas soudain émergent ; ce qui est communément connu comme intelligence collective* » (Satnam Alag, 2009, p.4)⁸³¹. Or nous avons pu constater durant l'enquête une expression limitée des aide-soignantes, une hiérarchisation des membres et du discours et *in fine* des décisions, ce qui questionne l'intelligence collective du groupe soignant métissé.

La révélation de l'impensé et/ou du déni racial dans la communication de ces équipes soignantes métissées interroge cette possible intelligence collective qui semble en émaner. Toutefois, dans le milieu contraint de l'hôpital, en contexte interculturel et normé, deux niveaux de communication sont nécessairement considérés : celui des dirigeants (le discours officiel de l'organisation), celui des individus (dans les interactions). L'intelligence collective s'élabore nécessairement sur le décalage qui existe entre le discours officiel (enchanté), le discours convenu (acquis de formation) et la réalité du terrain d'où émerge cet impensé racial voire un racisme. Elle est le produit des relations interpersonnelles et des interactions construites par les soignantes en contexte de métissage lesquelles façonnent l'organisation et le travail collectif de ces professionnelles.

A l'issue de ce travail et du cheminement de notre pensée, au regard des interactions à l'œuvre dans le travail collectif des soignantes en contexte de métissage et de normalisation à l'hôpital et de la communication identifiée comme systémique et interactionniste, nous proposons notre propre définition de l'intelligence collective. Selon nous elle existe quel que soit le groupe humain et la communication en détermine sa puissance dans les interactions qui s'élaborent :

L'intelligence collective est la réunion des capacités d'échange, de compréhension, de raisonnement, de choix, de jugement qui selon les situations de travail permet à un ensemble d'acteurs (les soignantes) de penser en équipe, d'organiser collectivement et de construire ensemble le sens de leurs actions qui d'individuelles deviennent alors collectives. (Laurens, 2014)

⁸³¹ Alag, S., *Collective intelligence in action*, United States, Greenwich, Manning, 2009, p.4

“ *when a group of individuals collaborate or compete with each other, intelligence or behavior that otherwise didn't exist suddenly emerges; this is commonly known as collective intelligence*”

Conclusion,

Les contraintes économiques, la standardisation imposée par la démarche de certification, le discours officiel et convenu des dirigeants ne semblent pas prendre en compte la dimension culturelle. Elle se trouve exclue de la communication interne et managériale. Pourtant les données de l'enquête ont mis en évidence un métissage des équipes soignantes à l'hôpital qui modifie les relations interpersonnelles, l'approche des soins et des pratiques et qui influence fortement la communication. Elles font apparaître un racisme caractérisé et prégnant. Les soignantes non autochtones se placent dans une relation triangulaire discriminante, notamment les aide-soignantes composée du genre (femme, féminisation des professions du "care"), du métier (aide-soignant, métier peu valorisé) et de l'origine ethno-raciale (empreinte du passé colonial dans ce métier).

La communication interculturelle est apparue négligée à l'hôpital et le métissage non traité (constat sans recensement), alors que nous avons pu observer son influence dans les interactions et dans la communication organisationnelle au travers des processus d'apprentissage. Nous avons pu constater que le métissage est un des éléments contributifs de l'action située et organisée dans l'équipe soignante et au sein d'un cadrage assuré par les cadres de santé. Il est une variable de l'organisation et de la communication, influencée par l'idéologie des individus présents dans leur manière de penser, d'agir et d'approcher la différence culturelle. Ce qui donne lieu à un clivage que nous avons pu observer pendant le moment clé de la relève, un regroupement de certaines soignantes dans l'espace de travail et lors des pauses.

Interrogeant le cœur de métier des soignantes, les données de l'observation nous ont amenée à appréhender le soin comme un espace d'interaction, dans une dimension communicationnelle et organisante. Nous avons pu mettre en évidence un racisme caractérisé dans la relation de soin et d'équipe (doute, intolérance, rejet). Le métissage est accepté s'il ne présente pas de difficulté à le vivre. Or le discours des soignantes fait apparaître une "dys-communication" liée à la langue, à la compréhension, à l'intégration complexifiée par la standardisation et la normalisation. Ce racisme se manifeste dans les propos, les comportements et la dévalorisation entre pairs. Il se manifeste également sous sa forme insidieuse, invisible, dans le ton, l'expression, dans ce qu'il traduit face aux croyances. La communication métissée fait émerger les stéréotypes et les préjugés

attribués aux individus mais également des éléments laissant entrevoir de possibles prophéties auto-réalisatrices comme par exemple le rythme de certaines soignantes en lien avec leur couleur de peau.

Si le métissage induit un ajustement de la communication managériale et organisationnelle, la couleur noire y occupe une place importante du fait de sa symbolique, des représentations que transmet la société à son encontre et des manifestations que nous avons pu observer à l'hôpital dans les différentes interactions. Les interactions sont influencées dans leur construction, les relations peuvent être faussées et les comportements perdre en authenticité ce qui modifie la communication interculturelle. L'équipe de soin nous est apparue comme un espace communicationnel et interactionnel, lieu d'émergence d'une intelligence collective ouvrant le champ des possibles et par là même transcendant un racisme antinomique du "vivre ensemble" au-delà du "travailler ensemble". Le développement de la compétence interculturelle s'impose aux soignantes comme un élément déterminant dans la construction par le cadre de santé d'un "agir ensemble" dans un contexte fait d'incertitudes ce qui n'est pas sans rappeler la métaphore de l'orchestre. L'important en contexte interculturel et métissé est apparu comme la capacité des individus à s'écouter et à s'accorder.

La communication interculturelle s'accommode difficilement du discours officiel et enchanté dans les interactions à l'œuvre, dans un contexte hospitalier à l'image de la société. La pensée raciale nous s'est révélée ancrée sur le terrain de l'hôpital, dans la présence de "clichés" transmis et perpétués socialement par les médias (information, publicité...). Les politiques nationales affichent une lutte contre la discrimination (emploi, sexe...), cependant l'impensé racial est présent dans les mémoires collectives et les représentations dans la société. Les données de l'observation que nous avons pu recueillir mettent en exergue des éléments nous autorisant à évoquer un impensé racial au sein des équipes soignantes métissées à l'hôpital. En revanche, il reste complexe à démasquer car il est inconscient, produit "par et dans" la société. Il est l'empreinte d'une histoire encore très présente et active dans les mémoires même si elle a été longtemps refoulée et exclue de l'espace public.

Conclusion

« *Lorsque tu ne sais pas où tu vas, regardes d'où tu viens* »
Proverbe Africain

Lorsque nous nous engageons sur le chemin de cette thèse, désireuse d'éclairer un constat et un questionnement professionnel par notre recherche, nous sommes loin d'imaginer où nous emmène ce chemin et ce que nous allons découvrir : l'existence d'un impensé racial dans les équipes soignantes hospitalières. Cette révélation issue de la sérendipité dans le cadre d'une démarche empirique et inductive, bouleverse aussitôt notre éthique professionnelle et nos valeurs personnelles. Dévoiler un impensé racial voire un déni parmi les soignantes ajoute à notre "schizophrénie" dans ce dédoublement opéré entre la posture du chercheur et celle de la professionnelle. Par cette découverte, cette dernière nous apparaît de fait en dehors de la réalité des équipes de soins, cet impensé racial étant souterrain, clandestin, voire caché ou mis au secret que ce soit consciemment ou non ce que nous essayons *in fine* de comprendre.

Lorsque nous choisissons de convoquer la "théorie fondée" développée par Glaser et Strauss dans les années 1970, les données émergentes se confrontant à la théorie dans un "va et vient", à aucun moment nous n'aurions pu imaginer pareille trouvaille. En tant que professionnelle de santé, nous aimons à nous référer à cette phrase de Louis Pasteur (gravée dans un marbre à l'entrée de l'hôpital de Reims) : « *Je ne te demande pas ton pays, ta religion. Tu souffres, cela suffit. Tu m'appartiens, je te soulagerai* ». Pasteur y exclut toute forme de discrimination que ce soit dans la relation thérapeutique et/ou de soin. Il nous paraît donc improbable de démasquer un tel fait dans nos observations *in situ*, sur notre terrain professionnel. Pour autant, ce n'est pas le point de vue de la soignante troublée par cette vision de la réalité qui importe dans ce travail. C'est pour cette raison que celle-ci laisse place au chercheur que nous sommes devenue et qui se trouve questionné par les observations qu'il mène et la découverte qu'il met au jour. Notre posture de chercheur en SIC nous permet de dépasser cette révélation et d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche pour traiter de cet objet dans notre discipline. Telles les ramifications d'un arbre, la thèse ouvre des pistes de recherche permettant au chercheur d'aller encore plus loin dans sa réflexion et sa compréhension des résultats ce que nous tentons de réaliser. Le trouble de la découverte dépassé, nous faisons un retour sur cinq

années, du début de notre parcours de doctorante à ce jour. Nous sommes partie d'un questionnement professionnel s'inscrivant dans la lignée des travaux que nous avons menés dans notre cursus de formation initiale (infirmière et cadre de santé) et universitaire, selon une approche gestionnaire et managériale. Néanmoins, les objets d'étude ont un point en commun : le travail collectif, la communication et la diversité culturelle. Notre parcours professionnel de trente-cinq années dont dix-sept en tant que cadre de santé associé à ce cursus universitaire nous donne une expertise. Toutefois notre immersion dans l'équipe de chercheurs Organicom du laboratoire du LERASS, nous permet aujourd'hui de transcender notre expérience et nos connaissances, de passer d'un regard intuitif à scientifique afin de dépasser le simple constat de départ qui a guidé notre recherche.

- *Un hôpital, une normalisation, des équipes soignantes, un métissage ...*

Notre travail de thèse repose sur quatre piliers qui en constituent l'assise et que nous présentons dans la première partie. Ils nous permettent de connaître et comprendre le contexte hospitalier ainsi que les professionnels de santé qui y exercent, l'hôpital étant le terrain de l'enquête. Les quatre colonnes sur lesquelles nous édifions notre travail et que nous introduisons sont :

- L'hôpital et sa transformation
- La normalisation et la standardisation
- La professionnalisation des métiers du soin
- Le métissage des usagers et des équipes soignantes

Appréhendé comme une structure organisationnelle devenue mouvante au gré des siècles, des politiques nationales de santé, des réformes, des mesures économiques, l'hôpital apparaît aujourd'hui tel un univers contraint. La mise en œuvre de la Tarification à l'Activité (T2A) instaurant une certaine compétitivité entre les secteurs sanitaires a donné aux dirigeants de l'hôpital une vision entrepreneuriale de cet établissement aux missions de service public. Néanmoins celui-ci assure seul ces dernières, elles sont peu valorisées financièrement et l'hôpital ne procède à aucun bénéfice contrairement au secteur privé. La normalisation et la standardisation imposées par la Haute Autorité de Santé (HAS), renforcées par les démarches qualité et la démarche d'évaluation externe (certification) ont modifié les pratiques et les perceptions des professionnels de santé. La culture du risque s'est alors développée dans la mise en

place et le suivi des indicateurs, dans la mise en oeuvre des protocoles, des procédures ainsi que de l'utilisation des référentiels et guides de "bonnes pratiques". Ce suivi exige des professionnels de santé (dont ceux qui constituent notre population d'étude, cadres de santé, infirmières et aide-soignantes) une traçabilité précise des actions entreprises et des vigilances imposées par le cadre réglementaire. Toutefois les soignantes les vivent comme une contrainte supplémentaire plutôt qu'une sécurisation de leurs pratiques. La rationalité en finalité (objectifs, moyens, résultats dans une économie contrainte) a cependant des difficultés à cohabiter avec la logique humaniste présidant à une rationalité en valeur où la singularité humaine demeure prise en compte. Parallèlement aux transformations de l'hôpital depuis le moyen âge à nos jours ainsi que des modes de prise en charge des patients et de la gestion hospitalière, les métiers du soin ont également évolués. Une professionnalisation s'est opérée et à ce jour chaque formation fait l'objet d'une refonte des enseignements. Ces dernières années celle-ci se réalise sur le modèle Licence-Master-Doctorat ce qui a été le cas entre autres pour les études d'infirmière, le nouveau programme ayant été mis en place en 2009. Cette évolution s'accompagne de celle de la société en terme de métissage. Les usagers fréquentant l'hôpital et notamment accédant par la porte d'entrée des urgences font l'objet d'un brassage de populations où se mélangent différentes origines, langues, conditions sociales, ethnies... Ce métissage se transmet aux équipes soignantes. Nous avons nommées ces professionnelles autochtones et non autochtones dans notre travail, un choix complexe dans le processus de décision ce que nous argumentons. Un constat a cependant orienté notre réflexion et notre recherche : la prédominance chez les aide-soignantes de non autochtones, particulièrement des femmes originaires d'Afrique subsaharienne, du Maghreb et/ou des départements et territoires d'Outre-Mer ce que nous avons interrogé dans la seconde partie de la thèse.

- *De l'intuition aux résultats... un chemin de recherche...*

Nous saisissons l'opportunité de cette thèse pour dépasser notre intuition de professionnelle et oser traiter d'un objet de recherche qui l'est peu dans l'espace public. Nous avons pris conscience de ce pari audacieux dès notre présentation du synopsis de la recherche devant les membres du Comité d'Ethique et de Recherche (CER) de l'hôpital considéré. Notre exposé a suscité un débat fourni entre les médecins présents qui ont clairement exprimé le tabou que représente l'origine ethnique, y compris pour

eux-mêmes. Ils n'osent pas le traiter dans les anamnèses alors qu'il revêt de l'importance pour certaines pathologies (par exemple génétiques). Evoquer le métissage et l'interculturel traiter de la race, de l'ethnie, de l'origine quelle que soit l'appellation qui lui est donnée, renvoie à la discrimination ce que les théories du genre étudient notamment dans des approches sociologique, anthropologique.

Traiter de la diversité culturelle des soignés et des soignantes inscrit notre thèse dans un champ interdisciplinaire, croisant la santé publique et l'épidémiologie (sciences dites dures, issues de la médecine constituant notre parcours jusqu'alors) avec les SIC (sciences dites molles) jeune discipline appartenant aux SHS. Nous aurions pu mener notre recherche selon une approche managériale des sciences de gestion de par notre position de cadre de santé dans l'institution. Nous avons fait un autre choix, celui d'une approche communicationnelle ancrée dans les SIC et la spécialité de la communication des organisations « *qui s'intéresse au contenu et aux modalités des actes de communication dans les organisations et cherche à comprendre le rôle de ces dernières dans les situations de travail et de coopération* » (Bouzon, 2006, p.12)⁸³². Car il s'agit bien pour nous d'étudier la communication des soignantes selon une approche phénoménologique dans l'élaboration et la réalisation de leur travail collectif, à laquelle nous ajoutons cependant une dimension culturelle et de normalisation au contexte de l'étude.

De ce constat mettant en exergue et confrontant les contraintes économiques, les exigences de la démarche qualité et de la certification, une structure organisationnelle contraignante, des logiques différentes et un métissage des individus, jaillit un questionnement que nous formalisons ainsi :

En contexte interculturel et de normalisation, quels sont les phénomènes communicationnels dans une équipe soignante à l'hôpital permettant la réalisation du travail collectif ?

Le métissage des équipes soignantes nous apparaissait comme pouvant être à l'origine d'une pluralité de représentations et d'interprétations ayant des influences sur la communication, les interactions et les pratiques de soins. Dans une démarche scientifique, méthodique et rigoureuse, nous nous sommes alors intéressée aux

⁸³² Bouzon, A., 2006, *Op.Cit.*

interactions « *en train de se faire* » dans cette équipe soignante que nous avons plutôt identifiée comme un groupe restreint. Le cœur de métier et le discours des professionnelles nous amène à évoquer la relation de soin, toutefois nous avons fait le choix de ne pas traiter les interactions élaborées dans le cadre de celle-ci ; elle met en jeu des éléments subjectifs liés à l'individu lui-même (seuil de douleur, représentation de la maladie...) ne permettant pas de comparaison, toute chose égale par ailleurs.

Afin d'apporter des éléments de réponses à notre questionnement et à l'instar de Grosjean et Lacoste (1999)⁸³³, nous avons mené une observation participante où immergée à l'hôpital dans des équipes de soin au sein de services d'hospitalisations, nous nous sommes située au cœur des interactions soignantes. Sur une période de trente mois nous observons de l'intérieur, ce qui fut complexe mais a constitué pour nous une réelle chance. Faire abstraction de nos propres représentations et interprétations (nous sommes cadre de santé sur notre terrain professionnel) fut cependant difficile. Une confusion des rôles a pu s'opérer à certains moments, le cadre de santé prenant parfois le pas sur l'apprenti-chercheur dans certaines situations de travail, dans leur gestion et leur interprétation ce qui a constitué en soi une limite à ce travail. En revanche, grâce au recul que nous pu prendre depuis la réalisation de l'enquête et dans ce difficile exercice de passage à l'écrit, nous avons pu mesurer le chemin parcouru prenant conscience de notre évolution, adoptant un positionnement interprétativiste alors que d'emblée nous étions dans un positionnement naturellement positiviste par notre vision managériale. À l'aune de l'empirie la démarche inductive et exploratoire nous est apparue comme une démarche de choix, nous ayant permis d'apprécier et de comprendre la communication dans une approche qualitative.

Nous avons donc participé aux moments de communication formels et/ou informels, mettant en présence les cadres de santé, les infirmières, les aide-soignantes, les étudiants et/ou élèves et les médecins. Nous avons couplé l'observation directe à trois autres techniques de recueil : l'entretien semi-directif, le questionnaire autoadministré et le journal de bord. Nous avons dû faire preuve d'entregent lorsqu'il a fallu mettre fin aux entretiens respectant le principe de saturation, les volontaires aides-soignants étant nombreux et notamment les non autochtones. En outre, nous avons réalisé cinquante-

⁸³³ Grosjean, M, Lacoste, M., 1999, *Op.cit.*

cinq entretiens auprès des trois métiers étudiés (cadres de santé, infirmières et aide-soignantes), couplés avec le questionnaire qui nous a permis de déterminer les caractéristiques de la population interviewée. Nous avons pu confronter le discours des soignantes (oral et écrit) notamment sur le thème de la différence culturelle dans la relation d'équipe et de soins. Le journal de bord nous a montré toutefois ses limites dans l'exhaustivité de recueil, la temporalité de saisie de l'information et d'interprétation qu'il peut avoir, du fait de la confusion des positions entre cadre de santé et chercheur que nous avons évoquée. Favret-Saada questionne d'ailleurs cette neutralité de l'écriture des éléments qui y sont consignés lors de son étude des phénomènes de sortilèges en Mayenne, les sorciers, les sorts jetés et l'emprise des mots dans les manifestations. (Favret-Saada, 1985)⁸³⁴ dans la perte de distance émotionnelle entre le chercheur et le groupe. Ce qui apparaît transposable à notre recherche. L'association des techniques nous a permis de confronter les discours des soignantes et les propos. Nous avons pu ainsi identifier les phénomènes communicationnels à l'œuvre et comprendre ce qui s'y jouait en terme de relations interpersonnelles.

- *Emergence des paradoxes communicationnels...*

Notre quotidien professionnel dans l'organisation hospitalière en tant que cadre supérieur de santé appartenant à l'équipe de direction, repose sur cette mouvance institutionnelle que nous avons évoquée. Notre position et nos missions dans l'institution nous amènent à avoir une attention particulière sur la manière dont les organisations s'élaborent, dans les interactions des différents acteurs institutionnels. En revanche, nous avons tenté d'ignorer ce quotidien et notre propre vécu afin de "biaiser" le moins possible nos observations.

Mener ce travail de recherche dans le cadre de cette thèse nous a permis de mieux comprendre le rapport communication et organisation qui sont indissociables, l'une produisant et s'élaborant dans l'autre et réciproquement. Le discours managérial et officiel participe des enjeux des projets à l'œuvre dans l'hôpital mais également de la qualité de vie au travail pour les différents professionnels. En outre, ce discours managérial qui semble "enchanté" dépasse le discours subjectif du cadre de santé et se substitue à celui que certains cadres de santé souhaiteraient partager avec les équipes

⁸³⁴ Favret-Saada, J., 1985, *Op.cit.*

soignantes dans une communication plus authentique. La communication nous apparaît dès lors comme participant de l'élaboration de l'organisation tout en étant issue de celle-ci, le sens du travail collectif étant co-construit dans les interactions. Être ce chercheur "visible et *de l'intérieur*" (De Lavergne, 2007)⁸³⁵ nous a permis d'observer le travail "*en train de se faire*", d'être au cœur des interactions soignantes pour comprendre comment s'élabore la communication, notamment au moment de la relève interéquipe étudié antérieurement par Grosjean et Lacoste. Nos résultats sont semblables à ceux de ces auteures avec quinze années de recul. La relève fait apparaître le langage comme organisant, dans un moment de communication hiérarchisé, ritualisé, véritable espace d'interactions. Certaines soignantes expriment le caractère incontournable de la relève dans l'organisation des actions (situées) et des connaissances (distribuées).

Nos résultats font néanmoins émerger des paradoxes communicationnels dans le travail collectif et les interactions des soignantes. Selon l'École de Palo Alto dont le modèle communicationnel systémique et interprétativiste constitue notre cadre théorique, elles sont soumises (dans un environnement spécifique) aux influences mutuelles dans les échanges verbaux et non verbaux qui en modifient le cours, le sens et la situation elle-même. La relève affiche un positionnement des soignantes conforme au modèle orchestral décrit par Winkin (1981)⁸³⁶. Le positionnement des soignantes dans l'espace révèle une disposition en deux cercles concentriques où la parole circule différemment, le noyau d'émergence du discours se situant dans le rond central qui est le premier cercle où se placent les infirmières. Celles-ci possèdent le savoir dominant, lié aux manières « *de penser et d'agir* », apprises et partagées par le groupe et « *qui touchent aux comportements et pratiques sociales* » (Landry, 2007)⁸³⁷, dont les aide-soignantes paraissent exclues. Il existe un lien de subordination entre ces deux professionnelles. Toutefois, la dimension interculturelle induit un rapprochement culturel des soignantes non autochtones dans l'espace communicationnel que constitue la relève. La communication s'élabore dans cet espace selon le mode verbal et non verbal décrit par

⁸³⁵ De Lavergne, C., 2007, *Op.cit.*

⁸³⁶ Winkin, Y., 1981, *Op.cit.*

⁸³⁷ Landry, S., 2007, *Op.cit.*

les chercheurs du collège invisible de Palo Alto, témoignant d'une non récursivité dans un contexte incertain.

Pour une meilleure compréhension de cette communication, nous avons revisité le travail collectif de ces soignantes qui à l'instar de leur discours prônant la collaboration, se révèle être plus une coopération qu'une réelle collaboration, reposant sur une coordination des activités (Bouzon, 2004)⁸³⁸. Collaborer sous-tend une motivation de travailler ensemble, la volonté de s'impliquer ce que nos observations n'ont pas permis de mettre en évidence au regard de la division du travail et du lien de subordination existant entre l'infirmière et l'aide-soignante. L'équipe est cet espace où elles sont en situation de "faire ensemble" et où la communication fait force. Toutefois, l'individu existe en tant que tel dans l'équipe. De fait l'appartenance au groupe fait émerger des stéréotypes, des standards de conduite qui posent la question de la diversité culturelle dans ce groupe restreint. La question se pose d'autant plus que dans un contexte de normalisation, de certification où les exigences de conformité et de traçabilité s'imposent aux soignantes. Ce sont autant de « *signes traces* » qui majorent l'incertitude dominant les actes professionnels (Galinon - Méléneq, 2011)⁸³⁹. Cette traçabilité est une sécurité pour l'exercice soignant (élément de preuve), participe de l'élaboration du travail collectif, pour autant il est perçu par certaines soignantes comme "un jugement" à leur égard. Ainsi, nous observons une réticence de la part des aide-soignantes à écrire dans le dossier de soins du malade et même, à s'exprimer oralement en groupe lors de la relève. Nous avons corrélé cette perception de jugement à la dimension de « *sale boulot* » et à l'interculturel. Le « *dirty work* » a été théorisé par les sociologues de l'école de Chicago tel qu'Everett Hughes dans les années 1970 et émerge de la fonction aide-soignante, peu valorisée dans ses activités qui semblent invisibles dans le travail collectif (Arborio, 1995)⁸⁴⁰. Nous ajoutons à cela la forte présence de non autochtones dans cette fonction d'aide-soignante et notamment d'Afrique sub saharienne et/ou DOM TOM ce que révèlent nos observations. Elle est à l'origine de comportements discriminatoires qui placent ces soignantes dans un paradoxe, certaines soignantes

⁸³⁸ Bouzon, A., 2004, *Op.cit.*

⁸³⁹ Galinon-Méléneq, B, 2011, *Op.cit.*

⁸⁴⁰ Arborio, A-M, 1995, *Op.cit.*

autochtones prônant la diversité culturelle comme une ressource majeure et simultanément ayant recours à la discrimination.

Si la communication des équipes soignantes métissées à l'hôpital est apparue omniprésente dans le travail collectif, elle se détermine selon la communication systémique ouverte et le modèle orchestral décrit par les chercheurs du collège invisible de l'école de Palo Alto. Les interactions entre les soignantes s'inscrivent dans un contexte qui se veut mouvant, influencé par les acteurs en présence, l'environnement, la temporalité, l'espace, les imprévus... ce qui modifie la zone d'incertitude et de liberté des soignantes et va à l'encontre de la normalisation et de la standardisation qui tendraient à la diminuer. Etant au cœur des interactions, nous avons pu comprendre que le sens se déterminait en contexte et dans les actions « *en train de se faire* ». Dans cette approche communicationnelle interactionniste, les comportements des uns et des autres s'influencent mutuellement tout en respectant des règles communes au groupe d'appartenance. Ils apparaissent déterminants dans les interactions.

Dans la lignée des travaux des chercheurs du collège invisible tels que Watzlawick, Bateson, Goffman... nous nous sommes interrogée sur la structure et le fonctionnement de la communication dans l'organisation. Observer le travail collectif des soignantes métissées en situation et en temps réel nous a permis de mesurer la complémentarité des deux modes de communication : digitale (les mots) et analogique (le non verbal). L'un ou l'autre des modes prévaut selon que la soignante soit autochtone ou non autochtone, cette dernière étant dans un registre plus tactile par exemple. Nous avons pu également observer ce que Watzlawick décrivait en 1979 comme indissociable dans la communication : le contenu et la relation. Cette dernière apparaît alors déterminante dans la construction du sens et notamment celui de l'échange, dévoilant le niveau d'équilibre de la relation qui est alors plus ou moins asymétrique. Cette approche communicationnelle a fait émerger des interactions soignantes les enjeux de pouvoir, le rapport de domination entre les professionnelles (infirmière-aide-soignante ; autochtone-non autochtone), le discours expérientiel et le discours officiel (associant le discours convenu reprenant les acquis de formation et reproductible entre soignantes). Elles placent les professionnelles dans une communication paradoxale faite de contradictions entre l'expression et la réalité perçue au travers des comportements

parfois discriminatoires. Nous assistons à des rapports de tension entre soignantes et soignés du fait de la couleur de peau.

A nouveau nous questionnons notre objet de recherche qui nous a paru de plus en plus hardi, osé et que nous avons traité avec une infinie prudence. Considérer la discrimination mérite une attention particulière alors qu'elle fait débat en société.

Notre étude laisse alors apparaître une discrimination genrée à l'égard des soignantes non autochtones stigmatisées par la couleur de leur peau : noire. Si les soignantes autochtones disent apprécier la différence culturelle, elles manifestent cependant des comportements empreints de discrimination, exprimant leur difficulté en termes de compréhension, de langage, de pratique. D'après les chercheurs étudiant la théorie du genre, certains individus auraient une prédisposition particulière selon le genre pour certaines activités.

Considérer le métissage nous a amené à effectuer un retour sur le passé colonialiste dont l'empreinte est fortement marquée de nos jours et dont les héritiers n'arrivent pas à se défaire si tant est de le vouloir. Ainsi, nos observations nous permettent de déterminer une discrimination genrée triangulaire entre le sexe (femme), le métier (aide-soignante) et l'origine ethnique (non autochtone et notamment Afrique sub saharienne). Les soignantes d'Afrique sub-saharienne " à la peau noire" auraient une disposition particulière vis-à-vis des soins du "Care", ce qui pourrait expliquer la présence de ces soignantes plutôt dans le métier d'aide-soignant et auprès des personnes âgées (trait culturel) ce dont témoignent notre enquête. En revanche, traiter du genre et de la discrimination mobilise les stéréotypes et les préjugés qui influencent les interactions. Nous avons pu les observer dans les actes communicationnels, certains malades et soignantes affichant un racisme caractérisé à l'égard des non autochtones, parfois invisible et/ou masqué par l'humour. Le discours des soignantes relève plus d'un discours convenu résultant des acquis de formation initiale qu'elles partagent (ayant toutes suivi la formation en France). Cependant, derrière ce discours se cachent des non-dits qui dévoilent leur difficulté à travailler ensemble.

Parallèlement au discours convenu est diffusé un discours officiel voire "enchanté". Celui-ci s'élabore dans une communication managériale et interne qui apparaît dichotomique et paradoxale. Ce discours des dirigeants relayé auprès des équipes par l'encadrement comporte des influences, une manipulation et des comportements

porteurs de l'intentionnalité des managers. Il comprend des « *idéaux types* » en décalage avec la « *pensée concrète* » des cadres (Bonnet *et al*, 2010)⁸⁴¹. Certaines cadres de santé interviewées expriment leur difficulté dans le fait de tenir un discours ou agir à l'opposé de ses valeurs ce qui est compliqué pour elles. Elles se trouvent alors dans ce que Watzlawick dans les années 1980 nomme « *l'injonction paradoxale* ».

Alors que le métissage semble admis et reconnu comme présent à l'hôpital, la communication interculturelle ne semble pas être traitée par les cadres de santé et par l'institution. Dans certaines situations de communication interculturelles, le discours officiel prend le pas sur le discours expérientiel à l'origine de suspicion plutôt que de compréhension ou de prise en considération de l'individu. Certains managers sont en contradiction, se positionnant dans un management semblable pour tous alors qu'elles dénoncent la standardisation comme excluant la singularité de l'être humain (tout comme d'autres soignantes (infirmières et aide-soignantes)). D'où l'émergence d'une incompréhension, d'une "dys-communication" (difficulté à communiquer) voire de conflits entre les individus en présence. Pour autant, confrontées à des logiques contradictoires « *l'agir ensemble* » (Bonneville, Grosjean, 2009)⁸⁴² paraît inévitable.

Le racisme est présent à l'intérieur de l'hôpital et se manifeste dans la relation d'équipe, même si certaines soignantes affichent le contraire dans leurs propos allant parfois à l'encontre de leurs actes. Cela détermine le caractère paradoxal de la communication, le discours se confrontant à la réalité du quotidien et laissant le métissage dans une clandestinité plus ou moins avouée. Nier le métissage, c'est nier la réalité et de fait, nier la communication organisationnelle. Or les soignantes non autochtones évoluent dans les actes communicationnels dont elles sont actrices et dans une double contrainte qui semble s'imposer à elles, que ce soit dans les comportements, dans les actions, la pensée et le sentiment (Watzlawick, 1978)⁸⁴³. Pour évoluer de la diversité à l'interculturel, la communication semble indispensable en utilisant une grammaire comportementale au cours des interactions. Selon la métaphore de l'orchestre (Winkin, 1981), la partition de communication n'est pas écrite, elle se joue au détour de l'élaboration des interactions. « *Chaque individu participe à la communication, plutôt qu'il n'en est l'origine ou*

⁸⁴¹ Bonnet, J, Bonnet, R, Gramaccia, G., 2010, *Op.cit.*

⁸⁴² Bonneville, L, Grosjean, S., 2009, *Op.cit.*

⁸⁴³ Watzlawick, P., 1978, *Op. cit.*

l'aboutissement »⁸⁴⁴. La culture impose un regard partagé des individus les uns vis à vis autres. De cet espace communicationnel émerge et s'entretiennent les connaissances élaborées collectivement et produites par « *l'action en train de se faire* » (Bonnet *et al*, 2010)⁸⁴⁵. Elles se fondent sur l'interprétation que font les individus et le sens émerge alors de l'interaction communicative qui selon Grosjean (2007) est un « *lieu d'un sens co construit* »⁸⁴⁶.

Nous intéresser à la communication interculturelle des soignantes a permis de révéler l'existence d'un impensé racial parmi les soignantes. Traiter un tel objet, le métissage des équipes de soin constitue un pari osé. Traiter de la race, de la discrimination est souvent sujet à controverse et à débat. Néanmoins, nous ne pouvons ni ne souhaitons remettre le voile que nous venons de lever sur cette révélation. Au quotidien, évoquer la couleur de peau ou la culture fait l'objet d'une retenue pour les professionnels de santé, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux. Parler de ce thème suscite des débats "fourmis" alors que cette diversité s'impose à nous transformant les relations interpersonnelles et la communication entre les soignantes et les soignés. Le métissage constitue une variable de l'organisation et de la communication influencée par l'idéologie des individus présents, leur manière de penser et d'agir et leur approche différente de la culture. Toutefois, une limite majeure de notre thèse est celle de notre connaissance et de notre maîtrise des concepts traitant de notre objet qui sont plus sociologiques que communicationnels. Traiter du déni racial, d'impensé racial, de racisme est un phénomène de société qui dénonce le problème majeur du "vivre ensemble", qui va bien au-delà du "travailler ensemble" dans la continuité temporo spatiale et sociétale. L'approche en est sociologique puisqu'elle étudie les phénomènes dans les différents aspects de la vie sociale des individus, les relations de classe, de genre... Pour autant, il s'agit bien d'une étude communicationnelle dont nous nous prévalons et qui aujourd'hui révèle cet impensé racial à l'hôpital. Les médias contribuent à potentialiser la pensée raciale autour des problèmes de société ou de santé publique dans l'actualité : les Roms, les immigrés de Lampeduzza, les exilés syriens... Ces faits deviennent alors un enjeu dans l'espace public, la pensée raciale émerge des clichés transmis et perpétués

⁸⁴⁴ Winkin, Y., 1981, *Op.cit.*

⁸⁴⁵ Bonnet, J *et al*, 2010, *Op.cit.*

⁸⁴⁶ Grosjean, S., 2007, *Op.cit.*

socialement par les médias. L'impensé racial ne serait que contourner les questions juger déstabilisantes

En revanche l'impensé racial reste complexe à dévoiler, il est impensé, donc non traité, non remis en question et non porté sans l'espace public. Ce que nous rencontrons à l'hôpital se rencontre dans la vie de tous les jours en tant que citoyen. Peut-on pour autant affirmer que cet impensé existe ? Pour autant, le déni racial émerge à l'échelle de la société et le débat s'organise autour des discriminations liées au sexe, à l'appartenance ethnique ou religieuse même si la loi tend à protéger les individus de celles-ci. La société semble avoir des difficultés à réactiver dans la mémoire collective ce passé colonialiste, que ce soit en Afrique du Nord ou en Afrique sub-saharienne.

Cependant, nous ne pouvons oublier la fin de l'Apartheid en 1994 grâce à Nelson Mandela (décédé le 5 décembre 2013), élu prix Nobel de la paix en 1993, qui a passé sa vie dans le combat contre la ségrégation raciale. Le sentiment d'insécurité que la société connaît actuellement qui s'accroît et est de plus en plus médiatisé, l'immigration post coloniale, les identités communautaristes, la phobie de l'islam... sont autant d'éléments qui témoignent de ce que Blanchard *et al* (2006) appellent « *la fracture coloniale* », décrivant la peur que génère « *l'exotisation de la république* », incomprise par les français.⁸⁴⁷ Cette fracture est à l'origine d'un racisme et de discriminations ne se réduisant pas seulement à la couleur de peau⁸⁴⁸. Pour exemple nous faisons référence à l'affaire Taubira, largement médiatisée en novembre 2013. Une candidate d'un parti politique (dont elle fut exclue) compare la garde des sceaux, à une "guenon" dans un journal. S'en suivront les propos tenus lors de la "manifestation pour tous" à Angers le 25 octobre 2013 : « *c'est pour qui la banane, c'est pour la guenon* ». Lors du journal télévisé de 20 heures sur France 2 le 13 novembre 2013, la ministre des sceaux parle de propos d'une « *extrême violence. Ces propos prétendent m'expulser de la famille humaine, dénie mon appartenance à l'espèce humaine... c'est violent pour tous ceux qui me ressemblent... La société doit s'interroger* ». Ces propos animeront les médias.

⁸⁴⁷ Blanchard, P, Bancel, N, Lemaire, S. (Dir)., *La fracture coloniale, la société française au prisme de l'héritage colonial*, Numéro 232, Paris, La découverte, 2006

⁸⁴⁸ Saada, E., Un racisme de l'expansion, les discriminations raciales au regard des situations coloniales, dans Fassin, D, Fassin, E (Dir), *de la question sociale à la question raciale ?* Numéro 308, (pp.63-79), Paris, La découverte poche, 2009

La communication est donc mise au service d'un discours qui évacuerait ce problème de société, transformant le discours convenu ou "politiquement correct" en discours naturel et authentique. Ceci nous amène *in fine* à nous demander comment la négation de l'autre, quelle que soit les formes d'expression de celle-ci, peut-elle permettre l'émergence et la co construction d'une intelligence collective dans une équipe soignante métissée à l'hôpital ? Répondre à cette question est peut-être la perspective d'une nouvelle recherche qui puisse éclairer notre découverte dans la discipline des SIC et donner ainsi une continuité à notre thèse qui n'est que le début du chemin...

Bibliographie Générale

Abdallah - Pretceille, M. (1986). Pédagogie interculturelle : bilan et perspectives, dans *l'interculturel en éducation et en sciences humaines*, travaux de l'université de Toulouse Le Mirail, Série A tome 36, Volume 1, (pp.25-32), Toulouse : Université Toulouse Le Mirail

Aïssani, Y, Bordes, O. (2007). Démarche qualité, sensemaking et émergence dans les structures de communication, dans Mucchielli, A, *L'interaction et les processus de l'émergence*, (pp.59-90), Paris : Eska

Alag, S. (2009). *Collective intelligence in action*, Greenwich : Manning

Amadiou, J-F. (2013). *DRH le livre noir, embauches, salaires, carrières... la vérité qui dérange*, Paris : Seuil

Amour (D'), D, Goulet, L, Pineault, R, Labadie, J-F, Remondin, M., Etude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : les cas des services de périnatalité, GRIS, Québec, Université de Montréal, décembre 2003, (pp.1-73), http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/rapport%20DD%20R03-07.pdf, (consulté en ligne le 21/08/2013)

Amour (D'), D, Sicotte, C, Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé, *Revue Sciences sociales et santé*, Volume 17 Numéro 3, (67-94)

Anadon, M, Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? Actes du colloque recherche qualitative : les questions de l'heure, *Recherches qualitatives Hors-Série Numéro 5*, (26-37)

Anaflous, M., Peut-on gérer l'interculturel ? *Revue Communication*, Volume 31/1, (2013), <http://communication.revues.org/3763>, (consulté en ligne le 14/10/2013)

Andonova, Y, Vacher, B., Visibilité et reconnaissance de l'individu au travail, dans Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F., Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail, *Communication et Organisation*, Numéro 36, Décembre 2009, (pp.137-147), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux

Andrieu, B, Burel, N. (2014). L communication directe du corps vivant. Une emersiologie en première personne, dans Renucci, F, Le Blanc, B, Lepastier, S. (Coord.). *L'autre n'est pas une donnée. Altérités, corps et artéfacts*, Hermès 68, Cognition, Communication Politique, Paris : Cnrs

Ansermet, C. (2011). Aide-soignante : un travail sexué et racialisé, *Revue d'information sociale*, Reiso, (1-3)

Anzieu, D, Martin, J-Y. (2007). *La dynamique des groupes restreints*, 13^e édition, Collection Quadrige, Paris : PUF

Arborio, A-M. (2012). *Un personnel invisible, les aide-soignantes à l'hôpital*, 2^e édition, Collection « sociologiques », Anthropos, Paris : Economica

Arborio, A-M. (1995). Quand le sale boulot fait le métier : les aide-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital, *Revue Sciences sociales et santé* Volume 13 Numéro 3, (93-126)

Arripe (D'), A. (2010). Articulation de savoirs professionnels et universitaires au sein d'ateliers de recherche : vers la construction d'une culture commune homogène, dans Bonnet, J et al. (Dir.). *Les savoirs communicants, entre histoire, usages et innovations*, sociétés EUD, (pp.113-120), Dijon : Editions Universitaires de Dijon

Arshad, M., Le dire du silence : ponctuations émotionnelles et cognitives des interactions, *Communication et Organisation*, Numéro 18, (2000), pp.1-6, <http://communicationorganisation.revues.org/2413>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

Ashimolowo, M. (2007). *What is wrong with being black? celebrating our heritage, confronting our challenges*, Shippensburg : Destinity image publishers

Aubé, C., Rousseau, V. (2009). Des équipes de travail efficaces, ce qu'il faut faire et ne pas faire, *Revue internationale de gestion, dossier équipes de travail*, 2009/2, Volume 34, (pp.60-67), Montréal : HEC

Aubry, C., *Gestion des risques dans les entreprises françaises : état des lieux et émergence d'une approche cognitive et organisationnelle*, (2005), pp.1-21, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/58/11/13/PDF/7.pdf>, (consulté en ligne le 24/10/2012)

Aubry, F. (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante, Devetter, F-X, Coninck (de), F. (Coord.). Dossier conflits de temporalités dans les organisations, *Revue de sciences sociales et humaines Temporalités, Numéro 16*, (1-18)

Austin, J-L. (1970). *Quand dire c'est faire*, Numéro 235, Essais points, Paris : Seuil

Autret, J. (2002). *Le monde des personnels de l'hôpital, ce que soigner veut dire...* Collection le travail social, Paris : L'Harmattan

Bardin, L. (2009). *L'analyse de contenu*, Quadrige manuels, Paris : PUF

Barrier, G., *La communication non verbale*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 2010

Barth, B-M., *Le savoir en construction, former à une pédagogie de compréhension*, (1993), pp.1-15, <http://www.ien-colombes1.ac-versailles.fr/savoirenconstruc.pdf>, (consulté en ligne le 15/05/2011)

Barthe, B., Queinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse de travail collectif en ergonomie, *Année psychologique, Numéro 4*, (663-686)

Bastienier, A. (2004). *Qu'est-ce qu'une société ethnique ? Ethnicité et racisme dans les sociétés européennes d'immigration*, Sociologie d'aujourd'hui, Paris : PUF

Bateson, G. (1980). *Vers une écologie de l'esprit, tome 2*, traduit de l'anglais par Drosso, F, Lot, L, avec le concours de Simion, E, Clerc, C, Numéro 594, Essais points, Paris : Seuil

Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit, tome 1*, traduit de l'anglais par Drosso, F, Lot, L, Simion, E, Numéro 309, Essais points, Paris : Seuil

Baudry, B. (1992). Contrat autorité et confiance. La relation de sous traitance est-elle assimilable à la relation d'emploi ? *Revue économique, Volume 43 Numéro 5*, (871-894)

Beaud, M. (2006). *L'art de la thèse, comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du net*, Paris : La découverte

Beaud, S, Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain*, 4è édition, Collection grands repères, Paris : La découverte

Becker, H-S. (2002). *Les ficelles du métier, comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Collection grands repères, Paris : La découverte

Beguïn, P, Clot, Y., L'action située dans le développement de l'activité, *Activités Volume 1 Numéro 2*, (2004), pp.35-49, <http://www.activites.org/v1n2/beguïn.fr.pdf>, (consulté en ligne le 01/07/2012)

Benelli, N. (2011). Rendre compte de la méthodologie dans une approche inductive : les défis d'une construction « a posteriori », *Recherches qualitatives*, les défis de l'écriture en recherche qualitative, *Hors-Série, Numéro 11*, (40-50)

Benoit, D. (2007). De l'émergence de nouvelles réalités: les prédictions créatrices, dans Mucchielli (Dir.) *L'interaction et les processus de l'émergence*, (pp. 35-58), Paris : Eska

Benoit, D. Maîtrise du non verbal dans la relation duelle : mythe ou réalité ? *Communication et Organisation, Numéro 18*, (2000), pp.1-7, <http://communicationorganisation.revues.org/2418>, (consulté en ligne le 01/07/2012)

Benoit, D. (1998). La manipulation dans la communication, *Communication et Organisation, Numéro 13*, (pp.224-244), Pessac : STIG université Bordeaux 3

Bercot, R., *La rationalisation de gestion des blocs opératoires*, (2009), pp.1-12, http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/51714_contribution_Bercot_JST_2009_bis.pdf, (consulté en ligne le 01/04/2013)

Bercot, R, Mathieu-Fritz, A., *Le prestige des professions et ses failles-huissiers de justice, chirurgiens, sociologues*, Société et pensées, Paris, Hermann, 2008

Bereni, L, Chauvin, S, Jaunait, A, Revillard, A. (2012). *Introduction aux études sur le genre, Ouvertures politiques*, 2è édition, Bruxelles : De Boeck

Bernard, F. (2007). Communication engageante, environnement et écocitoyenneté : un exemple de migration conceptuelle entre les sciences de l'information et de la communication et la psychologie sociale, *Communication et Organisation, Numéro 31*, migrations conceptuelles, d'où viennent les concepts de communication organisationnelle ? (pp.1-13), Pessac : STIG université Bordeaux 3

Bernard, F, Joule, R-V. (2005)., Le pluralisme méthodologique en Sciences de l'Information et de la Communication à l'épreuve de la "communication engageante", *Question de Communication, Numéro 7*, espaces politiques au féminin, (185-208)

Bernard, F. (2000). *Le lien communicationnel en organisation*, dans Le Moëne, C. (Coord.) *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la société, Numéro 50/51, (pp.25-46), Toulouse : Presses Universitaires du Mirail

Bernard, J, Michel, F-B. (2003). *Médecine hier, médecine aujourd'hui, entretiens*, Paris : PUF

Bernoux, P. (2000). *La sociologie des organisations*, Paris : Seuil

Berrier, A. (2004). *Conversations francophones, à la recherche d'une communication interculturelle*, Paris : L'Harmattan

Bertalanffy (Von), L. (1993). *La théorie des systèmes*, Paris : Dunod

Bertossi, C, Prud'homme, D., *La diversité à l'hôpital : identités sociales et discrimination*, IFRI, (2011), pp.1-10, <http://www.ifri.org/?page=detail-contribution&id=6728>, (consulté en ligne le 27/11/2012)

Blais, M, Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens aux données brutes, *Recherches qualitatives, Volume 26 (2)*, Université de Québec, (1-18)

Blanchard, P. (2007). Altérité, identité, stéréotypes des corps dans les affiches de spectacle ethnographiques, dans Boëtsch, G, Hervé, C, Rozenberg, J.J. (Dir.). *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, (pp.299-312), Bruxelles : De Boeck et Larcier

Blanchard, P *et al.* (2006). *La fracture coloniale : la société française au prisme de l'héritage colonial*, Numéro 232, Paris : La découverte/poche

Blanchard, P. (2001). La représentation de l'indigène dans les affiches de propagande coloniale : Entre discours républicain, fiction phobique et discours racialisant, dans Wolton, D (Dir.). *Stéréotypes dans les relations Nord-Sud*, Hermès Numéro 30, (pp.149-168), Paris, Cnrs éditions

Blanchet, A, Ghiglione, E R, Massonat, J, Trognon, A. (1992). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris : Dunod

Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C. (Coord.) (2002). *Interculturel et communication dans les organisations*, Communication et Organisation, 2è semestre, Numéro 22, Pessac : STIG université Bordeaux 3

Boëtsch, G, Hervé, C, Rozenberg, J.J (Dir.) (2007). *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles : De Boeck et Larcier

Boëtsch, G, Villain-Gandossi, C. (Coord.) (2001). *Stéréotypes dans les relations Nord Sud*, Hermès 30, Paris : Cnrs édition

Bonnet, J, Bonnet, R, Viard, P. (2013). L'analyse des pratiques en formation infirmière. Vers une clinique du sens, dans Andonova, Y, Vacher, B. (Coord.). *Nouvelles formes de visibilité des individus en entreprise : technologie et temporalité*, Communication et Organisation, Numéro 44, (pp.177-188), Pessac : Presses Universitaires de Bordeaux

Bonnet, J, Bonnet, J, Raichyarg, D. (2010). *Les savoirs communicants, entre histoire, usages et innovations*, Collection Sociétés, Dijon : Editions Universitaires de Dijon

Bonnet, R, Bonnet, J., L'analyse du travail du manager. Au-delà de l'analyse de la prescription et de l'activité, comprendre « l'effet manager » comme production de sens, *Revue Communication et Organisation*, 31/2007, (247-263)

Bonnet, R, Bonnet, J., Les cadres et les dirigeants : des interfaces fonctionnelles et symboliques dans les mondes organisationnels, *Communication et Organisation*, Numéro 24, (2004), pp.1-9, <http://communicationorganisation.revues.org/2886>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

Bonnet, R, Bonnet, J. (2003). *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants, entre le rationnel et le sensible*, Collection communication des organisations, Paris : L'Harmattan

Bonnet, R. (2002). L'évolution des modèles organisationnels et communicationnels à l'épreuve de la complexité de l'interculturel, dans Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C (Coord.). *Interculturel et communication dans les organisations*, Grec/o Numéro 22, 2è semestre 2002, (pp.154-171), Pessac, STIG-Université Bordeaux 3

Bonneville, L, Sicotte, C. (2010). L'informatisation des soins à domicile : enjeux pour la communication interprofessionnelle et soignant-soigné, dans Routier, C, Arripe (D'), A (Eds.), *Communication et santé : enjeux contemporains*, santé et sciences sociales, Numéro 1248, (pp.141-152), Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires Septentrion

Bonneville, L, Grosjean, S. (Dir.) (2008). *Repenser la communication dans les organisations*, Collection communication des organisations, Paris : L'Harmattan

Bonneville, L, Grosjean, S. (2012). Pourquoi faut-il sortir de la parole instrumentalisée en milieu de travail ? *Communication*, Volume.30, Numéro 2, (1-28)

Bosche, M. (2008). *Anthropologie interculturelle. Immersion au cœur du monde métissé*, (pp.1-264), Ebooks open anthropology

Bottega, C. (2008). L'humour est-il un outil de management ? *Revue humanisme et entreprise*, 2008/3, Numéro 288, (21-34)

Both, A. (2007). *Les managers et leurs discours, anthropologie de la rhétorique managériale*, Etudes cultures, Pessac : Presses Universitaires de Bordeaux

Bouffartigue P, Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche, *Revue de sciences humaines et sociales, Temporalités* Numéro 4, (3-17)

Bougnoux, D. (2009). *Introduction aux sciences de la communication*, Nouvelle édition, Collection Repères culture-communication, Numéro 245, Paris : La découverte

Bouifrou, L., Le rôle du chercheur dans l'observation participante, à partir de l'étude de cas de deux bidonvilles de Delhi, *FFSG. « L'espace social : outils et méthodes, objets et éthiques »*, Rennes, ateliers terrains, (2006), pp.1-3, <http://eegeosociale.free.fr/rennes2006>, (consulté en ligne le 05/05/2012)

Bouillon, J-L, Maas, E. (2009). Figures de l'individu au travail, figures du « collaborateur » : stratégies face aux rationalisations organisationnelles et communicationnelles, dans Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F. (Coord.) *Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail*, Communication et organisation, décembre, Numéro 36, (pp. 57-68), Pessac : Presses Universitaires de Bordeaux

Bouillon, J-L, Bourdin, S, Loneux, C.(Coord.).(2008). *Approches communicationnelles des organisations*, Sciences de la société, Numéro 74, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail

Bouillon, J-L, Bourdin, S, Loneux, C. (2007). De la communication organisationnelle aux approches communicationnelles des organisations : glissement paradigmatique et migration conceptuelle, *Communication et Organisation*, Numéro 31, (7-25)

Bouillon, J-L. (2004). Du partage des savoirs à « l'économie cognitive » : quelles rationalisations informationnelles et communicationnelles ? dans Metzger, J-P (Dir.). *Partage des savoirs, logiques, contraintes et crises*, (pp 63-81), Paris : L'Harmattan

Bourdieu, P, Thompson, j. B (2001). *Langage et pouvoir symbolique*, Numéro 461, collection Essais points, Paris : Fayard

Bourdieu, P. (1996). *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*, Numéro 331, collection Essais points, Paris : Seuil

Boure, R. (2002). *Les origines des sciences de l'information et de la communication, regards croisés*, Septentrion, Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires

Boure, R. (1997). Les sciences de l'information et de la communication au risque de l'expertise ? Sur et sous des pratiques scientifiques, *Réseaux*, Volume 15 Numéro 82-83, (233-253)

Bourret, C., Les réseaux de santé : un champ de recherche prometteur pour les sciences de l'information et de la communication, *Actes du XIIIe congrès national en sciences de l'information et de la communication les 7-8-9/10/2002, Les recherches en information et en communication et leurs perspectives : histoire, pouvoir, méthode*, (2002), pp.345-352, http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00000482/en/, (consulté en ligne le 12/04/2012)

Bourret, P. (2009). *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Paris : Seli Arslan

Bourret, P., Modes de communication des cadres de santé. Exigences de la relation et proximité des équipes, *Communication et Organisation*, Numéro 24, (2004), pp. 1-8, <http://communicationorganisation.revues.org/2904>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

Bousquillon, P. (2008). La diversité culturelle, une approche communicationnelle, *Questions de communication*, Numéro 13, (251-268)

Boutaud, J-J. (2008). *Sémiotique et communication, du signe au sens*, Paris : L'Harmattan

Bouznah, S, Lewertowski, C. (2013). *Quand les esprits viennent aux médecins, 7 récits pour soigner*, Paris : In press

Bouzon, A. (Dir.) (2007). *La communication organisationnelle en débat, champs, concepts, perspectives*, Communication des organisations, Paris : L'Harmattan

Bouzon, A. (Coord.) (2005). Activité communicationnelle et médiation instrumentale en conception collective, dans *Technologies de l'information et de la communication dans les organisations, théories et pratiques*, Collection le travail en débats, Série colloques et congrès, (pp.49-60), Toulouse : Octares

Bouzon, A. (2004). *La place de la communication dans la conception de systèmes à risques*, Paris : l'Harmattan

Bouzon, A., *Coopération et communication dans les projets de conception collective*, Université Paul Sabatier III à Toulouse, (2003), pp.1-10, http://hal.inria.fr/docs/00/06/23/22/PDF/sic_00000803.pdf, (consulté en ligne le 01/07/2012)

Bouzon, A. (2002). Homogénéité des représentations dans l'entreprise : illusions et réalités, dans Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C., *Interculturel et communication dans les organisations*, Communication et Organisation, Numéro 22, (pp.172-183), Pessac : STIG Université de Bordeaux 3

Bouzon, A., *Espace, communication et ingénierie concourante*, Communication et Organisations, Espace et communication dans les organisations, Numéro 21, 2002, <http://communicationorganisation.revues.org/2623>, (consulté en ligne le 31/01/2014)

Bouzon, A. (2001). Risque et communication dans les organisations contemporaines, *Communication et Organisation*, Numéro 20, (1-13)

Bouzon, A. (1993). *Identité et communication d'entreprise, contribution de la communication à l'évaluation de l'identité d'entreprise appréhendée à partir des relations sociales des membres du personnel*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Paris IV La Sorbonne

Bratosin, S. (2002). L'approche interprétative du phénomène interculturel, dans *Communication et Organisation Numéro 22*, Interculturel et communication dans les organisations, (pp.185-197), Pessac : STIG Université Bordeaux

Breton, P. (2009). *L'utopie de la communication, le mythe du village planétaire*, numéro 229, Paris : La découverte

Breton, P, Proulx, S. (2010). *L'explosion de la communication, introduction aux théories et aux pratiques de la communication*, Collection grands repères, Paris : La découverte

Bronner, G. (2003). *L'empire des croyances*, Sociologies Paris : PUF

Bruneau, T-J. (1973). Le silence dans la communication, *Revue Communication et langage*, Volume 20, Numéro 20, 1973, (5-14)

Bryant, A, Charmaz, K. (2010). *The sage Handbook of Grounded theory*, London : Sage

Buscatto, M, Daniellou, F, Terssac(De), G, Schwatz, Y (Dir.) (2010). *La fabrique de l'ethnographie dans les rouages du travail organisé*, Collection travail et activité humaine, Toulouse : Octares

Cailliet, V. (2001). *Le rôle de l'hôpital dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les permanences d'accès aux soins de santé en région centre*, Mémoire de l'ENSP

Camilleri, C, Cohen - Emerique, M. (2008). *Choc des cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, Paris : L'Harmattan

Cantrelle, C, Laurens, C, Luciulli, E, Loty, B, Tuppin, P., Access to kidney transplantation in France of non-french patients and french patients living in overseas territories, *Transplantation*, Volume 81, Number 8, April 27, 2006, (1147-1152)

Carayol, V. (2006). Figures de l'urgence et communication, *Communication et Organisation*, Numéro 29, (7-9)

Carayol, V. (2004). *Communication organisationnelle : une perspective allagmatique*, communication des organisations, Paris : L'Harmattan

Carayol, V, Gramaccia, G., La communication du risque, *Communication et Organisation*, Numéro 20, (2001) , pp.1-5, <http://communicationorganisation.revues.org/2547>, (consulté en ligne le 05/05/2013)

Carayol, V., La communication hospitalière. Problématique du colloque, *Communication et Organisation*, Hors-Série, Numéro 1, Communication et hôpital, Analyse et diagnostique, (1994), pp.1-5, <http://communicationorganisation.revues.org/2980>, (consulté en ligne le 15/07/2012)

Castella, P. (2005). *La différence en plus, approche systémique de l'interculturel*, Paris : L'Harmattan

Caune, J., (2014). Le corps, objet de discours, moyen de relation, dans Renucci, F, Le Blanc, B, Lepastier, S. (Coord.). *L'autre n'est pas une donnée, Altérités, corps et artefacts*, Collection Cognition, Communication, Politique, Hermès 68, (53-58), Paris : Cnrs

Caune, J. (2010). Pratiques culturelles et médiation artistique : la construction du lien social, dans Liquète, V. (Coord.). *Médiations*, Collection les essentiels d'Hermès, (pp.85-101), Paris : Cnrs éditions

Caune, J. (2006). *Culture et communication, convergences théoriques et lieux de médiation*, 2è édition, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble

- Caune, J., *Médiation culturelle : construction du lien social*, article inédit, (2000), pp.1-10, http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2000/Caune/Caune.pdf, (consulté en ligne le 02/11/2012)
- Cervulle, M. (2011). L'expérience spectatorielle comme technique de soi racialisante, Biscarrat, L., Bourdan, M., Patriarche, G (Coord.), *Recherches en communication*, médias et culture de soi, Numéro 36, (pp.101-118) Louvain : centre de recherche en communication de l'UCL
- Chabaud-Rychter, D., Descoutures, V., Devreux, A-M, Varikas, E. (2010). *Sous les sciences sociales, le genre, relectures critiques de Max Weber à Bruno Latour*, Paris : La Découverte
- Chabrol, C. (2006)., Humour et médias : définitions, genres et cultures, *Revue question de communication*, Numéro 10, (7-17)
- Chanal, V. (2000). Communautés de pratique et management par projet : à propos de l'ouvrage de WENGER(1998) communities of practice : learning, meaning and identity, *Management*, Volume 3 Numéro 1, (1-30)
- Chanlat, J-F., Les études critiques en management, un rappel historique, *Revue Communication*, Volume 31/1, Le climat et la communication, (2013), <http://communication.revues.org/3840>, (consulté en ligne le 14/10/2013)
- Charandeau, P. (2010). Pour une interdisciplinarité « focalisée » dans les sciences humaines et sociales, *Questions de communication*, Numéro 17, (195-222)
- Chauvire, C, Ogien, A, Quere, L. (Eds.) (2009). *Dynamiques de l'erreur*, collection raisons pratiques, Volume 19, Paris : l'Ehess
- Cicourel, A. (2011). Processus cognitivo-affectifs, interaction et structure sociale, dans Clément, F, Kaufmann, L (Dir.). *La sociologie cognitive*, Collection Cogniprisme, (pp.325-352), Paris : La maison des sciences de l'homme, (traduction de Cicourel, A., *Mind and Society*, 2006, (39-70) par Clément, F)
- Cicourel, Aaron V. (2002). *Le raisonnement médical*, Collection Liber, Paris : Seuil
- Cicourel, Aaron V. (1973). *Cognitive sociology, Language and meaning in social interactions*, London : Penguin Education
- Clair, I. (2012). *Sociologie du genre*, De Singly, F. (Dir.). Collection Sociologies contemporaines, 128, Paris : Armand Colin
- Clanet, C. (1990). *L'interculturel : introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*, 2è édition, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail
- Clarke, A.E. (2010). Anselm Strauss en héritage : sexe/genre et race/ethnicité, dans Chabaud-Rychter, D, Descoutures, V, Devreux, A-M, Varikas, E. (Dir.). *Sous les sciences sociales, le genre*, (pp.245-259), Paris : La découverte
- Cognet, M. (2010). Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des états, *Revue l'Homme et la Société*, 2010/2-3, Numéro 176-177, Prismes féministes qu'est-ce que l'intersectionnalité ?, (101-129)
- Cognet, M, Couturier, Y, Rhéaume, J, Bertot, J. (2010). Soins infirmiers en milieu pluriethnique. Façons de voir et façons de faire dans les établissements publics et privés face à la discrimination et au racisme, dans Battaglini, A, Desy, M (Dir.). *Les services sociaux et de santé de première ligne face à la pluriethnicité*, (pp.251-276), Montréal, Presses Universitaires de Montréal
- Cognet, M. (2004). Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste, *Face à Face, regards sur la santé*, numéro 6, conceptions professionnelles et pratiques des acteurs de santé, (1-15)
- Cognet, M. (2001). Quand l'ethnicité colore les relations du personnel soignant, *Revue Hommes et migration*, Numéro 1233, septembre-octobre, (101-107)
- Cognet, M. (1999). *Migrations, groupes d'origines et trajectoire : vers une ethnisation des rapports socioprofessionnels ?*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires Septentrion

- Colliere, M-F. (1996). *Soigner le premier art de la vie*, Paris : Inter éditions
- Colliere, M-F. (1982). *Promouvoir la vie*, Paris : Inter éditions
- Conein, B. (2004). Cognition distribuée, groupe social et technologie cognitive, *Lavoisier réseaux*, 2004/2 Numéro 124, (53-79)
- Copans, J, Singly (De), F (Dir.) (2008). *L'enquête et ses méthodes, l'enquête ethnologique de terrain*, 2è édition, Paris : Armand Colin
- Cooren, F. (2010). Comment les textes écrivent l'organisation. Figures, ventriloquie et incarnation, *Etudes de communication Numéro 34*, (23-40)
- Cooren, F. (2007). *Interacting and Organizing, analyses of a management meeting*, London : Lawrence Erlbaum Associates
- Cordelier, B, Montagnac-Marie, H. (2008). Conduire le changement organisationnel, *Communication et Organisation Numéro 33*, (8-16)
- Coulomb-Gully, M, Rennes, J. (2010). Genre, politique et analyse du discours. Une tradition épistémologique française gender blind, *Revue Mots les langages du politique*, dans Bacot, P, Coulomb-Gully, M, Honoré, J-P, Lebart, C, Oger, C, Plantin, C (Dir.), *Trente ans d'étude des langages du politique (1980-2010)*, Numéro 94, novembre 2010, pp.175-182, Lyon : ENS édition
- Coulomb-Gully, M. (2009). Les sciences de l'information et de la communication : une discipline gender blind ? *Questions de communication Numéro 15*, pathologies sociales de la communication, échanges, (129-153)
- Coulon, A. (2007). *L'ethnométhodologie*, Paris : PUF
- Coulon, R., Le cadre de santé entre logique d'utilité et logique de soins hospitaliers, (2010), pp.1-15, http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/60/21/13/PDF/Strasbourg_2010_Coulon.pdf, (consulté en ligne le 01/04/2013)
- Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell, *Recherche en soins infirmiers*, Numéro 72, (34-47)
- Couzinnet, V., Complexité et document, l'hybridation des médiations dans les zones de rupture, *RECIIS, electronic journal of communication information and innovation in health*, Rio de janeiro, Volume 3, Numéro 3, (sept 2009), pp.1-17, www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/receis/article/download/.../315, (consulté en ligne le 08/12/2012)
- Crozier, M, Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris : Seuil
- Cache, D. (2010). *La notion de culture dans les sciences sociales*, 4è édition, Collection grands repères, Paris : La découverte
- Cussac, H (2012). Bernardin de Saint-Pierre, lecteurs de récits de voyages ou la circulation de quelques savoirs sur l'Afrique du 17è siècle au 18 è siècle, dans (Collectif). *Dix-huitième siècle, l'Afrique*, numéro 44/1, (pp.201-219), Paris : La découverte
- Cuyot, J-C. (1994). Difficulté de communication et hôpital. Conférence introductive, *Communication et Organisation, Hors-Série Numéro 1*, communication et hôpital, Analyse et diagnostique, (1-8)
- Darbon, S, Dodier, N. (1985). Eliot Freidson, la profession médicale, *Sciences sociales et santé*, Volume 3 Numéro 3-1, (129-143)
- Darras, B. (2003). Etude des conceptions de la culture et de la médiation, dans Thonon, M. (Dir.). *Médiations et médiateurs*, MEI numéro 19, (pp.61-95), Paris : L'Harmattan
- Datchary, C. (2011). *La dispersion au travail*, Collection le travail et l'activité humaine, Toulouse : Octarès

Datchary, C, Licoppe, C., La multi activité et ses appuis : l'exemple de la « présence obstinée » des messages dans l'environnement de travail, *Revue Activités, Volume 4 Numéro 1*, (2007), pp.4-26, <http://www.activites.org/v4n1/datchary.pdf>, (consulté en ligne le 19/07/2013)

Davallon, J. (2003). La médiation : la communication en procès, dans Thonon, M (Dir.). *Médiation et médiateurs*, MEI, Numéro 19, (pp.37-59), Paris : L'Harmattan,

De la Broise, P, Grosjean, S. (2011). Les approches systémiques de la communication organisationnelle, dans Bonneville, L, Grosjean, S (Dir.) *La communication organisationnelle, approches, processus et enjeux*, (pp.56-83), Montréal : Chenelière éducation

Delfino, S, Forastelli, F., Communication et culture dans les luttes politiques, débat sur le genre et le queer en Argentine, *Revue Question de Communication, Numéro 16*, 2009, (141-158)

Delmas, P, Mayrand – Leclerc, M (Dir) (2007). *Sortir du management panique, le savoir et l'art de décider*, Tome 2, Rueil-Malmaison : Lamarre Poinat

De Lourdes Oliveira, I, Rodriguez Alencar, T-G., A dinamica comunicativa no ambiente interno das organizações : inter-relação da comunicação formal com a comunicação informal, *Organicom, Ano 10, Numéro 19*, (pp.209-219), 2è sem 2013

De Lourdes Oliveira, I, Aparacedia de Paula, M, Marchiori, M., *Um giro no concepção de estratégias comunicacionais : dimensão relacional*, Rencontres forum iberoamericano das estratégias de comunicação, resa de debate 4, République Dominicana, (pp.1-16), 12 à 14 de julho de 2012

De Lourdes Oliveira, I., Do palavras clave : comunicación, contexto organizacional, relaciones públicas, *Edição especial, Organicom, Numéro 10/11*, ano 6, (pp.58-63), 2009

Delouvé, S, Légal, J-B. (2008). *Stéréotypes, préjugés et discrimination*, Collection les Topos, Paris : Dunod

Demaiziere, F, Nancy-combes, J-P., Le positionnement épistémologique aux données de terrain, *Les cahiers de l'acedle*, Numéro 4, journal NeQ, méthodologie de recherche en didactique dans les langues, (Janvier 2007), pp.1-20, http://acedle.org/IMG/pdf/demaiziere-narcy_cah4.pdf, (consulté en ligne le 08/04/2012)

Demorgon, J. (2003). L'interculturel entre réception et invention, *Questions de communication*, Numéro 4, (pp 43-70), Nancy : Presses Universitaires de Nancy

Demorgon, J. (2002). *L'histoire interculturelle des sociétés*, 2è édition, Collection exploration interculturelle et sciences sociales, Paris : Anthropos

Denis, P. (2006). Corps et langage, *Le carnet psy*, 8, Numéro 112, (44-47)

Depelteau, F. (2007). *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, 5è tirage, Presses Universitaires de Laval, (pp375-376), Québec : De boeck

Desjeux, D. (2002). Les échelles d'observation de la culture, *Communication et Organisation, Numéro 22*, interculturel et communication dans les organisations, (pp.87-97), Pessac : STIG-Université Bordeaux 3

Devillard, O. (2005). *Dynamiques d'équipes*, 3è édition, Paris : Editions d'organisation

Dhordain, A. (Dir.) (2007). *Le CHU, l'hôpital de tous les défis*, Toulouse : Privat

Dicale, B. (2011). *Maudits métis*, Paris : Editeurs Jean Claude Lattes

Dictionnaire Hachette (2010). Collection n°11, Paris : Hachette

D. Jackson, D. (1981). L'étude de la famille, dans Watzlawick, P, H.Weackland, J. *Sur l'interaction, Palo Alto 1965-1974, une nouvelle approche thérapeutique*, (pp.23-59), Paris : Seuil

Doja, A. (2004). *Construction des identités sociales, relations interethniques et dynamique des valeurs culturelles*, HDR en Sociologie Anthropologie, Université René Descartes, Paris V la Sorbonne

- Dubar, C. (1992). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris: Armand Colin
- Dufort, F. (1992). La théorie des interactions symboliques et les enjeux de l'entrée massive des femmes en médecine, *Recherches féministes, Volume 5 Numéro 2*, (57-78)
- Dufrene, B., *Place du corps dans les SIC*, (2002), pp.1-9, http://w3.ugrenoble3.fr/les_enjeux/2002/dufrene/dufrene.pdf, (consulté en ligne le 15/07/2012)
- Dumont, R. (2012) *La couleur noire, une obscure clarté*, Agbessi, E. (Dir.). Communication, Solidarité, Interculturalité, Paris : Le Manuscrit
- Dupagne, D. (2008). Qualité et santé, première partie : qualité des moyens ou qualité des résultats ? *Revue médecine, Volume 4 Numéro 8*, (360-363)
- Durand, G, Duplantie, A, Laroche, Y, Laudy, D. (2000). *Histoire de l'Ethique Médicale et Infirmière, contexte socioculturel et scientifique*, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal
- Ely, F. (2010). L'analyse des pratiques info-communicationnelles dans les organisations : l'apport de l'école Palo Alto, *Etudes de communication Numéro 35*, Pratiques informationnelles, Questions de modèles et de méthodes, (61-76)
- Errecart, A. (2009). *Les partenariats entre organisations économiques et associations : des espaces communicationnels hybrides entre divergences et convergences*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Paris IV La Sorbonne
- Evrard, C. (1988). L'intégration des infirmières antillaises dans les hôpitaux de Paris, *Recherche en soins infirmiers Numéro 14*, (25-29)
- Fainzang, S. (2009). La communication d'information dans la relation médecins malades, une approche anthropologique, *Questions de communication Numéro 15*, (279-295)
- Fassin, D. (Dir.) (2012). *Les nouvelles frontières de la société française*, 2^e édition, Numéro 371, Paris : la découverte
- Fassin, D, Fassin, E. (Dir.) (2009). *De la question sociale à la question raciale*, Numéro 308, Paris : La découverte
- Faucheux, C. (1957). La dynamique de groupe, *Revue l'année psychologique, Volume 57 Numéro 2*, (425-440)
- Favret-Saada, J., *Les mots, la mort, les sorts*, Collection Folio essais, Paris, Gallimard, 1985
- Fernandez, F, Leze, S, Marche, H. (Dir.) (2008). *Le langage social des émotions, études sur les rapports au corps et à la santé*, Anthropos, Paris : Economica
- Fick, J-M. (2002). Mariage humanitas-techne vers une culture de l'interculture, *Communication et Organisation Numéro 22*, (pp.219-235), Pessac : STIG-Université Bordeaux3
- Fischer, G-N (1999). Le concept de relation en psychologie sociale, *Recherche en soins infirmiers, Numéro 56*, Rencontre, (4-11)
- Fischer, G-N. (1997). *La psychologie sociale*, Paris : Dunod
- Fischer, G-N. (1988). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris : Dunod
- Fleck, L. (1979). *Genesis and development of a scientific fact*, dans Thaddeus J, Trenn, Robert K. Merton (Eds.). London : University of Chicago Press
- Fleury, B, Walter, J. (2008). Promouvoir la diversité culturelle, *Questions de communication, Numéro 13*, (153-169)
- Frame, A. (2008). *Repenser l'interculturel en communication, performance culturelle et construction des identités au sein d'une association européenne*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Bourgogne

Franchisteguy, I. (2001). *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Des diagnostics vers un modèle intégrateur*. Thèse de Doctorat inédite en Sciences de Gestion, IFROSS, Université Jean Moulin, Lyon 3

Frexinos, J. (1999). *Les hôpitaux de Toulouse, mille ans d'histoires*, Privat : Toulouse

Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*, Paris : Seuil

Friedman, A. (2011). La perception : une approche en sociologie cognitive, dans Clément, F, Kaufmann, L (Dir.). *La sociologie cognitive*, Collection Cogniprisme, (pp.161-192), Paris : La maison des sciences de l'homme

Gaignard, L. (2010). *Le vécu du racisme, une étude de psychodynamique du travail auprès d'élèves aides-soignants*, dans Fassin, D. (Dir.) (2012). *Les nouvelles frontières de la société française*, Numéro 371, (pp.543-563), Paris : La découverte

Galinon – Méléneq, B, Martin – Juchat, F., Du "genre" social au "genre" incorporé : le "corps genré", *Revue française de l'information et de la communication*, Numéro 4/2014, Dossier recherche au féminin en sciences de l'information et de la communication, <http://rfsic.revues.org/857>, (consulté en ligne le 10/02/2014)

Galinon - Méléneq, B. (Dir.) (2011). *L'Homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, Paris : Cnrs éditions

Galinon - Méléneq, B. (2010). *Penser autrement la communication, du sens commun vers le sens scientifique, du sens scientifique vers la pratique*, Paris : L'Harmattan

Galinon - Méléneq, B, Martin - Juchat, F., Communiquer son intime corporel, *le corps communicant, le XXIe siècle, civilisation du corps, le corps en question*, (2007), pp.1-18, <http://www.staps.uhp-nancy.fr/bernard/docpdf/corpscom.pdf>, (consulté en ligne le 02/11/2012)

Galinon - Méléneq, B. (1994). Communiquer au sein de l'hôpital : quelles voies emprunter ? Table ronde, *Communication et Organisation*, Communication et hôpital, Analyse et diagnostic, *Hors-Série Numéro 1*, (1-12).

Gardere, E, Gramaccia, G. (Coord.) (2003). *Coexister dans les mondes organisationnels*, Grec/o. Communication des organisations, Paris : L'Harmattan

Garfinkel, H. (2009). *Recherches en ethnométhodologie*, Quadrige grands textes, Paris : PUF

Gauthey, F, Xardel, D (Dir.) (1990). *Management interculturel, mythes et réalités*, Paris : Economica

Gherardi, L, Parrini – Alemano, S. (2012). Communication enchantée de l'idéologie managériale : storytelling et journal d'entreprise, dans Pelissier, N, Marti, M. (Dir.). *Le storytelling : succès des histoires, histoires d'un succès*, (pp.155-172), Paris, L'Harmattan

Ghiglione, R, Matalon, B. (1999). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratiques*, Paris : Armand Colin

Giacobbi, M, Roux, J-P. (1996). *Initiation à la sociologie les grands thèmes, la méthode, les grands sociologies*, Paris : Hatier

Giroux, N. (2011). Dans la communication du changement en organisation, dans Bonneville, L, Grosjean, S. (Dir.). *La communication organisationnelle, approches, processus et enjeux*, (pp.177-224), Montréal : Chenelière éducation

Giroux, N., La gestion discursive des paradoxes de l'identité, *X^e Conférence de l'association internationale de management stratégique* les 13-14-15/06/2001, pp.1-27, Université de Laval, Québec, <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/13-xeme-conference-de-l-aims/communications/2397-la-gestion-discursive-des-paradoxes-de-lidentite/download>, (consulté en ligne le 02/07/2012)

Giroux, N., La mise en œuvre discursive du changement, (1996), pp.1-22, <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/18-veme-conference-de-l-aims/communications/1127-la-mise-en-oeuvre-discursive-du-changement/download>, (consulté en ligne le 01/07/2012)

- Giroux, N., La communication interne : une définition en évolution, *Communication et Organisation*, Numéro 5, (1994), pp1-14, <http://communicationorganisation.revues.org/1696>, (consulté en ligne le 29/06/2012)
- Giroux, N., Communication et changement dans les organisations, *Revue Communication et Organisation* Numéro 3, (1993), <http://communicationorganisation.revues.org/1615?lang=en>, (consulté en ligne le 29/12/2013)
- Glaser Barney, G, Strauss Anselm, L. (2009). *The discovery of grounded theory, strategies for qualitative research*, New Brunswick : Aldine transaction
- Godbout. T, J. (2000). *Le don, la dette et l'identité, Homo donator vs homo oeconomicus*, Paris : La découverte/M.A.U.S.S
- Goffman, E. (2013). *Comment se conduire dans les lieux publics, Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Collection Etudes Sociologiques, Paris : Economica
- Goffman, E. (2003). *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Editions de Minuit
- Goffman, E. (1996). *Stigmate*, Collection le sens commun, Paris : Editions de minuit
- Goffman, E. (1973). *Mise en scène de la vie quotidienne : les relations en public*, Collection le sens commun, Paris : Editions de minuit
- Gramaccia, G, Cordelier, B. (Dir.) (2012). *Management par projet. Les identités incertaines*, Collection Communication, Quebec : Presses Universitaires de Québec
- Gramaccia, G. (2008). Les actes de langage dans les organisations par projet, dans Bonneville, L, Grosjean, S. (Dir.). *Repenser la communication dans les organisations*, Communication des organisations, (pp.51-86), Paris : L'Harmattan
- Gramaccia, G. (2001). *Les actes de langage dans les organisations*, Communication des organisations, Paris : L'Harmattan
- Grand, A, Kopel, S. (2006). Consumérisme et crise de la médecine, *Santé décision management*, Volume 9/3-4, (21-38)
- Grawitz, M. (2009). *Méthodes des sciences sociales*, Droit public sciences politiques, 11^e édition, Paris : Dalloz
- Grimaldi, A. (2009). *L'hôpital, malade de la rentabilité*, Paris : Fayard
- Grippando, G-M, Mitchell, P-R. (1992). *Nursing perspectives and issues: 5th (fifth edition)*, Stamford: Delmar cengage learning,
- Gripi. (1986). *L'identité professionnelle de l'infirmière*, Collection infirmières d'aujourd'hui, Paris : le Centurion
- Grison, P, Jacobi, D. (2010). Manger au moins cinq fruits et légume par jour : savoirs et discours sur les effets bénéfiques de l'alimentation sur la santé, dans Romeyer, H (Dir.). *La santé dans l'espace public*, communication santé social, (pp.79-89), Rennes : Presses de l'EHESP
- Groleau, C. (2011). Technologie, organisation et communication, dans Grosjean, S, Bonneville, L, (Dir.) *La communication organisationnelle, Approches, Processus et enjeux*, (pp.225-252), Montréal, Chenelière éducation
- Grosjean, S, Bonneville, L. (Dir.) (2011). *La communication organisationnelle, Approches, Processus et enjeux*, Montréal : Chenelière éducation
- Grosjean, S, Huet, R, Bonneville, L., Du management des connaissances à la « communicabilité » des connaissances, dans Bonnet, J, Bonnet, R, Gramaccia, G. (Dir.) *Management et communication, mutations, emprunts et résonances*, (pp.59-93), Paris, L'Harmattan, 2010

Grosjean, M, Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*, Paris : PUF

Grosjean, S., Médiation instrumentale et activité collaborative de conception. Une analyse d'une forme de communication instrumentée, article inédit, *Université d'Ottawa*, (2004), pp.1-10, http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2004/Grojean/grojean.pdf, (consulté le 01/07/2012)

Gueguen, N, Gail (De), M-A., Le toucher : un indicateur culturel implicite du statut et du rôle, *Communication et Organisation*, Numéro 18, (2000), pp.1-8, <http://communicationorganisation.revues.org/2410>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

Guillier, F. (2011). Co-analyser pour co-construire : une stratégie pertinente pour les cadres de santé dans la pérennisation de la démarche qualité, dans Moncet, M-C (Dir.), *L'évaluation des pratiques professionnelles : une qualité des soins à construire ensemble*, (pp. 89-91), Rueil – Malmaison : Lamarre

Guyot, D. (2002). *Destins métis: contribution à une sociologie du métissage*, Collection tropiques, Paris : Karthala

Habermas, J. (2006). *Morale et communication*, Numéro 420, nouvelle édition, Paris : Champs Flammarion

Habermas, J. (2006). *Idéalisation et communication, agir communicationnel et usage de la raison*, Paris : Fayard

Hagan, A. (2007). La compétence culturelle des infirmières, *Cahiers METISS, Volume 2 Numéro 1*, (9-21)

Hall, T, E. (1984). *Le langage silencieux*, Paris : Seuil

Hall, T, E. (1979). *Au-delà de la culture*, Paris : Seuil

Hall, T, E. (1971). *La dimension cachée*, Paris : Seuil

Hart, J, Lucas, S. (2004). *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*, Paris : Lamarre

Hart, J. (2000). Les méthodes qualitatives. *Recherches en soins infirmiers Numéro 62*, (28-35)

Héas, S, Dargère, C. (Dir.) (2014). *Les porteurs de stigmates, entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives*, Collection Des Hauts et Débats, Paris : L'Harmattan

Hebrard, P. (Coord.) (2009). *Formation et professionnalisation des travailleurs sociaux, formateurs et cadres de santé*, le travail social, Paris : L'Harmattan

Hedoux, J. (2002). Dubar (Claude) la crise des identités, l'interprétation d'une mutation, *Revue française de pédagogie, Volume 139*, (158-162)

Heintz, C. (2011). Les fondements psychiques et sociaux de la cognition distribuée, dans Clément, F, Kaufmann, L (Dir.). *La sociologie cognitive*, Collection Cogniprisme, (pp.277-298), Paris : La maison des sciences de l'homme

Heller, T. (2009). Reconnaissance et communication : une logique de l'assujettissement, dans Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F., *Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail*, Communication et Organisation, Numéro 36, (pp.109-120), Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux

Hennion, A. (2013). D'une sociologie de la médiation à une pragmatique des attachements, *Sociologies, théories et recherches*, (1-47)

Henri, F, Lundgren-Cayrol, K. (2001). *Apprentissage collaborative à distance: faire comprendre et concevoir les environnements d'apprentissage virtuels*, Québec : Presses Universitaires de Québec

Hess, R, Weigand, G. (Dir.) (2006). *L'observation participante dans les situations interculturelles*, Anthropos, Paris : Economica

- Hesbeen, W. (2008). *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*, Issy-les-Moulineaux : Masson
- Hesbeen, W. (2008). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Issy-les-Moulineaux : Masson
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Revue Perspective soignante, Numéro 4*, (1-20)
- Holcman, R., *Une lutte de pouvoir entre direction et monde du soin*, (2006), pp.71-81, http://www.robertholcman.net/public/documents/fin_hopital_public/lutte_de_pouvoir.pdf, (consulté en ligne le 22/10/2012)
- Holcman, R. (2006). L'avenir de l'hôpital public français compromis ? *Journal de l'économie médicale, Volume 24 Numéro7-8*, (415-425)
- Holcman, R. (2002). Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent, analyse des ressources épuisables, *Gestion hospitalières Numéro 421*, (785-794)
- Holcman, R. (2001). *Comment appliquer les 35heures dans un service hospitalier ?* Mémoire de directeur d'hôpital, ENSP, Rennes
- Hotier, H. (Dir.) (2005). *Non verbal et organisation*, Communication des organisations, Grec/o. Paris : L'Harmattan
- Huët, R, Loneux, C. (2011). Responsabilité sociale des entreprises, éthique et communication, dans Grosjean, S, Bonneville, L, (Dir.) *La communication organisationnelle, Approches, processus et enjeux*, pp.280-310, Montréal, Chenelière éducation
- Huët, R., Régulation sociale et communication des entreprises, *suite au colloque Cersic Erellif les 7-8-9/09/2006 à rennes*, pp.1-10, article inédit, http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2006/Huet/huet06.pdf, (consulté en ligne le 01/07/2012)
- Hurlimann, C., Approche conceptuelle de la qualité des soins, *Adsp, Numéro 35*, (2001), pp.23-28, <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad352328.pdf>, (consulté en ligne le 12/04/2012)
- Hutchins, E. (1996). *Cognition in the Wild*, Collection Bradford Books, Cambridge : Mitpress
- Iivari, N., *The role of organizational culture in organizational change-identifying a realistic position for prospective is research*, (2005), pp.1-12, <http://is2.lse.ac.uk/asp/aspecis/20050036.pdf>, (consulté en ligne le 02/04/2013)
- Ivanciu, N. (2008). L'interculturel et les pièges des interactions en milieu professionnel, *Revue signes, discours et société*, (2-22)
- Jeanneret, Y. (2011). Complexité de la notion de trace. De la traque au tracé, dans Galinon – Méléneq, B (Dir.), *L'homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, (pp.59-86), Paris, Cnrs
- Jolivet, A. (2011). *La certification à l'épreuve de la communication: figures de la qualité et du travail du sens, le cas d'un établissement de santé*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Paul Sabatier III à Toulouse
- Jolivet, A. (2010). Voir les normes comme un travail de sens : le texte comme agencement de narration, *Etudes de communication, langages, informations, médiations Numéro 34*, Normes et écritures de l'organisation, (75-92)
- Jolivet, A. (2008). Faire sens dans les démarches qualité, dans Bouillon, J-L, Bourdin, S, Loneux, C. (Coord.). *Approches communicationnelles des organisations*, Sciences de la société, Numéro 74, (pp.180-187), Toulouse : Presses Universitaires du Mirail
- Kardiner, A. (1969). *L'individu dans la société*, Paris : Gallimard
- Kassembe, D. (2001). *Soigner en noir et blanc*, Paris : L'Harmattan

- Kaufmann, J-C. (2008). *L'enquête et ses méthodes, l'entretien compréhensif*, 2^e édition. Paris : Armand Colin
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2008). *Les actes de langage dans le discours, théorie et fonctionnement*, Mitterand, H. (Dir.), Paris : Armand Colin
- Kian, A. (2010). Erving Goffman : de la production sociale du genre à l'objectivation sociale des différences biologiques, dans Chabaud-Rychter, D, Descoutures, V, Devreux, A-M, Varikas, E. (Dir.). *Sous les sciences sociales, le genre*, pp.276-288, Paris : La découverte
- Kopp, N, Rethy, M-P, Bielet, C, Chapuis, F. (2010). *Ethique médicale interculturelle, regards francophones, cultures et médecines*, Paris : l'Harmattan
- Labelle, M., Un lexique du racisme, études sur les définitions opérationnelles relatives au racisme et aux phénomènes connexes, *Coalition internationale des villes contre le racisme, documents de discussion, Unesco, Numéro 1*, (2006), pp.1-49, <http://unesdoc.unesco.org/0014/001465/146588f.pdf>, (consulté en ligne le 01/05/2012)
- Lacoste, M. (2000). L'espace du langage. De l'accomplissement du travail à son organisation, dans Le Moëne. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la Société, Numéro 50/51, Mai/octobre 2000, (pp.197-215), Toulouse : Presses Universitaires du Mirail
- Lagace, P *et al.* (2010). Communication âgiste au travail : une voie de désengagement psychologique et la retraite des infirmières d'expérience, *Revue internationale de psychologie, Numéro 4 tome 23*, (91-121)
- Lahire, B. (2009). *L'homme pluriel, les ressorts de l'action*, pluriels sociologie, Paris : Hachette
- Lahire, B. (2006). *La culture des individus, dissonances culturelles et distinction de soi*, Paris : la découverte
- Lamizet, B. (1997). Incertitudes des territoires : approche conceptuelle, *Revue Quaderni Numéro 34*, (57-68)
- Laplantine, F. (2012). *Quand le moi devient autre, connaître, partager, transformer*, bibliothèque de l'anthropologie, Paris : Cnrs éditions
- Laplantine, F. (2012). Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie, dans Jodelet, D (Dir.) *Les représentations sociales*, Collection sociologie d'aujourd'hui, (pp.133-148), Paris : PUF
- Laplantine, F. (2010). *Je, nous et les autres*, Paris : Poche- le pommier
- Laplantine, F. (1987). *L'anthropologie*, Numéro 227, petite bibliothèque Payot, Paris : Seghers
- Landry, S. (2007). *Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints, le modèle des trois zones dynamiques*, Collection gestion, Québec : Presses universitaires de Québec
- Laramée, A. (2007). Arlette Bouzon, la place de la communication dans la conception d'un système à risques, *Communication Volume 26/1*, (194-197)
- Latour, B. (1987). Les vues de l'esprit, une introduction à l'anthropologie des sciences et techniques, dans *Réseaux volume 5 Numéro 27*, (79-96)
- Laudy, D *et al.* (2001). *Histoire de l'éthique médicale et infirmière, contexte socio culturel et scientifique*, les éditions infirmières, Montréal : Presses universitaires de Montréal
- Laurens, C. (2011). Les dimensions de l'être humain : facteurs prédictifs du rejet en transplantation rénale. Etude d'une cohorte de 54 greffés rénaux égyptiens(30) et Marocains (24) greffés et suivis dans leur pays d'origine entre 1996 et 2004, *Revue AFIDTN Numéro spécial transplantation, Numéro 95*, cahier scientifique don d'organes, donneur vivant, transplantation, (pp55-67), Rouen : oskarpresse
- Laurens, C., La valorisation de l'infirmière par ses pairs: une question de secteur d'activité, *Objectifs soin, Numéro 82*, cahier du management, (2000), pp VIII-X, Langres : wolters-kluwer

Laurens, P. (2003). L'impensable communication dans les normes de systèmes de management de la qualité, *Communication et Organisation, Numéro 23*, (1-10)

Laurens, P. (2000). Qualité et organisation, la preuve par la communication, dans le Moëne, C. (Coord). *La communication organisationnelle en débat*, sciences de la société, Numéro 50/51, mai/octobre 2000, (pp.241-259), Toulouse : Presses Universitaires du Mirail

Laurent, S. (2013). Pourquoi s'interroger sur les blancs ? de l'utilité des whiteness studies, dans Laurent, S, Leclère, T. (Dir.), *De quelle couleur sont les blancs ? Des "petits blancs" des colonies au "racisme anti-blancs"*, (pp.49-57), Paris : La découverte

Lavergne (De), C. *SIC et analyse de construction du sens en situation : comprendre les convergences, les discordances ou les émergences ?* (2011), pp.1-6, <http://tabarqa.u-bourgogne.fr/outils/OconfS/index.php/SIC/SFSIC17/paper/download/91/59>, (consulté en ligne le 11/04/2012)

Lavergne (De), C. (2007). La posture du praticien chercheur : une analyse de l'évolution de la recherche qualitative, *Recherches qualitatives, Actes du colloque Bilan et perspectives de la recherche qualitative, Hors-Série Numéro 3*, (1-16)

Laville, F. (2000). La cognition située. Une nouvelle approche de la rationalité limitée, *Revue économique volume 51 Numéro 6*, (.1301-1331)

Lawrence, P, Lorsch, J. (1994). *Adapter les structures de l'entreprise, intégration ou différenciation*, deuxième tirage, collection les classiques E.O, Paris : les éditions d'organisation

Lazure, G. (1998). Incertitude... influence de l'évolution d'un concept sur le développement de la connaissance infirmière, *Recherche en soins infirmiers, Numéro 53*, (24-37)

Le Bihan, Yann. (2011). *Femme noire en image, Racisme et sexisme dans la presse française actuelle*, Paris : hermann

Le Boterf, G. (2008). *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris : Eyrolles

Le Boterf, G. (2008). *Ingénierie et évaluation des compétences*, 5è édition, Paris : Editions d'organisation Eyrolles

Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris : Editions d'organisation

Le Breton, D. (2014). Le corps entre significations et informations, dans Renucci, F, Le Blanc, B, Lepastier, S. (Coord.). *L'autre n'est pas une donnée, Altérités, corps et artéfacts*, Collection Cognition, Communication, Politique, Hermès 68, (31-30), Paris : Cnrs

Le Breton, D. (2008). *L'interactionnisme symbolique*, Paris : PUF

Le Bris, V, Barthe, B., Ecrits de relève de poste : une activité continue, *Revue activités, Volume 10 Numéro 1*, (2013), pp.31-54, <http://www.activites.org/v10n1/v10n1.pdf>, (consulté en ligne le 06/05/2013)

Leclere, T, Laurent, S. (Dir.). (2013). *De quelle couleur sont les blancs ?* Ouvrage collectif, Paris : La découverte

Légal, J-B, Delouée, S. (2008). *Stéréotypes, préjugés et discrimination*, collection les topos, Paris : Dunod

Le Grand, J-L., *Implexité : implication et complexité*, (2000), <http://www.fp.univ-paris8.fr/recherches/JLLeGrandimplexite.html>

Le Moigne, J-L. (2009). *Le constructivisme Tome II, Epistémologie de l'interdisciplinarité*, Collection Ingenium, Paris : L'Harmattan

Leigh Star, S. (2007). Living grounded theory : cognitive and emotional form of pragmatism, dans Bryant, A, Charmaz, K (Eds.), *The sage book of grounded theory*, (pp.75-94), London: sage publication

- Leonard, J. (1978). *La France médicale au XIX^e siècle*, collection archives, Numéro 73, Paris : Gallimard/ Julliard
- Lépine, V, Parent, B. (2013). De la visibilité à l'individuation des cadres hospitaliers. L'obstacle de la dyschronie, dans Andonova, Y, Vacher, B. (Coord.). *Nouvelles formes de visibilité des individus en entreprise : technologie et temporalité*, Communication et Organisation, Numéro 44, (pp.41-52), Pessac : Presses Universitaires de Bordeaux
- Lépine, V. (2009). La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante : la communication des cadres de santé, dans Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F. (Coord.). *Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail*, Communication et organisation, décembre, Numéro 36, (pp.97-107), Pessac : Presses Universitaires de Bordeaux
- Lesourd, M. (2011). Traces coloniales. Le "Blanc" et "l'Indigène", regards croisés dans la mondialisation, dans Galinon - Méléneec. (Dir.). *L'homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, (pp.305-329), Paris : Cnrs éditions
- Lévi - Strauss, C. (1987). *Race et histoire*, Folio essais, Paris : Denoël
- Levy, I. (2008). *Soins, cultures et croyances*, Bruxelles : Estem
- Leyens, J-P. (2012). *Sommes-nous tous racistes ? Psychologie des racismes ordinaires*, Collection PSY-individus, groupes, cultures, Wavre : Mardaga
- Leyens, J-P *et al.* (1996). *Stéréotypes et cognition sociale*, Numéro 214, Collection psychologie et sciences humaines, Wavre : Mardaga
- Lipiansky, E-M. (1993). L'identité dans la communication, *Communication et langage*, Volume 97 Numéro 97, (31-37)
- Liquète, V., Formes et enjeux de la médiation, dans Liquète, V. (Coord.). *Médiations*, (pp.9-32), Paris, Cnrs, 2010
- Loriol, M., *Sens et reconnaissance dans le travail*, pp.1-13, (2011), http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/65/02/79/PDF/sens_et_reconnaissance-3.pdf, (consulté en ligne le 17/07/2013)
- Loriol, M, Boussard, V, Caroly, S., *Discrimination ethnique et rapport au public: une comparaison interprofessionnelle*, pp.1-17, (2010), http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/51/59/68/PDF/discrimination_pol_et_inf.DT.AG.pdf, (consulté en ligne le 19/07/2013)
- Loriol, M. (2009). Discussions informelles au sein du groupe de travail et construction du stress, *Communication et Organisation*, Numéro 36, (1-9)
- Loth, D. (2006). Les enjeux de la diversité culturelle : le cas du management des équipes interculturelles, *Revue internationale sur le travail et la société*, Volume 4 Numéro 2, (124-133)
- Mahy, I. (2011). Les approches symboliques et culturelles, dans Grosjean, S Bonneville, L (Dir.), *La communication organisationnelle, Approches, processus et enjeux*, pp.111-139, Montréal : Chenelière éducation
- Maisonneuve, J. (1993). *La dynamique des groupes*, 10^e édition, Paris : PUF
- Marandon, G. (2003). Au-delà de l'empathie cultiver la confiance : clés pour la rencontre interculturelle, *Revista CIDOB d'Afers internacionals* Numéro 61-62, (259-282)
- Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité, soi et le groupe*, Paris : Dunod
- Marchal, H, Stebé, J-M. (2010). *La diversité en France, impératif ou idéal?* Série Transversale débats, Paris : Ellipses Marketing
- Marchand, P, Ratinaud, P. (2012). *Être français aujourd'hui, les mots du « grand débat » sur l'identité nationale*, Paris : les liens qui libèrent

Mass, E. (2012). *Culture managériale et culture en action : analyse des dynamiques communicationnelles et régulatrices associées à ces cultures dans le passage d'un agir individuel à un agir collectif dans l'organisation*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines

Martineau, S. (2004). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites, Actes du colloque l'instrumentation dans la collecte des données, UQTR 26 novembre 2004, *Recherches qualitatives, Hors-Série Numéro 2*, (5-17)

Maurel, D. (2010). Sense-making : un modèle de construction de la réalité et d'appréhension de l'information par les individus et les groupes, *Etudes de communication, Numéro 35, pratiques informationnelles, questions de modèles et de méthodes*, (31-46)

Mayère, A., Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée, *Revue française des Sciences de l'information et de la communication, 4/2014*, Dossier recherche au féminin : de l'importance de la présence des femmes dans l'ensemble des domaines de la recherche en SIC : approches par domaines

Mayère, A., Communication organisationnelle et organisation de santé : enjeux et perspectives, *Revue internationale de communication sociale et publique*, Revue électronique, RICP 2013-8, (2013), pp.99-111, revuecsp@uqam.ca, (consulté en ligne le 09/05/2013)

Mayere, A. (2012). « Zéro papier » et « pense bêtes » à l'aune de l'informatisation du dossier de soins, *Revue d'anthropologie des connaissances, Volume 6 Numéro 1*, (115-139)

Mayère, A., Roux, A. (2009). Ecritures individuelles et collectives. Déclarer, ne pas déclarer, savoir dire et savoir jouer avec le dispositif, *Etudes de communication, Numéro 33*, (57-78)

Mbembe, A. (2006) La république et l'impensé de la « race », dans Blanchard, P et al. (Dir.). *La fracture coloniale, la société française au prisme de l'héritage colonial*, Numéro 232, (pp.143-157), Paris, La découverte

Mead. H, G. (2011). *L'esprit, le soi et la société*, 2è tirage, Le lien social, Paris : PUF

Mendes de Barros, L., L'interculturalité à l'heure de l'hybridation communicationnelle, dans *Traduction et mondialisation, 2010/1, Numéro 56*, (pp.173-180), Paris : Cnrs

Meier, O. (2008). *Management interculturel, stratégie, organisation, performance*, Paris : Dunod

Mercadier, C. (2012). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, le corps au cœur de l'interaction soignant soigné*, Paris : Seli Arslan

Mercadier, C. (2012). L'infirmière et l'écriture, pourquoi est-ce si difficile pour une infirmière d'écrire ? dans Arslan, S, Delomel, M-A, Dupuis, M et al, *Les soignants, l'écriture, la recherche, la formation, œuvrer au partage du sens du soin*, (pp.113-120), Paris : Seli Arslan

Mesnil C., Enjeux et paradoxes du management par projet, *Communication et Organisation, numéro 14*, (1998), pp.1-8, <http://communicationorganisation.revues.org/2131>, (consulté en ligne le 21/04/2013)

Meyer, C. (2001). *Aux origines de la communication humaine, ouverture philosophique*, Paris : L'Harmattan

Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité, *Recherches qualitatives, Volume 25 (1)*, (25-42)

Miangu, S., *Perspective interculturelle : comment l'hôpital peut-il soigner autrement ?* Initiative éthique et droits des malades, espace éthique assistance publique hôpitaux de Paris, <http://initiative-ethique.fr/2012/05/25/perspective-interculturelle-comment-lhopital-peut-il-soigner-autrement/>, (consulté en ligne le 17/07/2013)

Michaux, L. (2013). *Le soignant chercheur, pour une recherche humaine en soins*, Paris : Seli Arslan

Michon, C., Management et communication interne : les six dimensions à considérer, *Communication et Organisation*, La communication interne : une approche croisée, 5/1994, (pp.1-9), <http://communicationorganisation.revues.org/1713>, (consulté en ligne le 18/09/2013)

Mieyaa, Y, Rouyer, V., Genre, identité sexuée et émergence de cultures enfantines différenciées à l'école maternelle, *Actes du colloque international, Ministère de la Culture et de la Communication – Association internationale des sociologues de langue française – Université Paris Descartes*, 9es Journées de sociologie de l'enfance, (pp.1-10), Paris, 2010, http://www.enfanceetcultures.culture.gouv.fr/actes/mieyaa_rouyer.pdf (consulté en ligne le 28/04/2014)

Mintzberg, H. (2006). *Structure et dynamique des organisations*, Paris : éditions d'organisation

Mispelblom Beyer, F., Communication organisationnelle et parlars ordinaires, pp.217-239, dans Le Moëne, C. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat, Sciences de la Société*, Numéro 50/51, mai/octobre 2000, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail

Molette, P, Landre, A. (2011). *Tropes version 8.0 manuel de référence*, <http://www.tropes.fr>, (consulté en ligne le 12/04/2012)

Molinié, E., L'hôpital public en France : bilan et perspectives, *Avis et rapports du conseil économique et social*, république française, Numéro 10, 2005, (1-259)

Molinier, P. (2009). Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage? Les aléas de la bonne distance, *Revue de sciences humaines et sociales Temporalités* Numéro 9, (2-15)

Mongeau, P, Saint-Charles, J. (2011)), Les approches communicationnelles des groupes et des organisations, dans Grosjean, S, Bonneville, L. (Dir.). *La communication organisationnelle, Approches, processus et enjeux*, (pp.253-279), Montréal : Chenelière éducation

Monneyron, F. (2004). *L'imaginaire racial*, Collection racisme et eugénisme, Paris : L'Harmattan

Morillon, L, Bouzon, A, Cooren, F.(Coord.) (2009). *Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail*, Communication et organisation, décembre, Numéro 36, Pessac: Presses Universitaires de Bordeaux

Morillon, L, Bouzon, A. (2009). Les injonctions paradoxales de la communication interne en période de tensions organisationnelles, *Études de communication*, Numéro 33, (189-202)

Morrisette, J., Une perspective interactionniste, un autre point de vue sur l'évaluation des apprentissages, *Revue Sociologies*, 2010, <http://sociologies.revues.org/3028>, (consulté en ligne le 28/04/2014)

Moscovici, S. (Dir.) (2006). *Psychologie sociale dans la relation à autrui*, Paris: Armand Colin

Moscovici, S. *Psychologie des minorités actives*, Paris : PUF, 1979

Mucchielli, A. (2010). *Situation et communication*, Collection entreprendre et manager, Paris : Ovidia

Mucchielli, A. (2007). Le contexte organisationnel : essai de définition d'un concept nécessaire pour les études sur les organisations, dans Bouzon, A. (Dir.) *La communication organisationnelle en débat, champs, concepts, perspectives*, pp.131-143, Paris : L'Harmattan

Mucchielli, A. (2006). *Études de communications : Nouvelles approches*, Collection U, Science de la communication, Paris : Armand Colin

Mucchielli A et R. (1969). *Lexique des sciences sociales*, Paris : Editions sociales françaises

Mucchielli, R. (1996). *Le travail en équipe*, Numéro 18, Paris : ESF éditions

Mucchielli, R. (1995). *La dynamique des groupes*, Paris : ESF éditions

Ndiaye, P. (2011). *La condition noire : essai sur une minorité française*, Numéro 140, Paris : Folio actuel

Ndiaye, P. (2009). Questions de couleur. Histoire, idéologie et pratiques du colorisme, dans Fassin, D, Fassin, E. (Dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, (pp.45-62), Paris : La découverte

Ndobo, A. (2010). *Les nouveaux visages de la discrimination*, Ouvertures psychologiques, Bruxelles : De Boeck

Noel, T. (2001). *Coopération : comment conjuguer collaboration et relations humaines*, Paris : L'Harmattan

Norman, D.A. (1988). *The psychology of everyday things*, New York : My basicbook

Nowicki, J. Gérer l'interculturel alibi ? Mode ou illusion ? dans Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C., *Interculturel et communication dans les organisations*, Communication et Organisation, Grec/o, 2 è semestre 2002, pp.53-66, Pessac, STIG Université Bordeaux 3

Olivesi, S. (Dir.) (2009). *Sciences de l'information, et de la communication, objets, savoirs, disciplines*, la communication en plus, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble

Olivesi, S. (2005). *La communication selon Bourdieu : jeu social et enjeu de société*, Paris : L'Harmattan

Olivesi, S. (2004). *Questions de méthode : une critique de la connaissance pour les sciences de la communication*, Paris : L'Harmattan

Olivesi, S. (1977). De l'anthropologie à l'épistémologie de la communication ; variations critiques autour de Palo Alto, *Revue réseaux, Volume 15, Numéro 85*, (215-238)

Ommundsen Pessoa, L, Prum, M, Vircoulon, T. (Dir.) (2011). *Métissages*, Collection racisme et eugénisme, Paris : L'Harmattan

Paccioni, A, Sicotte, C, Champagne, F. (2008). Accreditation : a cultural control strategy, *Journal of Health care quality assurance*, 21(2), (pp.146-158), Bingley : Emerald

Paillassard, F, Castro, L., L'approche lean un outil préalable et indispensable à l'efficacité opérationnelle dans les systèmes hospitaliers : le cas des services d'urgence, (2010), pp.1-11, [http://giseh2010.isima.fr/papiers/\[065\].pdf](http://giseh2010.isima.fr/papiers/[065].pdf), (consulté en ligne le 03/04/2013)

Parrini – Alemanno, S (2007). Histoire et évolution des phénomènes émergents dans Les approches interactionnelles, des courants primitifs à la communication processuelle, dans Muchielli, A (Dir.). *L'interaction et les processus de l'émergence*, (pp.11-34), Paris : Eska

Pastoureau, M. (2011)., *Noir, histoire d'une couleur*, Paris : Seuil

Peneff, J. (2009). *Le goût de l'observation, comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Collection grands repères. Paris : la découverte

Perrenoud, M. (Dir.) (2013). *Les mondes pluriels de Howard.S.Becker : travail sociologique et sociologie du travail*, Collection Recherches, Paris : La découverte

Perrenoud, P., *Pouvoir et travail en équipe*, (1996), pp.19-39, http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1996/1996_10.html (consulté en ligne le 08/04/2013)

Perrin, N. (2005). La méthode inductive, un outil pertinent pour une formation par la recherche ? Quelques enjeux pour le mémoire professionnel, *La revue des hautes écoles pédagogiques et institutions assimilées de Suisse Romane et du Tessin, Numéro 2*, Le mémoire pour penser sa pratique, (125-137)

Persais, E. (2007), Le développement durable en entreprise : vers une diminution du risque éthique ?, dans Guillon, B. (Dir.). *Risque, formalisations et applications pour les organisations*, recherches en gestion, (pp.115-136), Paris, L'Harmattan

Petit, A. (1988). *Les infirmières, de la vocation à la profession*, Québec : Boréal

Petit, V. (2004). *Communication et domination dans les organisations : analyse d'un cabinet de conseil*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Ecole normale supérieure de lettres et sciences humaines, Lyon

Peyré, P., *La fonction de cadre de santé, entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui*, (2006), pp.1-10, <http://www.afscet.asso.fr/resSystemica/Pau%202006/peyreTXT.pdf>, (consulté en ligne le 14/04/2012)

Pierre, P. (2002). Le difficile croisement des cultures en entreprise, Blin, D, Cousserand, I, Mesnil, C. (Coord.). *Interculturel et communication dans les organisations*, Communication et Organisation Numéro 22, (pp.1-16), Pessac : STIG université Bordeaux 3

Pierru, F. (1999). L'hôpital entreprise : une self fulfilling prophecy avortée, *Politix*, Volume 12 Numéro 46, (7-47)

Pourtois, J-P, Desmet, H. (2007). *Epistémologie et instrumentation en Sciences Humaines*, Collection Psy-Théories, débats, synthèses, Wavre : Mardaga

Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence, *Journal of transcultural Nursing*, volume 13, Numéro 3, Unites States of América, Thousand Oaks, Sage Publication, (193-196)

Quenemer, N. (2009)., Performativité de l'humour : enjeux méthodologiques et théoriques de l'analyse des sketches dans les talk-shows, *Revue question de communication*, Numéro 16, Journalistes et sociologues, (265-288)

Quere, L. (1987). L'argument sociologique, *Réseaux*, Volume 5 Numéro 27, (97-136)

Quidot, S (2007). *La conversation banale : représentation d'une sociabilité quotidienne*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Charles de Gaulle Lille 3

Quivy, R, Campenhoudt, L-V. (2006). *Manuel de recherches en sciences sociales*, troisième édition, Paris : Dunod

Rabasso, C-A, Rabasso, E-J. (2007). *Introduction au management interculturel, pour une gestion de la diversité*, Paris : Ellipse

Rafoni, B. (2003). La recherche interculturelle, Etat des lieux en France, dans *Questions de communication*, Numéro 4, (pp.13-26), Nancy : Presses Universitaires de Nancy

Raoul, B. (2002). Un travail d'enquête à l'épreuve du terrain ou « l'expérience de terrain » comme relation en tension, *Etudes de communication*, Numéro 25, (87-103)

Réné, L. (2011). *La dynamique des interactions au cœur d'un dispositif de formation à distance, vu comme un système complexe de communication. Focus sur les représentations et les communications des acteurs*, Thèse de doctorat inédite en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Aix Marseille III

Rey, V, Van Den Avenne, C., langue et identité en situation migratoire : identité ethnique, identité linguistique, à chacun son bambara, *Actes do I simposio International sobre o bilinguismo*, 1998, (120-131)

Reynaud, J-D. (2004). *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, 3è édition. Paris : Armand Colin

Ribaut, M, Aromatorio, C. (1991). *L'hôpital entreprise, pourquoi pas*, Rueil- Malmaison : Lamarre

Richard, C, Lussier, M-T. (2005). *La communication professionnelle en santé*, Collection Sciences infirmières, Quebec ; Pearson ERPI éducation

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Essais points. Paris : Seuil

Ricœur, P. (2005). *Discours et communication*, Paris : L'Herne

- Rioux, M. (1950). Remarques sur la notion de culture en anthropologie, *Revue d'histoire de l'Amérique française*, Volume 4 Numéro 3, (311-321)
- Robelet, M. (2001). La profession médicale face au défi de la qualité. *Sciences sociales et santé*, Volume 19 Numéro 2, (73-98)
- Robert, P., *Une théorie sociétale des TIC. Penser les TIC entre approche critique et modélisation conceptuelle*, Collection communication, médias et construits sociaux, Paris, Hermès Lavoisier, 2009
- Robert, P. (2005). De la communication à l'incommunication ? *Communication et langages*, Numéro 146, (3-18)
- Robidoux, M., *Cadre de référence, la collaboration interprofessionnelle*, Ecole en chantier, université de Sherbrooke, (2007), pp.1-25, <http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>, (consulté en ligne le 09/05/2013)
- Rocher, G., La notion de culture, *Extrait chapitre IV : culture, civilisation et idéologie, introduction à la sociologie générale*, (1992), pp.1-10, http://jmt-sociologue.ugac.ca/www/word/387_335_CH/Notions_culture_civilisation.pdf, (consulté en ligne le 01/05/2012)
- Rodionoff, A. (2003). De l'empire du métissage... dans Thonon, M (Dir.), *Médiations et médiateurs*, MEI Numéro 19, (pp.109-118), Paris : L'Harmattan
- Rojot, J., Anthony Giddens et la théorie de la structuration, dans Le Moëne, C. (Coord.). *La communication organisationnelle en débat*, Sciences de la société, Numéro 50/51, mai/octobre 2000, (pp.309-314), Toulouse : Presses Universitaires du Mirail
- Rojot, J. (2009). *Théorie des organisations*, 2è édition, Paris : Eska
- Romero, E.J, Cruthirds, K.W. (2006)., The use of humor in the workplace, *Revue academy of management perspectives*, (58-69)
- Romeyer, H. (2012). La santé en ligne : des enjeux au-delà de l'information, *Communication*, volume 30 numéro 1, (1-21)
- Romeyer, H. (Dir.). (2010). *La santé dans l'espace public*, Communication santé social, Rennes : Presses de l'EHESP
- Romeyer, H. (2010). Discours médiatique et cancer en France de 2000 à 2005, dans Routier, C, Arripé (D'), A (Eds.), *Communication et santé : enjeux contemporains*, Santé et sciences sociales, Numéro 1248, (pp. 109-119), Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires Septentrion
- Romeyer, H. (2007). La santé à la télévision : émergence d'une question sociale, *Questions de Communication*, Numéro 11, (51-70)
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations, approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*, Québec : presses Universitaires de Québec
- Roussel, P, Wacheux, F. (Dir.) (2006). *Management des ressources humaines, méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, Bruxelles : De Boeck
- Rouveyrant, J-C. (2001). *Le guide de la Thèse, le guide du mémoire*, Paris : Maisonneuve et Larose
- Roux, A. (2013). Rationalisation des émotions dans les établissements hospitaliers : pratiques des soignantes face à un travail émotionnel empêché, *Revue internationale communication sociale et publique*, Numéro 8, (81-98)
- Saada, E. (2009). Un racisme de l'expansion, les discriminations raciales au regard des situations coloniales, dans Fassin, D, Fassin, E (Dir.), *De la question sociale à la question raciale ?* Numéro 308, (pp.63-79), Paris : La découverte poche
- Sainseaulieu, I. (2009). *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*, Paris : L'Harmattan

- Sainseaulieu, R. (1996). *L'identité au travail*, Collection références, Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques
- Saint-Amour, G, Desgroseilliers, F, Richard, M. (1987). *Engagement professionnel, un processus de socialisation en soins infirmiers*, Collège de bois de Boulogne, Québec : Decarie
- Schütz, A. (1998). *Eléments de sociologie phénoménologique*, Paris : l'Harmattan
- Schwartz, S.H. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications, *Revue française de sociologie, Volume 47 Numéro 4*, (929-968)
- Senac-Slawinski, R. (2012). *L'invention de la diversité*, Collection le lien social, Paris : PUF
- Sichman, J-S, Demazeau, Y, Conte, R, Castelfranchi, C., Un mécanisme de raisonnement social fondé sur des réseaux de dépendance, *Actes des 2^e journées francophones IAD & SMA* à Voison, France, (Mai 1994), pp.131-142, <http://www.lti.pcs.usp.br/scriptLattesV8.06/lti/artigos/1994/SICHMAN%20-%20Un%20m%C3%A9canisme%20de%20raisonnement%20social%20fond%C3%A9%20sur%20des%20r%C3%A9seaux%20de%20d%C3%A9pendence.pdf>, (consulté en ligne le 09/05/2013)
- Singly (De), C. (2010). Le soin "juste" sous contrainte économique de l'hôpital, dans Hirsch, E. *traité de bioéthique, fondements, principes, repères*, collection poche espace éthique, pp.554-566, Toulouse : Eres
- Shan, B., La communication interculturelle : ses fondements, les obstacles à son développement, *Communication et Organisation, Numéro 24*, (2004), pp.1-6, <http://communicationorganisation.revues.org/2928>, (consulté en ligne le 03/05/2013)
- Smith, J. (1994). *Collective intelligence in computer based collaboration*, United Kingdom, London : Lawrence Erlbaum associates publisher
- Soleymani, D., *L'interculturalité en soins et son management, Réflexions hospitalières, numéro 547*, (juillet-août 2012), pp.54-57, Paris : Revue Hospitalière de France
- Soumagnac, K. (2010). Les éditeurs de fiction à l'heure d'internet : quel renouvellement des pratiques de communication et d'organisation des savoirs ? dans Bonnet et al (Dir.), *Les savoirs communicants, entre histoire, usages et innovations*, Sociétés EUD, pp.62-68, Dijon : Editions Universitaires de Dijon
- Steck, B. (2011). Flux et territoires : de la trace à la marque, une question de distance, dans Galinon - Méléne, B. (Dir.). *L'homme trace, perspectives anthropologiques des traces contemporaines*, (pp.249-270), Paris : Cnrs éditions
- Steiner, P. (2001). Sociologie de l'acteur ou de la relation ? Le cas du don d'organe, *Revue européenne des sciences sociales, tome XXXIX, Numéro 121*, (111-124)
- Studler, F. (2004). Le management hospitalier de demain approche sociologique, *Revue Hospitalière de France, Numéro 497* (43-52)
- Stitou, R. (2007). *L'étranger et le différent dans l'actualité du lien social*, Collection l'impensé contemporain, Nantes : Pleins feux
- Strauss, A. (2009). *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Logiques sociales, Paris : L'Harmattan
- Surhone, L .M, Tennoe, M.T, Henssonow, S.F. (Eds.) (2010). *Merton Robert K, Merton thesis, strain theory, role set, narcotizing dysfunction, self fulfilling prophecy, sociology*, Leipzig : Betascript publishing
- Szafrajzen, B., *Les mécanismes en œuvre dans la construction identitaire d'une communauté virtuelle d'apprenants à distance*, (2010), pp.1-14, <http://isd.univ-tln.fr/PDF/isd32/isd32-szafrajzen.pdf>, (consulté en ligne le 02/10/2012)
- Talégrand, N. (2001). *Coopération : comment conjuguer collaboration et relations humaines*, Paris : L'Harmattan

- Tanon, F, Vermes, G. (1993). *L'individu et ses cultures*, CEE. Espaces interculturels, Paris : L'Harmattan
- Tap, P. (1986). *Identité personnelle et personnalisation*, Toulouse : Privat
- Terresac (De), G. (2002). *Le travail : une aventure collective*, Toulouse : Octares
- Tevanian, P. (2013). Réflexion sur le privilège blanc, dans Laurent, S et Leclère, T. (Dir.). *De quelle couleur sont les blancs ? Des "petits blancs" des colonies au " racisme anti-blancs"*, (pp.25-33), Paris : La découverte
- Thietart, R-A. (Dir.) (2006). *Méthodes de recherche en management*, 3^e édition, Paris : Dunod
- Tison, B. (2007). *Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle*, Issy-les-Moulineaux : Masson
- Tlahig, H. (2009). *Vers un outil d'aide à la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas du service de stérilisation*, Thèse de doctorat inédite, Institut polytechnique de Grenoble
- Thonon, M. (Dir.) (2003). *Médiations et médiateurs*, MEI Numéro 19, Paris : L'Harmattan
- Tome, J-F., Les enjeux de la communication à l'hôpital. Conférence introductive, *Communication et Organisation, Hors-série numéro 1*, Communication et hôpital, Analyse et diagnostique, (1994), pp.1-7, <http://communicationorganisation.revues.org/2984>, (consulté en ligne le 15/07/2012)
- Touboul, A-L, Vercher, E. (2008). Communication et santé : entre rationalité marchande, logique d'information et communauté d'intérêts, *TIC et société, Volume 2 Numéro 1*, (45-63)
- Toutut, J-P. (2010). *Organisation, management et éthique*, Paris : L' Harmattan
- Tremblay, D-G. (2005). Les communautés de pratique : quels sont les facteurs de succès ? *Revue internationale sur le travail et la société, Volume 3 Numéro 2*, (692-722)
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable pour une politique du Care*, Paris : La découverte
- Tzvetan, T. (2001). *Nous et les autres, la réflexion française sur la diversité humaine*, Numéro 250, Essais points, Paris : Seuil
- Vacher, B. (2010). Sens et normes font-ils bon ménage dans les organisations ? *Etudes de communication, Numéro 34*, (127-142)
- Vacher, B., Articulation entre communication, information et organisation en SIC, *Revue de recherche en information-communication, Gresec, Les enjeux de l'information et de la communication*, article inédit, 2009, http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2009/vacher/vacher.pdf, (consulté le 30/04/2012)
- Varo, G. (2001) Les présupposés de la notion d'interculturel, réflexions sur l'usage du terme depuis trente ans, dans Villanova (De), R, Hily, M-A, Varo, G. (Eds.). *Construire l'interculturel ? De la notion aux pratiques*, Collection espaces interculturels, Paris : L'Harmattan
- Varro, G. (2007). Les présupposés de la notion d'interculturel, réflexion sur l'usage du terme depuis trente ans, *Revue Synergies chili Numéro 3*, Pluralité linguistique et approche interculturelle, Díaz, O-M, Blanchet, P. (Coord.). (35-44)
- Vega, A. (2011). *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, une pensée d'avance, Paris : archives contemporaines
- Vega, A. (2007). *Soignants/soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Bruxelles : De Boeck
- Vega, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles, *Sciences sociales et santé, Volume 15 Numéro 15-3*, (103-132)

Verges, F. (2013). La ligne de couleur, esclavage et racisme colonial et post colonial, dans Laurent, S, Leclère, T. (Dir.). *De quelle couleur sont les blancs ? des "petits blancs" des colonies au "racisme anti blancs"*, (pp.76-87), Paris : La découverte

Vigarello, G. (1985). *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le moyen âge*, l'univers historique, Paris : Seuil

Villain-Gandossi, C. (2001). La genèse des stéréotypes dans les enjeux de l'identité/altérité Nord-Sud, dans Wolton, D. (Dir.). *Stéréotypes dans les relations Nord-Sud*, Hermès Numéro 30, pp.27-40, Paris, Cnrs éditions

Villanova, R, Hily, M-A, Varro, G. (2006). *Construire l'interculturel*, espaces interculturels, Paris : L'Harmattan

Villemagne, C. (2006). Des choix méthodologiques favorisant une approche inductive : le cas d'une recherche en éducation relative à l'environnement, *Recherches qualitatives*, Volume 26 (2), (131-144)

Villette, M. (1988). *L'homme qui croyait au management*, Paris : Seuil

Wacheux, F, Kosremelli, A., Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : le cas d'un hôpital universitaire, *Conférence internationale de management à Beyrouth, Liban*, (2007), pp.1-19, http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article_3fevfinal.pdf, (consulté en ligne le 09/04/2013)

Watson, J. (1998). *Le Caring, Philosophie et science des soins infirmiers*, Bonnet, J. (Trad.), Paris : Seli Arslan

Watzlawick, P, Beavin Bavelas, J, D.Jackson, D. (2011). *Pragmatics of human communication*, New York: W.W. Norton & company

Watzlawick, P, Weaklan, J. H. (2004). *Sur l'interaction Palo Alto 1965-1974, une nouvelle approche thérapeutique*, Numéro 510, Essais points, Paris : Seuil

Watzlawick, P, Helmick-Beavin, J, D.Jackson. D. (1979). *Une logique de la communication*, Essais points, Paris : Seuil

Watzlawick, P. (1978). *La réalité de la réalité, confusion, désinformation, communication*, Paris: Seuil

Watzlawick, P, Weakland, J, Fisch, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Essais points, Paris: Seuil

Weick, K. E, Vidaillet, B. (Coord.) (2009). *Le sens de l'action*, Paris : Vuibert

Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique, apprentissage, sens, identité*, Gervais, F (trad.), Québec : les Presses Universitaires Laval

Winkin, Y. (2001). *Anthropologie de la communication, de la théorie au terrain*, Numéro 448, nouvelle édition, Essais points, Paris : Seuil

Winkin, Y. (Dir.) (2000). *La nouvelle communication*, Numéro 136, Essais points, Paris : Seuil

Winkin, y., L'observation participante est-elle un leurre? *Communication et organisation*, Numéro 12, (1997), pp.1-6, <http://communicationorganisation.revues.org/1983>, (consulté en ligne le 27/09/2013)

Wolton, D. (Dir.) (2008). *Les sciences de l'information et de la communication, savoirs et pouvoirs*, cognition, communication, politique, Numéro 38, Hermès, Paris : Cnrs éditions

Yvanoff, X. (2005). *Anthropologie du racisme, Essai sur la genèse des mythes racistes*, Collection racisme et eugénisme, Paris : L'Harmattan

Zaïbet-Greselle, O., *Vers un partage des connaissances intelligent : acteur et facilitateur du changement*, (2009), pp.1-13, <http://www.isko-france.asso.fr/pdf/isko2009/GRESELLE.pdf>, (consulté en ligne le 01/07/2012)

Zaïbet-Greselle, O., *Définir et repérer l'intelligence collective dans les équipes de travail opérationnelles : le cas d'une PME du secteur de l'électronique*, (2007), pp.1-13, <http://isdm.univ-tln.fr/PDF/isdm28/isdm28-zaïbet.pdf>, (consulté en ligne le 02/06/2011)

Zaïbet-Greselle, O. (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas, *Management & avenir* 2007/4, Numéro 14, (41-59)

Zara, O. (2005). *Le management de l'intelligence collective, vers une nouvelle gouvernance*, Paris : M2 éditions

Zara, o. (2005). L'émergence du coaching collectif à travers le management de l'intelligence collective, pp.184-193, dans Dufau, H, Perdriset, F., *Le coaching, enjeux, paradoxes et perspectives*, *Revue Communication et Organisation*, Numéro 28, décembre 2005, Pessac, Presses Universitaires de Bordeaux

Zarifian, p. (1996). *Travail et communication*, Paris : PUF

Zeinep, O, Com-ruelle, L., *Qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer*, *Document de Travail Working paper*, numéro 19, Décembre (2008), pp 1-20, ISSN : 2102-6386, <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>, (consulté en ligne le 12/04/2012)

Index des auteurs

A

Abdalah-Pretceille M.308
 Adamczewski, G. 260
 Aïssani, Y. 325
 Alag, S. 415
 Albert, M-T.147
 Allegre, C-B. 282
 Almeida (D'), N. 129
 Amadieu, J-F. 308-359
 Amour (D'), D.269
 Anadon, M. 124-155
 Anafloous, M. 414
 Andonova, Y. 69-129
 Andreassan, A-E.282
 Andrieu, B.135
 Ansermet, C. 98-289-290-291
 Anzieu, D.87-255-261-263
 Aparecidia de Paula, M. 245
 Arborio, A-M. 67-184-246-426
 Arripe (D'), A. 124-200-333-335
 Arshad, M. 345
 Ashimolowo, M385-387.
 Aubé, C. 75
 Aubry, C. 8-22
 Aubry, F.254
 Austin, J-L. 337

B

Bancel, N.398-431
 Barrier, G. 234-359
 Barthe, B. 87-268-342
 Bastenier, A. 101
 Bateson, G.127-252-400
 Bazet, I.208
 Beavin-Bavela, J.374-379
 Bedard, Y.314
 Benelli, N. 6-110
 Benoit, D. 104-350
 Benson, R-H.152
 Bercot, R. 54-55
 Bereni, L. 2-290-394
 Bernard, F. 1-124-129-130-405
 Bernard, J. 81-86
 Bernoux, P.78-98
 Bertalanffy (Von), L.275
 Bertossi, C. 97-187
 Bidet, A. 331
 Birdwhistell, R-L.231
 Blais, M.134
 Blanchard, P330-398-410-431.
 Bonnet, J. 104-107-235-323-333-337-344-365-366-429-430

Bonnet, R. 52-10-107-235-323-333-337-344-365-366-429-430
 Bonneville, L. 12-56-57-67-84-85-124-185-192-226-322-337-429
 Bordes, O. 325
 Bosche, M.346
 Both, A. 106
 Bottega, C. 404
 Bouffartigue, P.253
 Bougnoux, D. 126-134-189
 Bouifrou, L. 153-188
 Bouillon, J-L. 72-75-82-104-123
 Boure, R. 129-138
 Bourret, P. 62-63-70-103-186-297-336-338
 Boussard, V. 49-50
 Bouteiller, J. 253
 Boutet, M. 331
 Bouznah, S. 307
 Bouzon, A. 2-8-20-21-22-26-39-46-73-76-103-187-200-240-267-314-349-390-422-426
 Brassac, C. 2
 Bruneau, T-J.346
 Burel, N.135
 Buscatto, M.113-119-147

C

Caillet, V. 48
 Carayol, V. 45-47
 Caroly, S. 49-50
 Castefranchi, C.273
 Castro, L. 74
 Caune, J. 92-93-96-128-135-238-362-365
 Cervelle, B. 314
 Cervulle, M. 306-308
 Chabrol, C. 406
 Champagne, F. 58
 Chanal, V. 283
 Chanlat, J-F. 414
 Chanier, T. 280
 Chauvin, S. 2-290-394
 Chave, F. 331
 Cicourel, A.133-195
 Cifali, M.246
 Clair, I. 2-290-393
 Clanet, C. 93
 Clarke, A-E.290-401
 Cognet, M.97-187-288-392
 Collière, M-F. 60-62-63
 Com-Ruelle, L. 31
 Conte, R. 273
 Cooley, C-H.262
 Cooren, F. 46-76-244

Cordelier, B. 323
 Coudray, M-A. 353
 Coulomb-Gully, M.49
 Coulon, R. 44
 Coutu- Wakulczyk, G. 99-102
 Couzinet, V. 92-187
 Crozier, M. 23-76-78-121-185-245-313
 Cruthird, K. 404
 Cuche, D.384-385
 Cussac, H.292

D

Daha- Rou, P. 138
 Dancausse, F. 106
 Darbon, S.78-81
 Dargère, C. 293
 Darras, B.90
 Datchary, C.249-250
 Davallon, J. 90-92
 Dechamp-Leroux, C.84
 Deguiral, R. 14
 D.Jackson, D. 203-250-374-379
 De la Broise, P.131-245-321-400
 De Lavergne, C.145-150-154-425
 Delfino, S.49
 Delouvé, S.293
 De Lourdes Oliveira, I. 130- 131-245
 Demaiziere, F. 122
 Demazeau, Y. 273
 Demorgon, J. 53-93-94
 Depelteau, F.164
 Derenne, R.35
 Dervin, B.244
 Desjeux, D. 52-308
 Desmet, H.123-125
 Develay, M.325
 Dicale, B. 290-397
 Dodier, N.78-81
 Donabedian, A.31-43
 Dubar, C. 76-100-188-383
 Dufrene, B.330
 Dumont, R. 90-214-399
 Dupagne, D.43
 Duplantie, A. 25-39-61
 Durand, G. 25-39-61

E

Evrard, C. 96-98-143-187

F

Fainzang, S. 82-85-184-276-329
 Fassin, D. 306-361-397-402-409
 Fassin, E361-397-409
 Faucheux, C.255-260
 Favret-Saada, J.153-305-390-398-424

Ferrari, G. 292
 Fisch, R.204-257-338
 Fischer, G-N. 313
 Fixmer, P. 23
 Forastelli, F.49
 Franchisteguy, I. 47
 Frexinos, J. 16
 Friedman, A.195
 Friedberg, E. 76-78-121-185-245-313

G

Gaignard, L. 309-386
 Gail, (De), M-A. 347
 Galinon - Méléneq, B.8-25-86-87-93-127-129-132-172-184-189-203-214-215-248-310-426
 Gardère, E. 130-189-362-363
 Gay, C. 353
 Gervais, M. 314
 Gherardi, L.336
 Giacobbi, M.77
 Giddens, A.34
 Girin, J.262
 Giroux, N. 129-132-244-280-284-335-339-415
 Glaser, B-G. 6-112-119
 Goffman, E. 8-67-124-146-152-203-210-234-249-252-264-271-322-330-348
 Gourdol, J-Y. 61
 Gramaccia, G. 36-88-158-187-235-262-282-323-344-349-362-366-429-430
 Grand, A. 83-185
 Grimaldi, A.36-43
 Grippando, G-M. 17-61
 Grison, P. 84
 Groleau, C. 56-132-186
 Grosjean, M. 4-5-13-105-120-156-173-190-194-195-196-202-207-213-216-219-225-227-229-238-423
 Grosjean, S.12-23-56-57-67-131-192-226-245-262-321-337-400-410-429-430
 Gueguen, N. 347
 Guillemette, F. 124-155
 Guillier, F. 88-187
 Guyot, D. 291-397

H

Hagan, A. 102
 Hall, T-E. 127-128-208-209-213-227-231-263-264
 Hart, J.24-131
 Héas, S. 293
 Hedoux, J.270-277
 Heintz, C.194
 Heller, T. 68

Helmick-Beavin, J. 203
 Hennion, A. 146
 Henri, F. 267
 Hesbeen, W.26-29-31-35
 Hofstede, G.58
 Holcman, R. 76-77-286
 Huët, R. 226-334-413
 Hughes, E-C. 67-152
 Hurlimann, C. 31
 Hutchins, E.132-219-365

I

Iivari, N. 58

J

Jacobi, D. 84
 Janis, I. 272
 Jaunait, A. 2-394
 Jeanneret, Y.223
 Jeansoulin, R. 314
 Jolivet, A. 34
 Joule, R-V. 1-405

K

Karchid, S. 138
 Kassembe, D. 378-387
 Kian, A. 401
 Kopel, S.83-185
 Kosmerelli Asmar, M.270-285

L

Labelle, M. 101-306
 Lacoste, M.4-5-13-26-105-120-156-173-
 190-194-195-196-202-207-213-216-219-
 225-227-229-233-238-423
 Lagacee, M.383
 Lamizet, B.92-314
 Landre, A.165-166
 Landry, S. 87-202-212-256-262-272-274-
 292-303-425
 Lapassade, G. 144-145-151
 Laplantine, F. 30-390
 Laramée, A. 73
 Laroche, Y. 25-39-61
 Latour, B. 146
 Laudy, D. 25-39-61
 Laurens, C. 68-99-100-186
 Laurens, P. 24-33-34-86-183
 Laurent, S91-375-379
 Laville, F. 151
 Lawrence, P.40-341
 Lazure, G. 318-323
 Lebris, V. 342
 Le Boterf, G.267
 Le Breton, D.135

Leclere, T.91-379
 Legal, J-B.293
 Legido-Quigley, H.31
 Le Grand, J-L. 150
 Leigh- Star, S. 119
 Lemaire, S. 398-431
 Le Moënné, C. 244
 Le Moigne, J-L. 106-276
 Leonard, J. 79
 Lepastourel, N.345
 Lepine, V. 340-341
 Lesourd, M. 396-398
 Levy, I. 390
 Levy, R. 269
 Lewertowski, C.307
 Leyens, J-P. 388-391-407
 Licoppe, C. 249
 Liqueste, V. 50
 Lipiansky, E-M.384
 Loneux, C. 334-413
 Loriol, M. 49-50-54-55-57-252
 Lorsch, J. 40-341
 Loth, D. 106
 Louart, P. 108
 Lozachmeur, G.84
 Lucas, S. 24
 Lundgren-Cayrol, K.267
 Lussier, M-T. 85

M

Maas, E. 72-75-82-104-123
 Magnon, R. 64
 Mahy, I. 360-362
 Maisonneuve, J. 272
 Marandon, G. 94-96
 Marc, E. 321-383
 Marchal, H. 9
 Marchand, P. 367
 Marchiori, M. 245
 Martin-Juchat, F.132
 Martin, J-Y. 255-261-263
 Martineau, S.134-149
 Mathieu-Fritz, A. 55
 Maurel, D. 244
 Mayere, A. 33-56-85-124-186-196-208-
 325-344
 Mead, G-H.9-134-309
 Meier, O. 106-107
 Mendes de Barros, L.89
 Mesnil, C.340
 Mercadier, C. 228-242-243-319
 Meyer, C. 8-23
 Meyor, C. 134
 Michaux, L. 305
 Michel, F-B.81-86

Michon, C. 339-340-345
 Mieyaa, Y. 170
 Mintzberg, H. 120
 Mispelblom-Beyer, F. 148-327
 Mitchell, P-R. 17
 Molette, P. 165-166
 Molinie, E. 15
 Molinier, P. 376
 Monneyron, F. 385-393
 Mongeau, P. 255-275-414
 Morillon, L. 46-76-349
 Morrissette, J. 228
 Moscovici, S. 255
 Mucchielli, A. 108-147-199-204-244-256-257-296
 Mucchielli, R. 65-263-271-274

N

Narcy-Combes, J-P. 122
 Ndiaye, P. 28-394-396
 Ndobu, A. 83-410
 Neuijen, D-D. 58
 Norman, D. 132
 Nowicki, J. 58-94

O

Ohayv, D. 58
 Olivesi, S. 127
 Ollivier-Yaniv, C. 84
 Ommundsen Pessoa, L. 90

P

Paccioni, A. 57-58
 Paillassard, F. 74
 Parent, B. 340
 Parrini-Alemanno, S. 133-336
 Pastoureau, M. 91
 Pecker, J. 81
 Perrenoud, P. 275
 Persais, E. 22-59
 Petitat, A. 64
 Peyre, P. 71
 Picard, D. 321
 Pierre, P. 52
 Pierru, F. 39
 Piponnier, A. 122
 Pourtois, J-P. 123-125
 Proulx, S. 136
 Prud'homme, D. 97-187
 Purnell, L. 102

Q

Queinnec, Y. 87-268
 Quenemer, N. 403-404-405
 Queré, R. 92

Quivy, R. 163

R

Rabasso, C-A. 101
 Rabasso, E-J. 101
 Raichvarg, D. 333
 Raoul, B. 136
 Ratinaud, P. 367
 Reffay, C. 280
 Rennes, J. 49
 Revillard, A. 2-290-394
 Rey, V. 212
 Reyes, P. 106
 Reynaud, J-D. 202.
 Ricoeur, P. 384
 Richard, C. 85
 Riondet, J. 33
 Robert, P. 308-406
 Robichaud, D. 244
 Robidoux, M. 268-269
 Rocher, G. 101
 Rodionoff, A. 89
 Rodriguez Alencar, T-G. 130
 Rojot, J. 21-22-34-40-41-45-121
 Romero, E-J. 404
 Romeyer, H. 84-185
 Rouleau, L. 41
 Rouyer, V. 170
 Roux, A. 185-242-344
 Roux, J-P. 77

S

Sainsaulieu, I. 23-25-108
 Saint-Charles, J. 255-275-414
 Saki, M. 84
 Sanders, G. 58
 Schwartz, O. 125
 Senac-Slawinski, R. 391
 Shan, B. 391
 Sichman, J-S. 273.
 Sicotte, C. 57-58-85-124-185-269-322
 Soumagnac, K. 334
 Stebe, J-M. 9
 Steck, B. 398
 Steiner, P. 77
 Stitou, R. 361
 Strauss, A-L. 6-112-119-123-195-236
 Suchman, L. 103-133
 Szafrajzen, B. 148

T

Talegrand, N. 254
 Terssac (De), G. 286
 Teste, B. 345
 Tevanian, P. 410

Thevenet, M. 107
Thonon, M.92
Tine, M-A. 323
Tlahig, H. 45
Todorov, T. 385
Tougas, F. 383
Tremblay, D-G. 278-281

V

Vacher, B. 69-373-415
Van Campenhoudt, L. 163
Van Den Avenne, C. 212
Varo, G. 214
Vega, A. 94-329
Verges, F.91
Viard, P. 366
Villain-Gandossi, C.406
Villanova (De), R.27
Villemagne, C. 110-111-189
Villette, M. 105
Vircoulon, T. 90

W

Wacheux, F. 270-285
Watson, J. 35
Watzlawick, P.124-127-129-131-148-203-
204-256-257-320-327-338-364-374-376-
379-386-405-429
Weakland, J. 204-257-338
Weick, K. 243
Wenger, E. 277-279-280-282
Winkin, Y. 23-94-127-128-153-347-368-
414-425-429

X, Y, Z

Yvanoff, X. 387-388-391
Zaibet-Greselle, O. 415
Zara, O. 105
Zarifian, P.267
Zeinep, O. 31

Index des figures et des tableaux

Figure 1 Représentation de l'organisation en pôles de l'hôpital enquêté	75
Figure 5 Pourcentage des soignantes autochtones et non autochtones sur les dix pôles enquêtés.....	175
Figure 6 Nombre de participants autochtones et non autochtones selon la fonction, le pôle clinique d'exercice	175
Figure 7 Nombre (en ordonnée) de participants autochtones et non autochtones selon la fonction, sur les pôles inclus autres que cliniques	176
Figure 8 Nombre (en ordonnée) de participants autochtones et non autochtones avec comparatif du pôle gériatrie versus autres pôles enquêtés	176
Figure 9 Caractéristiques des soignantes selon l'âge, l'ancienneté dans le service, dans l'hôpital et le diplôme dans la fonction occupée	179
Figure 10 Ancienneté sur le poste de cadre de santé et antérieurement au poste d'infirmière, des cadres de santé enquêtées (en années)	179
Figure 11 Pays de naissance des soignantes non autochtones (nombre)	180
Figure 12 pays de naissance des parents des soignantes non autochtones (nombre)...	180
Figure 13 Caractéristiques des soignantes enquêtées selon le sexe, le lieu de naissance, le lieu de scolarisation, le lieu de naissance et de vie des parents le lieu de formation professionnelles (le nombre est en ordonnée)	181
Figure 22 Disposition des soignantes pendant la relève du 29/04/2011 à 13H30	198
Figure 14 Représentation du positionnement des soignantes pendant la relève	201
Figure 23 Synthèse des éléments de la relève perçus comme déterminants par certaines soignantes	258
Tableau 15 Mots cités uniquement par les aide-soignantes à la question 6	355

Table des annexes (cf. volume 2 de la thèse)

1 : Serment d'Hippocrate originel	1
2 : Calendrier de l'enquête	2
3 : Courrier adressé aux soignantes interviewées	3
4 : Questionnaire auto administré pour recueillir les caractéristiques de la population Enquêtée	5
5 : Guide d'entretien	7
Grosjean et Lacoste (1999)	8
7 : Grilles de recueil de données de l'observation des relèves	9
8 : Courrier de suivi adressé aux interviewées	10
9 : Figure 22 : Disposition des soignantes dans l'espace pendant les quinze séquences de relèves observées	11
10 : Tableau 16 : Données des questionnaires auto administrées, question 6	19
11 : Tableaux 17-18-19-20 : Données des questionnaires auto administrés, question 7 A et B	21
12 : Figure 14 : synthèse des éléments de définition du travail des cadres de santé par elles-mêmes	26
13 : Figure 15 : Synthèse des éléments de définition du travail des infirmières par elles- mêmes	27
14 : Représentations graphiques 1 : univers de référence et références utilisées par les cadres de santé, les infirmières, les aide-soignantes pour définir leur travail (Réponse à la question 1), selon l'analyse de Tropes	28
15 : Figure 16 : Synthèse des éléments de définition du travail des aide-soignantes par elles-mêmes	32
16 : Représentations graphiques 2 : univers de référence et références utilisées par les cadres de santé, les infirmières, les aide-soignantes dans le discours en réponse à la question9 (« <i>qu'est ce qui détermine vos actions dans le travail ?</i> ») selon l'analyse de Tropes	33
17 : Figure 17 : Synthèse des déterminants de l'action pour les cadres de santé	36
18 : Tableau 1 : Les déterminants de l'action pour les infirmières et les aide-soignantes autochtones et non autochtones	37
19 : Tableau 2 : Définition de la communication et la perception de celle-ci par les cadres de santé	38
20 : Représentations graphiques 3 : univers de référence et références utilisées par les soignantes à propos de la communication au quotidien et les moments de communication (question 3 et 6) selon l'analyse de Tropes	39
21 : Tableau 3 : Définition de la communication et la perception de celle-ci par les infirmières et les aide-soignantes	47
22 : Figure 18 : Synthèse des perceptions des soignantes dans la communication	48
23 : Tableau 4 : Analyse quantitative des situations de communication évoquées par les soignantes	49
24 : Tableau 5 : Eléments des situations de communication narrées par les cadres de santé autochtones	50
25 : Représentations graphiques 4 : univers de référence et références utilisées par les soignantes dans les situations de communication (question 5) selon l'analyse de Tropes	51
26 : Tableau 6 : Eléments des situations de communication narrées par les cadres de santé non autochtones	56
27 : Tableau 7 : Eléments des situations de communication narrées par les infirmières autochtones	57

28 : Tableau 8 : Eléments des situations de communication narrées par les infirmières non autochtones	58
29 : Tableau 9 : Eléments des situations de communication narrées par les aide-soignantes autochtones	59
30 : Tableau 10 : Eléments des situations de communication narrées par les aide-soignantes non autochtones	60
31 : Représentations graphiques 5 : Univers de référence et références utilisées par les soignantes à propos de la relève (question 10) selon l'analyse de Tropes	61
32 : Représentations graphiques 6 : Univers de référence et références utilisées par les soignantes pour exprimer leur sentiment en équipe selon l'analyse de Tropes	66
33 : Tableau 11 : Les déterminants du soin exprimés selon la fonction des soignantes autochtones et non autochtones	70
34 : Représentations graphiques 7 : Univers de référence et références utilisées dans la définition du soin par les soignantes selon l'analyse de Tropes	72
35 : Tableau 12 : Avantages et inconvénients de l'interculturel dans les soins selon les soignantes interviewées autochtones et non autochtones	76
36 : Représentations graphiques 8 : Univers de référence et références utilisées par les soignantes à propos de l'interculturel dans le soin selon l'analyse de Tropes	77
37 : Représentations graphiques 9 : Univers de référence et références utilisées par les soignantes à propos de la différence culturelle et la standardisation selon l'analyse de Tropes	81
38 : Tableau 13 : Données d'observation pendant l'enquête (journal de bord)	85
39 : Tableau 14 : Les mots les plus cités par les soignantes dans la définition du Prendre soin (question 6) quel que soit leur fonction	88
40 : Tableau 21 : Les avantages de la différence culturelle cités par les soignantes dans la relation de soin Tableau n°22 : Les inconvénients de la différence culturelle cités par les soignantes dans la relation d'équipe	89
41 : Tableau 23 : Les avantages de la différence culturelle cités par les soignantes dans la relation de soin Tableau n°24 : Les inconvénients de la différence culturelle cités par les soignantes dans la relation d'équipe	90
42 : Avis favorable anonymisé du CER	91
43 : Recueil des données d'observation de la relève du 29/04/2011 d'une équipe Soignante	92
44 : Retranscription des 55 entretiens menés auprès des cadres de santé, des infirmières et des aide-soignantes en 2011	110
45 : retranscription des séquences enregistrées de relève et de point	421

Table des matières

Sommaire

Introduction générale	1
Partie I L'hôpital, un monde organisationnel contraint	10
Chapitre 1 L'hôpital : un lieu de soin dans une société en mutation	14
1 L'hôpital : du moyen âge à aujourd'hui	15
1-1 Le moyen âge et ses tourments	15
1-2 De l'influence des maures à la période révolutionnaire	16
1-3 L'essor de la médecine et des hôpitaux laïcs	17
2 L'hôpital : un établissement de service public	18
2-1 La sauvegarde du système de santé en France	18
2-2 L'hôpital : une entreprise de soins avec recherche de productivité	19
2-3 L'incertitude dans le cadre contraint de l'hôpital	20
3 L'hôpital : un lieu de normalisation généralisée	28
3-1 La normalisation et la standardisation des pratiques soignantes	28
3-2 La qualité en contexte hospitalier	31
3-3 Une normalisation et une "critérisation" généralisée	33
Conclusion chapitre 1	36
Chapitre 2 L'hôpital : Une structure organisationnelle contraignante	38
1 Le pouvoir dans l'organisation	38
1-1 Des missions de service public peu valorisées et des contraintes économiques fortes	39
1-2 Des publics hétérogènes dans un lieu contraint	46
1-3 Des équipes diversifiées	53
2 Le nécessaire travail en équipes soignantes	57
2-1 Une évolution des métiers	57
2-1-1 Les infirmières	60
2-1-2 Les aide-soignantes	65

2-1-3 Les cadres de santé	69
2-2 Un univers hiérarchisé asymétrique	75
2-2-1 Les médecins	78
2-3 Une co-construction de sens	87
3 Un lieu d'hybridation	89
3-1 L'émergence de la culture.....	94
3-2 Une diversité culturelle au sein de l'hôpital	96
3-3 Une culture soignante et/ou des cultures soignantes ?	98
3-4. Un cadre de santé manager de l'interculturel	103
Conclusion chapitre 2	109

Chapitre 3 De quelle manière la cadre de santé devient chercheur ? ... 111

1 La mobilisation de la "théorie fondée" par la cadre de santé	112
1-1 Le parcours professionnel du chercheur	113
1-1-1 Une trajectoire	114
1-1-2 Une volonté	118
1-2 Allers et retours entre théorie et pratique	119
1-3 L'observateur participant "visible et de l'intérieur", une gestion périlleuse ...	121
1-3-1 Le choix de la communication des organisations	126
1-3-2 Le terrain d'enquête	136
2 La détermination des choix empiriques	137
2-1 Le choix du terrain d'investigation	137
2-1-1 Une validation scientifique préalable : le CER	139
2-1-2 Les caractéristiques de la population enquêtée	140
2-1-3 Transiger entre un hôpital morcelé et des activités disparates pour les professionnelles	140
2-2 Le choix des techniques de recueil et leur technique d'analyse	143
2-2-1 Une observation participante	144
2-2-1-1 Un observateur chercheur	144
2-2-1-2 Quand le chercheur prévaut sur la professionnelle et Réciproquement	145
2-2-1-3 L'observateur participant "visible et "de l'intérieur" ...	149

2-3 Le recueil de données et l'éthique du chercheur	149
2-3-1 Le chercheur "caméléon" ou chercheur à découvert	150
2-3-2 Une clarification nécessaire des attentes du groupe sur le terrain	152
2-3-3 De l'interprétation des résultats	155
3 Le choix raisonné d'un moment clé : la relève	156
3-1 Un choix raisonné d'observation	157
3-1-1 Les données des quinze séquences de relève	158
3-1-2 La technique d'analyse des séquences de relève	159
3-1-3 L'observation des quinze séquences de point	159
3-2 Les entretiens semi directifs et les questionnaires auto administrés	161
3-2-1 Une méthode qualitative : l'entretien	161
3-2-1-1 De l'intention à la réalisation de l'entretien	161
3-2-1-2 La réalisation de l'entretien	163
3-2-1-3 la technique d'analyse	164
3-2-2 Une méthode quantitative : le questionnaire auto-administré	166
3-2-2-1 L'élaboration du questionnaire	167
3-2-2-2 Le profil de la population	168
3-2-2-3 "Autochtone" ou "non autochtone"	168
3-2-2-4 Faire la part du discours convenu dans les propos soignants...	170
3-2-2-5 La passation et le retour du questionnaire	171
3-2-2-6 La technique d'analyse du questionnaire	171
3-2-2-7 Une méthodologie raisonnée	172
4 Le profil des équipes soignantes côtoyées dans l'enquête	174
4-1 Les caractéristiques par pôles	174
4-2 Les caractéristiques des soignantes interrogées lors de l'enquête	177
Conclusion chapitre 3	182
Conclusion de la partie I	183

Partie II Une dimension "clandestine" révélée à l'hôpital ...191

Chapitre 1. Comment le chercheur interprète ce que vit la

cadre de santé ? 194

1 Des constatations prévisibles, d'autres inattendues..... 194

1-1 La relève : mise en tension des résultats	196
1-1-1 Les participants à ce moment communicationnel	197
1-1-2 Le positionnement des soignantes	197
1-1-3 Les données stables au cours de la relève	204
1-2 La relève et le "point" : des pratiques contingentes	205
1-2-1 Les modalités d'intervention selon la position dans l'espace	205
1-2-2 Les modalités d'intervention selon la posture	208
1-2-3 Les cadres de participation	209
1-2-3-1 L'émergence du discours	210
1-2-3-2 Les mots et le corps se mêlent tout en se singularisant ...	210
1-2-3-3 Quand l'affect est mis au jour	212
1-2-3-4 Être une soignante non autochtone	213
1-2-4 Les normes de l'interaction	214
1-2-5 Des activités concurrentes et intrusives	217
1-2-6 Les données des enregistrements des deux relèves à 13h30	218
1-2-6-1 Le contenu de la relève	218
1-2-6-2 Le déroulement de la relève	226
1-2-6-3 Les postures pendant la relève	226
1-2-6-4 Les actes communicationnels : deux types de communication, Verbale et non verbale	228
1-2-7 Les données d'observation des quinze séquences de point	231
1-2-7-1 Les participantes et le déroulement du point	231
1-2-7-2 Le contenu du point	232
1-2-7-3 Le déroulement du point	234
1-2-7-4 Les actes communicationnels pendant le point	235
1-3 Des moments professionnels forts	238
1-3-1 La relève, un moment fort de rencontres périodiques codifiées ...	238

1-3-1-1 Une élaboration normalisée	239
1-3-1-2 Les cooccurrences liées à la relève	240
1-3-1-3 L'émergence de l'émotionnel	242
1-3-1-4 L'individu, déterminant de ce temps communicationnel ...	243
1-3-1-5 De l'oral à l'écrit...une difficulté pour les aide-soignantes ...	245
1-3-2 La relève, des moments d'échanges humains forts	248
1-3-2-1 L'existence d'une dispersion	248
1-3-2-2 Le rappel à la règle	250
1-3-3 La relève, un moment d'échanges hiérarchisés	251
1-3-3-1 Un conflit de rôles dans une relève cadrée	251
1-3-3-2 L'aide-soignante...et le paradoxe du temps	253
1-3-3-3 Les échanges hiérarchisés et impensés	254
1-3-4 La dynamique de l'équipe soignante	259
1-3-4-1 Une équipe, un groupe...	259
1-3-4-2 Des individus... une dynamique	260
1-3-4-3 Les soignantes: un groupe restreint métissé ?	261
1-3-4-4 La reconnaissance et la dynamique de progrès.....	264
2 Un travail collectif revisité	266
2-1 un "agir ensemble"	266
2-1-1 Collaboration et/ou coopération soignante ?	266
2-1-2 Des individus à la cohésion... l'engagement du groupe	270
2-1-3 Une interdépendance multiple des soignantes	273
2-2 L'équipe de soin	274
2-2-1 L'équipe... espace de communication contrôlé	275
2-2-2 L'équipe... un système complexe	276
2-3 Une communauté de pratique"s"	277
2-3-1 Un lien communicationnel et cognitif	277
2-3-2 Une communauté de pratique soignante : espace de Communication	279
2-3-3 Une communauté de pratique"s" reconnue et inter reliée	282
3 Des équipes "métissées"questionnées	284
3-1 Des contradictions invisibles et/ou occultées	285

3-1-1 Collaboration et imperméabilité des échanges	285
3-1-2 L'illusion d'une liberté d'expression	286
3-1-3 L'émergence d'une discrimination genrée	287
3-1-3-1 ... par le métier	287
3-1-3-2 ... par le sexe et l'ethnie	289
3-1-3-3 ... par l'histoire	290
3-1-3-4 ... par la couleur de la peau	291
3-1-4 Les pratiques comportementales singulières se confrontent	292
3-2 Des non-dits chez les soignantes	295
3-2-1 Le discours managérial des cadres de santé	295
3-2-1-1 ... dans les missions	295
3-2-1-2 Quand l'interculturel émerge...	297
3-2-1-3 La communication intègre la dimension interculturelle ...	298
3-2-2 Les infirmières	300
3-2-2-1 L'équipe et le "prendre soin"	301
3-2-2-2 L'équipe et le travail	302
3-2-3 Les aide-soignantes	302
3-2-3-1 Un lien hiérarchique et une division des tâches	302
3-2-3-2 Une dimension relationnelle du travail	303
3-2-3-3 Communication, culture et affect	304
3-3 Un constat risqué	305
Conclusion chapitre 1	309

Chapitre 2. Quand la théorie interculturelle questionne la communication des équipes soignantes métissées	312
1 Une communication interpersonnelle omniprésente	312
1-1 L'incertitude et la standardisation des pratiques soignantes	312
1-1-1 L'incertitude dans l'imprévisibilité de l'action	313
1-1-2 L'incertitude dans l'espace de communication	314
1-1-3 Les soignantes appréhendent la standardisation	315
1-1-3-1 Une réalité de la normalisation et de l'humain	315
1-1-3-2 Une communication interculturelle contrainte	316

1-1-3-3 la liberté de choix contrainte par les normes	317
1-1-4 Une singularité humaine imprévisible	318
1-1-4-1 La place de l'émotionnel	318
1-1-4-2 Un espace communicationnel mouvant	319
1-1-5 Une communication incertaine	321
1-1-6 Des projets institutionnels porteurs d'imprévisibilité	322
1-2 L'incertitude des situations de communications	324
1-2-1 Les situations managériales des cadres de santé	326
1-2-2 Les infirmières et les aide-soignantes	328
1-3 L'informel dans le formel	330
2 Une communication officielle enchantée	332
2-1 Les discours officiels de la communication managériale	332
2-1-1 Les savoirs formels et informels	333
2-1-2 Un discours "au service" ou "contrôlé" par l'établissement	334
2-1-3 Un "exercice imposé" pour les cadres de santé	335
2-1-4 Une communication managériale dichotomique	339
2-1-4-1 La confrontation des discours	339
2-1-4-2 Une temporalité déterminante	339
2-1-4-3 Quand la communication construit la reconnaissance	340
2-1-4-4 La cadre de santé façonne la communication	341
2-1-4-5 Les supports écrits et leur interprétation	342
2-2 Le métissage pénètre l'espace communicationnel	344
2-2-1 La silence comme acte communicationnel	345
2-2-2 Une grammaire comportementale au sein de l'orchestre soignant ...	346
2-2-3 Une dys-communication interculturelle	347
2-2-4 Une communication asymétrique	349
3 Une communication paradoxale	350
3-1 Des discours convenus	350
3-1-1 La part des enseignements	350
3-1-1-1 La formation aide-soignante	351
3-1-1-2 La formation infirmière et les cadres de santé	352
3-1-2 L'émergence de l'interculturel dans le discours convenu	354

3-1-2-1 A propos du soin et du "prendre soin"	354
3-1-2-2 L'interculturel dans la relation de soins fait émerger les paradoxes	356
3-1-2-3 L'interculturel dans la relation d'équipe	357
3-1-2-3-1 L'émergence de la discrimination	358
3-1-2-3-2 La réalité des soignantes	358
3-2 Des soignantes aux prises d'un mal être...	361
3-2-1 Un métissage qui apparaît "ignoré"	361
3-2-1-1 ... dans l'équipe de soin et le travail collectif	362
3-2-1-1-1 Le métissage cristallisé	362
3-2-1-1-2 Une action située et distribuée	363
3-2-1-1-3 Un métissage qui fait sens dans la communication organisationnelle	365
3-2-1-1-4 Un métissage mis au jour... une intégration ...	367
3-2-1-1-5 Une non reconnaissance du métissage des soignantes	368
3-2-1-2 ... dans la standardisation et la normalisation	370
3-2-1-2-1 L'émergence de la culture dans les pratiques.....	370
3-2-1-2-3 L'apparition de la discrimination dans la norme ...	371
3-2-1-2-4 La singularité humaine et la standardisation... Quelle est la perception des soignantes ?.....	372
3-2-1-3 Une "double contrainte" pour les soignantes non autochtones	374
3-2-1-3-1 ... dans les comportements	375
3-2-1-3-2 Un clivage s'installe	376
3-2-1-3-3 Entre résilience et résignation	377
Conclusion chapitre 2	379

Chapitre 3. Une communication métissée non traitée à l'hôpital 381

1- Des soignantes éprouvées	382
1-1 ... du fait d'être novice	382
1-2 Du fait de l'identité	383

2- L'émergence du racisme dans l'équipe soignante	384
2-1 Un racisme caractérisé	384
2-1-1 Des propos, des attitudes...	386
2-1-2 Une dévalorisation entre pairs	386
2-2 Un racisme invisible	388
2-2-1 ... dans le ton et l'expression	388
2-2-2 ... dans ce qu'il traduit, face aux croyances.....	389
2-3 Des stéréotypes et des préjugés	391
3- Une discrimination triangulaire genrée	393
3-1 Une féminisation du métier	393
3-2 Aide-soignant : un métier discriminant	394
3-3 Être aide-soignante et être noire : l'empreinte du passé ?	395
3-3-1 L'empreinte d'un passé colonialiste	396
3-3-2 De la race à la racialisation au regard colonialiste	397
3-3-3 Être noire et soignante à l'hôpital	399
4- Une communication élaborée sur le déni racial à l'hôpital	401
4-1 Une pensée raciale à l'œuvre dans les actes communicationnels	401
4-1-1 Une pensée raciale ancrée dans les comportements	402
4-1-2 L'humour : autodérision et/ou impensé racial ?	403
4-2 L'émergence d'un impensé racial dans le discours	406
4-2-1 Le racisme derrière l'impensé?	407
4-2-2 Un impensé qui reste difficile à dévoiler	409
4-2-3 Un déni racial à l'échelle de la société	409
4-3 Quels apports depuis Grosjean et Lacoste (1999) ?	411
4-3-1 Des résultats comparables	411
4-3-2 Une contribution originale	413
4-3-2-1 Le métissage des soignantes	413
4-3-2-2 La standardisation des pratiques	413
4-3-2-3 Vers une intelligence collective	414
Conclusion chapitre 3	417

Conclusion générale	419
Bibliographie.....	433
Index des références bibliographiques par auteurs	459
Table des figures, des représentations graphiques et des tableaux	464
Table des annexes : cf. annexes volume 2 de la thèse	465

**THÈSE EN VUE DE L'OBTENTION DU DOCTORAT
DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
EN SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION**

SOUTENUE PAR CARBONNE-LAURENS CHANTAL

**COMMUNICATION ET TRAVAIL COLLECTIF DES SOIGNANTES EN SITUATION DE
MÉTISSAGE À L'HÔPITAL : LE CAS DES CADRES DE SANTÉ, INFIRMIÈRES ET
AIDE-SOIGNANTES**

Résumé: Cette recherche se propose d'étudier le travail collectif des équipes soignantes à l'hôpital dans un contexte interculturel et de normalisation. Le métissage des équipes semble apparaître comme une éventuelle difficulté. Notre approche est communicationnelle, selon une visée compréhensive. Notre positionnement épistémologique est interprétativiste. Notre travail se centre sur un moment de communication : la relève inter équipe étudiée par Grosjean et Lacoste en 1999. L'enquête est menée dans les services de soins d'un centre hospitalier régional. L'analyse est fondée sur une observation participante de trente mois, une immersion dans l'équipe et ses activités. Nous réalisons également des entretiens semi directifs, des questionnaires auto administrés et un journal de bord afin de recueillir les données issues du discours des soignantes. Les données de l'observation sont traitées par une analyse quantitative et qualitative.

L'analyse de contenu des discours soignants fait émerger des résultats similaires aux travaux de Grosjean et Lacoste mais aussi ce que nous considérons être l'existence d'un impensé racial dans l'équipe soignante. Cette découverte constitue une contribution à la discipline des sciences de l'information et de la communication. En outre, nos résultats questionnent l'intégration de la diversité culturelle dans le processus d'élaboration ou de développement de l'intelligence collective.

Mots clés : Communication, équipe soignante, culture, certification, hôpital, interaction, impensé racial, intelligence collective

**COMMUNICATION AND COLLECTIVE WORK OF CAREGIVERS IN A SITUATION OF
CROSSBREEDING AT HOSPITAL: THE CASE OF HEALTH MANAGERS, NURSES AND
NURSING AUXILIARIES**

Summary: This research proposes to consider the collective work of the care teams at the hospital in an intercultural context and standardization. The crossbreeding of teams appears to be as a possible fix. Our approach is communicative, according to a comprehensive question. Our epistemological position is interpretativist. Our work focuses on a time of communication: succession inter team studied by Grosjean and Lacoste in 1999. The survey is conducted in the care's unities of a regional hospital center. The analysis is based on a participant observation of thirty months, an immersion in the team and its activities. We realize also semi directive interviews, self-administered questionnaires and a log book to collect data of the discourse of the caregivers. Observation data are processes by a quantitative and qualitative analysis.

Analysis of contents of the caregivers discourses emerged some results appear similar to Grosjean and Lacoste's survey, but also that we consider being and the existence of a racial unthought in the health care's team. The resulting discovery is a contribution to the discipline of science of information and communication. Also, our results include questioning: the integration of cultural diversity in the process of development of collective intelligence.

Keywords: Communication, care's team, culture, certification, hospital, interaction, racial-unthought, collective's intelligence